

“LA VIOLENCIA... ¿VISIBLE?”

Trabajo de Investigación con Metodología en Ciencias Sociales.

Trabajo Inédito.

Relevamiento y caracterización de las situaciones de violencia de género que viven las mujeres, a partir de los 15 años de edad, atendidas en los Consultorios Externos del Hospital J. Ingenieros entre Noviembre del año 2006 y Julio del año 2014, a partir del registro escrito de las mismas en las Historias Clínicas. Evaluación del Efecto de Salud.

Categoría temática: Clínica ampliada / Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado.

Autoras:

Gómez Roleri Cintia M. Residente de Medicina General. 4to año. Htal. J. Ingenieros.

Carhuamaca Antezana Tracy L. Médica, Estudiante del Posgrado de Especialización en Epidemiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Rosario, Santa Fe.

López Andrea. Médica Generalista. Htal. J. Ingenieros.

Gorza Ayelen. Jefa de Residentes de Medicina General. Htal. J. Ingenieros.

Consultoras:

Delgado María Florencia. Trabajadora Social. Htal. J. Ingenieros.

Relli Julieta. Trabajadora Social. Htal. J. Ingenieros.

Hesaine Soledad. Trabajadora Social. Htal. J. Ingenieros.

Di Croce Josefina. Psicóloga. Htal. J. Ingenieros.

Realización: Junio del año 2014 a Junio del año 2015.

Residencia de Medicina General.

Hospital José Ingenieros. Calle 161 y 514. Localidad de Romero, La Plata, Bs As. CP 1900.

Teléfono: 221-4782243.

Mail: cexternos-joseingenieros@ms.gba.gov.ar

Región Sanitaria N° XI.

Corazones Rojos

Corazones rojos, corazones fuertes, espaldas débiles de mujer
Mil insultos como mil latigazos, mil latigazos dame de comer
De comer cordura, de comer comida, yo sabré cómo traicionar
Traicionar y jamás pagar, porque yo soy un hombre y no te puedo mirar.

Eres ciudadana de segunda clase, sin privilegios y sin honor
Porque yo doy la plata estás forzada
A rendirme honores y seguir mi humor
Búscate un trabajo, estudia algo, la mitad del sueldo y doble labor
Si te quejas allá está la puerta, no estás autorizada para dar opinión

Corazones rojos, corazones fuertes, corazones rojos
Hey mujer
Hey mujeres

De tu amor de niña sacaré ventaja,
De tu amor de adulta me reiré
Con tu amor de madre dormiré una siesta,
Y a tu amor de esposa le mentiré.

Nosotros inventamos, nosotros compramos,
Ganamos batallas y también marchamos
Tú lloras de nada y te quejas de todo
Para cuando a veces nos emborrachamos

Corazones rojos, corazones fuertes, corazones rojos
Hey mujer
Hey mujeres

En la casa te queremos ver, lavando ropa, pensando en él
Con las manos sarmentosas y la entrepierna bien jugosa
Ten cuidado de lo que piensas, hay un alguien sobre ti
Seguirá esta historia, seguirá este orden,
Porque Dios así lo quiso, ¡porque Dios también es hombre!

Hey, mujer (y no me digas nada a mí)
Hey, mujeres (corazones rojos no me miren así)
Hey, mujer (y no me digas nada a mí)
Hey mujeres (corazones rojos)

“Corazones Rojos”, Los Prisioneros.

ÍNDICE

Resumen.....	Página 4
Agradecimientos.....	Página 5
Introducción.....	Página 5
Definición del Problema.....	Página 7
Objetivos.....	Página 7
Propósito de la Investigación.....	Página 8
Marco teórico.....	Página 8
Métodos.....	Página 13
Resultados de las herramientas metodológicas.....	Página 17
Discusión y Conclusiones.....	Página 23
Propuestas.....	Página 30
Bibliografía.....	Página 33
Anexo N° 1. Herramientas incorporadas para el registro en la HC.....	Página 38
Anexo N° 2. Guión de las Entrevistas a Informantes Clave.....	Página 40
Anexo N° 3. Detalles y características de la muestra.....	Página 43
Anexo N° 4. Encuesta para los trabajadores/as del Equipo de Salud.....	Página 46
Anexo N° 5. Resultados de las Entrevistas a Informantes Clave.....	Página 48
Anexo N° 6. Detalle del análisis estadístico, cruce de datos y resultados a partir de la selección de HC del fichero de adultos, ficheros de Salud Mental y de Consultorios Jurídicos y planilla de Consultorios Jurídicos.....	Página 65
Anexo N° 7. Variables relevadas en las HC seleccionadas. Resultados.....	Página 85
Anexo N° 8. Resultados de las Encuestas al Equipo de Salud.....	Página 96
Anexo N° 9. Devolución al Equipo de Salud.....	Página 102

“LA VIOLENCIA... ¿VISIBLE?”
GORZA Ayelén, LÓPEZ Andrea F., <u>GÓMEZ ROLERI Cintia M.</u> CARHUAMACA ANTEZANA Tracy L.
Hospital José Ingenieros (HJI). Localidad de Romero, La Plata, Bs As. CP 1900. Domicilio: 37 N° 668, Dpto. 6º C. (221) 5994635. Mail: faemedicina@yahoo.com.ar
Trabajo de Investigación con Metodología en Ciencias Sociales.
Clínica Ampliada. Atención de los problemas de salud-enfermedad-cuidado.
<p>La violencia de género (VG) es un problema de Salud Pública.</p> <p>Relevar, analizar y caracterizar las situaciones de VG que viven las mujeres, a partir de los 15 años de edad, que concurren a los Consultorios Externos del HJI desde Noviembre del año 2006 hasta Julio del año 2014, a partir del registro escrito en las Historias Clínicas y Ficheros, y evaluar al efector en diversos aspectos, principalmente en relación al registro de situaciones de VG.</p> <p>Entrevistas a informantes clave; estudio descriptivo transversal retrospectivo a partir de 130 fichas y 817 historias clínicas (HC); encuestas a los trabajadores/as del efector; devolución al Equipo de Salud.</p> <p>Resultados: El porcentaje de casos positivos según registro es de 11,9%. La formación de los trabajadores/as en VG es heterogénea. El trabajo es interdisciplinario, pero no involucra a todas las disciplinas. Discusión y conclusiones: Las herramientas de análisis arrojan resultados contradictorios, lo que sugiere un subregistro en el efector; se evidencia heterogeneidad en las capacitaciones, y dificultades en el seguimiento interdisciplinario por parte de todas las disciplinas. Propuestas: Incorporar una nueva herramienta para detección y registro de VG en HC; realizar nuevas capacitaciones, aumentar el trabajo en la comunidad sobre VG.</p>
Mujeres, violencia de género, Primer Nivel de Atención.
Soporte técnico: Proyector y pantalla. Archivo Prezi.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Equipo de Salud de los Consultorios Externos del Htal J. Ingenieros, así como a la Dirección del Hospital, por el acompañamiento y los aportes que nos brindaron durante todo el proceso de desarrollo de la investigación, en la práctica, en lo académico y en lo humano.

Agradecemos también a los/as pasantes de los Consultorios Jurídicos que funcionan en los Consultorios del Hospital, quienes aportaron material importante para el trabajo, además de la buena predisposición continua frente a nuestras dudas o consultas. Agradecemos a Jimena Ullastre, Residente de Trabajo Social del Htal. A Korn, rotante en HJI, quien aportó material bibliográfico para este trabajo, colaboró frente a dudas que surgían durante la investigación y realizó con nosotras la Devolución de los resultados al Equipo de Salud. Agradecemos especialmente a nuestras Consultoras, quienes nos acompañaron participando en todas las instancias de trabajo desarrolladas en esta investigación, con continua colaboración en todos los aspectos.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de Investigación se desarrolla en el marco de una Institución efectora de Salud Pública: los Consultorios Externos del Hospital José Ingenieros (HJI), ubicados en las calles 161 y 514, en la localidad de Melchor Romero, partido de La Plata, Provincia de Buenos Aires. En el año 2006, respondiendo a la demanda de los vecinos, ante el déficit de atención sanitaria en la zona, se crean los Consultorios Externos del HJI (De ahora en adelante “la Salita”¹). Si bien funcionan dentro de un Hospital Subzonal Especializado en jóvenes con capacidades diferentes, los Consultorios responden a la demanda de la comunidad, como efector del Primer Nivel de Atención de la Salud. En el año 2009 el Hospital comienza a ser sede de Residencia de Medicina General (MG). En el año 2010 se amplían los Consultorios Externos, dado que la demanda de la comunidad es cada vez mayor; y el Equipo de Salud también crece; en dicho año ingresan las primeras Residentes del HJI, siendo actualmente un grupo de 8 Residentes de MG, incluyendo a la Jefa de Residentes.

La Salita, particularmente, se encuentra en una zona de bajos recursos y asiste a una población que se caracteriza por presentar una gran diversidad cultural, compuesta por inmigrantes de países limítrofes como Bolivia, Perú, Paraguay, Brasil y de distintas provincias de nuestro país, especialmente del noroeste argentino (NOA). La Salita está inmersa en una

zona heterogénea demográficamente, con áreas densamente pobladas y zonas de quintas. Durante los últimos años, ha existido un gran aumento demográfico en espacios lindantes a La Salita, que antes eran considerados rurales.

En relación a los trabajadores/as de La Salita, existe un Equipo de Trabajo Interdisciplinario. Las diversas disciplinas que lo conforman son: medicina, enfermería, trabajo social, psicología, administración.

Desde los orígenes de los Consultorios Externos del HJI en el año 2006, se trabaja cotidianamente con mujeres, quienes representan la mayor parte de la población usuaria de este efector de salud, directamente, a través de los controles de salud, consultas ginecológicas y/u obstétricas (consejería en Métodos Anticonceptivos, Control Prenatal, etc.), Consultorios de Salud Mental (Admisión, consultorio de psicología), Consultorios Jurídicos, Enfermería; e indirectamente, ya que son quienes generalmente concurren llevando a los niños a los controles de salud o a consulta por demanda espontánea. A modo de ejemplo, se extraen datos sobre las consultas realizadas a los Consultorios Externos a partir de la carga al Sistema Único de Registro (SUR) del Ministerio de Salud de la Provincia.² Se realiza la búsqueda de todas las consultas realizadas por mujeres a partir de los 15 años de edad durante el período comprendido entre el 02/06/14 y el 30/06/14, cuyo resultado es de 1045 mujeres, y luego se buscan las consultas de varones a partir de los 15 años en ese mismo período de tiempo, dando por resultado 56 varones.³ Vale aclarar que en el número total de mujeres y varones se incluye todo tipo de consulta y no sólo turno programado (demanda, métodos anticonceptivos, curaciones, vacunación, control de salud, etc.). Estos números no son excepción, esta amplia diferencia entre la concurrencia de mujeres y varones se repite, en general, durante todos los meses del año.

En este contexto, los trabajadores/as del Equipo de Salud se encuentran habitualmente con situaciones que implican algún tipo de violencia de género (VG). Esto ha generado la necesidad de sensibilizarse y capacitarse en relación al tema de la VG, lo que ha implicado y continúa implicando la necesidad de contar con instancias de formación al respecto. La capacitación y sensibilización de los trabajadores/as se plasma en la adaptación de las Historias Clínicas (HC), donde se incluye VG como un dato a tener en cuenta en la atención de todas las disciplinas, incorporando la variable en la primer hoja de la HC (Ver Imágenes N° 1, 2 y 3, Anexo N°1), además de desarrollarse en la evolución de las mismas.

Por diversos motivos no se ha generado hasta el momento desde La Salita un análisis estadístico de los datos ya existentes en las HC que permita evaluar la magnitud real de la problemática relacionada con la VG a partir del registro, es por esto que se hace necesario desarrollar un trabajo de investigación al respecto. Al mismo tiempo, es importante poder evaluar si las capacitaciones que se han desarrollado en el Equipo hasta el momento involucran a todos los trabajadores/as que lo integran hoy (ya que este ha crecido en los últimos años), poner en juego el impacto que estas capacitaciones han tenido en el registro de las situaciones de VG, evaluar la herramienta que se incorporó en la HC para mejorar la calidad de los datos, y evaluar en lo concreto si verdaderamente se desarrolla un trabajo interdisciplinario en el abordaje de estas situaciones.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la magnitud de la problemática de VG entre las mujeres a partir de los 15 años de edad, atendidas en los Consultorios Externos del HJI entre Noviembre del año 2006 y Julio del año 2014, según las fuentes de datos disponibles?

¿Cuáles son las características de las mujeres a partir de los 15 años de edad en situación de VG, atendidas en el HJI en relación a edad, paridad, ocupación, nivel educativo?

¿Existe un registro detallado y preciso de estas situaciones en las HC, tanto en relación a las características de la situación de violencia como a las intervenciones realizadas por el Equipo de Salud? ¿Qué datos en relación a la violencia que sufren se pueden relevar (quién es el agresor, tipo de violencia de género, secuelas por la situación, situación actual, pasada o ambas, etc.) en base al registro?

¿De qué forma se vinculan las modalidades de registro existentes con las intervenciones del Equipo, en torno a las situaciones de VG en la población señalada?

¿El nivel de capacitación de los trabajadores/as de salud del HJI es homogéneo? ¿Qué aspectos de la capacitación deben problematizarse o transformarse en relación a la VG? ¿Las intervenciones realizadas por el Equipo de Salud, en relación a las mujeres adultas en situación de VG, tienen un abordaje interdisciplinario?

OBJETIVOS

General:

-Relevar, analizar y caracterizar las situaciones de VG que viven las mujeres a partir de los 15 años de edad que concurren a los Consultorios Externos del HJI desde Noviembre del año 2006 hasta Julio del año 2014, a partir del registro escrito en las Historias Clínicas y ficheros,

y evaluar al efector en diversos aspectos, principalmente en relación al registro de situaciones de VG.

Específicos:

- Determinar si las situaciones de VG de las mujeres a partir de los 15 años de edad, que asisten al efector en el período mencionado, constituyen una problemática frecuente, en base al registro existente en las HC.
- Caracterizar a las mujeres a partir de los 15 años de edad que sufren VG en la población usuaria del efector (paridad, edad, ocupación, nivel educativo).
- Evaluar la precisión y el detalle en los registros escritos en las situaciones de VG en las HC.
- Evaluar los datos registrados en relación a las situaciones de VG -quién ejerce la violencia (sexo y vínculo con la víctima), secuelas a partir de la situación, si la situación es pasada, actual o ambas, intervención del Equipo, etc.-
- Determinar si el abordaje de los casos de violencia de género se realiza sistemáticamente de modo interdisciplinario.
- Evaluar las herramientas metodológicas para la detección y registro utilizadas en las HC hasta el momento en relación a la VG.
- Evaluar la percepción de los trabajadores/as de salud en relación a las herramientas con las que cuentan para el abordaje de las situaciones de violencia de género.
- Establecer qué aspectos de la capacitación en relación a la VG deben problematizarse o transformarse.

PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Es la intención de este estudio aproximarse a la realidad del trabajo cotidiano de los Consultorios Externos del HJI en relación a las situaciones de VG que sufren las mujeres a partir de los 15 años de edad, con la propuesta de evaluarlo, en todos sus aspectos, para aportar a mejorar la calidad de la atención y del registro.

MARCO TEÓRICO

“No se nace mujer: llega una a serlo. Ningún destino biológico, físico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; la civilización en conjunto es quien elabora ese producto intermedio entre el macho y el castrado, al que se califica como femenino.”

Simone de Beauvoir⁴

Esta indagación está centrada en la problematización del abordaje de una problemática de salud ligada a las mujeres de sectores populares y las formas de violencia que padecen. Por lo tanto, requiere de un marco teórico que dé cuenta del lugar que históricamente ellas ocupan en la sociedad, y las relaciones de poder que atraviesan sus vidas cotidianas y sus cuerpos. Para ello, vamos a retomar algunos aportes de los estudios de géneros y feministas que apuntan a abordar, por una parte la existencia de un sistema Patriarcal o Patriarcado, y por otra parte, las diferencias entre sexo y género en este contexto.

Los años sesenta representan una intensa agitación política, así como una variedad de cambios sociales y culturales. Los movimientos sociales se constituyen protagonistas de la lucha contra un Sistema que se legitima en la universalidad de sus principios y que es tácitamente clasista, sexista, racista e imperialista. El movimiento feminista, uno de los más combativos y plurales, desarrolla diversas formas de acción como de planteamientos teóricos. El feminismo radical elabora un marco estructural desde el cual explicar el sentido y el alcance de la violencia contra las mujeres; elabora el concepto de **patriarcado**, con el que se hace explícita la existencia de un sistema de dominación basado en el sexo-género, que, a su vez, resulta independiente de otros sistemas de dominación.^{5, 6, 7}

El patriarcado constituye así, un sistema de subordinación y dominación en relación al género, siendo la primera estructura de dominación y subordinación de la historia, la más poderosa y duradera de desigualdad, y la que menos se percibe como tal. El sistema patriarcal presenta formas de opresión y legitimación propias, no sólo relacionadas con la desigualdad en la esfera de lo público, sino, principalmente, en relación con las prácticas que tienen lugar en la esfera de lo privado. Las feministas radicales amplían el concepto de lo político al extenderlo a todo tipo de relaciones estructuradas por el poder, como las que se dan entre varones y mujeres. La ideología patriarcal está tan firmemente interiorizada, sus modos de socialización están tan naturalizados y son tan eficaces, que la coacción estructural en que se desarrolla la vida de las mujeres, violencia incluida, presenta para buena parte de las mismas, la imagen del comportamiento libremente deseado, elegido. Estas razones explican la importancia de que las mujeres lleguen a deslegitimar «dentro y fuera» de ellas mismas un sistema que se construye sobre el axioma de su inferioridad y su subordinación a los varones.^{6, 7} La ideología que sustenta al sistema patriarcal hace énfasis en la diferencia natural, y en la construcción de los roles de cada sexo, los géneros sexuales. Esta lógica realiza varias operaciones simultáneas:

- Identifica diferencias entre hombres y mujeres en base a su condición sexuada.
- Remite las mismas a esencias inmodificables, “naturales”.
- Inscribe las diferencias en un orden binario y jerárquico, donde siempre uno de los atributos diferenciales —el masculino— es tomado como criterio de medida, mientras que los atributos femeninos son defecto, falta, complemento, etc.
- Legitima la desigualdad social de los así constituidos como «diferentes» (el otro); en este caso, las mujeres.^{5, 6, 7}

En un mismo acto esencializa la diferencia y legitima la desigualdad social.^{5, 6, 7}

Considerar que las diferencias entre varones y mujeres no se sustentan en base al sexo, sino al género, implica afirmar que el problema no se encuentra en sus especificidades anatómo-biológicas, sino en las desigualaciones que las sociedades han generado con las mismas. Hablar de diferencias de género alude a los dispositivos de poder por los cuales las diferencias biológicas sirven para justificar las desigualdades sociales. Es, por tanto, una noción que pone el centro en la cuestión del poder de un género sobre otro.^{5, 6, 7, 8}

La **perspectiva de género**, concepción académica y científica, plantea que la dominación de género produce la opresión de género. Esta perspectiva tiene como uno de sus fines contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración a partir de la resignificación de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres. El análisis de género feminista es detractor del orden patriarcal, contiene de manera explícita una crítica a los aspectos destructivos, opresivos y enajenantes que se producen por la organización social basada en la desigualdad, la injusticia y la jerarquización política de las personas basada en el género. El **género** es más que una categoría, es una teoría amplia que abarca categorías, hipótesis, interpretaciones y conocimientos relativos al conjunto de fenómenos históricos construidos en torno al sexo.^{5, 7, 8, 9, 10}

A su vez, el género se articula con otras relaciones de poder como la clase social, la etnia, la nacionalidad y la edad, configurando un cruce de opresiones que atraviesa y vivencia cada mujer de manera diversa.

Sobre la Violencia de Género

“Hay criminales que proclaman tan campantes ‘la maté porque era mía’, así no más, como si fuera cosa de sentido común y justo de toda justicia y derecho de propiedad privada, que hace al hombre dueño de la mujer. Pero ninguno, ninguno, ni el más macho de los supermachos tiene la valentía de confesar ‘la maté por miedo’, porque al fin y al cabo el

miedo de la mujer a la violencia del hombre es el espejo del miedo del hombre a la mujer sin miedo.”
Eduardo Galeano¹¹

Para que la violencia, en cualquiera de sus formas, exista, es necesario que una sociedad haya, previamente, inferiorizado, discriminado al grupo que es objeto de violencia. Se victimiza a aquel colectivo que es percibido como inferior. Los procesos de inferiorización y discriminación operan como naturalizaciones; conforman, en tal sentido, invisibles sociales. No son realmente invisibles, sino que se encuentran invisibilizados; a estos procesos se los ha denominado violencia invisible. Está ahí, pero no se ve como tal, ya que se la lee como natural.^{5, 6, 7}

La visión tradicional, patriarcal, de la **violencia hacia las mujeres**, la plantea como algo normal y necesario, basado en la naturaleza diferente de los sexos y en sus relaciones personales, a consideración como problema patológico en los casos más graves. Comprender la vigencia del fenómeno de la violencia contra las mujeres exige volver la mirada hacia nuestra historia: durante siglos nuestra cultura, tanto popular como académica, ha legitimado esta violencia; la cual aún en medio de un universo de violencia, presenta claves específicas. Es decir, formas específicas de legitimación, basadas, no en su condición de personas, sino de mujeres. Esta legitimación procede de la conceptualización de las mujeres como inferiores y como propiedades de los varones, a los que deben respeto y obediencia, y encuentra un refuerzo crucial en los más diversos discursos.^{5, 6, 7, 12}

Desde el marco de interpretación propuesto por Millett, la violencia contra las mujeres deja de ser un suceso, un problema personal entre agresor y víctima, para definirse como **«una política sexual ejercida fundamentalmente por el colectivo de varones sobre el colectivo de mujeres»**.¹³ La violencia tiene una función de refuerzo y reproducción del sistema de desigualdad sexual.⁶

El ejercicio del poder de dominación es transversal: independiente de toda ideología, política, clase social, nivel educativo, tanto del agresor como de la víctima, y no es una violencia ciega e indiscriminada, se ejerce sobre individuos en condición de inferioridad. La violencia pretende ser un mecanismo de control social sobre las mujeres, empleado con el fin de reproducir y mantener el statu quo de la dominación masculina. Las formas de violencias menos visibles, pero no por eso menos eficaces, se ponen en juego en la familia, cotidianamente, a través de la desigualdad en la distribución del dinero, del poder, de las

responsabilidades domésticas, de las opciones de realización personal de cada sujeto, etc. Lo que está implícito en la conducta del varón violento es la concepción que tiene en relación a la mujer, a quien considera objeto de su pertenencia, sobre la cual puede ejercer su dominación de modo arbitrario y con naturalidad.^{5, 6, 7}

La **perspectiva de género en salud** implica incorporar el modo en el cual las asimetrías construidas socialmente entre varones y mujeres determinan, de modo diferente, los procesos de salud-enfermedad-atención de ambos. Dichas asimetrías establecen vulnerabilidades diferenciales en relación a los roles sociales asignados a cada sexo, lo cual determina modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos/as y morir.¹⁴

En algún momento de sus vidas más de la mitad de las mujeres latinoamericanas ha sido objeto de agresiones en sus hogares. Un 33% fue víctima de abusos sexuales entre los 16 y 49 años, mientras un 45% recibió amenazas, insultos y sufrió la destrucción de objetos personales. La violencia basada en género aparece como una causa significativa de discapacidad y muerte entre mujeres en edad reproductiva, así como un variado y complejo generador de demanda asistencial en Atención Primaria, Hospitalaria y Social: La **violencia de género es un problema de Salud Pública**.^{14, 15, 16, 17, 18, 19}

En el ámbito de la Atención Primaria, la detección precoz y la relación con las mujeres víctimas de VG se sustenta en la continuidad e integralidad, entendidas como el abordaje y seguimiento de un problema complejo, atendido en consultas sucesivas por el mismo equipo de profesionales; y por la longitudinalidad, que se entiende como el seguimiento de la mujer hasta su recuperación integral. La ruptura de la continuidad y la longitudinalidad sólo tiene sentido cuando, en beneficio de la mujer, es preciso que sea atendida en el nivel hospitalario debido a sus complicaciones y/o secuelas. La situación de violencia crónica en la mujer condiciona la aparición de problemas en su salud física, psicológica, sexual, reproductiva y social además de repercusiones en la salud de sus hijas e hijo/as. Precisa por tanto de una atención compartida y coordinada entre los diferentes niveles asistenciales.^{16, 17, 18, 20, 21, 22}

Existen dificultades importantes a la hora de detectar, diagnosticar y tratar estas situaciones, se puede mencionar la falta de hábito del personal de la salud en el reconocimiento o sospecha de las situaciones de violencia no declaradas por la mujer, para poder ofertar apoyo y activar los dispositivos que aborden la situación; así como la propia mujer, que inmersa en la violencia muchas veces no es consciente de esa situación, o es reacia a serlo, por diversas situaciones que lo dificultan. Los profesionales sanitarios, mujeres y hombres,

están llamados a intervenir activamente en este problema de salud, siendo en muchas ocasiones el único recurso al que la mujer víctima de la violencia acude. Son responsables de la atención de la salud física y psicológica de las mujeres maltratadas, así como de la detección precoz de situaciones de VG.^{14, 18, 21, 22} Esto implica la necesidad de expandir la formación sobre violencia de género en los trabajadores/as de la salud, no sólo en relación a las formas de intervención que se deben realizar, sino, primordialmente, se debe apuntar hacia una formación sólida en perspectiva de género.

MATERIAL Y MÉTODOS

1) Entrevistas a informantes clave

El grupo de trabajo desarrolla un guión de preguntas abiertas para cada grupo entrevistado, uno para los informantes del espacio de Salud Mental, uno para los informantes de los Consultorios Jurídicos, otro para los informantes de la comunidad (Ver Anexo Nº 2) -en el desarrollo del trabajo se explican las características, composición, y trabajo desarrollado tanto por el espacio de SM, como por los CJ-. Si bien en el guión se encuentra redactada la forma de la pregunta, las entrevistas se realizan de manera flexible, no se respeta el orden exacto de preguntas, ni su forma, ya que se modifican las mismas en el contexto o se generan nuevas preguntas en caso de necesitar profundizar un tema o ampliar en algún sentido la información. Se caracterizan como entrevistas cualitativas semiestructuradas. Se entrevistan a tres integrantes del espacio de Salud Mental y a dos integrantes de los Consultorios Jurídicos²³, dicha selección no se realiza al azar, sino que se define a partir de la búsqueda de integrantes más antiguas de ambos grupos, quienes son referenciadas por sus compañeras. El grupo inicial de informantes clave de la comunidad es referenciado por integrantes históricos del Equipo de Salud de la Salita en base a su conocimiento sobre el territorio y actores sociales, no al azar. A raíz de la utilización de la técnica de bola de nieve, al inicio del desarrollo y aplicación de este instrumento metodológico, no se conoce el número final de informantes clave de la comunidad con el que contamos.^{24, 25, 26, 27}

2) Estudio descriptivo transversal retrospectivo

En el presente trabajo se desarrolla una instancia de investigación cuantitativa, aplicando un diseño de investigación descriptivo transversal retrospectivo. Es descriptivo en tanto se utiliza para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales o de otro tipo, no es experimental, busca especificar características importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Es transversal ya que

permite medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo, no involucrando seguimiento. Es retrospectivo debido a que se evalúa en el presente datos pasados, hechos pasados.^{28, 29, 30} Incluye:

-Análisis de HC pertenecientes al fichero de adultos, correspondientes a mujeres a partir de los 15 años de edad, entre Noviembre del año 2006 y Julio del año 2014.

-Análisis de fichas e HC pertenecientes al fichero de Salud Mental, correspondientes a mujeres a partir de los 15 años de edad, entre Noviembre del año 2006 y Julio del año 2014.

-Análisis de fichas e HC pertenecientes al fichero de los Consultorios Jurídicos, correspondientes a mujeres a partir de los 15 años de edad, entre Noviembre del año 2006 y Julio del año 2014.

-Análisis de datos e HC pertenecientes a la Planilla de Consultorios Jurídicos, correspondientes a mujeres a partir de los 15 años de edad, durante los años 2012 y 2013, únicos datos que resultan accesibles ya que la Planilla del año 2014 se encuentra en construcción durante las etapas finales de este trabajo de investigación.

-Cruce de todas las fuentes de datos

-Análisis de variables específicas en relación a los casos de VG positiva que se detectan a partir de todas las fuentes, en los casos en que cuenten con HC en fichero de adultos.

Población: La Unidad de Análisis de este trabajo corresponde a mujeres a partir de los 15 años de edad, pacientes de los Consultorios Externos entre Noviembre del año 2006 (inicio de la atención en los Consultorios Externos) y el 1º de Julio del año 2014.

Muestra

***Fichero de adultos**

Las HC de las mujeres a partir de los 15 años de edad, que se atienden en los Consultorios Externos del HJI se encuentran ubicadas dentro de lo que se denomina “fichero de adultos”. Este fichero no se estructura según sexo, sino que contiene ambos sexos juntos. La organización de las HC se basa en la división de las mismas según la letra del alfabeto que corresponde al apellido del paciente, más un número, según el orden de atención o recepción del paciente por el servicio (Ejemplo: Sandoval Carlos, HC S249, si la última HC registrada hasta ese momento es la S248). De esta forma se ubican físicamente las HC en el fichero de adultos, en orden alfabético y a su vez numérico, al mismo tiempo que se cuenta con un documento de Excel en el cual se encuentran todas las HC cargadas con los datos básicos del paciente (Nº HC, Nombre y apellido, DNI, Domicilio, Sexo, Teléfono, etc.). Esto

permite a las personas que desarrollan el trabajo administrativo simplificar la búsqueda de HC en el fichero. La existencia de este documento de Excel es reflejo de todas las HC en el fichero, y al contener diversas variables en su estructura permite seleccionar HC a partir de ciertos datos, sin necesidad de recurrir a las mismas en papel. Esto ha sido sumamente importante para este trabajo, permitiendo acceder, a partir de la variable sexo, a un listado con datos de nuestra población de estudio.

Tipo de muestreo: Probabilístico aleatorio sistemático.^{30, 31}

A partir de conocer el número total de la población de este trabajo en el fichero de adultos (Ver Cuadro Nº 1, Anexo Nº 3), y del cálculo del tamaño muestral necesario (Ver Cuadro Nº 2, Anexo Nº 3), contando con una lista de la población, se define la forma en la que se seleccionan las HC. La modalidad escogida es la selección de 1 de cada 4 HC presentes en la lista de cada letra del abecedario del fichero de adultos.

Total de HC de mujeres: 3.202

Características de la muestra en este trabajo: Margen de error 4%; Nivel de confianza 99%; Distribución de las respuestas 50%; Muestra: 784.

Total de HC en la muestra según muestreo aleatorio sistemático: 792.

No se encuentran del total de la muestra 56 HC. Cada una de estas HC que no se encuentran en el fichero de adultos se busca en tres oportunidades diferentes a lo largo del desarrollo del trabajo. Total real de HC del fichero de adultos en la muestra: 736 HC.

***Fichero de Salud Mental**

El espacio de Salud Mental (SM) de los Consultorios Externos del HJI mantiene un sistema de registro de alguna manera independiente del fichero general (de niños y adultos) en el que se guardan las HC. Cada vez que ingresa un paciente nuevo a la consulta de Admisión se abre una ficha, en la cual se completan: datos filiatorios, fecha de consulta, motivo de consulta, seguimiento o conducta tomada por el espacio. Los pacientes que consultan en SM pueden o no tener ya abierta una HC en los Consultorios Externos. En caso de tener HC abierta, el acuerdo del espacio de SM es el de registrar aspectos básicos de la consulta en la misma. Si el paciente no tiene HC abierta, el espacio de SM, en general, no la abre.

En el caso del fichero de SM, la cantidad de fichas es pequeña, por lo que se incluyen para el trabajo todas las fichas de mujeres a partir de los 15 años de edad, que han consultado desde la apertura del registro, en el mes de Marzo del año 2012 hasta el 1º de Julio del año 2014. Se detallan las fichas existentes y la cantidad total de HC de mujeres que entran al

estudio según edad y fecha de consulta: 67 mujeres (Ver Cuadro N° 3, Anexo N° 3). Una vez seleccionadas las fichas que se incluyen en el trabajo de investigación se busca si la ficha corresponde a una mujer que tiene o no HC en el fichero de adultos. Si tiene HC, se constata si la misma es o no evaluada en la selección realizada del fichero de adultos para este trabajo. Si tiene HC y no fue seleccionada entre el fichero de adultos, la misma se analiza; si ya fue seleccionada no se analiza nuevamente, sino que se resta del total de fichas de SM y se cruzan los datos. Si no tiene HC se toman los datos que figuran sólo en la ficha de SM.

Número total de mujeres seleccionadas para el trabajo en el fichero de SM: 67

Número de mujeres que se seleccionan del fichero de adultos para este trabajo, que coincide con la selección de SM: 12.

Número real de la muestra de SM (sin contar a las mujeres que coinciden con la selección del fichero de adultos): 55.

***Fichero del Consultorio Jurídico**

De forma similar a lo que ocurre con el registro desde el espacio de SM, el Consultorio Jurídico (CJ) mantiene un fichero específico, independiente del fichero general (de niños y adultos) en el que se guardan las HC. Cada vez que ingresa un paciente nuevo a la consulta de los Consultorios se abre una ficha, en la cual se completan: datos filiatorios, fecha de consulta, motivo de consulta, seguimiento o conducta tomada por las personas que intervienen. Los pacientes que consultan en los CJ pueden o no tener ya abierta una HC en los Consultorios Externos. Las personas que participan de los CJ no recurren a la HC, ni plasman en ella ningún dato del caso si el paciente ya tiene una HC en el fichero general, ni abren una HC nueva en caso de que el paciente no cuente con la misma.

En el caso del fichero de CJ, al igual que en el caso del fichero de Salud Mental, la cantidad de fichas es relativamente pequeña, por lo que se incluyen para el trabajo todas las fichas de mujeres a partir de los 15 años de edad, que han consultado desde la apertura del registro, durante el año 2012 hasta el 1º de Julio del año 2014. Se detallan las fichas existentes y la cantidad total de HC de mujeres que entran al estudio según edad y fecha de consulta: 63 mujeres (Ver Cuadro N° 4, Anexo N° 3).

Una vez seleccionadas las fichas que se incluyen en el trabajo de investigación se busca si la ficha corresponde a una mujer que tiene o no HC en el fichero de adultos. Si tiene HC, se constata si la misma es o no evaluada en la selección realizada del fichero de adultos para este trabajo. Si tiene HC y no es seleccionada entre el fichero de adultos, la misma se analiza;

si ya fue seleccionada, no se analiza nuevamente, sino que se resta del total de fichas de SM y se cruzan los datos (datos de HC y ficha). Si no tiene HC se toman los datos que figuran sólo en la ficha de CJ.

Número de mujeres que se seleccionan del fichero de adultos para este trabajo, que coincide con la selección de Consultorios Jurídicos: 7 HC.

Número real de la muestra de CJ (sin contar a las mujeres que coinciden con la selección del fichero de adultos): 56 HC.

3) Encuestas al Equipo de Salud del HJI.

La encuesta se planifica durante el mes de Agosto de 2014. Para el armado se toma como base, y se modifica, una encuesta realizada por un equipo de investigación que desarrolla un análisis de situación del sistema de Atención Primaria de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en relación a su capacidad de respuesta frente a la VG, en el marco de la Beca “Carrillo-Oñativia”.³² La encuesta modificada (Ver Anexo Nº 4) se realiza a 28 trabajadores/as del Equipo el día viernes 5 de Septiembre. Se elige un día viernes, durante la mañana, unos minutos antes del inicio de la actividad correspondiente al día (capacitación, disciplinar o interdisciplinar), ya que todos los trabajadores/as concurren a la misma. El Equipo de Salud está integrado actualmente por un grupo de 30 personas (incluyendo a las autoras de este trabajo). En el HJI existe una rotación establecida hace años, continua, de residentes de Obstetricia pertenecientes a la Residencia de Obstetricia del Htal. Alejandro Korn, ubicado en las calles 520 y 175 de la localidad de Melchor Romero. Cuatro residentes participan de la actividad de capacitación en ese momento y responden la encuesta. Se debe aclarar que las autoras de este trabajo no responden la encuesta, así como 4 trabajadores/as del Equipo de Salud que por diversos motivos no se encontraban ese día.

4) Devolución al Equipo de Salud.

Esta investigación, para ser coherente con su propósito, debe llegar a los trabajadores/as del efector, y no quedar como una instancia aislada del mismo, que no aporte a la práctica concreta. Se encuentra planificada una instancia de devolución del análisis realizado y sus resultados, que se oriente justamente, a visibilizar la práctica, problematizarla si es necesario, e impulsar acciones que aporten a su mejora.

Diseño Metodológico: Investigación Acción Crítica Reflexiva.

RESULTADOS DE LAS DIVERSAS HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS

1) Resultados de entrevistas a Informantes Clave de los Consultorios Jurídicos, Espacio de Salud Mental, y referentes de la comunidad: Ver Anexo N° 5.

2) Detalle del análisis estadístico, cruce de datos y resultados a partir de la selección de HC del fichero de adultos, fichero de SM, fichero de CJ y planillas de CJ: Ver anexo N° 6.

-Total de casos de VG positiva a partir de todas las fuentes analizadas:

Planillas CJ, años 2012-2013: Se detectan a partir del análisis de las planillas (de manera directa e indirecta) 5 casos de VG nuevos, no considerados en otra instancia de análisis de datos, o sea, detectados exclusivamente por la planilla de CJ. Uno de estos casos corresponde a una mujer con HC abierta en fichero de adultos, la cual se analiza; otro de los casos corresponde a una mujer que tiene HC abierta en fichero general, en la cual no se indaga en relación a VG. Los restantes 3 casos corresponden a mujeres sin HC abierta en fichero de adultos.

Fichero de CJ: Sin contar las HC que coinciden con la selección de historias del fichero de adultos, a partir de las 56 mujeres que consultan a los CJ, se registran 14 casos de VG positiva “nuevos”: 12 casos con registro VG positiva en fichas CJ, de los cuales 10 tienen HC, y registro en la misma de VG positiva en 5 casos, en otras 2 HC no se pregunta, 2 no se encuentran, y en una existe registro de VG negativa. Los otros 2 casos nuevos se detectan en la HC sin registro en la ficha de CJ. El porcentaje de casos de VG positiva es del 21,4% (Ver Gráfico N° 1, Anexo N° 6).

Fichero de SM: Entre las 67 mujeres que tienen ficha en SM e HC abierta, 35 mujeres tienen registro de VG en la ficha de los SM, y se registran en total (sumando dos casos que no tienen registro de violencia en ficha de SM pero sí en HC) 37 casos de VG positiva. De estos 37 casos, podemos considerar como “nuevos” 32 casos: si bien se están incluyendo de esta manera HC que han sido analizadas en la selección de HC del fichero de adultos, se consideran como detección a partir del fichero de SM debido a que no existe registro de la violencia en la HC pero sí en la ficha. El porcentaje de casos de VG positiva es del 47,3% (Ver Gráfico N° 10, Anexo N° 6).

Fichero de adultos:

Total de HC seleccionadas del fichero de adultos, de todas las letras con registro de VG positiva: 52 HC. El porcentaje de casos de VG positiva es de 6,6% (Ver Gráfico N° 32, Anexo N° 6)

El total de casos nuevos a partir de los ficheros de SM, de CJ, y planillas CJ: 51 casos (Ver gráfico N° 33, Anexo N° 6).

La suma de los casos detectados a partir de todas las fuentes de datos es de 103 casos con registro de VG positiva (Detalle del registro de los casos de VG positiva en relación a las HC en el Gráfico N° 34, Anexo N° 6).

El número total de casos seleccionados inicialmente para analizar en el trabajo, de todas las fuentes de datos es de 975 (792HC, 130 fichas -entre SM y CJ-, 53 casos a partir de planillas de CJ). Se reduce a 864 casos (HC que no se encuentran y cruce de todos los datos: HC fichero de adulto, de CJ, de SM y planillas de CJ), ya que este número descarta las mujeres que han sido seleccionadas (sin intención) en diversas fuentes, para no considerarlos casos nuevos, se los considera en una fuente y se resta en las otras. **El porcentaje total de casos con registro de violencia de género positiva en todas las fuentes resulta en: 11,9%.**

Se constata el registro de un total de ocho denuncias acompañadas de solicitud de restricción para la persona violenta, y diez casos de denuncia (ya sea a la Comisaría de la Mujer como a Fiscalía) en el total de los casos con VG positiva, a partir de todas las fuentes de datos (Ver Gráfico N° 35, Anexo N° 6).

Análisis de datos de los casos con registro de VG positiva en HC, a partir de todas las fuentes de datos relevadas (ficheros SM, CJ, planilla CJ e HC fichero de adultos).

Se analizan los datos que se relevan durante el análisis de las HC que presentan registro de violencia de género positiva. De las 103 mujeres que concurren al efector y presentan registro positivo de violencia de género en alguna de las fuentes de análisis de datos, sólo 72 tienen HC abierta en el fichero de adultos, y estas son las que se analizan para extraer las variables aquí expuestas (Ver estas variables desarrolladas en Anexo N° 7).

En relación al ingreso de la mujer al efector, se toma el dato de la disciplina que registra la primer consulta realizada al mismo, y por otro lado se toma el dato de qué disciplina es la que genera el primer registro de VG positiva en la HC. En este sentido, en la mayoría de los casos la **primera consulta** se realiza con Medicina General y Psicología (61,11% y 15,28% respectivamente), seguidas por Obstetricia y Trabajo Social (9,72% y 8,33% respectivamente). En cuanto al **primer registro** existente en la HC de situaciones de VG, las disciplinas con mayor registro son Medicina General y Psicología (54,17% y 27,78% respectivamente), seguidas de Obstetricia (9,72%) y Trabajo Social (6,94%). En relación a

Enfermería, si bien figura como disciplina que realiza primeras consultas, no registra ningún caso de VG en HC (Ver Gráfico N° 1, Anexo N° 7).

Se analiza el **Motivo de Consulta** de la mujer, si tiene relación directa con una situación de violencia o no. Un 75% de los motivos de consulta de estas mujeres no tienen que ver directamente con una situación de VG, y un 25% de los mismos sí (Ver Gráfico N° 2, Anexo N° 7). Una vez que se detecta registro de VG positiva en la HC, se evalúa, en el trayecto de la misma, si la situación de violencia tiene en algún momento un cierre, o sea, si se deja claro en el registro que la situación de VG concluye de alguna manera, y la mujer deja de estar inmersa en la misma. De esta forma, un 15% de las mujeres **sufre VG al momento** de analizar las HC, un 58% **padece VG**, ya que al momento de analizar la HC esa situación no está presente, y un 27 % de las mujeres padece VG al momento de analizar la HC y, a su vez, padece VG en algún otro momento de su vida, registrado en HC (Ver Gráfico N° 3, Anexo N° 7). En relación a la **edad** de la mujer que sufre una situación de VG, cabe aclarar que en este trabajo se registra para esta variable la edad que la mujer tiene al momento del registro de la situación de violencia en la HC, la cual no necesariamente coincide con el momento en que la mujer es víctima de VG. Los rangos etarios más frecuentes en los que se encuentran las mujeres que tienen registro de VG positiva en la HC son dos: entre los 15 y 25 años de edad, y entre los 26 y 35 años de edad; con un porcentaje total entre ambos de 73%. Sigue en frecuencia el rango entre los 36 y 45 años, con un 19% de los casos. El porcentaje de los casos desde los 46 años en adelante es pequeño (8%) (Ver Gráfico N° 4, Anexo N° 7). En cuanto al **sexo del agresor**, un 87% corresponde a agresores varones, un 6% corresponde a agresoras mujeres, un 7% corresponde a múltiples agresores, de ambos sexos (Ver Gráfico N° 5, Anexo N° 7). Se indaga en la HC sobre el **vínculo** que el/los agresor/es tienen con la mujer violentada. Se evidencia que un 44,4% de los casos el agresor es la pareja varón de la mujer, en un 27,7% de los casos el agresor corresponde a un varón ex pareja de la mujer, estas dos variables son mayoritarias alcanzando un 72,1% de los casos. La violencia ejercida en núcleo familiar, correspondiente a un 19,5% de los casos, incluye las figuras de padre y/o madre (biológicos o no), hermano y abuelo. En la variable otros, se incluye desconocidos y amigos de la familia, lo que se observa en 7% de los casos (Ver Gráfico N° 6, Anexo N° 7). En base a lo escrito en las HC, un 36% de las mujeres sufren y/o han sufrido un **tipo de VG**, 28% sufren y/o han sufrido dos tipos de VG, 11% sufren y/o han sufrido tres tipos de VG, 4 % sufren y/o han sufrido cuatro tipos de VG. En el 21% restante de los casos

no hay datos en relación a esta variable (Ver Gráfico N° 7, Anexo N° 7). De las mujeres que sufren y/o han sufrido un tipo de VG el 27% corresponde a violencia psicológica, el 61,5% a violencia física y el 11,5% a violencia sexual (Ver Gráfico N° 8, Anexo N° 7). De las mujeres que sufren y/o han sufrido dos tipos de VG el 75% corresponde a violencia física y psicológica, el 10% a violencia sexual y física y el 15% a violencia psicológica y económica (Ver Gráfico N° 9, Anexo N° 7). De las mujeres que sufren y/o han sufrido tres tipos de VG el 75% corresponde a violencia física, sexual y económica; el 25% a violencia física, psicológica y económica (Ver Gráfico N° 10, Anexo N° 7). Un 16,7 % de las mujeres, que registran VG positiva en la HC, sufren la violencia mientras se encuentran **cursando un embarazo** (Ver Gráfico N° 11, Anexo N° 7). El 20,8% de las mujeres que registran VG positiva en HC padecen algún tipo de **secuela o consecuencia** a partir de la violencia: el 53% secuelas psicológicas (intentos de suicidio, depresión, heridas autoinflingidas, etc.); el 14% continúa un embarazo producto de violencia sexual; el 13% atraviesa una situación de aborto no punible a partir de sufrir violencia sexual y el 20% pierde embarazos a raíz de la violencia física que sufre (Ver Gráficos N° 12 y 13, Anexo N° 7).

En el Anexo N° 7 se desarrolla, también, el análisis de otras variables, las cuales dan cuenta, principalmente, del **nivel socioeconómico** de las mujeres que registran VG en las HC.

3) Encuestas al Equipo de Salud.

La encuesta es realizada por personas de todas las **disciplinas**: 4 enfermeras, 2 administrativas, 4 residentes de obstetricia, 2 residentes de Medicina General, 4 médicas de planta, 4 psicólogos, 4 trabajadoras sociales, y 4 personas no completaron su actividad en el efector : sin datos (Ver imágenes N° 1, 2 y 3, Anexo N° 8). El **100 %** de las personas encuestadas consideran que las **situaciones de VG son frecuentes** entre las mujeres que concurren al HJI.

Al respecto de **experiencias de trabajo y/o formación** en relación a VG en el HJI un 78,6% de los encuestados/as responde que sí existen, habiendo participado de las mismas un 77,3% de ellos (Ver Gráficos N°1 y N°2, Anexo N° 8). Un 57% del Equipo encuestado responde que existen **personas con capacitación específica** para el abordaje de situaciones de VG, 32% responde que no existen personas con capacitación específica, el porcentaje restante (11%) corresponde a las categorías No sabe y Sin datos (Ver Gráfico N° 3, Anexo N° 8). En cuanto a quiénes son estas personas con capacitación específica, las respuestas son absolutamente variadas, generando una combinación de disciplinas difícil de tabular por su diversidad, al ser

una pregunta abierta. Vale mencionar que las dos opciones más reiteradas son: trabajadores/as sociales en conjunto con psicólogos, y todo el Equipo de Salud (se reitera 4 veces cada una de estas respuestas, en total 8 de 16 personas responden con estas opciones).

En relación a la existencia de **material disponible** para los trabajadores/as del HJI sobre VG, 54% del equipo responde que no existen o no sabe si existen (No 18%, No sabe 36%). El 46% de los encuestados/as contesta que sí existe material de este tipo (Ver Gráfico N° 4, Anexo N° 8). En cuanto al desarrollo de **actividades preventivas** desde el HJI en materia de VG un 32% de los encuestados/as no sabe si las mismas se desarrollan o no, y un 18% refiere que no se desarrollan, lo que suma un total de 50%. En cambio, un 43% de los encuestados/as reconoce la existencia de algún tipo de actividad preventiva (Ver Gráfico N° 5, Anexo N° 8). Entre las 12 personas que responden que sí existe este tipo de actividades, el 75% las identifica dentro lo que se denomina en el Equipo de Salud como “Extramuros”, que corresponde a actividades con la comunidad, principalmente plasmadas a través de talleres, que se realizan en otras Instituciones, Comedores Barriales, etc.; 17% enmarca este tipo de acciones dentro de la asistencia individual en los consultorios, y un 8% las identifica dentro de la cartelería de la Sala de Espera y Consultorios (Ver Gráfico N° 6, Anexo N° 8).

Un 39% del Equipo de Salud encuestado responde que el efector no cuenta con herramientas o **procedimientos para la detección y manejo** amplio de las situaciones de VG. Un 36% de las respuestas corresponden a No sabe y Sin datos. Sólo el 25% de los encuestados/as (7 personas) responde que sí se cuenta con este tipo de herramientas (Ver Gráfico N° 7, Anexo N° 8), entre las que se identifican: Protocolo de Atención³³, Historia Clínica, Protocolo de Atención e Historia Clínica, Historia Clínica y fichas del Espacio de Salud Mental (Ver Gráfico N° 8, Anexo N° 8).

Al respecto de la existencia de **asesoría legal** y de fácil acceso en el efector, el 61% de los encuestados/as responde que sí existe la misma, mientras que un 11% responde que no existe, y el porcentaje restante, 29%, responde no saber. Un 36% de las personas encuestadas responde que no existen **barreras institucionales** que dificulten el trabajo en relación a las situaciones de VG, no se obtienen datos en un 11% de las encuestas, 32% de los encuestados/as responde no saber, mientras que un 21% reconoce la existencia de este tipo de barreras en el efector. Este 21% corresponde a 6 personas, las **barreras identificadas** son: revictimización y falta de escucha; falta de registro, dificultad en el abordaje

interdisciplinario y en la detección de las situaciones de VG; y tres personas responden falta de capacitación en relación a la VG.

Un 43% del Equipo de Salud encuestado considera que cuenta con herramientas suficientes y se siente en **condiciones de abordar situaciones de VG**, mientras que un 18% no sabe; no se obtienen datos en un 7% de las encuestas y un 32% de los encuestados/as explicita no sentirse en condiciones; este último porcentaje de encuestados/as corresponde a 9 personas, todas las cuales identifican no sentirse en condiciones de abordar situaciones de VG por falta de capacitación (Ver Gráfico N° 9, Anexo N° 8). Al indagar sobre las instancias que implica el abordaje integral de situaciones de VG en las cuales los encuestados/as se sienten en condiciones de ser parte, se evidencia que un 75% del Equipo de Salud encuestado se considera en condiciones para detectar situaciones de VG, un 71% del Equipo se considera en condiciones de problematizar las situaciones de VG, un 43% se considera en condiciones de atender a la víctima en situación de VG, 39% del Equipo se considera en condiciones de registrar los datos en relación a la situación, y un 50% se considera en condiciones de realizar un seguimiento interdisciplinario del caso (Ver Gráfico N° 10, Anexo N° 8). En relación a la participación activa y concreta en el **abordaje y seguimiento de situaciones de VG en el efector**, sólo el 32% de las personas encuestadas refiere haber intervenido, mientras que el 54% del Equipo refiere no haber participado de este tipo de instancias, y en un 14% de las encuestas no se obtienen datos (Ver Gráfico N° 11, Anexo N° 8).

4) Devolución al Equipo de Salud: Ver Anexo N° 9.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados generados a partir de la aplicación de las diversas herramientas metodológicas utilizadas en el presente trabajo arrojan datos similares en algunos aspectos y contradictorios en otros. La VG se plantea como problemática frecuente entre las mujeres que acuden al efector y entre las mujeres del área de influencia del mismo, tanto en las entrevistas realizadas, como en las encuestas al Equipo de Salud. Surge de las entrevistas la afirmación de que durante las conversaciones en las consultas de mujeres, los profesionales pueden reconocer algún tipo de VG sufrida por ellas, cuando no varias formas cruzadas. A contramano de estos datos, el relevamiento de las HC arroja un porcentaje de registro de estas situaciones del 6,6% (52 casos); menos de lo que se esperaría encontrar en base a lo anteriormente mencionado. Esto podría ser coherente con las afirmaciones de

encuestados/as, quienes reconocen la existencia de un subregistro en las HC (con el concepto de subregistro se hace referencia a que se registran menos cantidad de casos de los que realmente se atienden y con los que se trabaja). El porcentaje aumenta al 11,9% si se suman los casos positivos en los ficheros de SM y CJ. Ocurre, principalmente, en el fichero de SM (y similar, aunque en menor medida, en el fichero de CJ) que el porcentaje de registro de situaciones de VG sí es alto (47,3% de las mujeres seleccionadas, 32 casos). A pesar de ser la fuente de datos con mayor porcentaje de casos, según registro, y ser un dispositivo relativamente nuevo (el fichero de SM inicia en 2012, las HC se analizan a partir de año 2006), se reconoce, en las entrevistas a informantes del espacio de SM, un subregistro de casos. Esto lleva a las preguntas: ¿Existe en el espacio de SM mayor capacidad de detección de dichas situaciones, lo cual implica un mayor registro? ¿Esto tiene que ver con las disciplinas involucradas, con la capacitación de los profesionales? ¿Existe una mayor demanda de mujeres en este espacio por alguna sintomatología en relación a la VG o derivada de esta, que justifique el aumento de casos? En relación a los CJ, las entrevistas a informantes, aclaran que el dato del registro de VG (mayor también al de las HC, 21,4%, 14 casos) en las fichas se realiza cuando la consulta es directamente en relación a la situación de violencia, y no cuando se detecta la misma indirectamente, por lo cual el porcentaje de VG sería mayor al registrado. Según los encuestados/as, el fichero surge en el año 2012, pretendiendo saldar las dificultades de registro, a modo personal de cada pasante que participaba de los CJ, que se sostenía hasta el momento, por lo cual no se cuenta con la totalidad de la información previa (sí se cuenta con parte de estos datos a partir de las planillas de CJ que suman 5 casos de VG, no detectados a partir de otra fuente, incorporados en el porcentaje final de casos).

Por lo expuesto, se reconoce, en general, un subregistro de los casos de VG, tanto en las HC como en los ficheros de SM y CJ. En consecuencia se formulan las siguientes preguntas: ¿De qué manera se puede optimizar el registro escrito de los casos de VG? ¿Se podría implementar algún nuevo dispositivo de registro? ¿De qué manera se salda el registro paralelo entre ficheros e HC (ya que no siempre los datos se vuelcan en las mismas)? Uno de los aspectos que aparece como causa del subregistro tanto en la Devolución del trabajo de investigación al Equipo de Salud, como en las entrevistas, es la dificultad, frente a la gran demanda actual de asistencia, de todo tipo, que existe en el efector, de acceder a las HC frente a la misma. Por ejemplo, los enfermeros/as no acceden a la HC sistemáticamente, no

se les entrega la HC de cada paciente a la que atienden; sin embargo, el Equipo entero reconoce que el grupo de enfermería ha detectado y lo sigue haciendo, gran número de casos de VG, que luego comenta con otras disciplinas. Esto se evidencia concretamente, ya que en las HC de los casos positivos evaluados, no figuran entre las disciplinas que registran detección, en ninguno de los casos. El Equipo evalúa que en otras situaciones, y para otras disciplinas, ocurre lo mismo. Por ejemplo, la demanda de los médicos/as, hace pocos meses se plantea que se vuelque a la HC: aun siendo una decisión colectiva, en la práctica es difícil que se cumpla, ya que la demanda de usuarios complica los tiempos para buscar las HC en la planilla informática (base de datos), y en el fichero de adultos (teniendo en cuenta, que dicha HC puede estar también en: la caja de HC para guardar, la caja de HC para cargar, la caja de supervisión de HC de los residentes de MG, lo que complejiza la búsqueda). En la mayoría de los casos, tampoco logra instalarse la búsqueda y entrega sistemática de HC frente a las consultas con los trabajadores/as sociales o psicólogos.

Por otra parte, en correlación con esta dinámica de subregistro, en las encuestas al Equipo de Salud, sólo el 25% de los trabajadores/as reconoce la existencia de herramientas o procedimientos para el registro y manejo de las situaciones de VG (las opciones explicitadas incluyen HC y ficheros); y, en relación con esto, solo el 39,3% se siente en condiciones de registrar las situaciones de VG.

El análisis de las entrevistas y de los datos de las HC de mujeres en situación de VG, coinciden en que es más frecuente que la misma se detecte durante las consultas por otras problemáticas, y no por consultas específicas sobre situaciones de violencia. En relación a esto, los informantes clave, distinguen dos momentos en los cuales es más frecuente la demanda explícita sobre VG: uno en relación a una intervención realizada sobre VG en sala de espera (principalmente cartelera, que apunta a problematizar, desnaturalizar la violencia de género y sugiriendo consultar por este motivo), el otro en relación al aumento de visibilización mediática de la problemática. Cabe la pregunta: ¿Existe un aumento de información circulante en relación a qué hacer, dónde recurrir, en caso de sufrir VG, que hoy en día genera una disminución de las consultas más directas al respecto; mientras que años atrás se recurría al efector en busca de una intervención? ¿El efector realiza menor cantidad de intervenciones en relación a la VG actualmente? En relación a la segunda de las preguntas es interesante señalar que en la sala de espera del efector hay cartelera (algunos de los carteles realizados por el Programa Provincial de Prevención y Atención de la Violencia

Familiar y de Género, y otros realizados por los propios trabajadores/as), actualmente, en relación a la VG.

Las entrevistas a informantes clave de SM hacen explícito que actualmente disminuye la derivación o consulta por situaciones de VG, por parte de las disciplinas que reciben a gran parte de las mujeres que asisten al efector, en relación a años pasados. Surgen los interrogantes: ¿Existe mayor capacidad de acompañar estas situaciones, por las diversas disciplinas, en relación a otros años? ¿Existe una disminución de casos de VG respecto de otros años? ¿Existe una disminución de casos que requieren intervención interdisciplinaria inmediata? ¿Existe una disminución de la detección por parte de los trabajadores/as? En cuanto a estos interrogantes, el análisis del año en el que se detectan los casos positivos de VG mediante registro, arroja que, durante el año 2014 (entre enero y julio), se detecta prácticamente la misma cantidad de casos que en los años con mayor número de casos registrados (años completos, 2011 y 2012: 12 casos en cada año) hasta el momento. Se podría considerar que si durante el 2014 se continúa con la misma tendencia en cuanto a registro de casos, este sería el año de mayor cantidad de casos registrados. ¿Existe un aumento de la detección de casos de violencia más sutil (económica por ejemplo), que antes, violencias que quizás no generan el apremio de la intervención, como una situación de riesgo de vida? ¿Existe mayor capacidad de acompañar estos casos sin necesidad de realizar la consulta inmediata con otras disciplinas? ¿Las diversas disciplinas han aprendido a discernir en qué momento es apropiado intervenir interdisciplinariamente, en qué momento se encuentra la mujer, su voluntad de acción frente a la situación? ¿Es la detección de este tipo de casos y de la mejora en el manejo disciplinar, lo que genera la percepción de la menor consulta entre disciplinas?

Al mismo tiempo, como dato contrapuesto a lo anteriormente expuesto, se deben considerar dos aspectos en relación a la detección de situaciones de VG por parte de los trabajadores/as. Por una parte, si bien son pocos los casos, existen registros de casos de violencia negativa (se indaga y no se detecta) en relación a una misma mujer, que en otra fuente de datos, registra violencia positiva. ¿Podría considerarse como producto de dos registros en momentos diferentes, uno, en un momento en el que la mujer no padece violencia, y otro, en el que sí la padece? Por otra parte, del análisis de las HC surge que en el 78,5 % de las mismas no consta, mediante registro escrito, que se haya indagado en relación a VG, a pesar de que puede haberse hecho, sin que conste en la historia -en el análisis de las

HC analizadas a partir de los ficheros de SM y CJ, este valor disminuye al 39,2%- (no se preguntó, NSP). Entonces, surgen las preguntas: ¿De qué manera se detectan estas situaciones en el efector? ¿Cómo se indaga al respecto? ¿Qué preguntas se realizan? ¿Se realiza la detección de modo sistemático y existe déficit en el registro escrito?

Otro dato, que contradice el aumento de detección de casos de violencia más sutil, es que de los once casos registrados en 2014, 7 casos involucran violencia física, 2 de los mismos también violencia sexual; 1 registra sólo violencia sexual, el resto (3 casos), sólo violencia psicológica y/o económica. Al mismo tiempo, el análisis de todos los casos positivos (72), arroja que la mayoría de los casos de VG registrados involucran la violencia física (detección de un tipo de VG: 61,5% física; detección de dos tipos de VG: 75% física-psicológica; detección de tres tipos de VG: el 100% involucra a la violencia física).

En relación a la detección de las situaciones de VG, y su manejo disciplinar, en las encuestas al Equipo de Salud, se evidencia que un 75% de los trabajadores/as se siente en condiciones de detectar las mismas, y un 71,4% de los trabajadores/as se siente en condiciones de problematizar la situación con la mujer que la padece.

En conclusión, ya sea producto de la falta de detección, del subregistro, o ambos, los datos cuantitativos no concuerdan con los datos aportados por las entrevistas a informantes clave, que concluyen que las violencias sutiles son las más frecuentes: los informantes de los CJ reconocen, por ejemplo, la violencia económica como absolutamente frecuente en los casos en que se consulta por régimen de visitas o alimentos; los referentes territoriales y del espacio de SM plantean como violencia más frecuente, la violencia psicológica.

Si bien el 77% de los trabajadores/as del Equipo refieren, en las encuestas, haber participado en capacitaciones en relación a la VG, sólo el 42,9 % de los mismos se siente en condiciones de abordar casos de violencia hacia las mujeres. Esto implica las preguntas: ¿El subregistro es consecuencia de una falta de sensibilización y de detección por parte de los trabajadores/as del equipo? ¿El subregistro, es consecuencia de la heterogeneidad en la sensibilización y capacitaciones sobre VG? A su vez, es llamativo, que aun cuando la mayor parte de los trabajadores/as han participado en capacitaciones en relación a VG, el 57% considere que hay personas con capacitación específica (psicología y trabajo social, las disciplinas más reconocidas) para abordar las situaciones de violencia; uno de los ejes de la formación es que todo el Equipo debe contar con herramientas teóricas y prácticas en relación a dichas situaciones. Si bien es real que cada disciplina cuenta con su especificidad

de saberes, es el trabajo interdisciplinario el que va moldeando los saberes de todos; no es la idea del Equipo de Salud que si un médico reconoce un caso de VG se lo derive, a modo de desvinculación de la situación, a un psicólogo o trabajador social; sino que ese médico sea parte de la problematización con la mujer, el reconocimiento del riesgo, el esbozo de la estrategia posible, la evaluación de las redes sociales, etc. Es la idea que la interrelación de saberes aporte y sume a todas las disciplinas. Se reconoce en las entrevistas a informantes clave de SM, que la participación de médicos/as, obstétricas y enfermeros/as en todas las instancias mencionadas anteriormente ocurría años atrás, con mayor frecuencia que hoy en día. Se reconoce que actualmente existe un trabajo verdaderamente interdisciplinario entre trabajo social y psicología, no ocurriendo con frecuencia la participación continua de las disciplinas más biológicas (medicina, obstetricia, enfermería). Este dato se corrobora en las encuestas al Equipo, donde un 50% de los trabajadores/as se consideran en condiciones de realizar un abordaje y seguimiento interdisciplinario de los casos, sin embargo, sólo el 32,1% de los trabajadores/as responde haber sido parte de un abordaje y seguimiento de este tipo. Surgen las siguientes preguntas: ¿Que el abordaje integral del caso sea interdisciplinario entre dos disciplinas, se relaciona con una ausencia de sensibilización o capacitación al respecto por parte de todas las disciplinas? ¿Se relaciona con la ausencia de tiempo real en el cual encontrarse todas las disciplinas? ¿Se relaciona con la creciente y continua demanda de asistencia hacia las disciplinas más biológicas? En la devolución al Equipo de Salud, estas preguntas surgen, y la respuesta que más resuena tiene relación con los tiempos reales de encuentro. Las disciplinas de trabajo social y psicología tienen diariamente y semanalmente espacios de encuentro programados, principalmente a raíz de la necesidad de trabajar muchos de los casos en conjunto, como se plantea en las entrevistas a informantes clave, de esa manera surge el espacio de SM. Los médicos/as, enfermeros/as y obstétricas no participan de esas instancias, al mismo tiempo que se ven consumidos por la demanda continua de atención: lo que ocurre con más frecuencia es que, si alguna de estas disciplinas detecta una situación de VG en un consultorio, convoca o comenta el caso a los trabajadores/as del espacio de SM de ese día, y a partir de allí, se suele generar un dispositivo paralelo en el cual se analiza el caso, o se interviene, sin que el que lo detecta participe necesariamente, ni con continuidad, si lo hace.

Por lo explicitado hasta el momento, los datos muestran que existiría más cantidad de casos de VG trabajados por el Equipo, que los que se registran. Por otra parte, en relación a la

calidad del registro, el análisis de las HC de casos positivos, muestra una heterogeneidad en relación al mismo, y que el mismo no está estructurado en relación a los datos a recabar. En muchas de las HC no se registra el/los tipos de VG que la mujer padece, como dato básico que debería constatar; al mismo tiempo, no es sistemático el registro en relación al riesgo de esa mujer, la problematización de la mujer en cuanto a su situación, la estrategia del Equipo ni quién/es intervienen en la misma si la situación amerita, el seguimiento, etc. Es así, que son muy pocos los casos en los cuales alguno de estos datos se registran, lo que podría tener relación, por ejemplo, con que sólo en el 18% de los mismos conste la existencia de una denuncia hacia el/los agresor/es. Esto muestra que no hay un acuerdo en el Equipo de qué datos serían relevantes de registrar en las situaciones de violencia, ni una estructura o base para el registro sea más homogéneo.

En cuanto a las situaciones de VG registradas, y a las mujeres que las padecen, los datos muestran que la mayoría de los motivos de consulta no son en relación a la violencia. El mayor porcentaje de los casos registrados son casos pasados, o sea, que la mujer ya no sufre esa situación al momento del relevamiento. La mayor parte de las HC en las que se registra VG corresponde a mujeres de 35 años o menos (edad a la detección o registro). El 87% de los agresores corresponden a varones, cuyo vínculo más frecuente con las víctimas es el de pareja o ex pareja. El registro de un solo tipo de VG es el más frecuente, independientemente de la cantidad de tipos registrados, la violencia más frecuente a partir de estos datos es la física; un 20,8% de todos los casos de VG se acompañan de registro de algún tipo de secuela. El 73,61% de las mujeres que registran VG en las fuentes de datos del efector son argentinas, el resto, paraguayas y bolivianas; 80,6% de estas mujeres cuentan con DNI argentino. Un porcentaje importante de estas mujeres no tienen estudios completos (40,27%) y un 4,3% de las mismas no saben leer ni escribir. En relación a la paridad, el 43% tiene entre 1 y 3 hijo/as; en cuanto a ocupación, el 36,11% es ama de casa y un 29,17% son empleadas.

A modo de conclusión, los resultados de esta investigación, pueden agruparse en dos aspectos relacionados. En primer lugar, en relación a la pregunta sobre la formación en VG de los trabajadores/as, se evidencia heterogeneidad en las capacitaciones, que implica, por ejemplo, que parte de los mismos, incluso, desconozcan las herramientas disponibles en el efector en relación a la atención integral e intervenciones posibles en las situaciones de VG, materiales formativos, herramientas de registro, etc.

En segundo lugar, en relación a la pregunta sobre los modos de registro, de este trabajo se evidencian algunos déficits, vinculados a la falta de precisión y exhaustividad en el mismo, la ausencia de estructura para relevar datos de forma homogénea, lo que implica que el registro depende de las subjetividades de quienes reciben el caso, la variedad de modalidades de registro (HC, ficheros). En el mismo sentido, los registros no se condicen con la cantidad de mujeres que acuden al efector, en quienes se detecta una situación de VG, igualmente tampoco reflejan fielmente la atención, el seguimiento, y las intervenciones interdisciplinarias que se realizan (las cuales, como se menciona, no incluyen siempre a todas las disciplinas que son parte del efector).

Las autoras de este trabajo, a partir de la práctica, somos conscientes de que la VG es una problemática absolutamente frecuente entre las mujeres que acuden al efector; somos conscientes también de que cotidianamente se detectan y se trabajan desde diversos aspectos estas situaciones, y que el número registrado de mujeres víctimas de las mismas está lejos de la realidad. Bajo ninguna circunstancia es nuestra intención cuestionar, poner en duda, la calidad del trabajo que se realiza, de hecho, nos sentimos orgullosas de nuestros compañeros y de la labor que desarrollan. Sí es nuestra intención explicitar nuestra preocupación en cuanto a la falta de capacitaciones actuales sobre este tema, ya que el Equipo, durante los últimos años, cambió su conformación, con incorporaciones nuevas al mismo, lo cual podría explicar la heterogeneidad de saberes. Por otra parte nos preocupa la falta de registro de VG, y la calidad del mismo, que no da cuenta de la cantidad de casos que realmente existen ni de las intervenciones realizadas al respecto.

Nos permitimos realizar este trabajo en el contexto de un Equipo de Salud reflexivo, autocrítico, comprometido con la tarea, porque sabemos que, lejos de ofender a los trabajadores, el mismo generará el impulso para la modificación de los aspectos débiles que evidencia. Este impulso ya se inició, y las propuestas desarrolladas en este escrito por parte de las autoras, fueron tomadas por el Equipo y se llevarán a cabo en los próximos meses (Primera Instancia de Capacitación para todo el Equipo sobre VG se desarrolla el día 07/08/14).

PROPUESTAS

A partir de los resultados de las diversas fuentes de investigación, y a partir de la Devolución al Equipo de Salud del presente trabajo, se propone:

-Realizar nuevas instancias de sensibilización y capacitación en relación a VG:

*Problematización de los conceptos: sexo, género, patriarcado, perspectiva de género.

Modalidad de taller. Objetivo: problematizar estos conceptos, analizándolos a partir de la propia experiencia como sujetos socializados en el marco de las categorías sexo-género.

*Concepto de violencia de género: qué implica, relacionar la violencia de género con los conceptos trabajados en la primera instancia de formación. La violencia de género como problema de Salud Pública. Perspectiva de género en salud. Modalidad de taller. Objetivo: poner en juego estos conceptos, a partir de los supuestos de cada trabajador en relación a la VG. Visualizar la violencia hacia el colectivo de mujeres, no como casos aislados, individuales. Establecer a la VG como una problemática de Salud Pública, en la cual el primer nivel de atención debe cumplir un rol primordial.

*Violencia de género: Ciclo de la violencia. Tipos. Detección de casos. Evaluación de la problematización por parte de la mujer víctima. Evaluación del riesgo. Importancia del registro escrito. Interdisciplina. Modalidad de taller. Objetivo: Visibilizar la importancia de la detección y el registro de las situaciones, así como del abordaje interdisciplinario de casos. Problematizar la modalidad de detección actual, cómo se puede mejorar. Evaluar de qué manera se puede mejorar el trabajo interdisciplinario entre todas las disciplinas: propuestas. Aportar herramientas en el abordaje inicial de la situación.

*Violencia de género: violencia sexual. Qué se hace en esos casos, marco legal, denuncia. Accionar médico. Aborto no punible a causa de violencia sexual: marco legal. Modalidad de taller. Objetivos: Incorporar el manejo de estas situaciones en caso de menor y mayores de edad, denuncia. Conocer el marco legal en relación a los abortos no punibles a raíz de violencia sexual y Protocolo.

*Violencia de género: Seguimiento de los casos. Evaluación de estrategias según el caso. Recurso. Realización de denuncias, tipos, solicitud de restricción, etc. Marco legal. Refugios para mujeres en situación de violencia. Modalidad de taller, se parte de casos trabajados en la Salita (manteniendo el anonimato de los involucrados). Objetivos: adquirir herramientas en relación al seguimiento, evaluación de la situación de la mujer en cuanto a riesgo y posibilidades reales de salir de la situación, conocer el marco legal. Denuncia y solicitud de restricción: dónde se realiza, tipos. Implicancias. Gestión de refugio.

-Incorporar una nueva herramienta para facilitar la detección de las situaciones de violencia, creada colectivamente, a partir de la problematización durante las capacitaciones.

-Incorporar una nueva herramienta de registro de los casos de violencia de género, en la HC, dentro de la página “salud de la mujer”; con mayor cantidad de datos estandarizados a relevar, a definir por el Equipo de Salud del efector durante las capacitaciones, que permita mejorar la calidad de registro.

BIBLIOGRAFÍA

¹ La población que acude a los Consultorios Externos del Htal. José Ingenieros referencia a los mismos como la Salita.

² Sistema Único de Registro, creado por la Dirección de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Entro otras cosas, el proyecto se centra en facilitar a los Centros de Atención Primaria para la Salud (CAPS) un instrumento de medición e indicador, que les permiten obtener a través de la carga diaria del software resultados de prácticas sanitarias en forma inmediata que den respuesta a la problemática que se presenta, con la asistencia y apoyo de los diversos estamentos que integra la red sanitaria en sus diversos niveles de complejidad. Página de referencia disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/sur/>

³ Dato extraído de la carga al Sistema de Registro Único del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; de página <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/violencia/registro-y-estadisticas/>

⁴ Beauvoir, Simone de (2005 [1949]). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Sudamericana.

⁵ Fernandez Ana María. (2009). *Las lógicas sexuales: amor, política y violencias*. (1era ed.). Buenos Aires: Nueva Visión.

⁶ De Miguel Álvarez Ana. (2005). *La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género*. Cuadernos de Trabajo Social. Vol. 18: 231-248.

⁷ Cagigas Arriazu Ana D. (2000). *El patriarcado como origen de la violencia doméstica*. Monte Buciero. Nº 5: 307-318.

⁸ Lagarde, Marcela. (1996). *El género. La perspectiva de género*. En Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia, pp. 13-38. España: Horas y Horas.

⁹ Lamas Marta. (1999). *Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género*. Papeles de Población. Universidad Autónoma del Estado de México. Nº 21: 147-178.

¹⁰ Zurutuza C, Dohm G. (2012). Documentos temáticos. *Género y Discriminación*. (1era ed.) Buenos Aires: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

¹¹ Galeano Eduardo. (1998 [1989]). *El libro de los abrazos*. Uruguay: Siglo XXI.

¹² Montero Corominas Justa. (2012). *La violencia contra las mujeres en una sociedad en crisis*. Viento Sur. Nº 121: 66-75.

¹³ Millet K. (1975). *Política Sexual*. México: Aguilar.

¹⁴ Tajer Débora. (2004). *Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud*. En *Políticas Públicas, Mujer y Salud*, pp. 27-39. Colombia: Universidad Nacional del Cauca.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

¹⁶ Observatorio de Violencia de Género de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires. (2011). *Violencia de Género y Políticas Públicas. Informe Anual*. Disponible en: <http://www.defensorba.org.ar/observatorio-de-violencia-de-genero.php>

¹⁷ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2014). *Informe anual 2013-2014. El enfrentamiento de la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

¹⁸ Diego M. Fleitas Ortiz de Rozas, Alejandra Otamendi. (2012). *Mapa de la Violencia de Género en Argentina*. Disponible en: <http://derechosmujer.app.org.ar/wp-content/uploads/2011/12/MapadeViolenciadeGeneroenArgentina1.pdf>

¹⁹ Ávila-Agüero María Luisa. (2007). Editorial. *Violencia basada en género: un problema de Salud Pública*. Acta Médica Costarricense. Vol. 49. Nº 4: 178-179.

²⁰ Delegación Provincial de Salud de Granada. (2007). *Guía de Actuación para la Atención Sanitaria a Mujeres Víctima de Violencia de Género*. Granada: Gráficas Alhambra.

Mar Rodriguez G., Pérez Alonso E., Moratilla Monzó L., Pires Alcaide M., Escortell Mayor E., ²¹ Lasheras Lozano L., et al. (2008). *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Servicio Madrileño de Salud. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación.

²² Programa Provincial de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género. (2011). *Protocolo y Guía de Prevención y Atención de Víctimas de Violencia Familiar y Sexual para el Primer Nivel de Atención*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/violencia/files/2012/11/protocolo-victimas-violencia-fliar-sexual.pdf>

²³ Programas y Proyectos de Extensión Universitaria. (2012). *Consultorios Jurídicos Gratuitos*. En Libro de Programas de Extensión, pp. 20-34. Universidad Nacional de La Plata. Disponible en: http://www.unlp.edu.ar/uploads/docs/libro_de_programas_de_extension.pdf

²⁴ Curso Gestión Local en Salud para Técnicos de Atención Primaria. (2004). *Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS)*. Unidad modular nueve. Universidad de Costa Rica.

²⁵ Taylor S.J. y Bogdan R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos*. (3º ed.; pp. 100-131). Editorial Paidós.

²⁶ Nigenda G.; Langer A. (1995). *Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública. Situación Actual y Perspectivas*, pp. 79-98. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

²⁷ Martí J. Informantes clave. *La investigación – acción participativa. Estructura y fases*. Universidad Complutense de Madrid.

Disponible: <http://www.ugr.es/~erivera/PaginaDocencia/Posgrado/Documentos/InvestigacionColaborativa.pdf>

²⁸ Instituto de Perfeccionamiento y Estudios Superiores “Juan E. Pivel Devoto”. *La investigación cuantitativa*. Uruguay.

Disponible: http://ipes.anep.edu.uy/documentos/investigacion/materiales/inv_cuanti.pdf

²⁹ Hueso A., Cascant M. J. (2012). *Metodología y Técnicas Cuantitativas de Investigación*. Cuadernos Docentes en Proceso de Desarrollo Nº 1. (1era ed.). Grupo de Estudios en Desarrollo, Cooperación y Ética. Departamento de Proyectos de Ingeniería. Universitat Politècnica de Valencia.

³⁰ Sousa V. D., Driessnack M., Costa Mendes I. A. (2007). *Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte I: Diseños de investigación Cuantitativa*. Rev Latino-am Enfermagem; 15(3).

³¹ Departamento de Matemáticas; División de Ciencias Exactas y Naturales. Curso de Estadística, materiales suplementarios. *El muestreo*. Universidad de Sonora. México. Disponible en: <http://www.estadistica.mat.uson.mx/Material/elmuestreo.pdf>

³² Alemán M., Vernaz D., Tilli G., Mazur V., Rossi Sammartino B., Marconi A., et al. (2010). *Detección de violencia basada en género. Análisis de situación del Sistema de Atención Primaria de Salud en Ciudad de Buenos Aires*. Revista Argentina de Salud Pública. Vol. 1, Nº 5: 22-27.

³³ Protocolo de Atención: El protocolo mencionado por algunos de los trabajadores/as del Equipo, se refiere a un acuerdo interno que surge de una de las capacitaciones sobre VG que se han realizado en el Equipo hace pocos años atrás. Se trabaja, en ese momento, con el “Protocolo y Guía de Prevención y Atención de Víctimas de Violencia Familiar y Sexual para el Primer Nivel de Atención” del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Ocurre que surgen, a partir de la práctica, dudas concretas en relación a intervenciones en

situaciones de violencia, que no se saldan totalmente con la lectura de dicho protocolo, por lo cual se genera un documento que actúa de guía en las mismas, respondiendo a cuestiones concretas, producido por los trabajadores/as del efector. El mismo incluye un recursero, que facilita la actividad y orienta la consulta.

ANEXOS

ANEXO Nº 1.

HERRAMIENTAS INCORPORADAS PARA EL REGISTRO EN LA HC

Incorporación de la variable violencia en la HC de adultos, orientada en relación a la VG, luego de una capacitación del Equipo de Salud. Año 2010 (Ver Imágenes Nº 1 y 2).

Incorporación de la variable violencia, y tipos de violencia, en la página Salud de la Mujer, parte de las HC (Ver Imagen Nº 3).

Historia Clínica Adultos		Fecha de Apertura
Apellido		Obra Social
Nombre		Beneficios Sociales
Domicilio	Ocupación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Documento n°	Cual?
	Fecha de nacimiento	Nacionalidad
	Telefono	Procedencia
		Tiempo de permanencia en el barrio?
Familiograma	Fecha	Modificación

Imagen Nº 1. Primera página de HC de adultos.

Situaciones de Vulnerabilidad		Nivel de Instrucción	
	Si	No	
Violencia			Si No
Alcoholismo			Analfabetismo
Adicciones			1° incompleto
Madre sola			1° completo
Situac. De calle			2° incompleto
Discapacidad			2° completo
Observaciones			Terciario/univ

Imagen Nº 2. Herramienta de registro de VG en la primera página de la HC de adultos.

SALUD DE LA MUJER		Fecha apert	
Antecedentes			
Menarca	Menopausia	Ritm. menstrual	
FUM	FUP	G P A C	
MAC actual	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Cual?	
Uso correcto	si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
Dispareunia	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
Sinusorragia	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Flujo patológico	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Antecedentes ETS	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Cual?	
Fecha de último pap:		
CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS DE METODOS HORMONALES?		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Violencia	Si	No	
Física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Económica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Psicológica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Imagen N° 3. Página de HC: Salud de la Mujer.
Herramienta de registro sobre VG.

ANEXO Nº 2.

GUIÓN DE LAS ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVES

-Salud Mental

- 1) ¿En qué año y de qué manera surge el espacio de salud mental?
- 2) ¿Cómo fue el proceso y qué modificaciones se fueron dando con el paso del tiempo?
- 3) ¿De qué manera funciona hoy en día?
- 4) ¿Cuál/es son las modalidades de registro con las que cuentan?
- 5) ¿Cuándo comienza a registrarse con modalidad de ficha y por qué? ¿Existe alguna otra modalidad de registro?
- 6) ¿Se registra en la HC del paciente?
- 7) ¿Cuál es tu opinión en relación a la calidad del registro escrito en cuanto a los casos que trabajan?
- 8) ¿Qué datos se priorizan en el registro?
- 9) ¿Conoces cuál es la cantidad de personas que han consultado hasta el momento?
- 10) ¿Conoces qué sexo predomina en relación a las consultas?
- 11) Desde tu percepción, ¿Cuáles cree que son los motivos de consulta más frecuente en el espacio?
- 12) ¿Consideras que la VG es una problemática frecuente de consulta?
- 13) ¿Has atendido a mujeres que estén atravesando una situación de VG?
- 14) ¿Has intervenido en relación a alguna situación de VG? Si responde sí: ¿Con qué otras disciplinas? ¿De qué manera?
- 15) ¿Consideras que el trabajo en situaciones de VG desde el Equipo de Salud se realiza de manera interdisciplinaria? ¿Por qué? Si dice que no: ¿Qué crees que hace falta para que sea realmente interdisciplinario?
- 16) ¿Consideras que las situaciones de violencia de género han constituido un motivo de consulta frecuente en sí mismas?
- 17) ¿Ha sido frecuente que los motivos de consulta sean otros, pero historizando con la mujer, esta refiera haber padecido o padecer violencia de género? ¿De ser así, esto se registra? ¿Dónde?

-Consultorios jurídicos

- 1) ¿En qué momento y de qué manera surgen los consultorios jurídicos como proyecto?
- 2) ¿Cuál es el objetivo de estos consultorios?

- 3) ¿En qué lugares se está trabajando?
- 4) ¿Qué disciplinas o profesiones están involucradas?
- 5) ¿Cómo surge realizar este proyecto en el Htal. J Ingenieros?
- 6) ¿Cuándo inician su funcionamiento los consultorios jurídicos en el HJI?
- 7) ¿Está pensado que los consultorios jurídicos continúen su trabajo en este Htal?
- 8) ¿Con qué problemáticas o demandas pensaban encontrarse al iniciar el trabajo en este lugar? ¿Tenían alguna idea previa en este sentido?
- 9) Si tenían alguna idea previa: ¿Esta idea previa cambió al comenzar el trabajo en este Htal, o coincidió con lo que pensaban antes?
- 10) ¿Cuál/es son las modalidades de registro con las que cuentan?
- 11) ¿Qué datos se priorizan en el registro?
- 12) ¿Conoces cuál es la cantidad de personas que han consultado hasta el momento?
- 13) ¿Conoces qué sexo predomina en relación a las consultas?
- 14) Desde tu percepción, ¿Cuáles crees que son los motivos de consulta más frecuente en los consultorios?
- 15) ¿Consideras que los consultorios jurídicos se han constituido como un espacio de referencia para los vecinos del área de influencia del Htal.?
- 16) ¿Consideras que el hecho de que estén los consultorios jurídicos en este Htal. ha facilitado el acceso a la justicia por parte de los vecinos del área de influencia?
- 17) A partir de la experiencia en el trabajo desarrollado desde los consultorios jurídicos, ¿consideras que la violencia de género es una problemática frecuente en el área de influencia del Htal.?
- 18) ¿Consideras que las situaciones de violencia de género han constituido un motivo de consulta frecuente en sí mismas?
- 19) ¿Ha sido frecuente que los motivos de consulta sean otros, pero historizando con la mujer, esta refiera haber padecido o padecer violencia de género? ¿De ser así, esto se registra? ¿Dónde?

-Referentes territoriales

- 1) ¿Hace cuánto vivís/trabajas en el barrio?
- 2) ¿Qué actividades desarrollas en el barrio/institución?
- 3) ¿Escuchaste hablar alguna vez de violencia de género? ¿Qué crees significa?
- 4) ¿Por qué crees que existe la violencia hacia las mujeres? ¿Con que tiene que ver?

- 5) ¿Crees que la violencia hacia las mujeres es frecuente en el barrio? ¿Por qué?
- 6) ¿Qué tipos de violencia hacia las mujeres te parece más frecuente en el barrio?
- 7) ¿Conoces casos de mujeres que han estado en situación de violencia?
- 8) ¿Se han acercado a vos mujeres en situación de violencia pidiendo ayuda? En este caso si responde que si... ¿De qué manera se respondió a la situación? Características del caso y del abordaje.
- 9) ¿Has conocido casos de violencia de género en el barrio que hayan tenido una respuesta desde la propia comunidad, ya sea desde instituciones o vecinos?
- 10) ¿De qué manera crees que se visualiza la VG en la comunidad, como algo público que nos atraviesa a todos o como algo privado de la pareja?
- 11) ¿Particularmente en tu caso, crees tener herramientas para acompañar o guiar a una mujer en situación de VG?
- 12) ¿Sabes dónde referir a esa mujer para realizar la denuncia?
- 13) ¿Dispones de algún tipo de recurso para estas situaciones?
- 14) ¿En general donde se las referencia en estos casos?

ANEXO Nº 3.

DETALLES Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Cuadro Nº 1. HC del Fichero de adultos (Hasta el 1ero de Julio del año 2014).

Letra	HC total	HC mujeres	Muestra
A	470	346	86
B	265	210	52
C	421	316	79
D	162	122	30
E	96	72	18
F	179	143	35
G	344	266	66
H	35	21	5
I	46	35	9
J	59	48	12
K	8	6	1
L	240	180	44
M	415	303	75
N	39	32	8
O	106	82	20
P	285	209	52
Q	36	26	6
R	320	215	53
S	304	241	60
T	104	84	21
U	12	7	2
V	249	193	48
W	7	4	1
Y	16	11	3
Z	36	30	6
Total	4254	3202	792

Cuadro Nº 2. Tamaño muestral.

Nivel de confianza	Margen de error	Distribución respuestas	Muestra
95	5	50	344
95	4	50	506
99	5	50	550
99	4	50	784

Cuadro N° 3. Detalle de las fichas en el registro de SM.

Letra	Varones	Mujeres	Menores de 15 años	Total de pacientes	Mujeres que entran
A	3	10	1	13	8
B	3	7	0	10	5
C	2	8	1	11	7
D	1	0	0	1	0
E	0	1	0	1	1
F	1	4	0	5	4
G	2	10	2	14	6
H	0	0	0	0	0
I	0	1	0	1	1
J	1	0	0	1	0
K	0	0	0	0	0
L	2	5	0	7	5
M	1	13	1	15	10
N	0	0	0	0	0
O	0	2	0	2	2
P	0	5	0	5	4
Q	0	1	0	1	0
R	0	5	0	5	3
S	2	8	0	10	7
T	1	1	0	2	1
V	0	5	0	5	3
Z	0	1	0	1	0
	19	87	5	111	67

Cuadro Nº 4. Detalle de las fichas en el registro de CJ.

Letra	Varón	Mujer	Total de Pacientes	Fichas mujer sin fecha	Fichas mujer no entra por fecha	Total para análisis hasta 01/07/14
A	3	9	12	3	1	5
B	3	5	8	2	1	2
C	7	11	18	2	1	8
D	1	1	2	1		0
E	0	2	2		1	1
F	2	1	3			1
G	2	15	17	5	1	9
H	1	0	1			0
I	0	0	0			0
J	0	0	0			0
K	0	0	0			0
L	1	6	7	3	0	3
M	5	15	20	5	0	10
N	0	0	0			0
O	0	1	1		1	0
P	3	10	13	3	1	6
Q	0	0	0			0
R	2	5	7			5
S	1	12	13	4	3	5
T	2	3	5		1	2
V	1	8	9	1	2	5
Z	0	1	1			1
	34	105	139	29	13	63

ANEXO Nº 4.

ENCUESTA PARA LOS TRABAJADORES/AS DEL EQUIPO DE SALUD.

1) ¿Qué actividad desempeñas en este Htal?		
2) ¿Crees que la VG es frecuente entre las mujeres que se atienden en este Hospital?	SI	NO	NO SE
3) ¿Existen experiencias de trabajo/formación relacionadas con la VG en este Htal?	SI	NO	NO SE
Si respondiste que SI ¿Participaste de alguna?	*SI. ¿Cuál/es?.....		
	*NO		
4) ¿Existen personas dentro del efector con capacitación específica para el abordaje de situaciones de VG?	SI	NO	NO SE
Si respondiste que SI ¿De qué disciplina/s son?		
5) ¿Existen materiales escritos o audiovisuales relacionados con el tema, disponibles para lxs trabajadores/as en el Htal?	SI	NO	NO SE
6) ¿El Htal realiza acciones orientadas a la prevención de la VG?	SI	NO	NO SE
Si respondiste que SI ¿Cuál/es puedes mencionar?		
7) ¿Cuenta el Htal con alguna herramienta o procedimiento específico para la detección, recolección de datos, registro del caso, denuncia, atención y referencia en materia de VG?	SI	NO	NO SE
Si respondiste que SI ¿Cuál/es puedes mencionar?		
8) ¿Cuenta el efector con asesoría legal propia y de fácil acceso para abordar situaciones de VG?	SI	NO	NO SE
9) ¿Consideras que existen barreras dentro de la institución que dificultan el trabajo sobre las situaciones de VG?	SI	NO	NO SE
Si respondiste que SI ¿Cuál/es puedes mencionar?		
10) Te sentís en condiciones (suficientes herramientas) de abordar situaciones de VG?	SI	NO ¿Por qué?	NO SE

Crees que estás en condiciones para: (subraya la/s respuesta/s)		
	→ *Detectar VG *Detallar el registro en HC *Atender a la mujer en consulta *Charlar con la mujer sobre el tema *Realizar un seguimiento interdisciplinario del caso.		
11) ¿Participaste activamente en el seguimiento y abordaje de situaciones de VG? (implica además de la detección el trabajo en el seguimiento de la mujer y acompañamiento en todo el proceso)	SI		NO
12) ¿Padeciste alguna vez alguna situación de violencia de género?	SI		NO
Si respondiste que sí ¿Qué tipo/s de violencia/s sufriste?	→		
Observaciones:			

Notas:

La encuesta es anónima, sólo se aclara el tipo de trabajo que se desempeña/disciplina.

VG: violencia de género.

HC: historia clínica.

Observaciones: la idea es que puedas escribir lo que te parezca agregar en base a lo que estuvimos preguntando sobre VG, puedes incluir críticas o sugerencias.

ANEXO Nº 5.

RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVE

Entrevista a informantes clave de los Consultorios Jurídicos (CJ)

Se entrevista a dos referentes, una es la abogada de apoyo de los CJ que funcionan en el HJI, la otra referente es Trabajadora Social, parte del Equipo de Salud de La Salita, participante activa del espacio de los CJ.

Los Consultorios Jurídicos Gratuitos surgen como Proyecto de Extensión de la Universidad Nacional de La Plata hace aproximadamente veinte años, con el objetivo de llevar a los sectores más desprotegidos de la sociedad apoyo jurídico a través de Consultorios descentralizados. Desde la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, se convoca a estudiantes que quieran participar en los CJ, “pasantes”, siendo un requisito haber transitado ya cierto porcentaje de la carrera, debido a que se requieren ciertos saberes previos. Más allá de esto, antes de la incorporación a los consultorios, se garantiza formación específica para quienes participen del proyecto a través de 3 ciclos de un Curso Preparatorio para los CJ, dependiente de la propia Facultad que convoca. Cada CJ tiene adjudicado un “abogado mentor”, ya recibido, con experiencia en la práctica de la profesión, que coordina, acompaña y fortalece la formación de los pasantes. A su vez, en cada CJ, existe la figura del “abogado de apoyo”, quien toma el rol del abogado mentor en caso de que este se tome licencia de cualquier tipo, o se encuentre ausente por cualquier motivo, teniendo también un rol importante en la formación y acompañamiento de los pasantes por los consultorios.

Con el paso del tiempo se incorporan a este Proyecto de Extensión otras disciplinas, específicamente Trabajo Social y Psicología, cada Facultad encargada de igual manera, a través de las Secretarías de Extensión, de convocar pasantes y garantizar formación específica previa para la participación de los CJ. La idea de que la conformación de los Consultorios sea interdisciplinaria tiene que ver con la intención de lograr una atención integral de las situaciones en las que se interviene, un acompañamiento que excede las instancias meramente jurídicas. Los pasantes de Psicología cuestionan el nombre que mantiene este Proyecto, mencionando puntualmente la rama jurídica, por no incluir las otras disciplinas que están involucradas, se sostiene el nombre que toma el Proyecto inicialmente. En general, en la mayor parte de los CJ que funcionan actualmente en La Plata, los integrantes son pasantes de Derecho y Psicología, siendo infrecuente contar con pasantes de

Trabajo Social, aun cuando tienen la posibilidad de hacerlo. Existe una instancia de encuentro de todas las disciplinas que participan de los CJ en la ciudad, en reuniones interdisciplinarias que se desarrollan alrededor de tres veces al año.

Los CJ se organizan de tal forma que siempre funcionan en espacios de referencia para la comunidad del lugar al que van, vinculados con referentes territoriales, ya sea en Instituciones formales, como es el caso del HJI, o en espacios comunitarios (Club de barrio, Comedor barrial, etc.).

El CJ funcionante en el HJI es uno de los de más reciente constitución, se conforma en el año 2012. La idea de que existan CJ en el HJI surge a raíz de varios casos de VG que se abordan en la Salita. Durante este abordaje, las trabajadoras sociales se contactan con una abogada, trabajadora del CPV (Centro de Prevención de la Violencia), quien se encuentra participando de un CJ como abogada mentora (actual abogada mentora de los CJ del HJI). De esta forma se conoce el Proyecto de Extensión, en el transcurso del año 2011, y se comienza a pensar la posibilidad de llevarlo a cabo en la Salita. Se concreta a partir de que una de las Trabajadoras Sociales del Equipo de Salud se contacta con la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la UNLP, con la propuesta de ser sede de un CJ. El mismo comienza a funcionar en el mes de Mayo del año 2012, con un equipo de 5 personas, acompañado por una de las trabajadoras sociales de los Consultorios Externos, por dos motivos: por tener gran referencia en la comunidad, y por no contar con pasantes de Trabajo Social. El equipo que inicia los CJ en la Salita se modifica con el paso del tiempo, es dinámico, aun actualmente sigue cambiando algunos de sus integrantes eventualmente. En la actualidad, el equipo de los CJ se encuentra disponible para la atención en el HJI los días martes, en el turno tarde (14 a 17 hs).

En relación a la incumbencia de los CJ, se orientan a las problemáticas en torno a Derecho de Familia (Régimen de Alimentos, Régimen de Visitas, Violencia, etc.). Si bien reciben consultas relacionadas a Derecho Penal y a Derecho Laboral, por ejemplo, no tienen el rol de acompañar esos casos, aunque ofrecen asesoramiento en relación al lugar al que puede dirigirse la persona que consulta para obtener la información y representación legal correspondiente.

Durante las capacitaciones que dicta la Facultad de Derecho, mencionadas anteriormente, se anticipan los temas más frecuentes de consulta en relación a Derecho de Familia que se presentan, en general, en los CJ, así como su manejo y seguimiento. El CJ del HJI no recibe

consultas inesperadas, se encuentra con las problemáticas previstas, las mismas que resultan demanda frecuente en el resto de estos espacios funcionantes.

En relación al registro de las consultas realizadas a los CJ, existen diversas modalidades. Cada integrante se maneja con un cuaderno personal en el cual anota aspectos y datos fundamentales de las entrevistas en las que participa y de los casos que aborda; cada disciplina registra en función de su escucha y bagaje académico. Vale aclarar que las entrevistas se realizan en conjunto, no individualmente, siendo parte de las mismas, en lo posible, un integrante de cada disciplina. Luego estos apuntes (la evaluación de cada disciplina) son puestos en común por el equipo para completar la información y evaluar de ese modo la situación para un abordaje integral.

Al ser el equipo dinámico, o sea, sus integrantes se modifican con el tiempo, ocurre que al irse un integrante se lleva consigo, por decirlo de alguna manera, toda la información recopilada en sus notas personales relacionada a los casos que trabaja. Esto ha ocurrido en los inicios del CJ, y decanta la decisión de generar otra herramienta de registro que permita simplificar el acceso a los datos más relevantes del caso, y donde se aclara quién interviene en cada situación, lo que implica poder recopilar la información necesaria, esté o no esa persona siendo participe actual de los consultorios o no. A su vez, se solicita que si algún integrante se retira del equipo deje sus notas, su cuaderno personal, en caso de que se requiera la información para trabajar posteriormente la situación.

En base a lo explicitado anteriormente es que se genera la creación de un fichero, en el que se establece una ficha por caso, con los datos más importantes y generales del mismo, que se encuentra en el efector (Motivo de consulta, quiénes intervienen en el caso, datos filiatorios de la persona que consulta, si existiera una Causa se explicita su nombre y en qué Juzgado tramita, etc.). Vale aclarar que no se abre una ficha por cada persona que consulta o por cada entrevista que se realiza, sino que se abre la ficha para las situaciones en las que se logra continuidad y seguimiento.

Desde los CJ no se trabaja con la Historia Clínica de la persona que consulta, si la tuviese, ni se abre una nueva para quien consulta si no cuenta con la misma. Hace sólo un año que se comienza a implementar el llenado de la ficha de consultas del Sistema de Registro Único (SUR), modalidad que se lleva adelante para todo tipo de consulta que se realiza en la Salita. El llenado de esta planilla permite cuantificar las consultas, que se estiman en 15 por semana (algunas por casos nuevos, otras por seguimiento de situaciones).

Por otra parte, de manera anual, entre los meses de Marzo-Abril, la Universidad envía a cada CJ, una planilla, donde los pasantes deben detallar las consultas, los motivos de consulta, quiénes intervienen del equipo de los consultorios (área jurídica, psicológica o ambas), si el caso está o no judicializado, etc. Esta planilla es recibida por el abogado mentor de cada equipo de los CJ, quien lo socializa a cada pasante, cada pasante la devuelve completa con los datos correspondientes a los casos que maneja, el mentor recopila la información y reenvía a la Universidad. No han desarrollado hasta el momento una evaluación estadística propia de los CJ del HJI, por lo cual no conocen con exactitud el número de consultas, ni los motivos de consulta más frecuentes u otros datos generales desde sus inicios hasta la actualidad.

Desde la experiencia práctica, en relación al sexo de la persona que consulta, en los inicios de los CJ las consultas y los casos judicializados corresponden ampliamente a mujeres, se aclara como algo llamativo que durante el año 2014 se evidencia un aumento de consultas por parte de varones, en general relacionadas a casos en los cuales no se les permite ver a sus hijo/as, o manifiestan preocupación porque notan malestar en sus hijo/as en el ámbito en el que viven. Si bien la demanda continúa siendo mayormente de mujeres, los casos que llegan a ser judicializados se equiparan en el año 2014 entre mujeres y varones. En cuanto a los motivos de consulta más frecuentes, durante el primer año de los CJ en el HJI, estos corresponden a filiación y alimentos; luego disminuyen, hasta prácticamente estar ausentes las consultas por filiación, y aumentan las consultas por tenencia, mientras que las consultas por régimen de alimentos se mantienen. Longitudinalmente se sostienen las consultas explícitas por violencia, si bien pueden modificarse en el tiempo el número de consultas realizadas por este tema, el mismo resulta constante y frecuente. Lo que se observa en relación a las consultas por violencia, es que en muchos casos las mujeres (quienes ampliamente en mayoría consultan por estas situaciones) consultan por un período con continuidad o constancia, luego dejan de concurrir durante cierto tiempo, y luego retoman o no las consultas; mientras que otras continúan regularmente. Se interpreta que esto tiene relación con el denominado ciclo de la violencia, el cual muchas veces dificulta la resolución de la situación, ya que todo depende de la decisión y la acción de la mujer involucrada. También resulta muy frecuente el hecho de que una mujer consulte por otro motivo y en las entrevistas se evidencien situaciones de violencia de distintos tipos, que no son visualizados como tales por la propia mujer, esto ocurre inclusive más comúnmente que la consulta

explícita por situaciones de violencia. Por ejemplo, se plantea la detección de violencia económica como absolutamente frecuente en la mayoría de los casos de mujeres que consultan por régimen de alimentos o visitas. Se aclara, que en estas situaciones en las que se detecta violencia de género mientras se trabaja por otra demanda, la misma no se registra en el fichero, en caso de que la persona tenga ficha en el mismo, por lo cual no queda registro escrito en la base de datos de los CJ existente en la Salita. Sí se toma nota de esta situación en los registros personales de los que intervienen en el caso.

Entre todos los casos por violencia que se atienden, sólo dos de ellos han sido denuncias explícitas realizadas por varones que dicen ser víctimas de violencia ejercida hacia ellos por parte de mujeres.

Los CJ están establecidos y ampliamente referenciados dentro del propio efector y dentro de la comunidad, se evidencia desde la práctica a partir del aumento continuo de la demanda, incluso es frecuente que se reciban consultas de gente de la zona que no se atiende habitualmente en la Salita, y concurre puntualmente para consultar en los CJ.

Quienes integran los CJ evalúan que se está logrando cumplir con sus objetivos teóricos.

Entrevista a informantes clave del Espacio de Salud Mental (ESM)

Se entrevista a dos referentes del ESM. Una de ellas es psicóloga, otra es trabajadora social. Ambas se encuentran trabajando en la Salita hace más de 3 años y participan desde sus inicios del ESM.

La constitución del ESM se comienza a proyectar hacia fines del año 2011, y se concreta en el mes de Mayo del año 2012. Previamente a la formación de este espacio cada disciplina que lo conforma trabaja separadamente las situaciones que se presentan. La práctica genera que haya consultas de una disciplina a otra con frecuencia, principalmente entre Trabajo Social y Psicología, y esto pone en evidencia que algunos casos se están trabajando en simultáneo por las dos disciplinas, desde espacios diferentes, con diferentes entrevistas. La toma de conciencia sobre esta situación, y el marco que genera la promulgación en el año 2010 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, que plantea la importancia y necesidad del trabajo interdisciplinario, decantan en la proyección de otra manera de abordar las situaciones. Psicología trabaja hasta ese momento mediante entrevistas de admisión, realizadas por más de una persona de esa disciplina, de esa forma se evalúa la situación y la necesidad de iniciar una instancia individual o no. A partir de esto se comienza a pensar en un dispositivo del mismo tipo, de admisión, pero realizado en forma interdisciplinaria, tanto para el abordaje

de las situaciones que se detectan dentro del Equipo de Salud que tienen relación con lo psicosocial, como para las personas que concurren solicitando un turno con una psicóloga. Se le va dando forma en lo concreto, destinando días y horarios específicos, así como profesionales en equipo interdisciplinario disponibles para esto. Se generan de esta manera dos días de admisión de Salud Mental, con un equipo disponible y diferente para cada día; si surgen consultas o situaciones para abordar se le plantean a algún integrante del espacio, durante la semana, quien otorga un turno de admisión según disponibilidad del espacio. La existencia de dos días y dos equipos genera la necesidad de una instancia de reunión entre todos, para poder poner en común el trabajo y delinear estrategias de intervención integrales, así como para discutir y definir cuestiones propias del funcionamiento del espacio, objetivos, etc., en base a lo que devuelve la práctica; de esta forma, se define el último viernes de cada mes como el momento de encuentro. En la Salita rotan Residentes de Trabajo Social del Htal. A. Korn, ubicado en la localidad de Melchor Romero, quienes comienzan a participar también del espacio de SM desde sus inicios.

Durante el año 2014 se comienza a problematizar la existencia de dos días semanales específicos para el funcionamiento del espacio. Principalmente, en relación con la dificultad de poder coordinar el trabajo de situaciones con otras disciplinas, en especial Medicina General y Obstetricia, a partir de la complejidad de coincidir en un espacio temporal real en el cual poder encontrarse. Esto resulta importante, ya que la mirada desde la Salita intenta trabajar realmente de manera interdisciplinaria; no se pretende que lo psicosocial quede en manos de las disciplinas específicas en esos temas, si no que se intenta una interrelación, aprendizaje, discusión, acompañamiento, más integral, que involucre también a las disciplinas más biologicistas en las situaciones. Por este motivo resulta importante poder encontrarse entre las diversas disciplinas que trabajan un mismo caso desde miradas diferentes, poder poner en juego esa mirada, dialogar y discutir el abordaje del caso entre todos. En este sentido, surge desde el espacio de SM la idea de modificar la modalidad del trabajo. Este cambio se concreta en el año 2015, y se basa en el funcionamiento diario del ESM, durante aproximadamente 2 hs., en las cuales hay una dupla conformada por un profesional de Psicología y un profesional de Trabajo Social, disponibles para el resto del Equipo de Salud, al mismo tiempo en que desarrollan entrevistas de admisión y/o seguimiento. Este cambio permite que, si surgen situaciones en los consultorios de cualquier

disciplina, el ESM es más accesible en caso de necesitar realizar alguna consulta, comentar una situación o intervenir en entrevistas en ese momento.

Desde el ESM se coordina el trabajo en relación a algunas situaciones con el Servicio Local, órgano creado a partir de la Promulgación y Reglamentación de la Ley Nacional N° 26061, de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes. En algunos casos se trabaja en coordinación con Instituciones Educativas, que en ocasiones realizan derivaciones al ESM de la Salita.

En relación a las modalidades de registro del ESM se implementa, pocos meses después del inicio del mismo, un fichero, donde se completa una ficha por paciente que consulta, o sea, todo paciente que es entrevistado por el espacio tiene registro en el mismo. Los datos que se completan en la ficha son los datos personales de quien consulta, quiénes realizan la entrevista, cuál es el motivo de consulta y cuáles son las líneas de acción que se definen a partir de lo que la persona trae. Esta primer entrevista también queda registrada en la Historia Clínica del paciente, en caso de ya tener HC abierta en el fichero general, en caso contrario la misma debe ser abierta por el ESM. Las entrevistas posteriores que se realizan, el abordaje posterior de la situación, independientemente de la modalidad que adopte, se registran en la Historia Clínica del paciente, no teniendo evolución en el fichero.

En cuanto a la calidad del registro escrito, los referentes del ESM reconocen no ser constantes con el mismo, no siempre registran en la HC del paciente las evoluciones, o difiere el registro según cada profesional, algunos más habituados al registro que otros. Por otro lado, ocurre que cuando hay registro, el mismo es sintético, y se hace más hincapié en el mismo en caso de que la situación amerite, por algún cambio en la situación, por ejemplo. De esta forma, no se registra siempre que la persona consulta o es entrevistada. Reconocen en general un subregistro. Para las situaciones de VG que se trabajan, la dinámica es la misma en relación al registro, pero sí o sí quedan registradas las situaciones que implican intervención legal de cualquier tipo, sea la realización de denuncias, pedido de exclusión, perímetro, etcétera.

El ESM no ha desarrollado hasta el momento una evaluación estadística propia, por lo cual no conocen con exactitud el número de consultas, ni los motivos de consulta más frecuentes u otros datos generales desde los inicios hasta la actualidad.

Desde la experiencia concreta, las mujeres son quienes con mayor frecuencia consultan al ESM, ya sea para atenderse ellas, o para que se atiendan sus hijo/as, ya que el ESM también trabaja con niños (aunque inicialmente las entrevistas son con el adulto).

Las consultas directas, o sea, que el motivo de consulta sea explícitamente por VG no es frecuente actualmente. Las referentes relatan que esto sí ha sido frecuente hace unos años atrás (la demanda específica y explícita por situaciones de VG). Se identifican dos momentos de gran cantidad de consultas de este tipo: uno relacionado con una intervención realizada por el Equipo de Salud en la sala de espera, sobre violencia, a partir de la cual muchas mujeres comenzaron a consultar sintiéndose identificadas; otro a partir de la visualización que tuvo lugar años atrás en los medios masivos de comunicación de casos de VG así como de debates sobre este tema en general.

A su vez, se menciona que era muy frecuente que los trabajadores/as del Equipo de Salud, de todas las disciplinas, derivan situaciones en las que se detectaba VG a las disciplinas que hoy integran el ESM, lo cual ya no es frecuente; en relación a este punto surgen muchas posibles explicaciones, que mencionaremos, aunque es extremadamente complejo definir qué ocurre realmente. Una posible explicación es que quizás exista hoy en día una capacidad de acompañar el caso desde la disciplina que lo recibe, sin derivar inmediatamente, por haber ampliado los conocimientos necesarios para hacerlo. De todas formas, las referentes plantean que actualmente ya no es frecuente tampoco que se consulten con Trabajo Social y Psicología casos de VG que se estén abordando por otra disciplina en consultorio. Otro motivo posible para la disminución de las consultas sobre VG, opuesto al anterior, podría relacionarse con el aumento exponencial de pacientes que tuvo la Salita, desde sus inicios hasta la actualidad. Esto puede implicar que se dedique menos tiempo a las entrevistas, principalmente en lo que refiere a Medicina, Enfermería y Obstetricia, por el aumento de demanda, lo cual podría interferir en la detección de situaciones. Otro factor que podría relacionarse con esta disminución de consultas es el hecho de que el Equipo se transforma continuamente, y algunas de las profesionales que han detectado y abordado muchas situaciones de VG ya no son parte de mismo. Las referentes mencionan como relevante también, en el intento de buscar un sentido del por qué disminuyen las consultas por situaciones de VG, el funcionamiento de los CJ en el HJI, como espacio que quizás se encuentre canalizando actualmente este tipo de demandas. Al mismo tiempo, comentan que existe más información circulando al respecto de qué hacer o dónde recurrir en caso de

vivir una situación de violencia, por lo cual se asume que ya no es la Salita la primera instancia de consulta, como quizás si lo fue en otro momento. En lo concreto, se hace visible la disminución de este tipo de consultas y de casos derivados por parte del propio Equipo de Salud durante el año 2014.

Si bien las consultas explícitas por VG no son frecuentes en la actualidad, sí se evidencia como frecuente que el motivo de consulta sea otro, y que en el relato surjan situaciones de VG, actuales, pasadas, o ambas. Reconocen la violencia psicológica como la más frecuente entre las mujeres con las que trabajan.

En cuanto a si el abordaje de las situaciones de VG es interdisciplinario o no, se afirma que sí es realmente interdisciplinario entre Psicología y Trabajo Social. En este sentido, se aclara que en la detección y algunas intervenciones concretas sí participan todas las disciplinas, pero en relación al seguimiento, abordaje, acompañamiento, delineamiento de acciones y estrategias intervienen principalmente Psicología y Trabajo Social en conjunto.

Entrevista a Informantes Clave de la comunidad

Se entrevista a tres referentes de la comunidad.

Una de las referentes es una vecina, que hace 12 años vive en el barrio, es ama de casa, trabaja en la Cooperativa “Ellas hacen” *, en la tarea de construcción de viviendas, en la zona del Htal. A. Korn. Participa hace años en la mesa intersectorial ** y ahora también en una Copa de Leche, organizada en la casa de una vecina del barrio, con funcionamiento durante la merienda, dos veces por semana. La referencia de esta entrevistada será referente 1. Otra de las referentes entrevistadas es una vecina, que hace 13 años que vive en el barrio, trabaja en una Unidad de Pronta Atención en La Plata, hace un año y medio, en limpieza. Desde que vive en el barrio milita en un movimiento territorial, una organización política, que cuenta con un galpón como sede, donde se realizan diversas actividades (funciona un plan de finalización de estudios primarios y secundarios -FINES-, dependiente del Ministerio de Educación; realizan talleres –se está trabajando sobre adicciones en coordinación con Ministerio de Justicia, el Hospital Reencuentro de La Plata y un Centro de Prevención de Adicciones, por ejemplo-). La referencia de esta entrevistada será referente 2. La última referente es una trabajadora de la Salita, una de las más antiguas de los Consultorios Externos, ha participado y participa de diversas actividades comunitarias y procesos territoriales con los vecinos, por lo cual se encuentra muy referenciada en la

comunidad. Actualmente, por ejemplo, participa en la mesa intersectorial y en un taller con mujeres, en un comedor del barrio. La referencia de esta entrevistada será referente 3.

En relación al concepto de violencia de género la referente 1 plantea que: “es todo; violencia de género para mí son golpes, insultos, que te insulten, tu pareja... no sé, que te digan no servís para nada es una violencia, para mí, no sé...no sólo golpes es la violencia, ¿no?” Ella relata que en su trabajo y en sus actividades en el barrio, en general, comparte intimidades con sus compañeras, a quienes les plantea, por diversas situaciones que le confían, que el maltrato verbal también es violencia. Desde su perspectiva, los varones sufren violencia de género, pero los casos que ella conoce en el barrio son muy pocos, mientras que los casos de mujeres que son violentadas son mucho más frecuente. Relaciona la violencia de género con la cultura, particularmente plantea que en el barrio viven muchas familias que vienen del interior del país, trayendo la cultura y la mirada del varón machista, que considera que: “la mujer tiene que estar en la casa, limpiar, lavar, tener hijos y cocinar, porque la mayoría es así acá”. La informante es nacida en Santiago del Estero, y cuenta que su padrastro golpeaba a su madre. La informante a los 16 años viene a la provincia de Buenos Aires a vivir y a trabajar. En cuanto a la violencia de género como consecuencia, según ella, de la cultura de las provincias del interior del país (“la provincia”), refiere: “viene la cultura, ya viene así, no sé, porque la mayoría de la gente que yo conozco es de la provincia, y vienen con eso de que... yo me acuerdo, a mi mamá el marido la mataba a palos...yo decía, el día que sea grande éste...nunca más le va a pegar a mi mamá. Pero, lamentablemente, no fue así, porque yo a los 16 años me vine para acá a trabajar, y el tipo la seguía cagando a palos a mi mamá, ¿entendes? Y bueno, acá pasa lo mismo, viene gente de la provincia y no saben, no saben cómo pedir ayuda, o tendrán miedo de criar a sus hijos solas, no lo sé. Y también son tipos que se criaron golpeados, en la provincia los padres te mataban a palos.” Al preguntar por esta diferencia que ella hace entre las personas que vienen del interior del país y las personas que son de la provincia de Buenos Aires, en relación a la violencia de género, refiere que no conoce casos de personas de esta provincia que vivan situaciones de violencia. Luego aclara que ella está rodeada de migrantes del interior, así como de países limítrofes, incluyendo a estos últimos dentro de la caracterización que hace de las provincias del interior del país: “no conozco, no sé, no sé decir, estoy rodeada de gente del Paraguay, de Bolivia, de Santiago, Catamarca, y no gente que nació acá, en La Plata, que sea violento,

no, no sé, pero que hay en el barrio hay mucho, mucha gente de la provincia que es golpeada.”

La referente 2, en cuanto al concepto de violencia de género, refiere que “la violencia no es sólo maltrato físico...agresión, cuando es...insultos, malas palabras, más cuando uno te dice ‘no servís para nada, sos una inútil, nunca vas a poder salir sin que yo te esté ayudando’. Bueno, hay muchas formas de decir, llamar violencia, no es sólo, como yo siempre les digo a las mujeres, no es sólo que te esté matando, o que tengas una marca para que sea violencia de género, verbalmente, cuando te están insultando, es violencia”. Identifica como agresor más frecuente a las parejas varones: “lo más común es el marido que la caga a palos a la mujer, y la mujer indefensa o por miedo, muchas veces, por miedo de que la deje, por miedo de que no tengan trabajo, de cómo van a mantener a sus hijos, cómo se van a mantener ellas... No es sólo denunciar y nada más porque detrás de eso tenes una contención. Yo lo viví, lo viví, con el tema de la mujer, ir a acompañar las denuncias ¿y después la contención? Porque después la mujer se tiene que manejar sola, salir sola, a hacer frente a todo, porque de ser una mamá, pasó a ser la mamá, el papá y la que sostiene la casa, así que es muy difícil.”

En relación al concepto de VG, la referente 3 plantea que es la violencia ejercida por los varones sobre el colectivo de mujeres, en una relación de poder, enmarcada en el sistema patriarcal. Plantea las controversias actuales en relación al término: que hoy en día se habla de géneros, y que la violencia de géneros incluye la violencia hacia los colectivos minoritarios que no responden al modelo androcéntrico, y que al igual que las mujeres, y en el marco del mismo sistema de dominación, se ven violentados bajo la misma lógica (por ejemplo las personas trans, gays). Aun así, esta referente, al igual que la postura tomada por las autoras de este trabajo, retoma el concepto de violencia de género para visibilizar la violencia hacia el colectivo de mujeres, intencionalmente, en sintonía con el objetivo que tuvo en sus orígenes, aun cuando se reconocen y se acuerda con los debates teóricos actuales en torno al mismo.

En cuanto a la problemática en el territorio, las tres referentes coinciden en que es muy frecuente, e identifican a la violencia psicológica como la más padecida por las mujeres. La referente 1 comenta: “y bueno, pasa con las chicas, hay muchas, muchas chicas que acá necesitan ayuda, entendés, pero como no piden ayuda, no saben cómo pedirla, no lo sé...”

En relación a qué tipo de violencia cree ella más frecuente comenta: “que te dicen

cosas...conozco chicas jóvenes que los novios les dicen cosas, y vuelven y vuelven y vuelven...no servís para nada, no haces nada, hoy no hiciste nada, pero ¿Y los hijos? Que tenes que llevarlo a la escuela, que tenes que llevarlo al jardín, que tenes que lavar la ropa, que tenes que cocinar ¿Eso no es nada? ¿No es nada? Sí, es. Yo tengo mi sobrino mismo que, obvio, lo quiero un montón, pero es joven, tiene 20 años y a la mujer le dice qué hiciste hoy, qué hiciste hoy. No, pará tiene el nene...yo me meto en eso, no pará ella tiene el nene, primero está el nene después vos, si a vos no se te va a caer la mano por hacer algo. No lavé hoy porque tenía que hacer otra cosa, y el nene, el nene lleva más tiempo que lavarte tu ropa, que cocinarte, si vos también podes cocinar.”

La referente 2 comenta que “acá es común de ver violencia, la ves todos los días, es común acá en el barrio, es muy frecuente. Yo tengo casi 20 familias que fueron víctimas de VG en un asentamiento, ya ahí te da una cierta idea, y no solo acá, tengo en Olmos también otro asentamiento de mujeres víctimas de VG. Hay muchísimas mujeres que no se animan a denunciar, por miedo, pero hay otras que sí, que pudieron salir adelante, pero aun así tenemos casos todos los días”.

La referente 3 plantea que la problemática de la VG es muy frecuente entre las mujeres del barrio, y que eso se evidencia, también a través de la frecuencia con la que el efector aborda e interviene en torno a estas situaciones. Ella parte del planteo de que la gran mayoría de las mujeres, incluso de clase social media o alta, son atravesadas por situaciones de violencia de género en algún momento de la vida. En el barrio, la situación de vulnerabilidad socioeconómica en la cual viven las mujeres se suma, y agrava, las situaciones de violencia de género que viven, y muchas veces complica la posibilidad, en cuanto a redes sociales y disponibilidad económica, de salir de las mismas, inclusive cuando la mujer lo desea. Relata que en el taller que se desarrolla con mujeres en un comedor del barrio, coordinado por profesionales del efector, la problemática de la VG es traída por las participantes durante los encuentros, aun en momentos en que las coordinadoras no tengan intención de abordar ese tema particular ni lo introduzcan ellas, lo que confirma el peso que tiene en el territorio la violencia hacia las mujeres.

Las tres referentes mencionan conocer muchos casos de VG en el barrio, base de la respuesta en cuanto a la frecuencia de los mismos; algunos de los cuales son mencionados posteriormente en el desarrollo de las entrevistas.

En relación a cómo abordar las situaciones de VG, la referente 1 cuenta que se entera que su vecina es violentada por su pareja reiteradamente, refiere no saber cómo responder frente a la situación, consulta en una Institución del barrio qué se puede hacer en ese momento en que se está violentando a una mujer, y le responden que llame a la policía. La informante refiere que “la misma policía te manda de cabeza; señora, llamó su vecina de al lado que dice que la está golpeando su marido”. Inicia entonces otro relato, de otra mujer que vive en situación de violencia: “también es una mujer golpeada, muchas veces vino la policía y le dijimos a la policía que lo lleve al hombre y no lo llevó...y ella, la señora te cuenta la verdad, te cuenta que él le dice muchas cosas, que no sirve, que sos esto, que sos puta. ¿Por qué? Si estás viviendo con él, que se vaya él entonces, que la deje en la casa, pero le pega también, muchas veces nosotros llamamos a la policía”...“El nene corre a pedir ayuda, pero no vuelve en el momento porque el tipo lo va a matar, no es el hijo de él tampoco, pero el tipo lo amenaza que le va a pegar y todo.” En relación a otros dos casos que la informante conoce refiere “Son casos que ellas nos contaron, y las vimos. ¿Y qué hacen, por qué están acá? Sí, pero él dice que va a cambiar y después viene y me vuelve a pegar, pero él dice que no me va a pegar más y después viene y me pega. Y siguen teniendo chicos y siguen teniendo chicos, y el tipo se agarra de ahí ¿Qué tenes que hacer con esos tipos? Después las mujeres van presas porque alguna reacciona mal, le hacen daño y van presas”... ” ¿Y quién las ayuda? Nadie, nadie las ayuda, ni siquiera en tu propio trabajo, porque yo creo que en tu trabajo te tienen q dar una mano.” En relación a las herramientas con las que cuenta la informante, según su consideración, refiere: “no sé, las herramientas mías serian acompañarla a un lugar adecuado que le brinden ayuda, esa sería mi herramienta, porque de otra manera no sabría cómo, entendes. Más que la policía o la salita no sé.”

En cuanto al accionar o respuesta de la referente 2, en el marco de su trabajo o militancia, frente a una mujer que sufre violencia, ella plantea: “depende de la situación de la violencia, si me viene una mujer toda golpeada, obviamente voy a recurrir a la justicia. Lo más que uno puede hacer, porque tampoco te toman la denuncia, es mandar a la mujer que haga la denuncia, y después no tenga la contención. Porque detrás de ella tiene que estar alguien que la respalde, porque el marido, lo fue a denunciar, vuelve a la casa y la mata a palos, eso me ha pasado. Y lo otro es que se han ido todas golpeadas y se han plantado horas y horas en la comisaria y que no las hayan atendido. Me ha pasado en los casos de acompañar todo lo que era la denuncia, buscar un lugar donde este protegida y los maridos no las molesten,

pedir una restricción para que el marido no se acerque al lugar, a través de la fiscalía y bueno creo que eso es lo más que se puede hacer. Las denuncias las hemos hecho en la Comisaria de la Mujer, después se va a Fiscalía de la Familia.” Continúa el relato, evidenciando que la organización de la cual ella es parte, cuenta con herramientas y redes para abordar los casos. “Nosotros tenemos abogados que están trabajando con el grupo Amalia, que es un equipo que trabaja con nuestra organización, que se dedica a las situaciones de VG del territorio, que acompaña todos estos lapsos y pedidos de denuncia. Los abogados no trabajan en el barrio, pero trabajan en coordinación con el equipo del grupo Amalia.”

La referente 3, quien es parte de los Consultorios Externos, es interpelada con frecuencia por mujeres que padecen violencia, y la respuesta de la informante no es individual, sino que se encuadra en el trabajo interdisciplinario del efector, en el que se cuenta con un recursero, y se tiene conocimiento de los procedimientos de denuncia, pedidos de exclusión, restricción perimetral, gestión de refugio, etc.

En cuanto a la existencia de respuesta colectiva frente a alguna situación de violencia de género, la referente 1 relata que en general no existe. Luego recuerda una instancia en la que se reunieron un par de vecinas que conocían el caso, para ver qué solución podían encontrar: “nos habíamos juntado y dijimos, bueno, el día que le pegue nos juntamos nosotras, vamos (porque él, lo que hacía él, se encerraba cuando venía la policía, se encerraba ahí, y ella salía con la nena y el nene), y nosotras decíamos, vamos a romperle toda la casa, que salga. Bueno, no llegamos a hacer eso porque la última vez que llamó a la policía nosotras nos juntamos para hacer eso, y ella lloraba y decía que no, que no, que le íbamos a romper toda la casa, y es verdad le rompíamos todo. Pero íbamos a ser mujeres, hablamos que no vayan los hombres para no generar mucha más violencia entre hombres, entendes.” Este grupo de mujeres habla con la mujer violentada para enfrentar a su pareja, el agresor: “nosotros le preguntamos si quería y ella dijo que no, pero no, porque el después viene tomado y me pega a mí; así que no, no hicimos nunca. Parte del barrio sí sabía pero no, no hacía nada.” Relata otra situación en el barrio de las tantas que conoce “Los otros días en la toma*** había una señora, que ya se fue, que tenía dos nenes entre 6 y 10 años, y dos bebas. Vamos a la noche, porque mi sobrino vive ahí, y vimos algo que había en lo oscuro, nos dio miedo, fuimos. Estaba la señora esta, que estaba en el piso, en el pasto, con la beba tomando la teta de acá y la otra, de un año y medio, tomando la teta acá, y el más grande

estaba paradito al lado de ella. Le digo: señora, dónde vive usted. Acá, me dice, al frente, no quiero ir porque mi marido está tomado. Y le pegó, le pregunté yo. Me dice no, nomás que me hizo un rajuñoncito; y ahí le dice el nene: no, te pegó má, y nos cerró la puerta con llave. Entonces yo le digo vamos a romperle la casa doña, sinvergüenza, como la va a echar con los hijos, que se vaya él. Eran las doce de la noche y yo con la nena en los brazos y con la señora y no sabíamos qué hacer, porque encima no podes llevarla a tu casa, porque si viene el tipo...y ella dice: no, no me quiero ir porque está el otro chiquito durmiendo adentro..." Esa noche lo resuelven enfrentando a la pareja de esta mujer, quien abre la puerta y la deja entrar a la casa, ya que la mujer no tenía otro lugar al que ir. Al otro día, van a hablar con ella y ven que él la había golpeado, frente a eso llaman a la policía, y la mujer, que quería salir de esa situación, logra ir a un refugio con sus hijos en los días posteriores; la informante no explicita la gestión del mismo. Refiere: "acá en el barrio tenemos mucha gente, muchas mujeres golpeadas tenemos, que sabemos todos, pero vos le preguntas a la gente y te dicen no sé, no sé, te dicen ¿Qué te metes vos? Pero un día, ponele que le peguen mal, o la matan, o algo, yo voy a decir que boluda que fui, por qué no la ayude, porque no abrí la boca, aunque me digan chusma, aunque me digan cualquier cosa." Continúa: "Hay casos muy concretos, que no sabes qué hacer... yo le digo a las chicas, no tenemos que tener miedo, y me dicen que soy metida, sí, pero metida, le estas salvando la vida a otro"... "Ojalá se pueda solucionar algo con este tema, porque lo denuncias y yo no sé si la policía no tiene autoridad para sacar al tipo, o no sé como es el tema, pero ¿Qué esperan que las maten? En el momento uno no sabe qué hacer."

En relación a la existencia de respuesta colectiva la referente 2 comenta: "muchas veces el propio vecino es como que no se quiere meter, porque muchas veces la pelea después genera que el tipo le toma bronca al vecino, o se vuelven a reconciliar, la mujer vuelve a la casa, y están lo más bien. Muchas veces los vecinos no se meten en ese momento, cuando hay peleas. Yo no lo tomo así, yo cuando veo que hay violencia sí, trato de acompañar, si me tengo que cagar a trompadas...me ha pasado de cagarme a trompadas con los maridos, entonces, yo en la situación, yo sí me meto, pero en otros vecinos no lo he visto. Hay organización entre vecinos en el asentamiento, por cualquier cosa, porque como son la mayoría mujeres... hay otras que volvieron a hacer parejas, pero sí, se cuidan entre ellos, y cuando ven o conocen al marido ya se alertan entre ellas, y llaman al patrullero o me llaman a mí. En el resto del barrio no lo he visto."

En el mismo sentido, la referente 3, refiere no conocer respuestas colectivas frente a situaciones de VG, y sostiene que la violencia hacia las mujeres se sigue viendo en el barrio como una problemática privada, de pareja. Sí menciona como instancia de resolución colectiva, en el seguimiento de las mujeres que han padecido violencia y han salido de esa situación, la experiencia del asentamiento al cual hace referencia la referente 2.

En relación al origen de este asentamiento, ubicado a tres cuadras del HJI, la referente 2 cuenta: “por la demanda que teníamos de casos de violencia, que muchas no se animaban a denunciar, y había algunas que se fueron a un refugio, un albergue que les dan, le de la fiscalía, que se pueden quedar durante tres meses...Después ya, ellos te dan tres meses, después tenes que buscar un espacio donde vos tenes que estar, por eso muchas veces estos refugios no sirven, porque estás tres meses, y después o volvés con tu marido o te quedas en la calle, es así. Entonces cuando nosotros en el barrio, era tanta la demanda, no teníamos un lugar donde tenerlas, acá no las podíamos traer, no nos servía que las mueres vengan a vivir acá, íbamos a estar en lo mismo. Empezamos a averiguar por las tierras, para tomar esas tierras para estas mujeres, q no tenían dónde vivir; que se animaban a denunciar pero no tenían dónde vivir. Hicimos averiguaciones sobre las tierras, fuimos al ministerio, pusimos un abogado, planteamos que no teníamos espacio para que puedan vivir, que estaban las denuncias y ellas no querían volver con los maridos, estaban dispuestas a dejar todo. Entonces se hace la toma de las tierras hace tres años, y ahí surge el asentamiento, las tierras luego se dividen para cada familia. Nos enfrentamos a muchas cosas por esas tierras, pusimos abogados, las tierras pertenecían al ministerio de salud, fue toda una gestión que nos acompañaron los abogados de la Subsecretaría de Tierras, los abogados del Ministerio de Justicia, los abogados de la organización. Peleando se pudieron instalar las mujeres, y aún seguimos peleando porque todavía no tienen luz propia, porque al ser pocas familias y no ser propietarias de la tierra, entonces todavía está todo en trámite. Ya está, ahora se firmó el convenio para que les den el transformador, y le pongan la red de la luz. Se consiguió para que les hagan las viviendas de material para todas las familias, así que todo eso acompañado y bueno acompañado por algunas instituciones del barrio. Fue una lucha muy buena, una experiencia, ahora estamos terminando la capilla****, va la capilla ahí, para que ellas se sientan más fortalecidas, se inaugura ahora después de la semana santa. Es católica, de los misioneros del Papa Francisco. La verdad que es muy bueno para ellos, porque no sólo va a funcionar como capilla, sino para que ellos tengan un espacio para que haiga talleres, para

que haiga otras actividades que no sean religiosas. Así que... también está programado, salió ahora, que también arrancan a hacer dulces y conservas, para que ellas mismas trabajen, ya está todo aprobado, ya está todo el proyecto, estamos esperando que nos bajen. Va a haber otro edificio para que trabajen haciendo dulces y conservas, el año pasado se capacitaron, hicieron varios cursos, así que muy bueno.”

* <http://www.desarrollosocial.gob.ar/ellashacen/1889>

** La Mesa Intersectorial es un espacio de encuentro, de carácter mensual, entre diversas Instituciones de la localidad de Melchor Romero. Participan:

Consultorios Externos del Htal. J. Ingenieros; Centro de prevención de Adicciones (CPA); Escuelas Nº 13, 75, 39, 78 y 516, ONG La Brújula; ONG Banquito de la Buena Fe; Servicio Local de Protección de los derechos de Niños y Adolescentes, y vecinos de la zona. El objetivo de este espacio es reunir esfuerzos en relación a la priorización de problemas en la localidad de Romero, principalmente en relación a los barrios donde tienen influencia estas instituciones, y buscar una solución colectiva e integrada a los mismos, con los propios vecinos. Un ejemplo claro en este sentido, se logró mediante peticiones firmadas por todas las Instituciones, con apoyo y participación de los vecinos, la construcción de un Jardín de Infantes lindante al barrio Las Rosas y a la Plaza Las Rosas, ya que la demanda superaba la posibilidad real de cupos en la zona. Actualmente la obra se está desarrollando, llegando prácticamente a sus etapas finales.

*** Se refiere a una toma de tierras que se realiza por parte de algunos vecinos y de otras personas que no vivían en el barrio, donde hoy existe un asentamiento denominado “10 de Mayo”, en referencia a la fecha en que se toman las tierras: 10 de mayo del año 2014. Vale aclarar que no es el mismo asentamiento al cual se refiere la referente 2, aunque ambos se encuentran a pocas cuadras de distancia.

**** “Capillas y política en los barrios más pobres.” Nota periodística publicada por la revista La Pulseada, 16/11/14. Link disponible en: www.lapulseada.com.ar/site/?p=9007

ANEXO Nº 6. Detalle del análisis estadístico, cruce de datos y resultados a partir de la selección de HC del fichero de adultos, fichero de SM, fichero de CJ y planillas de CJ.

Fichero de Consultorios Jurídicos

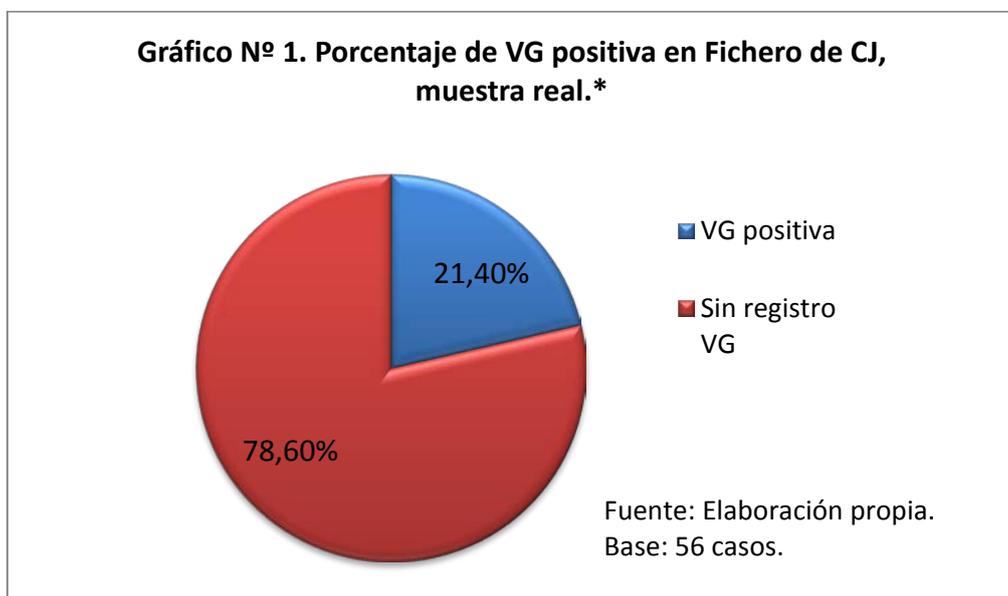
Número total de mujeres en el fichero de CJ: 63.

Número de mujeres que se seleccionan del fichero de adultos para este trabajo, que coincide con la selección del fichero de Consultorios Jurídicos: 7 HC.

Número real de la muestra de CJ (sin contar a las mujeres que coinciden con la selección del fichero de adultos): 56.

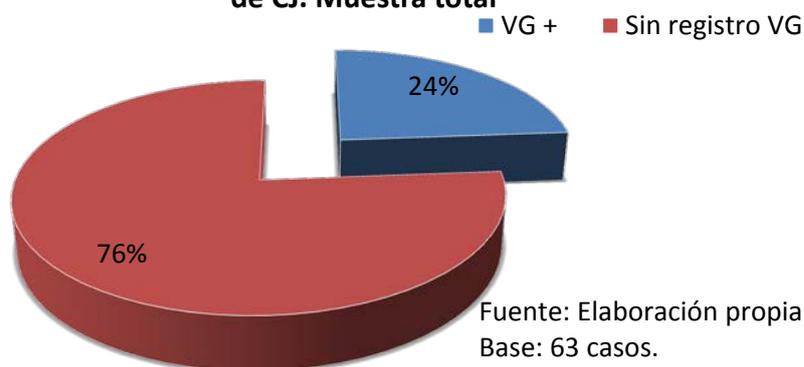
Del total de mujeres seleccionadas en el fichero de CJ (56), 34 tienen HC en el fichero de adultos; 6 de estas HC no se encuentran, por lo cual las mismas no pueden evaluarse. 12 de las 56 mujeres seleccionadas del fichero de adultos tienen registro de VG positiva en la ficha de los CJ, el 21,4% de los casos (Ver Gráfico Nº1). Si incluimos para este dato las mujeres que coinciden en el fichero de adultos, entre las cuales tres tienen VG positiva en la ficha de CJ el porcentaje total de VG positiva en el fichero de CJ es de 23,8% (Ver Gráfico Nº2).

Se cruzan los datos del fichero de CJ con la selección del fichero de adultos para este trabajo y con el fichero de SM (Ver Gráfico Nº 3).



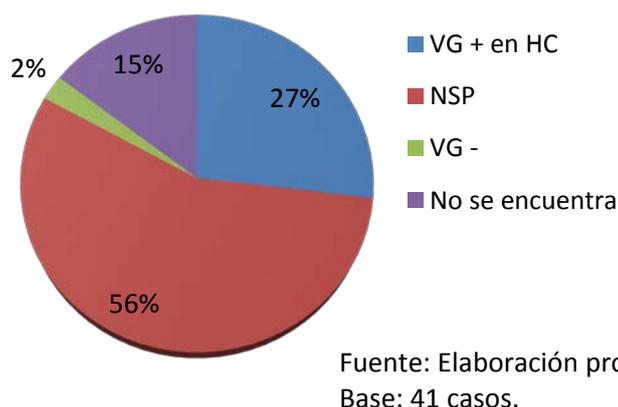
*Muestra real: sin contar las 7 mujeres que son seleccionadas del fichero general de adultos y coinciden en el fichero de CJ.

Gráfico Nº 2 .Porcentaje de mujeres con VG + en Fichero de CJ. Muestra total*



*Muestra total: todas las mujeres que entran por selección del fichero de CJ, incluyendo las 7 HC que coinciden con la selección del fichero general de adultos.

Gráfico Nº 3 .Datos de HC abiertas de pacientes con ficha CJ.



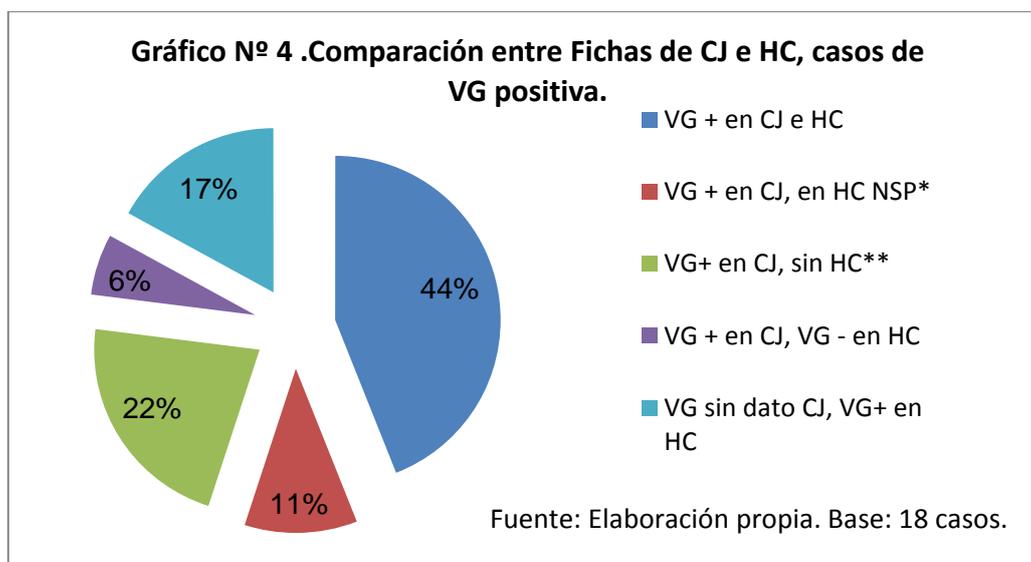
NSP: no se preguntó.

De las 12 mujeres con VG positiva en las fichas de CJ, 10 tienen HC abierta en fichero de adultos. 2 de estas HC no se encuentran por lo cual no se evalúa HC, en 5 HC existe también registro de VG positiva, coincidiendo con la ficha de CJ; en 2 HC no se pregunta, y en 1 se pregunta y no se detecta, por lo cual se registra como VG negativa.

De las 7 mujeres que se seleccionan del fichero de CJ y coinciden con la selección de HC del fichero de adultos, 3 tienen registro de VG positiva en la ficha de CJ. Estos 3 casos con registro de VG positiva en ficha tienen también registro de VG positiva en HC.

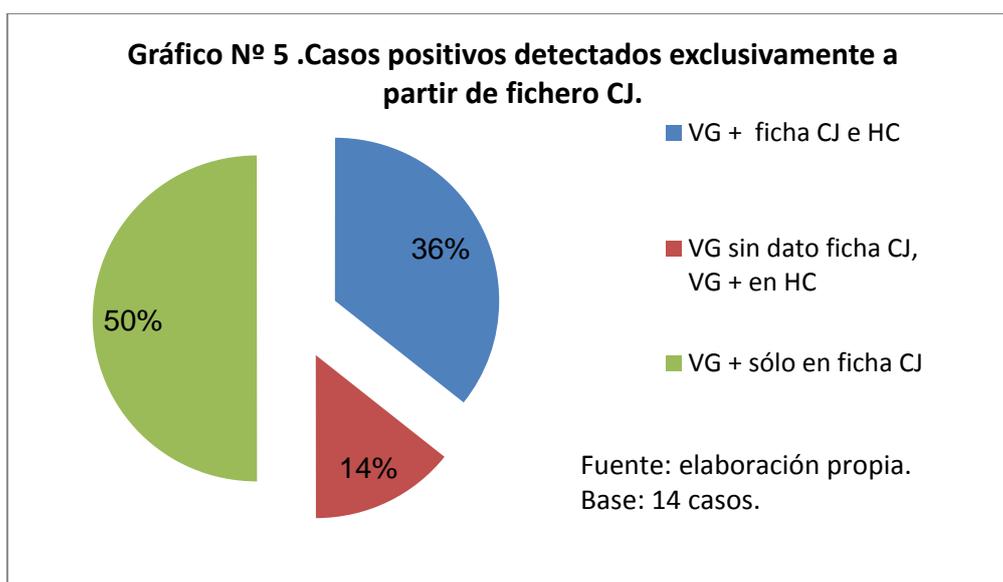
Se detectan 3 casos en los cuales existe registro de VG positiva en HC, sin datos al respecto en la ficha de CJ. O sea, en total, entre las 63 mujeres que tienen ficha en CJ e HC abierta, 15 mujeres tienen registro de VG en la ficha de los CJ, y se registran en total (sumando 3 casos

que no tienen registro de violencia en ficha de CJ pero sí en HC) 18 casos de VG positiva. Vale aclarar que 1 de estos casos que presenta VG positiva en HC y no en ficha de CJ ya es analizado en el fichero de SM por lo que no se suma como caso nuevo (Ver Gráfico N° 4). Sin contar las HC que coinciden con la selección de historias del fichero de adultos, a partir de las 56 mujeres que consultan a los CJ se registran 14 casos de VG positiva “nuevos”: 12 casos con registro VG positiva en fichas CJ, de los cuales 10 tienen HC, y registro en la misma de VG positiva en 5 casos, más 2 casos que se detectan en la HC sin registro en la ficha de CJ -recordar que el tercero de estos casos ya es analizado en fichero SM-(Ver Gráfico N° 5).



*NSP: no se preguntó.

**Sin HC: HC no se encuentra, o no tiene HC abierta en el fichero de adultos.



Planillas de los Consultorios Jurídicos, años 2012 y 2013.

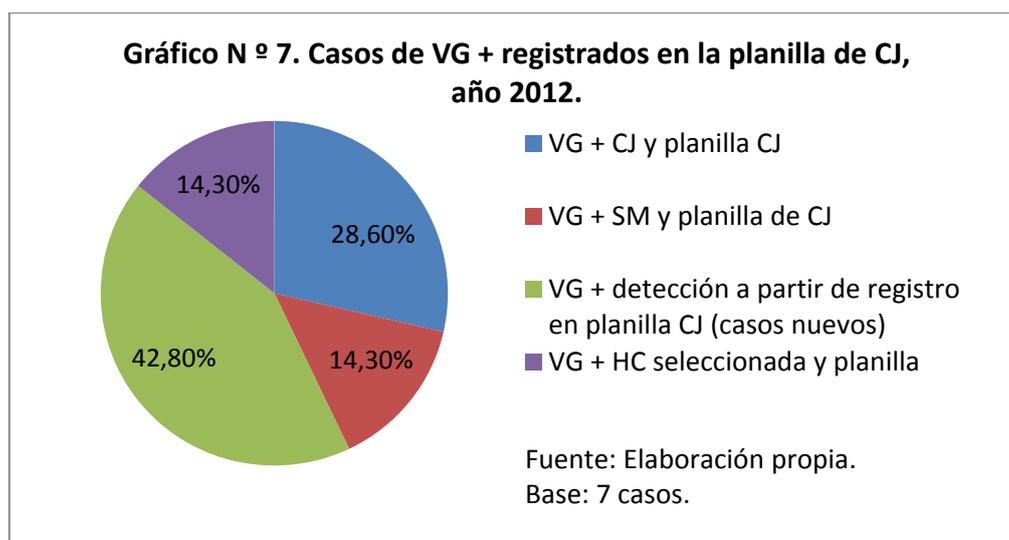
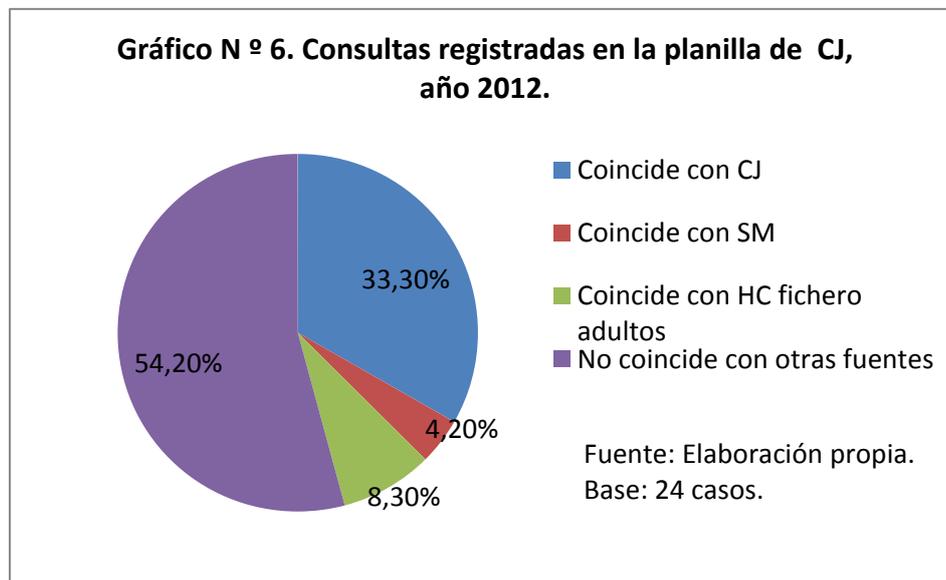
Se realiza también para este trabajo el análisis de las planillas que los encargados del Consultorio Jurídico envían, de manera anual, a la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, con el detalle de las personas que consultan a los CJ, quienes no necesariamente tienen ficha abierta en el fichero de CJ por ser consultas esporádicas (Ver entrevista a informantes clave de los CJ). Como se observa en el desarrollo del análisis los datos de las planillas no coinciden en su totalidad con el fichero de CJ.

Se analiza de manera separada la planilla del año 2012 y la planilla del año 2013, en caso de unir los datos esto se aclara en el trabajo. Vale mencionar que para todas las mujeres que figuran en la planilla se cruzan los datos con las HC del fichero de adultos (seleccionadas y no seleccionadas para este trabajo) y con ficheros de SM y de CJ. Los casos ya analizados a partir de estas fuentes de datos no se sumarán a la estadística de casos de VG positiva para no contar como nuevos datos ya existentes, excepto que el único dato que se tenga de todas las fuentes en relación a VG positiva esté en la planilla y no tenga otro registro.

Durante el año 2012 se registra un total de 24 mujeres que consultan al CJ y 10 varones. 8 mujeres tienen ficha de CJ y están registradas también en la planilla. Una de las mujeres que consulta tiene abierta una ficha de SM, 2 mujeres tienen HC que ya es seleccionada para este trabajo en el fichero de adultos; el resto de las mujeres con registro en la planilla no coinciden con otra fuente de datos evaluada en esta investigación: 13 mujeres (Ver Gráfico Nº 6). Se registra en la planilla un total de 7 casos de VG positiva, de los cuales 2 casos corresponden a mujeres que tienen ficha abierta en CJ. En ambos casos la ficha de CJ tiene registro de VG positiva, por lo que coincide el dato con las planillas, una de estas mujeres tiene HC abierta en el fichero de adultos, con registro en la misma de VG positiva; la otra mujer no tiene HC abierta en el fichero de adultos (estos casos positivos ya son considerados cuando se analiza el fichero de CJ por lo cual no se suman). De los otros 5 casos de VG positiva se detectan 3 casos nuevos de VG (ya que están registrados sólo en la planilla de CJ). Los 2 casos restantes de VG positiva, corresponden, uno a una mujer que tiene ficha abierta en SM, con registro de VG positiva en la misma, y sin ningún registro en HC, por lo cual no se suma como caso nuevo; el otro a una mujer cuya HC fue seleccionada para este trabajo del fichero de adultos, con registro VG positiva en la misma.

Los 3 casos nuevos que se detectan a partir de la planilla del año 2012 corresponden a 3 mujeres que no tienen HC abierta en el fichero de adultos, en 2 de estos casos existe registro

en la planilla de CJ de Protección contra la Violencia Familiar y solicitud de Medida Precautoria, en el otro caso, existe registro de abuso sexual (Ver Gráfico N° 7).



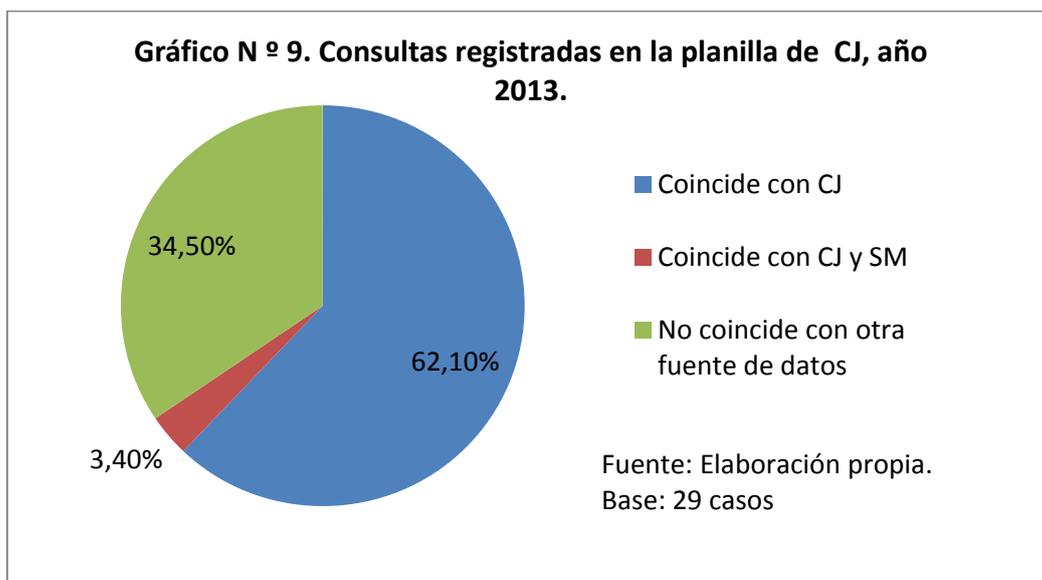
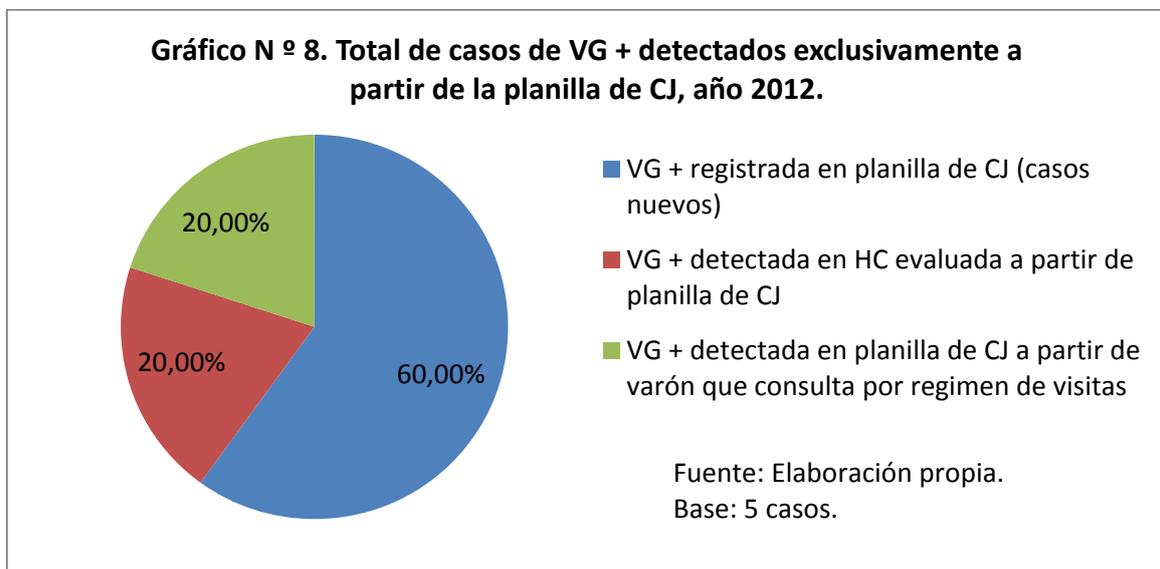
De los restantes 10 casos que no coinciden con ninguna fuente tomada para este trabajo y no registran VG positiva en la planilla de los CJ, 6 mujeres no tienen HC abierta en fichero de adultos, 3 mujeres tienen HC abierta en el fichero de adultos sin registro en relación a VG, y la otra mujer tiene HC abierta en fichero de adultos con registro de VG positiva en la misma, por lo cual se suma como caso de VG positiva nuevo, detectado a partir de los datos pertenecientes a la planilla de CJ.

Al mismo tiempo, se registra en la planilla de CJ, a partir de la consulta de un varón por Régimen de Visitas, la existencia previa en el caso de una denuncia por parte de su pareja mujer de Protección sobre la Violencia Familiar. Esta mujer tiene HC abierta en el fichero de

adultos, no seleccionada para esta investigación, en la cual no existe registro de datos en relación a violencia.

Lo anteriormente explicitado arroja un total de 5 casos nuevos -no detectados mediante otra fuente de datos seleccionada para esta investigación, detectados a partir de la planilla de CJ de manera directa, por registro de VG + en la planilla, e indirecta, a partir de la evaluación de HC- (Ver Gráfico N° 8).

Durante el año 2013 se registra un total de 29 mujeres que consultan al CJ y 6 varones. Coinciden en 19 casos el registro de la planilla con las fichas de CJ, y uno de estos también tiene ficha de SM abierta (Ver Gráfico N°9).



Se registra en la planilla un total de 4 casos de VG positiva. Estos 4 casos corresponden a mujeres que tienen abierta una ficha en fichero de CJ, en las 4 fichas de CJ estas mujeres

presentan registro de VG positiva, coincidiendo los datos con las planillas. Al mismo tiempo, todas estas mujeres tienen HC abierta en el fichero de adultos, 3 de ellas se encuentran durante este trabajo y tienen registro de VG positiva; 1 de las 4 HC no se encuentra por lo cual no se puede analizar (este caso también tiene ficha de SM, con registro en la misma de VG positiva). 2 de estos casos de VG se acompañan de denuncia por Protección contra la Violencia Familiar. Todos estos casos con registro positivo del año 2013 son casos que ya han sido analizados en las diversas fuentes utilizadas para este trabajo por lo que no se cuentan como casos nuevos.

El resto de los casos que no coinciden entre la planilla de CJ y los ficheros de SM y CJ, que corresponden a 10 consultas de mujeres, se analizan. 6 de estas mujeres no tienen HC abierta en el fichero general de adultos, las otras 4 sí tienen HC, constatándose en un caso registro de VG negativa en la HC, en otras 2 HC no se pregunta al respecto y la HC restante no se encuentra al momento del desarrollo de este trabajo.

Unificando algunos datos, el número total de mujeres en las planillas de los años 2012 y 2013 es de 53. El número total de varones en las planillas de ambos años mencionados es de 16. El total de consultas registradas en las planillas que coinciden con mujeres que tienen ficha abierta en fichero de CJ es de 27 (8 consultas del año 2012 y 19 consultas del año 2013). El total de casos de VG positiva en las planillas de ambos años es de 11. Se detectan a partir del análisis de las planillas (de manera directa e indirecta) 5 casos de VG nuevos, no considerados en otra instancia de análisis de datos, o sea, detectados exclusivamente por la planilla de CJ.

Fichero de Salud Mental

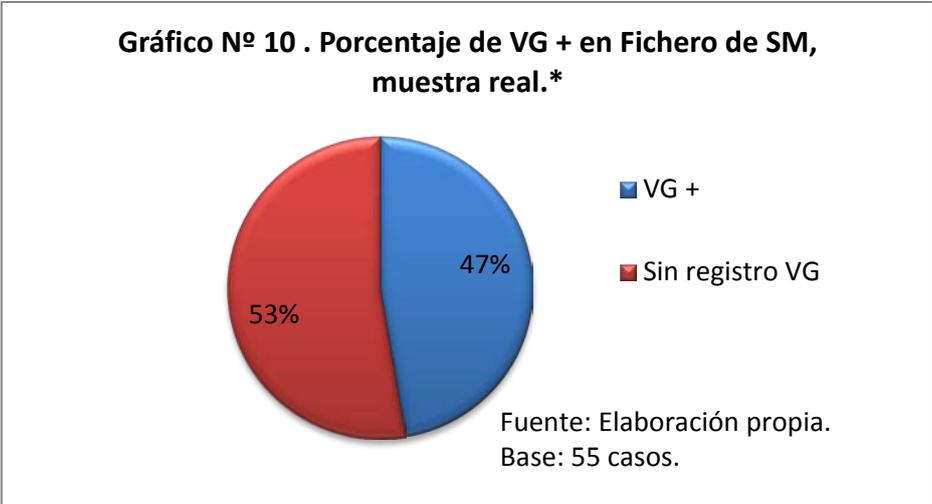
Número total de mujeres seleccionadas en el fichero de SM: 67.

Número de mujeres que se seleccionan del fichero de adultos para este trabajo, que coincide con la selección de SM: 12.

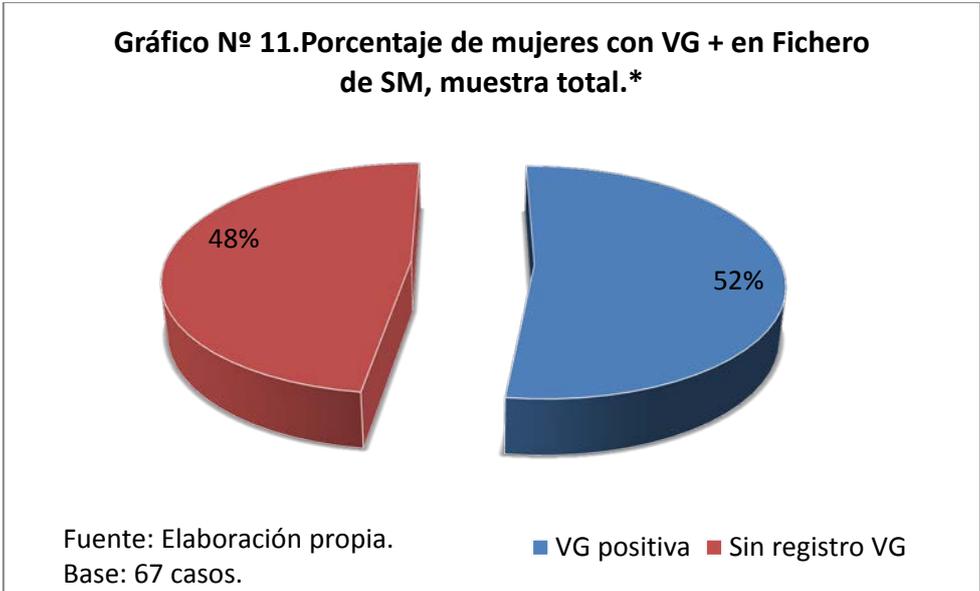
Número real de la muestra de SM (sin contar a las mujeres que coinciden con la selección del fichero de adultos): 55.

Del total de mujeres seleccionadas en el fichero de SM (55 mujeres), 49 tienen HC en el fichero general; 10 de estas HC no se encuentran, por lo cual las mismas no pueden evaluarse. 26 de las 55 mujeres seleccionadas del fichero tienen registro de VG positiva en la ficha de SM, un 47,3% (Ver Gráfico Nº 10). Si incluimos para este dato las mujeres que

coinciden en el fichero de adultos, entre las cuales 9 tienen VG positiva en la ficha de SM, el porcentaje total de VG positiva en el fichero de SM es de 52,2% (Ver Gráfico N° 11).



*Muestra real: sin contar las 12 mujeres que son seleccionadas del fichero general de adultos y coinciden en el fichero de SM.

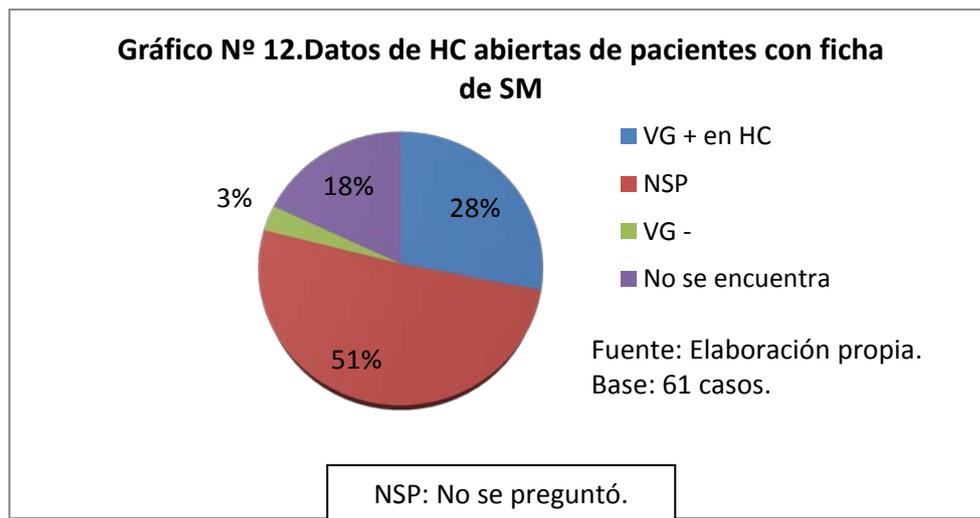


*Muestra total: incluye todas las mujeres seleccionadas del fichero de SM, incluyendo las que coinciden con la selección del fichero de adultos.

De las 67 mujeres cuyas fichas de SM son seleccionadas, en total, 61 tienen HC abierta, las cuales se analizan (Ver Gráfico N° 12).

De las 26 mujeres con VG positiva en las fichas de SM, 25 tienen HC abierta en fichero de adultos, una de estas no se encuentra durante la investigación por lo que no se puede analizar, una paciente no tiene HC abierta en fichero general. En 11 HC existe también

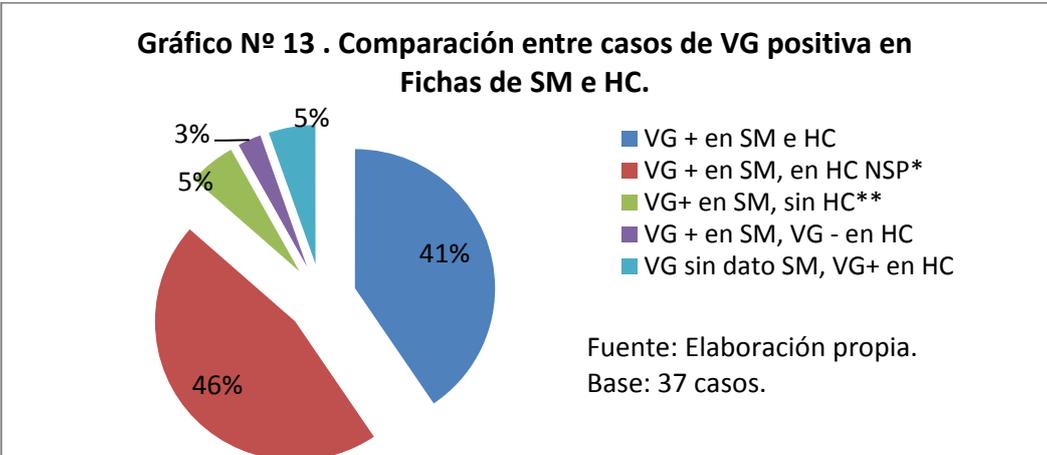
registro de VG positiva, coincidiendo con la ficha de SM y en 13 HC no se pregunta. De las 12 mujeres que se seleccionan del fichero de SM y coinciden con la selección de HC del fichero de adultos, 9 tienen registro de VG positiva en la ficha de SM. Sólo 4 de estos casos con registro de VG positiva en ficha tienen también registro de VG positiva en HC, en otros 4 casos no se pregunta en la HC, y en un caso existe registro de VG negativa en la HC, lo cual implica que se indaga al respecto y no se detecta.



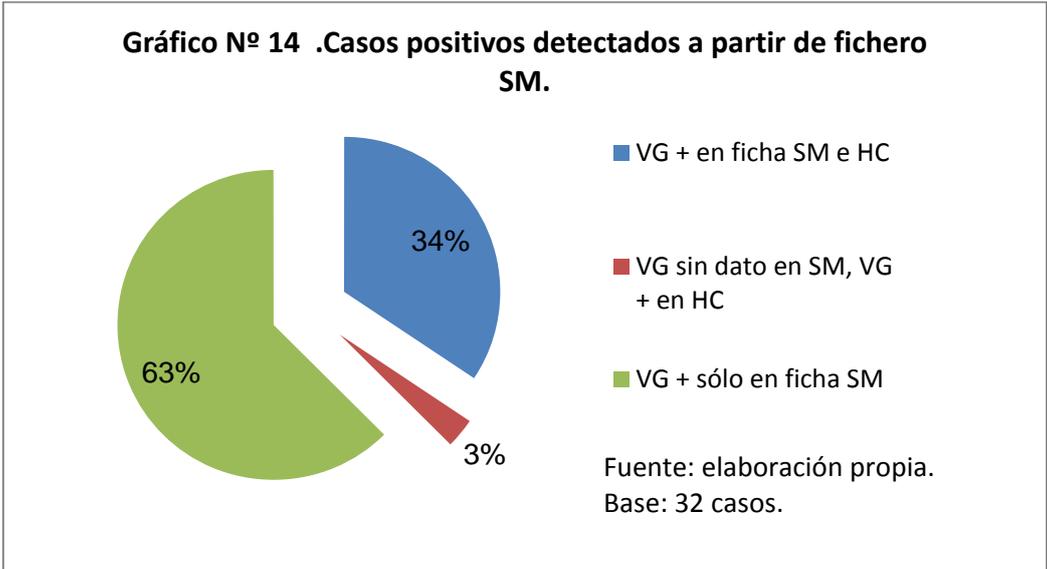
Se detectan 2 casos en los cuales existe registro de VG positiva en HC, sin datos al respecto en la ficha de SM, uno de estos casos se considera nuevo, el otro coincide con una mujer cuya HC es evaluada por la selección del fichero de adultos. O sea, en total, entre las 67 mujeres que tienen ficha en SM e HC abierta, 35 mujeres tienen registro de VG en la ficha de los SM, y se registran en total (sumando 2 casos que no tienen registro de violencia en ficha de SM pero sí en HC) 37 casos de VG positiva (Ver Gráfico N° 13). De estos 37 casos, podemos considerar como “nuevos” 32 casos: si bien se están incluyendo de esta manera HC que han sido analizadas en la selección de HC del fichero de adultos, se consideran como detección a partir del fichero de SM debido a que no existe registro de la violencia en la HC pero sí en la ficha (Ver Gráfico N° 14).

Cinco mujeres que tienen ficha abierta en SM tienen también ficha abierta en el fichero de los CJ (coinciden). Las cinco mujeres tienen HC abierta en el fichero de adultos. Una de estas historias clínicas no se encuentra por lo cual no se analiza, y la mujer tiene datos de VG positiva en la ficha de CJ y no tiene registro de VG en la ficha de SM (caso positivo detectado por CJ). Una de las HC es coincidente con la selección general de HC del fichero de adultos para este trabajo, la mujer tiene registro de VG positiva en las tres instancias: ficheros de SM y CJ e HC (por este motivo no se suma como caso nuevo detectado por ficheros). Otro de los

casos corresponde a una mujer sin registro de VG en ninguna de las tres instancias de análisis (HC: No se preguntó). El cuarto caso corresponde a una mujer que tiene registro de VG positiva en el fichero de SM, sin registro de VG en el fichero de CJ y no se preguntó en la HC (detección a partir del fichero de SM). El último caso corresponde a una mujer que presenta registro de VG positiva en la ficha de SM, sin datos al respecto en la ficha de CJ, con registro de VG positiva en la HC, sin ser seleccionada en el fichero de adultos (caso que se suma como nuevo para el fichero de SM). Por este motivo, si bien los datos de una misma paciente coinciden en las diversas fuentes, los datos positivos a partir de los casos no lo hacen.



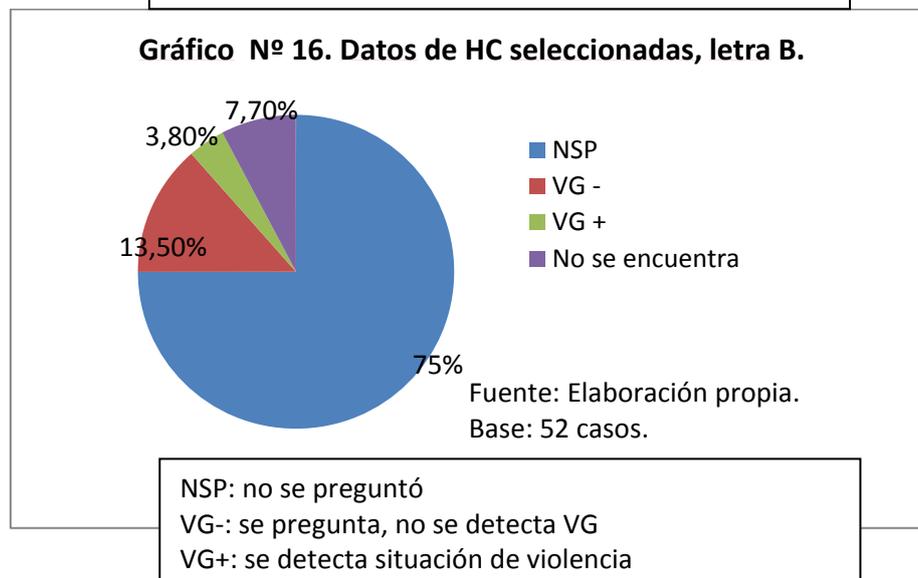
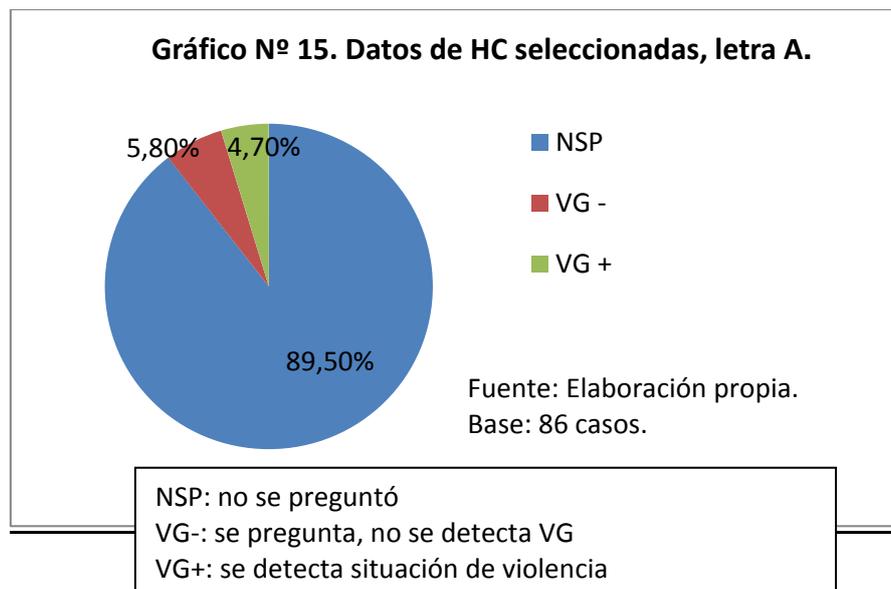
*NSP: no se preguntó.
**Sin HC: se suman para la gráfica las pacientes sin HC abierta en fichero general, con las que tienen HC abierta pero no se puede analizar porque no se encuentra.



Fichero general de adultos

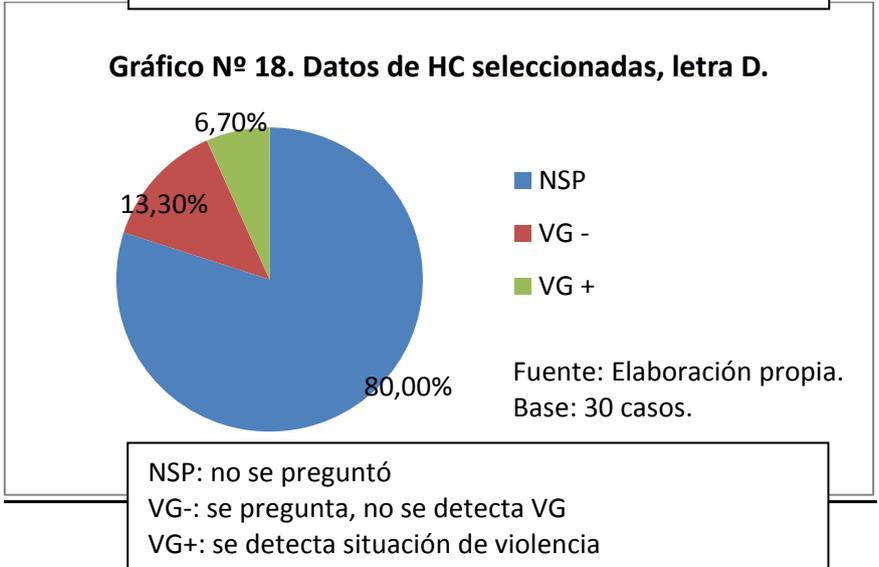
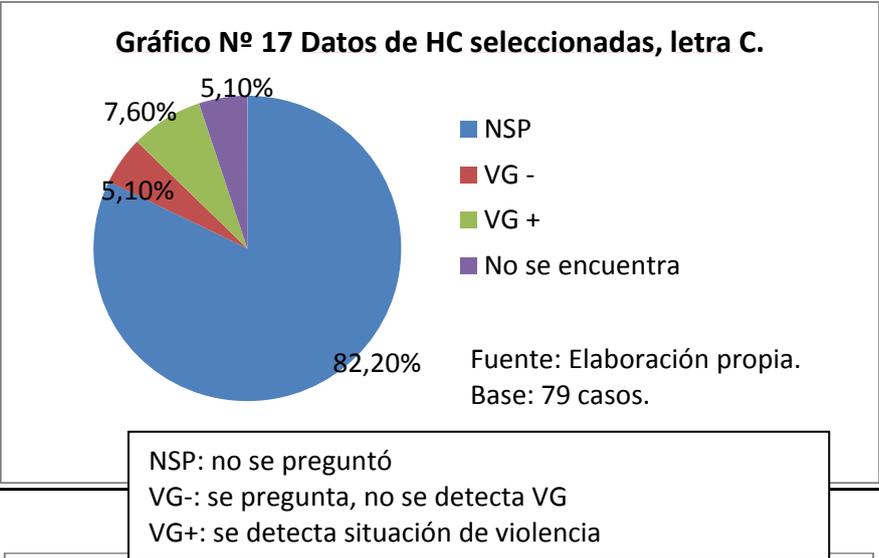
Análisis del registro en las HC letra por letra.

En la letra A del fichero se selecciona un total de 86 HC de mujeres, que son analizadas, en 77 de estas no se pregunta sobre VG, en 4 se registra VG negativa, y en otras 4 HC se pregunta y se registra VG positiva (Ver Gráfico N° 15). En la letra B del fichero se selecciona un total de 52 HC de mujeres, que son analizadas, en 39 de estas no se pregunta sobre VG, en 7 se pregunta y se registra VG negativa, en 2 HC se registra VG positiva, 4 HC no se encuentran por lo cual no se analizan (Ver Gráfico N° 16).



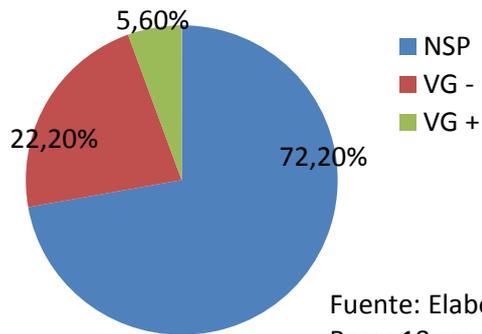
En la letra C del fichero se selecciona un total de 79 HC de mujeres, que son analizadas, en 65 de estas no se pregunta sobre VG, en 4 se pregunta y se registra VG negativa, en 6 HC se registra VG positiva, 4 HC no se encuentran por lo cual no se analizan (Ver Gráfico N° 17). En

la letra D del fichero se selecciona un total de 30 HC de mujeres, que son analizadas, en 24 de estas no se pregunta sobre VG, en 4 se pregunta y se registra VG negativa, en 2 HC se registra VG positiva (Ver Gráfico N° 18).



En la letra E del fichero se selecciona un total de 18 HC de mujeres, que son analizadas, en 13 de estas no se pregunta sobre VG, en 4 se pregunta y se registra VG negativa, en una HC se registra VG positiva (Ver Gráfico N° 19). En la letra F del fichero se selecciona un total de 35 HC de mujeres que son analizadas, en 25 de estas no se pregunta sobre VG, en 6 se pregunta y se registra VG negativa, en 3 HC se registra VG positiva, una HC no se encuentran por lo cual no se analizan (Ver Gráfico N° 20). En la letra G del fichero se selecciona un total de 66 HC de mujeres que son analizadas, en 53 de estas no se pregunta sobre VG, en 7 se pregunta y se registra VG negativa, en 5 HC se registra VG positiva, una HC no se encuentra por lo cual no se analizan (Ver Gráfico N° 21).

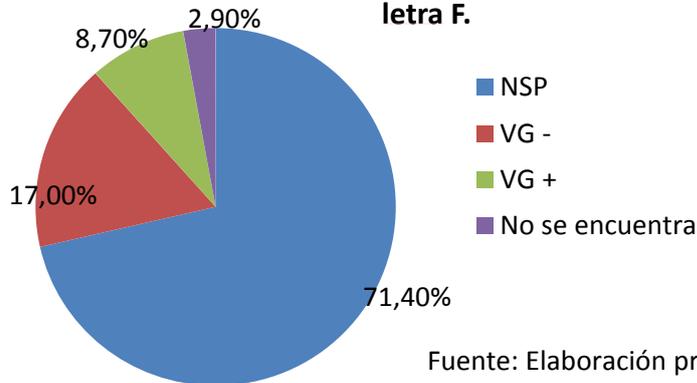
Gráfico N° 19. Datos de HC seleccionadas, letra E.



Fuente: Elaboración propia.
Base: 18 casos.

NSP: no se preguntó
VG-: se pregunta, no se detecta VG
VG+: se detecta situación de violencia

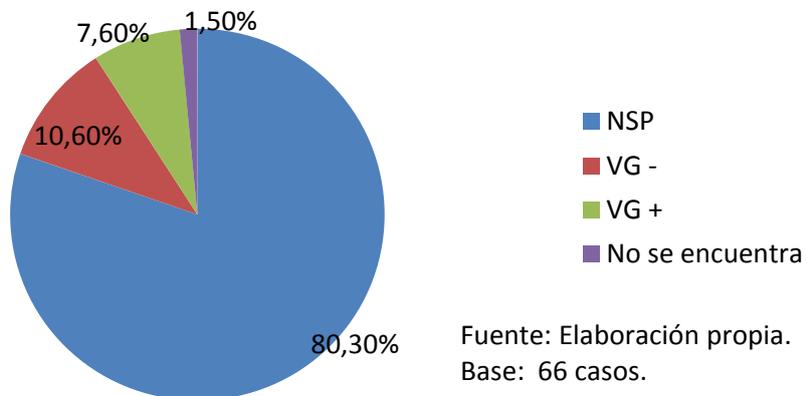
Gráfico N° 20. Datos de HC seleccionadas, letra F.



Fuente: Elaboración propia.
Base: 35 casos.

NSP: no se preguntó
VG-: se pregunta, no se detecta VG
VG+: se detecta situación de violencia

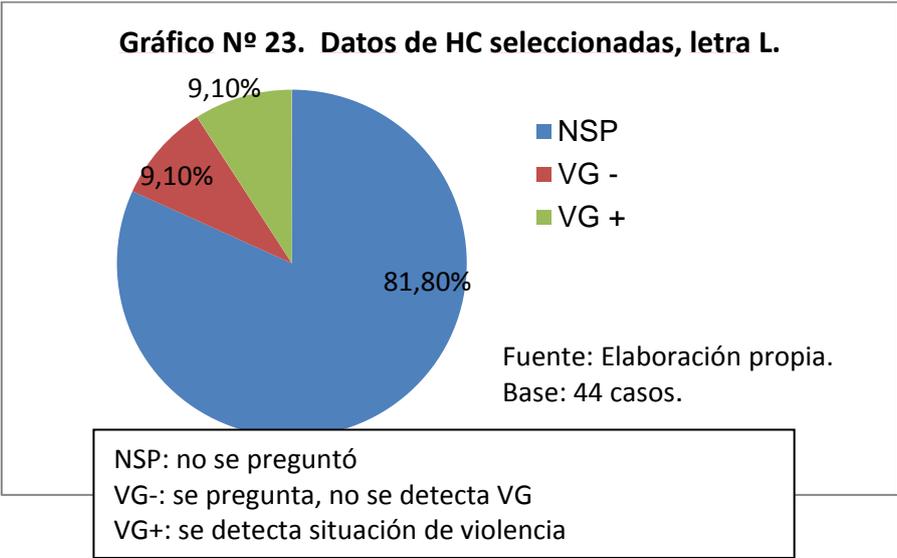
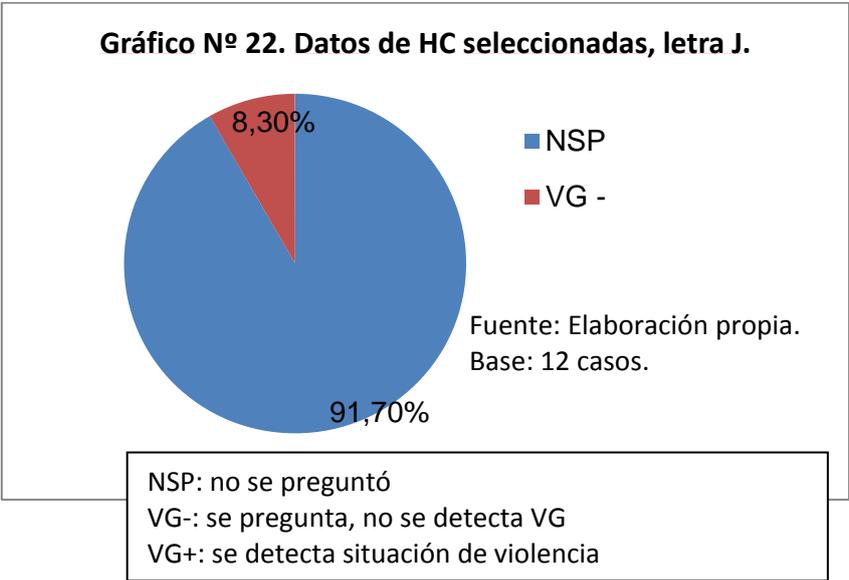
Gráfico N° 21. Datos de HC seleccionadas, letra G.



Fuente: Elaboración propia.
Base: 66 casos.

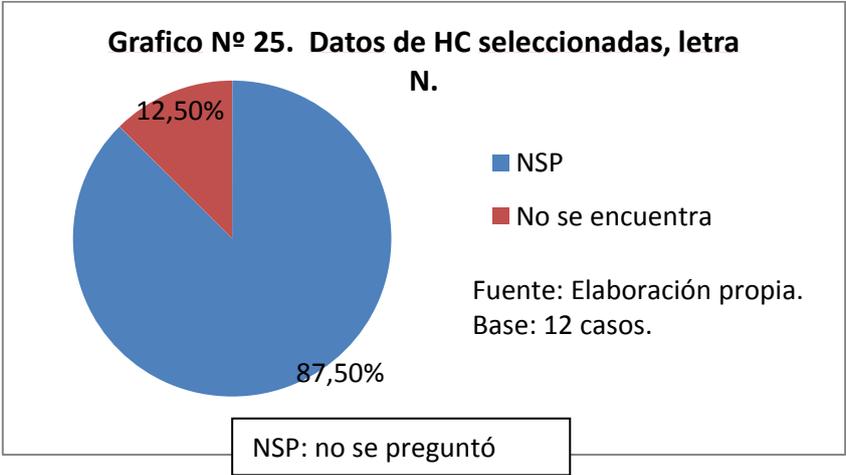
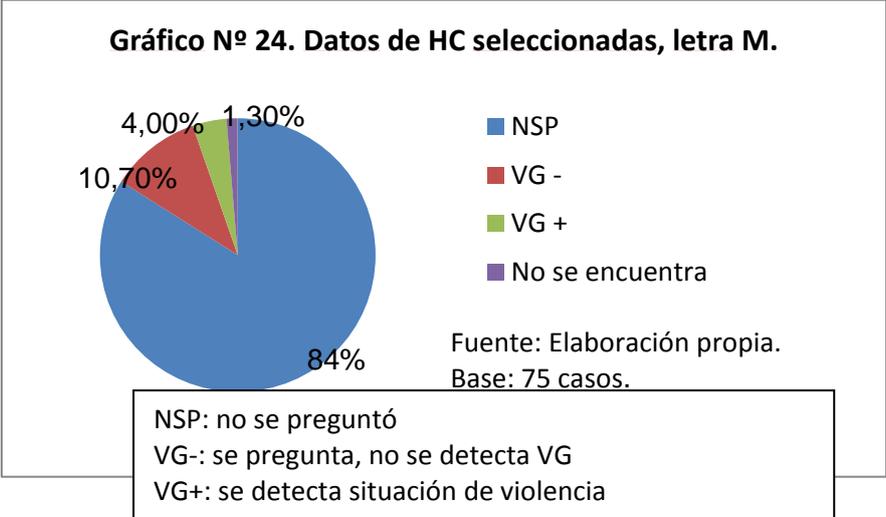
NSP: no se preguntó
VG-: se pregunta, no se detecta VG
VG+: se detecta situación de violencia

En la letra H del fichero se selecciona un total de 5 HC de mujeres que son analizadas, en las 5 no se pregunta sobre VG. En la letra I del fichero se seleccionan 9 HC de mujeres, de las cuales en una existe registro de VG positiva y en las 8 restante no se pregunta. En la letra J del fichero se seleccionan 12 HC de mujeres para su análisis. En 11 de las mismas no se pregunta, en una existe registro de VG negativa (Ver Gráfico N° 22). En la letra K del fichero se selecciona una HC correspondiente a una mujer, la cual no se encuentra durante el desarrollo de este trabajo. En la letra L del fichero se seleccionan 44 HC de mujeres, las cuales se analizan, en 36 de estas HC no se pregunta sobre VG, en 4 HC se registra VG negativa, y en otras 4 HC se registra VG positiva (Ver Gráfico N° 23).



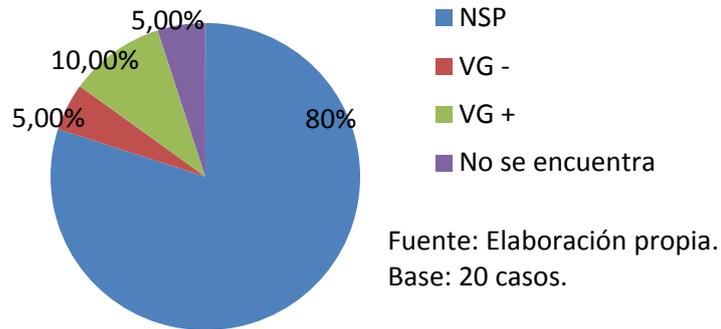
En la letra M del fichero se seleccionan 75 HC de mujeres, las cuales se analizan, encontrándose 3 HC con registro de VG positiva, 8 HC registran VG negativa, en 63 HC no se

pregunta y una HC no se encuentra (Ver Gráfico N° 24). En la letra N del fichero se seleccionan 8 HC de mujeres, una de estas HC no se encuentra, en el resto de las HC analizadas no se pregunta sobre VG (Ver Gráfico N° 25). En la letra O del fichero se seleccionan 20 HC de mujeres, las que se analizan. En 16 de estas HC no se pregunta, en una de las HC se registra VG negativa, en 2 de las HC se registra VG positiva, y una HC no se encuentra (Ver Gráfico N° 26).



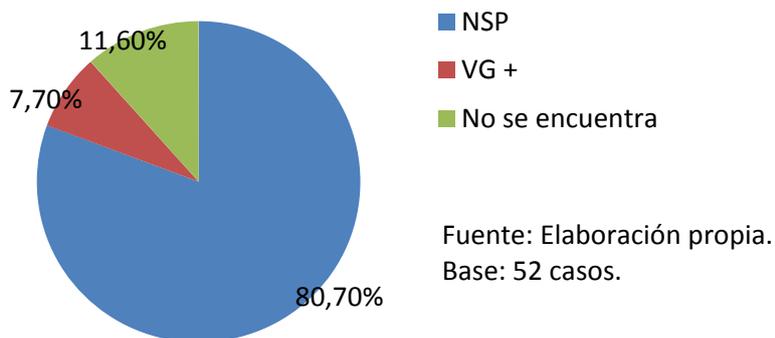
En la letra P del fichero se seleccionan 52 HC de mujeres, las que se analizan. En 42 de estas HC no se pregunta, en 2 de las HC se registra VG positiva, y 6 HC no se encuentran (Ver Gráfico N° 27). En la letra Q del fichero se seleccionan 6 HC de mujeres, las que se analizan, de las cuales una no se encuentra y en las 5 restantes no se pregunta en relación a VG. En la letra R del fichero se seleccionan 53 HC de mujeres, las que se analizan, encontrándose 4 HC con registro de VG negativa, 3 HC con registro de VG positiva, en 36 HC no se pregunta al respecto y 10 HC no se encuentran durante la investigación (Ver Gráfico N° 28).

Gráfico N° 26. Datos de HC seleccionadas, letra O.



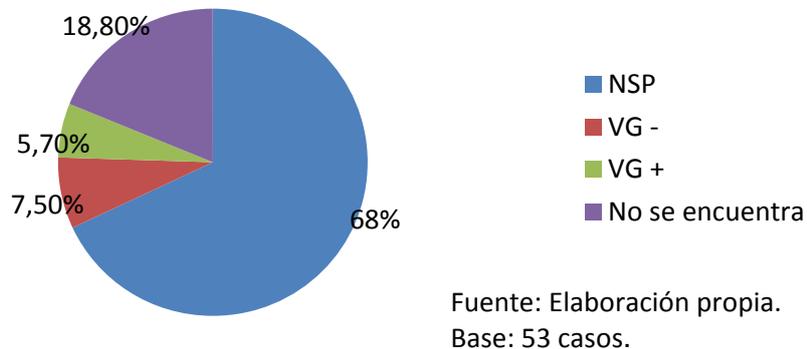
NSP: no se preguntó
VG-: se pregunta, no se detecta VG
VG+: se detecta situación de violencia

Gráfico N° 27. Datos de HC seleccionadas, letra P.



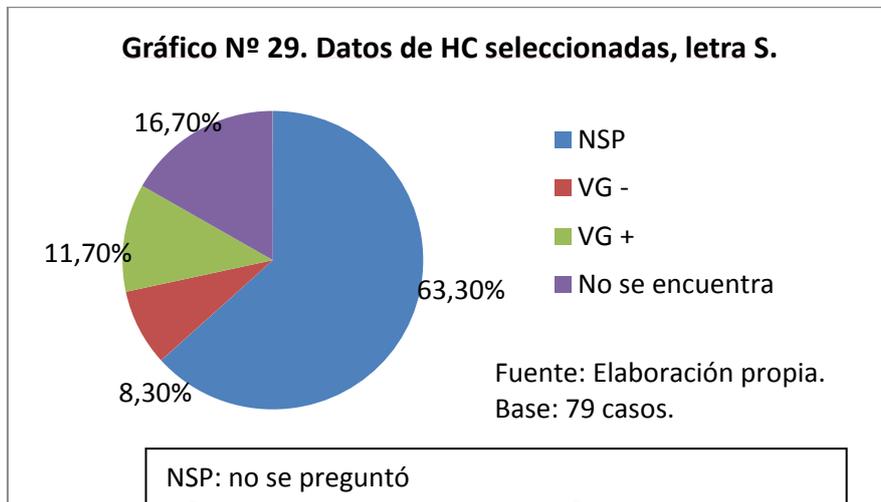
NSP: no se preguntó
VG+: se detecta situación de violencia

Gráfico N° 28. Datos de HC seleccionadas, letra R.

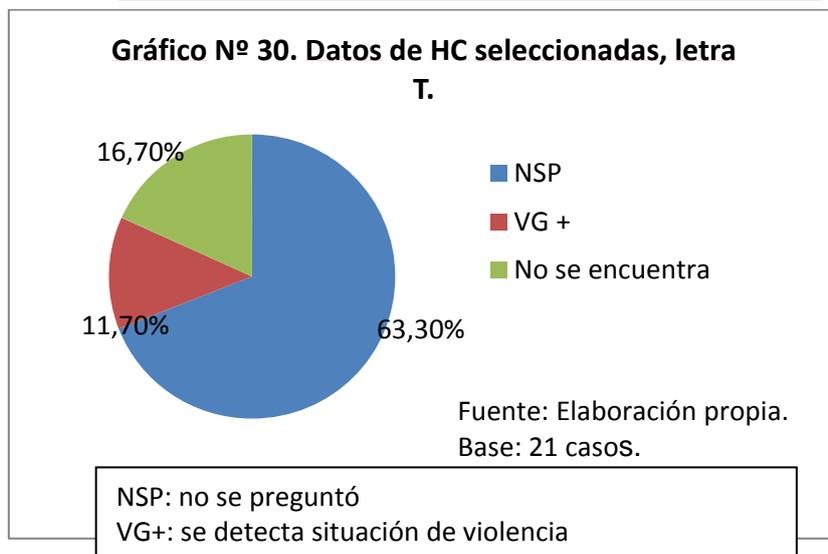


NSP: no se preguntó
VG-: se pregunta, no se detecta VG
VG+: se detecta situación de violencia

En la letra S del fichero se seleccionan 60 HC que se analizan, en 38 HC no se pregunta en relación a VG, en 5 HC se registra VG positiva, en 7 HC se registra VG negativa y en 10 casos no se encuentra la HC durante la investigación (Ver Gráfico N° 29). En la letra T del fichero se seleccionan 21 HC de mujeres, 5 de estas HC no se encuentran, en 15 HC no se pregunta, en un caso se registra en la HC VG positiva (Ver Gráfico N° 30).



NSP: no se preguntó
VG-: se pregunta, no se detecta VG
VG+: se detecta situación de violencia



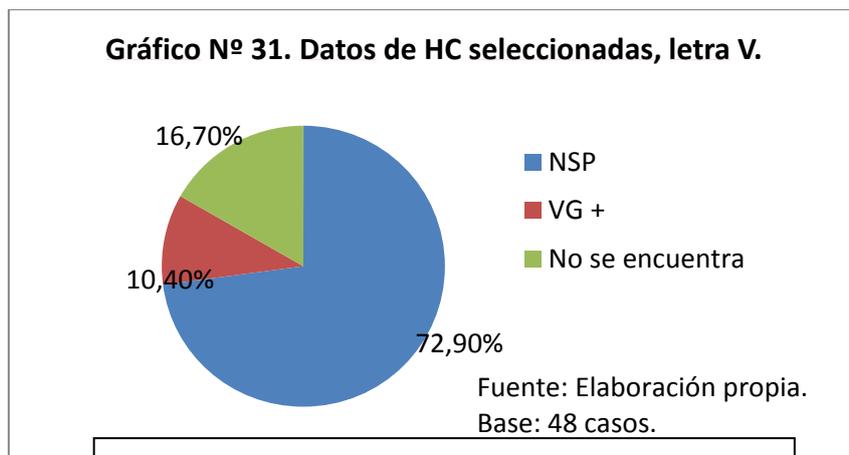
NSP: no se preguntó
VG+: se detecta situación de violencia

En la letra U del fichero se seleccionan dos HC de mujeres, en ninguna de ellas se pregunta sobre VG. En la letra V se seleccionan 48 HC de mujeres, en 35 HC no se pregunta sobre VG, en 5 HC se registra VG positiva y las restantes 8 HC no se encuentran al momento de la investigación (Ver Gráfico N° 31).

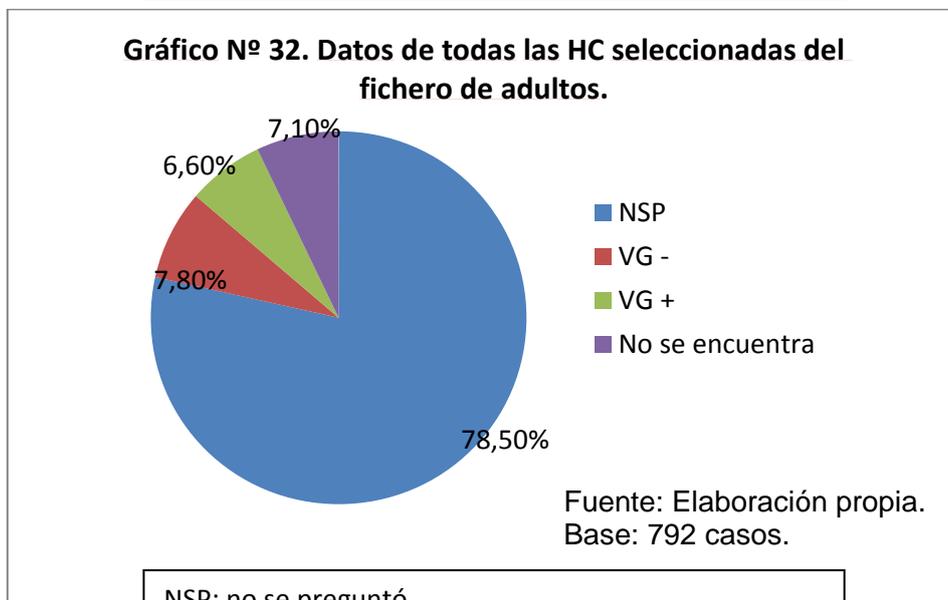
En la letra W se selecciona una HC de mujer, la cual presenta registro de VG positiva. En la letra Y se seleccionan tres HC de mujeres, una de las cuales no se encuentra y en las dos restantes no se pregunta acerca de VG. En la letra Z se seleccionan seis HC de mujeres, una

de las cuales no se encuentra, mientras que en las cinco restantes no se pregunta en relación a VG.

Como síntesis de lo expuesto anteriormente se explicita la estadística total en base al fichero general de adultos, en relación a la existencia o no de registro en la HC, al mismo tiempo que el porcentaje total de HC con registro de VG positiva. De las 792 HC evaluadas cincuenta y seis HC no se encuentran durante el trabajo de investigación, sesenta y dos HC registran VG negativa, cincuenta y dos HC registran VG positiva, y en seiscientos veintidós HC no figura ningún registro que sugiera que se indaga en relación a VG (Ver Gráfico N° 32).

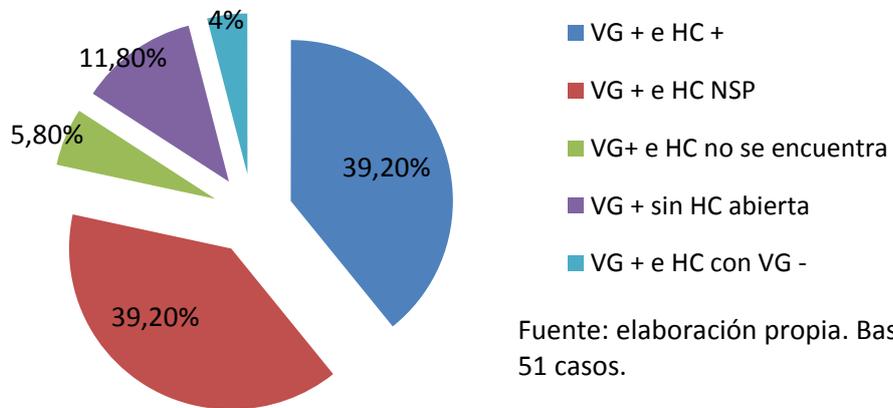


NSP: no se preguntó
VG+: se detecta situación de violencia



NSP: no se preguntó
VG-: se pregunta, no se detecta VG
VG+: se detecta situación de violencia

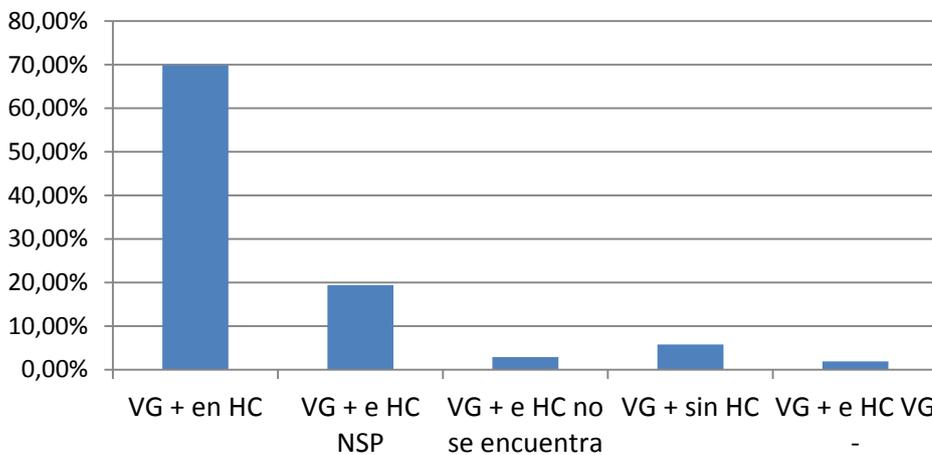
Gráfico N° 33 .Datos de casos de VG + detectados por ficheros SM y CJ y planillas CJ



Fuente: elaboración propia. Base: 51 casos.

*NSP: no se preguntó.

Gráfico N° 34. Detalle de los casos de VG positiva a partir de todas las fuentes.



Fuente: Elaboración propia. Base: 103 casos.

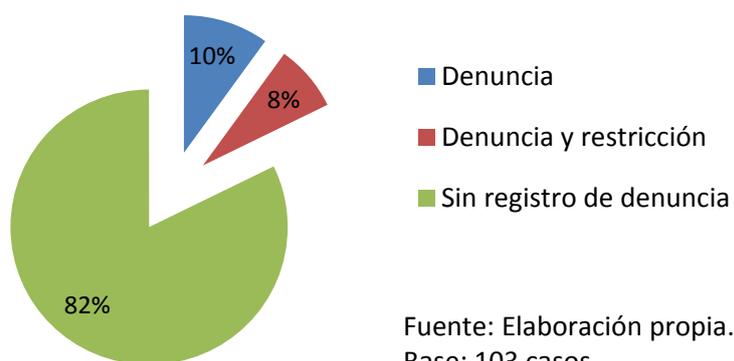
NSP: no se preguntó

VG+: registro de situación de violencia

VG-: se indaga y no se detecta situación de violencia

Sin HC: la mujer no tiene HC abierta en fichero de adultos o la misma no se encuentra durante el trabajo realizado

Gráfico N° 35 . Porcentaje de denuncias registradas en los casos de VG + de todas las fuentes.



Fuente: Elaboración propia.
Base: 103 casos.

ANEXO Nº 7

VARIABLES RELEVADAS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS SELECCIONADAS

-**Motivo de Consulta:** se registra el contenido de las consultas que la mujer realiza en el efector y se discrimina si en alguna instancia el motivo de consulta es directamente por una situación de VG (**VG**), o esta es detectada por alguna de las personas que forman parte del Equipo de Salud (**Detección**).

-**Disciplina/s** por la que la paciente **ingresa:** Se especifica qué disciplina/s reciben a la paciente, o sea, qué disciplina registra la primer consulta escrita en la HC (Enfermería, MG, Obstetricia, Trabajo Social, Psicología, residentes rotantes de Clínica u Obstetricia).

-**Disciplina/s** que **detecta** la situación de VG: Se especifica qué disciplina/s detecta una situación de VG en la paciente, es decir, qué disciplina registra a lo largo del seguimiento de la paciente si ella presenta algún tipo de VG (Enfermería, MG, Obstetricia, Trabajo Social, Psicología, residentes rotantes de Clínica u Obstetricia). No necesariamente coincide con la disciplina por la que ingresa.

-**Situación de VG:** Se registra, a partir de la detección por parte del efector, o por relato de la paciente, si la misma vive al momento de la consulta realizada una situación de VG (**padece**), si la paciente ha vivido en situación de violencia en el pasado (**padeció**), o si la paciente ha vivido y continua viviendo en situación de VG (**ambas**).

-**Edad:** Se registra la edad que tiene la paciente al momento en que se detecta o se relata la situación de VG.

-**Nacionalidad:** Dato sociodemográfico.

-**DNI:** Se registra si la paciente cuenta o no con DNI Argentino. Dato sociodemográfico.

-**Domicilio:** Se registra el domicilio de la paciente que consta en la HC.

-**Nivel Educativo:** Se especifica nivel educativo alcanzado por la paciente. Primario: Incompleto (**PI**); Completo (**PC**). Secundario: Completo (**SC**); Incompleto (**SI**); En curso (**SEC**). Terciario (**T**). Universitario (**U**). Dato sociodemográfico.

-**Alfabetización:** Sabe leer y escribir o no (**Si/No**). Dato sociodemográfico.

-**Ocupación:** Se registra a qué se dedica la mujer, si realiza trabajo remunerado o no, y en qué rubro.

-**Cantidad de hijo/as:** Se registra este dato en base a la cantidad de hijo/as que la mujer tiene al momento en el que se detecta o relata la situación de VG.

-Embarazo: Se registra si la mujer cursa o no un embarazo al momento en el que es víctima de una situación de VG. **(Si/No)**

-Enfermedad Crónica: Se registra si la mujer padece una enfermedad crónica al momento en el que es víctima de una situación de VG **(Si/No)**.

-Secuela por VG: Se especifica si existe registro de algún tipo de secuela a partir de vivir en situación de violencia **(Si/No)**.

-Situación conyugal: Situación conyugal en la que se encuentra la mujer al momento en el que se detecta o relata la situación de VG **(Soltera/Pareja Estable/Separada/Divorciada/Viuda)**.

-Sexo del agresor: Se anota, según el registro, de que sexo es/son la/s persona/s que ejercen violencia **(Varón/Mujer/Ambos)**.

-Agresor conviviente: Según registro, se anota si la persona que ejerce violencia es o no conviviente **(Si/No)**.

-Vínculo con agresor: Se especifica el vínculo entre agresor/es y víctima **(Padre/Madre/Pareja/Ex pareja)**.

-Tipo/s de violencia de género: En base al registro escrito, se anota el /los tipo/s de violencia/s que sufre la mujer **(Física/Psicológica/Económica/Sexual)**.

-Año en el cual se registra la situación de violencia: Año en el cual en la HC aparece el dato registrado de una situación de VG.

-Observaciones: Se deja espacio en blanco para cada HC, con el objetivo de registrar datos de interés que amplíen la información sobre el caso. En este apartado tomamos nota, por ejemplo, de la existencia de registro de denuncia realizada y qué tipo; secuelas, etc.

Resultados

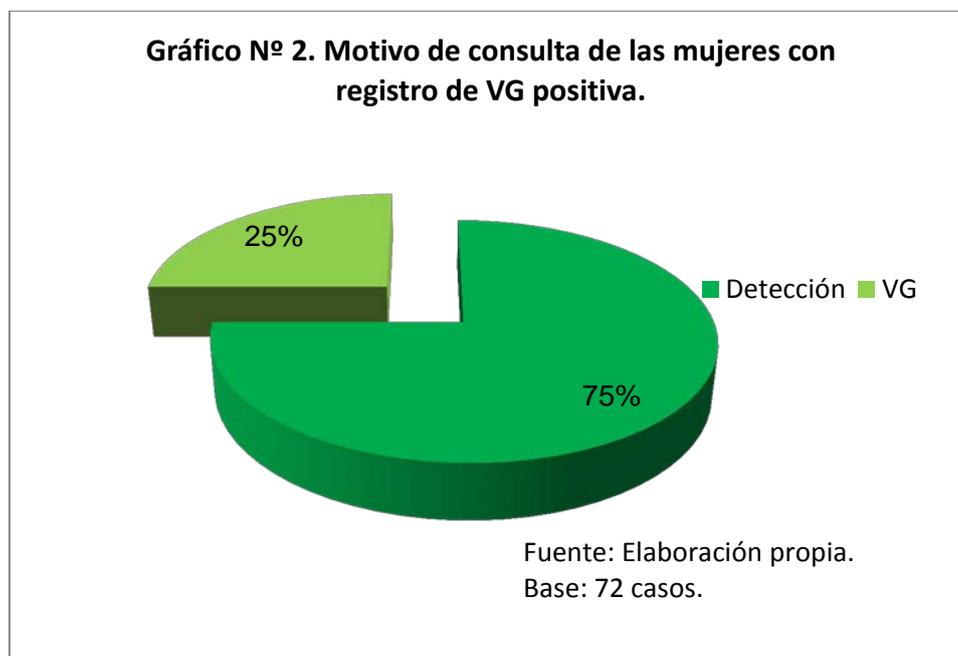
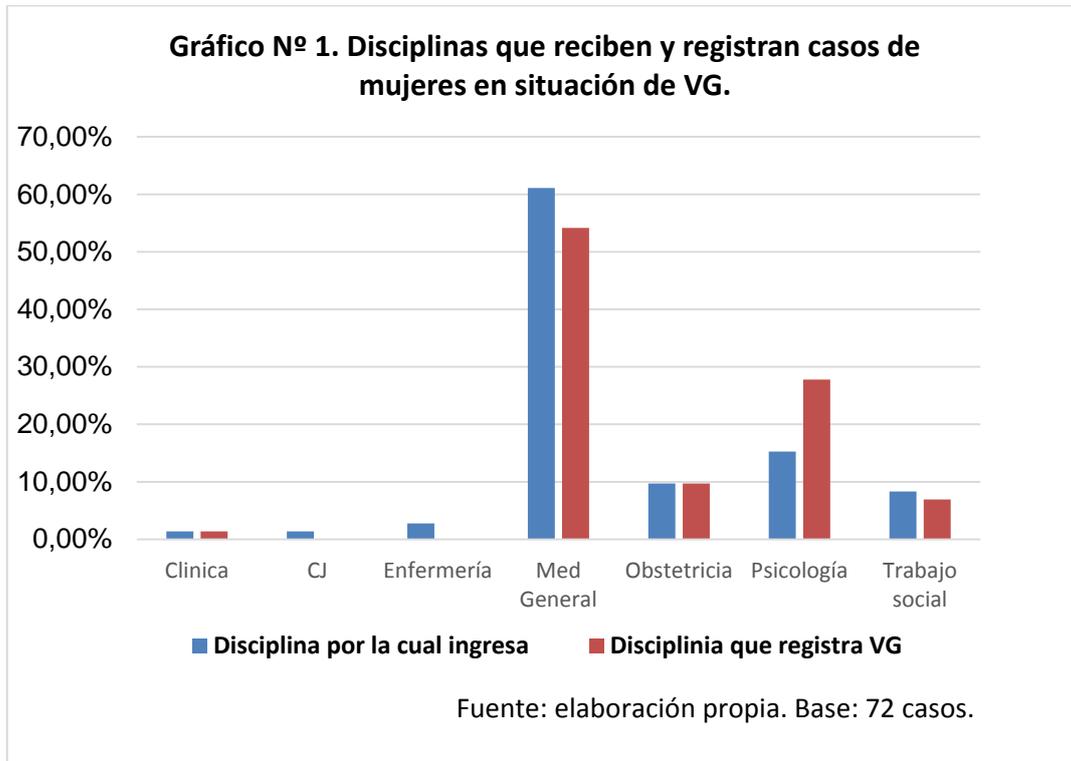
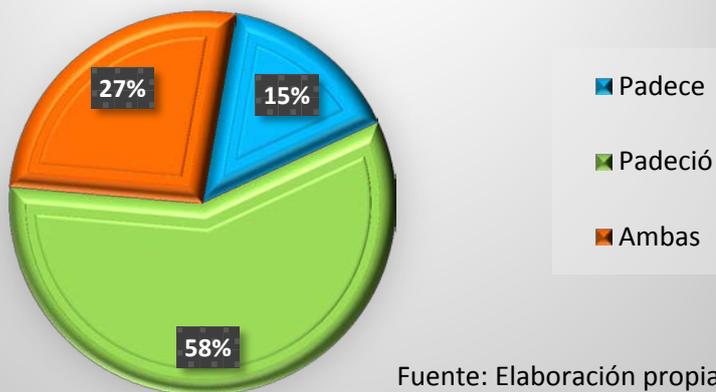
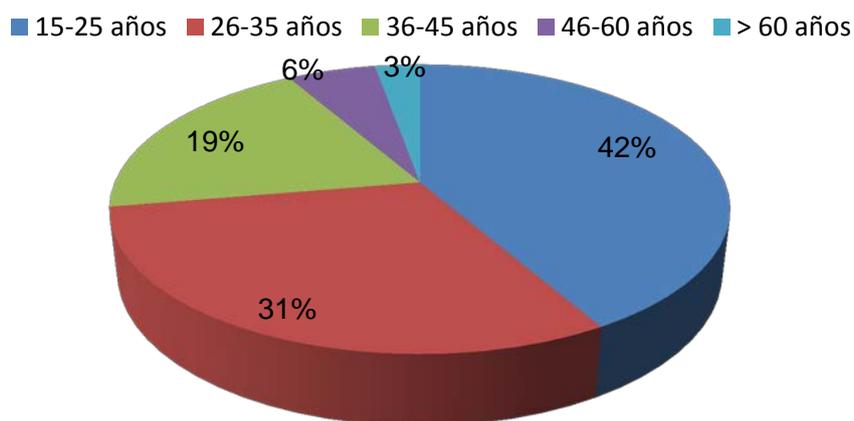


Gráfico N° 3. Situación de las mujeres en relación a la VG.



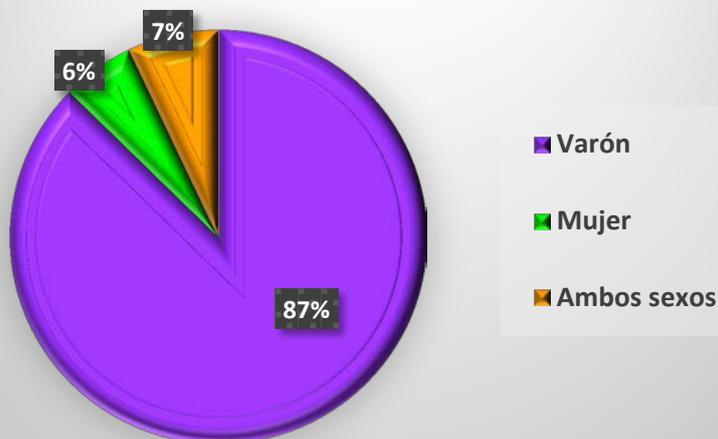
Fuente: Elaboración propia.
Base: 72 casos.

Gráfico N° 4. Franjas etarias en las que se detectan los casos de VG positiva.



Fuente: Elaboración propia. Base: 72 casos.

Gráfico N° 5. Sexo del Agresor.



Fuente: Elaboración propia.
Base: 72 casos.

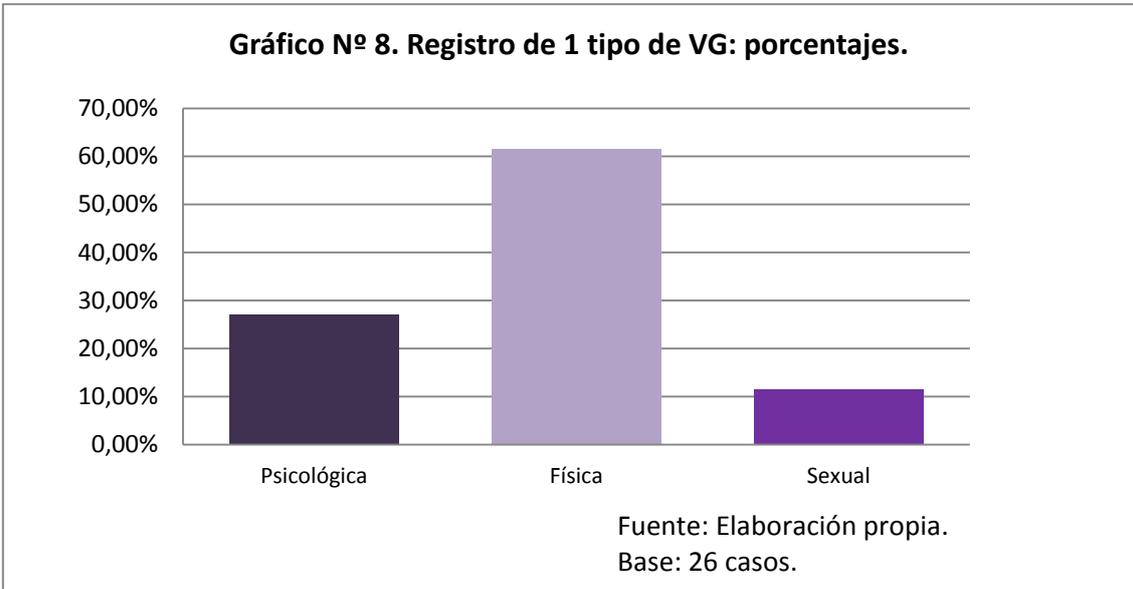
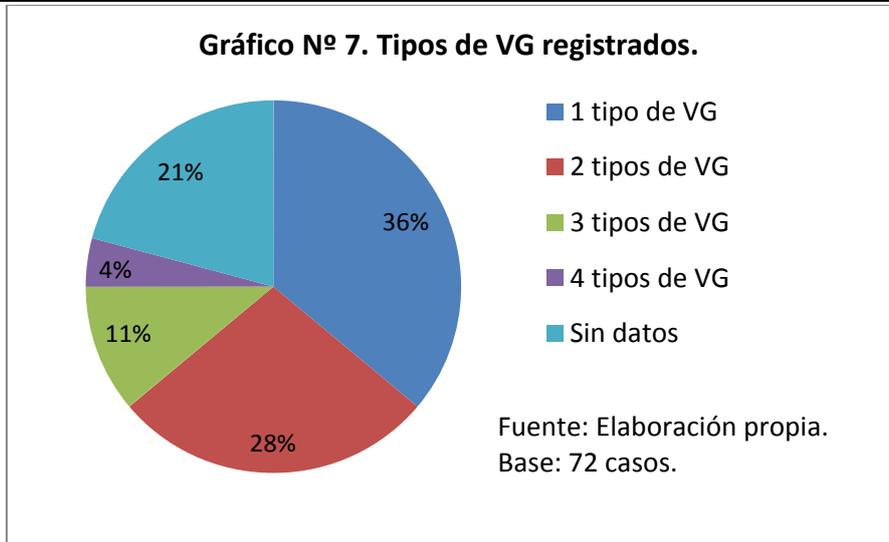
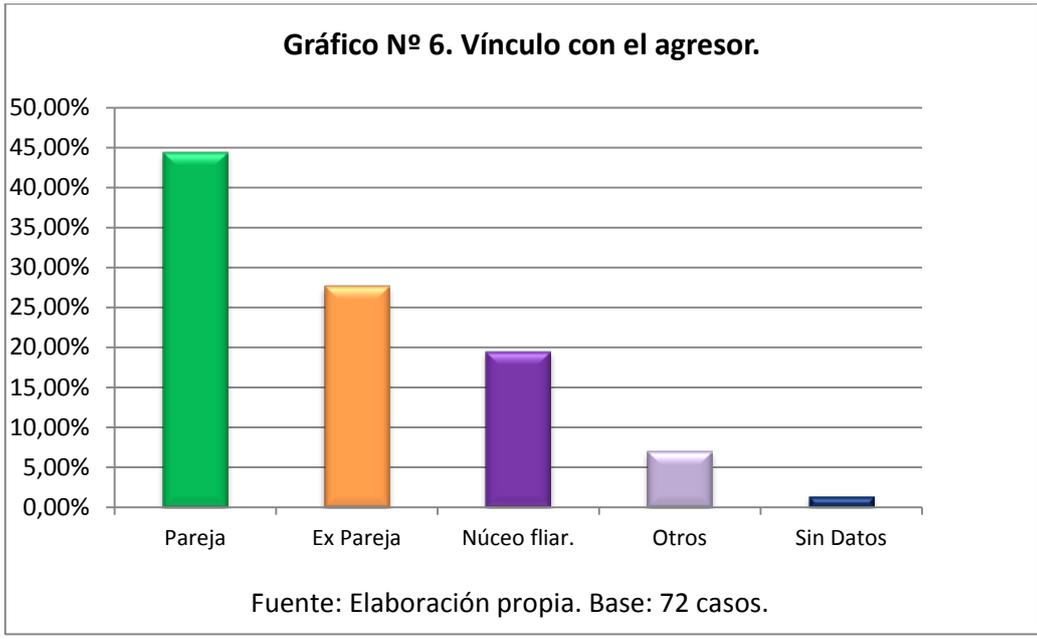
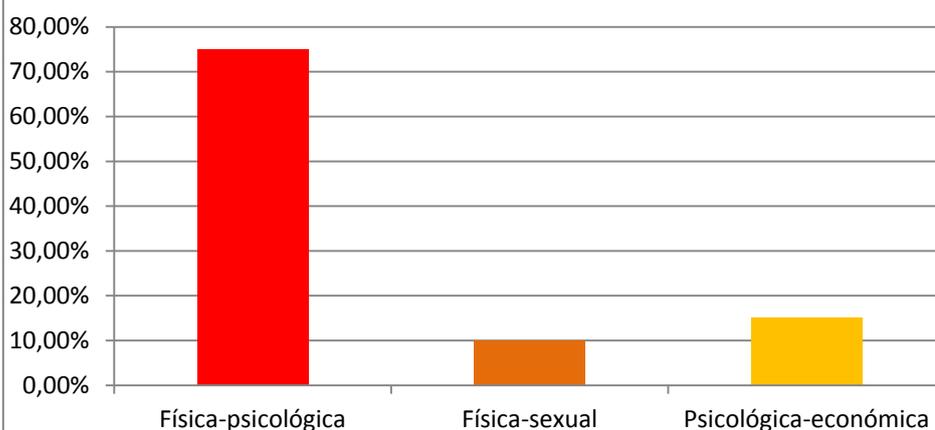
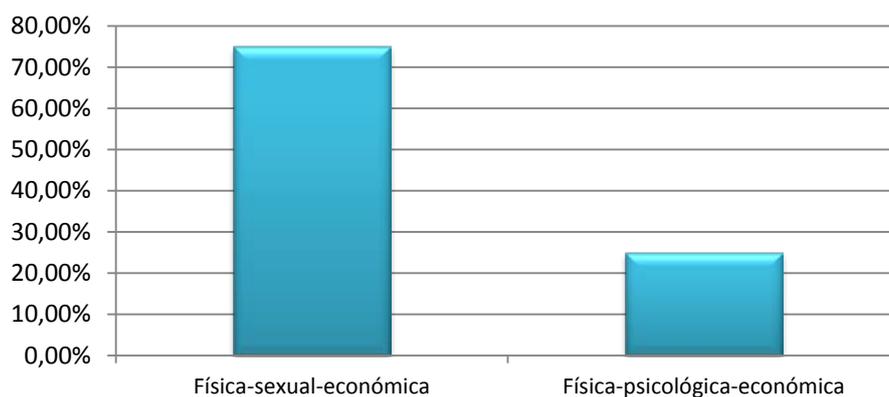


Gráfico Nº 9. Registro de 2 tipos de VG: porcentajes.



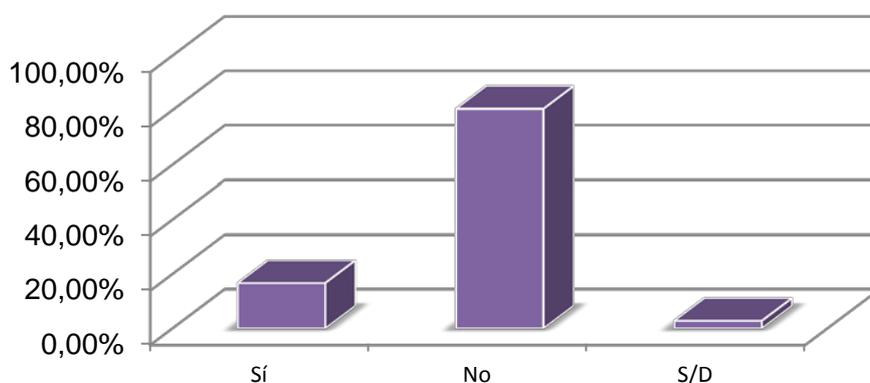
Fuente: Elaboración propia. Base: 20 casos.

Gráfico Nº 10. Registro de 3 tipos de VG: porcentajes.

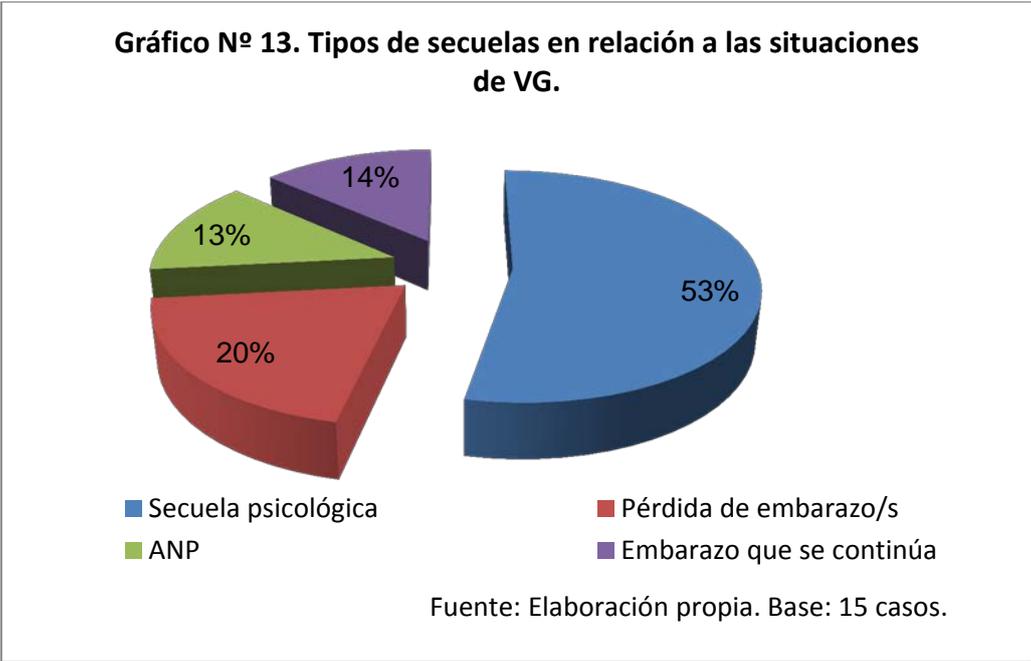
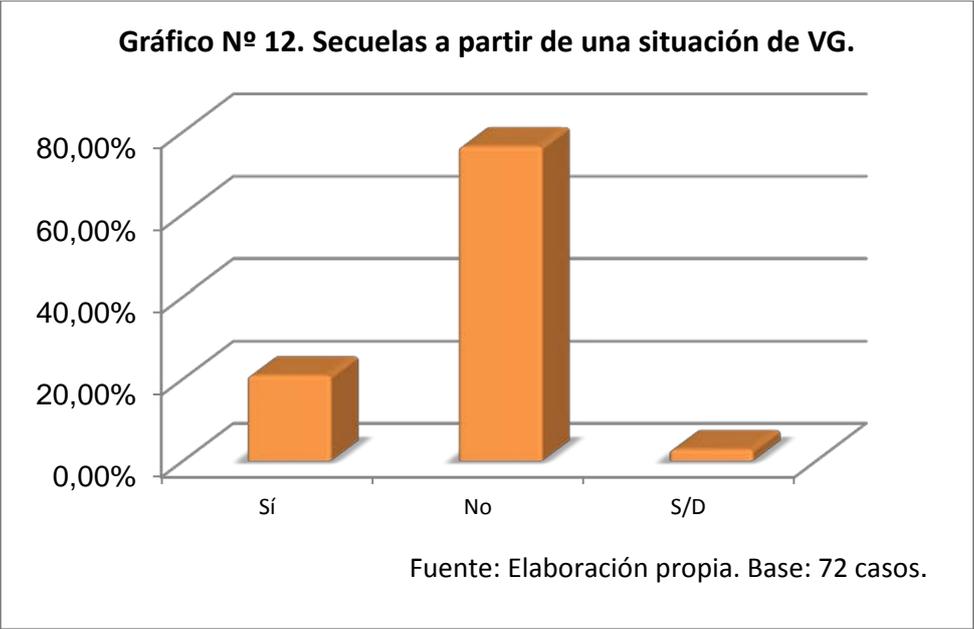


Fuente: Elaboración propia. Base: 8 casos.

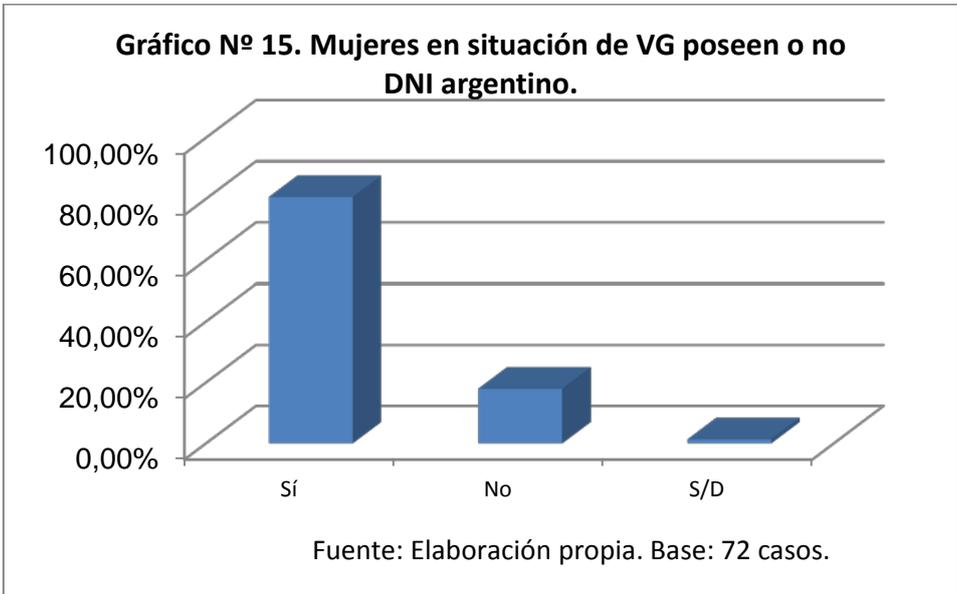
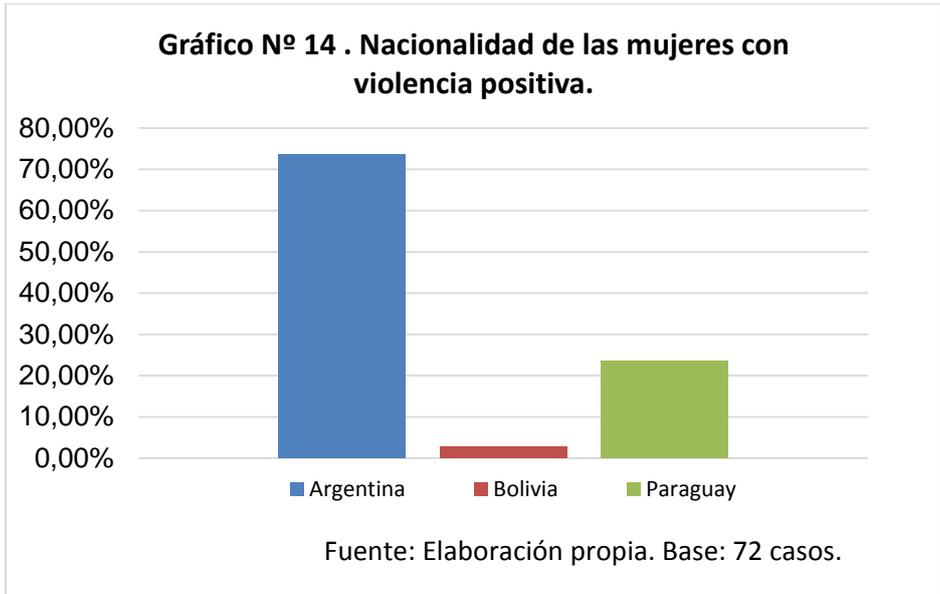
Gráfico Nº 11. Mujer cursando embarazo al sufrir una situación de VG.



Fuente: Elaboración propia. Base: 72 casos.

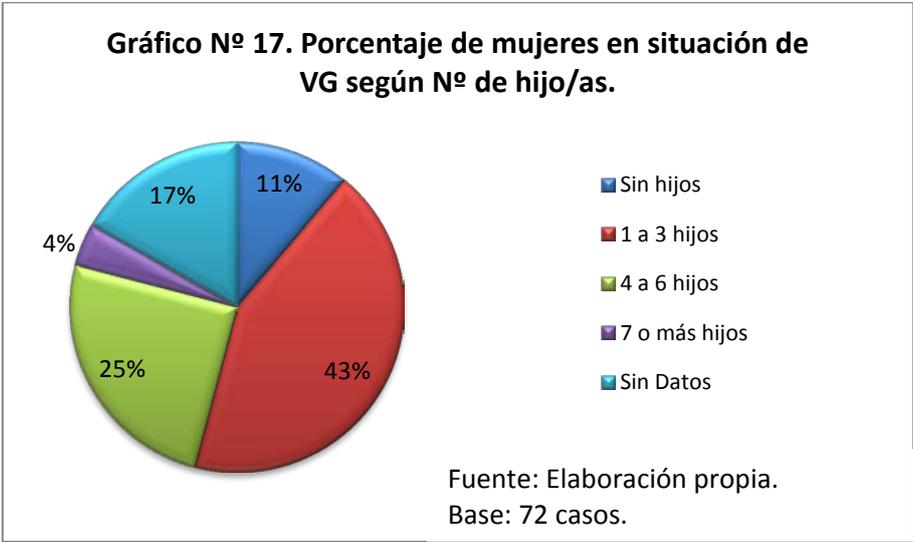
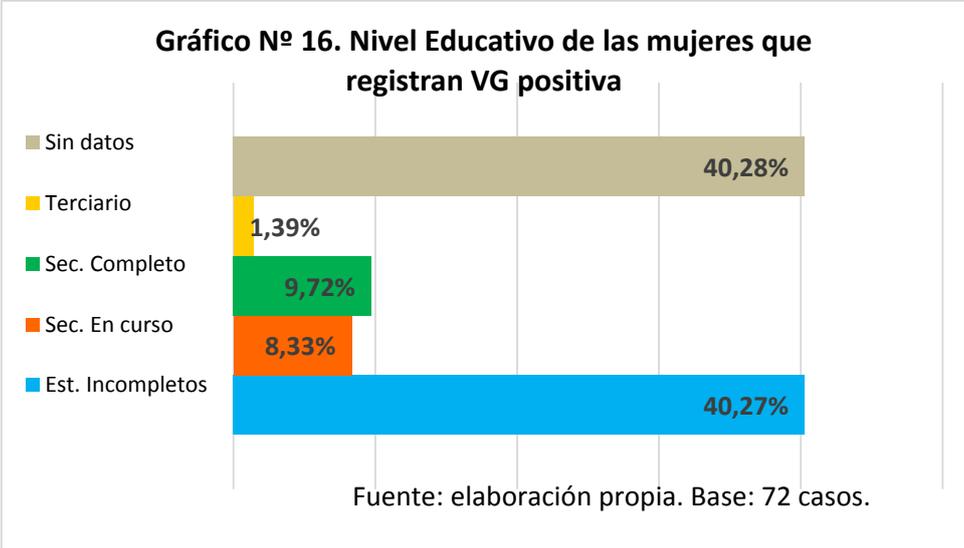


En relación a la **nacionalidad** de las mujeres que registran VG positiva en las HC el 73,61 %, el 2,78 % es de nacionalidad boliviana, y el 23,61 % es de nacionalidad paraguaya (Ver Gráfico N° 14). El 80,6% de las mujeres que registran VG poseen **DNI argentino**, mientras que el 18% de las mismas no lo poseen; en el 1,4% de los casos no se registran datos al respecto (Ver Gráfico N° 15).

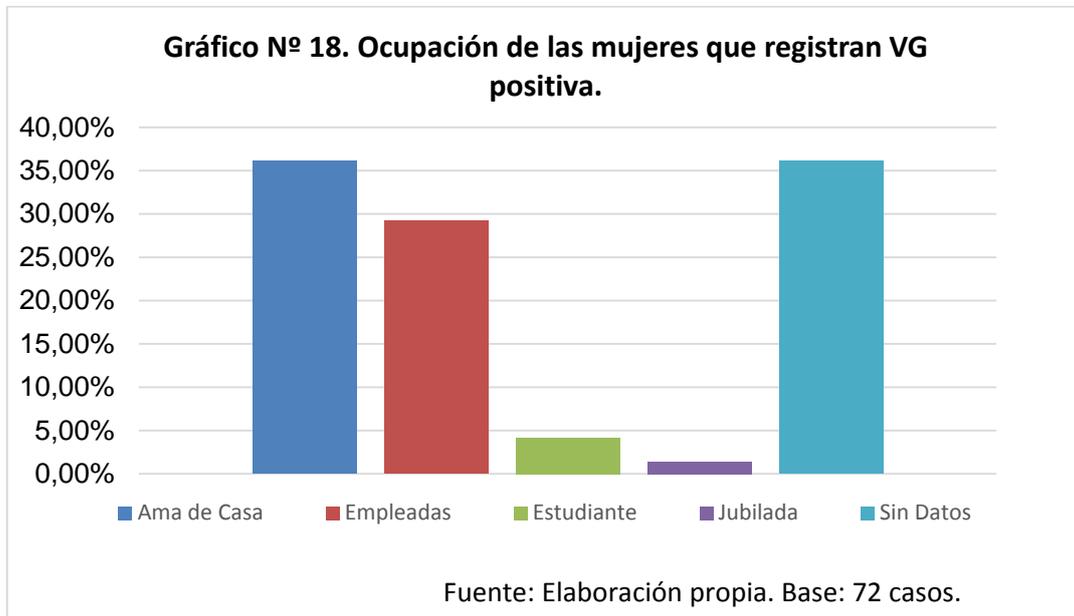


En cuanto al **nivel educativo**, un 40,27% de las mujeres que registran VG en HC tienen sus estudios, primario o secundario, incompletos; un 8,33% de las mismas se encuentra cursando el nivel secundario; el 9,27% completó el nivel secundario y el 1,39% alcanzó el nivel terciario de educación. En gran parte de los casos (40,28%) no se encuentran datos en relación al nivel educativo registrados en la HC (Ver Gráfico N° 16). En relación a la **alfabetización**, se encuentra que, un 31% de las mujeres que registran violencia saben leer y escribir; sólo el 4,3% no saben leer ni escribir, y en la mayoría de los casos (52,7%) no existe registro al respecto. En el Gráfico N° 17 se expresa el porcentaje de mujeres en situación de VG según el **número de hijo/as**.

Otra variable que se tiene en cuenta es el año durante el cual se realiza el registro escrito de la situación de VG en HC. Si bien se agrega como dato, principalmente, porque resulta interesante el hallazgo en relación al año 2014, se aclara que esta variable es incorporada al análisis de datos luego de haberlo iniciado, y se toma la decisión de no volver a las HC ya analizadas, por lo cual en 13 casos de los 72, no se tiene dato al respecto, lo cual resulta en un error metodológico del grupo de trabajo. Se explicitan los datos de las 59 HC en las que se considera esta variable. Se registran 7 casos positivos durante el año 2008; 4 casos positivos en el año 2009 y 4 más en el año 2010. Tanto en el año 2011 como en el 2012, son 12 los casos registrados. En el año 2013, 9 casos. Hasta el 1º de Julio del 2014 se registran 11 casos (este dato es interesante ya que se puede considerar que sería el año con mayor registro, si se continúa con este tendencia).



En cuanto a la **ocupación** de las mujeres que registran VG positiva en la HC (Ver Gráfico N° 18), un 36,11% de las mismas es ama de casa; 29,17% de las mujeres es empleada (domésticas, cooperativas, comercio); el 4,17% es estudiante; un 1,39 % de las mujeres es jubilada y en el resto de los casos no existen datos en el registro escrito (36,11%).



Una de las variables consideradas para este trabajo es el domicilio de la mujer. En base al mismo se plasma en un mapa de la localidad de Melchor Romero la **ubicación** de las mujeres con situaciones de VG que consultan al efector de salud HJI; en 6 casos no se pudo ubicar el domicilio en el mapa por estar este mal copiado en la HC y no corresponder a un domicilio real, por lo cual se ubican 66 casos, en vez de 72. Vale aclarar que la ubicación es aproximada, no se identifica de esta forma la vivienda, por lo tanto, tampoco a la mujer.

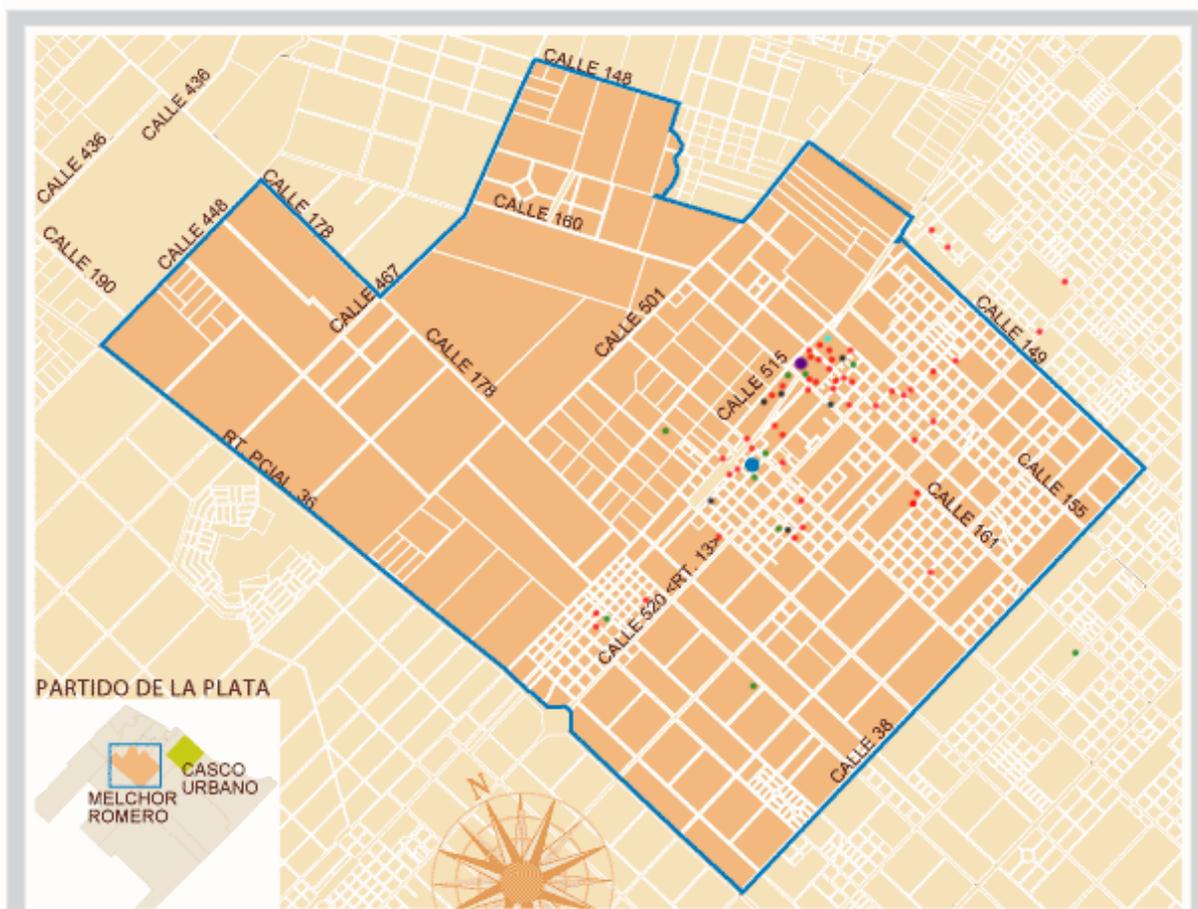


Imagen Nº 1: Mapa de Melchor Romero con la ubicación aproximada de los domicilios de las mujeres que registran VG positiva en HC.

Círculo violeta en 515 y 161: Htal. José Ingenieros.

Círculos en color rojo: casos identificados a partir de la selección del fichero de adultos.

Círculos en color verde: casos identificados a partir del análisis del fichero de SM.

Círculos en color negro: casos identificados a partir del análisis del fichero de CJ.

Círculo en color verde agua: caso identificado a partir del análisis de la planilla de CJ.

ANEXO Nº 8

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS AL EQUIPO DE SALUD



Imagen Nº 1. Encuestas al Equipo de Salud.
05/09/14.



Imagen Nº 2. Encuestas al Equipo de Salud.
05/09/14.

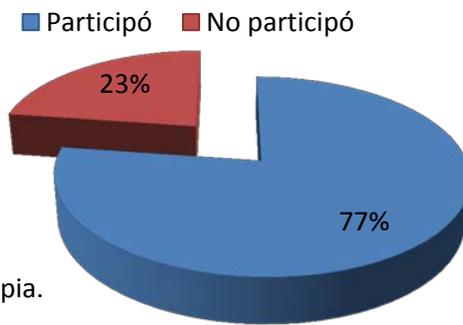


Imagen N° 3. Encuestas al Equipo de Salud.
05/09/14.

Resultados:

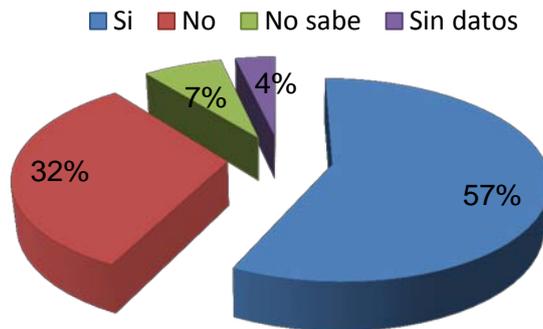


Gráfico N° 2. Porcentaje de trabajadores/as que participaron de instancias de trabajo/ formación en relación a VG en el HJI.



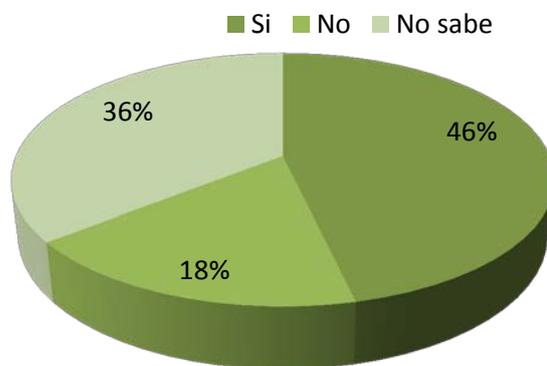
Fuente: Elaboración propia.
Base: 22 casos.

Gráfico N° 3. ¿Existen personas dentro del efector con capacitación específica para el abordaje de situaciones de VG?



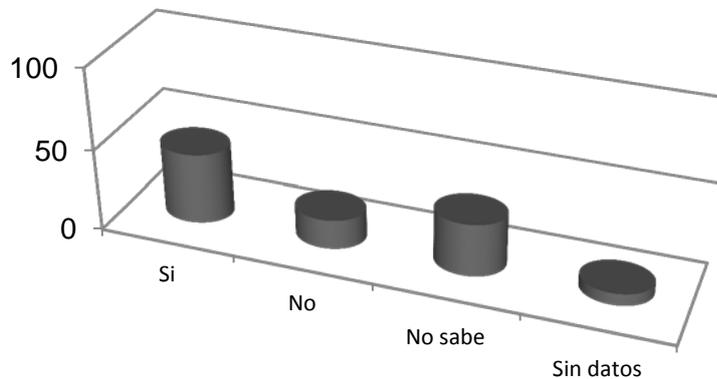
Fuente: Elaboración propia. Base: 28 casos.

Gráfico N° 4. ¿Existen materiales escritos o audiovisuales relacionados con el tema, disponibles para los trabajadores/as en el Htal?



Fuente: elaboración propia.
Base: 28 casos.

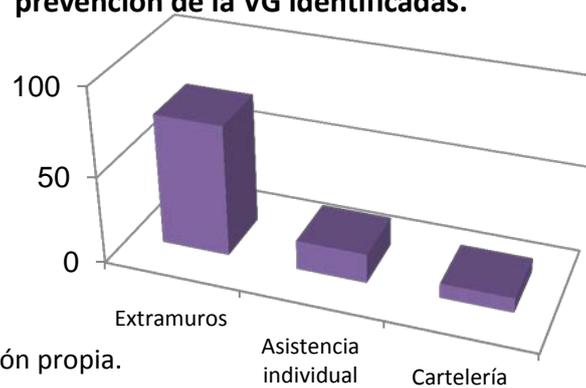
Gráfico Nº 5. ¿El HJI realiza acciones orientadas a la prevención de la VG?



Fuente: elaboración propia.

Base: 28 casos.

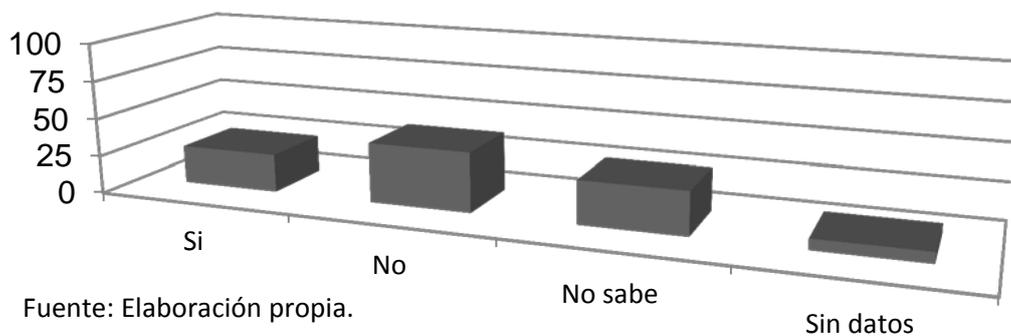
Gráfico Nº 6. Acciones desde el HJI orientadas a la prevención de la VG identificadas.



Fuente: Elaboración propia.

Base: 12 casos.

Gráfico Nº 7. ¿Cuenta el Htal con herramientas o procedimientos específicos para la detección, recolección de datos, registro del caso, denuncia, atención y referencia en materia de VG?

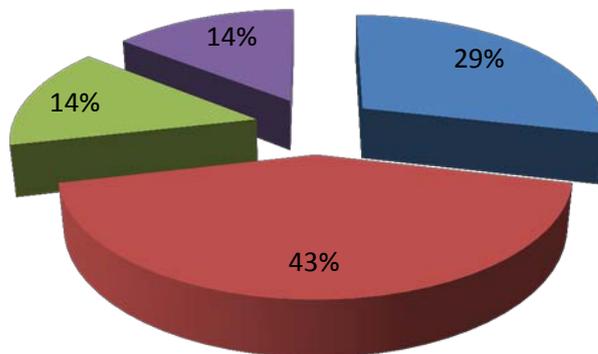


Fuente: Elaboración propia.

Base: 28 casos.

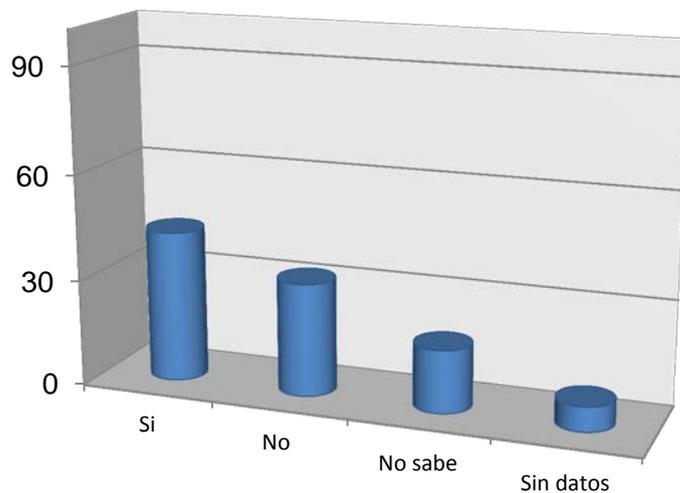
Gráfico N° 8. Herramientas o procedimientos específicos para la detección, recolección de datos, registro del caso, denuncia, atención y referencia en materia de VG identificados

■ Protocolo atención ■ HC ■ HC y protocolo ■ HC y fichero SM



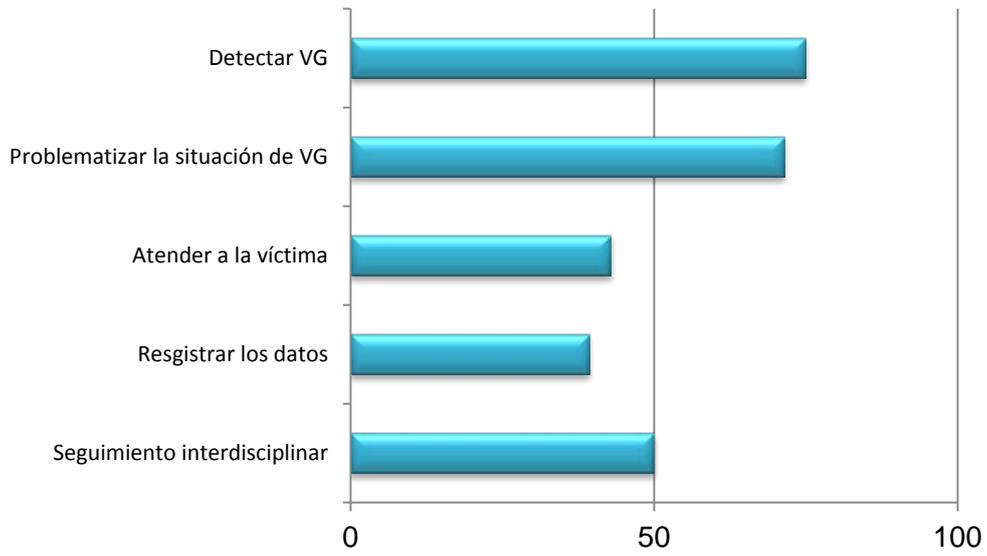
Fuente: Elaboración propia.
Base: 7 casos.

Gráfico N° 9. Percepción de los trabajadores/as de su condición (herramientas) para abordar situaciones de VG?



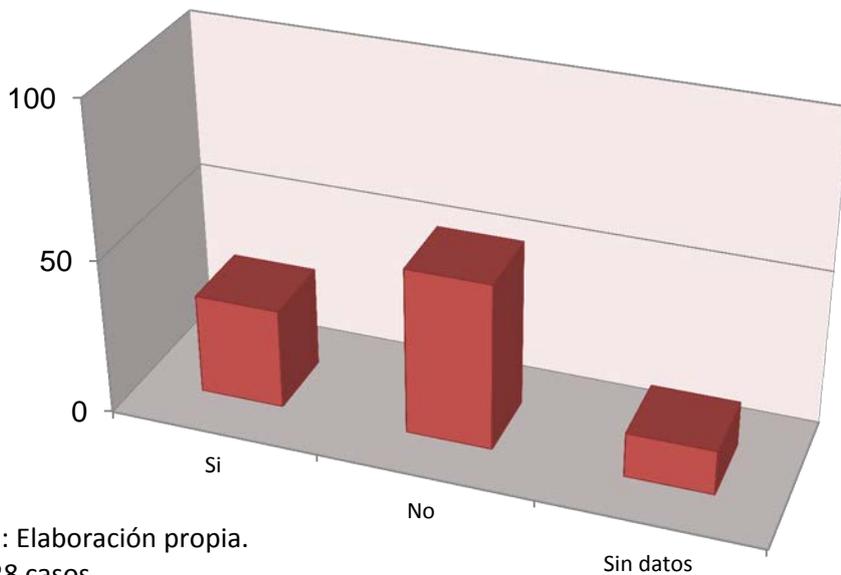
Fuente: Elaboración propia.
Base: 28 casos.

Gráfico Nº 10. Porcentaje del equipo que se considera en condiciones para:



Fuente: elaboración propia.
Base: 28 casos.

Gráfico Nº 11. Porcentaje de trabajadores/as que participaron activamente en el seguimiento y abordaje de situaciones de VG



Fuente: Elaboración propia.
Base: 28 casos.

ANEXO Nº 9

DEVOLUCIÓN AL EQUIPO DE SALUD



Imagen Nº 1. Devolución al Equipo.
05/06/15.



Imagen Nº 2. Devolución al Equipo.
05/06/15.



La Devolución al Equipo de Salud se lleva a cabo el 05/06/15, viernes, durante 3 horas (Imagnes Nº 1, 2 y 3). Se realiza en conjunto con Ullastre Jimena, Residente de Trabajo Social del Htal. A. Korn, rotante en los Consultorios Externos, quien también colaboró con este trabajo de investigación. Generalmente quienes rotan en el efector realizan, al finalizar el ciclo, una devolución al Equipo, con la modalidad que cada uno elija. Jimena decide realizar esta devolución a partir de un caso de VG, trabajado de manera interdisciplinaria por Trabajo Social y Psicología, principalmente, luego de la detección de la situación por parte de una Obstétrica de la Salita. Al estar enterada del desarrollo de este estudio, se acerca a las autoras a consultar si es una devolución que aporta al Equipo o no. A partir de ese momento se planifica en conjunto la exposición al efector. Por un lado, Jimena realiza la exposición del caso (sin revelar la identidad de la mujer involucrada en el mismo), aporta datos de la entrevista con la mujer, la situación particular, el desarrollo de la estrategia por parte del Equipo y con la mujer, el seguimiento, las intervenciones realizadas. Aporta el marco legal en relación a la VG, los Protocolos para la atención de las situaciones, abordaje en entrevista (riesgo, situación de la mujer, problematización, etc.). Por otra parte, las autoras de esta investigación exponen las características generales del estudio y los resultados más relevantes para el Equipo (Archivo Prezi disponible en: <https://prezi.com/p01bztntcvyn/la->

[violenciavisible/](#)). Se planifica que posteriormente a ambas exposiciones, los trabajadores/as se dividan en grupos, para responder en cada grupo: ¿Qué preguntas realizan en las consultas, orientadas a la detección de situaciones de VG? ¿Qué preguntas se podrían hacer, pensando en la detección de los distintos tipos de VG? ¿Qué preguntas nuevas se les ocurren? Luego de esta instancia grupal, se planifica un plenario, donde todos los grupos exponen el trabajo realizado. El objetivo de esta intervención es seleccionar colectivamente las preguntas que se consideran más relevantes y prácticas para la detección de todos los tipos de VG, e incorporarlas como una herramienta nueva, en la HC, que facilite la identificación de la violencia en las consultas. Desde las coordinadoras de esta actividad se delinea una propuesta, a modificar, en relación a las preguntas a realizar (Ver Imagen Nº 4) y en cuanto al lugar donde insertar esta nueva herramienta (Página “Salud de la Mujer”, Ver Anexo Nº 1, Imagen Nº 3).

Durante las exposiciones, todo el Equipo se mantiene interesado en la temática. Particularmente durante la exposición de los resultados de este trabajo, se expresa sorpresa y preocupación. Al finalizar las exposiciones se plantea la idea de la división grupal para trabajar en relación a una nueva herramienta. El tiempo que se piensa originalmente para las exposiciones se extiende más de lo deseado, por lo cual el Equipo propone trabajar en plenario. Se plantean las consignas, pero al comenzar a trabajarlas se genera un debate: surgen la mayor parte de las preguntas que se ven explicitadas en la Discusión del presente escrito. Se problematiza el registro, se cuestiona si los resultados expuestos se explican exclusivamente a partir de las dificultades de registro y las diversas fuentes de datos existentes, o tiene relación con una falta de sensibilidad respecto de la VG. Se problematiza la heterogeneidad de la formación, y se explicita que se cree necesario contar con nuevas capacitaciones. El Equipo ve reflejada la incoherencia entre registro y práctica, entre registro y frecuencia real de la problemática de la violencia hacia las mujeres, al mismo tiempo que observa la heterogeneidad del mismo. Se fractura el imaginario existente hasta el momento, en relación, principalmente, a la homogeneidad de saberes en relación a la VG, y la capacidad de todos/as los trabajadores/as para abordarla de alguna manera. Se problematiza la forma en la cual, parte del Equipo, intenta detectar VG, que suele ser a partir de la pregunta: ¿Cómo te llevas con tu pareja? En relación a este interrogante, se debe considerar, que es amplio, y que no detecta situaciones de violencia, sino la percepción de la mujer en relación a su vínculo. Teniendo en cuenta que muchas mujeres que viven en

situación de violencia, la naturalizan, la pregunta no la indaga, sino que se responde en base al nivel de problematización en el cual se encuentre la víctima. Si la mujer problematiza en algún punto su vínculo, quizás abra la posibilidad de seguir indagando; si, por el contrario, lo naturaliza, la respuesta básica es “bien”, y puede funcionar como una “trampa” para quien la entrevista. Se retoma la propuesta planificada, de proponer y generar nuevas formas de indagar estas situaciones, pero: por un lado, el tiempo del que se dispone para esta tarea es escaso, y por otro lado, la posibilidad de que el déficit de registro tenga relación con la falta de sensibilidad y capacitación, generan que el Equipo plantee posponer la actividad. Surge en ese momento, frente a la importancia que gran parte del Equipo le da a esta problemática, la necesidad de abordarla con seriedad, con tiempo, iniciando la formación con la sensibilización de los trabajadores/as y aportes teóricos básicos; para luego evaluar nuevas herramientas de detección y registro.

Se acuerda instalar nuevas capacitaciones en los próximos meses.

CUESTIONARIO PARA LA MEDICIÓN DE MALOS TRATOS
(Delgado, Aguir et al. 2006)

PREGUNTAS: Su marido o pareja:	nunca	casi nunca	algunas veces	bastantes veces	casi siempre
1. ¿Respeto sus sentimientos?					
2. ¿La ha insultado, avergonzado o humillado?					
3. ¿Les ha amenazado a usted, a sus hijos e hijas o a alguna persona querida?					
4. ¿Ha roto alguna vez cosas o algún objeto de la casa?					
5. ¿Ha intentado controlar su vida o sus movimientos?					
6. ¿Le ha pegado?					
7. ¿Ha llegado a producirle heridas?					
8. ¿La ha obligado a mantener relaciones sexuales sin querer usted?					
9. ¿La ha amenazado con un arma?					
10. ¿Ha llegado a hierla con un arma o con otro objeto?					

Imagen Nº 4. Preguntas propuestas para la discusión, en la Devolución, en relación a la incorporación de una herramienta nueva, que aporte a la detección de VG.

La primera de estas instancias de nueva capacitación al Equipo se planifica para el día 07/08/15.