

Tensiones, desafíos y estrategias en la atención a mujeres en situación de violencia en servicios de atención primaria de la salud de Morón (2009-2016)

MAFFEO, Florencia / UNSAM - maffeoflorencia@gmail.com

Eje: MT: 48 Disputas de lo público y lo privado: las violencias de género y las políticas públicas.

» *Palabras claves: salud- violencia contra las mujeres- políticas públicas*

» **Resumen**

Entre las obligaciones en el ámbito de la salud descriptas en la ley N° 26.485, se establece Ministerio de Salud deberá incorporar la problemática entre los servicios de atención integral, diseñar protocolos de detección y atención, promover servicios especializados, alentar la formación de los profesionales de la salud con perspectiva de género, y enuncia los casos en los que el personal sanitario tiene la obligación de hacer la denuncia.

Más allá de las políticas enunciadas en papel, en los servicios de salud nos encontramos con profesionales que llevan adelante distintas estrategias a la hora de atender a mujeres en situación de violencia.

Dada la relevancia de los servicios de atención primaria de la salud en la prevención y atención cotidiana de las personas, nos interesa analizar cómo son atendidas las mujeres aquí. Para esto, tomaremos el caso de los CAPS de Morón, a partir de la realización de entrevistas a profesionales de la salud y el análisis de protocolos de atención a mujeres en situación de violencia.

» **Introducción**

Los centros de salud suelen ser espacios poblados de mujeres. En el rol de cuidadoras, las mujeres asisten a los servicios de salud por un lado, en controles que tienen que ver con su salud reproductiva, basada en la naturalización de su función reproductora y la mirada biomédica que existe para este tipo de consultas, así como también para el control sanitario de sus hijos/as, padres, familiares, asociadas a la responsabilidad generizada sobre el cuidado de *otros* (Teodori, 2016).

Los servicios de salud son una de las instituciones que las mujeres recorren en su ruta crítica para salir de las situaciones de violencia (Teodori, 2016), no sólo los hospitales sino también los centros de atención primaria. Los servicios de atención primaria de la salud son “el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Declaración de Alma-Ata, 1978).

Sobre la atención a mujeres en situación de violencia en el sistema de salud, la ley N° 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, estipula (entre otras cosas) los deberes de los diferentes ministerios y funcionarios públicos de diferentes áreas en cuanto a las políticas públicas a implementar para aplicar la ley de forma transversal. La mencionada ley establece en su artículo 11, inciso 4, que el Ministerio de Salud de la Nación deberá incorporar la problemática entre los servicios de atención integral a las mujeres, diseñar protocolos de detección precoz y atención, promover servicios especializados con equipos interdisciplinarios para la atención, impulsar un registro de las personas atendidas, alentar la formación de los profesionales de la salud con perspectiva de género. Además, en el artículo 18, el personal sanitario está incluido entre los funcionarios públicos que tienen la obligación de hacer la denuncia penal cuando se enteren de un caso en el que se presenten hechos de violencia, tal como lo estipula la ley, en los casos en que estos hechos puedan constituir un delito, según el artículo 24¹.

Debido a estas características, nos parece relevante analizar cómo se implementan las políticas públicas sobre violencia contra las mujeres en este nivel de atención. En este trabajo, nos proponemos indagar acerca de cómo es la atención a mujeres en situación de violencia en sus relaciones interpersonales de pareja (o ex pareja) en los CAPS de Morón, y cuáles son las tensiones, desafíos y estrategias que llevan adelante los/as profesionales de la salud. Elegimos este municipio porque las políticas municipales, hasta el año 2015, han puesto atención a la violencia contra las mujeres, y el rol de las organizaciones sociales de la zona ha sido muy importante, no sólo en cuanto a la presión ejercida para que estas políticas se implementen, así como también en su articulación con el municipio y las trabajadoras de la salud, y el desarrollo de actividades y servicios desde las organizaciones para trabajar con mujeres en situación de violencia.

Nos detendremos principalmente en las estrategias de detección de la violencia y de acompañamiento y realización de denuncias. Para hacer este análisis nos basaremos en dos protocolos de la provincia de Buenos Aires para atención a personas en situación de violencia en el sistema de salud, y en tres entrevistas realizadas: a una trabajadora social y a una médica generalista que trabajan en un centro de salud de atención primaria, y a una médica ginecóloga jubilada, que es miembro de una organización feminista de Morón que acompaña a mujeres en situación de violencia.

› **El sistema de salud y el modelo médico hegemónico**

El sistema de salud público argentino tiene la característica de ser un servicio social universal, basado en la concepción del ciudadano como sujeto de derecho. Si bien existe un sistema de prepagas y obras sociales, en donde estas últimas se rigen por el principio contributivo de las políticas de seguridad social, la atención en el sistema de salud pública no se restringe a quienes cuenta con atención privada, y la inversión en el gasto público para lograr una atención universal en salud, lleva a una mayor cobertura del sistema, con un efecto redistributivo (Ocampo, 2008). Sin embargo, esta fragmentación del sistema de salud genera una enorme dificultad para poder implementar políticas de salud globales, que abarque tanto a los efectores de sistema público como del sector privado. Además, tiene la característica de que a partir de los años '90, se ha descentralizado, por lo que en el sistema de salud público conviven servicios nacionales, provinciales y municipales, y se dificulta la coordinación de políticas entre jurisdicciones (Alonso y Di Costa, 2011). Si bien durante los gobiernos kirchneristas, se ha ampliado la articulación entre estos sistemas, y se implementaron

1 En las situaciones en las que los hechos de violencia no constituyan un delito, el personal de salud está obligado a hacer la denuncia siempre y cuando cuente con la autorización de la mujer, y la formalización de la denuncia debe resguardar a la víctima, y estar dentro de las condiciones referidas al secreto profesional y el consentimiento informado, según el Artículo 18 del Decreto Reglamentario 1.011 de la ley.

algunos lineamientos de políticas nacionales con asignación de recursos², no se observa una coordinación nacional ni subnacional en las políticas sanitarias en cuanto a atención de violencia hacia las mujeres (ELA, 2014).

La atención en salud, como en otras relaciones sociales tiene como de sus principales condicionantes las construcciones de género, puesto que no es ajena a lo que sucede en el resto de la sociedad (Teodori, 2016). Durante la atención, generalmente se invisibilizan las dolencias con las que llegan las mujeres, se descontextualizan sus vivencias y no permite detectar los síntomas que se generan al vivir en una situación de violencia (Teodori, 2016). Además, las prácticas médicas se articulan sobre la relación médico-paciente, la cual es relación asimétrica de poder, pero si a eso sumamos cuando las pacientes son mujeres y los médicos son hombres, esa asimetría se profundiza en el marco de las relaciones sociales patriarcales (Schwarz, 2016), un punto a tener en cuenta al momento de pensar sobre la atención de las mujeres en situación de violencia en sus relaciones íntimas, que llegan a la consulta con una baja autoestima y poca confianza sobre sus propias decisiones. Además, porque los profesionales suelen decidir por las personas, y pese a que las decisiones que no requieren de conocimiento experto debiera ser tomado por las personas, (y las que requieran dicho saber debieran ser aprobadas por los pacientes tras haber sido plenamente informados/as), esto no sucede, y el personal médico suele tomar todas las decisiones, dirimiendo esta contradicción en un juego de poder (Schwarz, 2016).

Los centros de atención primaria de la salud son la pata territorial del sistema de salud, en el que se articula más fácilmente las características y actores sociales del barrio con la atención médica. Se realizan controles sanitarios, trabaja en la prevención de enfermedades y es el servicio con más vinculación con la comunidad, y con otras instituciones. Además, al ser servicios pequeños, es más usual que los efectores/as conozcan el barrio a y los/as usuarios/as habituales, lo que promueve vínculos de confianza. Esta cotidianidad compartida nos hace pensar que la forma de atención, la percepción de las dolencias y la salud de las mujeres en los centros de atención Primaria de la Salud (CAPS) puede ser distinta y correrse del modelo hegemónico, ya que los/as profesionales de la salud se convierten también en una referencia para las usuarias, y a su vez, al tener otro conocimiento sobre las problemáticas del barrio, los/as profesionales pueden hacer una atención mucho más integral.

El sistema de salud de Morón está compuesto por 13 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), un Hospital Municipal, el centro de zoonosis, y un vacunatorio municipal. Además, dentro del territorio del municipio contamos con dos hospitales nacionales: el Hospital Alejandro Posadas, y el Instituto de Haedo. Morón pertenece a la región sanitaria VII de la provincia de Buenos Aires, y forma parte del corredor sanitario que se realiza con los hospitales provinciales de Moreno y Merlo. Los CAPS están ubicados en los barrios, y, si bien algunos tienen especialidades, todos ellos atienden con médicos/as generalistas, trabajo social, y psicología, tres disciplinas que reciben, diagnostican e intervienen en el acompañamiento a mujeres en situación de violencia.

› ***La detección de las situaciones de violencia por parte de las profesionales de la salud***

La violencia contra las mujeres es un problema estructural, y es el fundamento del patriarcado y el sexismo (Izquierdo, 2007). Funciona como mecanismo de control de las mujeres, que se naturaliza y representa como un continuum de violencias (Segato, 2010) lo que explica por qué pese a la lucha contra la violencia, todavía exista tolerancia hacia las conductas violentas.

En la concepción dominante, al denunciar solamente los malos tratos hacia las mujeres, se termina reforzando la desigualdad entre los sexos, porque individualiza el problema, al centrarlo en el agresor, lo que

niega los aspectos estructurales de la desigualdad, y además, se reproduce la idea de las mujeres como seres dependientes, que necesitan protección (Izquierdo, 2007). Esta concepción de la violencia mantiene una concepción del Estado como tutelar hacia las mujeres.

Los/as profesionales que trabajan con mujeres que sufren violencia familiar sostienen que el rasgo común entre ellas es que sufren de baja autoestima, y que ésta es un factor de riesgo previo, así como también que se profundiza con el maltrato reiterado, otra factor común entre muchas es la dependencia, no sólo de recursos materiales, sino también para su desarrollo y falta de un contexto afectivo que las contenga (ELA, 2009). Por otro lado, los profesionales tienen diferentes dificultades para la atención, entre las que se destacan las frustraciones cuando las mujeres no logran separarse del violento, y las amenazas de éstos hacia quienes las atienden y ayudan (ELA, 2009)

Si bien las mujeres no suelen considerar a los servicios de salud como lugares donde hacer consultas sobre este tema, y pueden en muchos casos no tener confianza en los efectores para relatar sus vivencias (Sagot, 2000), estos pueden detectar situaciones, a través de las consultas por golpes y estados de shock o ansiedad y el trabajo de profesionales capacitados en la temática son relevantes en la coordinación con otras instituciones y como apoyo de las mujeres (Teodori, 2016).

Para la detección de las situaciones de violencia vividas por las mujeres en el ámbito de sus relaciones íntimas, el Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires elaboró protocolos de atención. Nos interesan aquí dos protocolos: el "Protocolo de detección y asistencia a mujeres víctimas de maltrato" y el "Protocolo y Guía de prevención y atención de víctimas de violencia familiar y sexual para el primer nivel de atención", ambos elaborados por la Dirección de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, en los años 2007 y 2009 respectivamente.

Los protocolos son guías técnicas, recomendaciones de acción desde el sistema de salud, y una forma de estandarización de las prácticas. Son además ejemplos del discurso médico construido sobre la atención de violencia, que es considerada una patología más a atender por parte de los profesionales de la salud.

Al observar el "Protocolo y guía de detección y asistencia a mujeres víctimas de maltrato" del Ministerio de salud de la Pcia. de Buenos Aires, observamos que esta concepción hegemónica impregna sus escritos, y por ejemplo enumera una serie de síntomas y señales de alerta de maltrato, físicos, psicológicos, y sociales, y también indicadores en la pareja. Estos síntomas son los que funcionan como signifiante de la "enfermedad". Si bien están escritos para ser implementados en equipos interdisciplinarios, lo central es el examen médico: determinar cuáles fueron las agresiones sufridas, en que partes del cuerpo, con qué objetos, prevenir enfermedades de transmisión sexual, determina los tratamientos posibles así como los que no deben realizarse, y propone un cuestionario guía para ser completado por el profesional o la paciente, un interrogatorio sobre la vida de la mujer, similar a uno policial. Su vínculo tan cercano con las prácticas judiciales hace además de la práctica, que de por sí disciplina, toda una estrategia de control, no sobre el agresor, sino sobre la víctima.

Los procedimientos clínicos se basan en la observación minuciosa del cuerpo, en la lectura del síntoma, y cualquier pregunta apunta a conocer la dolencia (Foucault, 2013), por esto no es de extrañar que, pese a tan detallado protocolo, en general los profesionales de la salud tengan muchas dificultades para identificar la violencia, y no les pregunten a las mujeres por posibles situaciones de violencia (Teodori, 2016), y una vez identificada o expresada la situación por la mujer, sea interrogada, culpabilizándola de cierta forma por vivir esta situación.

Sin embargo, podemos ver como hay profesionales de la salud que se corren de esta concepción hegemónica, y pueden construir otras prácticas de atención. Cuando preguntamos a las entrevistadas cómo llegan las mujeres a la consulta y cómo detectan cuando están en situaciones de violencia, responden:

"En general... Se da de todo, no? Desde la mujer que viene por ahí con el golpe visible y pide digamos como un asesoramiento, y ahí bueno, me dedico más que nada a registrar. Por ahí más que nada la evaluación física, escuchar un poco... digamos bien la problemática y tratar de articular con trabajo social como para brindar algún acompañamiento, y eso, aconsejarla para ver qué es lo que conviene según el caso. Después por ahí casos más sutiles (...) A veces también en la consulta de más de clínica aparece en el control de salud, aparecen como dolores, o cefaleas, o dolores abdominales, como que por ahí no tienen una patología ahí que esté justificando, este... y por ahí cuando vos empezás a indagar aparece, algo relacionado

con la violencia, principalmente por ahí de la pareja, pero no siempre, a veces es o de un familiar cercano, este... padres, si... También es común eso, que aparezcan como problemas, que consulten más desde lo clínico, y que esté en el fondo alguna cuestión relacionada con la violencia” (E3, médica generalista)

Esta forma de indagar se basa en una escucha activa, de acuerdo a los tiempos de las mujeres

“Si ya tenés una buena escucha de la mujer, una buena relación con la mujer, ella te tiene confianza, (...) seguir sosteniendo una buena relación, porque a veces es la única fuente externa que tiene la mujer para comunicarse, sin tener demasiada persecución del violento. (...) y tratar de ver, que ella empiece a ver que puede haber una salida esa situación, y buscar mientras tanto... si ella pide en algún momento ir a algún dispositivo especializado, a qué dispositivo ir.” (E1, médica ginecóloga jubilada)

Sobre el conocimiento de los protocolos, las profesionales sostienen desconocerlos y no tenerlos como una referencia para su práctica. Este desconocimiento, de lo que es una guía técnica, no impide que las profesionales entrevistadas puedan realizar tareas de acompañamiento de las mujeres, aprendidas en la práctica, en particular, mientras hacían su residencia. La residencia aparece como el lugar de aprendizaje y formación en temas de violencia, y con una perspectiva de género y derechos que no está presente en la formación de grado.

› **Los procesos de acompañamiento y la denuncia**

La obligación de los profesionales de la salud de denunciar muestran el acoplamiento de dos sistemas disciplinarios, el médico y el judicial, la transferencia del poder de juzgar a los profesionales de la salud, y a la vez la utilización del poder judicial de estos profesionales como auxiliares de justicia (Teodori, 2016).

Si bien los protocolos son guía de acción, existen profesionales que los toman como obligación y se preocupan más por cumplir la regla que en acompañar a la mujer, en insistir que denuncie o hacer la denuncia ellos mismos lo antes posible, en vez de analizar con la mujer su situación, sus posibilidades, sus deseos. Invertir la ecuación puede generar otras estrategias, y promover un acompañamiento no estandarizado que se adecúe a los tiempos y procesos de cada mujer:

“Muchas veces con los dispositivos que utilizamos acá, como el dispositivo grupal, las entrevistas individuales, la mujer empieza a ver cuestiones que le permiten abordar esta cuestión. Y tampoco inducir a denunciar ni nada de esas cosas, eso es catastrófico.” (E1, médica jubilada, integrante de organización feminista).

Lo “catastrófico” de la denuncia tiene que ver con varios componentes, según las profesionales entrevistadas: por un lado, el maltrato y revictimización que las mujeres viven en las comisarías y el sistema judicial, por otro lado, en que en muchísimos casos la denuncia no resuelve la situación sino que además recrudece la violencia. Al momento de hacer una denuncia, la mujer tiene que estar fortalecida para enfrentar esto, y, salvo que se encuentre en un alto riesgo, la denuncia puede esperar o hasta no hacerse. Además, la falta de redes de apoyo de las mujeres y la ausencia de políticas públicas que den respuesta a las necesidades económicas y dificultades subjetivas de las mujeres funcionan como condicionantes, por lo que una gran cantidad de denuncias no continúan su recorrido judicial (ELA, 2012). Por otro lado, el propio circuito judicial generalmente termina obstaculizando el camino, debido a la cantidad de organismos a visitar, la escasez de organismos de patrocinio jurídico gratuito- que si bien no es un requisito, su capital simbólico y conocimiento de los mecanismos aumentan significativamente que se aprueben las medidas de protección- así como el hecho de que la víctima debe llevar la orden de restricción a la comisaría, entre otros elementos, lo cual desalienta a las mujeres a

continuar, y que de no lograrse una intervención integral y coordinada lleva a una revictimización y en algunos casos también incrementando el riesgo a nuevas y peores situaciones de violencia (Vicente y Voria, 2016).

En el distrito de Morón, se observa cómo estos obstáculos se multiplican. Las mujeres no cuentan con lugares cercanos a su domicilio donde realizar las denuncias, y si bien se creó la Comisaría de la Mujer ha cambiado su nombre a “de la mujer y la familia” y bajo la idea de “escuchar a todas las partes” atiende también a los hombres violentos, sin generar distinciones y responsabilizando a ambos por la situación, un modo de intervención que no se restringe a la comisaría y que se replica en el resto del aparato judicial (Mujeres al Oeste, 2014) Frente a todas estas tramas y reveses de la situación, nos resulta interesante la reflexión que realizó una de las entrevistadas cuando empezó a acompañar a mujeres:

“Y ahí es donde también empecé a entender lo complejo del tema, de las situaciones de violencia. Donde no es a todo o nada. Donde a veces las mujeres pueden un montón, o pueden lo que para una es un montón, que es separarse, cortar con eso, hacer una vida independiente. Y otras veces pueden poner algunos límites, y este...hasta ahí. Seguir. Y poder tolerar como profesional eso, sin ir en contra y revictimizar a la mujer, culpabilizarla, bueno, no puede lo que vos como mina de clase media... Eh... desde ahí, siempre para mí hubo un tema a observar en la intervención con situaciones de violencia hacia las mujeres especialmente, entre... Entre lo que a mí me pueda parecer que se debería hacer o lo que la ley dice, que hay que denunciar ya. Y el proceso de acompañamiento a una mujer, problematizar que ella sea protagonista de... de ese... que sea protagonista y que no, no terminar revictimizándola” (E2, trabajadora social)

Las palabras de esta trabajadora social nos invitan a reflexionar sobre el rol de las profesionales de la salud y la importancia de adecuar el acompañamiento a las necesidades de cada mujer. Desde ahí, se puede promover una resiliencia como “un proceso de consolidación o fortalecimiento de la instancia yoica del sujeto, que de un modo se vuelve más capaz de mediar con los conflictos” (Melillo et al, 2004: 293), y considerar así a las mujeres como sujetos activos de su experiencia y no como una víctima pasiva. Este abordaje se corre de la práctica hegemónica en la que el profesional decide por los/as pacientes la mejor estrategia de intervención. Aquí la estrategia se piensa en conjunto.

› ***A modo de cierre***

Los centros de atención primaria de la salud son dispositivos donde es posible construir una acción comunitaria integrada, en la que la promoción de la salud sea estimular a la comunidad a cuidar su salud, y activar ante factores de riesgo.

El acompañamiento a las mujeres en situación de violencia es complejo, tiene sus vaivenes, y requiere pensar estrategias de abordaje para cada caso. Las leyes y los protocolos no tienen en cuenta las particularidades de cada mujer y su situación, sino que sirven como guías. Es importante la formación y el trabajo en equipo para el acompañamiento integral.

Nos preguntamos cómo diseñar e implementar políticas públicas menos generales y más flexibles para poder otorgar recursos de acuerdo a las necesidades de cada equipo profesional y cada mujer, para que sean políticas efectivas para que las mujeres puedan generar autonomía y tener herramientas reales para salir de esa situación y construir nuevas formas de vida.

Bibliografía

- Alonso, G., Di Costa, V. (2011). "Cambios y continuidades en la política social argentina, 2003-2010", mimeo.
- Declaración de Alma-Ata (1978) Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
- ELA (2009) *Violencia familiar. Aportes para la discusión de Políticas Públicas y Acceso a la Justicia*. Argentina, Iglesias Comunicación.
- Foucault, M. (2013). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*; Buenos Aires, Siglo XXI.
- Izquierdo, M. J. (2007) "Estructura y acción en la violencia de género" en Molas i Font, M. D. (coord.) *Violencia deliberada: las raíces de la violencia patriarcal*, págs. 223-234
- Melillo, A. et al (2004) "Salud comunitaria, salud mental y resiliencia" en Melillo, A., Suárez Ojeda, E., Rodríguez, D. (comp) *Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Mujeres al Oeste (2014). "La ruta crítica que siguen las mujeres en situación de violencia en el Departamento Judicial de Morón". (mimeo)
- Sagot, M. (2000) *La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. Estudios de casos de diez países*, Washington DC, OPS.
- Schwarz, P. (2016) *Maternidades en verbo. Identidades, cuerpos, estrategias, negociaciones: mujeres heterosexuales y lesbianas frente a los desafíos de maternar*. Buenos Aires, Biblos.
- Segato, R. (2010) *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Prometeo
- Teodori, C. (2016) *A los saltos buscando el cielo. Trayectorias de mujeres en situación de violencia familiar*. Buenos Aires: Editorial Biblos (2° edición).
- Vicente, A., Voria M. A. (2016) "¿Protegidas o desprotegidas? La integridad de las mujeres en relación a las medidas de protección urgentes establecidas por la Ley 26485 en Argentina", Revista *Studia Politicae* de la Universidad Católica de Córdoba, número monográfico sobre "Beijing +20 y la igualdad de género" (en prensa).

Otras fuentes

"Protocolo de detección y asistencia a mujeres víctimas de maltrato. Dirección de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género", Ministerio de Salud, Pcia. de Buenos Aires. Res. Min. 304/07

"Protocolo y Guía de prevención y atención de víctimas de violencia familiar y sexual para el primer nivel de atención". Dirección de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, Ministerio de Salud, Pcia. de Buenos Aires. Res. Min. 1471/09