

Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales
Escuela de Trabajo Social



Intervención profesional ante la violencia de género en el Centro de Salud N°23 “San Miguel”

FERRARA, Sol Mailén
sol_ferrara@hotmail.com
GALÁN, Alfonsina
alfo-galan@hotmail.com
RAZZETTI, Luisina
Luisina.razz@gmail.com

Trabajo de Investigación Final
Licenciatura en Trabajo Social

Directora: Lic. Noelia Figueroa

Rosario

2019

INDICE

Introducción.....	4
Primer Capítulo: Aspectos Metodológicos.....	6
<i>I.1 Fundamentación.....</i>	7
<i>I.2 Tema.....</i>	7
<i>I.3 Problema.....</i>	7
<i>I.4 Objetivos.....</i>	8
<i>I.5 Marco Teórico.....</i>	9
<i>I.6 Antecedentes.....</i>	11
<i>I.7 Contexto.....</i>	12
<i>I.8 Metodología.....</i>	14
Segundo Capítulo: Aspectos Preliminares.....	15
<i>II. 1 Contrato Social – Contrato Sexual.....</i>	16
<i>II.2 Género como Categoría Analítica.....</i>	16
<i>II.3 Definición de Violencia de Género.....</i>	18
<i>II.3.1 Tipos de Violencias de Género.....</i>	19
<i>II.3.2 Modalidades en las que se expresa la Violencia de Género.....</i>	20
<i>II. 4 Voluntad política hacia la reducción de desigualdad en las relaciones de género.....</i>	21
<i>II. 5 Abordaje de situaciones de Violencia de Género.....</i>	22
Tercer Capítulo: Violencia de género en atención primaria de la salud.....	25
<i>III. 1 Hacia una definición de Salud Pública.....</i>	26
<i>III. 2 Puja Paradigmática.....</i>	26
<i>III. 3 Atención Primaria de la Salud.....</i>	28
<i>III. 4 Abordaje Institucional de las Situaciones de Violencia de Género en el Centro de Salud San Miguel.....</i>	30
<i>III. 5 Rol del Trabajo Social: Disciplina y Gestión en APS.....</i>	32
<i>III. 5. 1 Trabajo Social como disciplina.....</i>	32
<i>III. 5. 2 Trabajo Social en gestión.....</i>	36
Capitulo Cuatro: Propuesta Disciplinar.....	39
<i>IV. 1 Momento Estratégico.....</i>	40
<i>IV. 1.1 Análisis subjetivo.....</i>	40
<i>IV. 1. 2 Análisis intersubjetivo.....</i>	41
<i>IV.1.3 Análisis objetivo.....</i>	43

<i>IV.1.4 Análisis histórico</i>	43
<i>IV.2 Momento Normativo</i>	48
<i>IV. 3 Modelo Evaluativo</i>	52
Reflexiones Finales.....	55
Anexo	58
Bibliografía.	65

Introducción.

La elección del tema se fundamenta por nuestro recorrido académico y formación en las prácticas profesionales. El primer año las realizamos en el Centro de Salud N° 23 “San Miguel”, en el segundo en el Instituto Municipal de la Mujer participando de la formación en perspectiva de género lo cual contribuyó a la construcción de nuestro marco teórico. En el año 2018, nuevamente realizamos las prácticas en el Centro de Salud “San Miguel”, ubicado en Eva Perón 634, Granadero Baigorria,- Santa Fe.

Por este motivo lo que nos proponemos a lo largo del trabajo es analizar los diferentes paradigmas que conviven en el campo de la salud, lo que permitirá conocer cómo se sustenta la intervención de los diferentes profesionales ante situaciones de violencia de género.

Debido a nuestra experiencia en la realización de las prácticas pre-profesionales, pensamos que la intervención profesional en materia de violencia de género actualmente sigue siendo fragmentada e insuficiente, lo que genera que muchas veces no se aborde adecuadamente (ya sea por desconocimiento o por omisión) y que la problemática, lejos de erradicarse, se siga reproduciendo.

La violencia de género es una problemática que atenta contra los derechos humanos, esta naturalizada en nuestra cultura, en nuestra cotidianidad. Por eso, formarnos en la perspectiva de género nos permitió interpelar aquellos patrones socioculturales que están presentes a lo largo de la historia.

En el desarrollo del trabajo daremos fundamentos sobre la importancia de la formación profesional “En cuanto a la incorporación de esta perspectiva de género en el trabajo social, facilita entender cómo se presentan las desigualdades entre los géneros y la necesidad de promover y proponer acciones que impliquen transformaciones con el fin de la equidad social” (Guzzetti, 2014:76)

Además de remarcar la formación en perspectiva de género necesaria para la intervención, ante dicha problemática compleja es indispensable

“la interdisciplina contra la fragmentación del tema a abordar, implica considerar el aporte de otros campos disciplinares y el intercambio y construcción de nuevos métodos. Abrazar la interdisciplinariedad resultaría entonces un modo

imprescindible para saber –conocer- y saber hacer – con pertinencia” (Calenni, 2009:41)

Por eso, esta propuesta intenta recuperar algunas de las nociones fundamentales de enfoques sobre la violencia de género que nos permita entenderla en su integralidad, para luego analizar cuáles son algunos de los imaginarios que operan en los/as profesionales a la hora de la intervención concreta.

Por último, construiremos una propuesta disciplinar para intervenir concretamente en la dinámica del centro de salud “San Miguel” a fin de revertir el diagnóstico construido en torno a la falta de integralidad de los abordajes en la violencia.

Desde la disciplina de Trabajo Social como grupo consideramos que la realización de una formación en perspectiva de género obligatoria para los/as profesionales del centro de salud “San Miguel”, apuntará a generar nuevas formas de abordar situaciones de violencia de género.

Primer Capítulo: Aspectos Metodológicos

1.1 Fundamentación.

Elegimos la modalidad de trabajo de investigación final grupal, ya que como grupo compartimos los cinco años de experiencia académica realizando los trabajos prácticos, finales, lo que nos consolidó como compañeras de estudio.

Ante la propuesta de la nueva normativa para los T.I.F (trabajo de investigación final), no dudamos en realizarlo juntas, ya que además de lo anteriormente mencionado, hemos realizado los tres años de práctica profesional en las mismas instituciones. Esto nos permitió generar espacios de reflexión y debate, produciendo un aprendizaje en conjunto. De estas experiencias concretas surgió la situación problemática que elegimos abordar.

1.2 Tema.

Intervención profesional ante la violencia de género en el Centro de Salud N°23 “San Miguel” en el período 2016-2018, y elaboración de una propuesta disciplinar para apuntar a un abordaje integral de la violencia de género.

1.3 Problema.

A partir del marco teórico construido en nuestra formación académica, pudimos reconocer como problemática la intervención -fragmentada del equipo profesional del Centro de Salud “San Miguel” ante situaciones de violencia de género. Vale aclarar que entendemos a la violencia de género como un fenómeno estructural y no específico del territorio de referencia de la institución. Problematizamos dicha situación con el fin de analizar las diferentes formas de abordaje (ya sea tanto por una acción u omisión) ante las situaciones que se presentan. Nuestra hipótesis es que no se logra alcanzar el abordaje interdisciplinario por el que se trabaja en la cotidianeidad institucional. Identificamos tres obstáculos que sustentan dicha hipótesis: uno, el carácter estructural de la violencia de género, dos, la escasa formación profesional en perspectiva de género y el tercero, la inaplicación del protocolo provincial de intervención.

Nos proponemos en el trabajo final responder a los siguientes interrogantes:

¿Desde qué paradigma se posicionan los/as diferentes profesionales en el centro de salud “San Miguel”?

- ¿Se pone en juego en la intervención su capital ideológico y cultural?
- ¿Se expresa el paradigma que sostienen en su discurso en la práctica concreta?

¿Cómo se interviene en el centro de salud “San Miguel” cuando hay situaciones de violencia de género?

- ¿Cómo se identifican las demandas de situaciones de violencia de género?
- ¿Se activa un protocolo de intervención al detectar estas situaciones?
- ¿Cómo se procede ante dichas situaciones?

¿Por qué se deriva la problemática de violencia de género a Trabajo Social?

- ¿Cuál es la metodología de trabajo entre todos/as los/as profesionales del centro de salud ante situaciones de violencia de género?
- ¿Cuáles son los límites y las posibilidades del trabajo social?

¿La formación en perspectiva de género en los/as profesionales del centro de salud “San Miguel” aporta a una mirada integral ante situaciones de violencia de género?

- ¿La obligatoriedad de la propuesta disciplinar de capacitación profesional, generará cambios consecuentes en la forma de prevención y atención de los/as profesionales ante situaciones de violencia de género?

1.4 Objetivos

Objetivo general.

Indagar sobre el abordaje de intervención en situaciones de violencia de género en atención primaria de la salud.

Objetivo específico.

Desarrollar una propuesta disciplinar para abordar las situaciones de violencia de género.

1.5 Marco Teórico.

Desde la perspectiva de género y enfoque de derechos humanos entendemos que la violencia de género afecta gravemente contra los derechos humanos. La violencia de género no se expresa únicamente como violencia física (aunque es la forma más reconocida por la sociedad) sino también psicológica, sexual, simbólica, y económica. Entendemos a “la violencia de género como todos los actos mediante los cuales se discrimina, ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia. Es todo ataque material y simbólico que afecta a su libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física” (Velázquez, 2003:9)

Como herramienta analítica utilizamos la categoría género para develar los entramados institucionales, ya que lo consideramos relevante para estudio de la violencia de género.

Por eso al pensar en la intervención profesional ante dicha problemática es fundamental tener un prisma de género, ampliar la mirada y no pensar la problemática como un hecho aislado y singular sino en su dimensión multidireccional, de todas maneras, no es una problemática nueva, sino que tiene una historia y responde a un contexto (patriarcal, andro-céntrico). Debido a estas características es fundamental intervenir de manera integrada y coordinada entre los diferentes actores tanto internos (dentro de la institución) como externos (relación con otras instituciones).

El enfoque teórico en cuanto a la intervención profesional de trabajo social lo construimos a partir de Marilda Imamoto en “El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional”, y Saúl Kars en “Problematizar el Trabajo Social. Definición, figuras, clínica”. Dichos autores problematizan y ubican al trabajo social en la división social del trabajo, dándole centralidad al concepto de trabajo. También tratan de subrayar la imposibilidad de la neutralidad en la intervención social, mostrando que tanto consciente como inconsciente la ideología se hace presente.

Los/las Trabajadores/as sociales tienen como desafío descifrar la realidad y poder ser creativo para proponer proyectos y no ser un mero ejecutores de políticas públicas. Su objeto de trabajo es la cuestión social en sus más variadas expresiones cotidianas (como por ejemplo, las situaciones de violencia contra la mujer y la disidencia sexual), por eso primero deben conocer la realidad para luego transformarla. Los/las

Trabajadores/as sociales tienen una autonomía relativa, porque dependen de los recursos disponibles del Estado para poder garantizar determinados programas y proyectos. No solo hablamos de recursos económicos sino también humanos y técnicos.

En cuanto a la intervención profesional de trabajo social en contextos de violencia de género, es un actor muy relevante ya que lucha constantemente por garantizar el pleno acceso a los derechos de las mujeres.

Los/as trabajadores/as sociales debemos suspender lo cotidiano y buscar sus causas, es decir, destruir lo que aparece como dado, auto determinado y naturalizado. Criticar lo aparente nos permite interrogarnos ¿Qué pasa con esta mujer en esta situación? Es decir, nos permitirá descubrir la esencia de los hechos sociales.

Al ser en la vida cotidiana donde se producen y reproducen las mayores desigualdades entre los géneros, es necesario derribar las construcciones sexistas, machistas y patriarcales para elaborar nuevas construcciones.

Por medio de la mediación –entendida como categoría analítica para llevar adelante la intervención profesional-. Pontes (2003) refiere que los/as trabajadores/as sociales pueden imprimir un direccionamiento a su práctica que se caracteriza a partir de su capacidad en leer críticamente las determinaciones sociales presente en su realidad de intervención. Realizar una reconstrucción basada en una mediación que capte los hechos singulares y aislados como parte de un todo que responde a un contexto determinado.

De todas maneras, no es desde la soledad profesional donde se puede dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan en el centro de salud, sino que es necesario pensar la intervención desde la interdisciplina como herramienta necesaria para intervenir en lo social. Susana Cazzaniga en su artículo académico de Trabajo Social e interdisciplina retoma a Tenti Fanfani, que al respecto dice “la complejidad de los nuevos problemas sociales hace que ninguna profesión en particular sea capaz de dar respuesta global a los mismos”.

“Comprender las situaciones que se abordan merecen un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de integralidad, para luego identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad. Desde esta perspectiva no hay una disciplina

particular que interviene en lo social, en todo caso habría una mirada interdisciplinar que se hace cargo de ciertos aspectos de lo social” (Cazzaniga, 2002:7).

1.6 Antecedentes.

Si bien no hallamos producciones específicas sobre la intervención ante situaciones de violencia de género en los centros de salud, tomaremos como antecedentes:

La Tesis de Licenciatura en Trabajo Social de María Eugenia García Cabrera, publicada en el año 2009, denominada “Salud: ¿Derecho o Privilegio? Una mirada desde la población. La autora analiza las diferentes concepciones que existen en base a la salud, problematiza los dos grandes paradigmas que actualmente se encuentran en tensión: El paradigma Hegemónico o Tecnocrático y el Alternativo o de la Medicina Social. Dichos aportes nos permitirán argumentar la importancia de romper con el modelo medico hegemónico, que está fuertemente abalado por el conjunto de la sociedad, y se convierte muchas veces como un obstáculo a la garantía de la salud como un derecho.

La Tesis de Licenciatura en Trabajo Social de Di Pato, María Eugenia, publicada en el año 2016, “Salud: Un campo en debate. Una mirada desde el Trabajo Social”, la autora realiza un recorrido histórico y conceptualiza las distintas concepciones de la salud en disputa vigentes en los dos centros de salud en los que realiza su análisis. Tomaremos de ella el cuestionamiento de la intervención ante la demanda de problemáticas complejas, ya que la misma no debe ser fragmentada, sino un producto de un trabajo interdisciplinario.

El libro de Campana, Melisa “Medicalizar la asistencia Asistenciar la salud” publicado en el 2012. La autora analiza la atención primaria de la Salud en el Municipio de Rosario bajo los últimos gobiernos socialistas. Si bien el análisis del trabajo final es sobre el centro de salud en el que realizamos las prácticas y el mismo depende de la Provincia de Santa Fe. Los aportes de la autora nos resultaron interesantes, ya que describe la lógicas de atención de los centros de salud, su funcionamiento y la importancia de ofrecer un nivel cercano al domicilio del sujeto, teniendo una mirada ampliada del mismo, no pensando a la salud como la ausencia de enfermedad

únicamente sino como la posibilidad de tener un diagnóstico de su propia realidad y así encarar sus problemas.

La Tesis de Licenciatura en Trabajo Social de Leanza Natalia, publicada en el año 2014, llamada “Ampliar la mirada: aportes de la perspectiva de género a la teoría de la intervención del Trabajo Social”, vamos a utilizar los aportes de la autora en base al análisis de la vida cotidiana cargada de un componente de género, ya que en la cotidianidad es donde los sujetos demandan de la intervención del trabajo social, por eso la importancia de analizar más allá de lo aparente.

Además, utilizamos el artículo de la “Intervención en Trabajo Social” de la Profesora Susana Cazzaniga escrito en la Facultad de Trabajo Social – Universidad Nacional de Entre Ríos-, vamos a subrayar el concepto que realiza la autora sobre la intervención profesional, remarcando los aspectos relevantes de dicha definición. Analiza la complejidad de lo social asociada a la imposibilidad de abordarlo únicamente por el trabajo social.

En el texto “El trabajo social, la complejidad de los territorios de intervención y la interdisciplina” de Mónica Calienni, Ana María Martín y Marcela Moledda – Revista de Trabajo Social – FCH – UNCPBA- , las autoras destacan que el trabajo social interviene en escenarios complejos, por eso se necesita de un saber experto que trascienda lo disciplinar y supere la especificidad, para intervenir en equipos interdisciplinarios, superando la fronteras de saberes parciales y los recortes de cada disciplina, para lograr una intervención que genere respuestas integrales.

La Tesis de Licenciatura en Trabajo Social de Calp Camila, publicada en el año 2017, El Trabajo Social ¿feminista? Aportes a la intervención del Trabajo Social desde una perspectiva de género, utilizamos su breve historización de la categoría de Género a lo largo de los debates del movimiento feminista focalizando en la Teoría de la performatividad del género.

I.7 Contexto

Centro de Salud “San Miguel”

Historia: El centro de salud San Miguel comenzó a funcionar en los '90 en la vecinal que se encuentra ubicada en dicho barrio, allí desempeñó su labor durante diez

años en condiciones precarias (no tenía ventanas, se inundaba, etc.). A raíz de esto comenzaron a movilizarse los/as profesionales del centro de salud y los/as vecinos/as del barrio, la respuesta fue que en el 2006 fueron trasladados al Hospital Eva Perón donde permanecerían dos años, con la promesa de conseguir una casa para refaccionarla y dejarla en condiciones para el buen funcionamiento del centro de salud.

En el 2008 el personal se traslada a lo que sería el “centro de salud”, que no cumplió con las expectativas, ya que la estructura contaba con tan solo dos habitaciones y un garaje, que funcionaban como consultorios.

Nuevamente se realiza una movida de prensa, distintas manifestaciones y protestas, con el objetivo de una reforma edilicia. En el año 2013, son trasladados a uno de los chalets del Hospital Eva Perón, donde también funcionaba el CAF.

En mayo del 2015 finalmente regresan al espacio cedido por la Nación, con grandes modificaciones.

Infraestructura: Actualmente, está constituido por cinco consultorios, dos baños, un espacio para la administración, sala de espera, una cocina y un cuarto donde se guardan las historias clínicas.

Conformación de su equipo interdisciplinario: Dos médicas pediatras, dos médicas generalistas, una médica toco ginecóloga, una médica clínica, cuatro enfermeros/as, una agente sanitario, dos psicólogas, una trabajadora social, tres personales administrativas, un personal de limpieza. La coordinación se encuentra a cargo de la Trabajadora Social.

Ubicación, Horario de Atención y Funcionamiento: Está ubicado en la calle Eva Perón 634 depende de la Provincia de Santa Fe. Luego de diversos traslados y modificaciones funciona en dicha dirección desde el año 2015. El horario de atención del centro de salud es de 8 am a 18 pm. Funciona con admisión y turnos programados, la admisión puede ser realizada por cualquier profesional. Es un primer nivel de atención. Uno de sus requisitos básicos, es no contar con una obra social, en caso de poseerla no se le niega la atención, pero no se les otorga prioridad, es decir, no se los excluye, sino que se los re direcciona. Posteriormente, se elabora una historia clínica

familiar, a la cual se le asigna un médico de cabecera, que realiza el seguimiento de los grupos familiares.

El centro de salud tiene a cargo a: barrio San Miguel y barrio Martin Fierro, son los barrios más urbanizados, los cuales tienen acceso a distintos servicios (luz, gas, agua, transporte público) las viviendas son de material, las calles son pavimentadas y funcionan allí varios comercios. Otros barrios a cargo del centro de salud son: barrio Industrial, Camino Muerto, Nuestra Señora de la Paz, Zona Rural de Ibarlucea (corresponde por cercanía), barrio Maristas. La mayoría de las viviendas son asentamientos (casillas de madera y chapa), las calles y pasajes son de barro, no poseen acceso a servicios públicos, y las actividades estas vinculadas al cirujeo y el reciclado de materiales.

El centro de salud tiene a cargo a 5.500 familias aproximadamente.

1.8 Metodología.

En el trabajo final vamos a utilizar principalmente una metodología cualitativa, para poner el enfoque en las acciones y significaciones de los distintos actores. También nos permitirá reconstruir la intervención profesional del equipo interdisciplinario del centro de salud San Miguel.

Para dar respuesta al problema planteado y a las preguntas formuladas, utilizaremos la producción de datos a través de la observación participante, que nos permitirá observar esa realidad y descubrir sus diferentes facetas en el centro de salud. Realizaremos una entrevista semi-estructurada, con preguntas abiertas para que adquiriera el carácter de una conversación, a la coordinadora y trabajadora social del centro de salud San Miguel.

Como fuentes secundarias utilizaremos bibliografía recomendada por nuestra tutora, para conocer y analizar el tema elegido, para saber qué se ha investigado y qué no se investigó sobre dicha temática. Las fuentes son capítulos de libros, artículos de revistas científicas y sitios de Internet.

Segundo Capítulo: Aspectos Preliminares

II. 1 Contrato Social – Contrato Sexual.

Para introducirnos en la temática de la violencia de género estructural consideramos pertinente desarrollar cómo se arraiga el patriarcado, entendiéndolo como un sistema de dominio de los varones sobre las mujeres, cuya trama está organizada en torno a ese objetivo. Su entramado institucional y todas sus estructuras sociales tienen como finalidad reproducir el sistema social específicamente en la instauración del contrato social, que tiene como característica la libertad civil, que no es universal sino un atributo masculino y depende del derecho patriarcal.

A partir de la lectura de Carol Pateman (1995), reconocemos que el contrato social además de social, posee un pacto sexual en el sentido que establece el derecho político de los varones sobre las mujeres, así como un orden de acceso de los varones al cuerpo de las mujeres.

“La diferencia sexual es una diferencia política, la diferencia sexual es la diferencia entre libertad y sujeción. Las mujeres no son parte del contrato originario a través del cual los hombres transforman su libertad natural en la seguridad de la libertad civil. Las mujeres son el objeto del contrato” (Pateman, 1995:15)

Destacamos la riqueza de este texto al momento de introducirnos en el tema, ya que el patriarcado tiene una relación co-constitutiva con la violencia de género, y por ende, develar su entramado es necesario para poder entenderlo y a partir de allí deconstruirlo.

II.2 Género como Categoría Analítica.

“Uno de los hilos por los que discurre la historia del feminismo desde sus orígenes ilustrados hasta los años `70 es el descubrimiento de que existe una estructura de poder sistemáticamente articulada que reposa sobre la construcción sociopolítica de los géneros. El género es a la vez causa y efecto de esa estructura de poder que divide a la sociedad en dos partes asimétricas, una de ellas marcada por la subordinación y otra por la dominación, una con exceso de recursos y otra con déficit de los mismos, una con sobrecarga de derechos y otra con un déficit significativo de los mismos. Este fenómeno social constituirá en el

futuro uno de los núcleos objeto de investigación en la perspectiva crítico-feminista” (Cobo, De La Cruz, Volio, Zambrano, 2009:37)

Con respecto al concepto de género, siguiendo la idea de Judith Butler:

“La orientación sexual, la identidad sexual y la expresión de género son el resultado de una construcción social, histórica y cultural y por ello no existen roles sexuales o de género que estén biológicamente inscriptos en la naturaleza humana” (Calp, 2017:58).

Como conclusión:

“Podemos asumir que para Butler el sexo y el género son culturalmente producidos e históricamente situados, en consecuencia las categorías dicotómicas de “femenino” y “masculino”, “heterosexual” y “homosexual” se pueden comprender como repetición de actos performativos. De esta forma el género y el sexo son resultado de actuaciones, de actos performativos que son producto del discurso hegemónico imperante, y que tal performatividad apunta en el mismo sentido al poder de discurso para producir aquello que se anuncia” (Calp, 2017:58).

Siguiendo esta visión deconstructivista de la autora:

“Lo que se pretende es acabar con el dualismo de los géneros y de los sexos que no son más que oposiciones ideológicas encaminadas a establecer y mantener la opresión de un género sobre el otro, basado en la jerarquización de los géneros. Así resulta imperativo la deconstrucción de todas las categorías binarias de la lógica de dominación heteronormativa y patriarcal” (Calp, 2017:58)

El género es un concepto elaborado por los equipos médicos/as en el transcurso de la primera mitad del siglo XX, comprometidos/as con la reasignación del sexo en los/as nacidos/as hermafroditas o intersexos. El feminismo contemporáneo lo utiliza como herramienta analítica para denunciar al sexismo por la desigualdad expresada en el control, represión y explotación sobre los cuerpos de las mujeres a partir de su naturalización. El género es prácticas, ideas y discursos que implican diferenciación y jerarquías. Retomando a Martas Lamas (2002), a partir de poder distinguir el sexo biológico y lo construido socialmente es que se empezó a generalizar el uso de género

para hacer referencia a muchas situaciones de discriminación de las mujeres, que han sido justificadas por la supuesta anatomía diferente, cuando en realidad tienen un origen social.

Lo definido anteriormente nos permite develar las situaciones implícitas de violencia de género que llegan al centro de salud San Miguel. Es relevante interpretar al género como categoría analítica para evidenciar las causas de esta problemática. Nos parece sumamente importante que todos los profesionales de la salud tengan una formación transversalizada por la perspectiva de género

“La perspectiva de género permite comprender la complejidad social, cultural y política que existe entre mujeres y hombres, ignorada por otros enfoques, obstinados en presentar un mundo naturalmente androcéntrico, en ese sentido otras visiones dominantes en nuestra cultura consideran que las diferencias entre mujeres y hombres son naturales y que lo que ocurre a las mujeres como mujeres y en las relaciones entre mujeres y hombres, no tienen la suficiente importancia como para impactar en el desarrollo” (Lagarde, 1996: 16)

II.3 Definición de Violencia de Género.

El problema de violencia de género ha tomado visibilidad en los años sesenta gracias al aporte del colectivo feminista. Sus objetivos principales fue redefinir la violencia de género en base a las relaciones de poder, a reclamar que el “no, significa, no”, repropiciarse de los espacios públicos y destruir el mito de la privacidad de las violencias domésticas.

Destacamos la importancia del movimiento feminista que ha aumentado la capacidad de criticar y cuestionar la jerarquía de poderes socialmente establecidos, ha contribuido también a identificar a la violencia de género como un problema social y no personal.

“La violencia contra mujeres y niñas es una violencia grave contra los derechos humanos. Su impacto puede ser inmediato como de largo alcance, e incluye consecuencias físicas, sexuales, psicológicas e incluso mortales. La violencia afecta negativamente el bienestar en las mujeres e impide su plena participación en la sociedad. Tiene consecuencias negativas para las mujeres, la familia, la sociedad y el país” (Ingaramo, 2014:95)

Lo que consiguió el movimiento feminista fue la creación de una serie de tratados, convenios, leyes y decretos. A través de diferentes modalidades de lucha colectiva, que tienen como fin proteger y conquistar los derechos de las mujeres.

Entendemos al feminismo como:

“Esa tradición de pensamiento y por consiguiente, los movimientos históricos, que, por lo menos desde el siglo XVII, plantearon según diversas lógicas demostrativas la igualdad de los hombres y de las mujeres, acorralando los prejuicios relativo a la inferioridad de las mujeres o denunciando la ignominia de su condición” (Dorlin, 2009: 13).

A nivel internacional, la Declaración de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos realizada en Viena en 1993, reconoció que la violencia hacia las mujeres es una violación hacia los derechos humanos y rompe con la idea de que la misma se reproduce en el ámbito de lo “privado”. En el año 1994, se realiza la Convención de Belem Do Pará para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, en la misma se reconoce que toda mujer tiene derecho a una vida libre sin violencia.

A nivel nacional, Argentina cuenta con la Ley N°26.485, “Ley Nacional de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra las mujeres”. Describe a la violencia contra las mujeres como:

“(…) toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como el privado, está basada en una relación desigual de poder que afecta la vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también la seguridad personal. Y se considera violencia indirecta a toda conducta, acción u omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón” (Ley 26485, 2009)

Santa fe cuenta con la Ley N°13.348 que se adhiere a la Ley Nacional N° 26.485. En esta ley quedan explicitados los tipos y modalidades de violencia de género.

II.3.1 Tipos de Violencias de Género

Violencia física: cualquier forma de maltrato o agresión que se emplea contra el cuerpo de la mujer y afecta su integridad física

Violencia psicológica: causa daño emocional, perturba el desarrollo personal, a través de la manipulación y afecta la salud mental.

Violencia económica y patrimonial: se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer. A través de limitación de los recursos económicos, privación de medios indispensables para vivir una vida digna, limitación y control de sus ingresos, salario menos por igual tareas, entre otras.

Violencia sexual: cualquier acción que vulnere el derecho a las mujeres de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproducirla. Incluye violación marital, prostitución forzada y trata de mujeres.

Violencia simbólica: naturaliza la discriminación en las relaciones sociales y la subordinación de la mujer en la sociedad a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, iconos o signos.

II.3.2 Modalidades en las que se expresa la Violencia de Género

Violencia doméstica: es ejercida por un integrante del grupo familiar no importa el espacio físico en el que ocurre. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia.

Violencia institucional: es realizada por funcionarios de entes o instituciones públicas que obstaculiza el acceso a las mujeres a las políticas públicas y el ejercicio de sus derechos.

Violencia laboral: discrimina a las mujeres en ámbito de trabajo público o privado, complicando su acceso, permanencia o desarrollo en el empleo.

Violencia contra la libertad reproductiva: vulnera el derecho a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o intervalos. Y el derecho a decidir no reproducir.

Violencia obstétrica: es el trato deshumanizado el abuso de medicalización y patologización de los procesos reproductivos de las mujeres ejercidos por el personal de la salud.

Violencia mediática: es la difusión de mensajes a través de los medios de comunicación que promueven la discriminación de las mujeres y reproducen patrones socioculturales de desigualdad.

Acoso sexual: Es la solicitud o propuesta de favores de carácter sexual, bien sea verbal o gesticular, insistentemente.

Pedofilia: Abuso de un mayor sobre un niño, niña y adolescente.

Estupro: Adulto engaña a adolescente, bajo la estrategia de seducción, para cometer abuso sexual encubierto, ya que la menor lo ve como parte de amor.

Grooming: Abuso sexual virtual donde hay el adulto se pone en un lugar comprensivo para ganar la confianza y consumir el abuso al niño, niña y adolescente.

Sextin: Viralizar una foto de la intimidad generalmente pasa cuando se rompe la pareja o el encuentro amoroso.

II. 4 Voluntad política hacia la reducción de desigualdad en las relaciones de género.

A mediados de los setenta fueron ganando relevancia en el terreno político, políticas sensibles al género que tenían como fin disminuir la brecha de desigualdad entre varones y mujeres con el fin de asegurar el bienestar, la seguridad, la autonomía y los derechos de las mujeres.

Siguiendo a Ana Rodríguez Gustá (2008) existen cuatro categorías de políticas sensibles al género que difieren en sus enfoques teóricos y metodologías de intervención.

Políticas de acción afirmativa: apuntan a fortalecer a presencia numérica de mujeres en lugares jerárquicos y, por lo tanto, decisoria de la administración estatal – ley de cupo femenino-. Son insuficientes en tanto no actual sobre las injusticias de género, que son de carácter estructural y sistémico, constituyen un nivel inicial para atender las desventajas de las mujeres en los ámbitos decisorios del Estado.

Políticas para las mujeres: son políticas que tienden a reforzar los estereotipos de género, ya que buscan compensar la eventual doble jornada laboral de la mujer, sin cuestionar el papel socialmente asignado a los varones.

Políticas con perspectivas de género: este tipo de políticas cuestiona la asimetría de poder entre varones y mujeres, por lo cual, para lograr la equidad es preciso transformar la división sexual del trabajo.

Políticas de transversalización de género: se institucionaliza en la cuarta conferencia mundial sobre la mujer realiza en Beijing (1995) en la que se instala la reflexión sobre la imposibilidad de que las desigualdades fueron resueltas a través de meras políticas compensatorias. La transversalización refiere a hacer política pública integrando, como objetivo central, la efectiva igualdad entre los géneros.

Los obstáculos para lograr la transversalización de la perspectiva de género son: la falta de voluntad política, las debilitadas capacidades institucionales, la baja participación y capacidad de incidencia de la sociedad civil, la resistencia a la consideración de las discriminaciones por género.

Durante el 2018 en el gobierno de Mauricio Macri, se evidencia la escasa voluntad política mediante la reducción de presupuesto ligados a cuestiones de género, que dificulta la efectiva materialización de las políticas anteriormente mencionadas.

II. 5 Abordaje de situaciones de Violencia de Género.

El centro de salud San Miguel depende de la provincia de Santa Fe, tiene a su cargo los siete barrios más vulnerables de Granadero Baigorria, ya que varios de ellos son asentamientos irregulares que fueron creciendo por la coyuntura actual, tienen como característica común, la inaccesibilidad de servicios públicos, precarias infraestructuras edilicias, hacinamiento, entre otras.

En el transcurso de las prácticas profesionales durante los años 2016 y 2018 en el centro de salud San Miguel presenciamos la entrada de un gobierno neoliberal y, las consecuencias de sus medidas políticas, económicas y sociales.

En la cotidianidad del trabajo a través de diferentes metodologías de intervención - entrevistas, observación, reuniones de equipo, participación en dispositivos territoriales, campañas de prevención y promoción de salud - pudimos construir las características de la población, específicamente con las mujeres del barrio que trabajamos en los espacios mencionados anteriormente. Este vínculo no fue ingenuo desde nuestra posición, ya que ante diversas situaciones decidimos investigar y

profundizar sobre la problemática de la violencia de género que sufren algunas de las mujeres del centro de salud San Miguel, con las que hemos trabajado a lo largo del año en la atención en consultorio de lunes a viernes por la mañana, y además en la participación de los dispositivos sustitutos generalmente una vez por semana por la tarde.

A partir de nuestra sistematización realizada en el transcurso del 2016 y 2018 específicamente en el receso invernal, de lunes a viernes en los horarios de 8:00 hs. a 13:00 hs, pudimos recuperar que en la sala de espera, al momento de pedir turnos, y asistir a los mismos, eran en su totalidad mujeres con familiares. Esto demuestra lo arraigado que es el estereotipo de mujer/madre/ama de casa/ cuidadora. Remite pensar a la división sexual del trabajo como la que separa el trabajo reproductivo del trabajo productivo, asignando a las mujeres el espacio doméstico donde se desarrolla la reproducción biológica y social, entendida como la prolongación de la reproducción, y a los hombres en el espacio público donde se realiza la producción de bienes y servicios, y tiene lugar en la toma de decisiones.

Pudimos observar que varios hogares de los barrios, se sostienen con jefatura femenina, es decir, el principal soporte familiar es la mujer/madre, quien además de realizar las tareas de cuidado se desempeña en el espacio público, lo que genera una doble jornada laboral, que puede llegar a transformarse en una triple jornada laboral en caso que participen en organizaciones de la sociedad civil.

En el acompañamiento de diferentes situaciones pudimos comprobar, que la dependencia económica de las mujeres que padecen violencia de género es un gran obstáculo al momento de pensar estrategias de intervención, agravadas además por el contexto social, político y económico.

Lo que nos lleva a pensar que la violencia de género no es una problemática exclusiva de los sectores más vulnerables, pero si es un condicionante, ya que siguiendo el concepto de género de Scott hay una triple discriminación, por etnia, clase y género. Esto se relaciona con el concepto de “interseccionalidad”, tal como define Dorlin “Todas las mujeres padecen el sexismo, pero alguna de ellas padece el sexismo y una opresión de clase, algunas el sexismo y el racismo, otras el sexismo y la lesbofobia, o incluso acumulan el conjunto de tales dominaciones” (Dorlin, 2009:70).

Por su parte, en la entrevista realizada a la trabajadora social define a la violencia de género como aquello que atraviesa, determina y condiciona a la salud bio-psíquica-social de una mujer y un grupo familiar.

A través de nuestra formación en perspectiva de género podemos reconocer y deconstruir lo mencionado anteriormente. Observamos por parte del equipo del centro de salud, que tanto por acción como por omisión, se tiende a naturalizar o reducir la violencia de género al ámbito privado desde la atención a diversas situaciones que no se presentan específicamente como situaciones de violencia de género.

Evidenciamos las formas de abordar dicha problemática por parte de los/as médicos/as, en la derivación inmediata de lo ligado a lo “social” a trabajo social, la falta de registro en las historias clínicas, no detenerse en la escucha justificada por la falta de tiempo. Consideramos que genera una re-victimización de las mujeres que atraviesan una situación de violencia de género, ya que en el momento que puede expresar la situación que está atravesando se da por finalizada la consulta, porque no es considerado el espacio para estas cuestiones.

Biglia Barbara afirma:

“El gran elemento facilitador de las violencias de género hoy en día es la negación de su existencia como practica normalizada y el reconocimiento solo de sus facetas más descaradas y sangrientas. Esto es posible gracias a la intercesión de tres dinámicas: la reducción de la violencia de género a la violencia doméstica, su excepcionalización, y la normativización de prácticas políticamente correctas” (Biglia, 2007:28)

Tercer Capítulo: Violencia de género en atención primaria de la salud

III. 1 Hacia una definición de Salud Pública.

Anteriormente la salud era considerada de manera individual, tenía que ver con el buen funcionamiento del organismo y la ausencia de enfermedad. Frente a las limitaciones de esta acepción, avanzado el siglo XX se gesta un nuevo concepto de salud. La misma se complementa con un sentido social a partir de que la Organización Mundial de la Salud la definiera no solo como la ausencia de enfermedad o afecciones, sino como un proceso salud-enfermedad. Esto significa que tanto salud como enfermedad no deben ser consideradas como categorías opuestas ni de forma estática, sino como “un proceso en relación con el bienestar físico, mental y social, quees individual, particular y global, dinámico y variable y consecuencia de múltiples factores positivos o negativos” (Autor colectivo, 2007:1).

“La salud es más que una noción médica: es un concepto predominantemente social porque se vincula con las costumbres, tradiciones, actitudes y juicios de valor de los diversos grupos de una sociedad, y porque involucra la participación de todos los agentes de la comunidad” (Autor colectivo, 2007:1).

III. 2 Puja Paradigmática

Actualmente dentro del sistema de salud conviven dos paradigmas, por un lado, el que ha predominado históricamente denominado Modelo Médico Hegemónico, el que podemos definir como un:

“Conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalterno al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad” (Menendez,1988;451).

Entre sus características se encuentran: el individualismo, que coloca al sujeto en un rol pasivo y subordinado; la ahistoricidad y asociabilidad que lleva a concebir por separado a lo biológico y lo social, negando toda influencia de este último en la enfermedad; el biologicismo que es el que posibilita ver a la enfermedad como una

totalidad, sin tener en cuenta la “historia social de los padecimientos” (Menéndez, 2005; 3).

Por el otro lado, tenemos el Modelo Médico Social que ha tomado más relevancia en los últimos años, y es aquél que entiende:

“la salud como la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida. Se trata de la capacidad de luchar de desear cambiar lo que produce sufrimiento, lo que limita la vida. Para eso es necesario asumir el protagonismo de la propia vida y encontrarse con otros. Para eso es necesario construirse como sujetos y luchar para que los otros también lo sean. Trabajamos entonces para que todos generemos control sobre nuestras propias vidas” (Ferrara, 2011).

A partir de la definición de dichos autores pudimos identificar en nuestra sistematización cómo se manifiesta esta puja paradigmática en el centro de salud “San Miguel”. Los/as profesionales manifiestan entender que la atención debe ser integrada, a través de espacios de escucha y contención, pero pudimos comprobar que en la cotidianeidad esta forma de entender la atención no se logra llevar adelante. Constatamos esto viendo la forma en que la demanda es construida, la cual podemos dividir en tres aristas. Por un lado, la demanda específica y menos frecuente es la que llega a trabajo social con turnos programados por situaciones de violencia de género, que pueden ser explicitadas por la mujer. Por otro lado, la demanda espontánea, que se caracteriza por ser urgente y necesita una intervención integral inmediata. Por último, la derivación inmediata de la demanda, que son aquellas situaciones que llegan al trabajo social por parte de los/as médicos/as directamente, sin detenerse a preguntar o profundizar en las situaciones, sin darse el lugar para intentar acompañar o contener emergentes que se presentan, esto genera fragmentación en la forma de entender y atender la intervención, cabe señalar que esta demanda es la más frecuente.

En la entrevista realizada a la trabajadora social Natalia González en mes de enero del 2019, afirma lo anteriormente mencionado:

“Trabajando con otro grupo de estudiantes de trabajo social, trabajamos las nociones de las consultas más frecuentes a trabajo social, y en eso pudimos ver las situaciones de violencia de género y ver que la mayoría no eran derivadas por

miembros del equipo sino que venían espontáneamente y directamente sacaban un turno con trabajo social o eran derivadas de otras instituciones, entonces eso habilito a preguntar ¿Qué pasa? ¿No las vemos? ¿La gente no se anima a hablarlo con nosotros? ¿Cómo estructuramos la consulta? ¿Qué tipo de clínica estamos haciendo? entonces ahí surgió esto de me doy cuenta a veces pero no sé qué preguntar, no pregunto porque no sé qué responder, esto de atiende y a veces ni levanto la mirada, o no conozco al paciente que tengo a cargo” (N. G., Lic. Trabajadora Social)

A través de la sistematización realizada a partir del registro de las reuniones de equipo durante el período 2016-2018 pudimos visibilizar claramente las diferentes lógicas de trabajo de los/las profesionales en la salud, donde se ponen en juego las singularidades (ideología, religión, valores e intereses). Cabe resaltar que ante diferentes temáticas trabajadas durante el año, como por ejemplo: educación sexual, ILE, Violencia de Género, se notó una fuerte resistencia, lo que tiene como consecuencia una fragmentación de la atención, y por lo tanto, del sujeto, generando una re victimización. Entendemos que su resistencia se debe, a las formas de percibir a los modelos de familia, maternidad, adolescencia, niñez, la salud y el cuidado, sostenidos en base a sus creencias, formación profesional, religión, entre otras.

Desde nuestro punto de vista y retomando a Vasconcelos (2000) esta problemática es un obstáculo al momento de apuntar a una interdisciplinariedad, ya que cuando se presenta una lógica diferente a la instituida la primera reacción de las profesiones que detentan el saber hegemónico es la resistencia al cambio y la falta de cooperación y coordinación al momento de elaborar estrategias de intervención. Consideramos que nuestra presencia como estudiantes en el centro de salud es un gran aporte para hablar de cuestiones ligadas a interdisciplinariedad.

III. 3 Atención Primaria de la Salud

En 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, promovida por la OMS en colaboración con UNICEF, reafirmó la salud como derecho del hombre, bajo la responsabilidad política de los gobiernos reconociendo su determinación intersectorial:

“... uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales, y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios, debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social” (D7, 1978).

La APS fue definida como

“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad y su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud” (D7, 1978).

Por Atención primaria de la salud entendemos a los efectores responsables de la adscripción poblacional en un territorio determinado, adaptando sus servicios a las necesidades de la comunidad. Llevan adelante actividades de promoción, prevención, educación para la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Se constituyen como la puerta de entrada al sistema de salud, brindando accesibilidad de los usuarios y acompañando el seguimiento de la salud integral del sujeto, su familia y la comunidad.

En esta lógica de APS se puede pensar la accesibilidad como un proceso de articulación conflictiva entre demanda y oferta en salud, teniendo en cuenta como aspecto fundamental a la accesibilidad cultural considerándola un interfaz social, como un espacio conflictivo en el que se articulan marcos de sentido diferentes. En el caso de los/as profesionales y el de los/as pacientes, se focaliza en los hábitos y costumbres de la población y las diferencias existentes a nivel cultural entre los/as profesionales y la organizaciones del servicio, por un lado, y los beneficiarios, por el otro. Se hace énfasis en la dimensión psico-socio-cultural de la accesibilidad, en el que se encuentran actores que poseen diferentes racionalidades culturales o que forman parte de grupos sociales diferentes.

III. 4 Abordaje Institucional de las Situaciones de Violencia de Género en el Centro de Salud San Miguel

A partir de nuestra sistematización de las prácticas consideramos que se genera una violencia simbólica por parte de todos/as los/as pre-profesionales, según Bourdieu:

“esta se refiere, en general, a la imposición social de sentidos, es decir, que determinados significados acerca de las personas se establecen desde lo social como legítimos y representativos de la realidad, prescribiendo lo que se debe pensar, desear y hacer” (Bourdieu, 1985).

Este tipo de violencia se manifiesta a través de la negación, invisibilización o falta de registro de las situaciones violentas por parte de los/as profesionales, y a través de la reproducción de los estereotipos de género.

Indagando en la entrevista con la Trabajadora social sobre la existencia de un protocolo de intervención ante situaciones de violencia de género:

“Nosotros trabajamos en situaciones, hay un protocolo en su momento lo mando la provincia, mando un resumen (busca el protocolo en su carpeta), el protocolo y guía de actuación ante situaciones de urgencia por abuso y maltrato es en el marco de la ley N°12867 donde no es solamente para niñas o niños, sino también para bueno, para mujeres y sobre todo para trabajar situaciones donde hay abuso sexual, digamos en donde es necesario tomar las muestras, en qué momento se trabaja con un segundo nivel de atención y demás. Todos los protocolos te invitan a pensar como a nivel territorial, porque a veces no contás con los recursos que requerirías para ese abordaje, después nosotros un poco nos armamos digamos a nivel territorial como institución con el resto de los coordinadores en función de mesas territoriales del consejo de género y demás un poco los circuitos, homogeneizar un poco los circuitos para trabajar con mujeres que sufrían violencia de género pero es algo que armamos más a nivel territorial, no en el marco a lo mejor de un protocolo provincial, pero si con los recursos que contamos a nivel territorial”. (N.G., Lic. Trabajadora social).

Indagamos sobre la existencia de un protocolo provincial y pudimos confirmar que, si bien existe, es difícil acceder a él. Como consecuencia se utiliza para las

situaciones de violencia de género el protocolo y guía de actuación ante situaciones de urgencia por abuso y maltrato es en el marco de la ley N°12867. Creemos que este escenario genera que el abordaje de las situaciones dependa de la persona que esté a cargo de la coordinación, provocando una desigualdad debido a que las intervenciones dependen de los recursos y de la red institucional con la que cuente cada centro de salud.

Visibilizamos a través de la lectura de historias clínicas, consultas con trabajo social y nuestra observación participante en el centro de salud que las situaciones de violencia de género, se asocian directamente a la disciplina de lo social, solo en el caso de las situaciones que se pudieron manifestar de manera espontánea, sin tener en cuenta las mujeres que naturalizan o no pueden reconocer la violencia.

“Cuando yo comencé a trabajar en cuestiones de violencia de género, cuando llegaban no eran las más frecuentes, rápidamente se derivaban al trabajo social pero no se pensaba en un abordaje conjunto, como que era una situación que atravesaba un paciente y que por lo tal me incluía, con esto me refiero, que incluía al médico, enfermero o administrativo que de primera mano escuchaba o detectaba la situación, era como que era una situación de otra disciplina social como se decía, había una separación que responde a una mirada, a un paradigma de fragmentar al paciente, de tener una visión de lo biológico, corresponde al médico y esto que es social corresponde al trabajo social o a la psicología o a quien pueda pareciera, no? De hecho hasta pensando que no es parte de la salud ¿no?” (N.G., Lic. Trabajadora social).

Al identificar lo anteriormente desarrollado pudimos proponer en nuestro lugar de practicantes junto a nuestra tutora, trabajar estas cuestiones en las reuniones de equipo quincenales, la intencionalidad como estudiantes en este espacio consistió en que los/as profesionales de la salud se informen y apropien los dispositivos sustitutos (talleres con mujeres del barrio junto con la agrupación Las Evas de Granadero Baigorria) con los que cuenta para abordar diferentes situaciones. Ya que consideramos citando a Cazzaniga que:

“Comprender las situaciones que se abordan merecen un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de

integralidad, para luego identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad. Desde esta perspectiva no hay una disciplina particular que interviene en lo social, en todo caso habría una mirada interdisciplinaria que se hace cargo de ciertos aspectos de lo social” (Cazzaniga, 2002:7).

Siguiendo esta línea creemos que nuestro rol como estudiantes en estas reuniones fomentó una reflexión por parte de los profesionales acerca de la importancia de la interdisciplinaria en atención primaria de la salud. También otros temas importantes desarrollados en las reuniones estuvieron centrados en la atención desde la escucha tomando como eje central el concepto de accesibilidad desde Landini (2014), que enfatiza en las diferencias culturales que operan como barrera ente los usuarios y los profesionales al momento de intervenir, nuestro aporte fue que los profesionales puedan considerar las dimensiones psico-socio-culturales del sujeto.

Como resultado de nuestra participación en las reuniones de equipo pudimos observar que, si bien nos daban el lugar para transmitir nuestro trabajo cotidiano, lo que aportábamos en algunas circunstancias generaba cierto malestar como por ejemplo el trabajo con la ESI, los temas relacionados a la detención en la escucha y la sensibilización en la atención de los/as pacientes. De todas maneras, percibimos que en esos espacios de discusión se daba lugar a la reflexión singular y colectiva.

III. 5 Rol del Trabajo Social: Disciplina y Gestión en APS

III. 5. 1 Trabajo Social como disciplina

Para comenzar hablando del trabajo social como disciplina nos enfocaremos en la autora Marilda Iamamoto:

“El trabajo social es una profesión inscripta en la división social y técnica del trabajo. La cuestión social conforma la materia prima del trabajo profesional, por lo que, el desafío para el trabajo social es desarrollar la capacidad de descifrar la realidad y construir propuestas de trabajo creativas y capaces de preservar y hacer efectivos los derechos, partiendo de las demandas emergentes en el cotidiano. La materia prima u objeto del trabajo social son las manifestaciones de la cuestión social (salud, pobreza, relaciones de género, hábitat popular, urbanizaciones de

asentamientos irregulares, etc.) tal como son vivenciadas por los individuos en sus relaciones cotidianas” (Iamamoto, 1998:100).

A partir de esta definición y del análisis de nuestra sistematización identificamos que el lugar del trabajo social en APS queda aislado por parte de las otras profesiones, con la responsabilidad de responder a los emergentes anteriormente mencionados. Esta situación refuerza el imaginario colectivo que sostiene que el trabajo social es la única disciplina que puede y debe elaborar estrategias de intervención para abordar la cuestión social.

Respecto al abordaje de situaciones de violencia de género es elemental problematizar el rol de las profesiones para tratar dicha temática.

“un equipo conformado para trabajar en violencia debe contar con construcciones teóricas y técnicas interdisciplinarias, pues si cada disciplina se aboca a una especialidad sin relacionarse ni modificarse con respecto a las otras, el resultado será una fragmentación de conocimientos que no dará cuenta de la pluralidad y la complejidad de la realidad que plantean las demandas sociales. Esta orientación, denominada multidisciplinaria, podrá crear áreas especializadas de conocimiento pero no lograra una articulación entre la teoría y la práctica, ya que ninguna disciplina puede, por si misma, proponerse a abarcar el fenómeno de la violencia” (Velázquez, 2003).

El trabajo social a lo largo de los años ha sido subordinado por la ciencia hegemónica debido a no tener una “especificidad” profesional. Montaña define a la especificidad como:

“la cualidad que cierta especie posee y por la cual esta última se torna especial, diferente a las otras. Así, el carácter de específico de alguna cosa atribuye dos condiciones: primeramente, esta característica por ser específica, debe reflejarse, debe estar presente en todos los miembros de esta especie, teniendo una dimensión inclusiva; en segundo lugar, ella no puede existir en miembros de otra especie, lo que muestra su dimensión inclusiva; quiere decir lo que nos diferencia de los otros y lo que nos identifica como cuerpo” (Montaña, 2002:1).

Una ciencia para ser legitimada debe contar con un objeto de conocimiento propio, una metodología propia, un sujeto específico y objetivos propios.

Con respecto al objeto de conocimiento responde a considerar a la realidad en segmentos, es decir, a cada profesión se le atribuye parcelas de dicha realidad. La metodología propia no puede aplicarse a todas las realidades a priori ya que depende de cada situación en particular, las intencionalidades y de los recursos disponibles. El sujeto específico no es estático como sostienen algunos/as autores/as, ligado al profesional-pueblo, sino que puede variar según el campo inmerso. Por último, los objetivos propios se relacionan con la concientización y el cambio, que no resulta una especificidad del trabajo social, sino que es una característica compartida con otras disciplinas.

Consideramos siguiendo la línea del autor que no hay una especificidad en el trabajo social sino características que le otorgan identidad y cultura profesional, tales como la mayoría femenina, la intervención en campo como la actividad más recurrente, las políticas sociales como campo de acción y el Estado como espacio privilegiado de empleo. No solo el trabajo social, sino que cada ciencia no puede ser reducida a una profesión, o sea, no existe una relación directa y lineal entre profesión y ciencia.

Pichón Riviere sugiere para las situaciones sociales un abordaje interdisciplinario, una visión integradora. Propone una epistemología convergente en la que las diferentes ciencias funcionen como una unidad operacional que enriquezca al objeto de conocimiento y a las técnicas de abordaje. Por lo tanto, queda claro que el trabajo sobre la violencia de género, al ser un fenómeno social y estructural, debe contar con el aporte de perspectivas múltiples. De esta manera, la interdisciplina permitirá plantearse la tarea desde diferentes abordajes adecuados a una demanda y a la complejidad de cada caso de violencia.

El/la trabajador/a social tiene distintas posiciones al momento de intervenir en las manifestaciones de la cuestión social

“El ejercicio profesional es una acción de un sujeto profesional que tiene la capacidad de proponer, para negociar con la institución sus proyectos, para defender su campo de trabajo, sus calificaciones y sus funciones profesionales. Requiere ir más allá de las rutinas institucionales y buscar aprehender el movimiento de la realidad para

detectar tendencias y posibilidades en ésta presentes que sean factibles para ser impulsadas por el profesional” (Iamamoto, 1998: 33)

Es importante destacar que

“las alternativas no salen mágicamente de la galera del asistente social; las posibilidades están dadas en la realidad, pero no son automáticamente transformadas en alternativas profesionales. Cambia a los profesionales aprovecharse de esas posibilidades y, como sujetos, desarrollarlas transformándolas en proyectos y frentes de trabajo. Siempre existe un campo para la acción de los sujetos, para la proposición de alternativas creadoras, inventivas, resultantes de la apropiación de las posibilidades y contradicciones presente en la propia dinámica de la vida social” (Iamamoto, 1998:34)

Comprender esta situación es relevante para evitar caer en una visión fatalista del proceso histórico y por añadidura del mismo servicio social

“como si la realidad ya estuviese dada en su forma definitiva, sus derivaciones predeterminadas y los límites establecidos de tal forma, que poco se pudiera hacer para alterarlos, esa visión determinista y a histórica de la realidad, conduce a la acomodación, a reproducir la rutina del trabajo, al burocratismo y la mediocridad profesional” (Iamamoto, 1998: 34)

También es necesario evitar otra perspectiva que la autora define como mesianismo profesional “es una visión heroica del servicio social que refuerza unilateralmente la subjetividad de los sujetos y su voluntad política sin confrontarlas con las posibilidades y límites de la realidad social” (Iamamoto, 1998:35).

En la cotidianeidad institucional observamos las distintas aristas del ejercicio profesional, manejando las diferentes técnicas de intervención (visitas domiciliarias, entrevistas, informes, entre otras), lleva adelante atención en consultorio de turnos pautados y demanda espontánea. En situaciones específicas de violencia de género realiza un acompañamiento de las situaciones más urgentes, y con respecto a la prevención desarrolla junto a organizaciones a nivel territorial dispositivos sustitutivos, como por ejemplo la realización de talleres de género con las mujeres del barrio a cargo, sin requisitos específicos.

III. 5. 2 Trabajo Social en gestión

“Los Centros de Salud funcionan como unidades de producción, compuestas por un equipo interdisciplinario y a cargo de un coordinador o jefe. En cada unidad se constituye un equipo de gestión encargado de elaborar pautas y objetivos de trabajo y, a su vez, todos los trabajadores de cada unidad sostienen encuentros regulares o reuniones de equipo para re-trabajar cuestiones de índole clínica, institucional, territorial, etc.” (Campana, 2012:202).

A lo largo de la historia la coordinación de los centros de salud estuvo a cargo de los/as médicos/as. Creemos que lo novedoso del Centro de salud “San Miguel” era que la coordinación estaba a cargo de la trabajadora social y la psicóloga, eso generaba un quiebre en las directrices políticas e institucionales vigentes en la manera de abordar las situaciones de violencia de género. La ex coordinadora del centro de salud San Miguel sostiene:

“mi lugar en la coordinación, cuando lo tomamos con mi compañera en su momento que es psicóloga, por supuesto que posicionó al equipo de otra manera, nosotras aportamos otra mirada, creo que pudimos trabajar un quiebre de paradigma, o que creo que bueno que ambos paradigmas conviven todo el tiempo, pudimos empezar a poner una pregunta, y a través de diferentes técnicas, modalidades y demás empezar a abrir, bueno cuando una mujer nos dice que está atravesando una situación de violencia, que hacemos que es lo primero que hacemos, muchos médicos o médicas y enfermeros decían que a veces no preguntaban ciertas cosas porque a veces no sabían que responder, entonces empezaba a poder dotar este tipo de herramientas, que no sea la única herramienta anda a hablar con la trabajadora social o con la psicóloga” (N.G. Lic. Trabajo social).

Para apuntar a una mirada integral que responda a cuestiones en materia de violencia de género, se elaboraron diferentes estrategias para trabajar con el equipo profesional ya que el conocimiento de las diferentes formas de violencia y de sus efectos compromete directamente al sistema de salud y a los/as profesionales. Estas se basaban en, por un lado, utilizar las reuniones de equipo como medio para sensibilizar a

través de talleres, captar la atención de los/as profesionales a través de la lectura de la reglamentación institucional, como sostiene la trabajadora social:

“comenzamos a trabajar y se produjo algo interesante que fue, bajó los niveles de ansiedad y desesperación que a veces suceden frente a estas situaciones, estas sensación de no saber qué hacer, tengo que hacer algo porque legalmente estoy involucrado y porque es grave” (N.G. Lic. Trabajo social).

Por otro lado, la coordinadora realizó un acompañamiento a todos/as los/as profesionales del centro de salud, mediante el cual consultaba cuales eran las problemáticas más frecuentes, en que tenían mayor dificultad, y dentro de su posibilidad brindar herramientas para abordar las situaciones de violencia complejas.

Otra de las herramientas más importante era que los/as profesionales conozcan y utilicen como dispositivo sustitutivo las diferentes actividades de prevención y promoción de la salud que se sostenían desde la institución en conjunto con la agrupación de mujeres “Las Evas” y la RISaM. Se construyó un dispositivo de mujeres junto con el movimiento “Las Evas”. Este dispositivo tenía una frecuencia semanal con una carga horaria de dos horas, a través de la modalidad de talleres con el fin de conformar una red de contención, en el cual asistían mujeres de cualquier edad, ya que era abierto a toda la comunidad y no poseía requisitos para participar. Era un proyecto a trabajar durante cuatro meses, atravesados por los siguientes cuatro ejes temáticos: salud de la mujer, educación no sexista, trabajo no remunerado y otros tipos de violencia. Esta planificación no fue estructurada, ya que comenzaba con una actividad disparadora previamente planificada y luego se trabajaba con lo que surgió en dicho espacio.

Con la RISaM y la escuela “Lisandro Pagannini N° 1293” se elaboraron talleres de ESI, con el objetivo de abordar cuestiones como la educación sexual integral y los proyectos de vida de los/as alumnos/as de séptimo grado, enmarcadas en la atención primaria de la salud que considera lo “comunitario” como orientación de la formación, tratándose de algo más abarcativo que una práctica desde el centro de salud y las instituciones del territorio en el que se encuentra. Este espacio se concretó en la modalidad de taller que comenzó a partir de la elaboración de preguntas e inquietudes de los/as estudiantes y se depositaron anónimamente en un buzón. En la lectura de estas preguntas comenzamos a planificar las actividades que se realizaban cada quince días.

Entre taller y taller nos reunimos a planificar y evaluar junto con las maestras de séptimo.

Como resultado en la revisión de la sistematización identificamos que no logramos captar el interés de los/as profesionales del equipo en considerar a estos dispositivos como herramientas para dar respuesta a estas demandas complejas. Esto se percibió no solo en la falta de participación, sino también en la difusión en los consultorios. Consideramos que es una consecuencia consciente sostenida por la predominancia del paradigma hegemónico y la concepción que tienen de la salud, a pesar de los esfuerzos realizados por la gestión a través de distintas actividades.

Actualmente nos parece importante resaltar que la coordinación del centro de salud San Miguel no está a cargo de la trabajadora social y la psicóloga, sino que vuelve a estar en manos de un/a médico/a.

Capitulo Cuatro: Propuesta Disciplinar

“Si nosotros el año pasado trabajamos, bueno yo creo que fortalecer las redes a nivel territorial de una mujer son fundamentales, entonces lo que laburamos muchos desde el equipo de salud con el médico, administrativa y enfermero, era el equipo de salud estar en conocimiento con qué recursos cuenta a nivel territorial para poder ir trabajando con las mujeres esto, ¿no? Porque a veces, se referencian con una sola persona, se arma un vínculo con esa persona, y el resto del equipo trabaja desde la sombra, y de cara a esa mujer a lo mejor sólo esta ese médico ese enfermero que escuchó a primera instancia o que con quien ella se animó. Pero ese enfermero tiene un equipo detrás que va alimentando, trabajando, acompañando, pero bueno esa persona tiene que estar formada, y no puede dar lo que no tiene, entonces tiene que tener recursos, entonces tratábamos de hacer un esfuerzo que se puedan ir formando” (N.G. Lic. Trabajo social).

A raíz de las experiencias vividas en las prácticas profesionales en el centro de salud San Miguel y en el Instituto Municipal de la Mujer presentamos una propuesta de trabajo con el objetivo de realizar un aporte, en materia de prevención y atención de violencia de género.

Tomamos como autor de referencia a Rovere para elaborar una planificación estratégica.

IV. 1 Momento Estratégico.

Temática: Violencia de género en Atención Primaria de la Salud.

Situación problemática: Atención de la violencia de género en el Centro de Salud “San Miguel” en los años 2016-2018.

Posicionamiento: Somos estudiantes avanzadas de trabajo social, que realizamos las practicas pre-profesionales en el centro de Salud “San Miguel” en los años 2016-2018, creemos que la capacitación en perspectiva de género es una propuesta que puede brindar aportes hacia la solución de dicha temática.

IV. 1.1 Análisis subjetivo

Aparato ideológico: Utilizamos para observar la realidad la perspectiva de género y un enfoque de derechos, así podemos mirarla desde estos lentes. Con respecto a la

perspectiva de género, siguiendo a Marta Lamas (2002), la entendemos como, una herramienta de análisis que permite comprender que una cosa es la diferenciación sexual y otra muy diferente son las ideas, conocimientos, representaciones que se construyen tomando como referencia dicha diferenciación, representa aquello a lo que denominamos género. Comprendiendo que esta categoría, es una construcción que ha sido abordada por diferentes autores y teorías a lo largo de la historia.

El enfoque de derecho, es necesario tenerlo en cuenta a la hora de pensar en esta problemática, ya que sus principios se basan en un desarrollo de los derechos humanos en su universalidad. Es necesario entender que este enfoque se enmarca en los distintos tratados y convenciones internacionales, así como las leyes nacionales. Desde este enfoque, se permite intentar darle una respuesta transversal a los problemas que trae aparejada esta situación.

Experiencia: Como estudiantes hemos transitado las prácticas en el Instituto Municipal de la Mujer, y en el centro de salud “San Miguel”. También realizamos una formación en perspectiva de género, lo que nos sirve de insumo para poner en tensión determinadas cuestiones.

Además, realizamos una formación de promotoras en contra de la violencia de género, que ante estas demandas nos permite tener en claro a donde se re direccionan diversas situaciones (como por ejemplo, a donde realizar la denuncia, a que juzgado, y los diversos pasos a seguir)

Intencionalidad: Apunta a revisar y re trabajar con los/as profesionales y trabajadores/as del centro de salud para abordar las demandas que llegan ancladas en esta situación problemática y lograr, dentro de las posibilidades y teniendo en cuenta los recursos críticos que se manejan, una intervención profesional integrada.

IV. 1. 2 Análisis intersubjetivo

El centro de salud cuenta con diferentes profesionales que trabajan de lunes a viernes con sus respectivas cargas horarias.

- ✓ Dos Médicas generalistas, realizando su jornada laboral de lunes a viernes cumpliendo 30 horas semanales.

- ✓ Una Médica toco ginecóloga, cumpliendo de lunes a viernes 30 horas semanales
- ✓ Una Médica clínica, asistiendo tres veces por semana con una carga horaria d 18 horas semanales.
- ✓ Dos Médicas pediatra, realizando su jornada laboral dos veces por semana con una carga horaria de 12 horas semanales.
- ✓ Cuatro enfermeros/as, con turnos rotativos de 25 horas semanales.
- ✓ Agente sanitario, realizando su jornada laboral dos veces por semana con una carga horaria de 12 horas semanales.
- ✓ Dos Psicólogas, con turnos rotativos de 18 horas semanales
- ✓ Una Trabajadora social, realizando su semana laboral de lunes a viernes con una carga horaria de 35 horas semanales, repartidas entre la disciplina y la gestión.

Entre ellos/as se pueden observar al momento de la práctica, dos paradigmas en tensión. Uno es el paradigma hegemónico biologicista que ha predominado en el campo de la salud a lo largo de la historia, este se caracteriza por separar lo biológico de lo psicológico, entendiendo que la salud es la ausencia de enfermedades físicas.

En contra posición, el paradigma en puja es el médico social, que entiende

“a la salud como la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida. Se trata de la capacidad de luchar de desear cambiar lo que produce sufrimiento, lo que limita la vida. Para eso es necesario asumir el protagonismo de la propia vida y encontrarse con otros. Para eso es necesario construirse como sujetos y luchar para que los otros también lo sean. Trabajamos entonces para que todos generemos control sobre nuestras propias vidas” (Ferrara, 2011).

Con respecto a lo que pudimos observar en la práctica no se materializa lo que se exterioriza en el discurso, dicho discurso sostiene que la atención debe ser integrada, a través de generar un espacio de escucha y contención. Comprobamos esto viendo las situaciones de violencia de género que llegan al trabajo social derivadas por los/as médicos/as directamente, sin detenerse a preguntar o profundizar en las situaciones, sin darse el lugar para intentar resolver algo desde su postura, esto genera fragmentación en

la forma de entender y atender la intervención. La fragmentación se genera tanto entre los/as profesionales al momento de intervenir, y con los/as pacientes en la respuesta a la demanda que llega al Centro de Salud por violencia de género.

En cuanto a los actores externos, reconocemos al trabajo de la agrupación Las Evas de Granadero Baigorria, el cual consiste en el desarrollo de talleres con el fin de empoderar a las mujeres, este trabajo se realiza de manera articulada con el centro de salud y la Subsecretaria de Género de la provincia de Santa Fe.

Notamos también una omisión en la acción frente a esta problemática por parte de otros actores como la Iglesia Evangélica que en otras situaciones brinda recursos materiales y humanos para el tratamiento de otras problemáticas.

IV.1.3 Análisis objetivo

Como punto en común observamos que hay un acuerdo al momento de sostener el discurso de abordar las demandas desde un paradigma integral, teniendo en cuenta las condiciones psíquicas sociales y biológicas.

Manifiestan en sus prácticas la intención de responder a las problemáticas de violencia de género, con cierta sensibilidad y teniendo en cuenta la red institucional, para lo cual deben concientizar y aplicar la perspectiva de género en la cotidianeidad de sus acciones.

IV.1.4 Análisis histórico

A partir de la coyuntura abierta desde el tres de junio de 2015 con la primer manifestación del colectivo “Ni una menos”, se puede observar una mayor demanda y visibilización de situaciones que llegan al centro de salud de violencia de género, como primer nivel de atención. Esto responde a la histórica cuestión cultural, social y económica del patriarcado y el capitalismo, lo que se ve agravada en la situación de vulnerabilidad por la que se encuentran los barrios que corresponden al centro de salud San Miguel ubicado en Granadero Baigorria, y además por la desigualdad social de las mujeres.

Con respecto a la atención de las situaciones de violencia de género entendemos que hace pocos años este tema se comenzó a visibilizar gracias al movimiento feminista

en la agenda pública, en las normativas y en las convenciones internacionales, así como en la escena mediática, lo que generó interés en toda la sociedad. Como consecuencia esta temática que antes no era percibida, hoy tiene nombre y se puede detectar y cuantificar para elaborar políticas públicas que apunten a la transversalización de la perspectiva de género.

La atención a situaciones de violencia de género desde el centro de salud, enmarcado en la atención primaria de la salud, constituye la puerta de entrada de la mujer a la contención mediante la escucha y diferentes formas de planificar la intervención. Desde nuestra posición como estudiantes de Trabajo Social consideramos que en este momento es fundamental que se cumpla el principio de la lógica de atención primaria de la salud, que es brindar el acceso a una salud integral.

En la cotidianeidad de nuestras prácticas pudimos observar que la atención a las demandas de violencia de género no es integral, lo que lleva a la fragmentación de la intervención profesional, que se caracteriza por una carencia de dispositivos relacionados a la temática, así como también por anteponer su esquema ideológico (religioso, cultural, social) frente a la respuesta de las demandas de la violencia de género, y además una actual falta de formación profesional en perspectiva de género.

Lista de problemas

- ✓ Fragmentación de la intervención
- ✓ Aumento del registro de situaciones de violencia de género en los barrios a cargo del centro de salud San Miguel
- ✓ Saturación de la capacidad de atención
- ✓ Inexistencia de dispositivos de contención a la violencia de género
- ✓ Desconocimiento de protocolo por parte de los médicos ante las situaciones de abuso
- ✓ Criterios profesionales de intervención en Atención Primaria de Salud en relación a la violencia de género.

De estos consideramos como prioritarios:

1) Aumento del registro de situaciones de violencia de género en los barrios a cargo del centro de salud “San Miguel”.

- 2) Inexistencia de dispositivos específicos de violencia de género.
- 3) Formación androcéntrica de profesionales.
- 4) Criterios profesionales de intervención en Atención Primaria de Salud en relación a la violencia de género.

Matriz GUT

Nº	GRAVEDAD	URGENCIA	TENDENCIA	GxUxT	VALOR
1	5	5	3	75	3
2	3	3	5	45	1
3	4	4	4	64	2
4	5	5	5	125	4

Definición del problema: A través de la matriz GUT delimitamos como problema criterios profesionales de intervención en Atención Primaria de Salud en relación a la violencia de género en el centro de salud San Miguel ubicado en Granadero Baigorria.

Lo que predomina en la manera intervenir en situaciones de violencia de género por parte de los/as médicos/as en el centro de salud, es la derivación al Trabajo Social provocando una segmentación y fragmentación en la manera de dar respuesta, que deberían ser integrales para evitar la división psico-socio-cultural del sujeto.

Descripción del problema: La manifestación de los criterios profesionales de intervención en Atención Primaria de Salud en relación a la violencia de género, no aparece de forma explícita como tal, pero se manifiesta por distintos indicadores.

Desde el Centro de Salud consideramos que los criterios profesionales de intervención en Atención Primaria de Salud en relación a la violencia de género, producen la fragmentación de la intervención que se pone en manifiesto en indicadores cualitativos y cuantitativos.

Los indicadores cualitativos se reconocen en el interés de poner en palabras las limitaciones que tienen los/as médicos/as al carecer de perspectiva de género en su formación académica, en las reuniones de equipos interdisciplinarias realizadas cada quince días. Otro indicador cualitativo que se puede reconocer es la derivación inmediata al Trabajo Social de las situaciones de violencia de género materializado en las historias clínicas, lo que impide un abordaje integral de la salud a través de la intervención interdisciplinaria de los/as diferentes profesionales que trabajan en el centro de salud. Desde el espacio de Trabajo Social consideramos que el/la médico/a debería detenerse en la escucha en el momento de la consulta médica.

Identificamos a Ley N° 26485 “Protección integral para prevenir, sancionar, erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales” y la Ley N° 26529 “Derecho del Paciente” como indicadores cualitativos de las diferencias ideológicas y profesionales en la lógica de la atención primaria de la salud en relación al género, ya que surgen para regularizar las situaciones de violencia de género y el acceso a la salud integral.

Otra manifestación cualitativa es el relato de las víctimas de violencia de género en las entrevistas realizadas desde el Trabajo Social que reflejan la re-victimización por incidencia institucional, es decir haber relatado su situación en diferentes instituciones sin un fin estratégico de intervención.

El indicador cuantitativo de esta problemática es el registro en SICAP (Sistema de información de los Centros de Atención Primaria), allí cada situación tiene un valor y se escriben con un número en el sistema digital para tener una estadística de cuáles son las situaciones que más llegan al centro de salud. Lo que queda en evidencia es que los/as médicos/as en la práctica solo registran cuestiones ligadas a lo biológico sin tener en cuenta las situaciones sociales. Esto refleja cual es el paradigma en el que se enmarcan los mismos al momento de intervenir en situaciones de género.

IV.2 Momento Normativo

Para comenzar a desarrollar el momento normativo utilizamos del árbol del problema la causa: Educación sin perspectiva de género de los/as profesionales de la salud.

Mayor globalidad

Visión: Desarrollo de las intervenciones interdisciplinarias transversalizadas por la perspectiva de género.

Mayor especificidad

Propósito: Promover una formación de los/as profesionales desde la perspectiva de género particularmente en el centro de salud San Miguel ubicado en Granadero Baigorria.

	Resumen narrativo	Indicadores objetivamente verificables	Fuente de verificación de los indicadores	Premisas o suposiciones
Fin	Desarrollo de las intervenciones profesionales transversalizadas por la perspectiva de género.	Plena (100%) intervenciones profesionales interdisciplinarias.	Registro de las historias clínicas y SICAP.	
Propósito	Promover una formación de los/as profesionales desde la perspectiva de género particularmente en el centro de salud San Miguel ubicado en Granadero	Programa elaborado de capacitación y contratación de recursos humano durante un año en el centro de salud San Miguel (90% de profesionales capacitados; 2 profesionales	Programa de capacitación. Convenios con los/as profesionales educandos.	

	Baigorria.	contratados).		
Componente	<p>1. Capacitación en perspectiva de género en el ámbito de las reuniones de equipo. Utilizando como ejes, Androcentrismo y educación sexista; Análisis de la Ley 26.529 y la Ley 26.485; APS y violencia de género e Intervención interdisciplinaria.</p> <p>2. Desarrollo de las intervenciones - atención de los/as pacientes- de forma conjunta (médicos/as, TS y/o psicólogos/as).</p>	<p>1. Dos Talleres mensuales de capacitación en perspectiva de género realizado en el centro de salud San Miguel, el primer y tercer lunes de cada mes durante un año en el que participaran 13 profesionales.</p> <p>2. 70 % de los/as profesionales capacitados soliciten durante la jornada laboral el trabajo interdisciplinario ante situaciones de violencia de género.</p>	<p>1. Programa de capacitación.</p> <p>2. Ficha médica.</p>	
Actividades	<p>1.1 Dos Talleres de formación en perspectiva de género, el primer y tercer lunes del mes de 120 minutos mensuales. Con la modalidad de debate, fomentando la</p>	<p>1.1 Participación activa de los/as 13 profesionales en los talleres durante un año en el centro de salud San Miguel.</p> <p>2.1 Abordaje de situaciones de</p>	<p>1.1 Planilla de asistencia en el Centro de Salud.</p> <p>2.1 Registro de la intervención en la historia clínica.</p>	

	<p>circulación de la palabra entre todos/as los/as participantes. Utilizaremos diferentes disparadores como textos, material audiovisual, fotográfico y sensorial.</p> <p>2.1 Estrategias de intervención interdisciplinarias para abordar situaciones de violencia de género, con el objetivo de apuntar a una mirada integral desde cada disciplina</p>	<p>violencia de género complejas por profesionales de la salud en conjunto en la jornada laboral.</p>														
Insumo	<p>El proyecto tiene como enfoque utilizar los recursos ya disponibles en el Centro de Salud “San Miguel”, que serían la institución (con todos sus costos relacionados agua, luz, etc.), los/as médicos/as, licenciados/as, los bienes</p>	<p>Los educadores tendrán un <i>sueldo</i> de \$400hs (\$400hs X 4hs/men X 2 educadores) El <i>bono</i> por la asistencia al taller será de \$1.000, pagado que se realizara una vez terminado el mismo en el mes de diciembre. En el taller se</p>	<p>Registro contable del proyecto.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sueldos</td> <td>\$19.200</td> </tr> <tr> <td>Bono</td> <td>\$12.000</td> </tr> <tr> <td>Infusión</td> <td>\$24.000</td> </tr> <tr> <td>Fotocopia</td> <td>\$2.400</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>\$57.600</td> </tr> </tbody> </table>		Anual	Sueldos	\$19.200	Bono	\$12.000	Infusión	\$24.000	Fotocopia	\$2.400	Total	\$57.600	
	Anual															
Sueldos	\$19.200															
Bono	\$12.000															
Infusión	\$24.000															
Fotocopia	\$2.400															
Total	\$57.600															

	<p>muebles amortizables (computadora, proyector, parlantes).</p> <p>Los gastos extras generados por el proyecto serían los sueldos de los encargados de la capacitación. Para asegurar el éxito del taller sería importante establecer un bono a los/as profesionales que asistan al taller para incentivar la participación.</p>	<p>brindará infusiones y aperitivos. Por un valor estimado de \$2.000men (\$2.000men X 12mes)</p> <p>Se entregará un manual instructivo (fotocopias) al principio del taller por lo que se estima un costo de \$2.400 que se realiza en el mes de enero.</p>		
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

IV. 3 Modelo Evaluativo

El propósito de nuestro proyecto es promover una formación de los/as profesionales desde la perspectiva de género particularmente en el centro de salud San Miguel ubicado en Granadero Baigorria.

Proponemos en nuestro modelo evaluativo una *evaluación durante*, para verificar en el momento si la propuesta del programa de capacitación en perspectiva de género de los/as profesionales del centro de salud San Miguel de Granadero Baigorria está produciendo algún tipo de cambio o movimiento en la manera de intervenir ante situaciones de violencia de género. Es difícil evaluar en qué medida los/as profesionales adoptan la perspectiva de género en sus intervenciones, pero proponemos una serie de dimensiones, indicadores y técnicas que nos acercaran al objetivo de la evaluación. Consideramos que la evaluación durante es la más pertinente ya que permite visualizar la orientación del proyecto en la direccionalidad deseable. Creemos adecuado llevar a cabo una *evaluación interna* teniendo en cuenta que la realizaremos periódicamente a través de nuestro cuaderno de campo.

El marco conceptual del modelo evaluativo propuesto se erige en dos perspectivas fundamentales, la perspectiva de género y el enfoque de derecho, desarrolladas a lo largo del trabajo.

Dimensiones Sustantivas	Variabes/Indicadores	Técnicas/fuentes
Atención a situaciones de violencia de género en consultorio con profesionales de la medicina y del área social. (Ginecóloga/o, médico/a generalista, trabajador/a social, psicóloga/o, enfermero/a.)	Cantidad de atención a las demandas de situaciones de violencia de género.	Análisis en el registro de las historias clínicas. Cotidianidad en el centro de salud ante las demandas de situaciones de violencia de género que necesiten una intervención urgente, ya sea del área social y/o médica.
Fortalecimiento del derecho del paciente al acceso a una salud integral. Intervención profesional	Conocimiento de la normativa de la Ley 26.529. Conocimiento de la Ley	Sistematización en nuestro cuaderno de campo.

con perspectiva de género.	26.485.	Historia clínica.
----------------------------	---------	-------------------

Dimensiones Gerenciales o Instrumentales	VARIABLES/INDICADORES	TÉCNICAS/FUENTES
Tipo de participación al interior del equipo profesional del centro de salud con respecto a las capacitaciones del programa en perspectiva de género.	<p>Conocer dentro de los ejes planteados, cuáles son los temas que más dificultades les presentan al momento de intervenir.</p> <p>Espacio de supervisión colectivo e individual para apuntar al re trabajo de las dudas y habilitar el debate en las reuniones de equipo.</p> <p>Autoevaluación del equipo profesional en la forma de intervenir a partir del programa de capacitación.</p>	<p>Reuniones de equipo dedicadas exclusivamente al re trabajo de las situaciones de violencia de género.</p> <p>Entrevista individual con los/las profesionales del centro de salud.</p>
Recursos económicos y financieros.	Contratación de personal externo de la sub-secretaría de políticas de género y el área de extensión universitaria de la UNR, que realice el programa de capacitación en perspectiva de género.	Revisión del presupuesto destinado al centro de salud para capacitación.

Dimensiones Estratégicas	VARIABLES/INDICADORES	TÉCNICAS/FUENTES
Abordaje integral ante situaciones de violencia de género.	Abordaje de la intervención entre los/as diferentes profesionales del área social y médica.	<p>Registro de las intervenciones en las historias clínicas.</p> <p>Sistematización de las</p>

		<p>situaciones en la cotidianeidad del trabajo en el centro de salud.</p> <p>Solicitud de derivación de una situación a un profesional de otra área acordado.</p>
Fortalecimiento de la intervención intersectorial ante situaciones de violencia de género.	Articulación entre los actores e instituciones como la sub-secretaria de políticas de género dependiente de la provincia de Santa Fe, Agrupacion Las Evas de Granadero Baigorria y Juzgado de pequeñas causas competentes involucrados en la problemática de la violencia de género.	Creación de protocolo de intervención intersectorial, en donde se explicita cual fue la intervención y pasos a seguir con el objetivo de cumplir la Ley 26.529

Reflexiones Finales

Esta metodología de trabajo (T.I.F.) nos permitió realizar una reflexión colectiva, entre teoría y práctica. Construimos el conocimiento a través de debates e intercambios a partir de situaciones de violencia de género desde nuestras subjetividades.

En el transcurso de nuestros tres años de prácticas pre-profesionales, nos involucramos en los campos de la salud y de género en sus diferentes aristas (prevención y atención), en base a nuestro interés construimos la situación problemática.

Se puede notar que en la cotidianeidad del trabajo del Centro de Salud, enmarcado en la política de APS, quedaba únicamente a cargo del Trabajador/a social y Psicólogo/a, poniendo en evidencia la puja paradigmática desarrollada a lo largo del trabajo. Los principios de APS son brindar accesibilidad en la atención de los usuarios ambulatorios y convertirse en el nivel de seguimiento de la salud particular, familiar y comunitario, a partir de la adscripción de la población del territorio a cargo; concretar acciones permanentes de promoción, prevención, diagnóstico, atención ambulatorio, cuidado domiciliario y asegurar la participación comunitaria en las tareas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades; etc. Estos se encuentran en el discurso de la salud integral, como un deber ser, que en pocas ocasiones se concretiza por parte de los/as profesionales de la salud.

Entendemos que esta situación genera fragmentación de la intervención al momento de intervenir en situaciones de violencia de género que desarrollamos en el trabajo, la cual provoca que las demandas de lo social sean únicamente abordadas por el/la trabajador/a social.

En cuanto al sujeto comprendemos que la complejidad de las situaciones hace necesaria la creación de redes capaces de generar recursos que eviten la dispersión de los sujetos, recomponer vínculos, acceder a lugares de referencia y recibir apoyo y acompañamiento. Las más afectadas son las pacientes que no reciben una atención integral, provocando una re-victimización de las mujeres que atraviesan situaciones de

violencia de género y el ingreso en lo que se ha denominado como “ruta crítica” de la violencia.

La propuesta para la realización de este trabajo nos pareció innovadora al permitirnos trabajar en conjunto como grupo de estudio y compañeras de prácticas a lo largo de toda la carrera.

El requisito del T.I.F. nos permitió cuestionar sin quedar en la mera crítica, apuntando a realizar un aporte que pueda generar algún cambio en la situación planteada.

Por último, queremos agradecer a nuestra tutora Noelia Figueroa por aceptar la dirección de este trabajo, ya que es un desafío para ella y para nosotras, por incitarnos a reflexionar sobre una nueva base teórica y por acompañarnos en este proceso.

Anexo

ENTREVISTA

¿Cuántos años hace que trabaja en el centro de salud “San Miguel”?

En San Miguel once años, casi doce.

¿Las situaciones de violencia de género que llegan al centro de salud modificaron tu perspectiva al momento de intervenir? ¿Nos puede contar alguna situación particular?

Sí, me parece que en realidad cuando yo comencé a trabajar en cuestiones de violencia de género, cuando llegaban no eran las más frecuentes, rápidamente se derivaban al trabajo social pero no se pensaba en un abordaje conjunto, como que era una situación que atravesaba un paciente y que por lo tal me incluía, con esto me refiero, que incluía al médico, enfermero o administrativo que de primera mano escuchaba o detectaba la situación, era como que era una situación de otra disciplina social como se decía, había una separación que responde a una mirada, a un paradigma de fragmentar al paciente, de tener una visión de lo biológico, corresponde al médico y esto que es social corresponde al trabajo social o a la psicología o a quién pueda pareciera, no? De hecho hasta pensando que no es parte de la salud ¿no? Por lo menos en esa primera instancia, bueno como dije responde a un paradigma, una mirada sobre la salud.

Situaciones no tengo presente a lo mejor alguna de ese momento, pero bueno hace varios años atrás, pero sí al menos que sea algo muy muy grave, donde requería algún otro tipo de intervención en términos médicos me refiero, por los golpes, que se hacía una articulación con la guardia sino lo que se hacía era... mira tengo una mujer que me parece que le pegan, fijate si la puedes atender y ya está, como mucho se volvía a preguntar y uno a veces en la práctica quedaba solo haciendo este abordaje, creo que la complejidad y la necesidad de tener otras miradas para un abordaje mejor hizo que podamos empezar a romper eso con diferentes estrategias para poder empezar a pensar abordajes más integrales, acompañado también por ahí de algunos movimientos que se produjeron en el sistema de salud. Más allá de la coyuntura social, pero permitieron ir abriendo y posicionarse de otra manera empezar a constituir un equipo, pacientes de referencia, entender que los pacientes no son de una persona son del equipo de salud, la necesidad de no quedarse solo frente a la complejidad, bueno, eso permitió ir abriendo y pensando el abordaje de estas situaciones puntuales de otra manera, y llegar a pensar

más allá de protocolos más amplio que nos pueden atravesar a todos como institución, pensar un poco en función del mapeo institucional local, las características de la población, la conformación del equipo, un poco los circuitos a nivel territorial y a nivel de nuestra institución, cuando una mujer llegaba y se sospechaba una situación de violencia o expresaba una situación de violencia o también, que preguntas, que maneras de atención incluíamos que permitan detectar o a las mujeres hablar de posibles situaciones de violencia.

¿Desde que está a cargo de la coordinación, percibió un incremento de las situaciones de violencia de género?

Bueno, mi lugar en la coordinación, cuando lo tomamos con mi compañera en su momento que es psicóloga, por supuesto que posicionó al equipo de otra manera, nosotras aportamos otra mirada, creo que pudimos trabajar un quiebre de paradigma, o que creo que bueno que ambos paradigmas conviven todo el tiempo, pudimos empezar a poner una pregunta, y a través de diferentes técnicas, modalidades y demás empezar a abrir, bueno cuando una mujer nos dice que está atravesando una situación de violencia, que hacemos que es lo primero que hacemos, muchos médicos o médicas y enfermeros decían que a veces no preguntaban ciertas cosas porque a veces no sabían que responder, entonces empezaba a poder dotar este tipo de herramientas, que no sea la única herramienta anda a hablar con la trabajadora social o con la psicóloga, sino que puedan esa primera vez, es una oportunidad única que ellos puedan tener herramientas, y eso implicó empezar a también nosotros creo que aportamos, sumarnos, perdón reconocer las instituciones barriales, y transmitir todo ese bagaje de herramientas que había en el equipo, que el equipo también sepa los recursos que había a nivel territorial, y que podía dar uso de eso sin tener que necesariamente la paciente tenga una entrevista con el trabajo social, trabajar en el vínculo del paciente con ese médico o con ese enfermero, y creo que también aportamos eso abrir al centro del salud y a las otras disciplinas el vínculo con las otras instituciones, y el circuito con esas otras instituciones. Entonces sí creo que bueno pudieron empezar a llegar con mayor apertura mujeres que venían derivadas o acompañadas de asociaciones locales o grupo de mujeres locales, digamos que había más apertura del centro de salud, cuando llegaba una mujer referenciada o algún miembro de estas instituciones o desde la administración sabía qué hacer cuando llegaba un oficio del juzgado, o podía activar un circuito para esa mujer independientemente que esté el trabajo social o la psicóloga, creo que sí que

la mirada del trabajo social en un lugar de gestión posibilitó tener una apertura al vínculo con la sociedad y con otras instituciones, al incorporar al concepto de salud, digamos poder correr de esta mirada biológica que la mayoría de los miembros del equipo tenían, y poder entender que los aspectos sociales o vinculares, religiosos o afectivos que atraviesan a un sujeto, es como parte de la salud, posicionarnos desde otro lugar y dotar al equipo de herramientas, creo que básicamente en una reunión de equipo trabaja un protocolo, ver como incluye a todos.

¿Cómo son las lógicas de intervención de estas situaciones complejas por parte de todos/as los/as profesionales? ¿Se lleva adelante un protocolo?

Nosotros en su momento trabajamos el protocolo, sobre todo también para situaciones de abuso de niños niñas y adolescentes lo trabajamos con el equipo y después de trabajarlo pensamos a nivel territorial e institucional cual sería los circuitos y tratamos de ponerlo en tiempos reales, cuando digo tiempo reales digo, bueno ingresa una niña que sospechamos una situación de abuso o nos dice que fue abusada, ¿qué hacemos? ¿Qué hace el médico? ¿Qué activa? ¿Qué activa el enfermero? Digamos sin perder la especificidad de cada uno, pero si pensar un circuito que nos involucre a todos, entonces ahí comenzamos a trabajar y se produjo algo interesante que fue, bajó los niveles de ansiedad y desesperación que a veces suceden frente a estas situaciones, estas sensación de no saber qué hacer, tengo que hacer algo porque legalmente estoy involucrado y porque es grave y porque blablá... Pero permitió poder abordar las situaciones de otra manera. Entonces hasta inclusive trabajamos en folletería en poder tener folletos, teléfonos a mano, el registro, que quede registrado en la historia clínica, lo mismo lo pensamos para situaciones de ILES, más allá del protocolo, bueno como al interior del equipo cuando una mujer decía que quería interrumpir su embarazo, que activábamos que no, bueno fue un proceso de discusión de ir trabajándolo a partir de situaciones puntuales pero bueno, yo creo que fue fundamental la mirada de psico y trabajo social desde la gestión, yo creo que son cosas que se pudieron abrir porque estábamos ocupando un lugar que nos daba, quizás el poder o la legitimidad para poder ir instalando preguntas o armando problemas en las que de alguna manera nos obligaba a pensar.

¿Ese protocolo de intervención era solo para situaciones de abuso?

Nosotros trabajamos en situaciones, hay un protocolo en su momento lo mando la provincia, mando un resumen (busca el protocolo en su carpeta), el protocolo y guía de actuación ante situaciones de urgencia por abuso y maltrato es en el marco de la ley N°12867 donde no es solamente para niñas o niños, sino también para bueno, para mujeres y sobre todo para trabajar situaciones donde hay abuso sexual, digamos en donde es necesario tomar las muestras, en qué momento se trabaja con un segundo nivel de atención y demás. Todos los protocolo te invitan a pensar como a nivel territorial, porque a veces no contás con los recursos que requerirías para ese abordaje, después nosotros un poco nos armamos digamos a nivel territorial como institución con el resto de los coordinadores en función de mesas territoriales del consejo de género y demás un poco los circuitos, homogeneizar un poco los circuitos para trabajar con mujeres que sufrían violencia de género pero es algo que armamos más a nivel territorial, no en el marco a lo mejor de un protocolo provincial, pero si con los recursos que contamos a nivel territorial, con el centro territorial de denuncia, con el juzgado de pequeñas causas, con el área de género municipal, los circuitos pertinentes para abordar, pero bueno una cosa es pensar esto y como el equipo de salud recepciona eso, porque digo, podemos armar circuitos hermosos pero si el médico el enfermero/a o administrativo considera que no le compete intervenir los circuitos los protocolos digamos. Hubo que hacer un laburo interesante de poder romper con ciertas estructuras y comprender que la violencia de género es algo que atraviesa, determina y condiciona a la salud bio-psíquica-social de una mujer y un grupo familiar, y que es tan urgente intervenir como una apendicitis, o como un dolor de cabeza, o que si tengo cuatro consultas en una semana por presión alta tengo que poder introducir otras preguntas que permitan trabajar sobre otras áreas del sujeto, que no solamente tengan que ver con si come sal o no come sal. Eso fue un trabajo con el equipo que lo laburamos de diferentes puntos, pero si desde la disciplina trabajando con otro grupo de estudiantes de trabajo social, trabajamos las nociones de las consultas más frecuentes a trabajo social, y en eso pudimos ver las situaciones de violencia de género, y ver que la mayoría no eran derivadas por miembros del equipo sino que venían espontáneamente y directamente sacaban un turno con trabajo social o eran derivadas de otras instituciones, entonces eso habilito a preguntar ¿qué pasa? ¿No las vemos? La gente no se anima a hablarlo con nosotros como estructuramos la consulta, que tipo de clínica estamos haciendo. Entonces ahí surgió esto de me doy cuenta a veces pero no sé qué preguntar, no pregunto porque no sé qué responder, esto de atiendo y a veces ni levanto la mirada, o

no conozco al paciente que tengo a cargo, entonces bueno eso hizo pensar la necesidad de reestructurar nuestros modos de intervención, repensar nuestros modelos de atención desde donde nos posicionamos, que concepto de salud tenemos, y bueno abrió ahí un mundo de discusión que es interesante. Permitted madurar ideas y que hoy que una mujer que ingresa a san miguel, puede haber un montón de dificultades, pero en “San Miguel” se sabe que un oficio que llega del juzgado donde se sospecha una situación de violencia, o que una mujer plantea una situación de violencia no se puede ir sin una respuesta, y se puede, el administrativo el enfermero o el médico puede diferenciar la situación que es urgente, y que hay que intervenir con los actores que haya o se puede esperar y armar una estrategia con otros ,y eso creo que es fruto de otra mirada que se aporta desde otras disciplinas.

Teniendo en cuenta la cultura patriarcal que atraviesa las instituciones ¿cuáles son las estrategias para apuntar a una respuesta integral de las demandas de violencia de género?

Si nosotros el año pasado trabajamos, bueno yo creo que fortalecer las redes a nivel territorial de una mujer son fundamentales, entonces lo que laburamos muchos desde el equipo de salud con el médico, administrativa y enfermero. Era el equipo de salud estar en conocimiento con qué recursos cuenta a nivel territorial para poder ir trabajando con las mujeres esto, ¿no? Porque a veces, se referencian con una sola persona, se arma un vínculo con esa persona, y el resto del equipo trabaja desde la sombra, y de cara a esa mujer a lo mejor sólo esta ese médico ese enfermero que escuchó a primera instancia o que con quien ella se animó. Pero ese enfermero tiene un equipo detrás que va alimentando, trabajando, acompañando, pero bueno esa persona tiene que estar formada, y no puede dar lo que no tiene, entonces tiene que tener recursos, entonces tratábamos de hacer un esfuerzo que se puedan ir formando.

Para este año habíamos proyectado que nuevos miembros del equipo iban a participar del espacio de género, se iba a sumar una de las enfermeras de la tarde, personal de limpieza era muy estratégico porque está todo el tiempo en el pasillo, habla con la gente y veíamos que ahí teníamos una veta, detectábamos historias. Y bueno el taller de género posibilitó a que las mujeres que iban ahí, después hablan con otras mujeres la posibilidad de llegar al centro de salud, y a su vez era un recurso más para que los médicos, enfermeros puedan remitir mujeres que permitían ahí fortalecer

mujeres, espacios de contención, de formación, y a su vez siempre tratamos de que otros miembros del equipo puedan tener contacto con las otras instituciones con las que laburamos, conozcan a la jueza del juzgado comunitario, que conozcan a la coordinadora del área de género, eso nos parecía que eran estrategias que nos permitían abordar de una manera más integral y eficiente las situaciones de violencia que llegaban.

Bibliografía.

Autor colectivo. "Definición" en *Salud* [en línea]. Centro de estudios Sociales y de Opinión Pública [citado el 2 de agosto 2007] Disponible en Internet en: http://www.diputados.gob.mx/cesop/comisiones/d_salud.htm

Barbara Biglia y San Martín Conchi (2007) Estado de wonderbra. Barcelona: Virus.

Bourdieu, Pierre (1985) Espacio social y génesis de las clases. Buenos Aires: Ed. Espacios, N° 2, facultad de filosofía y letras.

Calienni M, Martín A, y Moledda M (2009). Sobre el Trabajo Social, la complejidad de los territorios de intervención y la interdisciplina, en Revista Plaza Pública N° 2. La Plata.

Calp, Camila. (2017) El trabajo social ¿feminista? Aportes a la intervención del trabajo social desde una perspectiva de género. Tesis Licenciatura en Trabajo Social. Universidad Nacional de Rosario.

Campana, Melisa. (2012) Medicalizar la asistencia, Asistenciar la salud. Buenos Aires: prohistoria ediciones.

Cazzaniga, Susana. (2001) Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud, en Revista el Margen N° 27. Reconquista.

Cobo Rosas, De la Cruz Carmen, Volio Roxana y Zambrano Ada (2009) Políticas y acciones de género. Madrid: Instituto Complutense de Estudios Internacionales.

Di Pato, María Eugenia (2016) Salud: Un campo en debate. Una mirada desde el Trabajo Social. Tesis Licenciatura en Trabajo Social. Universidad Nacional de Rosario.

Dorlin, Elsa. (2009) Sexo, género y sexualidades. Introducción a la teoría feminista. Buenos Aires: Nueva Visión.

Ferrara, Floreal (1975) Entorno al concepto de salud. La Plata: En Revista de Salud Pública.

Gallo, Edmundo. Planificación en la práctica. Una guía para movimientos y organizaciones sociales. Traducción de Raúl Alfredo Linares. Brasil: Fundación Oswaldo Cruz y Escuela Nacional de Salud Pública.

García Cabrera, María Eugenia. Salud (2009) ¿Derecho o privilegio? Tesis Licenciatura en Trabajo Social. Universidad Nacional de Rosario.

Gianna, Sergio. (2011) Vida cotidiana y trabajo social: límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención profesional, en Revista Cátedra Paralela, N° 8. La Plata.

Guzzetti, Lorena (2014) La intervención social, mirada desde la perspectiva de género en Revista Plaza Pública N° 11. La Plata.

Iamamoto, Marilda. (1998) El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional. San Pablo: Cortez Editora.

Ingaramo, Alejandra. (2014) Violencia de género y capacidades institucionales del Estado, una propuesta de análisis en Levín S. (coordinadora) Políticas públicas, Género y Derechos Humanos en América Latina, Proyecto Latín, Iniciativa Latinoamericana de Libros de Textos Abiertos, Ecuador, Ebook.

Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (2004) Boletín del Instituto. Metodología del Marco Lógico. España: ILPES.

Kars, Saúl. (2007) Problematizar el Trabajo Social. Definición, figuras, clínica. Barcelona: Gedisa

Lagarde, Marcela. (1996) “Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia”. España: Ed. Horas y horas.

Lamas, Marta. (2002) La perspectiva de género, en Revista La Tarea, N° 8. México.

Lamas, Marta. (2003) Género: claridad y complejidad. Ciudad de México. Disponible en: biblio.comisionporlamemoria.org/meran/getDocument.pl?id=74

Landini, Fernando y otros (2014) Hacia un marco conceptual para pensar la accesibilidad cultural. Rio de Janeiro: Cadernos de Saude Pública.

Leanza Natalia (2014) Ampliar la mirada: aportes de la perspectiva de género a la teoría de la intervención del Trabajo Social. Universidad Nacional de Rosario.

Menéndez, E (2005) El Modelo médico y la Salud de los trabajadores[Consulta: Martes, 14 de febrero de 2019]. Disponible en Internet:http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-

Menéndez, E. (1998) Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Auto atención. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Montaños, Carlos (2002) La naturaleza del servicio social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción. Biblioteca Latinoamericana del Servicio Social: Cortez Editora.

Mourao Vasconcelos, Eduardo (1999) Servicio social e interdisciplinariedad: el ejemplo de la salud mental. San Pablo: Cortez Editora.

Nibernberg, Olga, Brawerman, Josette, y Ruiz, Violeta (2000) Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales. Buenos Aires: ed. Paidós

Pateman, Carol (1995) El contrato sexual. México: ANTHROPOS.

Pignata, María Angélica (2014) Desafíos de la implementación de políticas públicas en clave de géneros y derechos. Desde el reconocimiento de derechos hacia la transversalización de género en Levín S. (coordinadora) Políticas públicas, Genero y Derechos Humanos en América Latina, Proyecto Latín, Iniciativa Latinoamericana de Libros de Textos Abiertos, Ecuador, Ebook.

Pontes, Reinaldo. (2003). Mediación: categoría fundamental para el trabajo del asistente social. Servicio Social crítico.

Rodríguez Gustá, Ana Laura (2008) Las políticas sensibles al género: variables conceptuales y desafíos de intervención, en Revista Temas y Debates, N° 16, Revista Universitaria de Cs. Sociales, año 12, Facultad de Cs. Políticas y RRII; Rosario: Edit. UNR.

Rovere, Mario (1992) Planificación Estratégica en Recursos Humanos en Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Scott, Joan. (1990) El género: una categoría útil para el análisis histórico, en Amelang, James S. y Nash, Mary (eds.), Historia y Género. Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea. Valencia: Edicions Alfons El Magnanim.

Sosa, Ruth. (2014) Políticas públicas y asimetrías de género en el trabajo productivo y reproductivo en América Latina en Levín S. (coordinadora) Políticas públicas, Género y Derechos Humanos en América Latina, Proyecto Latín, Iniciativa Latinoamericana de Libros de Textos Abiertos, Ecuador, Ebook.

Vasconcelos, Eduardo (2000) Servicio Social e Interdisciplinariedad. San Pablo: Cortez Editora.

Velázquez, Susana (2003) Violencias cotidianas, violencia de género. España: Ed. Paidós.