

Abordaje y prácticas de diagnóstico, atención y seguimiento de la violencia de género en el primer nivel de atención de la salud: encuentros y fragmentaciones.

Patricia Haydeé Moretti.

Cita:

Patricia Haydeé Moretti (2015). *Abordaje y prácticas de diagnóstico, atención y seguimiento de la violencia de género en el primer nivel de atención de la salud: encuentros y fragmentaciones*. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/775>

Abordaje y prácticas de diagnóstico, atención y seguimiento de la violencia de género en el primer nivel de atención de la salud: encuentros y fragmentaciones.

Mag. Patricia Haydee Moretti
Universidad Nacional de Lujan
patriciahaydeemoretti@gmail.com

La ponencia se construye a partir de los avances de resultados de la investigación denominada: “Violencia de género y APS: un estado de situación”. Aportes a las políticas públicas” estudio financiado por recursos del programa Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, en articulación con la Universidad Nacional de Luján. El ámbito comprende los municipios de Moreno, General Rodríguez, Luján. El mismo es un estudio multicéntrico, su diseño es exploratorio con una lógica cualitativa que permite recuperar la ruta crítica de trabajo en violencia de género de los profesionales pertenecientes a los equipos de salud en el primer nivel de atención analizando los alcances de las prácticas de diagnóstico, atención y seguimiento de mujeres en situación de violencia intrafamiliar. Se releva en el estudio la complejidad de la intervención describiéndose fragmentaciones y propuestas superadoras pensadas desde distintas profesiones que conforman los equipos que trabajan en los centros de atención primaria de los distritos seleccionados de la provincia de Buenos Aires.

Palabras claves: violencia intrafamiliar, abordaje, asistencia directa, perspectiva de género y APS.

La investigación

Este trabajo se construye a partir de los resultados de la investigación denominada “Violencia de género y APS: un estado de situación”. Aportes a las políticas públicas” desarrollada por un equipo interdisciplinario que se generó como grupo de trabajo a partir de la implementación del Programa médicos Comunitarios del Ministerio de Salud de la Nación en convenio con la Universidad Nacional de Luján. La investigación está financiada por recursos del programa Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación. Además contó con la coordinación de la Dra. Graciela Biagini y la co-coordinación de Mg. Patricia Moretti.

Es un estudio de carácter multicéntrico con un diseño exploratorio desde un enfoque cualitativo. El anclaje territorial es en el primer nivel de atención de los Municipios de: Moreno, General Rodríguez, Luján. Se analiza los relatos de 107 profesionales de diversas profesiones que se desempeñan laboralmente en el subsistema público: trabajadores sociales, médicos clínicos, obstetras, enfermeras, psicólogas. La presente ponencia toma solo una parte que se encuentra estructurada en los resultados con la denominación de *Abordajes y prácticas profesionales en violencia de género*.

Aproximaciones teóricas para caracterizar el proceso de abordaje

Es sustancial citar para el inicio de la ponencia un párrafo nodal expresado en el *Protocolo de detección y asistencia a mujeres víctimas de maltrato de la provincia de Buenos Aires* que establece que ...”*El Primer Nivel de Atención a través de su efector, el Centro de Salud, es uno de los ámbitos propicios para el tratamiento de las situaciones de violencia, pues constituye un espacio próximo y accesible que permite alojar y ofrece la oportunidad de percibir las señales, signos y demandas de aquellas personas que sufren las consecuencias de vivir en estas condiciones.*”

Es significativo también señalar que estos abusos padecidos por las mujeres están referidos y contextualizados en el ámbito de la familia.

Esta forma de violencia intrafamiliar está definida por Teubal (2001:45) ...” *cuando hablamos de violencia familiar o violencia intrafamiliar nos referimos a cualquier forma de conducta abusiva entre integrantes de una familia , conducta en la cual existe una direccionalidad reiterada desde los más fuertes hacia los más débiles. El vínculo abusivo comporta un desequilibrio de poder. Este desequilibrio está construido culturalmente y es internalizado por los protagonistas concretos a partir de una construcción de significados.*”

Este padecimiento de las mujeres es enunciado y caracterizado por muchos autores, entre ellos Graciela Ferreira como un problema presente en la agenda pública relacionado con las políticas en salud, es decir como un problema de salud Pública .

Es preeminente caracterizar el impacto sobre el proceso de salud enfermedad atención cuidado que esta problemática genera: desde el daño biológico, psicológico, social y político hasta la muerte en la figura más cancelatoria de la vida: el femicidio.

Desde nuestra concepción el abordaje focalizará la estrategia de la asistencia directa. Esta asistencia es pensada como un derecho social, que permite ingresar al sistema de salud sumando oportunidades, desactivando la situación de vulnerabilidad y riesgo. Se caracteriza que este proceso de trabajo interventivo comienza y se genera por dos situaciones concretas: con la demanda espontánea de la mujer en su centro de salud o la derivación por la sospecha de violencia de género de un profesional hacia otro profesional del CAPS perteneciente al equipo de salud.

El abordaje supone poner en juego no solo el papel de la teoría: dimensión teórica metodológica sino el conjunto de dispositivos procedimientos y técnicas que inicia el proceso de intervención: dimensión operativa instrumental, estas además están atravesadas por la dimensión ética política que relaciona este padecimiento con la vulneración de los derechos humanos. Cabe destacar que este estudio se posiciona a partir de la perspectiva de género:” *Cuando aludimos al género como una categoría para el análisis de la realidad social, cultural e histórica, nos referimos a una imagen intelectual, a un modo de considerar y estudiar a las personas, a una herramienta analítica que nos ayuda a analizar la sociedad desde una perspectiva ignorada. Es una forma conceptual de análisis sociocultural que desafía la ceguera que los estudios sociales han demostrado respecto del sexo. Es una categoría específica del contexto, depende de él y como tal debe ser concebida.*” Garrido (1999:13)

Así mismo se afirma que nuestra realidad social se encuentra imbuida en la lógica de la cultura patriarcal. Este sistema vigente como orden conservador opera en las instituciones donde se interviene, si bien no está explícito subyace como un orden que nombra prácticas sociales en pos de una jerarquía en donde se ratifica las desigualdades en el entramado de las relaciones de género.

Partiendo desde aquí podemos mencionar las técnicas y dispositivos que posteriormente serán analizados en función de los relatos de los profesionales en la atención de las mujeres en situación de violencia intrafamiliar: la detección, la primera entrevista, la derivación: a otros profesionales o instituciones, el trabajo en red y el seguimiento: referencia y contra referencia.

Aquí es importante redefinir la técnica de la entrevista que por excelencia es un espacio que todos los profesionales y técnicos pueden “habilitar” como parte del ejercicio cotidiano pero que resignificada desde la problemática podemos referir de acuerdo con Ferreira (1995:368)...”*En ese primero y tal vez único momento , no se pensará en el reloj, sino en diagnosticar el riesgo que corre esa mujer , su estado psicofísico , su situación familiar , los recursos internos y externos con los que cuenta , su potencial de energía para la tarea de recuperación...*”

Dentro de los dispositivos que los profesionales cuentan para afrontar la asistencia directa y sumar recursos que permitan construir los límites “internos” y “externos” al abuso intrafamiliar es la derivación, por un lado a otros profesionales del equipo de salud que simultáneamente aporten desde otras profesiones (psicología, trabajo social etc.) recursos simbólicos o materiales así como por fuera del ámbito del centro de Salud correspondientes a instituciones que conforman la intersectorialidad (comisaría de la mujer, fiscalías, direcciones de género de alcances locales) también sumando estos tipos de recursos.

Esta ruta crítica que atraviesa la mujer en esta situación problemática está presente lo que se denomina *Ciclo de la violencia* en sus tres fases: acumulación de tensión estallido de violencia y luna de miel. En el protocolo de detección y asistencia de PBA enuncia al respecto: “*El Equipo de Salud puede utilizar esta herramienta en la atención de las mujeres víctimas reconociendo en qué fase del ciclo se encuentra y a cuál puede pasar, constituyéndose en una valiosa señal de alerta para tener en cuenta a la hora de planificar acciones y realizar intervenciones. En reuniones periódicas, el Equipo deberá realizar el seguimiento integral de los casos, analizando las características de la situación, detectando qué obstáculos surgieron y efectuando el cálculo de los que puedan surgir.*”

Finalmente en esta caracterización del abordaje se desarrolla un concepto clave que en APS es motivo de enunciación constante y de herramienta para trabajar en la complejidad: el equipo interdisciplinario (y que es muy difícil de sustanciar en lo concreto)

Esta noción se expone desde Dell ´Anno(2006:28):

“El trabajo en equipo es requerido para dar respuesta a la complejidad de una situación, a procesos donde se requiere especialización de conocimiento y habilidades y a la necesidad de un criterio de eficiencia en el uso de recursos materiales e inmateriales.”

Se concibe al trabajo interdisciplinario como la cooperación entre varias disciplinas o sectores heterogéneos de la ciencia, que lleva a interacciones reales, es decir, hacia intercambios que permiten un enriquecimiento mutuo.

Una mirada sobre los relatos: el abordaje

Con referencia a la detección, se pudo inferir en el análisis de los relatos, que los profesionales visibilizan a las mujeres en situación de violencia intrafamiliar a partir de construir indicadores que generalmente están apoyados en la observación de: falta de autonomía, depresión, aislamiento, baja autoestima, estos indicadores se asocian a la salud mental. Otros que aparecen en la detección en la consulta diaria son los indicadores físicos, pero en menor proporción, de los cuales se describen: moretones, quemaduras, lastimaduras.

El papel de la enfermería en la detección en la mayoría de las entrevistas analizadas juega un papel relevante, dado que es el profesional que tiene más tiempo asignado al horario laboral dentro de la institución y la que es reconocida por otros profesionales como de más proximidad y contacto con las mujeres en su vida cotidiana. En su mayoría son las que derivan posteriormente a la trabajadora social o a la psicóloga de la sala para ampliar la situación problemática con un primer contacto que puede o no constituirse como una primera entrevista que dé comienzo a la ruta crítica de las mujeres. Así se describe desde las entrevistas: ... *"Me llama la atención que no tienen facilidad de dialogo, vienen como con mucha timidez a decirte si pueden tener una consulta con el médico,...tienen cosas físicas, siempre con la cabeza mirando para abajo, si tienen bolsillo las manitos en los bolsillos, pocos movimientos, poco expresivas, como para evitar que cualquier gesto las delate."* (Enf-Lili)... *"La consecuencia principal es que afecta a su equilibrio emocional, quedan descreídas, quedan muy vulnerables, psicológicamente quedan muy mal, se sienten muy rebajadas, denigradas, las rebajan mucho.* (Enf-Rita.)

... *"Ellas llegan diciéndote no puedo respirar, me duele la cabeza, siento que me voy a desvanecer, me duele mucho la espalda.. Ellas no pueden respirar realmente, les duele la cabeza realmente. Pero es otro el origen. Después que hablan, están un rato acá y se tranquilizan y se olvidaron por qué vinieron y cómo vinieron."* (Enf-Claudia)

En el contacto con las mujeres en situación de padecimiento lo observado en las prácticas predominantes no se corresponde con el enfoque teórico denominado *primera entrevista* dado que no es un espacio sistematizado a partir de un tamizaje y protocolo de trabajo que en la mayoría de los casos desconocen. Esto obstaculiza la posibilidad de diagnosticar el riesgo, registrar procesos y construir un seguimiento. No hay tampoco registros del problema en las historias clínicas; a lo sumo en el “cuaderno” de algunos trabajadores sociales.

En la derivación hacia otros efectores o instituciones se reproduce en este dispositivo una fragmentación que separa este primer encuentro con la ruta crítica. Es decir el profesional del CAPS no se constituye como un factor protector disponible en el lugar inicial donde la mujer ha podido romper con el secreto, con el aislamiento, con los abusos. Ni siquiera en la mayoría se utilizan los dispositivos denominados “referencia y contra referencia” propios del sistema de salud y que habilita el abordaje desde un modelo en red. Teniendo en cuenta las enunciaciones de los entrevistados puede inferirse que en casi todos los efectores de primer nivel de atención analizados no hay una planificación estratégica que ubique el problema como parte del cotidiano de trabajo, como un proyecto estable de atención directa. Si bien está proclamado como necesidad en los relatos de los profesionales, no está acompañado por una decisión política centralizada y regular que permita este diseño de trabajo.

La descripción por asistencia directa en algunos casos es remitida a casos paradigmáticos derivados por otras instituciones del sistema de salud u otros sectores. En la mayoría no hay oferta de espacios interdisciplinarios para el abordaje de estas situaciones que afectan a las mujeres a fin de visibilizar y atender la problemática. En estos seguimientos de casos descritos en sus testimonios, se expresa por parte de los profesionales a cargo el compromiso individual, en tensión con el desgaste producido por fragmentación en la ruta crítica y la aparición en muchos casos por parte de la mujer del ciclo de la violencia en su faz de luna de miel, que origina gran frustración cuando la mujer decide por mandatos patriarcales regresar con el ofensor.

Algunos de los entrevistados consideran que las condiciones socio ocupacionales operan como un obstáculo para conformar un equipo de trabajo, siendo los contactos

fragmentados “de pasillo” entre los profesionales. Estas acciones esporádicas y voluntaristas, no habilitan la conformación de un equipo que necesita como todo grupo de trabajo para constituirse como tal, un encuadre organizado desde el tiempo, el espacio, objetivos comunes y el intercambio reflexivo.

Se puede decir que hay un “Invisible”...como dice Giberti (1992-144) ...”*Un invisible social no es lo escondido en alguna profundidad sino que, paradójicamente, se conforma de hechos, acontecimientos, procesos, dispositivos producidos reproducidos en toda la superficie social y subjetiva...Lo invisible no es, entonces, lo oculto, sino lo denegado, lo interdicto de ser visto.*”

Recomendaciones del equipo de investigación

En el marco del proyecto de investigación, a partir del análisis de los resultados construidos por el equipo investigador, se produjo una serie de recomendaciones que a continuación en forma sintética se desarrollan como aportes:

A Nivel de la políticas públicas Nacionales

- Organizar un observatorio provincial y/o regional de las políticas de géneros, que con una función auditora y de asesoramiento técnico promueva el trabajo entre distintos sectores.
- Promover e implementar estrategias comunicacionales que sensibilicen a la población trabajando mitos y prejuicios en relación a la violencia de género.
- Incrementar las partidas presupuestarias destinadas a los programas municipales en la temática a los fines de la prevención y la asistencia directa.

A Nivel Local desde la políticas municipales

- Implementar proyectos de capacitación para los profesionales, técnicos de todos los niveles de atención del sistema de salud.
- Revisar y mejorar las articulaciones entre los diferentes sectores del ámbito local involucrados en el diagnóstico, atención y seguimiento de las situaciones de violencia intrafamiliar.
- Implementar Dispositivos Grupales de abordaje para la contención de las situaciones de

violencia intrafamiliar, generadores de inclusión y derechos.

A Nivel de los CAPS desde la APS

-Garantizar de manera sostenida el acompañamiento y supervisión de las prácticas de los trabajadores del Primer Nivel de Atención para recepcionar, incluir y orientar las situaciones de violencia intrafamiliar en el quehacer cotidiano.

-Destinar semanalmente un tiempo como parte de la carga horaria de cada profesional o técnico para garantizar reuniones de equipo, que permitan poner en escena los dispositivos necesarios para:

- -Implementar de manera interdisciplinaria, las entrevistas de recepción que impulsen prácticas de Diagnóstico y Atención coordinadas y planificadas.
- -Establecer el registro obligatorio de los casos detectados de violencia de género en las planillas semanales y en las historias clínicas.

-Participación de los equipos de salud en las mesas locales de cada Municipio

BIBLIOGRAFIA

BURIN, MABEL /MELER, IRENE (1998) “Género y Familia: poder .amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad”. Ed. Paidós .Buenos Aires. Argentina

FERREIRA, G, (1995): “Hombres violentos mujeres maltratadas”. Ed. sudamericana. Buenos Aires.

GARRIDO, HILDA (1999) “Educación, Universidad y Género”. C.E.H.L.M. Prov. del Tucumán

GIBERTI, E. (1992): “La mujer y la violencia invisible”. Ed. sudamericana. Buenos Aires.PMC (2013): “Violencia de género como problema de salud colectiva, Jornada de Capacitación”. Universidad Nacional de Luján.

TEUBAL, R y otros (2001) "Violencia familiar, trabajo social e instituciones" Ed. Piados. Buenos Aires.