

**Universidad de Buenos Aires**  
**PROGRAMACIÓN CIENTÍFICA 2016**  
**Información del desarrollo del proyecto para adjuntar al informe final de**  
**Investigación Básica e Investigación Clínica**

- Código de Proyecto: 20020150200046BA
- Director/a: Gabriela Viviana Perrotta
- Título: **Prevención y visibilización de situaciones de violencia contra las mujeres en la atención de la salud sexual y la salud reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires**

---

**Desarrollo del proyecto:** Detallar el grado de ejecución de los objetivos inicialmente planteados, modificaciones y/o ampliaciones u obstáculos encontrados para su realización.

### **Introducción**

El tema de este proyecto se enmarca en la atención en Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSySR) desde una perspectiva de género y garantía de Derechos Sexuales y Reproductivos. En ese marco, se enfocó específicamente en la prevención y visibilización de situaciones de violencia hacia las mujeres en la atención de la salud sexual y la salud reproductiva, especialmente en el primer nivel de atención de la salud en la Ciudad de Buenos Aires. La experiencia de la Directora y de los miembros del equipo de investigación nos lleva a enfocarnos en este proyecto con el objetivo de contribuir a la disminución y promover la erradicación de la violencia hacia las mujeres (de acuerdo a los objetivos de la Ley Nacional 26.485/09), aportando conocimientos para la construcción del rol de psicólogos y psicólogas como actores fundamentales en el trabajo interdisciplinario, además de aportar conocimientos para mejorar las políticas públicas al respecto.

Partimos de la idea de la violencia contra las mujeres como una violación de derechos humanos y como un grave problema de salud pública. Los factores que incrementan el riesgo de que se produzca una situación de violencia hacia la mujer están arraigados en el contexto general de la discriminación por motivos de género contra la mujer y otras formas de subordinación. Dicha violencia es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre las mujeres y los varones que se refleja en la vida pública y privada. La vulnerabilidad femenina frente a la violencia se comprende como una condición creada socialmente por la falta o la negación de derechos a las mujeres (Naciones Unidas, 2006)

Mirta Roses Periago, Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), manifiesta: “Si bien es cierto que la violencia afecta tanto a los hombres como a las mujeres, los modelos de conducta y las consecuencias son diferentes para unos y otras. Las mujeres están más expuestas que los hombres a recibir maltrato físico de una persona

cercana. Asimismo, las mujeres y niñas conforman la gran mayoría de las víctimas de la violencia sexual.” (Bott, 2010:2) Las mujeres entre 15 y 44 años de edad corren mayor riesgo de ser víctimas de violencia en sus hogares que de sufrir cáncer, malaria, accidentes de tránsito o morir en una guerra. Se calcula que, a nivel mundial, una de cada cinco mujeres sufrirá una violación o intento de violación en el transcurso de su vida (Naciones Unidas, 2006)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) las mujeres son objeto de violencia por parte de integrantes de su círculo familiar de manera desproporcionada respecto de los varones. (ELA, 2009) El Equipo Latinoamericano de Justicia y Género plantea en su informe sobre violencia familiar del año 2009 que Argentina no cuenta con información sobre las dimensiones y tipos de violencia que afectan a las mujeres en distintos aspectos de sus vidas ya que no se ha implementado una encuesta nacional que permita conocer qué formas de violencia enfrentan las mujeres en las distintas regiones de nuestro país, con qué frecuencia y por parte de quiénes. (ELA, 2009)

La Ley Nacional de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (26.485/2009) define en su artículo 4 a la violencia contra las mujeres como “toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal”. (Ley 26.485, 2009)

Dicha ley establece distintos tipos de violencia: física, psicológica, sexual, económica/patrimonial y simbólica. Y también distintas modalidades: doméstica, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva, obstétrica y mediática.

Nos interesa en la presente investigación considerar las distintas violencias que sufren las mujeres, pero focalizar en la violencia doméstica y en las estrategias de intervención del equipo de salud frente a situaciones posibles de esta modalidad de violencia, en cualquiera de sus tipos.

Los tratados internacionales de derechos humanos que se incorporan a la Constitución Nacional luego de la reforma de 1994 y las obligaciones asumidas por el país en el fuero internacional brindan a su vez un marco conceptual a las normas locales ya que son de aplicación directa en el ordenamiento jurídico nacional. En ese sentido, se destacan la Convención contra todas las Formas de Discriminación de la Mujer (CEDAW), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y la Convención Interamericana para Sancionar, Prevenir y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), ratificada por el Congreso Nacional mediante la sanción de la ley 26.632.

A pesar del contexto legislativo argentino que establece condiciones para la prevención y atención de situaciones de violencia contra las mujeres, el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia no está totalmente garantizado, ni tampoco está garantizado en todas las situaciones su derecho a la atención y prevención de la violencia en el sistema de salud.

De ahí la importancia de aportar conocimientos para mejorar las políticas públicas en general y contribuir a la construcción del rol de psicólogos y psicólogas como actores

fundamentales en el trabajo interdisciplinario, como un camino para garantizar de manera integral los derechos sexuales y reproductivos y una vida sin violencia para las mujeres.

### **Problema de investigación:**

Si bien la violencia contra las mujeres es considerada un problema de salud pública, los profesionales de salud no suelen estar capacitados para visibilizar y registrar de manera temprana situaciones de violencia hacia la mujer. Los profesionales de salud y la sociedad en general suelen reconocer sólo las situaciones de violencia física contra las mujeres, lo que contribuye a mantener invisibilizados otros tipos de violencia como la psicológica y la simbólica. La poca visualización de estos tipos de violencia contribuye a la cronificación y profundización de diversas situaciones de violencia doméstica a las que las mujeres se ven expuestas.

Otra parte del problema es la falta de formación permanente de los equipos de salud en perspectiva de género para visualizar el lugar desigual de la mujer en los distintos ámbitos de la vida pública y privada, tanto en lo doméstico como en lo laboral, lo relacional, etc.

Todo esto nos habla de la importancia de la concientización de los/las profesionales de salud para la prevención y visualización de situaciones de violencia contra las mujeres y de la necesidad de incorporar a la consulta preguntas para detectar situaciones de violencia que puedan sufrir las mujeres, especialmente cuando consultan por su salud sexual y reproductiva.

### **Hipótesis de trabajo:**

Nuestra hipótesis de trabajo contemplaba dos supuestos que se complementan: por un lado que la violencia contra las mujeres no suele ser detectada a tiempo en el sistema de salud, lo que contribuye a cronificar y agravar las situaciones de violencia sufridas por ellas. Y por otro que los equipos interdisciplinarios, que abordan la salud desde una perspectiva integral, visibilizan las situaciones de violencia que sufren las mujeres en mayor medida que los profesionales que atienden de manera individual y responden sólo a un abordaje disciplinar, no teniendo en cuenta las condiciones psicosociales de vida de las mujeres, que además determinan sus posibilidades de cumplir con las indicaciones médicas, especialmente en materia de salud sexual y salud reproductiva.

Dentro de esta hipótesis, a lo largo del proyecto de investigación pudo encontrarse la escasa detección, por parte del equipo de salud, de situaciones de violencia que sufren las mujeres y también la escasa visibilización sobre la posibilidad de que esas situaciones ocurran.

Pero no pudo encontrarse material que permitiera sostener la hipótesis acerca de la diferencia de enfoque entre los profesionales que trabajan en equipos interdisciplinarios y los que no. La muestra de profesionales seleccionada aleatoriamente no reflejó datos concretos que confirmaran dicha hipótesis.

**Objetivo general:**

Indagar acerca de la visibilización y posible prevención de situaciones de violencia contra las mujeres por parte de profesionales de salud en la atención de la salud sexual y la salud reproductiva en el primer nivel de atención.

**Objetivos específicos:**

- Explorar acerca de la inclusión u omisión de preguntas por parte de los/as profesionales de salud sobre situaciones de violencia vividas por las mujeres, en la consulta sobre SSySR.
- Establecer si hay diferencias entre la visibilización de situaciones de violencia contra las mujeres en la consulta por SSySR realizada por profesionales que atienden de manera individual y responden sólo a un abordaje disciplinar, por un lado, y la consulta por SSySR en el marco de un equipo interdisciplinario, por otro.
- Describir la percepción de los profesionales de salud acerca de situaciones de violencia que sufren las mujeres.
- Diferenciar posiciones y actitudes de médicos/as y otros profesionales de salud frente a situaciones de violencia que sufren las mujeres.
- Identificar acciones de prevención de la violencia hacia la mujer en la consulta por SSySR en el primer nivel de atención de la salud.

Con respecto a los objetivos específicos propuestos en el Proyecto, se pudo explorar e indagar acerca de la modalidad de abordaje de los/as profesionales en la consulta de mujeres, la inclusión u omisión de preguntas sobre situaciones de violencia vividas, la percepción de los/as profesionales de salud acerca de situaciones de violencia que sufren las mujeres, diferenciar posiciones y actitudes de médicos/as y otros profesionales de salud e identificar acciones de prevención de la violencia hacia las mujeres.

Como se dijo anteriormente, no se pudieron establecer diferencias llamativas entre la visibilización de situaciones de violencia contra las mujeres en la consulta por SSySR realizada por profesionales que atienden de manera individual y responden sólo a un abordaje disciplinar, por un lado, frente a la consulta por SSySR en el marco de un equipo interdisciplinario, por otro.

**Propósito:**

El estado actual del conocimiento sobre el tema nos muestra que la violencia hacia a las mujeres es todavía un problema que debe ser estudiado para producir conocimientos concretos que permitan la aplicación de los resultados a estrategias que contribuyan a disminuir y tiendan a erradicar la violencia de género.

El propósito de este estudio es contribuir a la capacitación y concientización del equipo de salud, especialmente de psicólogos y psicólogas (ya que este proyecto se ubica en el área de Psicología y la mayoría de sus integrantes son docentes de la Facultad de Psicología de la UBA), para el diseño y puesta en práctica de políticas públicas de salud en materia de

SSySR que faciliten la prevención y visibilización de situaciones de violencia hacia las mujeres.

El propósito de este estudio nos parece cumplido en la medida en que los resultados han sido y están siendo difundidos en actividades de Extensión Universitaria, en la materia electiva y en la práctica profesional de la carrera de grado que este equipo docente lleva adelante y en otras actividades extracurriculares como participaciones en Congresos y Jornadas Científicas. También se está planificando un curso de Postgrado para el año próximo.

## **Metodología**

El diseño de este estudio ha sido descriptivo y exploratorio. Se ha incluido también un componente de intervención para cumplir con el propósito de la investigación.

El universo de estudio ha sido el primer nivel de atención de la salud de la Ciudad de Buenos Aires. Las unidades de análisis fueron profesionales que atienden mujeres que consultan por su SSySR, tanto médicos/as como otros miembros del equipo de salud.

Cada uno de los componentes del proyecto ha incluido las siguientes actividades:

1. Componente descriptivo:
  - Se recabó información sobre Programas de SSySR y de atención de situaciones de violencia a nivel nacional y de la Ciudad de Buenos Aires. La información confirmó los supuestos que manejábamos antes del estudio: no hay un criterio consensuado por el que se aplique un protocolo o modelo de abordaje de situaciones de violencia ni un protocolo o modelo que contemple la posibilidad de detectar situaciones de violencia que sufren las mujeres que consultan por su salud sexual y su salud reproductiva y que no plantean explícitamente dichas situaciones.
  - Se intentó recopilar información secundaria sobre atención y prevención de situaciones de violencia en el sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Pero no se encontró información sistematizada que permita sacar conclusiones válidas sobre la atención y prevención de dichas situaciones en el sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires.
  - Se seleccionó una muestra de efectores públicos de SSySR, incluyendo tanto el abordaje desde un equipo interdisciplinario como el que fuera sólo disciplinar. Se utilizó un criterio aleatorio pero se tuvo en cuenta la cantidad de población en las diferentes comunas y también la cantidad de centros de salud en cada una de ellas, intentando una representatividad aproximada, si bien no se trata de una muestra estadísticamente representativa. Se adjunta criterio de selección de Centros de Salud en anexo. Se propuso entrevistar aproximadamente cuatro profesionales, de diferentes profesiones, en cada Centro elegido. No fue posible encontrar representatividad de profesionales que trabajen en equipos

interdisciplinarios que se diferencien de los que trabajen sólo desde un abordaje de su disciplina, por lo que esa comparación no fue estudiada como hubiéramos querido.

- Se intentó analizar el modelo de historia clínica, carnet de salud de la mujer o instrumento que se utilice para recabar datos de las mujeres que consultan por su SSySR en los efectores públicos de salud. Pero no se encontró un modelo consensuado en la totalidad de los profesionales entrevistados, por lo que no se constituyó en una fuente relevante de datos para este estudio.
2. Componente exploratorio: se aplicaron las siguientes herramientas metodológicas:
    - Entrevistas semi-estructuradas a informantes clave responsables de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva, atención de Violencia y todo Programa relevante para la atención de las mujeres en la problemática de la violencia. El análisis de esas entrevistas sirvió de guía para confeccionar la Pauta de entrevistas a profesionales y también para establecer las Dimensiones de análisis que nos interesaba jerarquizar para obtener conclusiones.
    - Entrevistas semi-estructuradas a médicos/as y otros profesionales del equipo de salud que trabajan en SSySR en el primer nivel de atención en el sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Se realizaron 36 entrevistas a profesionales, buscando tener representatividad relativa en cada comuna, los diferentes Centros de Salud (CeSACs) y las diferentes profesiones del equipo de salud. Los datos obtenidos de esas entrevistas han sido la fuente más rica para los resultados de este estudio. Se adjunta cuadro con detalles de la muestra en Anexos.
  3. Componente de intervención:

En la última etapa del estudio, a partir del procesamiento de los datos y con los resultados obtenidos, se realizaron actividades de difusión de los resultados con los profesionales de salud, con estudiantes de la Facultad de Psicología de la UBA y con asistentes de Jornada de Extensión Universitaria realizada en dicha Facultad para tal fin.

Si bien el proyecto ya ha finalizado, el equipo de investigación sigue desarrollando el componente de intervención a través de actividades de intercambio con profesionales de salud y autoridades de gestión de políticas públicas de la Ciudad de Buenos Aires.

### **Procesamiento de la información:**

La guía de entrevistas a profesionales fue confeccionada a partir de los datos recabados en el componente exploratorio y los resultados del análisis de las entrevistas a informantes clave realizadas en la primera etapa del proyecto, sobre los ejes de la perspectiva de género y de los derechos sexuales y reproductivos (DSR): conocimiento de DSR, percepción de situaciones de violencia, abordaje de la SSySR desde la perspectiva de salud integral, actitud de profesionales frente a la violencia que sufren las mujeres.

Se confeccionó, luego, un manual de códigos, se hizo una codificación manual y un análisis cualitativo de los datos obtenidos a partir de las dimensiones de análisis consensuadas en el equipo de investigación.

### **Antecedentes en la temática**

La experiencia de este equipo de investigación nos hablaba de la ausencia de preguntas previstas en el llenado de la historia clínica y en las consultas de las mujeres por su SSySR que permitieran detectar o visibilizar situaciones de violencia, tanto para hacerles lugar y ofrecer contención como para tener en cuenta esas situaciones a la hora de recomendar un método anticonceptivo eficaz y posible a esas mujeres. (Perrotta, 2013)

Estudios previos realizados por miembros del equipo nos muestran que la perspectiva de género no siempre es incorporada al abordaje de la salud sexual y reproductiva, lo que implica que no se tiene en cuenta la situación en la que vive la mujer que consulta ni sus posibilidades de negociar un método anticonceptivo. Esto trae consecuencias no sólo para su SSySR sino para su salud en general y también para su vida. (Perrotta, 2010)

También habíamos encontrado en estudios anteriores que los profesionales de salud no siempre conocen el marco legal que garantiza los DSR. (Perrotta, 2011) En algunos casos, conocer el marco legal tampoco garantiza que lo tengan en cuenta a la hora de atender a las mujeres que consultan por su SSySR.

En este sentido, la investigación llevada a cabo para la tesis de doctorado de la Directora de este proyecto mostró la mayor predisposición a incorporar la perspectiva de género y derechos y el abordaje desde un enfoque de salud integral por parte de los profesionales de salud mental y de las ciencias sociales, a diferencia de la posición de los médicos/as, que suele ser menos permeable y con menos posibilidades de hacer lugar a las inquietudes que la usuaria del sistema de salud traiga a su consulta por SSySR. (Perrotta, 2014)

También nos encontramos con mayores posibilidades de incorporar la perspectiva de género y abordar la consulta por SSySR desde una perspectiva integral de la salud por parte de los equipos interdisciplinarios, en los que los/as médicos/as han formado parte del diseño de una estrategia conjunta con los profesionales de salud mental y ciencias sociales y esto ha contribuido a su propia perspectiva de salud integral.

Estos hallazgos nos hacían suponer que a la hora de indagar sobre la visibilización de situaciones de violencia de género hacia las mujeres también nos encontraríamos con más posibilidades de detección y respuesta ante esta problemática por parte de los equipos interdisciplinarios y de profesionales de salud mental y ciencias sociales. Este último punto no pudo confirmarse, pero sí la escasa visibilización por parte de los/as profesionales de salud de las situaciones de violencia que sufren las mujeres.

### **Transferencia de Resultados**

Partiendo de la base de considerar a la violencia hacia las mujeres como un problema de salud pública y del supuesto de que esta problemática no está suficientemente reconocida por la sociedad en general ni por los profesionales de salud en particular, nos hemos propuesto que este estudio contribuya directamente a la aplicación de resultados en las políticas públicas para la visibilización de situaciones de violencia así como también para su prevención y atención.

Los casos de violencia contra las mujeres que toman estado público son cada vez más, pero se trata en general de casos extremos en los que la situación de violencia que sufre la mujer pone en peligro su vida. Detrás de esos casos se esconden los de muchas mujeres que sufren situaciones de violencia psicológica, simbólica o moral, y que muchas veces no son reconocidos ni siquiera por ellas mismas, ya que responden a estereotipos de género que sostienen la sumisión de la mujer y muchas veces avalan el maltrato que los hombres ejercen sobre ellas, sobre todo cuando se trata de un maltrato que no es físico y no deja marcas visibles.

Los servicios de salud y los profesionales que los conforman tampoco visibilizan estas situaciones de violencia, especialmente cuando no se trata de violencia física.

La importancia de este estudio radica en la posibilidad de generar conocimiento para incorporar la visibilización, atención y prevención de situaciones de violencia sufridas por las mujeres que consultan por su SSySR en el primer nivel de atención de la salud en la Ciudad de Buenos Aires.

Es por eso que este equipo de investigación continuará con las actividades de transferencia de resultados iniciadas con este estudio, tanto las dirigidas a los/as profesionales de salud del primer nivel de atención y responsables de Programas de Salud Sexual y Reproductiva, atención de Violencia y todo Programa que sean relevantes para la atención de las mujeres en la problemática de la violencia como las dirigidas a los estudiantes de la Facultad de Psicología de la UBA a través de la transmisión que el equipo de investigación seguirá realizando tanto en la materia electiva “El rol del Psicólogo en el equipo interdisciplinario de salud” como en la Práctica Profesional “El rol del psicólogo/a en la promoción de la salud sexual y la salud reproductiva”, ambas a cargo de la Directora de este proyecto. Esta transferencia tendrá como propósito contribuir a la formación de psicólogos y psicólogas como integrantes clave en los equipos interdisciplinarios de salud para mejorar la calidad de atención de las mujeres en situaciones de violencia y la incorporación de la perspectiva de género en la atención de la salud sexual y la salud reproductiva en general.

### **Cronograma de actividades**

El cronograma de actividades pudo ser respetado, con pequeñas modificaciones operativas, lo que permitió cumplir con los objetivos y propósito planteados para el estudio.



## Estado del arte

Con el objetivo de seguir algunas líneas de trabajo sobre los avances en el campo de investigación sobre visibilización de la violencia contra las mujeres en la atención de la salud sexual y la salud reproductiva, encontramos algunos documentos que abordaron el tema desde diferentes ángulos. Estos aportes nos fueron de utilidad para definir la perspectiva de abordaje en nuestro objeto de estudio así como para la construcción de algunos interrogantes que identificamos como vacancia en estas producciones. Entre estos trabajos podemos mencionar los siguientes:

El estudio *“Conocimientos y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos”* (Mejía, R et al.) llevado a cabo por profesionales del Primer Nivel de Atención del hospital de Clínicas José de San Martín de la Ciudad de Buenos Aires mostró que los médicos clínicos habitualmente no interrogan en el espacio de la consulta con sus pacientes mujeres sobre violencia de género, por lo que los casos que han diagnosticado equivalen a menos de uno por mes, cifra muy por debajo de las estadísticas que sugieren que más de un tercio de las mujeres han sufrido violencia a lo largo de su vida. Un punto a destacar es que quienes fueron entrevistados en el estudio mostraron interés en recibir información acerca de la violencia de género para su formación.

El artículo *“Detección de violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de atención primaria de salud en ciudad de Buenos Aires”* (Aleman y col. , 2010) compila los resultados de un estudio realizado por el equipo del Programa de Medicina Interna General de CABA, cuyas indagaciones concluyen, entre otras cuestiones, que, si bien los profesionales encuestados acuerdan con que es sumamente importante que el equipo de salud trabaje sobre la problemática de la violencia de género, sobre la que consideran, por otra parte, que ocurre con mucha frecuencia entre sus pacientes, más de la mitad de las personas encuestadas reconocen no contar con capacitación suficiente en la temática, como tampoco disponer de los recursos necesarios en la comunidad para realizar derivaciones.

Como una posible respuesta a estas demandas, la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF por sus siglas en inglés) publicó en 2010 un *“Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género, Manual de referencia para profesionales de la salud de países en desarrollo”* (Bott y VV. AA.). Consiste en una propuesta de lineamientos para fortalecer la respuesta a la violencia de género en el sector de la salud. Este material, prologado por la OMS, tiene como destinatarios a equipos técnicos encargados de la formulación de programas sanitarios y otros actores relacionados con la provisión de la salud, sobre todo aquellos pertenecientes a organizaciones no gubernamentales, privados e iniciativas de la sociedad civil. El manual introduce el marco de derechos internacional que tiene como foco ineludible la problemática de la violencia de género en la agenda de derechos humanos.

Las poblaciones estudiadas en los dos primeros artículos mencionados, expresaron un déficit en materia de capacitación y recursos para abordar la problemática de la violencia de género en la consulta, lo que nos hace pensar que la demanda de formación

profesional no requiere de contenidos sobre un abordaje específico o de especial complejidad. Sin embargo, los países en desarrollo a los que alude como contexto el material componen un escenario disímil en la región, no sólo en lo que respecta a su mosaico socio cultural, sino a la constitución y organización de su sistema sanitario y al rol que desempeña el Estado en relación a la agenda y ejecución de las políticas de salud pública.

Ejemplo de ello es Argentina, cuyo sistema de salud es contexto del presente proyecto, que se sitúa en el *quehacer* de los integrantes de equipos de salud que desempeñan sus tareas en el subsistema de salud pública, que se encuentra bajo la órbita del Estado.

A su vez, encontramos que en 2011 la investigación *sobre "Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres"* (Tajer, D; Gaba, M; Reid, G), llevada a cabo en ciudad de Buenos Aires, se enfoca, entre otras cosas, en conocer si las y los especialistas en salud incluyen en sus modelos de atención la identificación de la violencia de género como determinante social de las problemáticas de salud de la población y los modos en los cuales el sector salud registra (o subregistra) el impacto de las prácticas de violencia de género en la salud de las mujeres. El estudio se realizó en ONGs, centros de salud y Hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires y comprende entrevistas a profesionales de la salud y a 5 mujeres víctimas de violencia de género. El servicio de Quemados y Traumatología son los campos de la salud más recurridos y sobre los que indaga el estudio.

Otro aporte tenido en cuenta fue *"La violencia contra las mujeres. Responde el sector de la salud"* publicado en 2003 por la OPS con el apoyo de las agencias de cooperación internacional de Suecia y de Noruega. Este trabajo introduce dos cuestiones interesantes: por un lado habla de la Ruta Crítica (entendida como el camino que las mujeres deben llevar adelante al buscar atención por las situaciones de salud que sufren) refiriéndose al proceso que se desarrolla entre los datos concluyentes de una investigación y el desarrollo de una estrategia para responder a esos datos. Por otra parte, insiste en la concepción de la salud desde un enfoque integral para poder incluir la problemática de la violencia de género como un aspecto de la salud y, en tanto tal, poder dar respuesta desde el sector de salud. Al igual que en los artículos precedentes, este Manual evidencia la invisibilización de la violencia de género por parte de los proveedores de servicios de salud, que muy pocas veces preguntan a las mujeres si han sufrido violencia, a pesar de que existan marcas notorias de maltrato.

El estudio *"Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México"* (Herrera,C; Agoff,C; Franco, A.) realizado en 2003 se propuso conocer los significados y prácticas respecto a la violencia doméstica entre prestadores de servicios de salud, para mejorar la atención. Las conclusiones a las que arribaron las investigadoras luego de entrevistar a prestadores de servicios públicos de salud reflejan que la atención de la violencia de género (específicamente la violencia doméstica) es insuficiente en los servicios de salud, pero, a diferencia de los estudios anteriores, esta deficiencia parece deberse en mayor medida al discurso tolerante a la

violencia predominante entre los tomadores de decisiones que a las actitudes de los propios prestadores de servicios, que expresaron sensibilidad y conocimiento sobre los derechos de las mujeres.

También hemos encontrado algunas publicaciones españolas que tratan del papel de quienes integran los equipos de salud ante la violencia de género. Entre estas publicaciones destacamos los siguientes trabajos:

El artículo “Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública” (Rohlfs, I; Valls-Llobet, C) del año 2003 analiza especialmente los recursos jurídicos y su articulación con el sistema de salud, por lo que la preocupación del trabajo está centrada en demostrar que la detección de la violencia de género en el sistema de salud es un primer paso importante, pero el desvelamiento de la situación de violencia no es suficiente. En ese sentido, enfatiza fuertemente la importancia de pautar acciones conjuntamente con otros actores (los circuitos jurídicos, sociales y policiales).

El trabajo “*Violencia en la pareja: papel del médico de familia*” (Fernández Alonso M.C., y VV. AA.) propone una hoja informativa con recomendaciones por parte del grupo de Prevención en Salud Mental del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), destinado a la orientación de profesionales de atención primaria. Coincidentemente con los trabajos anteriores, en esta publicación se afirma que la problemática de la violencia de género es un tema poco asumido entre los profesionales médicos que atienden en el primer nivel sanitario. Una de las causas a las que adjudican este déficit es al carácter complejo y multicausal de la violencia y a la falta de un abordaje *psicosocial* por parte de los profesionales de la medicina familiar (en nuestros propios términos lo llamaríamos una “perspectiva integral de la salud”), lo que evidencia falta de capacitación e información sobre la problemática y los recursos disponibles a la hora de poner en juego circuitos de denuncia y seguimiento.

Por último, el artículo “Detección de la violencia de género en atención primaria” (Sans, M y Jaume, S) de 2010 hace énfasis en que en las consultas de salud que las mujeres realizan en el sistema sanitario expresan demandas inespecíficas sobre su salud, por lo que debería sospecharse que el maltrato es un tema de fondo poco (o nada) indagado por los profesionales de la salud del primer nivel de atención, lo que dificulta la detección precoz de este problema y su resolución a través de acciones articuladas con otros sectores. Nuevamente cuestiones como el enfoque integral de la salud, la capacitación sobre el tema violencia de género en las currículas profesionales de salud y el desconocimiento sobre los recursos y circuitos disponibles se evidencian como parte del déficit de atención en el ámbito sanitario.

Cabe señalar que los trabajos mencionados conforman un conjunto de pistas que nos ayudan a rastrear el estado más avanzado de los estudios sobre el abordaje de la violencia de género por parte de los equipos de salud. En esa sintonía se encuentran algunas publicaciones cuya autoría es de quien además dirige este proyecto. En ese sentido,

elegimos enumerarlos sucintamente ya que, si bien se consideran antecedentes valiosos a la hora de aportar al campo que nos interpela, no es nuestro objeto ahondar en cada uno, sino considerarlos como esquema de referencia teórica que alimenta este recorrido. Entre otros trabajos que constituyen contenido y material teórico sobre la atención de la violencia de género en el ámbito sanitario, cabe mencionar: “Violencia de género: cuerpos vulnerados en la atención en salud sexual y reproductiva” (Perrotta, 2013) y “Violencia de género: perspectiva integral en salud sexual y reproductiva” (Perrotta, 2013) documento de cátedra, carrera de psicología, Facultad de Psicología UBA.

Entre los hallazgos de los trabajos que aquí se enumeran como parte del estado de avance del proceso de abordaje de la violencia de género en el sistema de salud, importa señalar que en ningún caso las investigaciones se ocupan de la prevención y visibilización de la violencia en la atención de la salud sexual y la salud reproductiva, específicamente en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Por lo que este trabajo se constituye como un aporte que busca interrogar y reflexionar acerca de la visibilización y posible prevención de situaciones de violencia contra las mujeres por parte de profesionales de la salud en la atención de la salud sexual y la salud reproductiva en el primer nivel de atención.

En ese sentido, los resultados que surgen de este trabajo se entienden como un recurso útil a la hora de pensar estrategias en las políticas sanitarias que faciliten los circuitos de atención y abordaje de la problemática de manera eficiente y respetuosa de las mujeres que acuden al sistema sanitario público porteño.

## **Resultados obtenidos**

Los resultados obtenidos serán presentados de acuerdo con las dimensiones de análisis propuestas.

### **1. Perfil de profesionales entrevistados**

La mayoría de los/as profesionales entrevistados/as tiene más de tres años de trabajo en el Centro de Salud y tienen hasta 25 años de ejercicio. Las edades oscilan entre los 33 y los 59 años de edad.

Las profesiones de los 7 las entrevistadas son las siguientes: médicos/as (generalistas, ginecólogos, pediatras y hebiatras), psicólogas/os, trabajadores sociales, fonoaudiólogos/as, una odontóloga, una psicopedagoga y una antropóloga. Dentro de este plantel profesional, se entrevistaron a dos jefes de Centro de Salud. El cuadro detallado de profesiones se encuentra en el anexo de este informe.

De las 36 entrevistas realizadas, sólo 3 profesionales son hombres. Esto habla de la desproporción de la distribución de género entre las y los profesionales que atienden en Salud sexual y salud reproductiva en el primer nivel de atención de la salud.

### **2. Población que atienden**

Los/as profesionales entrevistados/as plantean que la población que atienden es heterogénea pero coinciden en que se trata mayormente de:

- Población materno infantil: mujeres/madres y niños
- Población joven
- Población vulnerable pero también media baja
- Mucha población migrante

Es importante destacar que se trata de efectores de salud del primer nivel de atención, donde la relación entre el equipo de salud y la población suele ser más cercana y se destaca la estrategia de atención primaria de la salud y la relación entre la comunidad y el equipo de salud. Si bien esto no se refleja en todas las entrevistas, se da en la mayoría de los casos y debe ser tenido en cuenta. A la hora de pensar estrategias para visibilizar las situaciones de violencia que sufren las mujeres.

### **3. Representaciones sociales de la violencia hacia las mujeres construidas por los/as profesionales. Diferentes tipos y modalidades de violencia identificados por los/as profesionales**

Si bien los/as profesionales mencionan muchas representaciones sociales de la violencia, principalmente diferentes tipos de violencias, no todos los/as profesionales reconocen las situaciones que sufren las mujeres ni pueden prever que las mujeres que atienden pueden sufrir situaciones de violencia y estar alerta para visibilizarlas y establecer algún tipo de acompañamiento.

Llama la atención que aparezca varias veces la idea de “la sumisión” de las mujeres. Justifican desde la sumisión la violencia hacia las mujeres que surge por una estructura social que va más allá de una característica de personalidad. Esta sumisión les parece responder muchas veces a cuestiones culturales que se desprenden de costumbres de la población migrante (especialmente boliviana y paraguaya) que constituye una gran proporción de la población que atienden.

Esta idea parece ir en contra de la visibilización y de la intervención de los/as profesionales de salud en la detección y acompañamiento de situaciones de violencia que las mujeres sufren pero no manifiestan explícitamente.

A pesar de ello, algunos/as profesionales definen a la violencia de una manera amplia, como la Ley Nacional para prevenirla y erradicarla.

La definición más completa es la una Trabajadora social:

“Cualquier situación que implique menosprecio o alguna agresión tanto física, psicológica, económica, sexual hacia cualquier mujer por el solo hecho de ser mujer, digamos”.

Poco reconocimiento de la violencia institucional. Pero (gineco):

“Desde lo institucional, vi en el hospital sobretodo en los servicios, hay como una violencia institucional a las mujeres, hay un destrato, hay un tema de hacerlas esperar mucho tiempo. Ahora ha mejorado los lugares de espera pero antes eran poco aceptables. Un destrato en cuanto al horario en que tenían que ir a pedir los turnos o cuando hacen pedidos en general mucho no se las consideraba. Acá en el centro de salud hay una práctica mucho mas humanizada.

-En general: ¿Qué considerarás que es una situación de violencia? Como definición digamos...

“Bueno, todo lo que no respeta sus derechos, los que no la escuchan, los que no dan acceso, el no darle acceso, el no escucharlas, no interpretar lo que están buscando o necesitando es una violencia”

Aparece mencionada con mayor frecuencia la violencia física y luego la psicológica. Pocas veces se mencionan los obstáculos al acceso a la interrupción legal del embarazo como modalidad de violencia y tampoco se reconoce la violencia institucional en la mayoría de lxs profesionales entrevistadxs.

Sin embargo, sí aparece ese reconocimiento por parte de algunxs profesionales. Por ejemplo, una ginecóloga manifiesta:

“Al margen de la violencia de género que estamos viendo que está en bastante auge últimamente, sí lo veo en el sistema de salud en cuanto al trato que a veces le da el sistema de salud a las mujeres, no sólo en atención primaria sino en el hospital también, en cuanto a la atención”.

También un Médico generalista, plantea:

“Yo opino que recibiendo todos los casos de ILE (interrupción legal del embarazo) que vienen acá con el equipo yo estoy laburando violencia. No metiendo trabas en salud sexual, sí estoy laburando violencia. Que cualquier persona que viene, busque una anticoncepción de emergencia, que las administrativas sepan que me buscan o buscan a tal o a tal persona y que no se le puede decir que no, sí estoy laburando violencia. Si viene alguna persona y me dicen que la tratan mal en la guardia por una interrupción o algo y la mando a denunciar al teléfono del programa sí estoy laburando violencia, pero no puntualmente con el título de violencia, o laburando empoderamiento con mujeres que vienen a consultar por salud sexual, yo pienso que estoy laburando violencia”.

Resumiendo, aparece un concepto amplio de violencia sólo en algunxs profesionales y lo mismo sucede con el reconocimiento de la violencia institucional, la violencia obstétrica y la violencia contra la libertad reproductiva.

#### **4. Motivos de consulta a partir de los que se detectan las situaciones de violencia que sufren las mujeres. Protocolo, interrogatorio clínico. Procedimiento y acciones para el seguimiento. Visibilización de las situaciones de violencia hacia las mujeres en las consultas por su salud sexual o reproductiva**

Los/as profesionales manifiestan que las mujeres en general concurren por otro motivo y no por la situación de violencia. Consultan por métodos anticonceptivos, por atrasos menstruales, y sobre todo consultan por la salud de sus hijxs. El relato sobre la situación de violencia en general aparece en el transcurso de la consulta por otro motivo.

No hay instructivo, protocolo o sistematización del seguimiento. Solo una de las entrevistadas menciona una hoja de registro con preguntas pre establecidas. Indagan a partir del relato que surge, pero no cuentan con un protocolo que permita detectar tempranamente situaciones de violencia. Hacen derivaciones u organizan acompañamientos y orientaciones a partir de las situaciones que surgen. En esos casos,

los/as profesionales mencionan mucho a trabajo social como la especialidad que interviene.

Algunas entrevistadas mencionan que pocos profesionales indagan desde el emergente en la consulta para tratar de abordar las situaciones de violencia. En general manifiestan que la mayoría no busca activamente y que una dificultad es que hay que pensar qué hacer con eso que se indaga.

Entonces:

- No se indaga sistemáticamente
- No se utilizan protocolos
- En general, no se visibilizan las situaciones de violencia, no se tiene en cuenta que una mujer puede sufrir una situación de violencia.

##### **5. Percepciones de los/as profesionales sobre los tipos de violencia identificados por las mujeres. Continuidades y rupturas entre las situaciones registradas por las mujeres como violentas y las que los/as profesionales consideran situaciones de violencia. Mitos de los/as profesionales sobre las situaciones de violencia sufridas por las mujeres**

Los/as profesionales reconocen que para las mujeres la violencia suele estar naturalizada. Plantean más las situaciones de violencia física que sufren y a veces surge la violencia sexual en algún taller.

La violencia psicológica y la económica están invisibilizadas. Algunos profesionales notan cambios en el último año, una mayor visibilización.

Llama la atención el comentario acerca de que cuando se menciona a lxs hijxs visibilizan ciertas situaciones de violencia. Es decir: cuando lxs hijxs son quienes están en riesgo, las mujeres visibilizan la situación de violencia y la plantean. Esto refuerza el estereotipo de la mujer como madre y cuidadora ya que sólo pueden reconocer que sufren violencia cuando son sus hijxs los que corren riesgo pero no pueden reconocerlo por y para ellas mismas. Esto refuerza que el propio cuerpo y la subjetividad de muchas mujeres está supeditado, condicionado y, muchas veces, borrado en función de la entrega a su rol materno, por lo que sólo pueden percibir a partir de la situación de otros, de sus hijxs, pero no de ellas mismas.

Otro emergente que llama la atención es que aparece una ruptura entre las mujeres que atienden y el equipo de salud: ellas y nosotrxs. Esto lleva no sólo a la escasa percepción de la violencia que “ellas” sufren sino también a que muy pocos profesionales se preguntan qué indagan o qué lugar dan a las mujeres que atienden para que pueda aparecer el relato de esa situación.

Lxs profesionales plantean que está muy marcado que las mujeres “no perciben como situación violenta” lo que están viviendo. Sin embargo, algunos mencionan que es variable, que algunas adolescentes tienen claro que sufren violencia y que eso fue en aumento en los últimos años.

Sigue apareciendo la idea de las lógicas culturales atribuyendo a la población migrante (especialmente boliviana) la característica de la mujer sumisa, dócil. Esto, como decíamos, deja afuera de la responsabilidad de indagar y actuar al profesional de salud por suponer

que se trata de algo cultural que no merece intervención. Es importante tomar este punto en las capacitaciones de profesionales sobre la temática ya que debe diferenciarse la posibilidad de que una cultura naturalice situaciones de violencia que sufren las mujeres y la responsabilidad profesional para detectar e intervenir en situaciones que vulneran los derechos de las personas. También es importante trabajar los estereotipos de género y diferenciar las costumbres de una cultura en relación con el sistema patriarcal que sostiene posiciones sumisas de las mujeres.

Algo interesante que surge en algunas entrevistas es la idea del tiempo como proceso para poder contar por parte de las mujeres y también para pensar estrategias, por parte de lxs profesionales, para que aparezca el relato en la consulta.

Entonces:

- Se atribuye a las mujeres la invisibilización de la violencia. Pero lxs profesionales no parecen preguntarse por su propio rol.
- La violencia Psicológica es poco tenida en cuenta.
- Las madres visibilizan por lxs hijxs. Pero los profesionales también parecen prestar atención a las mujeres en tanto madres más que por sí mismas.
- Justificación de la invisibilización por las lógicas culturales que le suponen a la población migrante (boliviana)

## **6. Intersectorialidad y redes conocidas por profesionales y por las mujeres para intervención y seguimiento de las situaciones de violencia**

La mayoría de lxs profesionales refiere tener vínculos, pero mencionan que ese vínculo es más de trabajo social. Se mencionan organizaciones barriales, religiosas y ONGs, pero también algunos organismos oficiales como la Dirección de la Mujer del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Pero pocos profesionales conocen todas las instituciones mencionadas y hace red con ellas.

La mayoría refiere que hay red interna, dentro de la institución y/o con los hospitales de referencia, pero esa red no está institucionalizada. Se trata más de circuitos informales de derivación que responden al conocimiento personal de cada profesional para derivar a otro/a que resulte receptor de la situación y la persona derivada.

Como redes externas refieren las mismas organizaciones; algunxs refieren que están fragmentadas.

## **7. Realización en el centro de salud de actividades abiertas al público en materia de promoción y prevención de violencia hacia las mujeres**

La mayoría de lxs profesionales mencionan que hacen talleres, actividades en fechas de “efemérides” o salidas territoriales, aunque algunos dicen que deberían ser más sistemáticas o que no son específicamente sobre el tema pero que mediante el trabajo sobre métodos anticonceptivos a veces salen el relato de situaciones de violencia.

La promoción y prevención no parece estar orientada en particular a detectar y prevenir situaciones de violencia sino a promoción de la salud sexual y la salud reproductiva en general.



Por otro lado, cabe señalar que, si bien varixs profesionales mencionan que las actividades de promoción de la salud se relizan con participación comunitaria, deberíamos indagar en alguna investigación futura a quñe llaman participación comunitaria y si realmente se trata de tal participación o se trata de actividades diseñadas y llevadas a cabo sólo por el equipo de salud, en las que la comunidad participa sin tener injerencia en la toma de decisiones.

### **8. Formación de grado en violencia, capacitación de profesionales en el espacio de trabajo y en otros espacios**

La gran mayoría de lxs profesionales manifiesta que no recibió formación en la carrera de grado salvo en alguna materia optativa, en el caso de la carrera de Psicología. Sólo trabajo social parece haber recibido alguna formación específica en temas de violencia.

Una de las médicas menciona la formación biomédica de la UBA con enojo, planteando que parece la formación como si se tratara de una ciencia exacta que deja por fuera lo social.

Lxs médicxs generalistas plantean haber recibido formación en la residencia.

La mayoría refiere que no hay capacitaciones internas. Lxs que sí se capacitan mencionan que no son espacios obligatorios entonces participa quien “tiene ganas”, y muchos mencionan espacios bastantes autogestivos. Mencionan el curso anual del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires, donde se trabajan estos temas pero al que sólo concurren quienes deciden participar.

La formación por fuera del ámbito de trabajo también es bastante heterogénea. De las capacitaciones que mencionan, ninguna es específica de abordaje de situaciones de violencia contra las mujeres, sino que son cursos en los que hay algún módulo donde se trabaja el tema de violencia. Algunxs profesionales confunden con cursos de violencia sexual en abuso sexual infantil.

Es decir que, de acuerdo a los dichos de profesionales, falta capacitación de grado y postgrado y también capacitación profesional en los servicios.

### **9. Falencias identificadas por los/as profesionales en la atención en salud de mujeres que atraviesan situaciones de violencia**

A partir de los dichos de lxs profesionales entrevistadxs, se pueden enumerar las siguientes falencias que ellxs mismxs reconocen en la atención en salud de las mujeres que sufren situaciones de violencia:

- Falencias en la prevención y promoción de la salud
- Vaciamiento institucional de políticas públicas
- Falta de articulaciones y redes formales
- Poco trabajo en perspectiva de género en salud
- Situación de lxs profesionales: múltiples trabajos, falta de tiempo de equipos de salud.
- Falta de capacitaciones de profesionales en detección y acompañamiento que focalicen específicamente en la temática

## **10. Recomendaciones para mejorar el servicio de salud en materia de detección, prevención y asistencia de situaciones de violencia hacia las mujeres**

Las recomendaciones que se plantean son las siguientes:

- Bajar lineamientos dentro de las políticas públicas
- Construcción de Redes de atención y derivación
- Formación en grado y residencia
- Conformación de Equipos interdisciplinarios
- Articulación con educación (todos los niveles)
- Recursos humanos suficientes
- Sensibilización en la temática
- Capacitación a todo el equipo, incluyendo administrativos
- Mejorar formas de acceso/recursos/campañas de difusión

### **Conclusiones**

A partir de los resultados obtenidos en este proyecto nos planteamos las siguientes conclusiones y reflexiones:

En primer lugar, la pregunta acerca de la competencia nuestra en esta temática: ¿cuál puede ser nuestro rol como profesionales de salud mental y como docentes universitarios para mejorar la calidad de atención de las mujeres que sufren situaciones de violencia?

A partir de esta pregunta, se nos presentan varios ámbitos de intervención que se desprenden de este estudio y de nuestra formación profesional. Todos ellos pueden constituirse como ámbitos de transferencia de resultados de este proyecto y también como disparadores para nuevas investigaciones:

1. Formación de grado: la formación profesional comienza en la carrera de grado y todavía no está instalada la temática de la violencia hacia las mujeres como tema central en las currículas, a pesar del reconocimiento internacional acerca del problema de salud pública y de vulneración de derechos que constituye. Por eso este equipo de investigación y docente continuará trabajando en pos de visibilizar la problemática y formar a los estudiantes para cumplir con el propósito de este estudio.
2. Prácticas profesionales de grado. Las prácticas profesionales en nuestra carrera de grado forman parte de las materias electivas. También en este ámbito, en el que los estudiantes tienen la posibilidad de acercarse a la práctica profesional como parte de su formación, es importante incluir como eje las estrategias de abordaje integral e interdisciplinario de las situaciones de violencia que sufren las mujeres.

3. Extensión universitaria: otro de los ámbitos en los que es fundamental trabajar esta temática como eje de la formación profesional es la extensión universitaria. Los proyectos UBANEX son un ámbito importante en el que los estudiantes pueden compartir actividades de promoción de la salud con profesionales del primer nivel de atención y acercarse a la práctica profesional de una manera paulatina y acompañada por profesionales y docentes. En este sentido, este equipo docente lleva adelante hace varios años un proyecto UBANEX en el que se trabaja la temática de la violencia como uno de los ejes de la promoción de la salud sexual y la salud reproductiva. También se realizan jornadas de extensión universitaria donde no sólo participan estudiantes sino también profesionales interesados.
4. Formación de postgrado: La falencia en la formación de grado se traduce en la necesidad de los profesionales de recibir formación de Post grado específica. Este equipo participa de diferentes ámbitos de formación de post grado, dentro y fuera de la facultad de psicología y de la UBA, en los que se trabaja acerca de la violencia contra las mujeres.
5. Perspectiva de género que atraviese la formación de profesionales: Finalmente, la formación de profesionales en todos sus ámbitos debe estar atravesada por la perspectiva de género para poder detectar no sólo las situaciones de violencia sino también todos los condicionamientos que los estereotipos de género determinan y sus consecuencias en la salud. Este equipo lleva adelante sus actividades académicas sobre la base de esta perspectiva.

## **Bibliografía**

Alemán, M. et al, 2010, Detección de violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de Atención Primaria de Salud en Ciudad de Buenos Aires, en *Revista Argentina de Salud Pública*, Vol. 1 - Nº 5, 1(5):22-27, Salud Investiga, Buenos Aires.

Barrancos, D., 2000, Inferioridad jurídica y encierro doméstico en *Historia de las Mujeres en la Argentina*, Buenos Aires, Alfaguara, Tomo I.

Barrancos, D., 2008, *Mujeres, entre la casa y la plaza*. Buenos Aires, Ed. Sudamericana.

Bott, S., 2010, *Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género, Manual de referencia para profesionales de la salud de países en desarrollo* IPPF, Nueva York.

Cappuccio, M. et al., 2006, El equipo de salud ante la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en Petracci, M. y Ramos, S., comp., *La política pública de salud y*

*derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*, CEDES, Buenos Aires. (Pág. 81-2)

Checa, S., 2003, *Cuerpo y sexualidad en la adolescencia*, en Checa, S. (comp.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*, Ed. Paidós, Bs. As.

Daverio, A., 2006, *El proceso de implementación de la política pública de salud reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires: desafíos ideológicos e institucionales: El caso del Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" y su área programática*. En Petracci, M. y Ramos, S., comp., *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*, CEDES, Buenos Aires.

ELA, 2009, *Violencia familiar: Aportes para la discusión de Políticas Públicas y Acceso a la Justicia*, Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, Buenos Aires.

Fernández Alonso, M.C. et al., 2003, *Violencia en la pareja: papel del médico de familia*. Grupo de Salud Mental del PAPPS Atención Primaria Volume 32, Issue 7, 2003, Pag 425-433

Ferreira G., 1989, *La mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica*. Editorial Sudamericana. Buenos Aires.

Gherardi, N., 2010, *La violencia contra las mujeres en la justicia Argentina*, en *Derecho de las mujeres y discurso jurídico, informe anual del observatorio de sentencias judiciales 2009*, Equipo Latinoamericano de Justicia y Género-ELA, Buenos Aires

Giberti, E., 2017, *Mujeres y Violencias*. Editorial Noveduc. Buenos Aires ISBN: 978-987-538-550-4

Hendel, L., 2017, *Violencias de Género, Las mentiras del patriarcado*. Editorial Paidós. Buenos Aires

Herrera, Cristina, Rajsbaum, Ari, Agoff, Carolina, & Franco, Aurora., 2006, *Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México*. *Salud Pública de México*, 48(Supl. 2), s259-s267.

Lamas, M., 1996, *Usos, dificultades y posibilidades de la categoría "género"*, en Lamas, M. (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, Porrúa, México.

Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (25.673/2002)

Ley Nacional de Anticoncepción Quirúrgica (26.130/2006)

Ley Nacional de Educación Sexual Integral (26.150/2006)

Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (26.485/2009)

Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (418/2000)

Ley por los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (114/1999)

Maffia, D.. 2011, Sexualidades migrantes, género y transgenero. Editorial Librería de las mujeres editoras. Buenos Aires.

Mejía R et al., 2000, Conocimiento y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. *Medicina*, Buenos Aires, 60:591-594.

Naciones Unidas, 2006, Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Informe del Secretario General ante la Asamblea General de Naciones Unidas. 6 de julio de 2006-A/61/122/Add.1.

Pecheny, M. et al., 2012, Ligadura y vasectomía: obstáculos para su accesibilidad, en *Salud, Sociedad y Derechos*, Kornblit, Camarotti, Wald (comp.), Editorial Teseo, Bs. As. Argentina, pags. 315/338.

Perrotta, G., 2007, Sexualidad adolescente y condicionamientos de género. En Trimboli, A. et al. (comp.), *El Malestar en lo cotidiano: Diferentes miradas en salud mental*, AASM, Bs. As., Argentina, pags. 269/271.

Perrotta, G., 2010, La perspectiva de género en salud sexual y reproductiva, en *Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores del MERCOSUR: "Clínica e Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales"*. Facultad de Psicología. UBA. Secretaría de Investigaciones. Argentina. Págs. 289/290.

Perrotta, G., 2011, Concepciones de Sujeto, Cuerpo y Síntoma en Medicina y Psicoanálisis, en *Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y Séptimo Encuentro de Investigadores del MERCOSUR: "Clínica e Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales"*. Facultad de Psicología. UBA. Secretaría de Investigaciones. Argentina. Págs. 164/168.

Perrotta, G., 2013, Violencia de género: perspectiva integral en salud sexual y reproductiva, en *Salud mental: Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención*, Grande, E. et al, Trimboli, A. (comp.), AASM (Serie Conexiones). Argentina.

Perrotta, G., 2013, Violencia de género: Cuerpos vulnerados en la atención en Salud Sexual y Reproductiva. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Perrotta, G., 2014, El Rol del Psicólogo en el Equipo Interdisciplinario de Salud, en *Cuerpo y Subjetividad*, Grande, E. et al, Trimboli, A. (comp.), AASM (S Conexiones), Págs. 373-375.

Ramos, S. et al., 2001, Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿Una transición ideológica?, CEDES, Buenos Aires.

Rohlf, Izabella, & Valls-Llobet, Carme, 2003, Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 17(4), 263-265.

Sans Corrales, M. Jaume Sellarès, S., 2010, Detección de la violencia de género en atención primaria, *Revista española de medicina legal: órgano de la Asociación Nacional de Médicos Forenses*, Vol. 36, Nº. 3, 2010, págs. 104-109

Segato, Rita, 2003, La argamasa jerárquica: violencia moral, reproducción del mundo y la eficacia simbólica del derecho, en *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*, Prometeo-UNQ. Buenos Aires

Segato, R., 2016, La guerra contra las mujeres. Traficante de sueños, Mapas 45. Madrid

Tajer, D; Gaba, M; Reid, G, 2014, Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres: una investigación en la ciudad de Buenos Aires, *Género y Salud en Cifras Vol. 12, Núm. 2 11-26*, México

Velázquez, S., 2003, Violencias Cotidianas, Violencia de Genero. Paidós. Buenos Aires.

Velzeboer, Marijke (2003), La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. OPS. (Publicación Ocasional No. 12). Washington, D.C.

Dra. Gabriela Perrotta

---

Firma y Aclaración  
del director del proyecto

## Anexos

### CeSACs elegidos para muestra y criterios

Comuna	Barrio	Cantidad CESACS	Cobertura Publica	Participación %	Muestra
8	Villa Lugano - Villa Soldati Boca - Barracas - Parque	9	40,0	0,2093	2
4	Patricios - Nueva Pompeya Liniers - Mataderos - Parque	10	34,0	0,2326	2
9	Avellaneda Constitucion - San Telmo - Retiro - San Nicolás -	3	32,0	0,0698	1
1	Montserrat - Madero	3	28,9	0,0698	1
7	Flores - Parque Chacabuco	4	25,1	0,0930	1
3	Balvanera - San Cristobal Chacarita - Agronomía - Paternal - Parque Chas - Villa	2	21,0	0,0465	1
15	Ortúzar - Villa Crespo Floresta - Velez Sarsfield - Villa Luro - Monte Castro -	5	17,9	0,1163	1
10	Versalles - Villa Real	1	16,5	0,0233	0
5	Almagro - Boedo Villa Devoto - Villa del Parque - Villa Santa Rita - Villa	1	11,0	0,0233	1
11	General Mitre Villa Urquiza - Villa Pueyredon - Coghlan -	0	9,7	0,0000	0
12	Saavedra	3	9,0	0,0698	1
6	Caballito	0	7,6	0,0000	0
14	Palermo	2	5,3	0,0465	1
2	Recoleta	0	3,5	0,0000	0
13	Belgrano - Nuñez - Colegiales	0	3,5	0,0000	0
		<b>43</b>		<b>12</b>	<b>12</b>

## Entrevistas

N°	Comuna	CeSAC	Profesión
1	8	7	Psicóloga
2	8	7	Médica generalista
3	8	7	Trabajadora Social
4	8	18	Ginecóloga
5	8	18	Trabajadora Social
6	8	18	Psicóloga
7	4	39	Médica
8	4	39	Médico generalista
9	4	39	Trabajadora social
10	4	41	Ginecóloga
11	4	41	Antropóloga
12	4	41	Hebiatra
13	1	15	Trabajadora social
14	1	15	Trabajadora Social
15	1	15	Ginecóloga
16	1	15	Ginecóloga
17	3	11	Trabajadora Social
18	3	11	Ginecóloga
19	3	11	Fonoaudiólogo
20	7	20	Médica Generalista
21	9	13	Ginecóloga
22	12	12	Psicopedagoga
23	12	12	Trabajadora Social
24	12	12	Ginecóloga y jefa
25	12	12	Médica generalista
26	14	33	Ginecóloga
27	14	33	Tocoginecologa
28	14	33	Odontologa infanto-juvenil
29	14	33	Pediatra
30	14	33	Psicologa
31	15	22	Ginecóloga
32	15	22	Jefe
33	15	22	Trabajadora Social
34	15	22	Ginecóloga
35	5	38	Médica
36	5	38	Psicóloga