

HACIENDO VISIBLE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO: REGISTRO DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR EN EL CeSAC N°9 DE LA BOCA, CABA.

Trabajo de investigación con enfoque cuantitativo

Área de Epidemiología

Trabajo inédito

Autoras:

Dabbah, Luciana M, residente de Medicina General y/o de Familia Echeverria,

María F., residente de Medicina General y/o de Familia

Iglesias, Mariangeles, residente de Medicina General y/o de Familia

Wakstein Lara, residente de Medicina General y/o de Familia

Participantes: Sestelo, Ma. Agustina; Vigier Martina

Lugar:

Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Residencia de medicina general y de familia. Centro de Salud y Acción Comunitaria nro 9. Área Programática Hospital Argerich. Irala 1254, C1164ACS, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Fecha de realización: septiembre de 2024 a septiembre de 2025

Sobre las autoras:

El equipo de investigación lo conforman 4 residentes de 4to año de la residencia de Medicina General y/o de Familia (MGyF). El trabajo fue realizado a partir de lo trabajado en el Curso de Metodología de Investigación que se realiza en segundo año de la residencia.

RESUMEN

Título. HACIENDO VISIBLE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO: REGISTRO DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR EN EL CeSAC N°9 DE LA BOCA, CABA
Autoras. Dabbah, Luciana M.; Echeverría, María F.; Iglesias, Mariángeles; Wakstein, Lara
Lugar. CABA. Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, y Centro de Salud y Acción Comunitaria nro 9. Área Programática Hospital Argerich. Irala 1254, C1164ACS
Tipo de investigación. Exploratorio, cuantitativo, de corte transversal
Categoría temática. Epidemiología
Trabajo inédito
Resumen. La violencia basada en género (VBG) constituye un grave problema de salud pública y un desafío para el primer nivel de atención. El objetivo fue caracterizar el registro de casos de VBG en mujeres atendidas por la Residencia de Medicina General en los consultorios de Salud Sexual Integral del CeSAC N°9 entre septiembre de 2023 y agosto de 2024. Se realizó un estudio exploratorio cuantitativo de corte transversal mediante revisión de historias clínicas electrónicas, de las cuales se incluyeron 482. Se analizó la presencia de registro de VBG, características sociodemográficas y abordaje registrado. En el 46,5% (n=224) de las consultas se preguntó por VBG, en el 7% (n=16) de estas se detectó una situación actual. En todos los casos detectados se documentó en la evolución clínica, pero solo en el 31,3% (n=5) se etiquetó como problema en el sistema informático. Se observa predominio de violencia psicológica (50%; n=8), seguida de la física (37,5%; n=6). En el 50% (n=8) de los casos se realizó derivación a servicios especializados y en el 25% (n=4) no hubo intervención registrada. Los resultados evidencian un subregistro significativo que limita la visibilidad epidemiológica y el abordaje integral. Se destaca la necesidad de incorporar una pesquisa activa y protocolos locales estandarizados y de fortalecer el registro institucional con perspectiva de género en el primer nivel de atención.
Palabras clave. Violencia basada en género, atención primaria, subregistro, salud sexual integral

INTRODUCCIÓN

La Violencia Basada en el Género (VBG) es una clara trasgresión de los derechos humanos y constituye un grave problema de salud pública con sus consecuentes repercusiones en el desarrollo social y económico de los pueblos (Naciones Unidas, 2006). La VBG afecta a mujeres y personas lesbianas, gays y trans (LGTBI+) y se produce cuando estas sufren algún tipo de discriminación, agresión, hostigamiento o degradación por su identidad o expresión de género u orientación sexual (Dirección Nacional de Promoción y Fortalecimiento para el Acceso a la Justicia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2022). Este tipo de violencia es multicausal puesto que involucra una serie de factores individuales, culturales, económicos, lo que genera una clara discriminación de la mujer en determinados ámbitos, tales como el acceso a empleo, ingresos y a educación (Castro & Casique, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que, globalmente, el 35% de las mujeres del mundo entero ha sido víctima de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. A nivel mundial, el 38% del número total de femicidios se debe a la violencia conyugal (García-Moreno et al., 2013). En 2023, a nivel nacional, se registraron 250 víctimas directas de femicidios, lo que representa un aumento del 10,6% en comparación con 2022 (Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina, 2023). En el estudio Multipaís efectuado por la OMS en el 2005, donde se recabó información de mujeres procedentes de 10 países con diferentes entornos culturales, se señala que la tasa de mujeres sujetas a alguna forma de violencia sexual o física por parte de sus parejas oscila entre el 15 y el 71%, especialmente en mujeres de 15 a 49 años (Organización Mundial de la Salud, 2005). Dentro del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, el 44% proviene de cuatro de las quince comunas de la ciudad, siendo la más afectada la Comuna 4, que incluye a los barrios de La Boca, Barracas, Parque Patricios y Pompeya (Informe Estadístico Año 2023 - Oficina De Violencia Doméstica, 2024).

En Argentina, la VBG constituye una problemática que es social, cultural, política y subjetiva. Estas dimensiones dan cuenta de la importancia de reflexionar cómo las diferencias sexuales y de género se traducen en desigualdad social (Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual, Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, 2020). Representa una causa de discapacidad y también es responsable de numerosos padecimientos físicos y mentales, incluyendo heridas, fracturas, infecciones de transmisión

sexual, abortos, depresión, trastornos sexuales, cefaleas, fobias y estrés crónico (Teodori, 2015). Estos efectos perjudiciales aumentan la frecuencia de sus consultas al servicio de salud, que es uno de los pocos lugares donde pueden tener la oportunidad de buscar ayuda (Bott, 2010). La Oficina de Violencia Doméstica (OVD)¹ establece que la violencia doméstica contra las mujeres² es una de las principales formas en que se expresa la VBG. Su informe estadístico de 2023 expone que la mayoría de las personas afectadas son mujeres (73%) y los agresores son varones. El vínculo de pareja³ (43%) es el más usual entre las persona afectadas y las denunciadas, y dentro del mismo el 70% corresponde a una ex pareja y en el 30% es la pareja actual (Informe Estadístico Año 2023 - Oficina De Violencia Doméstica, 2024).

Este proyecto de investigación se enmarca dentro de la Residencia de Medicina General y Familiar (RMGyF) del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, en cuya área programática se encuentra el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°9, ubicado en La Boca, CABA, barrio que se caracteriza por su diversidad cultural y socioeconómica, con altos índices de desocupación y personas con cobertura exclusiva de salud en sistema público, y bajos niveles socio-educativos (Gerencia operativa de Epidemiología., 2016).

El CeSAC atiende una población de 15.660 personas, siendo mayoritariamente mujeres y niños (Dirección General de Estadística y Censos, 2010). Promueve el trabajo interdisciplinario y es sede de residencias de profesionales de la salud, entre ellas la RMGyF, y, como efector del Primer Nivel de Atención (PNA), busca responder a la demanda de la comunidad. Ofrece diferentes espacios en los cuales se puede pesquisar y detectar la VBG, efectuando luego su derivación oportuna, mejorando así la calidad de vida de las mujeres y el vínculo paciente-equipo de salud (Alemán et al., 2010). Por este motivo ocupa una posición privilegiada para orientar situaciones de violencia (García Torrecillas et al., 2008). De esta manera, la intervención del equipo de salud busca romper el ciclo de violencia, prevenir que la misma escale y promover la seguridad y recuperación de las mujeres. Este tipo de asistencia profesional es la que se denomina apoyo formal.

¹ Organismo dependiente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación creada con el fin de facilitar el acceso a justicia de las personas que afectadas por hechos de violencia doméstica, se encuentran en situación de especial vulnerabilidad.

² Modalidad de VBG definida como aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, o la libertad.

³ La categoría "pareja" incluye: cónyuges, parejas convivientes, novios/novias y ex parejas.

En nuestra labor cotidiana, procuramos facilitar de manera interdisciplinaria el acceso de las mujeres al equipo de salud y a una atención personalizada, basada en un espacio de escucha y contención en el que se pueda co-construir la demanda. Incluimos en las consultas de Salud Sexual Integral preguntas específicas destinadas a detectar la ocurrencia de hechos violentos, intentando que ellas puedan reconocer las situaciones que viven como violencia, que le asignen la importancia y seriedad que requiere y que, en función de eso, puedan problematizar los vínculos violentos (Adarve et al., 2016). Una vez pesquisado se debería registrar dicha problemática en el cuerpo de la evolución de la Historia Clínica (HC) y utilizar etiquetas a fin de nombrar los problemas de salud. Esto es de utilidad para realizar los reportes del CeSAC, que se reflejan posteriormente en el Sistema de Información para la Gestión de APS.

Interrogar periódicamente sobre la existencia de episodios de violencia incrementa el número de casos detectados y permite conocer el contexto de la mujer en relación con la violencia y evaluar consecuentemente el riesgo al que está expuesta (Carrete et al., 2022).

Lamentablemente en muchas ocasiones, luego de iniciar intervenciones, no se alcanza a conocer cómo continúa la situación de las mujeres en el vínculo con sus agresores. Esto puede estar asociado a varios factores; por un lado, varias mujeres no regresan a la consulta, lo que puede relacionarse con que muchas temen denunciar a sus parejas por miedo, humillación, vergüenza o por reconocer los vínculos violentos como modalidad aprendida de relacionarse (Adarve et al., 2016). En muchas otras ocasiones también ocurre que no se repregunta o no se realiza un seguimiento sobre la problemática de la violencia, lo que dificulta la valoración de las intervenciones, resultando en un subdiagnóstico de casos (Lozano & Salas Rosso, 2011).

En una investigación realizada por Fernández (Fernandez et al., 2016) se expone además la existencia de un subregistro de la problemática por parte de los profesionales de la salud en las HC, ya que muchas veces no se menciona VBG, sino “maltrato”, o se limita a registrar exclusivamente lo que refiere la paciente, o lo que se ve, por ejemplo: “hematomas”. Como posibles causas de esta situación Fernández demuestra que los profesionales perciben que las instituciones no los respaldan a la hora de abordar integralmente este tipo de casos o se sienten desprotegidos legalmente al hacerse responsables de los mismos. Asimismo, los estudios realizados en nuestro país acerca de la percepción que los profesionales de salud tienen sobre las situaciones de VBG que sufren las

mujeres que atienden nos muestran que en general no la perciben, no preguntan a las mujeres si sufren situaciones de violencia y no se imaginan que ellas podrían sufrirlas (Mejía et al., 2000).

Los factores expuestos colaboran pasivamente a cronificar la violencia doméstica contra las mujeres y aumentan el riesgo de que evolucione a una situación límite, que obligue a la mujer a concurrir a un segundo nivel o servicios de urgencia (Adarve et al., 2016). Este riesgo se ve potenciado, ya que las mujeres suelen sentirse desanimadas por el escaso apoyo que reciben en los ámbitos de seguridad, de justicia y salud (Villafañe, 2012). Esta desprotección las lleva a pensar que su situación no es modificable y a abandonar la búsqueda de ayuda, con los riesgos que esto implica para su integridad física y mental.

Las mujeres suelen recurrir en mayor medida al apoyo formal⁴ cuando la violencia es continua y se vuelve más severa. Parece que en esos momentos, cuando perciben una amenaza a su integridad física y toman conciencia del potencial letal del abuso, adoptan estrategias de afrontamiento tales como romper la relación, denunciar o acudir a las instituciones a pedir ayuda. En esta línea, algunas investigaciones han demostrado que el apoyo social de tipo formal afecta a la manera en la que las víctimas afrontan la violencia, influyendo en su decisión de romper con una relación de maltrato y en su recuperación de la misma y reduciendo el riesgo futuro de violencia (Buesa & Calvete, 2013).

Este trabajo tiene como finalidad caracterizar el registro de casos de VBG en mujeres atendidas por la RMGyF en consultorios de Salud Sexual Integral del CeSAC N°9, conociendo que existe un subregistro de los mismos en los Centros de Salud (Noce, 2008).

Creemos que el uso de protocolos de atención para estandarizar la misma y la documentación detallada de los casos, registrando las observaciones y acciones tomadas, es esencial para conocer la frecuencia de la violencia en las consultas, seguir los casos, evaluar el impacto en la salud colectiva, aportar a la planificación de la atención y ser de utilidad médico legal (Romano Fuzul et al., 2006).

La existencia de un subregistro de los casos constituye un obstáculo crítico, ya que limita la visibilidad de la magnitud del problema, distorsiona la planificación de políticas públicas y compromete la implementación de respuestas efectivas.

⁴ Según Buesa & Calvete, 2013 el apoyo formal es la asistencia que la mujer recibe por parte de personas con las que contacta, o que contactan con ella, cuando su relación está fundada en responsabilidades profesionales hacia ella.

La presente investigación resulta pertinente porque aborda una problemática aún subestimada en el contexto del sistema de salud: la brecha entre los casos de VBG que las mujeres mencionan en el ámbito sanitario y aquellos que efectivamente son registrados.

Dado que el registro adecuado de los casos es esencial para diseñar estrategias efectivas de prevención y atención, es imperativo investigar la existencia y las causas del subregistro de casos, con el objetivo de visibilizar esta brecha.

Por lo expuesto es que deseamos realizar un trabajo de investigación que nos permita conocer, según lo registrado en HC, la población, la forma de registro de las situaciones de violencia y la conducta tomada según el mismo. Asimismo, pretendemos evaluar la existencia de un subregistro y plasmar la importancia de fortalecer la capacidad de los centros de salud para contribuir al abordaje integral y adecuado de la VBG.

OBJETIVOS

Objetivo general

Caracterizar el registro de casos de VBG en mujeres atendidas por la Residencia de Medicina General en el CeSAC N° 9 en consultorios de Salud Sexual Integral, entre el 01/09/2023 y el 31/08/2024.

Objetivos específicos

1. Describir la frecuencia de las HC que presentan la etiqueta de VBG.
2. Describir la frecuencia de las HC en las que figura la VBG en el cuerpo de la evolución y no en la etiqueta.
3. Describir las características sociodemográficas de las mujeres en donde se registre en la HC situación de VBG.
4. Describir el apoyo social formal brindado frente a la detección de situaciones de VBG.

MARCO TEÓRICO

Sistema binario: la construcción de los géneros

El **género** se construye socialmente con la influencia de instituciones que afianzan los estereotipos de feminidad y masculinidad (Ministerio de Salud de la Nación, 2023). La naturalización de esta construcción diferencial de la subjetividad de mujeres y varones determina sufrimientos específicos por género que dan sustento y legitimidad a la violencia basada en género (Tajer et al., 2014). Así, esta violencia es padecida por las mujeres por el hecho de ser mujeres en el marco de una **sociedad patriarcal**, que tiende a valorar como superiores los atributos y las prácticas asociadas a lo masculino por sobre lo femenino (Tajer et al., 2014). Así el patriarcado, en tanto sistema social, político y cultural, marca asimetrías jerárquicas y de poder entre los géneros. Consideramos que el mismo afecta no solo las relaciones individuales, sino también las políticas públicas, los sistemas legales y las respuestas institucionales frente a la VBG. De este modo, las medidas de protección y prevención deben abordar las raíces estructurales y culturales del problema para ser efectivas (Cagigas Arriazu, 2000).

Las mencionadas desigualdades sociales entre mujeres y varones determinan, de manera diferencial, el proceso salud-enfermedad-atención de ambos grupos genéricos, ya que establecen vulnerabilidades relativas a los roles que ellas y ellos deben cumplir en el marco del patriarcado, determinando modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, recibir atención y morir (Tajer et al., 2014). Es en este contexto que se incorpora la **perspectiva de género** para el diseño e implementación de estrategias y acciones específicas, teniendo en cuenta las diferentes realidades y necesidades de las mujeres, y buscando que se reduzcan las desigualdades de género en relación al cuidado de la salud y al acompañamiento (SEDRONAR, 2023). Según Marcela Lagarde, la perspectiva de género en salud es esencial para abordar las desigualdades de género y barreras en el acceso a servicios adecuados de salud; entender el impacto de roles y normas culturales en la salud que influyen en las conductas y decisiones médicas que se toman, teniendo en cuenta las expectativas de cuidado y responsabilidad familiar que cargan las mujeres; y diseñar políticas públicas y estrategias de trabajo que promuevan la equidad y la salud pública efectiva para todos los géneros (Lagarde, 2014).

Marco normativo local

Con la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, adoptada en 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la VBG empezó a adquirir un rango político e internacional.

En nuestro país, en el año 2009, se sancionó la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar las Violencias contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Esta ley tiene por objeto promover la eliminación de la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida y el derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia. Dentro de las Políticas Públicas expuestas en el Art. 11, se establece el deber de incorporar la problemática de la violencia contra las mujeres en los programas de salud integral de la misma, diseñar protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud y especificando el procedimiento a seguir (Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual, Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, 2020).

Violencia Basada en Género

Tomaremos el concepto de **violencia contra las mujeres** según la definición del Art. 4 de la mencionada ley: (...) toda conducta, acción u omisión que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.

La misma ley también incluye una definición de violencia indirecta que refiere a: (...) toda conducta, acción u omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

En el Art. 5 de la ley n° 26.485/200919 se definen los siguientes tipos de violencia:

1.- Física: la que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte su integridad física.

2.- Psicológica: la que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones o cualquier otra acción que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

3.- Sexual: cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco.

4.- Económica y patrimonial: la que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer a través de la perturbación de la tenencia de sus bienes, sus objetos personales y valores, sus recursos económicos e ingresos.

5.- Simbólica: la que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

Concepto VBG elegido

Tal como se ha referido, la violencia doméstica contra las mujeres entonces es una de las principales formas en que se expresa la VBG (Informe Estadístico Año 2023 - Oficina De Violencia Doméstica, 2024). Por este motivo, el concepto para definir todo tipo de violencia contra la mujer acordamos que sea Violencia Basada en Género ya que es el modo en que preguntamos y registramos en la evolución desde la RMGyF.

Ciclo de la violencia

El **ciclo de la violencia** ayuda a entender cómo se desarrolla, mantiene y reproduce la violencia en la pareja. Se describen a menudo tres fases distintas. Es vital ofrecer apoyo continuo y educar a la mujer en situación de VBG sobre este ciclo para evitar la normalización de la situación y fomentar planes de seguridad a largo plazo (Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual, Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, 2020).

1. Fase de tensión: en esta fase, las tensiones en la relación comienzan a aumentar. La mujer puede sentir que algo no está bien, aunque los incidentes de abuso pueden ser menores o no estar claramente definidos como violentos.

2. Fase de agresión: esta fase es caracterizada por episodios de violencia explícita. La mujer puede intentar defenderse, huir, buscar ayuda o someterse para minimizar el daño, pudiendo ser traumática y peligrosa para ella.

3. Fase de luna de miel: después del episodio violento, el agresor puede mostrar remordimiento, pedir perdón y prometer que no volverá a ocurrir. La mujer puede sentir alivio, esperanza y creer en las promesas del agresor, lo que puede llevar a la reconciliación y la continuación de la relación.

El ciclo de violencia y la normalización por parte de la mujer explican que muchas no relaten espontáneamente situaciones de VBG. Esto refuerza la necesidad de preguntar activamente (Adarve et al.; Ley 26.485).

Apoyo social formal

Basándonos en el concepto de **apoyo social formal** desarrollado en un estudio que evaluó el papel de diversos tipos de apoyo social percibido en los síntomas de depresión y estrés postraumático en mujeres en situación de violencia por parte de su pareja (Buesa & Calvete, 2013) entendemos al mismo como la asistencia que la mujer recibe por parte de personas con las que contacta, o que contactan con ella, cuando su relación está fundada en responsabilidades profesionales hacia ella. Se diferencia del apoyo social informal, el cual incluye las relaciones con familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc y que en ese estudio presentó un mayor impacto en el bienestar emocional y la salud mental de las mujeres. Ambos tipos de apoyo pueden mejorar las habilidades de las mujeres para acceder a recursos que las ayuden a protegerse del maltrato, de la misma manera que pueden favorecer la ruptura con la relación violenta (Buesa & Calvete, 2013).

Historia clínica orientada a problemas

Una forma de organizar una HC es con el **enfoque orientado a problemas**, que fue descrito para tratar la multiplicidad de problemas de los pacientes. Se caracteriza porque está centrado en la persona y permite tener una visión holística e integral. Una revisión

sistemática sobre los determinantes que influyen en su implementación y uso define a la **lista de problemas** como "una lista de diagnósticos actuales y activos, así como diagnósticos pasados relevantes para la atención actual del paciente" (Simons et al., 2016). Esta lista facilita una visión rápida de los problemas médicos más importantes de la persona, y permite agrupar y recuperar por problema todas las observaciones, evaluaciones y planes de atención médica, como diagnóstico, tratamientos e información. Además es útil, porque los pacientes pueden relacionarse fácilmente con los problemas de la lista de problemas y evaluarlos y responder a ellos. Los problemas se pueden ver uno por uno, pero también de una manera más multidisciplinaria y holística.

Un estudio que explora los factores determinantes de su aceptación y uso real afirma que, cuando las listas son actualizadas y precisas, apoyan la preparación de las tareas clínicas por tener una visión completa del paciente, y también dan sustento a la reutilización de datos para fundamentar la toma de decisiones. Así, pueden aumentar la eficiencia de las consultas y la calidad de atención (Klappe et al., 2020).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio exploratorio, cuantitativo y de corte transversal. La técnica de recolección de datos fue no probabilística, por conveniencia. Se utilizaron fuentes de datos secundarias.

Se incluyeron HC de mujeres cisgenero, mayores de 18 años, que hayan recibido atención por parte de RMG, en el consultorio de Salud Sexual en el CeSAC N° 9 entre el 01/09/2023 y el 31/08/2024.

Recolección de datos

Se accedió a las historias clínicas electrónicas de todas las mujeres que fueron atendidas durante el periodo de estudio en consultorios de Salud Sexual Integral por la RMGyF en el CeSAC N° 9, a partir de un registro interno que realizamos luego de cada atención.

Se procedió a identificar las variables establecidas y extraer los datos registrados de manera anonimizada a través de un formulario de Google, volcando automáticamente la información a una planilla de Excel.

Plan de procesamiento y análisis de datos/información

Los datos recolectados se analizaron con tablas dinámicas de Excel para identificar patrones, tendencias y características asociadas al registro de VBG en el contexto del CeSAC N°9.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Los datos recolectados fueron anonimizados antes de su análisis para preservar la identidad de las mujeres involucradas. El presente estudio estuvo exceptuado del requisito de consentimiento informado ya que se utilizó información retrospectiva de revisión de registros. Se protegió la confidencialidad de los datos y se eliminó toda información de identificación personal de los registros.

RESULTADOS

A partir de las estadísticas de la Residencia de Medicina General y Familiar del CeSAC N°9 en el periodo 01/09/2023-31/08/2024, accedimos a 834 consultas que fueron rotuladas como Salud Sexual Integral. Posteriormente filtramos los DNI que estaban repetidos (por tener más de una consulta), quedando un total de 625 HCE. De la revisión de las mismas se descartaron las que correspondían a otro CeSAC, estaban ausentes, eran varones cis, no tenían evoluciones de RMG, fueron realizadas en otro consultorio distinto a Salud Sexual, tenían mal el DNI, eran menores de 18 años al momento de la consulta o la evolución no estaba completa, motivo por el cual finalmente se incluyeron 482 HCE.

Caracterización de la población y pesquisa de VBG

Del total de HCE incluidas, la media de edad fue de 31,33 años. La cobertura de salud mayoritaria fue la pública exclusiva en un 62.9% (n=303), seguido por obra social en un 36.3% (n=175) y luego prepaga 0.8% (n=4). El 36.1% no tenían hijxs (n=174), seguido por un 24.3% que tenían un hijx (n=117) y un 22% que tenía dos (n=106). En un 95.6% no se registró el dato del empleo (n=461).

Los datos obtenidos revelaron que en un 46.5% de las consultas se preguntó por violencia de género (n=224) mientras que en un 45.6% no se preguntó (n=220). Cabe aclarar

que en un 7.9% la persona no estaba en una relación al momento de la consulta (n=38) por lo cual no se preguntó por una situación actual de violencia (Gráfico 1).

De las personas a las que se le preguntó por VBG (n=224) en un 7% de los casos se registró una situación actual (n=16) (Gráfico 2). El grupo etario más afectado correspondió a personas entre 20-29 años, lo que representó el 62.50% de los casos detectados (Tabla 1).

Rango etario	Cantidad	Porcentaje
<20	1	6.25%
20-29	10	62.50%
30-39	3	18.75%
40-49	2	12.50%

Tabla 1: relación entre rango etario y personas en situación de VBG

El 62.50% tenía cobertura pública exclusiva (n=10) y 37.50% obra social (n= 6). En cuanto a la cantidad de hijxs se obtuvo que en un 43.75% tenían un hijx (n=7), 25% no tenían hijxs (n=4), 18.75% tenían cuatro hijxs (n=3) y 12.50% tenían tres hijxs (n=2). En cuanto a las condiciones laborales, en un 75% no se pudo recabar el dato (n=12), en un 18.75% se registró que estaban empleadas (n=3) y en un 6.25% estaban desempleadas (n=1).

En cuanto al registro en la HCE de la situación de VBG relatada se obtuvo que el 100% de los casos en los que se detectó VBG fueron descritos en el cuerpo de la evolución, mientras que solo un 31.3% de ellos fueron etiquetados como problema en SIGEHOS (n=5) (Gráfico 3), todos bajo la misma etiqueta (“violencia de género”).

En relación al vínculo de la persona en situación de violencia y el agresor se obtuvo que en un 56.3% correspondía a una ex pareja (n=9) y un 43.8% a una pareja actual (n=7) (Gráfico 4); en un 56.3% de los casos el mismo era conviviente (n=9), mientras que el 25% no era conviviente (n=4). Cabe aclarar que en un 18.8% no fue registrada esta condición (n=3) (Gráfico 5).

De los tipos de violencia que fueron registrados se obtuvo que un 50% correspondió a violencia psicológica (n=8), seguido por un 37.5% de violencia física (n=6) y un 12.5% de violencia sexual (n=2). Cabe aclarar que no hubo casos registrados de violencia económica

(n=0), que en un 18.8% de los casos no se especificó el tipo (n=3) y en 18.8% se detectó más de un tipo (n=3) (Gráfico 6).

En cuanto al plan de abordaje que se realizó una vez detectada la situación se obtuvo que en un 50% de los casos se realizó derivación a servicios especializados (n=8), en un 31.3% se realizó intervención desde el equipo territorial (n=5), en un 25% se realizó seguimiento longitudinal (n=4), en un 12.5% se brindó asesoramiento legal (n=2) y en un 25% no se tomó ninguna acción (n=4). Cabe aclarar que en 31.3% de los casos (n=5) se realizó más de una intervención (Tabla 2).

Tipo de violencia	N	Plan de abordaje
Física	3	Derivación a servicios especializados (2), Intervención por parte del equipo territorial (1)
Física, Psicológica	3	Derivación a servicios especializados (1), Derivación + Intervención territorial (1), Derivación + Seguimiento + Intervención territorial (1)
No se describe	3	Derivación a servicios especializados (1), Intervención territorial (1), Ninguna (1)
Psicológica	5	Asesoramiento legal + Derivación (1), Asesoramiento + Seguimiento + Intervención (1), Derivación + Seguimiento (1), Ninguna (2)
Sexual	2	Ninguna (1), Seguimiento longitudinal (1)

Tabla 2. Plan de abordaje según tipo de violencia detectada

En un 25% de los casos registrados se identificaron repercusiones inmediatas para la salud (n=4) ya sean físicas, psicológicas, sexuales, sociales, económicas, mientras que en un 75% de los casos no se especificaron (n=12).

DISCUSIÓN

El hecho de que en más del 45% de las consultas no se haya preguntado por violencia de género revela una brecha significativa en la pesquisa activa, aun sabiendo que preguntar sistemáticamente sobre violencia incrementa las posibilidades de detección, como sostienen Adarve (Adarve et al., 2016) y Carrete (Carrete et al., 2022). Esto pone en evidencia lo mencionado por Mejía (Mejía et al., 2000) y Fernández (Fernández et al., 2016) sobre la omisión del interrogatorio por parte de profesionales de salud, muchas veces por desconocimiento, falta de formación o percepción de falta de respaldo institucional.

En línea con esto, la detección de situaciones de VBG fue registrada sólo en el 16% de las consultas. Este bajo porcentaje sugiere la existencia de un subdiagnóstico importante, lo que tiene como consecuencia un subregistro de casos representando un obstáculo para el abordaje integral del problema (Lozano & Salas Rosso, 2011).

En todos los casos en que se identificó una situación de violencia, se observó un registro en el cuerpo de la evolución (100%), lo que resulta coherente con el enfoque de historia clínica orientada a problemas que promueve un registro detallado y centrado en la persona (Simons et al., 2016).

En cuanto a las características del agresor, los datos obtenidos coinciden con los presentados por la Oficina de Violencia Doméstica (2023), donde el vínculo más frecuente entre víctima y agresor es el de ex pareja. Este patrón también responde al ciclo de la violencia donde se reproducen vínculos violentos que persisten aún después de la separación (Ministerio de las Mujeres, 2020).

Las formas de violencia que se evidenciaron con mayor frecuencia (psicológica y física) no nos permiten concluir que no estén presentes otras formas de violencia no visibles o naturalizadas que según Tajer (2014) son más subregistradas aún, debido a su complejidad para ser identificadas tanto por las mujeres como por los equipos de salud.

En cuanto al plan de abordaje resulta alarmante que en el 25% no se haya implementado ninguna estrategia de intervención. Esta falta de respuesta puede estar relacionada con la percepción de desprotección institucional y la falta de formación del equipo, tal como sostiene Fernández (2016).

Aunque se documentaron en la evolución, 11 de los 16 casos detectados no fueron etiquetados como problema en el sistema SIGEHOS, lo que limita la visibilidad, la formulación de estadísticas y el seguimiento institucional. Este dato confirma lo planteado en la introducción sobre el subregistro estructural de la VBG en los sistemas de salud (Noce, 2008). La etiqueta es clave para el abordaje médico-legal y epidemiológico.

Finalmente, solo en el 25% de los casos se identificaron consecuencias inmediatas para la salud. Esto puede deberse a una subvaloración del impacto de la violencia, o bien a la ausencia de herramientas diagnósticas adecuadas para detectar sus efectos físicos, psicológicos y sociales, tal como menciona la OMS (2013).

Con respecto a las limitaciones del trabajo se advierte la posibilidad de sesgo de selección, dado que el muestreo realizado fue por conveniencia. Por otro lado, las

estadísticas analizadas provienen exclusivamente de los registros elaborados por la residencia y se circunscriben a los consultorios donde se abordan temáticas vinculadas a la Salud Sexual Integral, dejando afuera otros espacios de atención del CeSAC donde también se asisten situaciones de VBG. Por lo tanto, los resultados no pueden generalizarse a toda la población de mujeres atendida en la institución, considerando el bajo tamaño muestral del análisis.

La validez de los datos obtenidos puede considerarse moderada. Sin embargo, esta información nos permite identificar puntos de mejora para el abordaje de esta problemática en la residencia, como así extenderla al equipo del CeSAC para poder pensar estrategias en pos de contribuir a la calidad de atención de las personas que padecen situaciones de VBG.

CONCLUSIONES

La presente investigación permitió caracterizar el registro y abordaje de la violencia basada en género (VBG) en los consultorios de Salud Sexual Integral del CeSAC N°9 por parte de la Residencia de Medicina General y Familiar. Los resultados obtenidos reflejan que, si bien se intenta documentar y atender esta problemática, persiste una importante brecha entre las situaciones detectadas y aquellas efectivamente registradas y abordadas de manera integral.

Uno de los hallazgos más significativos es la falta de pesquisa sistemática, lo cual contribuye al subdiagnóstico y subregistro. Esto confirma lo desarrollado en el marco teórico respecto a la naturalización de las violencias, la ausencia de herramientas clínicas para su detección y la falta de protocolos estandarizados en el primer nivel de atención.

La falta de etiquetado formal en el sistema informático (SIGEHOS) impide un seguimiento sistemático, una adecuada visibilización epidemiológica y la posibilidad de construir datos agregados que orienten a diseñar políticas públicas efectivas. Esta ausencia de registro estructural contribuye a la invisibilización del fenómeno dentro del sistema de salud.

Se identificaron limitaciones significativas en la implementación de los planes de abordaje, vinculadas principalmente a la ausencia de un protocolo institucional o de lineamientos claros que orienten las acciones a seguir una vez detectada la situación. Esta falta de estandarización provoca que las intervenciones dependan en gran medida del criterio, la experiencia y la formación de cada profesional interviniente, así como de la

disponibilidad de recursos en cada territorio, pudiendo derivar en revictimización y cronificación del vínculo violento, tal como sostiene la literatura revisada.

Frente a esta realidad, se torna imprescindible avanzar hacia un modelo de atención integral con perspectiva de género, que no solo incluya el interrogatorio sistemático en las consultas, sino también el fortalecimiento de los equipos de salud en herramientas clínicas, legales y emocionales para el abordaje de estas situaciones. Asimismo, es necesario consolidar un sistema de registro estandarizado y funcional, que permita reflejar con fidelidad la magnitud del problema y articular intervenciones intersectoriales.

Finalmente, este trabajo visibiliza la potencialidad del primer nivel de atención como espacio privilegiado para la detección temprana, el acompañamiento y la restitución de derechos de las mujeres en situación de violencia.

RECOMENDACIONES

Para fortalecer la detección y el abordaje de la violencia basada en género (VBG) en el primer nivel de atención, consideramos importante incorporar la pesquisa activa y sistemática del problema, al menos en todas las consultas de Salud Sexual Integral, con preguntas amplias que contemplen distintas formas de violencia y no se limiten al estado de pareja, garantizando siempre el respeto por el contexto y la autonomía de las personas. Es necesario capacitar de manera continua a los equipos de salud en perspectiva de género, derechos humanos y herramientas clínicas, creando además espacios de reflexión interdisciplinar. Sugerimos optimizar el uso de etiquetas estandarizadas que aseguren la trazabilidad y permitan construir datos epidemiológicos confiables. Asimismo, resulta clave fortalecer las redes intersectoriales territoriales para lograr derivaciones oportunas que incluyan acompañamiento legal, psicosocial y comunitario. Proponemos impulsar investigaciones cualitativas que exploren barreras, temores y percepciones tanto de las personas usuarias como de los equipos de salud, a fin de enriquecer el enfoque integral. Finalmente, destacamos la importancia de garantizar el acompañamiento institucional con respaldo normativo y jurídico a los equipos, para que puedan actuar de manera segura y sin sobrecarga emocional frente a situaciones complejas.

BIBLIOGRAFÍA

- Adarve, P. V., Forastieri, N., Noce, C., & Svirsky, L. (2016). *Un abordaje posible de la violencia basada en género en la pareja desde un centro de salud de la C.A.B.A. Argentina.*
- Alemán, M., Vernaz, D., Tilli, G., Mazur, V., Rossi Sammartino, B., Marconi, A., Pannia, K., & Antman, J. (2010). *Detección de Violencia Basada en Género. Análisis de Situación del Sistema de Atención Primaria de Salud en Ciudad de Buenos Aires* (Revista Argentina de Salud Pública ed., Vol. 1 Nº5).
- Bott, S., Guedes, A., Ruiz-Celis, A. P., & Adams Mendoza, J. (2019). Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Pan American Journal of Public Health.*
- Buesa, S., & Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 13(1), 31-45.*
- Cagigas Arriazu, A. D. (2000). *El patriarcado como origen de la violencia doméstica.*
- Carrete, P., Botargues, M., Deprati, M., Rubinstein, E., Zárata, M., Lo Sasso, A., Mahumud, Y., Mutchinick, M., & Riganti, P. (2022). *Manual ProFam: terapéutica en medicina ambulatoria* (5ta ed.). Fund. MF Medicina Familiar - Hospital Italiano.
- Castro, R., & Casique, I. (2008). *Estudios sobre cultura, género y violencia contra las mujeres.* Universidad Nacional Autónoma de México.
- Department of Reproductive Health and Research - World Health Organization. (2013). 2010 Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.

Dirección General de Estadística y Censos (DGEyC). (2010). *Estimaciones poblacionales según Área Programática y Efectores de APS. Atención Primaria CABA -Estimaciones Poblacionales.*

Dirección Nacional de Promoción y Fortalecimiento para el Acceso a la Justicia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. (2022). *Guía de información: Violencia de género - Conocé y ejercé tus derechos.*

Fernandez, A. M., Tajer, D., Barraza, S., Cabrera, C., Chiodi, A. F., Fernández Ciatti, N., Rognoni, D., & Barrera, M. I. (2016). *Atención de las Violencias de Género. Interfases entre salud, justicia y seguridad.*

García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stockl, H., Watts, C., & Abrahams, N. (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

García Torrecillas, J. M., Torío Durántez, J., Lea Pereira, M. d. C., García Tirado, M. d. C., & Aguilera Tejero, R. (2008). Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 40(9), 455-61.

Gerencia operativa de Epidemiología. (2016). *Análisis de situación de salud de la Ciudad de Buenos Aires.* GCBA.

Informe estadístico Año 2023 - Oficina de Violencia Doméstica. (2024, Mayo). Oficina de violencia doméstica.

Klappe, E. S., de Keizer, N. F., & Cornet, R. (2020, May 22). Factors Influencing Problem List Use in Electronic Health Records—Application of the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. *Applied Clinical Informatics*, 11(3/2020), 415–426.

Lagarde, M. (2014). *Género y Feminismo. Desarrollo Humano y Democracia.* Siglo XXI.

Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales 26.485 Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2009, Marzo 11).

Lozano, F., & Salas Rosso, F. (2011). Descubrir la violencia doméstica en la consulta médica para trascender el tratamiento sintomático. *BIOMEDICINA*, 6(2), 16-28.

Mejia, R., Aleman, M., Fernandez, A., & Perez Stable, E. (2000). *Conocimiento y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos*.

Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual, Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (2020). Intervenciones para el Abordaje Integral de las Situaciones de Violencia por Razones de Género en el Ámbito de la Administración Pública de la Provincia de Buenos Aires [Herramientas Conceptuales para el Abordaje de las Violencias por Razones de Género]. Ley 14.893 *Licencia para Mujeres Víctimas de Violencia y su Decreto Reglamentario 121/20*. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación. (2023). *Atención integral de la salud ante situaciones de violencia por motivos de género*.

Ministerio Publico Fiscal. (2015). *Acceso a la Justicia. Mujeres víctimas de violencia de género*.

Noce, C. (2008). *Los profesionales de salud y sus conocimientos y prácticas en violencia doméstica hacia la mujer*. CeSAC Nº 7.

Oficina de la Mujer, Corte Suprema de Justicia de la Nación. (2022). *Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina, Edición 2022*. Argentina.

Oficina de la Mujer, Corte Suprema de Justicia de la Nación. (2023). *Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina, Edición 2023*. Argentina.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer.*

Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina. (2023).

Romano Fuzul, S., Samuniski, F., Lindner, M., & Grela, C. (2006). *Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer.*

SEDRONAR. (2023). *Clase 3: Herramientas para el abordaje de los consumos problemáticos desde una perspectiva de género y diversidad sexual. Curso Perspectiva de género y diversidad en consumos.* SEDRONAR.

Simons, S. M. J., Cillessen, F. H. J. M., & Hazelzet, J. A. (2016). Determinants of a successful problem list to support the implementation of the problem-oriented medical record according to recent literature. *BMC Medical Informatics and Decision Making.*

Tajer, D., Gaba, M., & Reid, G. (2014, Julio). Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres: una investigación en la ciudad de Buenos Aires.

Teodori, C. (2015). *A los saltos buscando el cielo. Trayectoria de mujeres en situación de violencia familiar.* Biblos.

Villafañe, M. J. (2012). *Violencia de género y salud pública. Trayectoria profesional y propuesta de trabajo desde el Trabajo Social.*

ANEXOS

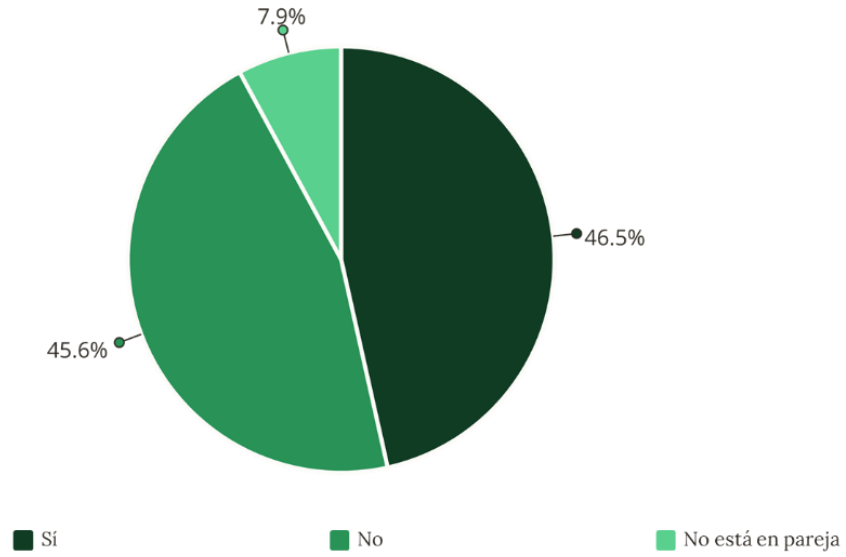


Gráfico 1: pesquisa de VBG

N=482

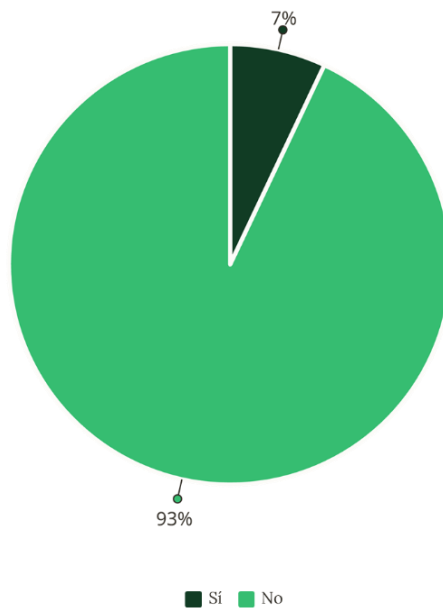


Gráfico 2: Detecção de VBG

N=224

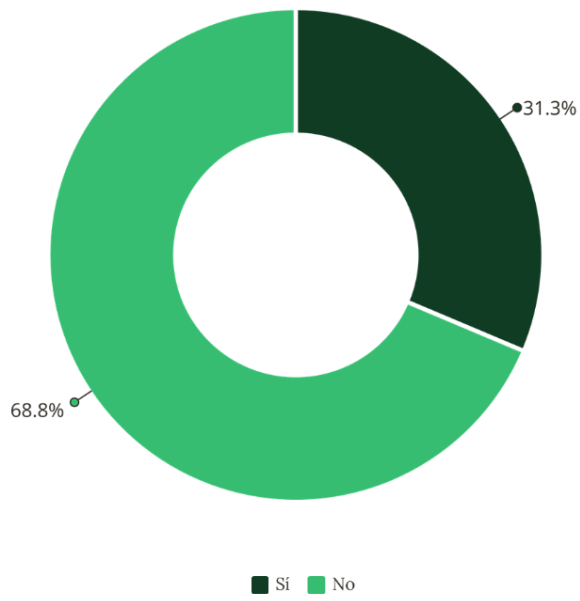


Gráfico 3: Etiqueta en SIGEHOS

N=16

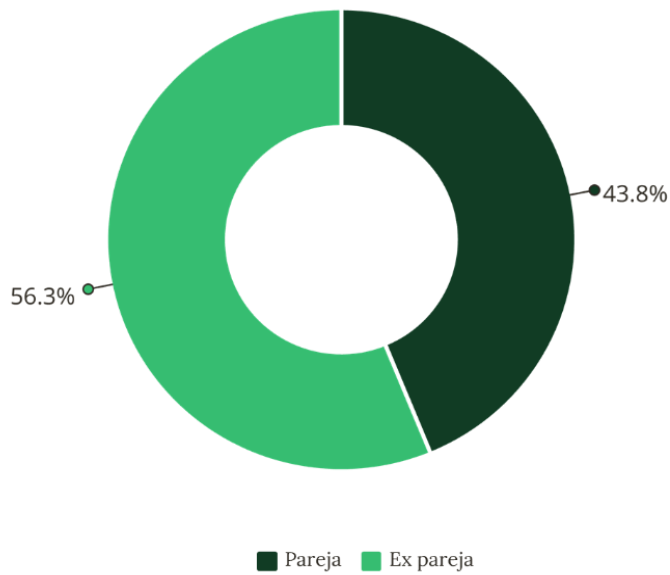


Gráfico 4. Vínculo con el agresor

N=16

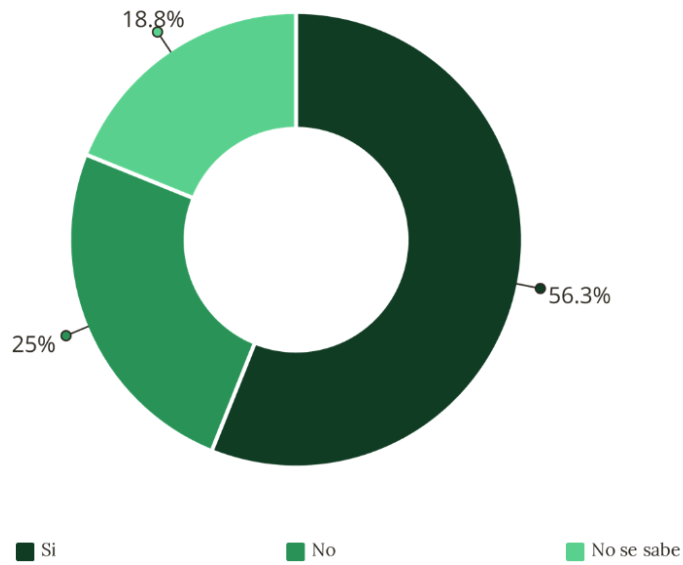


Gráfico 5. Agresor conviviente

N=16

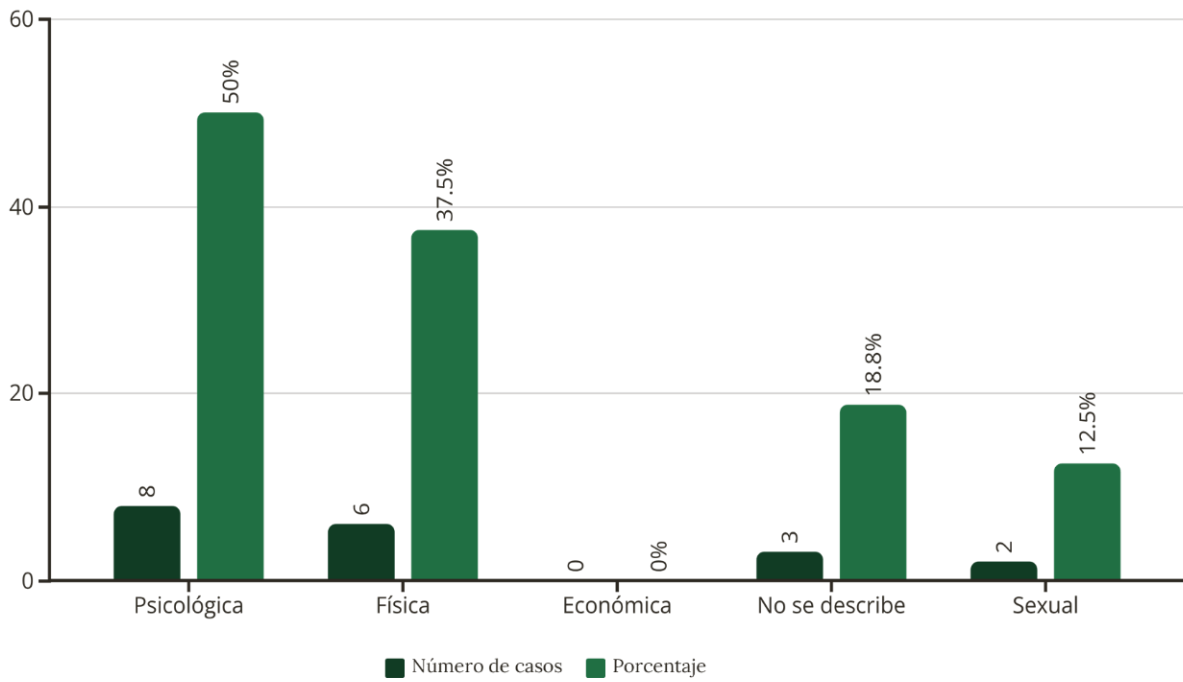


Gráfico 6. Tipos de violencia

N=16

Variables

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición
Registro	Etiquetado	“Violencia de género”, “Violencia Basada en Género”, “VBG”, “Violencia doméstica”, “Violencia familiar”, “Relación familiar problemática”, “Violencia física”, “Violencia psicológica”, “Violencia sexual”, “Violencia económica”, “Conflictiva familiar”, Otra	Si / No	Catagórica	Nominal
	Screening VBG	Tamizaje que se realiza para detectar situaciones de VBG	Si / No / No está en pareja	Catagórica	Nominal
	Detección VBG	Documentación de la situación luego de lo preguntado	Si / No / No corresponde	Catagórica	Nominal
	Cuerpo de la evolución	Documentación detallada de lo sucedido en la consulta	Si / No	Catagórica	Nominal
Persona	Edad	Edad en años en el momento del registro	número	Numérica	Discreta
	Hijos	Se consideran las gestas referidas por la persona	Cantidad de hijos en número	Numérica	Discreta
	Consecuencias para la salud	Teniendo en cuenta repercusiones inmediatas físicas, psicológicas, sexuales, sociales, económicas, otras.	Si / No	Catagórica	Nominal
	Agresor conviviente	Persona o grupo de personas que viven bajo el mismo techo y comparten los gastos de alimentación	Si / No / No se sabe	Catagórica	Nominal
	Cobertura	Seguros o coberturas de salud activas	Pública /Privada /OS	Catagórica	Nominal
	Trabajo	Percepción de un ingreso económico por actividad	Si / No / No se sabe	Catagórica	Nominal

		realizada			
	Vínculo con el agresor	Relación sexoafectiva que sostiene con la persona que ejerce la violencia	Pareja / Ex pareja / Otro	Categórica	Nominal
	Tipo/s de VBG	Naturaleza de los actos de violencia	Física / Psicológica / Económica / Sexual / No se describe	Categórica	Nominal
Apoyo social formal	Plan de abordaje	Conductas médicas registradas en la evolución como parte del plan diagnóstico / terapéutico / de acompañamiento.	Atención médica inmediata / Apoyo psicológico / Asesoramiento legal / Derivación a servicios especializados / Seguimiento longitudinal / Intervención por parte del equipo territorial / Ninguna / Otra	Categórica	Nominal