

ARTÍCULOS ORIGINALES

DETECCIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CIUDAD DE BUENOS AIRES

Detection of gender based violence. Analysis of the situation on the primary health care system on the city of Buenos Aires

MARÍA ALEMÁN¹, DIANA VERNAZ¹, GRACIELA TILLI¹, VIVIANA MAZUR², BELÉN ROSSI SAMMARTINO², AGUSTINA MARCONI², KARINA PANNIA², JULIÁN ANTMAN¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: la justificación del presente estudio se basa en la consideración de la violencia basada en género (VBG) como un problema de salud pública y del sector salud como un espacio privilegiado para su detección. La VBG es todo acto o amenaza de tal que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer. OBJETIVO: realizar un análisis de situación del sistema de Atención Primaria de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en relación a su capacidad de respuesta frente a la VBG. MÉTODOS: Estudio descriptivo de corte transversal. Se realizó un análisis de situación para caracterizar, analizar e interpretar cada centro frente a la VBG. Se aplicaron dos encuestas. Los sujetos fueron todos aquellos profesionales que atienden a mujeres de 21 años y más en los Centros de Salud y Acción Comunitaria de la CABA. RESULTADOS: respondieron 512 participantes, 415 eran mujeres, edad promedio de 44 años. El 49,7% refirió tener conocimientos poco o nada suficientes en esta problemática. Entre el 81,7 % y el 88,6 % se reconoció como medianamente o poco capacitado en detección de VBG. El 72,3% consideró que la detección de VBG en la consulta debe realizarse en forma sistemática. CONCLUSIONES: los resultados indican la importancia de la capacitación de los profesionales de la salud para mejorar su práctica en la detección de la VBG.

ABSTRACT. INTRODUCTION: the justification of the present study is based on the consideration of gender based violence (GBV) as a public health issue and the health sector as a privileged space for its detection. GBV is understood as any act or threat that has or could have as a result injuries or physical, sexual or psychological suffering for a woman. OBJECTIVES: To perform an analysis of the situation in the Primary Health Care System, on the City of Buenos Aires in relationship to its responding capacity to Gender based Violence (GBV). METHODS: Descriptive study on transversal cut. The analysis allowed characterizing, understanding and interpreting the situation of each centre in relationship to GBV. Two polls were carried out. The subjects were all those professionals who attend to women over 21 years of age on the Health and Community Centers in CABA. RESULTS: 512 participants responded. 415 were women; average age was 44 years old. The 49.7% acknowledged having little or no knowledge regarding the problematic. Between the 81.7 % and 88.6% recognized themselves as being medium or little qualified on detecting GBV. The 72.3 % considered that GBV detection in health appointments should be done systematically. CONCLUSIONS: the results indicate the importance of health professional's qualification in order to improve their practice in detecting GBV.

PALABRAS CLAVE: Violencia familiar - Detección - Atención Primaria de Salud - Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sanitarias.

KEY WORDS: Family Violence - Detection - Primary Health Care - Knowledge, attitudes and health practices.

¹ Sociedad Argentina de Medicina Interna General.

² Sistema de Atención Primaria de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO:

Becas "Carrillo-Oñativia". Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.

FECHA DE RECEPCIÓN: 9 de noviembre de 2010

FECHA DE ACEPTACIÓN: 10 de diciembre de 2010

CORRESPONDENCIA A:

María Alemán

Correo electrónico: licmariaaleman@ciudad.com.ar

INTRODUCCIÓN

La Convención de Belém do Pará,¹ aprobada en la República Argentina mediante Ley 24.632, define a la violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. Naciones Unidas se refiere a la violencia contra la mujer como "violencia basada en género" (VBG), y destaca la necesidad de comprenderla dentro del contexto del status de subordinación en que viven las mujeres dentro de la sociedad.²

Algunos datos ilustran la magnitud del problema. En los Estados Unidos, entre dos y cuatro millones de mujeres son golpeadas anualmente; 1.500 mujeres son asesinadas cada año por su pareja o ex pareja.³ En Francia, una de cada 10 es víctima de violencia conyugal, la violencia en

la pareja causa la muerte de seis mujeres por mes y es la principal causa de femicidio.⁴ En Europa, una de cada cinco mujeres refiere ser maltratada⁵

Asimismo, la Organización Panamericana de Salud (OPS) estima que entre el 20% y el 60% de las mujeres que viven en América sufren situaciones de violencia.⁶ En una encuesta reciente, realizada en el Uruguay, el 35,6% de las mujeres entrevistadas indicó haber padecido violencia psicológica y el 10,8% violencia física o sexual en su hogar.⁷ En Argentina, se estima que el 25% de las mujeres sufre regularmente violencia intrafamiliar y que el 50% pasará por alguna situación de violencia a lo largo de su vida.⁸

EL SECTOR SALUD FRENTE A LA VBG

En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud declaró a la violencia como un problema mayor de salud pública. En consecuencia, a partir de la obligación contraída por los Estados firmantes en relación al sector salud y la problemática de la violencia familiar, la implementación de medidas para sensibilizar y capacitar al personal en la temática se volvió urgente, ya que los programas de educación médica de pre y posgrado no brindan entrenamiento formal sobre esta problemática.⁹⁻¹⁰

Un estudio realizado por integrantes del Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas José de San Martín de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), describió que los médicos no interrogan regularmente a sus pacientes mujeres acerca de VBG y que en promedio han diagnosticado menos de un caso mensual.¹¹ Por su parte, la Sociedad Argentina de Medicina Interna General adaptó y validó dos encuestas elaboradas por la Federación Internacional de Planificación de la Familia, región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO), publicadas en el estudio denominado *Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género*.¹²

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la CABA son un espacio privilegiado para la detección de situaciones de VBG padecidas por las mujeres que concurren a consulta.

El análisis de la situación del sistema de Atención Primaria de la Salud (APS) de la CABA en su capacidad de respuesta a la temática de VBG, permite visibilizar una problemática con importantes efectos sobre la salud de las víctimas, aumentar la detección y derivación, mejorar la calidad del vínculo paciente-equipo de salud y mejorar la calidad de vida de las mujeres, con el efecto que esto implica sobre toda la sociedad.

El objetivo de este estudio fue analizar la situación del sistema de APS de la CABA en relación a su capacidad de respuesta frente a la problemática de la VBG.

MÉTODOS

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, e incluyó la realización de un análisis de situación en dos etapas:

1) Descripción de la situación de cada CeSAC en relación

a la problemática de la VBG en la atención de mujeres de 21 años y más. Se administró una encuesta al jefe de cada centro a fin de obtener una comprensión preliminar del contexto institucional del CeSAC y su personal de salud en relación a la problemática.

2) Descripción de los conocimientos, prácticas y creencias del equipo de salud de cada centro. Se administró una encuesta a sus profesionales para conocer su posicionamiento frente a la problemática de la VBG.

- Población y muestra: el estudio se realizó en 37 de los 38 CeSAC dependientes de los 11 hospitales generales de agudos de la CABA, que atienden mujeres de 21 años y más.

- Universo o población objetivo: se encuestó a todos los profesionales de la salud de los CeSAC que reciben en consulta a mujeres de 21 años y más.

- Criterios de exclusión: negativa a participar, haber participado en la prueba piloto durante la etapa de validación de la encuesta, pertenecer al sistema de Residencias o Concurrencias o estar de licencia durante el periodo de realización de las encuestas.

- Variables: para indagar sobre el dominio y los conocimientos de los profesionales sobre el tema, se consideraron dos grupos de variables: a) ordinales y b) nominales.

- a) Ordinales: conocimiento individual y ocurrencia de eventos de VBG. En relación a las prácticas, se usaron las variables obstáculos para la asistencia y ocurrencia de eventos de VBG.

- b) Nominales: conocimiento de la Ley 24417, de Protección contra la Violencia Familiar, e implicancias legales para el sector salud. Para indagar sobre las creencias, se empleó la variable uso de sistema de salud por parte de víctimas de VBG (ver Tabla 1)

- Instrumentos: para la realización del trabajo de campo se diseñaron dos encuestas:

- 1) Contexto institucional de la organización de salud: estructurada en ocho preguntas destinadas a conocer la capacidad de respuesta de cada CeSAC en relación con la VBG.

- 2) Conocimientos, creencias y prácticas del equipo de salud en relación con la VBG: disponía de 19 preguntas, que abarcaban cinco dominios: conocimientos generales, relación paciente-equipo de salud, conocimientos acerca de la legislación vigente, prácticas y creencias. A fines operativos, los cinco dominios se analizaron reunidos en tres variables: conocimientos, prácticas y creencias.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los datos recolectados fueron volcados en una base de datos del programa Excel, diseñada de acuerdo a las variables estudiadas, para su posterior procesamiento.

Al tratarse de un estudio descriptivo, se realizaron análisis univariados de frecuencia y frecuencia acumulada y, en una segunda instancia, se efectuaron análisis bivariados simples para describir las diferentes variables a partir de algunas dimensiones en particular.

TABLA 1. Variables analizadas

Dominios	Variables	Tipo de respuesta	Tipo de variable
Conocimientos	Conocimiento individual	Escala ordinal	Ordinal
	Ocurrencia de eventos de VBG	Escala ordinal	Ordinal
	Conocimiento de la Ley 24.417	SI/NO	Nominal
	Implicancias legales para el sector salud	SI/NO/NS	Nominal*
Prácticas	Obstáculos para la asistencia	Escala ordinal	Ordinal
	Ocurrencia de eventos de VBG	Escala ordinal	Ordinal
Creencias (Incluye prejuicios)	Uso del sistema de salud por parte de víctimas de VBG	SI/NO	Nominal

* Se analiza como numérica según validación. Fuente: elaboración propia.

TABLA 2. Resultados de la encuesta sobre contexto institucional. n=36.

PREGUNTA	SI	NO	NO SABE	TOTAL
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº
Dentro de su institución, ¿existen experiencias de trabajo relacionadas con la violencia contra la mujer o alguna de sus manifestaciones?	27 (75)	7 (20)	2 (5)	36
¿Existen personas dentro de su institución con capacitación específica para el trabajo en el área violencia contra la mujer?	23 (64)	11 (31)	2 (5)	36
¿Existen materiales escritos o audiovisuales relacionados con el tema de la violencia contra la mujer, disponibles para el personal de su institución?	13 (36)	20 (56)	3 (8)	36
Dentro de su institución, ¿existen acciones orientadas al tema de la violencia contra la mujer?	20 (55)	15 (42)	1 (3)	36
Su institución, ¿ha trabajado junto a otras instituciones en la atención de la violencia contra la mujer o alguna de sus expresiones?	25 (70)	9 (25)	2 (5)	36
¿Cuenta su institución con alguna herramienta o procedimiento específico para la entrevista de detección, recolección de pruebas, registro/documentación del caso, denuncia, atención y referencia, en materia de violencia contra la mujer?	10 (28)	24 (67)	2 (5)	36
¿Cuenta su institución con asesoría legal propia o de fácil acceso en el abordaje de la violencia contra la mujer?	15 (41)	20 (56)	1 (3)	36
¿Considera que existen posibles barreras dentro de su institución para implementar un plan de atención de violencia contra la mujer?	10 (10)	26 (72)	0 (0)	36

Fuente: elaboración propia.

El estudio fue aprobado por los comités de Ética de diferentes hospitales de los que dependen los CeSAC de la CABA. Los participantes de la encuesta recibieron y firmaron un formulario de consentimiento informado. La encuesta fue anónima, a fin de garantizar la confidencialidad de los participantes.

RESULTADOS

• Contexto institucional: se encuestaron 36 CeSAC sobre un total de 37. De los 36 jefes que respondieron, 20 fueron mujeres y 16 varones, 20 eran médicos y la edad promedio fue de 52 años. El 64% llevaba más de siete años trabajando en la institución y el 50% refirió no realizar

tareas asistenciales en su centro. Los resultados de esta encuesta se expresan en la Tabla 2.

• Conocimientos, prácticas y creencias en relación a la VBG: se encuestó a 512 profesionales, 415 mujeres (81,1%) y 97 varones (18,9%), cuya edad promedio fue de 44 años. Los datos demográficos de los profesionales entrevistados se pueden observar en la Tabla 3.

El 43,4% llevaba más de siete años trabajando en la institución y el 53,5% refirió haber atendido a más de 20 mujeres por semana.

• Dominio de conocimientos: el 49,7% de los encuestados señaló tener pocos o insuficientes conocimientos relacionados con la VBG, el 33,3 % dijo desconocer la

TABLA 3. Datos demográficos de los encuestados sobre conocimientos, prácticas y creencias del sector salud acerca de la VBG. n=51

Variable	Valor	Total	%
Sexo	Mujeres	415	81,10
	25 a 35	102	20
	36 a 45	189	37,10
Edad	46 a 55	161	31,60
	56 a 65	1	0,20
	56 a 68	57	11,20
	Medicina	137	27
Profesiones	Enfermería	112	22
	Psicología	72	14,20
	Trabajo social	54	10,60
	Obstetricia	39	7,70
	Odontología	16	3,10
	Nutrición	11	2
	Otros	77	15,20
Antigüedad	7 años o más	222	43,40
Nº mujeres atendidas por semana	> 20	273	53,50

Fuente: elaboración propia.

existencia de grupos de ayuda mutua para víctimas de VBG en el área de referencia de su centro asistencial. El 32,9% desconocía la disponibilidad de refugios o albergues públicos para la protección de las víctimas y el 39,9% lo propio pero con respecto a programas de protección para menores. Sin embargo, el 84% manifestó conocer la existencia de instancias de asesoría legal en el área de influencia de la institución donde realiza sus prácticas. Con respecto a los aspectos legales, el 32,5% refirió desconocer la existencia de alguna ley específica sobre violencia familiar en Argentina. Además, el 72,5% de los entrevistados desconocía –respuesta “no sabe” (ns) o respuesta errónea – cuáles son las obligaciones legales del personal de salud cuando atiende en consulta a una mujer adulta que ha sido víctima de VBG.

En relación a la autopercepción del nivel de capacitación de los profesionales, se exploró acerca de su capacidad para: hablar con las pacientes sobre violencia familiar, detectar casos de violencia física, emocional, sexual y/o abuso sexual en la niñez, asistir a mujeres víctimas de VBG, valorar el nivel de riesgo en que se encuentra una mujer que sufre violencia familiar, realizar con la paciente un plan de seguridad, registrar los casos detectados, detallar el caso en la historia clínica, orientar a la mujer afectada a distintas opciones de ayuda o asistencia y realizar acciones de derivación para la asistencia de la mujer afectada. Entre

el 81,7 % y el 88,6 % se reconoció como medianamente o poco capacitado en estas áreas.

- Dominio de prácticas: el 80,7% consideró que las situaciones de violencia contra la mujer ocurren con mucha o extrema frecuencia, predominantemente bajo la forma emocional (68,7%). El 88,6% evaluó como muy importante que el equipo de salud trabaje en esta problemática y el 84,8% refirió haber indagado en la consulta durante el último año. El 72,3% consideró que la detección de VBG en la consulta debería realizarse en forma sistemática.

En relación a los obstáculos que se presentan en la consulta para la detección de VBG, los profesionales encuestados señalaron como los más preocupantes los pocos recursos disponibles en la comunidad para realizar derivaciones (60,1%), la falta de capacitación en la temática (57,9%), sentir que se puede hacer poco para ayudar (57,8%) y las limitaciones de tiempo en cada consulta (47,8%). Por otra parte, la falta de apoyo del equipo de trabajo y el temor a las represalias por parte de los agresores o a involucrarse en acciones judiciales no fueron señalados como obstáculos.

En lo referente a las acciones realizadas por los profesionales en la consulta relativas a la problemática de la VBG, el 52,4% nunca realizó las acciones descritas en la encuesta, en tanto que el 78,4% sólo lo hizo en algunas ocasiones.

- Dominio de creencias: el 59,6% manifestó no sentirse incómodo al preguntar a las mujeres que consultan acerca de situaciones de violencia familiar, el 46,6% lo mismo con respecto a situaciones de violencia sexual y el 45,4% frente a las de abuso sexual infantil (ASI).

Prácticamente la mitad (50,9%) contestó negativamente a la pregunta acerca de si las víctimas de VBG utilizan más el sistema de salud en relación a las mujeres que no padecen situaciones de violencia de género. En las preguntas que evaluaron las creencias en relación a la VBG con respecto a la práctica, el 59,1% manifestó que las víctimas no se ofendían si se les preguntaba acerca de la situación padecida, el 53,3 % dijo que los profesionales de la salud deben intervenir cuando se trata de una situación de VBG y el 51% consideró la detección de estas situaciones como parte de su práctica. El 43,3% dijo creer que las víctimas no negarían su situación si fuesen preguntadas.

Los restantes ítems evaluaron los preconceptos habituales alrededor de la problemática de la VBG que influyen y determinan el curso de las acciones en la práctica profesional. En ese sentido, un alto porcentaje consideró que no son las mujeres las que generan las situaciones de violencia con su comportamiento inapropiado (86,5%), que no es porque les guste ser golpeadas que no abandonan a sus parejas (84,8%), que los relatos de ASI por parte de las niñas no suelen ser fantaseados (91,3%), que los hombres que cometen incesto no lo hacen porque se encuentren insatisfechos sexualmente (93,5%) y que las mujeres no son culpables del abuso de sus hijas por no cuidarlas en forma debida. (79,3%). También un alto porcentaje manifestó que la VBG no tiende a disminuir a través del

tiempo (87,8%), que los hombres violentos no cesan con sus agresiones cuando sus mujeres se encuentran embarazadas (92%) y que el sexo forzado dentro del matrimonio es una violación (94,5%).

Por otra parte, el 45,5% cree que el alcohol y las drogas son la causa de las conductas violentas, solo el 36,4% dijo que los varones deben hacerse responsables de su propia conducta sexual, el 65,2% consideró que los niños que son testigos de violencia sufrirán consecuencias físicas y/o emocionales y el 64% que repetirán estas conductas en su vida adulta.

Por último, más de la mitad de la población encuestada (63,5%) evaluó que los hombres violentos son enfermos mentales, que el momento de mayor riesgo es cuando la mujer intenta finalizar la relación con la pareja abusiva (59,1%) y que cuando logra finalizar la relación se encuentra fuera de peligro (49,4%). Es dable destacar que el 39,3 % refirió desconocer si hay una mayor prevalencia de suicidios entre las mujeres víctimas de VBG que entre quienes no la padecen (Ver Tabla 4).

DISCUSIÓN

El hecho de que casi la mitad de los encuestados (49,7%) admitiera su poco o insuficiente conocimiento sobre el tema constituye un reclamo velado sobre la necesidad de contar con capacitación acerca de VBG.

En cuanto a la autopercepción de los profesionales de sus conocimientos, sólo el 20% se reconoció en condiciones de detectar casos de violencia y detallarlos en una historia clínica, atender a una mujer en consulta pudiendo hablar con ella acerca de la violencia que padece o, muchos menos, de elevar un informe a un juzgado. La capacitación de los profesionales, que debería centrarse en indicadores para la detección de maltrato y/o abuso y conocimiento

del perfil de la mujer víctima de VBG, serviría para que adquirieran las competencias necesarias para enfrentarse a este tipo de casos en la consulta.

Respecto al conocimiento de los profesionales sobre los recursos de asistencia psicológica y sociales disponibles en la ciudad de Buenos Aires para la atención de esta problemática, aproximadamente dos tercios de los encuestados refirió saber que existen grupos de ayuda mutua para mujeres víctimas de violencia de género y albergues o refugios en el radio de referencia de su lugar de trabajo.

Por otra parte, en lo referido a la existencia de asesoría legal, social o psicológica, el 84% de las personas encuestadas dijeron estar en conocimiento de dónde se brindan estos recursos. Este dato permitiría pensar que lo más factible para una elevada proporción de los profesionales sería derivar a sus pacientes hacia estos servicios. Sin embargo, un alto porcentaje de ellos (48,6%) dieron cuenta de su imposibilidad de disponer de los datos necesarios para derivar a las víctimas (direcciones, números telefónicos, personas referentes, etc.)

Es de destacar el alto porcentaje de los consultados (72,5%) que desconocía –respuesta “no sabe” (ns) o respuesta errónea– cuáles son las obligaciones legales del personal de salud cuando recibe en consulta a una mujer adulta que ha sido víctima de VBG. Es de suponer entonces, que si los profesionales recibieran información acerca del alcance de la Ley 24.417 –que establece que en los casos de violencia familiar cuando la víctima es una mujer adulta la denuncia sólo puede realizarla la propia damnificada–, estarían en condiciones de informales a sus pacientes acerca del derecho a denunciar la situación padecida, lo que podría determinar un importante aumento en el registro de casos de VBG. En este sentido, un dato de relevancia es que el 72,3% consideró que

TABLA 4. Encuesta “Conocimientos, prácticas y creencias del sector salud acerca de la VBG”: resultados relevantes.

DOMINIOS	RESPUESTAS	%
Conocimientos	Poco o nada suficientes	49,7
	Desconocimiento acerca de los alcances de la Ley de Violencia Familiar (24.417)	72,5
	Escasa o mediana capacitación para detección y derivación	81,7 - 88,6
Prácticas	Considerar la VBG como de mucha o extrema frecuencia	80,7
	Necesidad de realizar detección sistemática en la consulta	72,3
	No realizaron nunca o solo algunas veces acciones relativas a la VBG	52,4 - 78,4
Creencias	NO considerar que las víctimas de VBG utilizan en mayor medida el sist. de salud	50,9
	Crear que NO son las mujeres las que con su comportamiento generen situaciones de VBG	86,5
	Crear que la VBG no disminuye con el tiempo	87,8
	El sexo forzado dentro del matrimonio es violación	94,5
	El alcohol y las drogas son causas de la conducta violenta	45,5
	Los hombres violentos son enfermos mentales	63,5
Desconocimiento de mayor prevalencia de suicidios entre las mujeres víctimas de VBG	39,3	

Fuente: elaboración propia.

la detección de VBG en la consulta debería realizarse en forma sistemática.

En cuanto a los datos derivados de las respuestas obtenidas en el dominio de creencias, surgió que la mitad de los encuestados no cree que la mujer víctima de VBG utilice con más frecuencia los servicios de salud en comparación con aquellas que no la sufren. Sin embargo, es habitual que estas mujeres consulten por síntomas, tanto físicos como psicológicos, que aparentemente no se relacionan específicamente con su situación de victimización. La dificultad, tanto de la víctima como del profesional interviniente, para relacionar la existencia de estos síntomas con posibles situaciones de VBG tendría como consecuencia un aumento en la utilización del sistema de salud por parte de estas pacientes. Por lo tanto, preguntar puntualmente sobre este tema, a partir de una capacitación específica, aumentaría la detección.

Además, existen una serie de mitos alrededor de la VBG, así como creencias y patrones culturales que atraviesan a la sociedad y que favorecen su naturalización e invisibilización. Estos valores se convierten muchas veces en verdaderos obstáculos para las tareas de asistencia y protección a las víctimas.

Un alto porcentaje (63,5%) sostiene que los hombres que abusan de sus parejas son enfermos mentales, cuando en realidad, según la bibliografía especializada, sólo en un 10% de los casos, aproximadamente, los agresores son personas con trastornos psicopatológicos.

En conclusión, la capacitación de los profesionales de la salud en lo relativo a VBG aumentaría sus conocimientos sobre los efectos físicos y psicológicos que ésta acarrea en las víctimas, les permitiría conocer los factores de riesgo, y facilitar la revisión de los mitos y los prejuicios que obstaculizan sus intervenciones y prácticas de atención. De

esta manera, también se estaría contribuyendo al reconocimiento del papel clave que estos profesionales cumplen en la detección del problema.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Las limitaciones de tiempo o la escasez de recursos comunitarios e institucionales para poder derivar y asistir correctamente a las víctimas de la VBG, entre otros obstáculos verificados en este estudio, deberían ser considerados para la implementación de políticas sanitarias que a través de acciones concretas favorezcan la tarea de atención de este problema de salud pública.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Según la literatura especializada en la temática, las acciones de sensibilización y capacitación aumentan considerablemente la posibilidad de detección y, con ello, la asistencia adecuada. Los resultados expuestos resultan de suma importancia para la formación de recursos humanos en salud, por lo que es dable sostener que toda capacitación del primer nivel de atención en la CABA debiera tener en cuenta los resultados de la presente investigación.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

A partir de los datos obtenidos en esta investigación se abren nuevas líneas para futuros proyectos de igual relevancia en Argentina, como una evaluación acerca de los índices de detección de VBG a partir de la detección sistemática, la elaboración de una guía de recursos para asistencia y derivación e, incluso, la formulación de un protocolo de detección y actuación en VBG para el sector salud adecuado a nuestro país.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará, Brasil), 9 de junio de 1994.

² Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración de la eliminación de la violencia contra la mujer. *Medidas del Plenario N° 85*. Ginebra, 20 de dic., 1993.

³ Violence by intimate partners. *World report on violence and health*. WHO, Geneve, 2002.

⁴ Kulakowska E. Brutalidades sexistas en la intimidad familiar. *Le Monde Diplomatique*, julio 2002.

⁵ Algañaraz JC. Informe oficial sobre agresiones domésticas. *Clarín*, 5 de febrero de 2000.

⁶ Guedes A. *Integrating screening and services for gender-based violence within sexual and reproductive health programs in Latin America and the Caribbean*. Presentation to Global Health Council, May 2001.

⁷ Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), Región del Hemisferio Occidental (RHO) Detección sistemática de violencia basada en género. Boletín sobre cómo integrar la violencia basada en género en la salud sexual y reproductiva. *FORO IBASTA!*, verano 2000.

⁸ Ferreira G. *La mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica*. Editorial Sudamericana. Buenos Aires, 1989.

⁹ Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Violence education in family practice residency programs, United States, 1989. *MMWR*, 1991; 40:428-430.

¹⁰ *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*: Resumen. Ginebra, 1996

¹¹ Mejía R, Alemán M, Fernández A, Pérez Stable EJ. Conocimiento y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. *Medicina*, 2000; 60:591-594.

¹² Alemán M, Marconi A, Alemán P. *Adaptación y validación de dos herramientas para el diagnóstico rápido de situación de un centro de salud en relación a su capacidad de respuesta ante situaciones de violencia basada en género*. Beca Carrillo-Oñativía 2007-2008, Informe Final.