

ACTIVIDAD PERICIAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Dr. Roberto Luis María Godoy

1. Introducción

Desde fines del siglo XIX, la medicina experimentó un proceso de desarrollo y diversificación de sus conocimientos, que consolidó e incrementó -en particular-, a partir de la segunda mitad del siglo siguiente; asimismo el avance permitió el crecimiento tecnológico auxiliar, los que en conjunto, determinaron indudables beneficios a la vida en sus aspectos físico y psíquico.

Durante aproximadamente el mismo período, la dignidad humana fue progresivamente puesta en crisis por el fracaso sucesivo de sistemas políticos y socio-económicos, que la desconocían como eje vertebral de la convivencia social; el proceso de deterioro tuvo efecto devastador e hizo eclosión en dos períodos bélicos de alcance mundial.

En la segunda post-guerra, la Declaración Universal de los Derechos Humanos fue el punto de partida rectificador del rumbo, ordenándose desde entonces, al

pluralismo ideológico en el marco de valores democráticos; la igualdad de las personas como criterio esencial para evitar los abusos de poder; y, la garantía concreta de valores inherentes a la persona, necesarios para lograr el pleno desarrollo de sus potencialidades individuales.

En ese contexto, durante los últimos 30 años del siglo pasado la teoría de género fue identificándose desde diversos ámbitos de la cultura, pero la participación de las denominadas ciencias de la salud -en especial la medicina-, no fue destacada sino hasta el comienzo de la última década. La causa de dicho retardo puede hallarse en la función instrumental del saber médico al servicio de un paradigma de organización social, el patriarcal, y la "medicalización" de estereotipos derivados; esto es, la construcción "científica" de modos de ser y estar, masculino y femenino respectivamente; las características relacionales entre uno y otro grupo humano, incluso de una desigual atribución y ejer-

cicio de poder; y, la configuración de “anormalidades o patologías” en torno a comportamientos distintos de los establecidos como “esperables”.

El conocimiento del nivel biológico de la vida humana, adquirido por la medicina a través de la experiencia, fue sistematizado mediante proposiciones que erigió en “leyes naturales” y, sin otra fundamentación, se aplicaron como criterios válidos para explicar el nivel psíquico, la conducta —entendida como mero resultado operativo de una estructura biológica— y la dimensión social de la persona (estáticamente considerada como conjunto de individualidades). Dicha construcción sucesiva no se corresponde con la atenta observación de la realidad: es evidente que la actividad psíquica supone una estructura y operatoria biológicas, pero no es determinada exclusivamente por ellas (todos los seres humanos poseemos una común organización biológica, pero manifestamos la vida psíquica de modo individual); la conducta no solo se planifica y ejecuta en función del psiquismo, sino que es interdependiente con el entorno; y el factor configurativo de la expresión social de las personas es la relación inter-personal y con el medio, a través de los cuales se construye una cultura que —al mismo tiempo—, es resultado grupal y condición para el desarrollo individual.

La teoría y perspectiva de género, directas derivaciones de los derechos humanos, aún se encuentran en etapa de incorporación al paradigma médico y de las demás ciencias de la salud. Son conducentes para su transformación esencial; esto es, la sustitución del objetivo vida humana por el de salud de la

persona, del reduccionismo bio-psicológico por la integralidad de la existencia, y de los estereotipos de desigualdad por la paridad de diversidades.

El proceso de aceptación, elaboración y cambio está preponderantemente limitado al reconocimiento de las consecuencias dañosas del poder abusivo que radica en la desigual relación inter-género, sobre todo físicas y psíquicas (maltrato y violencia física, psíquica, sexual, laboral; trata de personas; calidad de vida; etc.); pero no se ha desarrollado, con el mismo impulso, las acciones tendientes a modificar la formación de profesionales y a extender su aplicación a los principios, métodos y fines de todas las modalidades de ejercicio profesional.

Este desarrollo expositivo es una propuesta, perfectible y orientadora, para la aplicación de la teoría y la perspectiva de género a la actividad pericial, ámbito en el cual y a pesar de su significativa importancia, el cambio aún está pendiente.

Las disciplinas científicas consideradas son medicina, psicología, odontología y química legales, todas las cuales integran el Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional; sin perjuicio, cabe agregar que el mayor énfasis recae en las dos primeras de las nombradas.

2. Fundamentos

La perspectiva de género es una categoría analítica esencial para la buena práctica pericial.

La razón inmediata, justificativa de la afirmación precedente, es la concreta realidad de los hechos y conductas que constituyen el

objeto material dicha actividad: la persona humana –desde el nacimiento hasta la muerte-, su integridad psicofísica –inclusive la capacidad para ejercer derechos y contraer obligaciones- y las relaciones que establece con el entorno –otras personas, las cosas y el medio ambiente-, en tanto complejo sujeto del derecho, con atributos y facultades ontológicas jurídicamente protegidas.

La causa primera, en consecuencia, radica en las características estructurales y dinámicas de la persona humana (unidad bio-psico-socio-antropológica) que, por el género, configura una existencia calificada e individualizada de la unidad, en términos de unicidad; su conocimiento próximo e integral, requiere no solo del saber médico o psicológico sino también del proveniente de toda otra ciencia natural, social o formal conducente a dicho fin. En cuanto a la causa formal, la actividad pericial, supone la intervención de un órgano jurisdiccional y el desarrollo de un procedimiento ajustado a derecho y por ello, garantizador de los derechos humanos; en tal sentido, la consideración del género es ineludible pues su omisión, implica inadecuación a la persona peritada, demérito en la experticia de la/del opinante y apartamiento del derecho positivo vigente.

Las observaciones anteriores, aplicables a la actividad pericial independientemente de su especie, refuerzan su validez cuando se las referencia a las denominadas ciencias de la salud. Ello así, pues tienen la finalidad de promover el bienestar físico, psíquico y social de las personas, mediante el estudio e investigación, para obtener conocimientos acerca de la salud

y enfermedad y su aplicación, de modo interdisciplinario. Cabe recordar que “la disciplina que primero utilizó la categoría género, para establecer una diferencia con el sexo, fue la psicología, en su vertiente médica. Robert Stoller (*Sex and Gender*, 1968) [...] concluyó que la asignación y adquisición de una identidad es más importante que la carga genética, hormonal y biológica”. (1)

La función pericial, en ciencias de la salud, consiste en el cumplimiento de una o más de las siguientes acciones técnicas:

a). *Verificar* (finalidad probatoria o pericial p.d., que esclarece una situación contradictoria previa; p.ej., la capacidad de culpabilidad penal de una persona, afirmada por una parte procesal y negada por su contraria);

b). *Investigar* (finalidad declarativa de verdad científica; por ej., la determinación de la causa de muerte de una persona); y,

c). *Asesorar* (finalidad ilustrativa o docente referida a conocimientos técnicos; por ej., descripción fundada del procedimiento a través del cual se establece la glucemia).

Las tres operaciones mencionadas poseen dos características comunes: la relación a diversos estados de hecho del organismo humano, ya sean vitales (de salud o enfermedad) o post-mortem por un lado y por otro, su referencia comparativa con criterios constitutivos de rangos de “normalidad” (estados formales o lógicos); ambos nexos, fáctico y formal, son interdependientes de factores culturales, sociales y económicos.

Los conceptos de salud y enferme-

dad son inescindibles del correspondiente a calidad de vida y a su vez, de los múltiples factores que lo integran (en sentido objetivo y subjetivo); asimismo, del bienestar de las personas (expresivo a niveles intelectual, espiritual, físico, ocupacional, social y emocional) que, en términos de la Organización Mundial de la Salud, es amplio y complejo; está influido por la salud física, el estado psicológico, la percepción individual del nivel de independencia, las relaciones sociales y con los elementos esenciales del entorno. La vinculación entre salud/enfermedad y bienestar fue específicamente expuesta por el mencionado organismo en la “Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas”, en 2010.

Respecto a la muerte, puede señalarse que el hecho biológico es atravesado y excedido por las circunstancias culturales, políticas, económicas y sociales que condicionan la existencia humana inclusive hasta su fin, traumático o no; más aún, es la/el profesional que investiga y establece la causa de muerte quien devela, en la mayor plenitud posible, la incidencia concreta de dichas circunstancias.

En medicina legal, el carácter necesario del aporte de las ciencias sociales, tiene importantes fundamentos, a saber:

- a). Es el ámbito teórico y práctico de las ciencias -básica y aplicada-, la tecnología, las técnicas sociales, el arte y las humanidades; (2)
- b). El concepto comprensivo extenso, elaborado en el siglo XIX y según el cual se extiende a todo el saber médico, es imposible en el actual desarrollo científico y tecnológico y de hecho, ha sido

sustituido por la inter-sub-especialización (diversas áreas de la medicina legal) y la inter-disciplina (integración de la opinión médico legal con conocimientos de otras disciplinas científicas tales como la psicología, toxicología, antropología, etc.);

c). La individualidad de la opinión técnica, es medida de su validez; esto es, cuanto más logre conocerse el concreto marco integral de la persona peritada (o su cadáver) -sus particulares condiciones sociales y culturales-, se incrementa el índice de confiabilidad de las conclusiones profesionales; y,

d). Individualidad, en la persona humana, es género; a cada individuo de la especie, más allá de su sexo, el entorno le atribuye y él asume por sí mismo, un determinado rol de género que se proyecta y expresa en todas las manifestaciones vivenciales y conductuales de la persona. Aún cuando no exista conflicto entre el rol atribuido y el asumido, hay modos diversos de “ser varón” o “ser mujer”, sin que ellos conlleven dificultades para la persona ni para el grupo social.

Finalmente, cabe agregar un fundamento de síntesis dado por la presencia, en el contenido discursivo pericial entre las ciencias de la salud y el derecho, de los cuatro elementos distintivos del género. En efecto es una modalidad de diálogo, teórico y práctico (inclusivo de ejercicio de poder), en el que intervienen “símbolos y mitos culturalmente disponibles, que evocan representaciones múltiples”; se aplican “conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos a través de doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas que

afirman categóricamente el significado de varón y mujer, masculino y femenino”; es expresión dinámica de “instituciones y organizaciones sociales de género como el sistema de parentesco, la familia, el

mercado de trabajo segregado por sexos, las instituciones educativas y la política”; y es contributivo de “la construcción de la identidad de género”, mediante sus informes u opiniones técnicas. (3)



3. Conceptos básicos

Acorde a lo expuesto en el punto anterior es necesaria la integración, al razonamiento de las ciencias de la salud, de un concepto de cultura. Langdon y Wiik señalan que la práctica profesional muestra, por un lado, que las personas presentan diversas experiencias individuales de la salud y enfermedad, adhesión y convicción del poder terapéutico, así como el significado de la muerte; por otro, que dichas experiencias diversas “no provienen de diferencias biológicas, pero sí de las diferencias socioculturales” y, que no pueden conocerse e interpretarse, técnica-

mente, sino a partir de su contexto cultural.

Se trata de un “conjunto de elementos que median y califican cualquier actividad física o mental [...], compartido por diferentes miembros de un grupo social” y a partir de los cuales, las personas “construyen significados para las acciones e interacciones sociales concretas y temporales, así como sustentan las formas sociales vigentes, las instituciones y sus modelos operativos”.

Los citados autores destacan que “la cultura incluye valores, símbolos, normas y prácticas” y se caracteriza por ser “aprendida, comparti-

da, y estandarizada". Es aprendida porque el comportamiento humano no puede explicarse exclusivamente mediante lo biológico; la cultura modela sus necesidades y características, transformándolo en "actividades específicas, diferenciadas y simbólicamente inteligibles y comunicables. Partiendo de esta prerrogativa, ser hombre o mujer, brasileño o chino no depende de sus respectivas composiciones genéticas, pero sí, como éste, a través y en razón de su cultura, irá a comportarse o pensar. Algunos estudios etnográficos sobre patrones de comportamiento sexual según el género han indicado que existen grandes variaciones de comportamiento de los sexos y que estas variaciones tienen base en lo que las personas han aprendido en su cultura sobre lo que es ser hombre o mujer". Asimismo, es compartida y estandarizada porque "consiste en una creación humana elaborada en común, por grupos sociales específicos. Las formas materiales, contenidos y atribuciones simbólicas a ella ligados, son estandarizados a partir de interacciones sociales concretas de los individuos, así como resultante de su experiencia en determinados contextos y espacios específicos, los cuales pueden ser transformados, entretejidos y compartidos por diferentes segmentos sociales". (4)

La cultura imprime una "visión del mundo", permite un vínculo de pertenencia, da sentido a los actos humanos e individualiza a la persona; éste último efecto implica una dinámica recíproca entre la influencia comunitaria externa y la individual que surge como respuesta a la anterior, más o menos creativa e innovadora, elaborada según las particulares capacida-

des intelectual, afectiva y volitiva. El riesgo, para un/a observador/a como el/la perito, es la valoración cultural de la conducta de otra persona según sus las pautas de su propia cultura pues de este modo, se diluye la especificidad de la opinión pericial y se pierde la garantía por los derechos humanos de la persona considerada.

Género y perspectiva de género son constructos lógicos, denominativos de valores que radican en la dignidad de la persona; son instrumentos que se originan en la igualdad y buscan corregir la discriminación que determina desigualdades; y son modos necesarios o forzados de conocimiento objetivo de la especie humana. En razón de su carácter –valores–, requieren implementación concreta en acciones que, al mismo tiempo, son su efectiva garantía. Inciden en todos los niveles operativos, desde el diseño de políticas públicas al trato cotidiano; porque, en definitiva, consisten en la modalidad adecuada de la inter-subjetividad.

La actividad pericial es, siempre, un calificado ejercicio de inter-subjetividad; es la consideración –"evaluación"– de otra persona, a partir de hechos y situaciones propias y ajenas ó de estados y conductas propias, con finalidad estimativa de conocimiento (ello implica que las cualidades que la erigen en ente humano, no son observador/a-dependiente; en todo caso, es deber ético y técnico del/de la profesional, su reconocimiento).

El vocablo "género", traducción literal del inglés "gender", aparea algunas dificultades para su comprensión toda vez que, en castellano, designa a la clase o tipo de una especie de cosas,

no de personas. No es sinónimo del sexo (masculino-femenino), ni es correcta su aplicación para referirse a las características diferenciales existentes entre ellas, según su sexo. No es determinado por la biología –como el sexo-, sino por las ciencias sociales; y designa “una distinción relativa a la cultura”, “un ‘deber ser’ social”, que surge como asignación de las definiciones socio-culturales acerca de “las formas en que deben ser diferentes varones y mujeres y a las distintas esferas sociales que deben ocupar”. (5)

Dicha asignación cultural se imprime a la persona por nacer o recién nacida, en el momento que el entorno toma conocimiento de su sexo; esta configuración de hecho, biológica, moviliza y refuerza una configuración social, estereotípica, de síntesis, impuesta y exigida durante toda la vida. El género “constituye la categoría explicativa de la construcción social y simbólica, histórico-cultural de los hombres y las mujeres, sobre la base de la diferencia sexual”; “analiza la síntesis que se da entre lo biológico, lo económico, lo social, lo jurídico, lo político, lo psicológico, lo cultural; e implica al sexo pero no agota ahí sus explicaciones”. (6)

Por lo expuesto, la categoría analítico-conceptual “género” incluye a las relaciones sociales de diversidad entre hombres y mujeres. Se trata del conjunto de ideas, prescripciones y valoraciones sobre lo masculino y lo femenino; en particular, los sistemas de permisiones y prohibiciones y de atribución de poder e identificación jerárquica, por un lado y por el otro, la representación o perspectiva correspondiente. En otros términos, focaliza la observación en: a).- las

reglas o parámetros, en función del género asignado, según los cuales la persona deberá construir su vida, exclusivamente en el espectro de espacios, actividades y deberes que el medio cultural le ha reservado como permitidos; al mismo tiempo, abstenerse de invadir los que se le impiden como prohibiciones, y b).- las desigualdades emergentes del establecimiento de un sistema asimétrico o jerárquico en el reparto del poder.

Las estructuras e ideologías simbólicas de la feminidad y masculinidad se construyen por oposición, siendo ambas de carácter necesario para la identificación de cada una. La representación o perspectiva no es solo aplicable al sexo femenino; de allí el acierto de la afirmación que “la perspectiva de género implica a ambos géneros”, consistente en “un esfuerzo por lograr modificaciones en las respectivas especificidades, funciones, responsabilidades, expectativas y oportunidades de varones y mujeres”. (7)

Si bien es erróneo asimilar “perspectiva de género” al universal “mujeres”, sí es verdadero que desde dicha posición de análisis, en la mayoría de las culturas, es la mujer quien carga con el detrimento de la desigualdad y sus consecuencias limitativas y perjudiciales para su pleno desarrollo como persona. El paradigma se instala con la atribución –tal como se señaló con anterioridad- y se completa en dos etapas ulteriores: la construcción de una identidad de género mediatizada por la adquisición del lenguaje (entre los 2 y 3 años de vida); y la formación del rol de género, paralela al desarrollo de la capacidad de pensamiento abstracto, pues requiere la incor-

poración de normas y valores que la sociedad impone al “modelo” correspondiente a cada género, en el marco de un sistema que mayoritariamente es dicotómico (hombre-mujer).

En relación, cabe señalar el incremento, durante las últimas décadas, de las investigaciones acerca de la masculinidad y el proceso de su construcción, desde el paradigma patriarcal. (8)

Las múltiples teorías elaboradas pueden agruparse en esencialistas (destacan un rasgo, por ej., la actividad), positivistas (descripción de lo que los hombres realmente son), normativas (lo que los hombres deberían ser) y semióticas (enfatisa las diferencias y define la masculinidad como la no-femineidad). Estas últimas proponen un modelo en el cual, es esencial el ejercicio desigual del poder; resulta útil para explicar fenómenos como la violencia de género y la particular característica de exigir la permanente re-afirmación social (a diferencia de la femineidad, culturalmente, más ligada a lo biológico). Dicha peculiaridad es, a su vez, determinante de la paradoja del género señalada por Bourdieu (2007): “El privilegio masculino no deja de ser una trampa y encuentra su contrapartida en la tensión y contención permanentes, a veces llevadas al absurdo, que impone en cada hombre el deber de afirmar en cada circunstancia su virilidad [...] entendida como capacidad reproductora, sexual y social, pero también como aptitud para el combate y para el ejercicio de la violencia (en la venganza sobre todo), es fundamentalmente una carga. Todo contribuye, así, a hacer del ideal imposible de la viri-

dad, el principio de una inmensa vulnerabilidad”. (9)

4. Evaluación pericial con perspectiva de género

4.1. Consideración previa:

Así como ocurre en cualquier especialidad de las ciencias de la salud (áreas delimitadas de la medicina, psicología, química, etc.), el conjunto de conocimientos teóricos y el procedimiento idóneo para la recolección de datos, en función pericial, posee características propias ordenadas a la identificación de síndromes clínicos que, al mismo tiempo, constituyen situaciones bio-psicológicas legalmente previstas. Dicha dualidad fenoménica impone la adecuación propedéutica (conocimiento previo de conceptos teóricos fundamentales y de procedimientos operatorios específicos) y semiológica (reconocimiento, clasificación e interpretación de síntomas y signos), a través de criterios generales entre los que cabe destacar:

a). Las ciencias no cumplen la finalidad de “traducir” expresiones jurídicas a términos técnico-científicos, ni el órgano jurisdiccional puede resolver sobre la base de juicios exclusivamente jurídicos, con absoluta prescindencia de la opinión científica; más aún, en numerosas hipótesis, la “intervención de facultativos” está expresamente impuesta por la ley;

b). La interpretación e integración de síntomas y signos, determinada por las reglas del arte técnico correspondiente es, además, orientada en el sentido que establecen las normas legales de referencia (p.ej., las lesiones, según las disposiciones de los artículos 89, 90 y 91 del Código Penal Argentino; la

afectación de la capacidad civil debida a enfermedad mental, por las de los artículos 141, 152 bis y 156 del Código Civil Argentino; etc.);

c). La intervención profesional es regulada por normas legales procesales que inciden en su inicio, desarrollo y conclusión, creando un marco integrado por requisitos, condiciones y limitaciones específicas. En particular, diverge la motivación, idoneidad profesional exigida, número de expertas/os a cargo de la actuación técnica, modalidad de práctica pericial e intervención de terceras personas legas en materia técnica, adecuación del secreto profesional, imposición del contenido mínimo de las conclusiones, entre otros múltiples aspectos;

d). Los estudios complementarios del diagnóstico revisten carácter pericial y por ende, están sujetos al control del órgano jurisdiccional y de las partes, tanto como y del mismo modo que la práctica pericial propiamente dicha; la oposición a su procedencia, técnicas implementadas e interpretación de resultados condiciona su incorporación a los fundamentos de la opinión definitiva. Asimismo la conservación de la cadena de custodia y/o autenticidad, constituye un requisito fundamental cuya vulnerabilidad guarda directa relación (inversamente proporcional) con la validez y confiabilidad de los resultados.

A los criterios señalados, pueden añadirse caracteres particulares que coadyuvan a la autonomía de la clínica semiológica pericial: análisis sagital de la observación; valoración sistemática de la simulación; correlación con elementos de juicio de carácter no técnico, previamente incorporados a las

actuaciones; inclusión del juicio probabilístico de etiología subjetiva, individual e inter-personal; empleo de lenguaje científico-legal, sin científicismos (metafísico ni metodológico) ni valoraciones jurídicas; etc.

4.2. Relación profesional-peritada/o:

El vínculo profesional-peritada/o, es la situación integradora de las particularidades clínico-semiológicas señaladas y, al mismo tiempo, singulariza la relación entre ambas personas; en consecuencia, es la instancia de incorporación de la perspectiva de género (esencialmente, categoría analítica relacional).

Los paradigmas vinculares propuestos están referidos al “médico” y al “paciente”, es decir a la función asistencial de las ciencias de la salud. En la actividad pericial, no siempre el profesional es médico/a ni la persona peritada, necesariamente, padece alguna enfermedad aunque dicha circunstancia es la más frecuente; no obstante, las características de la comunicación que establecen, pueden analizarse según los siguientes modelos: (10)

a). Cuasi-díada de Laín Entralgo: consiste en un encuentro interpersonal, esencialmente afectivo, con un interés común que es interno para una persona (peritada) y externo para la otra (profesional), profundamente condicionado por los aspectos sociales y culturales de ambos sujetos. Está constituido por los momentos cognoscitivo (acto de conocimiento técnico, en un concreto contexto social y cultural), operativo (comprensivo de la escucha, exploración, prescripción y obrar terapéutico, sin prescin-

dencia del estado psico-social de la persona peritada), afectivo (camaradería, transferencia-contratransferencia y amistad) y ético (dado por las dimensiones ética y religiosa de ambas personas). Ninguno de los contenidos señalados es posible, apartándose de la consideración de las diferencias emergentes del género de las personas involucradas; en consecuencia, la perspectiva de género es el análisis categorial estructurador de sentido del vínculo.

b). Interactivo: surge de los conceptos de la psicología social y las teorías de la comunicación, en especial, los presupuestos básicos de la persona inserta en el contexto comunitario y la comunicación como vínculo dinámico, interdependiente de los sujetos y del medio, en permanente cambio. Así, la relación profesional-persona peritada es un proceso multi-dimensional, integrado por las relaciones entre los sujetos (“aspectos psicosociales que dependen de las características del rol que se está desempeñando” y determinan vínculos complementarios, simétricos o paralelos); las interacciones (“acciones y afectos recíprocos que acontecen entre los miembros e incluyen tanto las comunicaciones verbales como no verbales”); y el contexto (representado por el ambiente donde tiene lugar la interacción y su entorno social directo). La perspectiva de género es el elemento esencial de calificación de las relaciones y acciones consideradas por el modelo, a la vez que integra los paradigmas culturales del entorno.

c). Interacción de Leary: postula que la relación se estructura en torno a los ejes de “dominación-sometimiento” (el criterio de dis-

tinción es el ejercicio de poder; la adopción de una de estas actitudes por parte de una persona, determina la asunción de la contraria en la otra) y “amor-odio” (el criterio diferencial es el afecto; la asunción de una de dichas actitudes, determina otra similar en el interlocutor). La perspectiva de género es uno de los aspectos configuradores del primer eje del modelo y, se expresa a través de emociones, sentimientos y pasiones en el segundo. Asimismo, es el paradigma etio-patogénico de diversas modalidades de violencia de género, entre ellas, institucional médica, obstétrica y reproductiva.

d).- Circunstancial de Hollender: es un modelo focalizado en el tipo de enfermedad o condiciones de la situación de intervención profesional (estado de conciencia, capacidad de autogobierno de las acciones, conciencia de enfermedad o finalidad del vínculo con el profesional, etc.); del momento evolutivo, en el caso de enfermedad (urgencia, afecciones agudas, crónicas y procesos de rehabilitación); y de las particulares circunstancias que atraviesan ambas personas (personales y en relación al contexto temporal). La perspectiva de género posibilita el establecimiento de un vínculo simétrico, en especial, cuando la persona peritada presenta niveles y modos variables de limitación de la conciencia valorativa, existe urgencia en obtener resultados, la repercusión social del hecho investigado es alta, etc.,

e).- Bioéticos: basado en los principios de respeto por la autonomía, beneficencia, no maleficencia, del doble efecto, justicia, veracidad y confidencialidad, en 1972, Robert Veatch propuso los siguientes

modelos a los que denominó: “de la ingeniería” (la relación queda restringida al ámbito estrictamente de intercambio técnico-retributivo, sin compromiso afectivo); “sacerdotal” (las finalidades de hacer el bien y no dañar, según el criterio unilateral profesional, son prioritarios respecto de la autonomía de la persona peritada); “de los colegas o socios” (se establece un vínculo de paridad, con decisiones y responsabilidades compartidas, control recíproco y compromiso afectivo sujeto a la conveniencia de la situación); y, “contractual” (respeta la autonomía de la persona peritada, las decisiones son compartidas y el contenido afectivo queda librado a la espontaneidad de las partes). En todos ellos, inclusive el primer modelo, la perspectiva de género es parte esencial pues se trata de un derecho fundamental, inherente a la dignidad de la persona y, por ello, a su representación bioética.

4.3. Formación y capacitación:

Un aspecto de particular importancia, para la práctica de la actividad pericial con perspectiva de género, es la formación y capacitación continua del personal que la lleva a cabo, profesionales y auxiliares; e incide de modo directo, en la eficacia y efectividad de la intervención técnica.

La perspectiva de género requiere una acción transversal que, con fundamento en normas internacionales e internas, se extiende a todas las actividades de la comunidad (políticas, económicas, culturales, asistenciales, etc.). En el ámbito educativo aún no se la aplica adecuadamente, en ninguno de sus niveles; así, el proceso de formación y capacitación de pregrado es escaso o nulo,

aún en disciplinas científicas que especialmente deberían considerarse como promotoras y efectivas operadoras de transformación social tales como, entre otras, las ciencias de la salud.

La circunstancia señalada determina dos consecuencias relevantes: por un lado, la minoría de profesionales interesados/as que deben emprender su formación y capacitación como áreas de especialización para lo cual, además, el espectro de posibilidades académicas no es muy amplio; y por otro lado, la mayoría ignora que permanece a lo largo de su vida profesional sin adquirir idoneidad adecuada y exigible, acorde las actuales reglas del arte técnico.

A nivel de post-grado, el panorama no es muy diferente; la teoría y la perspectiva de género no se observan implementadas en los cursos de especialización ó bien, en algunas áreas tales como las correspondientes a psicología y medicina aparece fragmentada e incluida con motivo de algunas de las consecuencias que determina (acoso sexual y laboral y violencia doméstica); la posibilidad académica más específica e integral se limita a la oferta escasa de maestrías que, por lo general, la emprenden profesionales previamente capacitados a través de cursos o seminarios no universitarios.

El objetivo fundamental es lograr que los/as agentes sanitarios/os incorporen la perspectiva de género a su razonamiento técnico, desde la formación inicial y luego, la consoliden y perfeccionen durante los estudios de post-grado; todo ello, independientemente de la eventual asistencia de casos de denuncia por daño (físico o psíquico). En tal sentido, es válida

la afirmación "Solo se ve lo que se mira, y solo se mira lo que se tiene en mente" (Alphonse Bertillon); es decir, que el conocimiento orienta la conducta profesional y en su ausencia, hasta lo más objetivo, pasa desapercibido. (11)

En el ámbito pericial, la formación y capacitación profesional específica de género, adquiere un valor agregado respecto de la práctica asistencial. En efecto, la adecuada idoneidad personal y técnica se incorpora a un proceso de reconocimiento y garantía de los derechos de mujeres, adolescentes y niñas, por parte del Estado; con frecuencia el objeto de dicho proceso, es la reparación integral de un daño sufrido y la demanda de la intervención profesional tiene calidad de experticia respecto del resto de sus pares; finalmente, el riesgo de re-victimización es mayor (por mayor formalidad de las circunstancias que rodean la relación profesional-persona peritada).

Un aspecto particular de la aptitud profesional es la no pertenencia a medios culturales donde predominan estereotipos ideológicos de trato desigual según el género y tampoco, a aquellos que se encuentran en un proceso de debate y transformación de pautas socio-culturales. En el primer caso, la labor profesional no podrá ser realizada, eficazmente, si no se articula con acciones de educación y difusión extra-sanitarias; en el segundo, estará supeditada a la heterogeneidad determinada por la dinámica del cambio. De allí la importancia de considerar las condiciones sociales, culturales y personales del recurso humano de salud (ya que pudo o puede haber sido o ser víctima de trato desigual por su género) y las barreras cul-

turales de cada comunidad tales como tendencias sexistas, creencias, costumbres y actitudes. (12)

La importancia de la carencia de formación y capacitación profesional es su valor impeditivo de la eficacia de la intervención técnica. Por ello, se la señala en la generalidad de los estudios que se han realizado con el objeto de esclarecer los obstáculos para el logro de dicho resultado y, por su frecuencia, es comparable a la verificación de "problemas estructurales en la organización de los servicios (falta de tiempo, ausencia de intimidad, ambiente inadecuado, etc.,) y miedo o inseguridad ante las consecuencias legales, sobre todo por entender que es un problema privado y que la actuación sanitaria viene a agravarlo". (13)

Por último, la formación y capacitación profesional debe ser permanente, no solo por el avance teórico de las ciencias y el desarrollo tecnológico que lo acompaña sino, esencialmente, porque el género y la perspectiva de género se elaboran, transforman y reconfiguran a través del tiempo y la evolución cultural de las comunidades. En consecuencia, el marco legal y de normatividad conductual (individual y social) que constituyen las referencias inmediata y mediata de la actividad pericial, son históricamente variables. El dinamismo proviene, en expresión de Juana Gil Ruiz, de la superación de la "igualdad formal" (política, de derechos y trato ante la ley) para alcanzar la "igualdad de oportunidades", mediante la perspectiva de género, "que incorpora cambios sustanciales de igualdad efectiva inter-géneros" y "neutraliza estereotipos de género". (14)

4.4. Metodología de evaluación:

➤ Principios generales

El requisito inicial para una adecuada actuación pericial con perspectiva de género es la disposición planificada de recursos humanos y materiales, por un lado y por el otro, la actitud del/a operador/a técnico.

En consecuencia, la primera revisión crítica está centralizada en el proceso aludido en 3.3.; la planificación secuencial administrativa y pericial de los actos; protocolización de procedimientos; y, la incorporación de comunicación verbal (lenguaje) y no verbal (gestos) género-sensibles. Para ello es recomendable que todo el personal participante valore, desde la perspectiva de género, las situaciones y personas concretamente a peritar, así como el contexto histórico-social en el que se producen los hechos (como condicionantes de los comportamientos humanos); se considere integrante de un servicio de administración de justicia, cuya prestación requiere el conocimiento y la aplicación de normas de derecho nacional e internacional; participe activamente en la elaboración de acciones estratégicas para que los actos periciales sean persuasivos y coadyuvantes para obtener la mejor decisión judicial posible; y se proponga advertir las valoraciones cotidianas que están informadas por prejuicios, a la vez que la deliberada no re-victimización. (15)

➤ Entrevista

Es recomendable que comience -en el caso de concurrencia de varias/os peritos-, después de acordar pautas de orden, no repetición, dirección de la evaluación e

intervención de las/os participantes. El acto procesal -entrevista pericial- se inicia con la información, a la persona peritada, acerca del origen de la evaluación (objeto procesal, órgano jurisdiccional competente), cuestión pericial a resolver, identificación de profesionales presentes, explicación de las operaciones técnicas a realizar (acorde a su nivel socio-cultural) y solicitud de consentimiento; en caso de negativa, el acto pericial debe suspenderse y elaborar un acta que se dirigirá al órgano jurisdiccional requirente.

➤ Anamnesis

Durante la realización de la anamnesis, es importante:

a).- Formular interrogantes genuinamente conducentes a la resolución de la cuestión planteada; debe evitarse tanto la intromisión en aspectos privados de la persona examinada, ajenos a la cuestión pericial, como la insuficiente recolección de datos (p.ej., indagar la orientación sexual de la persona peritada con motivo de un examen médico destinado a constatar lesiones físicas y, al mismo tiempo, no recabar información acerca de la data de dichas lesiones o su mecanismo causal); ambas situaciones son demostrativas de inadecuada idoneidad técnica.

b).- Promover la confianza y confidencialidad del vínculo: al logro de estos objetivos deben considerarse factores inherentes a la situación de evaluación, tales como los antecedentes inmediatos de haber experimentado, la persona examinada, al menos un trato desigual en razón de su género (este aspecto es aún más relevante en casos de diversidad de género entre profesional y peritada/o); respeto a la

autonomía y en particular, referida al trato pretendido por la persona peritada en relación a su género; garantizar la reserva de la información, sin exponerla al conocimiento de terceros sin justa causa o sin el debido resguardo, etc.

c).- Evitar interrogaciones con sesgo diferencial de género, tales como las que no están dirigidas a conocer los hechos, sino a verificar la veracidad de la denuncia o testimonio (“Ud. habría sido víctima de violencia, no?”); realizar indagaciones neutras, sin prejuicios y en igualdad de términos a hombres y mujeres (“Ud. afronta los gastos de su casa?”); emitir juicios de valor falsamente “tutelares” del género femenino (“ese trabajo que Ud. hace es muy pesado para una mujer”); atribuir roles de género (“¿cuánto tiempo le demanda la atención de sus hijos?”); desconocer la desigualdad de oportunidades de desarrollo personal que domina la realidad actual (“si le pagaban menos que a su compañero, porqué no buscó otro empleo?”), etc.

➤ **Re-victimización**

A fin de neutralizar el riesgo de re-victimización, desde el inicio de la entrevista y durante el transcurso de la evaluación pericial, son recursos eficaces: evitar relatos repetitivos (p. ej., narración detallada de hechos y situaciones traumáticas respecto de las cuales, la denuncia o testimonio obrantes en autos, son minuciosos y completos); impedir la reiteración de exámenes físicos y estudios complementarios previamente realizados de modo correcto y suficiente (p.ej., el examen ginecológico de víctimas de violencia sexual que fueron asistidas previamente en el medio hospitalario, con los re-

caudos médico-legales del caso, elaboración del respectivo informe e incorporación a las actuaciones); no incurrir en sobreabundancia de registro de datos referidos a un mismo aspecto de la cuestión pericial (p. ej., determinación de características de personalidad a través de evaluación psiquiátrica y psicológica diferidas en el tiempo), entre las acciones relativas a situaciones particulares más frecuentes.

➤ **Evaluación física**

Pueden distinguirse dos supuestos básicos:

a).- La peritación se realiza en el marco de un proceso civil, penal o laboral originado en hechos no vinculados a la temática de género.

La aplicación de la perspectiva de género no depende de los hechos que motivaron el proceso judicial; la mujer y el hombre, en razón de su género, “expresan” sus estados de salud y enfermedad de modo diverso y por la misma causa, se espera que adopten actitudes distintas ante el dolor (físico o psíquico), el sufrimiento, la resiliencia, la capacidad de decidir su participación en un proceso terapéutico y frente al diagnóstico terminal, entre otras situaciones. En todos los casos se trata de cualidades ajenas a la constitución biológica-sexual; consisten en construcciones culturales asignadas, aprendidas, asumidas y exigidas como criterios de habitualidad o “normalidad” de género. Todo alejamiento de dichos parámetros acarrea un grado variable de valor negativo procedente del entorno, pero es la mujer a quien con notoria mayor frecuencia y “naturalidad”, se le agrega un plus peyorativo; más aún, el contenido

agravante es manifiesto en algunas circunstancias: el hombre que padece el dolor sin queja, es “más hombre” pero en la misma situación, la mujer es “menos mujer”; el hombre que elabora el sufrimiento en silencio, es “fuerte” pero en la misma situación, la mujer es “dura”; el hombre reacio a cumplir su tratamiento, es “rebelde” pero en la misma situación, la mujer es “irresponsable”, etc.

Médicos/as y demás operadores/as de la salud, con frecuencia, más allá del discurso “técnicamente correcto” adoptamos por condicionamiento cultural (en sentido genuino y pseudo-científico), una actitud valorativa profesional distinta y desigual -según el género de la persona peritada-, frente a iguales cuadros clínicos (p.ej., abuso de sustancias o alcohol, disfunción sexual, cefaleas, síndromes facticios, ego-disonia de rasgos corporales, etc.) o iguales cuestiones periciales a resolver (p. ej., maltrato y acoso laboral, todas las formas de la agresión física y psíquica, capacidad psico-física para el desempeño de funciones, etc.).

Paralelamente, la falta de consideración de la perspectiva de género como categoría analítica, incrementa el error de diagnóstico precoz y re-victimiza. Es particularmente necesaria frente a la comprobación de síntomas (p.ej., precordialgia), signos (p.ej., caída del cabello) y síndromes clínicos disfuncionales (p.ej., dismenorrea) cuyo origen deba establecerse pues, con frecuencia, son la única expresión semiológica de supuestos de violencia de género; contribuye a explicar la magnitud clínica o severidad de síntomas y signos; permite realizar un juicio

de valor más ajustado respecto de la adhesividad al tratamiento y al pronóstico; incide en las medidas terapéuticas aconsejables, etc.

b).- La peritación se realiza en el desarrollo de un proceso civil, penal o laboral originado en hechos vinculados a la temática de género.

En las hipótesis enunciadas, pueden distinguirse por un lado, requisitos de suficiencia y validez del informe técnico (derivados de la adecuación metodológica implementada); y por otro, recomendaciones críticas referidas a los usos y costumbres periciales.

Entre los requisitos, se destaca la realización de evaluaciones integrales y completas, comprensivas de la exploración de todos los órganos, aparatos y sistemas a nivel de los cuales puede, eventualmente, hallarse indicios consecuentes de los hechos investigados. Desde el punto de vista técnico es insuficiente (por ejemplo) la descripción, aunque minuciosa y correcta, de una lesión traumática sufrida durante un episodio de violencia de género sin la investigación de otras expresiones clínicas -orgánicas y/o funcionales-, aunque no se la haya solicitado expresamente en el requerimiento judicial. Se trata de un aspecto no exento de controversia, pues si bien el órgano jurisdiccional es el director del proceso y, en consecuencia, establece los límites de la prueba, también es verdad que encomienda la investigación técnica de los hechos denunciados al personal experto. En este orden, no es de buena práctica que la/el perito reduzca su actuación a los aspectos fijados por legos en materia médica y, lo adecuado, es que al menos informe y recomiende al órgano jurisdiccional la ampliación

de la evaluación pericial dispuesta. En caso contrario se estaría agravando el derecho de la víctima; se actuaría en sentido contrario al saber técnico y podría incurrirse en omisión parcial del deber pericial.

En cuanto a las recomendaciones críticas, respecto de usos y costumbres periciales, es frecuente la observación de actuaciones sustanciadas con motivo de una denuncia por violencia de género, en las que se han incorporado fehacientes y concordantes constancias referidas al origen de las lesiones sufridas por la víctima (inclusive, de carácter médico tales como certificados, indicaciones de estudios complementarios, prescripciones terapéuticas o de reposo laboral, etc.) no obstante todo lo cual, el informe pericial se limita a explicar el mecanismo causal, en términos genéricos (“golpe, roce o choque con o contra...”), sin establecer el nexo etiológico-causal con los hechos denunciados, investigados y acreditados sin contradicción de parte del denunciado. En general, el argumento consiste en la imposibilidad de afirmar, indubitablemente, el origen del daño verificado. Al respecto, cabe advertir que:

*.- La referencia inmediata del razonamiento pericial es la totalidad de las constancias de autos, cuyo valor probatorio y/o autenticidad, no depende del juicio médico-legal.

*.- El nexo de causalidad que se establece en la actividad pericial es de razonabilidad contingente; esto es, fundado en las constancias disponibles al tiempo de emitir opinión y los datos obtenidos según un procedimiento diligente.

*.- Las consecuencias inmediatas que derivan del mencionado crite-

rio pericial son: erosionar la veracidad de la denuncia, al poner en duda el nexo de congruencia entre el testimonio y los síntomas y signos verificados; a la vez, debilitar el valor probatorio de la intervención técnica, en su especificidad e individualidad.

*.- Se incrementa la vulnerabilidad del informe, haciéndolo pasible de impugnación, pedidos de explicación y ampliación, con eventual reproche en carácter de mala práctica profesional y origen de responsabilidad.

En síntesis, dichos usos y costumbres constituyen vicios, que infringen el análisis con perspectiva de género y el deber legalmente impuesto de garantizar integralmente los derechos de la mujer (ley 26.485).

➤ **Evaluación psiquiátrica**

El instrumento técnico esencial de la evaluación psiquiátrica, es la entrevista; en el ámbito pericial, predomina la modalidad semi-dirigida y le son aplicables los recaudos señalados con anterioridad (apartados Principios Generales, Entrevista, Anamnesis y Re-victimización).

La particularidad e importancia de la perspectiva de género radica en que, la evaluación psiquiátrica forense (como la psicológica), consiste en la actividad pericial destinada a conocer el conjunto de valores, creencias y motivos determinantes de la conducta; características dinámicas del procesamiento intelectual, afectivo y volitivo; personalidad de base; estructuración de la existencia en un contexto histórico y cultural, determinado e individual. Es el modo más próximo de reconocimiento

del ente "otro/a", del "ser" y el modo en que "se es"; en sí y para sí mismo, desde y para el entorno. Mucho más enfáticamente que en el ámbito asistencial, se centra en los vínculos relacionales, sus características de origen y desarrollo, evaluados desde la concreta circunstancia global existencial de la persona peritada.

Acorde a lo expuesto, no es posible arribar al diagnóstico psiquiátrico forense prescindiendo de la perspectiva de género, independiente de los hechos que motivan las actuaciones judiciales y del rol procesal de la persona examinada. La comprobación de enfermedad mental, aguda o crónica, neurótica o psicótica, ó de los denominados trastornos de personalidad, son circunstancias que refuerzan la aplicación de dicha categoría analítica, pues deberá establecerse la incidencia en su etiopatogenia, expresión clínica, magnitud o gravedad del cuadro, contención y posibilidades terapéuticas.

El acto y método de conocimiento, en materia psiquiátrico-forense, se realiza y aplica de modo diverso al resto de la medicina; el contenido subjetivo –más precisamente, intersubjetivo- es mayor y determinante, la "objetividad" es más relativa, y la historicidad de sus categorías (rangos de "normalidad" y "enfermedad"), mucho más dinámica. Algo similar acontece con el juicio de valor clínico que, en definitiva, es establecido en función de las pautas culturales predominantes acerca de las variables manifestaciones del psiquismo, en un medio social concreto y determinado.

La perspectiva de género es un eje que atraviesa el acto médico psiquiátrico, más aún el pericial,

desde su inicio y hasta el lenguaje con el que se manifiesta su resultado.

Todas las entidades clínicas que reconocen su causa en la desigualdad de género conllevan, en diverso grado, un componente psico-psiquiátrico; la identificación y detección precoz de dichos cuadros fenoménicos no escapa a la actividad pericial sino que, por el contrario, debe tenerse siempre presente como categoría diagnóstica frecuente, aún ante manifestaciones clínicas atribuidas a un origen diverso. La evaluación debe ser exhaustiva, sistematizada según la perspectiva de género y minuciosamente reconstructiva del psiquismo de la persona peritada.

No obstante las observaciones precedentes, aún es frecuente que las evaluaciones psiquiátricas periciales realizadas en nuestro medio forense, dejen de lado el análisis categorial de género; prejuicios, estereotipos y errores –conceptuales y éticos- son responsables de prácticas profesionales inadecuadas, que mantienen y perpetúan desigualdad y daño. A la reflexión crítica de la actuación profesional desde la perspectiva de género, se le oponen límites marcadamente ideologizados y elaborados al amparo de sesgos doctrinarios a los que se atribuye "validez científica"; en rigor, son actitudes que encubren inconsistencias en la formación y capacitación profesional, pues en Psiquiatría –más que en otras especialidades médicas-, se pone de manifiesto el carácter relativo de la veracidad que permiten las ciencias particulares.

➤ Estudios complementarios

La perspectiva de género es aplicable, también, a los estudios

complementarios del diagnóstico. Ello es posible, no solo mediante su integración al desarrollo de la actividad pericial principal con perspectiva de género y considerada como unidad de servicio, sino además, de modo individual, en cuanto unidad de práctica técnica. La toma de una imagen radiológica, de muestras sanguíneas para realizar determinaciones bioquímicas o genéticas, o la realización de una interconsulta de especialidad, son todos actos profesionales relativamente autónomos y diferidos respecto de la evaluación pericial en cuyo contexto se indicaron. En consecuencia, en cada escenario corresponde aplicar los criterios generales antes señalados y además, reglas de adecuación concreta tales como: asignación de prioridad (p.ej., establecer que la acreditación del daño sufrido, en una causa por violencia de género es siempre, una situación urgente); disponibilidad de recursos (p.ej., garantizar a la mujer su derecho a exigir que la práctica técnica no sea realizada por un hombre); o la estandarización de resultados, con perspectiva de género (p.ej., las fracturas indiciarias de maltrato, por su localización y frecuencia, deben ser informadas con expresión de posibilidad causal, previa coordinación con las constancias obrantes en las actuaciones).

➤ **Evaluaciones psicológicas**

En principio, es recomendable que las diversas etapas integrantes del proceso psico-diagnóstico se lleven a cabo previo diseño de una estrategia protocolizada, destinada a asegurar la validez y confiabilidad de resultados, considerando la perspectiva de género.

La entrevista psicológica-forense, principal procedimiento de evalua-

ción (tanto en su modalidad semi-estructurada como estructurada), es el ámbito en el que corresponde incorporar la perspectiva de género pues debe realizarse habiendo definido “para que”, “que” y “como” se va a evaluar. (16)

La administración de técnicas (psicométricas y proyectivas), habitualmente utilizadas en la actividad pericial psicológica consiste en encuestas, inventarios y tests que no siempre incluyen la variable de género y, aún en los instrumentos que la consideran, por la evolución histórico-cultural de dicho criterio, es aconsejable su revisión crítica. La advertencia expresada es aplicable a toda evaluación psicológica, independiente de los hechos que la motivan, mucho más, cuando se trata de casos cuyo objetivo es la estimación –específicamente- de las consecuencias detrimentales del género (violencia doméstica, violencia de género, maltrato, acoso sexual o laboral, etc.). En estos últimos supuestos, suele observarse el uso de pruebas y técnicas especialmente diseñadas; no obstante, dicha condición no atenúa la exigencia de requisitos dependientes del/a operador/a, es decir, la posesión de conocimientos especializados y experiencia pericial en la problemática de género. A fin de prevenir el riesgo de conclusiones erróneas, se ha señalado la utilidad de aplicar los principios de adecuación, de complementariedad, de interpretación restrictiva y de selectividad. (17)

➤ **Autopsias**

La asociación entre perspectiva de género y autopsias remite, inicialmente, al delito de femicidio y secundariamente, al diseño de protocolos para su investigación;

se trata de casos en los que la muerte de la víctima, se debe a una causa traumática evidente y, la actuación judicial en cuyo marco se dispone el acto médico-legal, está manifiestamente focalizada en una situación de violencia de género pre-existente.

En nuestro medio, actualmente, la autopsia en dichos casos se lleva a cabo sin la exigencia de requisitos especiales más allá de los propios de su especie (es decir, que sea completa, sistemática, metódica e ilustrativa); el/la médico/a forense la realiza sin conocimiento integral de todos los antecedentes policiales y/o judiciales; y la correlación causal ordenada a la tipificación de los hechos, se cumple en una etapa ulterior, diferida, previa formulación de cuestiones periciales por parte del órgano jurisdiccional. El procedimiento descrito demanda tiempo y, no pocas veces, se suscitan dificultades en la comunicación entre las instancias interlocutoras.

En cuanto a los protocolos antes citados, no han sido puestos en vigencia en nuestro medio, sus objetivos exceden la práctica de la autopsia; y, esencialmente están dirigidos a autoridades judiciales, tal como el elaborado por Organización de Naciones Unidas, en 2013. Sin perjuicio de las características mencionadas, el procedimiento previsto en dicho documento para la realización de autopsias, establece: el previo conocimiento, por parte del personal médico forense, del reconocimiento del cadáver en el lugar del hecho; la búsqueda de indicios sobre el cuerpo; búsqueda de signos clínicos de enfermedad por transmisión sexual y embarazo; indicaciones para la toma de muestras, conservación y cadena de custodia; etc. (18)

La perspectiva de género, actualmente ausente en tanto criterio analítico para la realización de autopsias, puede ser aplicada con eficacia. La decisión de su adopción depende, principalmente, de los órganos jurisdiccionales y, secundariamente, de los/as operadores/as periciales. En efecto, cabría modificar el procedimiento actualmente vigente e incorporar:

a).- La obligatoriedad de advertir al personal pericial, la actual o eventual tipificación de la muerte como femicidio y remitir, junto con el cuerpo o restos humanos, las constancias referidas a la investigación judicial y policial de los hechos, en particular, las de orden criminalístico.

b).- La imposición, al personal pericial, del deber de informar el hallazgo de lesiones y/o indicios múltiples, concordantes y de frecuente observación en casos de femicidio, según correlación médico-legal con los antecedentes mencionados en el inciso anterior.

c).- La elaboración de un protocolo de autopsia especial, aplicable a los casos previstos en el primer inciso, que implemente la intervención de las/os profesionales forenses especialistas en las áreas médicas que a criterio de quien tiene a su cargo la realización de la autopsia, sean necesarias/os para el mejor esclarecimiento médico-legal del caso (ginecología, obstetricia, genética, pediatría, etc.).

➤ Deber legal

La perspectiva de género está legalmente impuesta por el derecho positivo vigente, a través de un cuerpo normativo integrado por el núcleo de constitucionalidad y leyes específicas. Su aplicación

y observación no es facultativa, sino obligatoria; el incumplimiento torna anulable el informe y genera responsabilidad profesional (calificada, en el caso de referirse a actividad desarrollada por funcionarios/as públicos/as); y es extensiva a todo el personal que interviene en la prestación del servicio pericial, independientemente de su idoneidad académica, cargo o función.

La amplitud y solidez del deber reside en su carácter de garantía de los derechos humanos de las personas y, en el poder que los dichos, acciones y procedimientos judiciales tienen en orden a crear, mantener y perpetuar paradigmas y estereotipos culturales, con desigual ejercicio del poder; este aspecto se acrecienta a la luz de la perspectiva de género pues, ella en sí misma, se centraliza en una relación desigual y abusiva de poder entre hombres y mujeres.

En consecuencia, la actividad pericial no solo debe ser cumplida con perspectiva de género por parte de las/os profesionales responsables, sino que además, ellas/os deben adoptar todas las medidas adecuadas para que también lo haga el personal a su cargo.

5. Servicio y función pericial con perspectiva de género

La presente propuesta incluye un aspecto especial, consistente en la aplicación de la perspectiva de género a la organización y dinámica de los organismos específicos.

El objetivo, es revertir los modelos sexistas tradicionales entre las/os profesionales de las ciencias de la salud, en especial, de la medicina y de la especialidad medicina legal; si bien dichos paradigmas han sido progresivamente fragmentados, a impulso de la mujer y en el afán de lograr igualdad de oportunidades, aún persisten más o menos explícitos, atenuados o circunscriptos.



Es frecuente el hallazgo de noticias y cifras estadísticas demostrativas de que, en la actualidad, las universidades argentinas tienen predominio de estudiantes mujeres, que egresan en mejor tiempo y con mayores calificaciones que los varones y que adquieren más pronta y mayor capacitación de post-grado; asimismo, que en algunas de las disciplinas de la salud, el predominio femenino es histórico (psicología). (19)

Dichos datos ameritan una reflexión crítica pues, paralelamente, no son correlativos con otros tales como los indicativos de la presencia de la mujer en niveles jerárquicos organizacionales, cargos identificados con excelencia de calidad, remuneraciones más elevadas o funciones profesionales culturalmente más prestigiadas y en general, las que por sus características conllevan ejercicio de poder.

En el ámbito de las ciencias de la salud continúan vigentes estereotipos de actividad por género, según los cuales, la mujer dispone poco tiempo para desarrollar (y desarrollarse en el estudio y práctica de) la profesión (dada su prioritaria dedicación al trabajo no retribuido); tiene menor aptitud y criterio para tomar decisiones, pero mejores condiciones para el cumplimiento de labores que demandan mayor concentración y tiempo (tal como lo requiere el estudio); etc. Y las áreas con predominio femenino -histórico (psicología) o adquirido (medicina)- son aquellas a las que, culturalmente, se le cuestiona su "status científico" ó han experimentado una transformación en desmedro de su prestigio, ó de las condiciones de trabajo y remuneración.

En el análisis de la función pericial, no puede soslayarse la consideración de dos factores culturales cuya incidencia, si bien atemperada, continúa vigente: la jerarquización inter-disciplinas (hegemonía de la medicina sobre las restantes, algunas de ellas calificadas "de colaboración") e intra-actividad (hegemonía del criterio médico en la resolución de cuestiones periciales referidas a hechos no dependientes, en sentido estricto ni exclusivo, del saber médico). (20)

Respecto de la incorporación de la mujer, si se toma al Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional como organismo de análisis, puede advertirse que:

a).- A pesar de haberse organizado entre 1882 y 1896, período durante el cual egresaron de las universidades argentinas las primeras médicas, recién en 1956 se designó a la doctora Carolina Tobar García (primera médica forense); cabe agregar que el ingreso se produjo mediante concurso público, procedimiento hasta entonces nunca implementado. La distinguida profesional -única integrante mujer-, se desempeñó hasta su fallecimiento, en 1962; recién en 1977 se incorporó a la segunda mujer perito médica.

b).- Hasta el presente y desde su creación en 1958 (4 cargos), ninguna mujer ha ejercido en carácter titular el cargo de perito química; no obstante, el personal profesional que lleva adelante las diversas determinaciones técnicas del área, es mayoritariamente femenino.

c).- A comienzos de la década de 1990, se crearon los cargos de perito en odontología (1 cargo) y en psicología (5 cargos); desde en-

tonces, en carácter titular, solo han sido desempeñados por mujeres.

d).- Hasta el presente, ninguna mujer ha ejercido los cargos de decana ni directora de la morgue judicial.

e).- En la actualidad, el porcentaje de mujeres profesionales prácticamente triplica al de varones, pero el 70% de profesionales peritos titulares, son varones.

En cuanto a la prevención, mitigación y contención de la violencia laboral en el ámbito pericial, no son objetivos específicamente considerados; se requiere implementar instrumentos que establezcan objetivos claros y el compromiso de las instancias de dirección a asumir efectivamente su cumplimiento, procedimientos accesibles y ágiles, recursos suficientes y acciones planificadas y coordinadas. En tal sentido, conviene tener presente que la causa generadora de violencia, con mayor frecuencia, es la discriminación sexista; que, en la mayoría de casos, no se visualiza por “habitualidad o naturalización” del fenómeno

tanto para victimarios/as como víctimas; y que, cuando adquiere características que exceden dicho estereotipo cultural, la víctima afronta un panorama signado por la incertidumbre, la improvisación y el costo pisco-físico, todo lo cual es sinónimo de re-victimización.

El perfil estructural, organizacional y dinámico configurado por los datos y observaciones precedentes no es aislado e, indica la necesidad de adoptar acciones con perspectiva de género. (21)

El punto de partida es la formación y capacitación de profesionales –varones y mujeres-, a fin de establecer canales eficaces de comunicación y promover el compromiso necesario para diseñar y cumplir una estrategia de trabajo eficiente, con perspectiva de género. El objetivo a conseguir es concretar efectivamente el valor igualdad entre las personas –varones y mujeres-, en beneficio de quienes desarrollamos actividad pericial en ciencias de la salud y de la comunidad, que es acreedora de nuestro servicio.

Notas y Referencias bibliográficas

(1).- LAMAS, Marta, “La perspectiva de género”, en Revista de Educación y Cultura de la sección 47 del SNTE, México D.F. (Estados Unidos de México), 1996.-

(2).- BUNGE, Mario, “Filosofía para médicos”, editorial Gedisa, Buenos Aires, 2012; págs., 185 y sgtes.

(3).- OBANDO M., Ana Elena, “Mujer, justicia penal y género”; apajoe.es/poenalis/ilanud.rtf .-

(4).- LANGDON, E.J. y, WIIK, F.B., “Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud”. Rev. Latino-Americana Enfermagem, San Pablo (Brasil), mai.-jun. 2010.-

(5).- MARTÍNEZ BENLLOCH, Isabel, “Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud”, módulo 2, Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud; Universidad de Valencia (España), 2013.-

- (6).- CRUZ ALICEA, Aída Iris, "Por ellas, por nosotras, por todas"; VII Asamblea General del Consejo de Educación de Adultos de América Latina, Cochabamba (Bolivia), 2008.-
- (7).- LAGARDE de los RÍOS, María Marcela, "Género y Feminismo. Desarrollo Humano y Democracia", editorial Horas y Horas, Madrid (España), 1996.-
- (8).- Algunos autores ubican temporalmente la conformación del paradigma de masculinidad occidental actual en el siglo XII. Ver: TIN, Louis-George, "La invención de la cultura heterosexual", editorial El Cuenco de Plata, Buenos Aires, 2012.-
- (9).- TELLEZ INFANTE, Anastasia y VERDÚ DELGADO, Ana Dolores, "El significado de la masculinidad para el análisis social", Revista Nuevas Tendencias en Antropología, N° 2, 2011, págs., 80 a 103, Elche (España).-
- (10).- Libros Virtuales Intramed; "modelos de relación médico-paciente", www.intramed.net .-
- (11).- LORENTE COSTA, Miguel; (I). Aspectos generales desde la perspectiva sanitaria", Instituto de Medicina Legal de Granada (España), en revista "Emergencias" 2008; 20:191-197.-
- (12).- RODRIGUEZ-BOLAÑOS, Rosibel de los Angeles, MARQUEZ-SERRANO, Margarita, KAGEYAMA-ESCOBAR, María de la Luz; "Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua", en revista "Salud Pública" vol. 47 N°2, Cuernavaca (México), 2005.-
- (13).- FURNISS, K., McCAFFREY, M., PARNELL, V., ROVI, S.; "Nurses and barriers to screening for intimate partner violence"; MCN Am J Matern Child Nurs 32, 2007.-
- (14).- GIL RUIZ, Juana María; "La interpretación de las normas bajo la perspectiva de género", Facultad de Derecho-Universidad de Granada (España), 2013, www.poderjudicial.es/.../20130502%20JP%20La%20interpretación%20d.-
- (15).- Defensoría Pública de la Corte Suprema de Nicaragua; "Manual para integrar el enfoque de género en el ejercicio de la defensa pública", Managua (Nicaragua), 2009.-
- (16).- MANZANERO, Antonio L., "Psicología Forense: definición y técnicas", en "Teoría y Práctica de la Investigación Criminal", Instituto Universitario "Gral. Gutiérrez Mellado", Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid (España), 2009.-
- (17).- LAPASÍO, D y RAMÓN, E, "Los tests psicológicos en la práctica forense", en "Manual de Psicología Forense Penal", ed. Atelier, Barcelona (España), 2002.-
- (18).- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado y Fiscalía General de la República de El Salvador, "Protocolo de actuación para la investigación del femicidio", 2012.-
- (19).- MINISTERIO DE EDUCACION DE LA NACION, "Anuario 2011. Estadísticas Universitarias", Buenos Aires, 2011.-
- (20).- Al amparo del concepto enciclopedista decimonónico, la medicina legal sub alterna los conocimientos de otras disciplinas

científicas (psicología, odontología, química). En rigor, se trata de saberes que poseen la misma autonomía científica, académica y legal que la medicina; más aún, los criterios médicos en tales áreas, resultan arbitrarios o inespecíficos. No obstante, persiste un modelo relacional inter ciencias, según el estado previo al desprendimiento del tronco común del saber médico y su ulterior desarrollo individual. No pocas veces, las cuestiones periciales son dependientes de los conocimientos y procedimientos técnicos correspondientes a las disciplinas referidas en el párrafo anterior (ejercicio del rol parental,

existencia de sustancias en el organismo, diagnóstico de especie de una mordedura) sin que la ciencia médica pueda controvertirlos con fundamento técnico de mayor validez y confiabilidad.

(21).- En 2012, el Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional emprendió el proceso de formación y capacitación del personal, en teoría y perspectiva de género; durante el año siguiente, se efectuaron cuatro talleres que cumplieron un programa de actividades especialmente diseñado por la Oficina de la Mujer de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.