

**BECA CARRILLO OÑATIVIA DE PERFECCIONAMIENTO
NIVEL HOSPITALARIO
2005
INFORME FINAL**

Análisis de situación-desarrollo e implementación de un proyecto de sensibilización y capacitación para la detección de Violencia Basada en Género en tres centros asistenciales.

Investigadoras:

Majdalani María Pía

Alemán María

Director de la Beca:

Dr. Raúl M Mejía

Programa de Medicina Interna General.

Hospital de Clínicas “José de San Martín” UBA

INDICE

1. OBJETIVO

2. JUSTIFICACIÓN

3. DISEÑO Y METODOLOGÍA

3.1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN

3.1.1 Describir

3.1.2 Explorar

3.2 DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA LA DETECCIÓN Y ASISTENCIA EN VBG.

3.2.1 Diseño

3.2.2 Capacitación:

3.2.3 Detección de VBG

3.2.4 Implementación de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM)

4. RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN

4.1.1 Descripción de los centros

4.1.2 Exploración basal de los centros

a) Adaptación de las encuestas

b) Aplicación de las encuestas

4.2 DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACION EN VIOLENCIA BASADA EN GENERO.

4.2.1 Diseño

4.2.2 Capacitación

4.2.3 Detección de VBG

4.2.4 Implementación de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM)

4.2.5 Materiales

5.CONCLUSIONES

6. BIBLIOGRAFÍA

1. OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo fue realizar un **análisis de situación**, en tres centros asistenciales de características poblacionales diversas (un centro de salud de zona periférica, un servicio hospitalario universitario y un equipo de APS provincial) y **desarrollar e implementar un proyecto de sensibilización y capacitación** para la detección y asistencia local de violencia basada en género.

2. JUSTIFICACIÓN

Se entiende por "violencia basada en género" (VBG) a "todo acto que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como también las amenazas de tales actos¹"

Al referirse a la violencia contra la mujer como "violencia basada en género", las Naciones Unidas destacaron la necesidad de comprenderla dentro del contexto del status de subordinación en que viven las mujeres y las niñas dentro de la sociedad.² Como sostiene Heise et al., "muchas culturas poseen creencias, normas e instituciones sociales que legitiman y, en consecuencia, perpetúan la violencia contra la mujer".³

Datos poblacionales recientes, provenientes de distintas regiones, indican que aproximadamente entre el 20% y el 50% de las mujeres sufren violencia física perpetrada por su pareja o ex-pareja. Diversas investigaciones sugieren que la violencia física está casi siempre acompañada de violencia psíquica y que entre un tercio y la mitad de los casos se acompaña de violencia sexual. Durante el embarazo, la violencia hacia la mujer, es más prevalente que la preeclampsia o la diabetes gestacional, alcanzando una frecuencia del 4%-8%⁴

En la Argentina, según el informe que el Consejo Nacional de la Mujer elevó a la Comisión de Derechos Humanos de la ONU en 1998, el 40% de la población femenina sufriría maltrato físico y psíquico por parte de su pareja, sin distinción entre niveles socioeconómicos⁵. Debido a su magnitud y al trabajo de diferentes organizaciones por visibilizarlo, la VBG ha llegado a convertirse en una preocupación internacional y un importante problema de salud pública⁶

A partir de la década del 80, diferentes agrupaciones de mujeres en Argentina empezaron a preocuparse por los altos índices de violencia basada en género que se observaban en la sociedad, así como también por la gran dificultad que presentaban las víctimas para hablar de este tema y pedir ayuda, no solo por las características del problema sino también por no tener donde concurrir a solicitar asesoramiento. Comenzaron entonces a trabajar en el tema gran cantidad de organizaciones de mujeres, tanto gubernamentales como no gubernamentales (ONG). En la actualidad, y a pesar de seguir siendo una problemática que tiende a mantenerse oculta, miles de mujeres se acercan a las diferentes instituciones, encontrando respuestas a sus dificultades a través de grupos de ayuda mutua y talleres de reflexión, contando en general con asesoramiento legal y psicológico.

Estudios cualitativos han confirmado que la mayoría de las mujeres abusadas no son víctimas pasivas sino que adoptan estrategias destinadas a maximizar su seguridad y la de sus hijos. Algunas resisten, otras huyen y están aquellas que intentan mantener la tranquilidad familiar por medio de complacer todas las demandas de su pareja. Muchas actitudes, que pueden ser catalogadas por observadores externos como pasivas, son en realidad acciones concientes y necesarias para sobrevivir.

La respuesta que una mujer abusada puede dar a esa situación se encuentra mayormente limitada por los recursos de los que dispone para afrontar los factores que la mantienen en dicha situación: temor a represalias, falta de alternativas de soporte económico, preocupación por sus hijos, dependencia emocional con el agresor, falta de soporte familiar y de amigos, el estigma social de ser una mujer separada de su pareja, etc.

A su vez, según la cronicidad de la situación, la mujer podrá sentirse menos capaz de abandonar una relación de abuso de acuerdo a los distintos efectos que pueda sufrir sobre su salud, englobados bajo el término denominado “Battering Syndrome”⁷: desórdenes físicos inespecíficos, compromiso psicológico (depresión, ansiedad, sentimientos de inseguridad, y culpa, auto agresión, entre otros) e impacto sobre su salud sexual y reproductiva (embarazos involuntarios, riesgo de

enfermedades de transmisión sexual, enfermedad pélvica inflamatoria, abortos inseguros, VIH-Sida , disfunción sexual).

La violencia basada en género constituye un problema mayor de salud pública internacional. Las carencias en su abordaje desde el sector salud constituyen un acto de inequidad social y de género en salud. Los centros asistenciales dispuestos a dar respuesta a esta problemática necesitan realizar cambios institucionales y acciones de capacitación que comprometan a todo el personal .

El equipo de Salud se presenta de esta manera como uno de los ámbitos mejor posicionados para el abordaje de esta problemática, dado que las mujeres víctimas de violencia suelen concurrir con importante frecuencia a los centros de salud a causa de las dolencias que genera la VBG en todas sus formas.

A pesar de que actualmente se considera que los médicos que atienden mujeres deben estar capacitados para reconocer las situaciones de violencia doméstica (VD) y brindar orientación a las víctimas de ella⁸, los programas de educación médica de pre y posgrado no poseen entrenamiento formal en este tema^{9,10,11} . Un estudio realizado por integrantes del Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas JDSM (PMIG) describe que, en la población de profesionales estudiada, los médicos no interrogan regularmente a sus pacientes mujeres acerca de violencia doméstica y en promedio han diagnosticado menos de un caso mensual, cuando las estadísticas sugieren que mas de 1/3 de las mujeres han sufrido agresiones a lo largo de su vida¹².

Aunque los acuerdos internacionales han hecho un llamado al sector de la salud para promover la equidad de género, el respeto por los derechos humanos y un enfoque más holístico de la salud, no ha resultado fácil hacer realidad esos ideales.

Todos los integrantes de la institución de salud debieran conocer acerca de la epidemiología de la violencia física, sexual y psicológica contra la mujer, recibir capacitación para reconocer las consecuencias directas e indirectas de la VBG y para detectar las señales y síntomas claves y comprender los peligros potenciales y los riesgos que enfrentan aquellas mujeres que viven en situación de violencia, para contribuir a aumentar la seguridad de la mujer¹³.

Los servicios de salud que se proponen abordar el problema de la VBG deben recorrer un camino de sensibilización y capacitación institucional que les permita lograr las modificaciones necesarias para tratar temas difíciles, como los derechos humanos, las cuestiones de género y la conexión entre el bienestar físico, emocional y social. A su vez es importante predeterminedar la modalidad de detección y conocer los recursos accesibles de contención y tratamiento para mujeres que viven situaciones de VBG. Fue en este marco de acción que hemos diseñado el presente “Análisis de situación y desarrollo e implementación de un proyecto de sensibilización y capacitación para la detección de Violencia Basada en Género para el área de Salud”.

3. DISEÑO Y METODOLOGÍA

El presente proyecto se desarrolló por medio de dos fases centrales: una fase descriptiva en la cual se realizó un análisis de situación que permitió caracterizar, analizar e interpretar la situación de cada centro asistencial participante frente a la problemática de la violencia basada en género y una fase experimental durante la que se implementó, en cada centro, un programa de sensibilización y capacitación para la detección y asistencia en VBG.

Los centros asistenciales en los cuales se trabajó fueron:

- Equipo de APS del Hospital 4 de Junio de Presidencia Roque Sáenz Peña, Chaco
- Servicio de Pediatría del Hospital de Clínicas JDSM, UBA.
- Centro de Salud N ° 7, Barrio Piedrabuena

3.1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN: El mismo se llevó a cabo con el propósito de:

- Identificar fortalezas, debilidades y oportunidades para el desarrollo del abordaje de la VBG.
- Planificar la implementación del programa de sensibilización, capacitación y asistencia en VBG.

Su desarrollo se basó en dos acciones centrales:

3.1.1 Describir las características de cada centro asistencial en cuanto a su organización y composición por medio de entrevistas con representantes claves de cada centro.

3.1.2 Explorar la situación de cada centro frente a la problemática de la violencia basada en género, por medio de la aplicación de dos encuestas: una de análisis rápido de situación institucional y otra acerca de “Conocimientos, actitudes y Prácticas acerca de la Violencia Basada en Género del personal de salud”. Para esta etapa se realizó la **adaptación y aplicación de dos encuestas** publicadas en “Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género. Manual de referencia para profesionales de la salud en países en desarrollo”, por el International Planned Parenthood Federation (IPPF). Estas encuestas fueron procesadas con el SPSS.

3.2 DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA LA DETECCIÓN Y ASISTENCIA EN VBG.

3.2.1 Se diseñaron los módulos de sensibilización y capacitación para el abordaje de VBG, según las fortalezas y debilidades de cada centro a partir de la observación y exploración realizadas en la etapa anterior.

3.2.2 Se realizó la sensibilización y capacitación en VBG en cada centro.

a) Sensibilización y capacitación en aspectos generales de la VBG:

Se brindaron clases teóricas acerca de la perspectiva de género y las características de la VBG (definición; clasificación; formas, mitos y creencias; manifestaciones psíquicas, físicas y sociales a corto y mediano plazo; efectos sobre la salud de las mujeres; pautas para la atención de víctimas de VBG) para mejorar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los integrantes del centro asistencial.

b) Capacitación en el marco legal y los recursos locales disponibles.

Se realizó un encuentro para la difusión del marco legal vigente, para el cual contamos con la participación de la Dra. Silvina Bardelli.

Se desarrolló y difundió una guía de recursos para la atención de VBG.

c) Capacitación para la aplicación de una herramienta validada de detección de situaciones de VBG. Se utilizaron técnicas de juego de rol.

3.2.3 Detección de VBG.

Una vez realizada la sensibilización y capacitación, se aplicó la encuesta de detección de situaciones de VBG en atención primaria validada en el marco de la Beca Carrillo-Oñativia 2002-2003, en los ámbitos en que esto fue factible.

3.2.4 Implementación de los Grupos de Ayuda Mutua

Se realizó capacitación para la implementación de los GAM sólo en el centro en que éstos serían sustentables.

4. RESULTADOS

Los centros asistenciales en los cuales se planificó trabajar inicialmente según un acuerdo previo a la presentación de este proyecto fueron:

- Unidad Sanitaria “Ejercito de los Andes”, de Fuerte Apache.
- Equipo de APS del Hospital 4 de Julio de Presidencia Roque Sáenz Peña, Chaco.
- Servicio de Pediatría del Hospital de Clínicas JDSM, UBA.

En un primer momento se realizaron entrevistas con los representantes claves de cada centro para ratificar el compromiso previo de llevar adelante este proyecto y diseñar un plan de trabajo factible para cada lugar, teniendo en cuenta que el mismo se desarrollaría en medio de las actividades habituales de cada institución.

De los tres centros mencionados, dos de ellos ratificaron su interés en implementar el proyecto y uno no. La Unidad Sanitaria “Ejercito de los Andes” de Fuerte Apache, luego de presentar nuevamente el proyecto, resolvió por medio de su equipo técnico que no era factible en ese momento llevar adelante este trabajo debido a que habían asumido múltiples tareas que hacían imposible emprender esta en particular. Con el propósito de incorporar un centro asistencial de similares características se convocó a participar al Centro de Salud N° 7, Barrio Piedrabuena, Lugano.

4.1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN

4.1.1 Descripción de los centros

a) **Departamento de Pediatría del Hospital de Clínicas “José de San Martín”, Universidad de Buenos Aires.**

Este servicio ha demostrado en cada encuentro un fuerte interés por la propuesta de trabajo desde su dirección y áreas de coordinación, las cuales facilitaron la interacción con sus integrantes.

Fueron incluidas en la invitación a participar todas sus áreas: consultorios externos, internación pediátrica y neonatología y dentro de ellas el personal administrativo, de enfermería, trabajadoras sociales y médicos.

Según los datos brindados por el mismo servicio, del departamento de pediatría dependen: 20 médicos /as de staff rentados (pediatría y neonatología); 34 médicos /as en el área de consultorios externos, de los cuales sólo 13 son rentados; 25 médicos /as residentes (pediatría y neonatología); 5 empleados administrativos rentados; y 23 cargos rentados de enfermería. El servicio recibe además profesionales de la salud que realizan pasantías honorarias y alumnos del internado rotatorio, último año de la carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

b) **Sistema de Atención Primaria en Salud (APS) de Presidencia Roque Sáenz Peña, Provincia de Chaco.**

La Provincia del Chaco posee alrededor de un millón de habitantes siendo la décima provincia más poblada del país. Si bien la mayoría de su población es urbana (68%) se encuentra entre las provincias con mayor proporción de población rural. Chaco es una de las provincias menos desarrolladas del país. El Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas la ubica como la menos desarrollada socialmente.

Su situación de salud es crítica. Posee la mortalidad infantil más alta del país y la menor esperanza de vida al nacer. Su tasa de mortalidad infantil es de 29 por mil, de este modo la probabilidad de un niño a morir antes de cumplir el año de vida es tres veces

mayor en el Chaco que en la Ciudad de Buenos Aires. La esperanza de vida al nacer apenas alcanza los 69 años, tres años menos que a nivel del país¹.

En este contexto geográfico y social se ubica Presidencia Roque Sáenz Peña (PRSP). Esta ciudad pertenece al departamento de Comandante Fernández (CF). Dicho departamento posee 88.000 habitantes y representa el segundo más poblado en la provincia siendo sólo superado por el departamento capital. La ciudad de PRSP posee alrededor de 77.000 habitantes, el 87% de la totalidad de la población del departamento.

La ciudad se compone por una zona céntrica rectangular bastante pequeña y barrios periféricos, en general habitados por emigrantes de las zonas rurales, que llegan a la ciudad en busca de mejoras laborales (a partir del reemplazo del cultivo de algodón por la soja, ya que esta requiere muchísima menos mano de obra) y de recursos educativos para los hijos.

Presidencia Roque Sáenz Peña cuenta con el hospital zonal de referencia para gran parte del NOA, el Hospital 4 de Junio. Del hospital depende el sistema de Atención Primaria (APS), coordinado por el Dr. Nestor Altamiranda y conformado por 13 centros de salud situados en barrios periféricos. Los centros son atendidos por médicos/as generalistas, de familia, clínicos/as, pediatras y ginecólogos/as, que se alternan en la presencia en el centro. El personal auxiliar está formado por enfermeros/as, asistentes sociales, psicólogos/as, pero mayormente son jefes y jefas de hogar.

Cada centro de salud lleva el nombre del barrio al que pertenece:

- **Barrio 1º de Mayo**, funciona de 9 a 19 hs., con 8 médicos y 7 auxiliares de salud. Atiende una población de 2116 pobladores. Cuenta con el sub-centro del
 - **Barrio Mitre**, con 1 médico y 4 auxiliares de salud. Atiende una población de 964 pobladores
- **Barrio Sarmiento**, cuenta con 4 médicos y 5 auxiliares. Funciona de 7 a 19 y tiene como sub – centro al
 - **Tiro federal**
- **Barrio La Madrid**, donde trabajan 6 médicos y 10 auxiliares de salud. Funciona de 7 a 19 hs. y atiende una población de 5661

¹ INDEC, 2001; Censo Nacional de Población. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina

- **Barrio San Cayetano**, Cuenta con 1 médico y 5 auxiliares. Funciona con médicos de 6 a 11 de lunes a viernes, el personal auxiliar de salud trabaja hasta las 19 horas.. Atiende una población de 3396 habitantes.
- **Barrio Obrero**, cuenta con 8 médicos (3 trabajan alternando con otros centros) y 8 auxiliares de salud, de 7 a 13 horas. Funcionan como sub-centros:
 - **Barrio Monseñor de Carlo**, que cuenta con un médico y 3 auxiliares y atiende a 2336 personas y
 - **Barrio San Martín**, que cuenta con 1 médico y 2 auxiliares y atiende a 822 personas
- **Barrio 713**, funciona de 7 a 20, con 2 médicos y 6 auxiliares de salud y atiende a 1683 pobladores.
- **Barrio Nam Com**, que cuenta con 1 médico y 11 auxiliares y atiende una población de 2762 pobladores, en su gran mayoría de origen indígena. Cuenta con los sub-centros
 - **Barrio Santa Mónica**, con 1 médico y 2 auxiliares, atendiendo de 9 a 13 a una población de 1076.
- **Barrio Puerta del Sol**, funciona con 5 médicos y 4 auxiliares de 9 a 19 hs, atiende a 2925 pobladores. ²

De esta manera, el sistema de APS de PRSP, cuenta con 13 centros de salud que en su mayoría ofrecen atención de 8 a 19 hs., en los cuales trabajan 36 médicos y 67 auxiliares de salud, una coordinadora de auxiliares y una empleada administrativa. Todo el personal mencionado recibe algún tipo de remuneración.

c) **CeSAC N°7, Barrio Piedrabuena.**

El CeSAC N° 7 funciona desde 1984 en Montiel y 2 de Abril, en el Barrio Piedrabuena (Lugano, Zona Sur de la ciudad). El barrio Piedrabuena tiene aproximadamente 15000 habitantes. La población que concurre al centro proviene tanto de la ciudad de Buenos Aires -del Barrio Piedrabuena donde se encuentra ubicado el mismo, Barrio Pirelli y Barrio Inta-Villa 19, entre otros-, como de distintos lugares de provincia de

Buenos Aires –principalmente Villa Madero y La Matanza, pero también de otros lugares más distantes geográficamente.

Cuenta con los servicios de Tocoginecología, Medicina general, Clínica Médica, Nutrición, Pediatría, Psicopedagogía, Psicología, Enfermería, Vacunatorio, Ecografía, Farmacia, Trabajo social, Fonoaudiología, y Odontología. Presta servicio de guardia las 24 horas.

El Centro es, a su vez, sede de las residencias en Educación para la Salud, Enfermería Generalista, Trabajo Social y Medicina General.

Programas que se desarrollan en el CeSAC:

- de Nutrición y Desarrollo Infantil
- Alimentario - Vigilancia Nutricional ((ciudad/ Nación):
- Embarazo Adolescente
- de Niño Sano
- Vacunación
- Salud escolar
- Salud Sexual y Procreación Responsable, -- -CEPAD
- Red de distribución de preservativos

La mayor parte de los profesionales tienen cargo de planta de 24 horas semanales, todos van 4 días y se dejan uno libre.

Las residencias son todas de dedicación exclusiva de 45 horas semanales, y una guardia de 12 horas. Algunas se cumplen en el hospital y otras en el CeSAC.

4.1. 2 Exploración basal de los centros

a) Adaptación de las encuestas

Se realizó la adaptación y aplicación de dos encuestas que permitieran explorar en el primer caso la situación institucional e individual con respecto a algunos aspectos de la violencia hacia la mujer, especialmente en cuanto al conocimiento de la oferta de recursos para el abordaje del tema dentro y fuera de la institución; y en el segundo caso conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la VBG, especialmente sobre el posicionamiento individual acerca del tema.

La adaptación consistió en revisar aspectos de expresión lingüística debido a que, si bien estas herramientas fueron escritas originalmente en español, existían diferencias de expresión que dificultaban la comprensión. También fueron simplificados, en algunos casos, modos de enunciar preguntas y sus opciones de respuesta porque resultaban complejos para quienes no estuvieran habituados a trabajar con cuestionarios. Finalmente se eliminaron preguntas que no fueran pertinentes para la población encuestada.

Antes de ser aplicadas se realizó una prueba piloto a personal médico y administrativo, a quienes se les solicitó que opinaran críticamente sobre el instrumento, para realizar la versión final de cada una. (Anexo I).

Ambas encuestas fueron realizadas de forma anónima y autoadministrada.

b) Aplicación de las encuestas

POBLACIÓN ENCUESTADA

<u>CENTRO</u>	<u>PEDIATRIA</u>	<u>PRSP</u>	<u>PIEDRABUENA</u>
N	60	30	22
MUJERES	69.4 %	90%	95.5
<u>PROFESIONES</u>	41 médicos 66.1 % 8 enfermeras 12.9 % 6 administrat. 9.7%	4 médicos 13.3% 14 enfermeras 46.7% 4 administrat. 3.3%	15 médicos 68.2% 2 enfermeras 9.1% 1 administrat. 4.5% 1 trabaj. social 4,5% 1 psicologa 4.5%
ANTIGÜEDAD	60.4% hasta 3 años	50% Mas de 7 años	77.3% Menos de 1 año
MEDIANA DE EDAD	25 - .35 años	35 – 45 años	Menor de 35 años
N° DE MUJERES ATENDIDAS X SEM	43, 8 % hasta 10 mujeres	40,7% mas de 30 mujeres	61.9% hasta 20 mujeres

ENCUESTA 1

Análisis Rápido De Situación Institucional

En esta encuesta se exploraron dos tópicos: el primero referido al contexto institucional general de la VBG y el segundo referido al contexto institucional particular

al que perteneciera el participante. Dentro del contexto institucional general de la VBG los dominios fueron:

- a) **Conocimientos generales respecto a la VBG:** conocimiento previo, prevalencia, frecuencia de consultas al sistema de salud, importancia de intervención del sistema de salud en la temática, y conocimiento y accesibilidad a recursos institucionales para la asistencia de VBG.
- b) **Conocimiento del contexto de su propia institución:** existencia de experiencias institucionales de trabajo en VBG, personas capacitadas en el tema, disponibilidad de materiales de capacitación, política institucional, interacción con otras instituciones, existencia de protocolo de detección-registro-denuncia y asistencia de situaciones de VBG, disponibilidad de asesoría legal propia, exploración dentro de la institución de convicciones y posibles barreras para el abordaje de la VBG dentro de la institución.

RESULTADOS ENCUESTA 1:

a) Servicio de Pediatría Hospital de Clínicas.

Conocimientos generales respecto a la VBG:

De las personas encuestadas, si bien el 96.8 % considera que la frecuencia de la VBG en nuestro país es muy o altamente frecuente, el 71.5 % expresa que su conocimiento general sobre la violencia basada en género es poco o nada suficiente. Con respecto a cuánto sospecha que es la frecuencia de uso del sistema de salud por parte de las mujeres que sufren violencia, aunque concurren por otras causas, el 68.9 % cree que es poco o nada frecuente, aun así el 95.2 % opina que es importante que el equipo de salud trabaje en prevención y asistencia de violencia contra la mujer.

Al preguntar acerca de los recursos disponibles y existentes para la asistencia de esta problemática, el 68.9 % refirió no conocer los principales lugares de detección y atención de mujeres adultas que sufren o han sufrido violencia. Aproximadamente el 50 % de los encuestados conoce la existencia de Grupos de Ayuda Mutua para Mujeres, Refugios, Programas Estatales de Protección a las Personas Menores de Edad, Asesorías (legal, psicológica o social) para víctimas de VBG, pero el 72.8 % expresa que pocas

veces o nunca disponen de los datos necesarios para realizar derivaciones a estos lugares.

Conocimiento del contexto de su propia institución:

Existe un importante desconocimiento de la propia institución. Aproximadamente el 50 % de los encuestados no sabe si su institución tiene experiencias previas de trabajo en VBG o si en ella existe personal entrenado en esta temática. Tampoco se conoce acerca de la existencia o no de una política institucional frente a la violencia hacia la mujer (74.2%), de protocolos de abordaje de la VBG (74%), de presencia de materiales de capacitación (78.7 %), o de actividades con otras instituciones (83.9 %).

El 46.7 % de las personas encuestadas consideraron que sí es posible que existan barreras dentro de la institución para la implementación de un plan de atención a la violencia familiar. Las posibles barreras exploradas se mencionaron con el siguiente orden de frecuencia: barreras relacionadas con la organización asistencial en general o cuestiones de política institucional: 39.7 %, barreras relacionadas con el desconocimiento del tema: 32.2 %, barreras relacionadas con temor a involucrarse: 17.2 %, barreras relacionadas con cuestiones culturales o de creencias: 15.3 %.

b) Sistema de Atención Primaria en Salud (APS) de Presidencia Roque Sáenz Peña, Provincia de Chaco.

Conocimientos generales respecto a la VBG:

De las personas encuestadas, si bien el 92.3% considera que la frecuencia de la VBG en nuestro país es muy o altamente frecuente, el 53,3 % expresa que su conocimiento general sobre la violencia basada en género es poco o nada suficiente. Con respecto a cuánto sospecha que es la frecuencia de uso del sistema de salud por parte de las mujeres que sufren violencia, aunque concurren por otras causas, el 77.8 % cree que es altamente frecuente, y el 92.6 % opina que es importante que el equipo de salud trabaje en prevención y asistencia de violencia contra la mujer.

Al preguntar acerca de los recursos disponibles y existentes para la asistencia de esta problemática, el 42,3 % refirió no conocer los principales lugares de detección y

atención de mujeres adultas que sufren o han sufrido violencia. Aproximadamente el 50 % de los encuestados conoce la existencia de Grupos de Ayuda Mutua para Mujeres, Refugios, Programas Estatales de Protección a las Personas Menores de Edad, Asesorías (legal, psicológica o social) para víctimas de VBG, pero el 78.6 % expresa que pocas veces o nunca disponen de los datos necesarios para realizar derivaciones a estos lugares.

Conocimiento del contexto de su propia institución:

Existe un importante desconocimiento de la propia institución. Aproximadamente el 78,5% de los encuestados no sabe si su institución tiene experiencias previas de trabajo en VBG o si en ella existe personal entrenado en esta temática. Tampoco se conoce acerca de la existencia o no de una política institucional frente a la violencia hacia la mujer (81.5%), de protocolos de abordaje de la VBG (74%), de presencia de materiales de capacitación (9.66%), o de actividades con otras instituciones (85.7%).

El 80 % de las personas encuestadas consideraron que sí es posible que existan barreras dentro de la institución para la implementación de un plan de atención a la violencia familiar. Las posibles barreras exploradas se mencionaron con el siguiente orden de frecuencia: barreras relacionadas con el desconocimiento del tema: 50%, barreras relacionadas con temor a involucrarse:50%, barreras relacionadas con cuestiones culturales o de creencias: 33.3%, barreras relacionadas con la organización asistencial en general o cuestiones de política institucional: 30%.

c) Centro de Salud N°7, Barrio Piedrabuena.

Conocimientos generales respecto a la VBG:

De las personas encuestadas, si bien el 95.5% considera que la frecuencia de la VBG en nuestro país es muy o altamente frecuente, el 95.2% expresa que su conocimiento general sobre la violencia basada en género es poco o nada suficiente. Con respecto a cuánto sospecha que es la frecuencia de uso del sistema de salud por parte de las mujeres que sufren violencia, aunque concurren por otras causas, el 59.1 % cree que

es altamente frecuente y el 100% opina que es muy importante que el equipo de salud trabaje en prevención y asistencia de violencia contra la mujer.

Al preguntar acerca de los recursos disponibles y existentes para la asistencia de esta problemática, solo el 18,2 % refirió conocer los principales lugares de detección y atención de mujeres adultas que sufren o han sufrido violencia. Solo el 10% de los encuestados conoce la existencia de Grupos de Ayuda Mutua para Mujeres, el 20% Refugios, el 33% conoce Programas Estatales de Protección a las Personas Menores de Edad, Asesorías (legal, psicológica o social) para víctimas de VBG, el 40% expresa que pocas veces o nunca disponen de los datos necesarios para realizar derivaciones a estos lugares.

Conocimiento del contexto de su propia institución:

Existe un importante desconocimiento de la propia institución. Aproximadamente el 68,2% de los encuestados no sabe si su institución tiene experiencias previas de trabajo en VBG o si en ella existe personal entrenado en esta temática. Tampoco se conoce acerca de la existencia o no de una política institucional frente a la violencia hacia la mujer (63.3%), de protocolos de abordaje de la VBG (66.6%), de presencia de materiales de capacitación (63.3%), o de actividades con otras instituciones (71%).

El 56.7% de las personas encuestadas consideraron que sí es posible que existan barreras dentro de la institución para la implementación de un plan de atención a la violencia familiar. Las posibles barreras exploradas se mencionaron con el siguiente orden de frecuencia: barreras relacionadas con el desconocimiento del tema: 53.3%, cuestiones culturales o de creencias: 53.3%. barreras relacionadas con la organización asistencial en general o cuestiones de política institucional: 46.7%, barreras relacionadas con temor a involucrarse: 26.7%.

CUADRO COMPARATIVO ENCUESTA N° 1:

CONOCIMIENTOS GENERALES RESPECTO A LA VBG

<u>CENTRO</u>	<u>PEDIATRIA</u>	<u>PRSP</u>	<u>PIEDRABUENA</u>
CONSIDERAN FRECUENTE LA PROBLEMÁTICA	96,8 % muy o altamente frecuente	92.3% muy o altamente frecuente	95.5% muy o altamente frecuente
CONOCIMIENTOS INSUFICIENTES	71.5 %	53,3 %	95.2%
FRECUENCIA DEL SISTEMA DE SALUD POR MUJERES VICTIMAS DE VBG	69.3 % uso poco o nada frecuente	77.8 % altamente frecuente	59.1 % altamente frecuente
IMPORTANCIA DE QUE EL EQUIPO DE SALUD TRABAJE EN EL TEMA	95.2 % muy importante	92.6 % muy importante	100% muy importante
CONOCIMIENTOS SOBRE RECURSOS	72.8 % no dispone de los datos necesarios	78.6 % no dispone de los datos necesarios	40% no dispone de los datos necesarios

CONOCIMIENTO DEL CONTEXTO DE SU PROPIA INSTITUCIÓN EN VBG

CONOCIM. ACERCA DE:	<u>PEDIATRIA</u>	<u>PRSP</u>	<u>PIEDRABUENA</u>
EXPERIENCIAS PREVIAS EN VBG o PERSONAL ENTRENADO	50 % desconocen la información	78,5% desconocen la información	68,2% desconocen la información
EXISTENCIA DE POLÍTICA INSTITUCIONAL	74.2% desconocen la información	81.5% desconocen la información	63.3% desconocen la información
EXISTENCIA DE PROTOCOLOS DE ABORDAJE	74% desconocen la información	78.5% desconocen la información	66.6% desconocen la información
EXISTENCIA DE MATERIALES DE CAPACITACIÓN	78.7 % desconocen la información	96.6% desconocen la información	63.3% desconocen la información
EXISTENCIA DE BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES PARA LA VBG	46.7 % consideran que existen barreras	80 % consideran que existen barreras	56.7% consideran que existen barreras
PRINCIPAL BARRERA	39.7 % cuestiones de política institucional	50% temor a involucrarse desconocimiento del tema	53.3% desconocimiento del tema y creencias culturales

Si bien el diseño de este estudio no permite realizar en el sentido estricto un análisis comparativo entre centros, pueden mencionarse los hallazgos en común y las disidencias más relevantes.

En síntesis, los participantes de los tres centros consideraron que la violencia basada en género es altamente prevalente, que su formación en el tema es escasa y que el equipo de salud es un protagonista adecuado y a veces crucial en la detección y abordaje de estas situaciones. A su vez, reportaron escaso conocimiento de los recursos existentes para la asistencia de mujeres que sufren violencia. En cuanto a su propio centro, en la mayoría de los casos no tienen conocimiento de la existencia de experiencias de trabajo ya sea a nivel académico, asistencial o de política institucional. Los tres centros coinciden, aunque en distinta medida (46.7% vs 80% vs 56.7%), en la posible existencia de barreras para la implementación de un plan de asistencia de la violencia familiar, siendo además diferente la principal barrera en cada lugar.

ENCUESTA 2

Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Acerca De La Violencia Basada En Género Del Personal De Salud.

En esta encuesta se exploraron cinco tópicos:

1) Experiencias previas de exploración de alguna forma de VBG:

Antecedentes de detección de situaciones de VBG durante el año anterior, nivel de dificultad subjetiva para preguntar, posibles limitaciones que interfirieron con la posibilidad de pregunta.

2) Autopercepción del nivel de capacitación:

En este tópico se exploró, como autoreporte, el nivel de capacitación para: hablar con las mujeres (pacientes) sobre violencia familiar, detectar casos de violencia física, emocional, sexual y/o abuso sexual en la niñez, asistir a mujeres víctimas de VBG, valorar el nivel de riesgo en que se encuentra una mujer que sufre violencia

familiar, realizar con la paciente un plan de seguridad, registrar los casos detectados, detallar el caso en la historia clínica, orientar a la mujer afectada a distintas opciones de ayuda o asistencia, realizar acciones de derivación para la asistencia de la mujer afectada.

3) Frecuencia de prácticas implementadas, en el último año, ante una mujer víctima de violencia:

Las posibles prácticas exploradas fueron: detección y registro, orientación acerca de derechos, brindar información de asistencia psicológica, médica, y/o legal, informar sobre servicios de ayuda en la comunidad, alertar a la mujer acerca de las consecuencias sobre su salud de la VBG, valorar el nivel de peligro de la situación, colaborar con la elaboración de un plan de emergencia.

4) Creencias-preconceptos acerca de la violencia basada en género:

En este tópico se exploraron en primer lugar creencias socioculturales relacionadas a situaciones de asimetría de género que pueden contribuir con la invisibilización de las situaciones de violencia basada en género, a una equivocada explicación de sus causas, y errada justificación para su sustento. En segundo lugar se exploraron preconceptos relacionados con efectos de la violencia basada en género sobre la salud de la mujer y efectos sobre sus hijos, así como situaciones de mayor riesgo.

5) Aceptabilidad de la exploración sistemática de situaciones de VBG desde el equipo de salud.

Se preguntó si los profesionales de la salud debieran preguntar rutinariamente, a las mujeres que atienden, si sufren situaciones de maltrato y su pertinencia..

RESULTADOS ENCUESTA 2:

a) Servicio de Pediatría Hospital de Clínicas

1) Experiencias previas de exploración de alguna forma de VBG:

El 53.6 % de los encuestados refirió haber explorado en el año anterior la existencia de alguna forma de violencia hacia la mujer en el contexto de su práctica asistencial. El 62,5 % refirió no sentir incomodidad para preguntar por situaciones de maltrato físico y emocional, sintiendo mayor incomodidad para situaciones de violencia sexual y abuso sexual en la niñez.

Al explorar las posibles limitaciones que podrían interferir con la posibilidad de preguntar a las mujeres sobre este padecimiento, se mencionaron en orden decreciente de frecuencia las siguientes: falta de capacitación (76,6%), imposibilidad de hablar a solas (76,5%), escasez de recursos para derivar (74,5%), falta de tiempo para preguntar (67,4%), impotencia frente al hecho (59,6%), temor a ofender a la mujer (55,3%), temor a aspectos legales (34,8%), temor a represalias del agresor (21,7%).

2) Autopercepción del nivel de capacitación:

Los participantes refirieron percibir en sí mismos **bajo** nivel de capacitación para : hablar de VBG con las mujeres, detectar violencia sexual y abuso sexual infantil, asistir a mujeres que sufren VBG, valorar el riesgo en el que se encuentra la mujer y sus hijos, elaborar plan de emergencia, orientar y derivar. Y un nivel de capacitación **medio** para detectar violencia física y violencia emocional y registrar casos detalladamente en la historia clínica.

3) Frecuencia de prácticas implementadas, en el último año, ante una mujer víctima de violencia:

De la población encuestada menos del 40% refirió haber realizado **siempre o con mucha frecuencia** las siguientes acciones: identificar a la mujer víctima de violencia; escuchar y apoyar a una víctima; registrar información acerca de un caso; orientar a la mujer acerca de sus derechos relacionados con la violencia; informar sobre servicios de derivación para

asistencia psicológica, legal, o servicios comunitarios (ONGs), superados escasamente por la frecuencia de derivación para asistencia médica (43.5%). Más del 50% de los encuestados refirió que **nunca o pocas veces** informó acerca de atención comunitarios,. Si bien el 45.5 % refirió realizar **siempre o con mucha frecuencia** la valoración del riesgo en que se encontrara la mujer, sólo el 20% manifestó ayudar a la mujer en peligro a elaborar un plan de emergencia, tanto que el 68.9 % de los respondentes lo hizo **pocas veces o nunca**.

4) Creencias-preconceptos acerca de la violencia basada en género

Creencias socioculturales relacionadas a situaciones de asimetría de género

En este punto más del 50% de los participantes respondieron **siempre ciertos** a los enunciados que consideraban: es responsabilidad del equipo de salud preguntar a las mujeres acerca de situaciones de violencia física, emocional, sexual y abuso sexual en la niñez; el personal del equipo de salud tiene la misma responsabilidad de preguntar sobre situaciones de violencia familiar que sobre otros temas de salud; cuando una mujer no quiere hablar de su situación no hay que obligarla; es responsabilidad de los hombres controlar su conducta sexual; el sexo forzado dentro del matrimonio es una violación.

Más del 50% de los participantes respondieron **nunca ciertos** a los enunciados que expresaban: las mujeres se ofenderían si se les pregunta por VBG; la violencia familiar es el que los demás no deben interferir; la violencia familiar es un problema que se origina en la pobreza y falta de educación; algunas mujeres con su comportamiento inapropiado son culpables de la situación de violencia; el relato de abuso sexual infantil puede ser fantaseado; muchas mujeres tienen la culpa del abuso sexual porque lo provocan con comportamientos sexuales inapropiados; los hombres no pueden controlar su propia conducta sexual; las madres son culpables del abuso sexual de sus hijas porque no las cuidan adecuadamente; los hombres cometen incesto porque sus esposas no los satisfacen sexualmente; en la mayoría de los casos si una mujer se defiende puede evitar que la violen. Es relevante mencionar los enunciados que reportaron una proporción de relativa importancia, para la opción **a veces ciertos** por sus implicancias: las mujeres se sentirían ofendidas si se les pregunta sobre VBG; la mayoría de las víctimas negarán la violencia si se les pregunta; el alcoholismo y las drogas son las causas del comportamiento violento;

algunas mujeres no abandonan a sus parejas violentas porque de alguna manera les gusta ser tratadas de esa manera; los relatos de abuso sexual infantil pueden ser fantaseados; las madres son las culpables del abuso sexual de sus hijas porque no las cuidan adecuadamente.

Preconceptos relacionados con los efectos de la VBG sobre la salud de las mujeres y sus hijos y reconocimiento de situaciones de mayor riesgo

Una importante proporción de las respuestas expresan desconocimiento acerca de si las mujeres víctimas de VBG tienden a usar más los servicios de salud; tienden a realizar más intentos de suicidios; si la VBG durante el embarazo es más frecuente que la pre-eclampsia o la diabetes gestacional; y si el momento de dejar a un hombre violento constituye un momento de mayor peligro.

Una alta proporción considera que las mujeres están más expuestas a sufrir violencia por parte de hombres conocidos; los hijos/as pueden ser afectados muy seriamente por la violencia familiar aun si no la han sufrido directamente; los niños/as expuestos a situaciones de violencia familiar tienden a repetir estas conductas como adultos.

5) Aceptabilidad de la exploración sistemática de situaciones de VBG desde el equipo de salud

El 85.1% de los encuestados considera importante explorar en forma sistemática la existencia de situaciones de violencia.

Considerando este acto como una oportunidad valiosa para ofrecer contención y asistencia.

b) Sistema de Atención Primaria en Salud (APS) de Presidencia Roque Sáenz Peña, Provincia de Chaco.

1) Experiencias previas de exploración de alguna forma de VBG:

El 65.5% de los encuestados refirió haber explorado en el año anterior la existencia de alguna forma de violencia hacia la mujer en el contexto de su práctica asistencial. El 70% refirió no sentir incomodidad para preguntar por situaciones de maltrato físico y emocional, sintiendo mayor incomodidad para situaciones de violencia sexual y abuso sexual en la niñez.

Al explorar las posibles limitaciones que podrían interferir con la posibilidad de preguntar a las mujeres sobre este padecimiento, se mencionaron en orden decreciente de frecuencia las siguientes: escasez de recursos para derivar (100%), falta de capacitación (91,3%), imposibilidad de hablar a solas (88%), impotencia frente al hecho (83,3%), falta de tiempo para preguntar (79,2%), temor a ofender a la mujer (76,9%), temor a aspectos legales (72%), temor a represalias del agresor (62,5%).

2) Autopercepción del nivel de capacitación:

Los participantes refirieron percibir en sí mismos **bajo** nivel de capacitación para : hablar de VBG con las mujeres, detectar violencia sexual y abuso sexual infantil, asistir a mujeres que sufren VBG, valorar el riesgo en el que se encuentra la mujer y sus hijos, elaborar plan de emergencia, registrar casos detalladamente en la historia clínica. Y un nivel de capacitación **medio** para detectar violencia física y violencia emocional y orientar y derivar.

3) Frecuencia de prácticas implementadas, en el último año, ante una mujer víctima de violencia:

De la población encuestada menos del 40% refirió haber realizado **siempre o con mucha frecuencia** las siguientes acciones: identificar a la mujer víctima de violencia; registrar información acerca de un caso; orientar a la mujer acerca de sus derechos relacionados con la violencia; informar sobre servicios de derivación para asistencia legal o servicios comunitarios (ONGs), superados escasamente por la frecuencia de derivación para asistencia psicológica (42.3%) y médica (48%). Más del 50% de los encuestados refirió que **nunca o pocas veces** realizó el registro de un caso de maltrato. Si bien con mucha frecuencia se escucha y apoya a la mujer víctima de violencia (46.2%), se le informa acerca de las consecuencias que el maltrato tiene sobre su salud (52%), se valora el nivel de peligro (45.5%), sólo el 24% manifestó ayudar **siempre o muchas veces** a la mujer en peligro a elaborar un plan de emergencia.

4) Creencias-preconceptos acerca de la violencia basada en género

Creencias socioculturales relacionadas a situaciones de asimetría de género

En este punto más del 50% de los participantes respondieron **siempre ciertos** a los enunciados que consideraban: es responsabilidad del equipo de salud preguntar a las mujeres acerca de situaciones de violencia física, emocional, sexual y abuso sexual en la niñez; el personal del equipo de salud tiene la misma responsabilidad de preguntar sobre situaciones de violencia familiar que sobre otros temas de salud; es responsabilidad de los hombres controlar su conducta sexual; el sexo forzado dentro del matrimonio es una violación.

Más del 50% de los participantes respondieron **nunca ciertos** a los enunciados que expresaban: la violencia familiar es un problema que se origina en la pobreza y falta de educación; el relato de abuso sexual infantil puede ser fantaseado; muchas mujeres tienen la culpa del abuso sexual porque lo provocan con comportamientos sexuales inapropiados; los hombres cometen incesto porque sus esposas no los satisfacen sexualmente.

Es relevante mencionar los enunciados que reportaron una proporción de relativa importancia, para la opción **a veces ciertos** por sus implicancias: las mujeres se sentirían ofendidas si se les pregunta sobre VBG; la violencia familiar es un asunto en el que los demás no deben interferir; la mayoría de las víctimas negarán la violencia si se les pregunta; el alcoholismo y las drogas son las causas del comportamiento violento; el personal de salud tiene la misma responsabilidad de preguntar acerca de situaciones de violencia familiar que sobre otros problemas de salud; si la mujer no quiere hablar de su situación no se la debe presionar para que lo haga; algunas mujeres con su comportamiento inapropiado son las culpables de la situación de violencia; algunas mujeres no abandonan a sus parejas violentas porque de alguna manera les gusta ser tratadas de esa manera; los relatos de abuso sexual infantil pueden ser fantaseados; algunas mujeres tienen la culpa del abuso sexual porque lo provocaron a través de comportamientos sexuales inapropiados; los hombres no pueden controlar su conducta sexual; las madres son las culpables del abuso sexual de sus hijas porque no las cuidan adecuadamente; los hombres que cometen incesto lo hacen porque sus esposas no los satisfacen sexualmente; los hombres que abusan de sus parejas lo hacen porque son frecuentemente enfermos mentales; en la mayoría de los casos, si una mujer se defiende puede evitar que la violen.

Preconceptos relacionados con los efectos de la VBG sobre la salud de las mujeres y sus hijos y reconocimiento de situaciones de mayor riesgo

Una importante proporción de las respuestas expresaron desconocer si la VBG durante el embarazo es más frecuente que la pre-eclampsia o la diabetes gestacional.

Una alta proporción considera que las mujeres están más expuestas a sufrir violencia por parte de hombres conocidos; las mujeres víctimas de VBG tienden a hacer más intentos de suicidios; la mujer está finalmente fuera de peligro cuando ella deja a la pareja abusiva; que el momento de mayor peligro es cuando la mujer decide dejar a un hombre violento; los hijos/as pueden ser afectados muy seriamente por la violencia familiar aun si no la han sufrido directamente; los niños/as expuestos a situaciones de violencia familiar tienden a repetir estas conductas como adultos.

5) Aceptabilidad de la exploración sistemática

El 86.7% de los encuestados considera importante explorar en forma sistemática la existencia de situaciones de violencia. Considerando este acto como una oportunidad valiosa para ofrecer contención y asistencia.

c) Centro de Salud N ° 7, Barrio Piedrabuena. .

1) Experiencias previas de exploración de alguna forma de VBG:

El 85.5% de los encuestados refirió haber explorado en el año anterior la existencia de alguna forma de violencia hacia la mujer en el contexto de su práctica asistencial. El 70% refirió no sentir incomodidad para preguntar por situaciones de maltrato físico y emocional, sintiendo mayor incomodidad para situaciones de violencia sexual y abuso sexual en la niñez.

Al explorar las posibles limitaciones que podrían interferir con la posibilidad de preguntar a las mujeres sobre este padecimiento, se mencionaron en orden decreciente de frecuencia las siguientes: falta de capacitación (95%), escasez de recursos para derivar (88.9%), , imposibilidad de hablar a solas (78.9%), falta de tiempo para preguntar(77.8%), impotencia frente al hecho (57.9%), temor a ofender a la mujer (47.4%), temor a aspectos legales (21.1%), temor a represalias del agresor (21.1%).

2) Autopercepción del nivel de capacitación:

Los participantes refirieron percibir en sí mismos **bajo** nivel de capacitación para : hablar de VBG con las mujeres, para detectar violencia física y violencia emocional . detectar violencia sexual y abuso sexual infantil, asistir a mujeres que sufren VBG, valorar el riesgo en el que se encuentra la mujer y sus hijos, elaborar plan de emergencia, y orientar y derivar. Y un nivel de capacitación **medio** Para registrar casos detalladamente en la historia clínica.

3) Frecuencia de prácticas implementadas, en el último año, ante una mujer víctima de violencia:

En este centro asistencial menos del 40% de la población encuestada refirió haber realizado **siempre o con mucha frecuencia** las siguientes acciones: identificar a la mujer víctima de violencia; escuchar y apoyar a una víctima; registrar información acerca de un caso; orientar a la mujer acerca de sus derechos relacionados con la violencia; informar sobre servicios de derivación para asistencia psicológica, legal, médica o servicios comunitarios (ONGs). Más del 50% de los encuestados refirió que sólo **algunas veces** informó acerca de servicios de atención comunitarios, informó acerca de los efectos del maltrato sobre la salud, valoró el nivel de peligro en el que se hallare la mujer o ayudó a elaborar un plan de emergencia a una mujer en situación de peligro.

4) Creencias-preconceptos acerca de la violencia basada en género

Creencias socioculturales relacionadas a situaciones de asimetría de género

En este centro más del 50% de los participantes respondieron **siempre ciertos** a los enunciados que consideraban: es responsabilidad del equipo de salud preguntar a las mujeres acerca de situaciones de violencia física, emocional, sexual y abuso sexual en la niñez; el personal del equipo de salud tiene la misma responsabilidad de preguntar sobre situaciones de violencia familiar que sobre otros temas de salud; es responsabilidad de los hombres controlar su conducta sexual; el sexo forzado dentro del matrimonio es una violación.

Más del 50% de los participantes respondieron **nunca ciertos** a los enunciados que expresaban: la violencia familiar en el que los demás no deben interferir; algunas mujeres con su comportamiento inapropiado son culpables de la situación de violencia; algunas

mujeres no abandonan a sus parejas violentas porque de alguna manera les gusta ser tratadas de esa manera; el relato de abuso sexual infantil puede ser fantaseado; muchas mujeres tienen la culpa del abuso sexual porque lo provocan con comportamientos sexuales inapropiados; los hombres no pueden controlar su propia conducta sexual; las madres son culpables del abuso sexual de sus hijas porque no las cuidan adecuadamente; los hombres cometen incesto porque sus esposas no los satisfacen sexualmente.

Es relevante mencionar los enunciados que reportaron una proporción de relativa importancia, para la opción **a veces ciertos** por sus implicancias: las mujeres se sentirían ofendidas si se les pregunta sobre VBG; la mayoría de las víctimas negarán la violencia si se les pregunta; si la mujer no quiere hablar sobre su situación no se la debe presionar para que lo haga; la violencia familiar es un problema que se origina en la pobreza y la falta de educación; el alcoholismo y las drogas son las causas del comportamiento violento; las madres son las culpables del abuso sexual de sus hijas porque no las cuidan adecuadamente; los hombres que abusan de sus parejas son frecuentemente enfermos mentales; en la mayoría de los casos si una mujer se defiende puede evitar que la violen.

Preconceptos relacionados con los efectos de la VBG sobre la salud de las mujeres y sus hijos y reconocimiento de situaciones de mayor riesgo

Una importante proporción de las respuestas expresan desconocimiento acerca de si las mujeres víctimas de violencia tienden a realizar más intentos de suicidios; si la VBG durante el embarazo es más frecuente que la pre-eclampsia o la diabetes gestacional; y si el momento de dejar a un hombre violento constituye un momento de mayor peligro.

Una alta proporción considera que las mujeres víctimas de violencia familiar tienden a usar más los servicios de salud; las mujeres están más expuestas a sufrir violencia por parte de hombres conocidos; los hijos/as pueden ser afectados muy seriamente por la violencia familiar aun si no la han sufrido directamente; los niños/as expuestos a situaciones de violencia familiar tienden a repetir estas conductas como adultos.

5) Aceptabilidad de la exploración sistemática

El 86.4% de los encuestados considera importante explorar en forma sistemática la existencia de situaciones de violencia. Considerando este acto como una oportunidad valiosa para ofrecer contención y asistencia.

Al intentar sintetizar los resultados obtenidos en los tres centros para esta Encuesta, surgen los siguientes hallazgos de relevancia:

Una alta proporción de los encuestados había realizado detección de algún tipo de violencia contra la mujer en el último año, en el contexto de su práctica asistencial, refiriendo mayor incomodidad para explorar situaciones de violencia sexual y abuso sexual en la infancia que para explorar violencia física o emocional.

De los supuestos que enunciaban las posibles limitaciones que pudieran intervenir en la detección de VBG en el marco de la consulta, en distintas proporciones todos fueron seleccionados. Entre los principales se destacan: falta de capacitación, falta de recursos para derivar, falta de intimidad y tiempo en la consulta, y temor a ofender a la mujer o recibir represalias por el agresor.

En cuanto a la auto-percepción del nivel de capacitación en la temática, la mayoría refiere bajo nivel de capacitación para todas las acciones que podría implementar frente a una mujer que sufre violencia familiar. Los profesionales médicos refirieron percibir un nivel medio de capacitación para detectar violencia física y emocional y para realizar un registro del caso en la historia clínica; en tanto que el personal de enfermería; auxiliares y administrativos refirieron un nivel medio de capacitación para orientar y derivar a la mujer.

En relación a lo actuado durante el año anterior, la mayoría de las prácticas ejecutables, ante una mujer víctima de cualquier tipo de violencia, fueron implementadas en baja frecuencia (< 40%). Aún siendo *la valoración del riesgo* una de las prácticas más realizadas, alrededor del 70% refirió que nunca o pocas veces había ayudado a la elaboración de un plan de emergencia para la mujer.

De los enunciados destinados a explorar creencias socioculturales relacionadas a situaciones de asimetría de género es importante destacar aquellos que al ser catalogados en una proporción de relativa importancia, como **a veces ciertos**, se transforman en un obstáculo para el abordaje de la VBG desde la perspectiva de género. Ej: *la mayoría de las víctimas negarán la violencia si se les pregunta; algunas mujeres no abandonan la relación violenta porque de algún modo gustan de ese trato; la violencia familiar es un problema que se origina en la pobreza y la falta de educación; el alcoholismo y las drogas son las causas del comportamiento violento; las madres son las culpables del abuso sexual de sus hijas porque no las cuidan adecuadamente; los relatos de abuso sexual de niñas o*

adolescentes pueden ser fantaseados; los hombres que abusan de sus parejas son frecuentemente enfermos mentales; en la mayoría de los casos si una mujer se defiende puede evitar que la violen.

Entre los preconceptos relacionados con los efectos de la VBG sobre la salud de las mujeres y sus hijos y reconocimiento de situaciones de mayor riesgo, el mayor desconocimiento fue acerca de que las mujeres que sufren violencia usan más los sistemas de salud y realizan más intentos de suicidio; que la VBG es en el embarazo más frecuente que la pre-eclampsia y la DBT gestacional y que el momento de abandonar a un hombre violento es un momento de alto riesgo en el ciclo de la violencia hacia la mujer.

Para finalizar más del 85% de los encuestados consideró importante la exploración sistemática de VBG en el ámbito del sistema de salud, pudiendo constituir éste una oportunidad única.

4.2. Diseño y aplicación de un programa de sensibilización y capacitación para la detección y asistencia en VBG.

4.2.1 Diseño del programa de sensibilización y capacitación en VBG

Se diseñaron los módulos de sensibilización y capacitación para el abordaje de VBG, según las fortalezas y debilidades observadas en cada centro a partir de la exploración realizada en la etapa anterior. En términos generales la capacitación se desarrolló según el siguiente programa:

Clase N°1 Tema: Violencia Basada en Género

Objetivos: Que los participantes:

- Inicien un proceso de sensibilización en relación con los temas de VBG
- Introducir la perspectiva de Género como variable de análisis
- Reconozcan la importancia de la VBG
- Conozcan los mitos mas habituales con respecto a la VBG

Clase: VBG: Definición. Prevalencia. Factores de riesgo. Mitos de la violencia basada en género. Violencia y familia: Entrecruzamiento con las variables de Género y poder. Dificultades para abandonar la relación.

Materiales: Presentaciones en PowerPoint o para retroproyector

Video - “Basta. Las mujeres dicen no a la violencia” (IPPF)

Clase N° 2 Tema: Consecuencias para la Salud de la VBG
Detección de VBG en la Consulta Médica

Objetivos: Que los participantes:

- Puedan reconocer los síntomas habituales en las mujeres que sufren VBG
- Puedan detectar los casos que se les presenten en la consulta
- Puedan implementar la herramienta de detección

Clase: Efecto de la violencia física y psicológica sobre la salud. Battering Syndrome, cómo reconocer situaciones de violencia en la consulta médica. Utilización del RADAR Importancia de la problemática para la salud pública. Capacitación en detección: Aplicación de una herramienta breve

Materiales: Presentaciones en PowerPoint o para retroproyector

Video - “Basta. El Sector Salud dice no a la Violencia.” (IPPF)

Encuesta: “Herramienta breve para la detección de situaciones de VBG en la consulta clínica”.

Clase N° 3 Tema: Violencia Invisible.

Objetivos: Que los participantes:

- Puedan reconocer las situaciones de violencia invisible
- Reflexionen acerca de las diferentes formas de violencia institucional

Clase: Definición. Características. Clasificación. Familia, trabajo, escuela. La violencia invisible en la pareja y en la sociedad Niños y ancianos. Consecuencias emocionales y físicas. Violencia Institucional: la “doble victimización”.

Materiales: Presentaciones en PowerPoint o para retroproyector.

Proyección de un video disparador

Clase N° 4: Aspectos Legales y Difusión de una Guía de Recursos

Clase: Presentación de las leyes nacional y provinciales de Protección Contra la Violencia Familiar. Derechos y obligaciones de los profesionales de la salud. Recursos Legales Disponibles.

Materiales: Guía de Recursos para la asistencia de VBG en Capital federal y gran Buenos Aires

4.2.2 Aplicación del programa de sensibilización y capacitación en VBG

a) Servicio de Pediatría del Hospital de Clínicas.

- Personal administrativo y de enfermería.

De las reuniones iniciales con representantes claves del servicio de pediatría surgió la preocupación de separar los encuentros para la sensibilización y capacitación del personal administrativo y de enfermería de los encuentros con el personal médico, de modo de garantizar un ámbito cómodo de expresión y discusión para cada grupo.

Otra inquietud planteada en esta etapa fue la de incluir en la convocatoria a los integrantes del servicio de Psicopatología Infantil, para mejorar la capacidad de abordaje de las situaciones de VBG ofreciendo un recurso local para la asistencia de los niños.

Se realizaron dos encuentros con el personal administrativo y de enfermería de una hora y media de duración cada uno, durante su horario de almuerzo, dado que es muy difícil para el personal administrativo y de enfermería suspender sus actividades.

El primer encuentro fue de sensibilización, en él se completaron las encuestas y se trabajaron, en forma de taller, los conceptos básicos de la violencia contra la mujer, a través de “los mitos de la violencia Familiar” desarrollados por Jorge Corsi².

El segundo encuentro fue de capacitación. Concurrieron 17 personas y duró una hora y media: Durante la primera media hora se trabajó sobre las dudas y cuestionamientos surgidos del primer encuentro y sobre las dificultades que derivan de la práctica. Durante la

² Corsi J. *Violencia familiar, una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar*. Ed. Paidós, Buenos Aires. 1994.

hora siguiente se trabajó sobre “El ingreso de la mujer víctima de violencia al servicio de salud” remarcando la importancia del personal administrativo y de enfermería en este primer contacto. La actividad se realizó también en forma de taller, con un video disparador, desarrollo teórico con filminas y la puesta en común de los conceptos elaborados. Como bibliografía se utilizó el Manual de referencia para profesionales de salud de países en desarrollo: “Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la Violencia Basada en Género”

Las participantes de los dos talleres tuvieron una actitud muy activa y positiva, remarcando la importancia de recibir capacitación, tanto en este tema tan “delicado” como en otros temas de salud.

- Personal Médico:

Se invitó a participar en el programa de sensibilización y capacitación a todos los médicos del servicio de pediatría, área de internación y ambulatoria. Esta convocatoria contó con la colaboración de la jefatura del Servicio. Se eligió para la realización de los encuentros el mismo día, horario y lugar en el que habitualmente se realizan los ateneos centrales del departamento de pediatría.

Los profesionales que participaron se mostraron interesados con la problemática, aunque expresaron la dificultad que implica para ellos realizar entrevistas de detección de VBG en las consultas pediátricas.

b) Sistema de Atención Primaria en Salud (APS) de Presidencia Roque Sáenz Peña, Provincia de Chaco.

El contacto con el sistema de Atención Primaria (APS) de Presidencia Roque Sáenz Peña se realizó a través de su director, el Dr, Néstor Altamiranda.

Se realizaron tres reuniones de capacitaciones por la mañana y tres por la tarde. En la primera se realizó el “Análisis de situación” y las capacitaciones en “Perspectiva de Género”, y “Aspectos generales de la VBG”. En el segundo viaje se trabajó sobre “Violencia Invisible”, “La detección de VBG en la consulta médica” y la utilización de

la “Herramienta breve de detección de VBG en la consulta médica” En el tercer encuentro se invitó a participar a la Lic. Silvia Bonder, psicóloga, que trabaja hace ya algún tiempo en la temática y que realiza asistencia a mujeres víctimas de VBG en Presidencia Roque Sáenz Peña, para que el personal sanitario se conectara con el recurso de asistencia con el que cuentan, y para que ella relatará como trabaja con las pacientes. Se convocó también a una abogada local para que explicara los aspectos legales de la VBG y las características particulares de la ley de la provincia del Chaco.

La asistencia de médicos fue mínima, no así el personal auxiliar, que se mostró deseoso de capacitarse en una temática que evaluaron como altamente frecuente. La concurrencia se mantuvo durante los tres encuentros, con un nivel de compromiso y de participación alto.

Los participantes aceptaron realizar una prueba piloto para aplicar la encuesta para la detección de situaciones de violencia en la consulta clínica, luego de efectuarla enviaron las mismas a Buenos Aires por lo que en el mes de Diciembre se realizó un último viaje, para devolver los resultados, entregar el material de folletería, cartelería (otorgada por el Consejo Nacional de la Mujer) el CD y sus diplomas.

c) Centro de Salud nº 7. Barrio Piedrabuena

Los integrantes del equipo de salud del CeSac N°7 que participaron mostraron desde el primer momento un gran interés en participar del proyecto, dado que reconocían tener una gran población de mujeres víctimas de violencia entre sus pacientes, así como también las dificultades que presentaba su asistencia por no contar con la capacitación adecuada. El personal médico, administrativo, de enfermería y del área de psicosociales realizaron la capacitación juntos, mostrando una buena interacción. Aunque el centro cuenta con varias trabajadoras sociales, solo una concurrió a la capacitación.

Las clases se desarrollaron según el programa ya descrito. El grupo se mantuvo a lo largo de los cuatro encuentros, la participación fue muy activa e interesada.

4.2.3. Detección de VBG:

a) Servicio de Pediatría del Hospital de Clínicas.

Tanto los médicos como el personal auxiliar del servicio de Pediatría del Hospital de Clínicas expresaron la importancia de la detección de VBG en el consultorio, sin embargo los médicos lo consideraron difícil de poner en práctica, dado que difícilmente se encontrarán a solas con la madre en el consultorio al concurrir a consultar por sus hijos. El personal auxiliar comentó que podían tener mas posibilidades cuando las madres se encontraban en la sala de espera. De todos modos, aunque se quedaron con algunas herramientas de detección para VBG en la consulta Clínica, no realizaron un trabajo de detección sistemática.

b) Sistema de Atención Primaria en Salud (APS) de Presidencia Roque Sáenz Peña, Provincia de Chaco.

Todos los concurrentes expresaron la importancia de contar con una herramienta de detección para VBG en la consulta Médica, por lo que en el 2º encuentro se diagramó un ensayo de aplicación de la encuesta para la detección de que arrojó los siguientes resultados:

**Encuesta para la detección de situaciones de violencia contra la mujer
Atención Primaria
Presidencia Roque Sáenz Peña-Chaco**

Objetivo: estimar la prevalencia de situaciones de violencia emocional, física, sexual, o abuso sexual en la niñez.

Población: se aplicó la encuesta a 94 mujeres que concurren a los centros de salud.

Resultados:

- Un total de 61 (65 %) mujeres refirieron sufrir algún tipo de violencia.
- Violencia emocional 54 mujeres (57.4 %)
- Violencia física 35 mujeres (37.2 %)

- Violencia sexual 12 mujeres (13 %)
- Abuso sexual niñez 9 mujeres (9.6%)
- En el 80% de los casos el perpetrador fue la pareja y en los casos de abuso sexual infantil un familiar directo
- De las 33 mujeres que nunca habían sufrido situaciones de violencia 10 (30%) contestaron que temían que esto les ocurriera hoy en sus casas; y 7 (21%) que no sabían si esto podría ocurrir.

Conclusiones

La prevalencia de situaciones de VBG es muy alta.

Existe una población importante sobre la cual se puede trabajar en prevención primaria.

La aplicación de esta encuesta ha sido un modo de implementar la detección sistemática de VBG, y dar objetividad a una situación sospechada, primer paso en la asistencia a quienes sufren estas situaciones.

c) Centro de Salud nº 7. Barrio Piedrabuena

En este grupo, aunque se mostraron interesados en aplicar la encuesta, propusieron incorporar la práctica de detección a la consulta general y planificar un protocolo para estimar prevalencia de VBG en mujeres que se atienden en centros de salud en los que funciona interviene la residencia de medicina general.

4.2.4 Implementación de GAM- VBG

Un concepto importante en Salud Pública es el de la optimización de los recursos existentes antes de la creación de recursos que dupliquen esfuerzos sin mayores beneficios. Con esta mirada se organizó la implementación de los GAM- VBG.

a) Servicio de Pediatría del Hospital de Clínicas.

Ante la expresa necesidad de contar con un recurso para derivar a las pacientes una vez hecha la detección en VBG, generó una gran tranquilidad en el personal de salud conocer el recurso existente en el propio hospital, esto es, el Programa De Asistencia De Mujeres Víctimas De VBG En El PMIG (Programa de Medicina Interna General)

desde ese momento ha habido varias derivaciones al programa desde el Servicio de Pediatría del hospital

b) Sistema de Atención Primaria en Salud (APS) de Presidencia Roque Sáenz Peña, Provincia de Chaco.

Al conocer la existencia de profesionales trabajando en la asistencia de mujeres víctimas de VBG, y con la idea de movilizar los recursos locales disponibles, el objetivo fue que el sistema de APS de la ciudad y la profesional a cargo se conocieran y compartieran como trabajaba cada uno y como sería factible la derivación. Este objetivo se cumplió exitosamente durante el tercer encuentro.

c) Centro de Salud nº 7. Barrio Piedrabuena

Al finalizar la capacitación los concurrentes comentaron su intención de formar un grupo de Ayuda Mutua para mujeres víctimas de VBG, dado que, por estar el centro de Salud ubicado en un barrio muy carenciado, las mujeres no cuentan con recursos para trasladarse a algún otro centro que tenga asistencia en VBG. Por esta razón se organizó una capacitación en Grupos de Ayuda Mutua para Mujeres Víctimas de Violencia Basada en Género (GAM- VBG) en el Hospital de Clínicas JDSM a la que concurrieron las personas que coordinaran dicho espacio.

4.2.5 Materiales de capacitación y difusión en VBG

Como cierre del programa de sensibilización y capacitación durante el último encuentro se entregó a cada centro material de folletería y cartelería (otorgada por el Consejo Nacional de la Mujer) para la ambientación de cada lugar como sitio comprometido con la temática de la violencia contra la mujer, ejemplares impresos de una guía de recursos de la Ciudad de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires, ejemplares impresos de la encuesta validada para la detección de VBG en la consulta médica y un CD (se adjunta a esta presentación) que contiene artículos referidos al tema, clases en formato Powerpoint, fotos, presentaciones orales, guía de recursos, legislaciones nacional y provinciales y herramienta de detección.

5. Conclusiones:

Los equipos de salud que aceptaron participar en este proyecto, lo hicieron motivados no sólo por la invitación a hacerlo sino también por su intención de dar a la problemática de la VBG un espacio de mayor relevancia en el ejercicio de su práctica profesional.

Para la planificación de este trabajo fue tenido en cuenta el manual “Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género”, valioso documento realizado con el objetivo de: documentar y difundir las lecciones aprendidas como resultado de la iniciativa regional de la IPPF/RHO; suministrar a profesionales de salud en países en desarrollo las herramientas para mejorar la respuesta del sector salud a la violencia contra la mujer; e identificar los constantes desafíos y debates acerca de cómo el sector salud debiera tratar el problema de la violencia basada en género. Se incluyen en este material las recomendaciones acerca de los pasos previos necesarios para poner en marcha un programa que pueda dar respuesta a las mujeres que sufren violencia familiar. Entre ellos se destacan el llevar a cabo una evaluación inicial de la propia institución que permita conocer tanto los aspectos institucionales como los conocimientos, actitudes y prácticas de sus integrantes con respecto a la VBG; capacitarse en la temática de género y epidemiología de la violencia basada en género; conocer el marco legal y los recursos de servicios disponibles cercanos a cada institución; y prever que sus esfuerzos y acciones no se conviertan en fuentes de daño para las mujeres afectadas.

De este modo, tres centros asistenciales de distintas características organizacionales realizaron a lo largo de esta investigación el análisis de situación de su propia institución y recorrieron un programa de sensibilización y capacitación, adaptado a cada lugar, para el abordaje de la Violencia Basada en Género.

A partir del análisis de situación realizado, cada institución pudo identificar, objetivamente, cuáles son los conocimientos que tienen sus integrantes con respecto al tema de la VBG en general y al desempeño de su institución en referencia a la misma; así como también los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la violencia basada en género que circulan en el equipo. Lo valioso de este diagnóstico de situación fue que los hallazgos obtenidos, que en general reflejaron un alto grado de desconocimiento, limitaciones, temores y prejuicios, fueron datos nacidos en el seno de cada grupo a modo de espejo de su propia imagen.

El diseño y aplicación del programa de sensibilización y capacitación, si bien se basó en el desarrollo de lineamientos conceptuales, se llevó adelante como un espacio para la discusión de las dificultades reconocidas durante el diagnóstico de situación; de este modo permitió recrear situaciones de la práctica asistencial en el contexto teórico adecuado. Así se planteó la gran gama de posibles actitudes, acciones y recursos que una institución puede desplegar, según sus posibilidades reales, en la asimilación de la violencia basada en género como problema de salud.

Finalmente cada centro generó su propuesta para dar continuidad al fortalecimiento de su capacidad de respuesta a las mujeres que sufren violencia.

A pesar de que la transformación institucional necesaria para el abordaje de la VBG es un proceso a largo plazo, las actividades realizadas iniciaron formalmente este camino.

La Violencia Basada en Género constituye una problemática a ser tratada teniendo en cuenta los diferentes ámbitos en los que las personas interactúan: el ámbito individual, el de los vínculos primarios, el de los vínculos sociales y el de los aspectos culturales. En este sentido, el “modelo ecológico” de Urie Bronfenbrenner, expresa que “...la realidad familiar, la realidad social y la cultura pueden entenderse organizadas como un todo articulado, compuesto por diferentes sistemas que se articulan entre sí de manera dinámica”. De esta manera “el ambiente ecológico se concibe como un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente, como las muñecas rusas” (Bronfenbrenner, 1987) y parte del concepto de que ninguna conducta humana puede ser entendida aislada del contexto en que se desarrolla. Estas estructuras

deben entenderse como sistemas dinámicos, que pueden modificarse y expandirse. Bronfenbrenner, llama a los entornos interactuantes **microsistema**, en referencia a las interacciones familiares y de los vínculos mas íntimos, **exosistema**, constituido por los sistemas sociales que funcionan ordenando y proveyendo bienestar a la sociedad, como la escuela, la policía, el sistema sanitario, la iglesia, las organizaciones comunales, y **macrosistema**, al constituido por el sistema de creencias.

Desde esta perspectiva, todos estos sistemas forman parte de la producción de realidades sociales, de su regulación, modificación e instalación. Según este modelo el sistema de salud así como las demás instituciones mencionadas es parte de él y está por él atravesado, por lo cual su transformación ante la problemática de la VBG es compleja e imprescindible ya que su “ceguera” frente a la misma no es inocua, sino que puede ser generadora de conductas violentas que se reproducen en la sociedad, y repercutir negativamente en los otros componentes, concretamente sobre las personas, sus vínculos, ámbitos sociales y creencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belém do Pará); junio 1994
2. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración de la eliminación de la violencia contra la mujer. Medidas del Plenario No. 85. Ginebra, 20 de Dic., 1993.
3. “Asunto de Géneros: Política de Géneros de la OMS y la importancia del género en las intervenciones e investigación en salud”. Presentación en Power Point. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2003. (Disponible en www.who.int, accesado 10/2003).
4. Violence by Intimate Partners. World report on violence and health, WHO, Geneva 2002
5. Informe del Consejo Nacional de la Mujer a la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, 1998.
6. Mc Cauley J., Kern D., Kolodner K., Dill L., Schroeder A., DeChant H., Ryden J., Bass E., Derogatis L. The “Battering Syndrome”: Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med* 1995;123:737-746.
7. Coker A, Smith P, Bethea L, et al. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med* 2000;9:451-7.
8. Medina S Guía de trabajo para la detección e intervención de la VBG. Servicio de VBG PLAFAM. México, 2002
9. Association of Professors of Medicine. What internists need to know: Core competencies in women’s health. *Am J Med* 1997;102:507-512.
10. CDC. Family violence education in medical school-based residency programs — Virginia— 1985. *MMWR* 1996;45(31) :669-671.
11. CDC. Violence education in family practice residency programs—United States, 1989. *MMWR* 1991;40:428-430.
12. Mejía R., Alemán M, Fernández A, Perez Stable EJ. Conocimiento y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. *Medicina* (Buenos Aires) 2000; 60:591-594.
13. Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en Género Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, INC, IPPF/RHO Herramientas, (2) Sept. 2004

ANEXO I**ENCUESTA AL EQUIPO DE SALUD.****PROPÓSITO DE ESTA ENCUESTA:**

Obtener información sobre los conocimientos, las experiencias y perspectivas del personal de salud acerca de las mujeres que sufren o han sufrido situaciones de violencia.

Aunque en su práctica Usted no haya asistido a mujeres víctimas de violencia, sus respuestas serán igualmente valiosas.

Los hallazgos de esta encuesta serán utilizados para el desarrollo de materiales de sensibilización y capacitación en sistemas de salud.

Instructivo:

No es necesario escribir su nombre.

Por favor complete toda la encuesta.

La encuesta no evalúa desempeño, por lo que solicitamos que conteste con la mayor sinceridad. Sus respuestas serán absolutamente confidenciales, la información obtenida no se analizará en forma individual sino en conjunto con las demás encuestas.

DATOS DEMOGRÁFICOS: Para cada ítem marque sólo una opción.

Sexo

Femenino

Masculino

Edad: ----- años

Institución de pertenencia:

Puesto o cargo que ejerce en esta institución:

Enfermera/o

Médico/a

Lic. En Trabajo Social

Psicólogo/a

Obstétrica

Agente de salud

Administrativo/a

Otro: cuál:

Años cumplidos trabajando en esta institución:

- Menos de 1 año
- 1 a 3 años
- 4 a 6 años
- 7 o más años

Durante una semana de trabajo habitual ¿cuántas mujeres de más de 12 años atiende usted?

- Ninguna
- 1 a 10 mujeres
- 11 a 20 mujeres
- 21 a 30 mujeres
- Más de 30 mujeres

Por favor marque la opción que le resulte más adecuada:

CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER.
--

1) Con respecto al tema “violencia contra la mujer”, el conocimiento general que tiene de la problemática le resulta:

- Absolutamente suficiente
- Muy suficiente
- Suficiente
- Poco suficiente
- Nada suficiente

2. ¿Con qué frecuencia considera que ocurren en nuestro país situaciones de la violencia contra la mujer?

- Extremadamente frecuente
- Muy frecuente
- Frecuente
- Poco frecuente
- Nada frecuente

3. ¿Considera que las mujeres que sufren violencia doméstica usan el sistema de salud mas que aquellas que no la sufren, aunque sea por otros motivos de consulta?

- SI
- NO
- NO SABE

4. ¿En qué medida le parece importante, que el equipo de salud del que usted forma parte, trabaje en prevención y asistencia de violencia contra la mujer?

- Extremadamente importante
 - Muy importante
 - Importante
 - Poco importante
 - Nada importante
5. En el área de cobertura de su programa de salud, ¿conoce cuáles son los lugares principales de detección y atención de mujeres adultas con experiencias de violencia basada en género?
- SI
 - NO
 - NO SABE
6. ¿Hay organizaciones en el área de cobertura de su programa de salud que ofrezcan los siguientes servicios?

	Grupos de apoyo para mujeres	Programas estatales de protección a las personas menores de edad	Albergues Y/o Refugios	Asesoría legal, psicológica y social a mujeres víctimas de violencia
SI				
NO				
NO SABE				

7. ¿En el área de cobertura de su programa de salud, ¿conoce cuál es el principal lugar de detección y atención de niñas y adolescentes con experiencias de violencia?
- SI
 - NO
 - NO SABE
8. ¿Dispone de los datos necesarios para realizar derivaciones a estos lugares: números telefónicos, direcciones, persona referente, horarios de atención?
- Siempre
 - La mayoría de las veces
 - A veces
 - Pocas veces
 - Nunca

CONTEXTO INSTITUCIONAL DE SU ORGANIZACIÓN DE SALUD

1. Dentro de su institución, ¿existen experiencias de trabajo relacionadas con la violencia contra la mujer o alguna de sus manifestaciones?
 - SI
 - NO
 - NO SABE

2. ¿Existen personas dentro de su institución con capacitación específica para el trabajo en el área violencia contra la mujer?
 - SI
 - NO
 - NO SABE

3. ¿Existen materiales escritos o audiovisuales relacionados con el tema de la violencia contra la mujer, disponibles para el personal de su institución?
 - SI
 - NO
 - NO SABE

4. ¿Existen políticas y/o protocolos institucionales para el enfoque del tema de la violencia contra la mujer?
 - SI
 - NO
 - NO SABE

5. Su institución, ¿ha trabajado junto a otras instituciones en la atención de la violencia contra la mujer o alguna de sus expresiones?
 - SI
 - NO
 - NO SABE

6. ¿Cuenta su institución con alguna herramienta o procedimiento específico para la entrevista de detección, recolección de pruebas, registro/documentación del caso, denuncia, atención y referencia, en materia de violencia contra la mujer?
 - SI
 - NO
 - NO SABE

7. ¿Cuenta su institución con asesoría legal propia o de fácil acceso en el abordaje de la violencia contra la mujer?
 - SI
 - NO
 - NO SABE

8. ¿Su institución cuenta con información sobre las actitudes, las convicciones y el conocimiento del personal en lo relativo a la violencia contra la mujer?

- SI
- NO
- NO SABE

9 ¿Considera que existen posibles barreras dentro de su institución para implementar un plan de atención de violencia contra la mujer?

¿Cuáles?

Puede marcar más de una opción:

- Barreras relacionadas con cuestiones culturales, de creencias.
- Barreras relacionadas con cuestiones de política institucional.
- Barreras relacionadas con desconocimiento o inexperiencia en el tema.
- Barreras relacionadas con temor a consecuencias personales al involucrarse con el tema.
- Barreras relacionadas con la organización asistencial en general (tiempo de consulta, cantidad de pacientes, privacidad, etc)
- Ninguna barrera.
- Otras barreras.
- ¿Cuáles?

ACTITUDES Y PRÁCTICAS ACERCA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER.

1) Entre las mujeres que Ud. recibe en su lugar de trabajo, ¿cuál es el porcentaje que sospecha ha sido víctima de violencia por lo menos una vez en su vida?

Por favor complete para cada ítem.

Violencia física: %
 Violencia emocional %
 Violencia sexual: %
 Violencia sexual en la niñez:%

2) **¿En el último año, alguna vez le ha preguntado usted a una mujer acerca de si ella ha sido abusada o maltratarla? Marque con una cruz una sola respuesta.**

↑ Si, de forma directa y específica

↑ Si, de manera indirecta o cuando la mujer se refiere al tema.

↑ Si, de ambas formas, según las circunstancias.

↑ No, no he preguntado en el último año.

3 ¿Se siente usted incómodo al preguntar a las mujeres sobre **Violencia familiar**?

Si

No

4. ¿Se siente usted incómodo al preguntar a las mujeres sobre **Violación**?

Si

No

5. ¿Se siente usted incómodo al preguntar a las mujeres sobre **abuso sexual en la niñez**?

Si

No

6) ¿Las siguientes situaciones le generan dificultades para preguntar a las mujeres si padecen alguna forma de Violencia? Marque con una cruz para cada situación.

SITUACIONES	Siempre	Algunas veces	Nunca
Limitaciones de tiempo.			
Poca posibilidad de hablar con la mujer a solas			
Pocos recursos en la comunidad para derivar			
Sentir que uno puede hacer poco para ayudar			
Temor a ofender a las mujeres con preguntas directas.			
Temor a involucrarse en acciones judiciales.			
Temor a generar represalias por parte del agresor			
Falta de capacitación en la temática de VBG			

7) ¿Alguna vez una paciente le refirió haber sido víctima de alguna de estas formas de violencia?

Violencia física.	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Violencia emocional	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Violencia sexual	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Violencia sexual en la niñez	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

8) ¿Cómo considera usted su capacitación para cada una de estas acciones? Marque con una cruz para cada ítem.

CAPACITACIÓN PARA...	Baja	Media	Alta
Hablar sobre Violencia Familiar con las mujeres			
Detectar casos de Violencia física			
Detectar casos de Violencia emocional			
Detectar casos de Violencia sexual			
Detectar mujeres con historia de abuso sexual en la niñez			
Atender a mujeres víctimas de Violencia familiar			
Valorar el nivel de peligro de las mujeres viviendo una situación de Violencia Familiar			
Realizar con la paciente un plan de seguridad			
Registrar los casos de violencia			
Detallar un caso de violencia en la historia clínica			
Orientar a la mujer afectada			
Realizar acciones de derivación para la mujer afectada			

9) ¿Con que frecuencia cree usted que los siguientes enunciados son ciertos?
(Marque con una cruz)

USTED CREE QUE...	Siempre	algunas veces	nunca
Las mujeres se sentirían ofendidas si se les pregunta directamente sobre Violencia			
La Violencia Familiar es un asunto en el que los demás no deben interferir			
Es responsabilidad del equipo de salud preguntar acerca de las situaciones de Violencia Física			
Es responsabilidad del equipo de salud preguntar acerca de las situaciones de Violencia Emocional			
Es responsabilidad del equipo de salud preguntar acerca de las situaciones de Violencia Sexual			
Es responsabilidad del equipo de salud preguntar acerca de las situaciones de Abuso Sexual en la Niñez			
La mayoría de las víctimas negarán la violencia si se les pregunta			
El personal de salud tiene la misma responsabilidad de preguntar sobre situaciones de Violencia Familiar que sobre otros problemas clínicos			
Si la mujer no quiere hablar sobre su situación no se la debe presionar para que lo haga inmediatamente			
La Violencia Familiar es un problema que se origina en			

la pobreza y la falta de educación			
El alcoholismo y las drogas son las causas del comportamiento violento			
Algunas mujeres, con su comportamiento inapropiado son las culpables de la situación de violencia.			
Algunas mujeres no abandonan a sus parejas violentas porque de alguna manera les gusta ser tratadas de esa manera.			
Muchas niñas y adolescentes que relatan haber sufrido abuso sexual en realidad solo lo fantasearon.			
Algunas mujeres tienen la culpa del abuso sexual porque lo provocaron a través de comportamientos sexuales inapropiados			
Los hombres no pueden controlar su conducta sexual			
Es la responsabilidad de los hombres controlar su propia conducta sexual			
Las madres son las culpables del abuso sexual de sus hijas porque no las cuidan adecuadamente			
Los hombres que cometen incesto lo hacen porque sus esposas no los satisfacen sexualmente			
Los hombres que abusan de sus parejas son frecuentemente enfermos mentales			
El sexo forzado dentro del matrimonio es una violación			
En la mayoría de los casos, si una mujer se defiende, puede evitar que la violen			

10) Durante el último año, ante una mujer víctima de violencia, ¿con qué frecuencia usted ha realizado alguna de las siguientes acciones? Marque con una cruz en cada ítem.

ACCIONES	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces
- Identificar o sospechar que una mujer ha sufrido maltrato o abuso			
- Escuchar y apoyar a una víctima de maltrato			
- Registrar información acerca de un caso de maltrato			
- Orientar a una mujer de sus derechos relacionados con la violencia			
- Informar a una mujer de servicios de referencia de ASISTENCIA PSICOLOGICA			
- Informar a una mujer de servicios de referencia de ASISTENCIA LEGAL			

- Informar a una mujer de servicios de referencia de ASISTENCIA MÉDICA			
- Informar a una mujer de servicios de referencia de otros servicios de la comunidad (comisaría de la mujer, ONG'S, etc)			
- Informar a una mujer de las consecuencias para la salud del maltrato.			
- Valorar el nivel de peligro al que se enfrenta la mujer.			
- Ayudar a una mujer en situación de peligro a elaborar un plan de emergencia			

11) En una relación de pareja, a veces los hombres se molestan por las cosas que hacen las mujeres. ¿Usted está de acuerdo con que el hombre golpee a la mujer en estas circunstancias? Marque con una cruz para cada ítem.

	Siempre	A veces	Nunca
<u>¿Si ella se niega a tener relaciones sexuales con él?</u>			
¿Si ella desobedece?			
¿ Si ella no cumple con las tareas domésticas?			
¿ Si el sospecha que ella es infiel?			
¿Cualquier otra situación? (Especifique)			

12) Marque con una cruz si considera Verdadera (V), Falsa (F) o No Sabe (NS) cada una de las siguientes afirmaciones

	V	F	NS
Las pacientes víctimas de Violencia Familiar tienden a usar mas los servicios de salud			
Los hijos/as pueden ser afectados muy seriamente por la Violencia Familiar, aun si no la han sufrido directamente			
La violencia dentro de la pareja tiende a disminuir a través del tiempo			

Las mujeres víctimas de violencia tienden más a hacer intentos de suicidio			
Los hombres violentos dejan de maltratar a sus mujeres si están embarazadas.			
La violencia doméstica es mayormente un problema que afecta a las mujeres pobres.			
La mayoría de las violaciones a mujeres son perpetradas por desconocidos.			
Los niños/as expuestos a violencia familiar tienden a repetir estas conductas como adultos.			
La mujer está finalmente fuera de peligro cuando ella deja a la pareja abusiva.			
El momento de mayor peligro es cuando la mujer decide dejar a un hombre violento.			
Las mujeres están más expuestas a sufrir violencia de parte de hombres conocidos.			
La violencia contra la mujer embarazada es tan frecuente como la eclampsia y la diabetes gestacional.			

13) ¿En cuál de las siguientes áreas le gustaría recibir capacitación sobre Violencia contra la mujer? Si marca más de una opción por favor coloque un número del 1 al 8 según orden de prioridad.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indicadores de violencia | <input type="checkbox"/> Cómo detectar |
| <input type="checkbox"/> Efectos sobre la salud | <input type="checkbox"/> Cómo atender a las víctimas |
| <input type="checkbox"/> Opciones de derivación | <input type="checkbox"/> Temas legales |
| <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Ninguna |

14) ¿Considera usted que los profesionales de la salud deben preguntar rutinariamente a las mujeres que atienden sobre situaciones de Violencia Familiar?

- SI
 NO
¿POR QUÉ?

MUCHAS GRACIAS