

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA
CON MENCIÓN EN
INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD

**“PROPUESTA DE UN MODELO DE ABORDAJE
DE LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES
DESDE UN SERVICIO DE SALUD:
EL CASO DE LA VIOLENCIA FÍSICA CONTRA LA MUJER”**

Ma. Fernanda Rivadeneira G.

Quito, marzo del 2009

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA.-

Agradezco a Dios y a mi familia por su presencia constante en mi vida.

Gracias a todos quienes colaboraron en la realización de este estudio; así como, al equipo de trabajo del Subcentro de Salud Argelia por su paciencia y su tiempo.

A todas aquellas mujeres que luchan por una vida digna.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página
Resumen ejecutivo	5
1. Presentación	6
2. Planteamiento del problema	
2.1. <i>Detección de casos de violencia física contra la mujer</i>	11
2.2. <i>Manejo de los casos de violencia física contra la mujer</i>	12
2.3. <i>Seguimiento de los casos de violencia física contra la mujer</i>	12
3. Marco Teórico	
3.1. Definición de violencia intrafamiliar	13
3.2. Datos estadísticos	14
3.3. Factores relacionados con la violencia física contra la mujer	15
3.4. Ciclo de la violencia en pareja	15
3.5. Derechos de la mujer	16
3. 6. Violencia y cultura andina	18
3. 7. Violencia y sector salud	19
4. Modelo conceptual del problema	22
5. Conocimientos o experiencia previa	
5.1. Experiencia en Ecuador	24
5.2. Atención a Violencia intrafamiliar en Chile	25
6. Hipótesis de cambio y estrategias elegibles	
6.1. Listado de alternativas de cambio	27
6.2. Selección de la alternativa	29
6.3. Hipótesis de cambio	30
6.4. Empoderamiento	30
7. Propósito y objetivos	32
8. Instrucciones Operativas	32
9. Metodología	34
10.Resultados	
10.1. De la evaluación operativa	38
10.2. De la evaluación analítica	45
11.Discusión	46
12.Conclusiones	52
13.Recomendaciones	52

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.-

	Página
TABLAS	
Tabla 1.- Esquema de entrada, proceso y resultados del Servicio Subcentro de Salud Argelia – Area N° 7	7
Tabla 2.- Selección de alternativa de hipótesis de acuerdo a resultados de encuestas	29
Tabla 3.- Actividades e indicadores de proceso diseñados para la investigación	36
Tabla 4.- Indicadores analíticos de resultados intermedios diseñados para la investigación	37
Tabla 5.- Percepción de violencia intrafamiliar por mujeres y hombres de la Argelia, y personal del SCS	38
Tabla 6.- Percepción de las funciones y organización funcional del servicio de salud frente a casos de mujeres violentadas físicamente	39
Tabla 7.- Nivel de capacitación y empoderamiento del personal del SCS Argelia respecto a Violencia intrafamiliar	40
Tabla 8.- Agenda de capacitaciones formativas elaborada por el personal del SCS Argelia	40
Tabla 9.- Resultados de la evaluación de los instrumentos elaborados	42
Tabla 10.- Resultados de la evaluación de la capacitación y de los cambios en la reorganización funcional	44
Tabla 11.- Modificaciones en la escala de empoderamiento	45
GRÁFICOS	
Gráfico 1.- Modelo causal del problema de Violencia física contra la mujer	22
Gráfico 2.- Flujograma del servicio de salud para la atención a VIF elaborado por el equipo de investigación	41
Gráfico 3.- Flujograma de atención violencia física contra la mujer	43

RESUMEN EJECUTIVO.-

La presente investigación fue realizada en el Subcentro de Salud (SCS) Argelia – Area No. 7 Epicachima, durante el período de septiembre/2008 a febrero/2009, con el objetivo de desarrollar un modelo de abordaje desde el servicio de salud a los problemas psicosociales demandados por la comunidad, para lo cual se tomó como ejemplo el caso de la violencia física contra la mujer. Participaron tanto el personal del SCS como miembros de la comunidad interesados en el problema (cuidadores Aldea SOS, policías de Unidades Comunitarias-UPC). El modelo fue construido por el mismo personal del SCS a través de una metodología de investigación-acción, la cual propone que para lograr un abordaje pertinente a este problema psicosocial se requería del empoderamiento del equipo de investigación a través de su capacitación y reorganización funcional del SCS.

La capacitación se realizó a través de una serie de talleres, con la intención de generar en el equipo: sensibilidad frente al tema de la violencia y creatividad para elaborar por sí mismo soluciones a los problemas planteados.

Hasta el momento actual los resultados han sido los siguientes: se obtuvo un cambio en el “discurso” del personal, lo cual constituye un paso inicial en el desarrollo de una conciencia crítica y de necesidad de un cambio; y se introdujeron algunos elementos operativos considerados en la reorganización funcional de la unidad operativa (tamizaje para violencia intrafamiliar, flujograma de atención y hoja de seguimiento). Durante el periodo de implementación de este modelo fueron detectados 3 casos de violencia intrafamiliar, en los cuales hubo la aplicación del flujograma y se realizó el seguimiento a través de la visita domiciliaria.

Palabras clave: funciones de primer nivel de atención, investigación-acción, modelo de abordaje, violencia intrafamiliar, violencia física contra la mujer en pareja, calidad de atención, brecha entre oferta y demanda-necesidad.

ABSTRACT.-

This research was conducted in the Health Center (SCS) Argelia - Area No. 7 Epicachima, from september/2008 to february/2009, with the aim of developing a standard approach from the health service to the psychosocial problems sued by the community, for these, it was taken as an example the case of physical violence against women. In this investigation, participated the staff of SCS and community members interested in this problem (Aldea SOS caregivers, UPC-Community police units) The model was built by the same staff in the SCS through an action research methodology, which proposes that an appropriate approach to this problem was needed empowerment of the research team through their training and functional reorganization of SCS.

The training was conducted through a series of workshops, intended to generate on the staff: sensitivity to the issue of violence and creativity to develop themselves solutions to the problems raised.

So far the results have been: there was a change in the "discourse" of personnel, which constitutes an initial step in developing a critical awareness and need for change; at the same time, were introduced some operational elements considered in the functional reorganization of the Health Center (screening for domestic violence, flow chart to care violence and sheet for monitoring). During implementation of this model were detected 3 cases of domestic violence, in which were applied the flow chart and were monitored through home visits too.

Key words: first level of care functions, action research, standard approach, physical violence against women, quality of care, gap between supply, demand and need.

1. PRESENTACIÓN.-

Esta investigación se efectuó en el SCS Argelia, unidad operativa (UO) de primer nivel de atención perteneciente al Ministerio de Salud Pública (MSP), ubicada al sur-oriente de Quito, en el Area de Salud No. 7 – Eplicachima.

El SCS Argelia se encuentra asignado a una población de 6.611 habitantes, predominantemente urbano-marginal, asentada en seis barrios: Santa Rosa, San Alfonso, Bella Argelia, Mirador Bajo, Mirador Alto y Argelia Alta. Se caracteriza por ser, en un gran porcentaje, población inmigrante, procedente principalmente de las provincias de Cotopaxi, Loja, Bolívar, Chimborazo y Esmeraldas. Su actividad económica se centra básicamente en el comercio informal, un gran porcentaje son obreros de fábricas, empleados de la construcción, lavanderas, empleadas domésticas y estibadores.

Existe, de acuerdo a una encuesta efectuada en el 2002 por Internos Rotativos en el Area N° 7, un 5% de analfabetismo; mientras que el mayor porcentaje de la población tiene instrucción primaria incompleta (40%), un 30% primaria completa, y únicamente el 15 y 10% de la población alcanzan la instrucción secundaria y superior, respectivamente (Avilés, 2007).

La comunidad dispone de un presidente por cada barrio, quien preside una directiva independiente. En ese sentido, la comunidad se encuentra fragmentada en los distintos barrios que conforman La Argelia. No existe pues, entre ellos, ningún medio de comunicación que los mantenga en contacto, tan sólo ha habido reuniones entre los distintos dirigentes barriales para ciertas actividades conjuntas, como han sido el adoquinado de calles principales que tienen en común dos o más barrios.

En La Argelia existe una Unidad Médica, cercana al SCS, la misma que dispone de dos médicos, quienes efectúan atención de consulta externa de lunes a sábado, de 16:00 a 20:00. Existe también un servicio de obstetricia ubicado en el barrio Santa Rosa y un servicio de Odontología en el barrio Argelia Alta. En la zona se encuentran dos farmacias y un consultorio de fisioterapia, que cuenta con apoyo de la iglesia católica.

Como paso inicial para desarrollar esta investigación, se efectuó un análisis situacional del servicio de salud; para ello se tomaron en cuenta varias fuentes de información: recolección de datos a través de la revisión de los registros estadísticos, administrativos y de recursos humanos, tanto del SCS Argelia como del Area N° 7; encuestas a usuarios y no usuarios del servicio de salud, así como entrevistas a informantes clave. A continuación se esquematizan los hallazgos encontrados en una matriz de proceso. Dado que dicho análisis se efectuó a inicios del año 2008, los datos estadísticos presentados son los correspondientes al año 2007.

Tabla 1.- Esquema de entrada, proceso y resultados del Servicio Subcentro de Salud Argelia – Area N° 7

ENTRADA	PROCESO	RESULTADO																														
<p>1. Datos sociodemográficos de la población asignada</p> <ul style="list-style-type: none"> -Población: 6611 habitantes -Inmigrantes de provincias (principalmente Cotopaxi, Loja, Bolívar, Chimborazo y Esmeraldas) -Empleo informal, subempleo -5% de analfabetismo -Comunidad dividida en 6 barrios (cada una con su propia directiva) <p>2. Perfil epidemiológico Desde la oferta¹:</p> <p>Principales causas de morbilidad: infección respiratoria alta, enfermedad diarreica aguda, parasitosis, dermatitis, síndrome de secreción vaginal, lumbalgias y problemas articulares, hipertensión.</p>	<p>1. Cumplimiento de la función de primer nivel</p> <p>a) Puerta de entrada: tasa de utilización 0,43 primeras consultas/habitante/año (norma = 1)</p> <p>b) Contacto con la población: sólo una reunión con la comunidad; se han efectuado 9 visitas domiciliarias en todo el año.</p> <p>c) Responsabilidad con la salud de la población: se desconoce lo sucedido con los pacientes referidos al segundo nivel de atención</p> <p>d) Síntesis de información: 80,7% de historias clínicas revisadas (niños < 5 años) contienen todos los datos relacionados a salud-enfermedad del paciente. No existen hojas de síntesis.</p> <p>2. Calidad del servicio</p> <p>a) Accesibilidad geográfica: barrios más alejados a 2 km del SCS (adecuada hasta 5 km a la redonda²). Vías en buen estado.</p> <p>b) Accesibilidad económica: todas las atenciones son gratuitas, excepto exámenes de laboratorio y medicamentos no dispuestos por MSP.</p> <p>c) Accesibilidad organizativa: tiempo utilizado por el usuario desde el ingreso hasta que concluye la atención 2 h 50' (mínimo 1 h, máximo 4h 30')³</p> <p>d) Permanencia: atención 5 días a la semana, 8 horas diarias</p> <p>e) Polivalencia: el 90% de los casos son resueltos en la Unidad.</p>	<p>1. Coberturas: a pesar del incremento en las coberturas con respecto al año 2006; para el año 2007 todavía existen bajas coberturas en control a adolescentes y control postparto.</p> <table border="1" data-bbox="1402 440 1963 911"> <thead> <tr> <th></th> <th>2007</th> <th>Norma*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Control niño sano <1 año</td> <td>111%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Control niño sano 1-4 años</td> <td>30%</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Control niño sano 5-9 años</td> <td>51%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Adolescentes 10-14 años</td> <td>23%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Adolescentes 15-19 años</td> <td>7,8%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Control prenatal</td> <td>82,8%</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>Control postparto</td> <td>40%</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>Regulación de la fecundidad 15-49 años</td> <td>16%</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>DOC</td> <td>37%</td> <td>10%</td> </tr> </tbody> </table> <p>-En cuanto al programa DOTS se identificaron un 0,8% de sintomáticos respiratorios (norma 5%)</p>		2007	Norma*	Control niño sano <1 año	111%	100%	Control niño sano 1-4 años	30%	25%	Control niño sano 5-9 años	51%	100%	Adolescentes 10-14 años	23%	100%	Adolescentes 15-19 años	7,8%	100%	Control prenatal	82,8%	60%	Control postparto	40%	60%	Regulación de la fecundidad 15-49 años	16%	10%	DOC	37%	10%
	2007	Norma*																														
Control niño sano <1 año	111%	100%																														
Control niño sano 1-4 años	30%	25%																														
Control niño sano 5-9 años	51%	100%																														
Adolescentes 10-14 años	23%	100%																														
Adolescentes 15-19 años	7,8%	100%																														
Control prenatal	82,8%	60%																														
Control postparto	40%	60%																														
Regulación de la fecundidad 15-49 años	16%	10%																														
DOC	37%	10%																														

*Norma de cobertura para actividades preventivas establecidos por el MSP

¹ Registros mensuales de Principales Causas de Morbilidad en el SCS Argelia 2007.

² Van Balen, H., (1986) *How to organize first level health services of the highest quality for the maximum number of people. Public Health Research and Training Unit. Working paper N° 4. Second edition, Antwerpen, Institute of Tropical Medicine. pp. 3.*

³ Encuesta a usuarios externos del SCS Argelia (Anexo 1. pp. 56).

ENTRADA	PROCESO	RESULTADO															
<p>3. Disponibilidad de Recursos</p> <p>3.1. RRHH</p> <p>2 médicos generales (1:3306 hab) 1 obstetrix (1:2358 mujeres) 1 enfermera 1 odontóloga 1 auxiliar de farmacia 1 conserje</p> <p>3.2. Sistema de información</p> <ul style="list-style-type: none"> -Historias clínicas individuales -Fichas familiares -Carnés vacunación infantil, -Carnés de control prenatal -Informes de producción -Informes de programas (DOTS, PANN 2000) -Informes de principales causas de morbilidad -Informes de enfermedades de notificación obligatoria -Hojas de referencia-contrarreferencia <p>3.3. Infraestructura</p> <ul style="list-style-type: none"> -2 consultorios medicina general -1 consultorio de obstetricia -1 consultorio odontológico -Cuartos de: Enfermería, Vacunación, Curaciones, Estadística, Farmacia, Laboratorio, Bodega -1 Sala de espera 	<p>3. Calidad de la atención</p> <p>a) Continuidad intraepisodio: De los niños de 1-4 años con enfermedad aguda, sólo el 38,5% fueron controlados durante el mismo episodio. Porcentaje inferior a lo considerado aceptable ($\geq 60\%$) para reconsultas por morbilidad, de acuerdo a algunos autores⁴.</p> <p>b) Continuidad interepisodio: Porcentaje de niños que completaron las tres dosis de PVO y pentavalente fue del 61,9% (de enero a diciembre del 2007). Se esperaba que fuera del 80%, lo que muestra una deficiencia de la continuidad.</p> <p>c) Continuidad internivel: No existen datos de referencia-contrarreferencia.</p> <p>d) Integración: De los pacientes encuestados el sólo 60% refirieron haber recibido atención que integra los componentes de prevención, promoción, curación⁵.</p> <p>e) Globalidad: De las historias clínicas de pacientes mayores de 15 años, sólo el 10% contienen aspectos biospsicosociales, relacionados a la familia, trabajo, situación socio-económica, etc.</p>	<p>2. Producción</p> <p>Del personal disponible se observa que la producción del médico 2, obstetrix y odontóloga están por debajo de la norma considerada por el MSP⁵:</p> <table border="1" data-bbox="1381 373 1963 657"> <thead> <tr> <th><i>Profesional</i></th> <th><i>Productividad</i></th> <th><i>Producción</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Obstetrix</td> <td>3,6 consultas/h</td> <td>3,6 consultas/h</td> </tr> <tr> <td>Medico 1</td> <td>3,17 consultas/h</td> <td>4,5 consultas/h</td> </tr> <tr> <td>Medico 2</td> <td>2,80 consultas/h</td> <td>2,9 consultas/h</td> </tr> <tr> <td>Odontólogo</td> <td>1,63 consultas/h</td> <td>1,73 consultas/h</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. Satisfacción del paciente</p> <p>85% de los encuestados se encontraban totalmente satisfechos con la atención recibida, mientras que un 12% manifestaron estar sólo satisfechos y un 3% poco satisfechos⁶.</p> <p>4. Correlación oferta-demanda</p> <p>Divergencia en los problemas desde el punto de vista de los dirigentes de la comunidad, el resto de la población y el personal de salud Para éstos últimos los principales problemas son los vinculados a las principales causas de morbilidad, mientras que para los presidentes barriales son problemas más trascendentes los relacionados a obras públicas como manejo de basura, falta de colaboración de la comunidad, y para el resto de la población los problemas familiares (peleas, desestructuración de la familia).</p>	<i>Profesional</i>	<i>Productividad</i>	<i>Producción</i>	Obstetrix	3,6 consultas/h	3,6 consultas/h	Medico 1	3,17 consultas/h	4,5 consultas/h	Medico 2	2,80 consultas/h	2,9 consultas/h	Odontólogo	1,63 consultas/h	1,73 consultas/h
<i>Profesional</i>	<i>Productividad</i>	<i>Producción</i>															
Obstetrix	3,6 consultas/h	3,6 consultas/h															
Medico 1	3,17 consultas/h	4,5 consultas/h															
Medico 2	2,80 consultas/h	2,9 consultas/h															
Odontólogo	1,63 consultas/h	1,73 consultas/h															

⁴ Chang De La Rosa, M.; Aleman, M.; Garcia R.; et al., (2002) "Evaluación de la calidad de la atención médica en el subsistema de urgencias del municipio 10 de octubre, 1997". en *Revista Cubana Salud Pública*, Año 2002, Número 2, pp. 110-116.

⁵ Registros de producción por profesional. Año 2007. SCS Argelia

ENTRADA	PROCESO	RESULTADO
<p>3.4. Medicamentos</p> <p>a) Lista de medicamentos adquiridos con fondos de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (antibióticos, antipiréticos y antiinflamatorios, anticonceptivos, desparasitantes)</p> <p>b) Lista de medicamentos dotados por el MSP (antibióticos, antiinflamatorios, antihipertensivos, hipoglucemiantes)</p>	<p>4. Gestión de recursos</p> <p>a) Gestión financiera: Desde 2008 atención gratuita en todas las prestaciones. En el 2007, 76,82% del ingreso disponible en el Area N° 7 procedió del Aporte Fiscal, el 14,45% de transferencias efectuadas por Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, 5,68% del impuesto al consumo de bienes y servicios, un 3,05% de actividades de autogestión (ya no disponible al momento)</p> <p>b) Gestión del RRHH: Dentro del personal disponible sólo 1 posee nombramiento, el resto del personal continúa laborando con contrato ocasional. No existe definición de funciones. Se efectúan capacitaciones al personal en base a requerimientos del Area o programación del MSP (en promedio 3/año para cada personal).</p> <p>c) Gestión de medicamentos: El 100% son medicamentos esenciales, 16% no son genéricos. Al final del año 2007 el 26% de medicamentos se encontraban desabastecidos. Rupturas de stock por 4 ocasiones en el año⁶.</p> <p>d) Gestión de la información: Existen historias clínicas repetidas, incompletas. No se dispone de hoja de síntesis.</p> <p>5. Participación: Se observa falta de participación de la UO en las actividades y reuniones efectuadas por la comunidad en el último año⁷. La comunidad tampoco participa en las reuniones del SCS. No se han efectuado diagnósticos participativos con la comunidad.</p>	<p>5. Desde la demanda⁸:</p> <p>a) Principales causas de enfermedad: gripe, tos, bronquitis, parásitos, varicela, anemia, hongos.</p> <p>b) Principales causas de muerte: accidentes de tránsito y en el hogar, asesinatos, suicidios, infarto, muerte natural, cáncer.</p> <p>c) Problemas (en la comunidad): peleas en la familia, destrucción de hogares, accidentes, delincuencia, alcoholismo, drogadicción, falta de comunicación en el barrio, falta de señalización y adoquinado de calles, basurales.</p>

Elaborado por la investigadora

⁶ Registros de farmacia, Kárdex de medicamentos. Año 2007. SCS Argelia

⁷ Entrevista a dirigentes barriales del sector Argelia (Anexo 2. pp. 57).

⁸ Encuesta efectuada a usuarios del SCS y población no usuaria del SCS (Anexo 3. pp. 58).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

Esta investigación surgió tras realizar el análisis situacional del SCS Argelia (en el primer Módulo de Campo de la Maestría de Salud Pública), en donde se observó que existe una brecha entre lo que, por un lado, la población (y en cierto modo el personal de la Unidad Operativa) reconocen como problemas de salud, señalando a los de índole psicosocial, especialmente a la violencia intrafamiliar, como principales problemas en el sector⁹; y por otro lado, la limitada detección, apoyo y seguimiento que el SCS ofrece a estos casos, debido a una escasa integralidad, integración y continuidad de la atención, lo que determina un potencial riesgo biopsicosocial en la familia y la comunidad.

Al efectuar una encuesta dirigida a la población sobre los problemas más frecuentes en su comunidad, que desearían sean tomados en cuenta por el servicio de salud, se encontró que la **violencia intrafamiliar**, constituía un problema sentido por la población, frente al cual demandaban una respuesta por el SCS Argelia.

Dentro de las funciones del primer nivel de atención, está el mantener el contacto o diálogo con la población y constituirse en puerta de entrada de los problemas que existen en la comunidad, a fin de lograr la coherencia entre la necesidad, la oferta y la demanda de la población. Esto, considerando además a la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como el completo bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual; hacia lo cual va entendido el concepto de una atención de calidad por su globalidad, integración y continuidad (Mercenier, Van Balen, 1997)¹⁰, constituye el fundamento para desarrollar la presente investigación.

Cabe señalarse además, la clara relación que existe entre violencia intrafamiliar y Salud Pública. Sólo por mencionar algunos datos que atañen a ésta, puede mencionarse que en Inglaterra, el costo total de la violencia doméstica alcanzó a 23 billones de euros en el año 2004, incluyendo los gastos en servicios de salud, servicio social y servicios legales (Departamento de Salud Londres, 2004), “como consecuencia de dicha violencia intrafamiliar las mujeres presentan altos índices de discapacidad, tienen doce veces más intentos de suicidio y altas tasas de mortalidad en comparación con la población que no la padece” (Sagot, 1995:6). Se suma a ello, los efectos que la violencia produce a nivel económico, dado que el ingreso de la mujer se reduce entre un 3 y 20% por el impacto en la educación y salud que la violencia física genera (Sagot, 1995), esto, sin contar todo el costo social que representa para la mujer y para su familia, principalmente para sus hijos.

Las altas tasas de violencia contra la mujer son también una muestra de la magnitud del problema. En Ecuador, según datos de CEPAR¹¹, 31% de las mujeres estarían expuestas a violencia física (CEPAR, 2008), lo que manifiesta que es un problema prevaleciente, que afecta a una proporción significativa de la población. Por todo lo señalado, la violencia intrafamiliar es un tema que atañe una gran importancia biológica, psicológica y social, que merece ser tomado en cuenta por los servicios de salud.

⁹ Al realizar una encuesta dirigida a la población (usuaria y no usuaria del SCS Argelia), en la que se indagó sobre los problemas existentes en la familia o en la comunidad que desearían que sean tomados en cuenta por el servicio de salud, se encontró un fuerte componente psico-social en las respuestas. De éstas el 30% señalaban la existencia de “problemas y violencia en la familia”. Esto sugiere, que a pesar que el problema de violencia intrafamiliar no sea reconocido abiertamente en el sector, constituye una necesidad no resuelta y que es demandada por la población.

¹⁰ Para ampliar los conceptos de globalidad, integración y continuidad, referirse a marco teórico.

¹¹ CEPAR: Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social.

En el SCS Argelia, en tanto, se ha observado que existe una baja detección, apoyo y seguimiento a las familias que viven esta situación; ello es muestra de la limitada integración, integralidad y continuidad de la atención que se lleva a cabo en este servicio de salud. Puesto que el problema de violencia intrafamiliar es un tema álgido, de índole psicosocial y multicausal, no puede ser abordado ni detectado desde una perspectiva puramente biológica, sino que requiere una valoración desde lo biopsicosocial, y un manejo que involucra la continuidad y el apoyo en su proceso en forma integral; sin embargo, eso no se está dando en el Servicio de Salud, donde apenas se reconocen menos del 1% de los casos de violencia¹², a pesar de tratarse de pacientes que han utilizado el SCS mínimo una ocasión al año.

En base a lo señalado, y dado que la comunidad, así como también el personal de salud, dan importancia a los problemas psico-sociales, se tomó a la violencia intrafamiliar, específicamente a la violencia física contra la mujer en el ámbito de la pareja, como un tema que, además de constituir una situación que concierne a salud pública, es una situación grave, por cuanto afecta no solamente a la integridad de la mujer, sino a todo el entorno familiar y social en el que se desenvuelve, como una reproducción de ese microsistema que es la relación hombre-mujer. Por tanto, una respuesta desde el servicio de salud es necesaria ya que constituye el punto de contacto con la población; por lo cual, un modelo de abordaje desarrollado a nivel local, podría servir como elemento para su generalización en instituciones similares.

Se realizó entonces, un **análisis a profundidad** de dicha situación, que permitió un conocimiento con mayor profundidad del tema tratado, encontrándose lo siguiente:

2.1. Detección de casos de violencia física contra la mujer.-

Durante todo el año 2007 se detectaron apenas dos casos de violencia en pareja el SCS Argelia: 2 pacientes mujeres que acudieron a la consulta de Obstetricia, a quienes se les encontró indicios de golpes y equimosis en región palpebral y frontal; ellas manifestaron que se debía a abuso de fuerza física de su esposo o conviviente.

Esto contrasta con los datos existentes en la UPC (Unidad de Policía Comunitaria) de la Bella Argelia, donde se han efectuado 3 denuncias de violencia física cometidas por uno de sus familiares de sexo masculino (esposo, conviviente, hermano)¹³, de los cuales el SCS desconocía, a pesar de tratarse de pacientes que utilizan este servicio de salud con regularidad. Existe mayor contraste con la información encontrada en una encuesta elaborada por la Aldea infantil SOS de la Argelia, donde se menciona que el 60% de las familias que tienen a sus niños en dicha institución, se encuentran viviendo en situaciones de violencia intrafamiliar (Manos Unidas, 2007). Cabe señalarse que el Servicio de Salud realiza un control trimestral a dichos niños y la mayoría de sus madres son sus pacientes.

Lo señalado manifiesta que la mencionada Unidad Operativa no está cumpliendo con su función de puerta de entrada para estos casos; y que no se está aprovechando los otros motivos de consulta por los cuales acude la población, para ofrecer al mismo tiempo una atención holística y que involucre la promoción, prevención, cuidado y rehabilitación en forma íntegra.

¹² Estimación obtenida de la relación entre casos detectados por el SCS y casos que deberían existir según un documento de Manos Unidas que manifiesta un 60% de violencia física en las familias del sector.

¹³ Partes policiales. UPC (Unidad de Policía Comunitaria) Bella Argelia.

2.2. Manejo de los casos de violencia física contra la mujer.-

De lo registrado en las historias clínicas se observa que el manejo aplicado a los dos casos de mujeres violentadas se ha limitado al tratamiento de sus dolencias físicas, sin llevarse a cabo otras intervenciones que incluyan un manejo biopsicosocial, interdisciplinario o intersectorial. De hecho, el SCS tiene un bajo nivel de actividad intersectorial, lo que explicaría en parte esta deficiencia. Tanto en el diagnóstico como en la prescripción de los casos registrados se aprecia un manejo con predominio biologicista, lo cual habla de la escasa integración e integralidad de la atención ofertada por el Servicio de Salud.

Los pacientes que viven en esta situación mencionan sin embargo, que al acudir a este Servicio han recibido “consejos” del personal respecto a la situación con su pareja, y la motivación a “denunciar” el caso a las autoridades, para lo cual se les ha entregado el respectivo certificado médico¹⁴. Lo mencionado no consta en las historias clínicas de las pacientes, por lo cual también existiría un déficit en el sistema de información de estos casos, que a su vez dificultaría el apoyo y seguimiento adecuado de las pacientes. Por otro lado, de las familias que han efectuado denuncias recurrentes a la UPC; ninguna ha recibido el apoyo y seguimiento por las instituciones existentes en el sector o los organismos que protegen a la mujer y a la familia.

2.3. Seguimiento de los casos de violencia física contra la mujer.-

Un año después de la detección de los dos casos de violencia física contra mujeres registrados en el SCS Argelia, no se ha efectuado el respectivo seguimiento de las familias, pese que las pacientes han retornado por varias ocasiones al Servicio durante el mismo periodo. Esto denota una limitada continuidad de la atención, y al mismo tiempo la falta de integración y globalidad en la consecución de los casos de pacientes violentadas que continúan asistiendo al Servicio de Salud aun por otros motivos de consulta.

Se reconoce que una Unidad Operativa de primer nivel debe trabajar con calidad, extendiendo sus funciones hacia la comunidad, para lo cual se ha propuesto como estrategia la realización de actividades extramurales, como un método para mantener el contacto con la población, que permita ampliar su capacidad de brindar una atención holística, integral y continua; el SCS Argelia ha desarrollado durante el año 2007 un escaso número de actividades extramurales, lo cual también manifiesta una limitación en cuanto a ofertar una atención más integral y continua, que reduzca esa brecha entre los problemas sentidos por la comunidad y la calidad de la oferta proporcionada por el servicio de salud.

Por todo esto, se ha considerado que el tema de violencia física contra la mujer en pareja, es un problema sobre el que se justifica efectuar una intervención, que sea participativa, que involucre tanto a la comunidad, como al SCS, y que permita, a través de su resolución mejorar la calidad de la atención brindada por el servicio, así como satisfacer esa necesidad manifestada por la población y por el personal de salud.

¹⁴ Comunicación verbal de dos pacientes (02/09/08). Sin nombres, por respeto a la confidencialidad

3. MARCO TEÓRICO.-

A lo largo de la historia de los servicios de salud, se ha observado un movimiento del perfil epidemiológico desde lo infecto-contagioso hacia lo crónico-degenerativo, que ha requerido del desarrollo de todo un mecanismo de respuestas por parte del sistema de salud. Sin embargo, actualmente nos encontramos abocados a una nueva tendencia, donde la demanda de los problemas psicosociales se ha vuelto creciente. Dentro de este tipo de problemas se encuentra la violencia intrafamiliar, y en este caso particular, la violencia física contra la mujer.

3.1. Definición de violencia intrafamiliar.-

Se reconoce a la violencia intrafamiliar como “toda acción u omisión cometida por algún(a) miembro(a) de la familia en relación de poder sin importar el espacio físico donde ocurra que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro(a) miembro(a) de la familia” (Shrader, Sagot, 1998:32), ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio.

A nivel de la legislación de Latinoamérica se reconocen los siguientes tipos de violencia:

· **Violencia física:** ocurre cuando una persona le inflige daño no accidental a otra, usando la fuerza física o algún tipo de arma que puede provocar o no lesiones, ya sean éstas internas, externas o ambas. El castigo repetido no severo también se considera violencia física (Solano, Velzoboer, 2000).

· **Violencia psicológica:** se considera violencia psicológica toda conducta que ocasione daño emocional, disminuya la autoestima, perjudique o perturbe el sano desarrollo de la mujer u otro integrante de la familia, como por ejemplo, conductas ejercidas en deshonor, descrédito o menosprecio al valor personal o dignidad, tratos humillantes y vejatorios, vigilancia constante, aislamiento, constantes insultos, el chantaje, degradación, ridiculizar, manipular, explotar, amenazar el alejamiento de los(as) hijos(as) o el privar de medios económicos indispensables, entre otras. En algunas legislaciones también incluye la libertad de tránsito de la víctima, así como entrar y salir del hogar.

· **Violencia sexual:** en el Informe Mundial de Violencia y de Salud de la Organización Mundial de la Salud se define como todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, las relaciones sexuales no deseadas, las insinuaciones sexuales no deseadas, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante la coerción de otra (Organización Mundial de la Salud, 2002).

· **Violencia patrimonial o económica:** incluye aquellas medidas tomadas por el agresor u omisiones que afectan a la supervivencia de los miembros de la familia. Esto implica la pérdida de la casa y el no cubrir las cuotas alimenticias, entre otras. En algunas legislaciones la violencia patrimonial se relaciona con las limitaciones económicas tales como manejo y control del salario, exclusión en las cuentas bancarias y exclusión en sociedades en las que se incluya el patrimonio o capital familiar, entre otras.

3.2. Datos estadísticos.-

La OMS señala que una quinta parte de las mujeres en el mundo es objeto de violencia en alguna etapa de su vida. La violencia interpersonal constituye la décima causa de muerte en las mujeres en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2005).

El impacto de la violencia contra las mujeres en Latinoamérica es muy alto, afectando en la mayoría de los casos a más del 50% de las mujeres. La encuesta ENDEMAIN¹⁵ realizada en el año 2004 muestra que “alrededor de un tercio de mujeres ecuatorianas relataron haber recibido alguna vez violencia física de pareja”, “...y entre 58 y 74 por ciento, dependiendo del tipo de violencia, relataron que la violencia reciente fue cometida por una ex-pareja” (CEPAR, 2004:6). Las estimaciones muestran que un mínimo de entre 690 y 765 mil mujeres de 15 a 49 años de edad han sufrido violencia física por parte de una pareja en algún momento de su vida²⁵. Sin embargo debe recordarse que debido al probable sub-registro en la encuesta, las estimativas representan una línea de base mínima de la magnitud actual del problema.

Las comisarías de la mujer del país reciben alrededor de 500 denuncias diarias de violencia física, psicológica o sexual, de las cuales el 97% de las víctimas son mujeres y niñas. En el primer semestre del año 2004, se efectuaron 522 denuncias de violencia intrafamiliar contra mujeres en la provincia de Pichincha, de las cuales, el 55,7% (291) correspondían a violencia física (CONAMU, 2004)¹⁶.

Además de heridas, hematomas, fracturas, pérdida de capacidad auditiva, desprendimiento de la retina, enfermedades de transmisión sexual, abortos e incluso femicidios, las mujeres blanco de la violencia pueden padecer de estrés crónico y, como consecuencia, enfermedades tales como hipertensión, diabetes, asma y obesidad. Frecuentemente, como resultado del abuso tanto físico como psicológico, las mujeres sufren dolores de cabeza en forma crónica, trastornos sexuales, depresiones, fobias y miedos prolongados (Larraín y Rodríguez, 1993). Asimismo, las mujeres afectadas por la violencia se caracterizan por tener una muy baja autoestima que afecta directamente su comportamiento, su productividad en el trabajo, su capacidad para protegerse, para buscar ayuda y denunciar su caso (Heise, 1994).

La encuesta ENDEMAIN 2004, reveló que en el Ecuador, las mujeres presentaban consecuencias de la violencia de pareja a corto plazo, que incluyen secuelas tanto psicológicas, como físicas. Para las mujeres alguna vez casadas o unidas que relataron violencia física o sexual durante los últimos 12 meses, las consecuencias más mencionadas fueron el miedo que él la vuelva a agredir, los dolores de cabeza o del cuerpo, y la ansiedad o angustia tal que no podían cumplir sus actividades o deberes. A esto se debe añadir la falta de asistencia que las mujeres reciben; pues sólo un 7,4% de las mujeres afectadas en el Ecuador por violencia física o sexual, buscó el apoyo de alguna organización o institución. De ellas, 4 por ciento buscó ayuda de alguna comisaría de la mujer, 3 por ciento fueron a la policía, y un 2 por ciento o menos buscaron la ayuda de la iglesia, las organizaciones de mujeres, y tan sólo un 0,3% de un establecimiento de salud. Las razones para no buscar apoyo relatadas por las mujeres fueron: principalmente porque no consideran necesario recibir ayuda, seguido por la vergüenza, miedo a represalia, y el no saber donde acudir (CEFEMINA¹⁷, 1994).

¹⁵ ENDEMAIN: Encuesta demográfica y de salud materna e infantil.

¹⁶ Consejo Nacional de Mujeres-CONAMU. “Estadísticas CONAMU” en página electrónica CONAMU [En línea] disponible en: <http://www.conamu.gov.ec/CONAMU/portal/>. [Accesado el día 2 de septiembre de 2008].

¹⁷ CEFEMINA: Centro feminista de información y acción.

3.3. Factores relacionados con la violencia física contra la mujer.-

Una de las características principales de la violencia intrafamiliar es su invisibilidad, y el amplio sub-registro de los casos en las instituciones públicas contribuye a esta invisibilización. Según estudios realizados en América Latina, en el caso de la violencia intrafamiliar contra mujeres adultas, se estima que únicamente son denunciados entre un 15% y un 20% de estos incidentes (Shrader y Sagot, 1998).

Este sub-registro es el resultado de una multiplicidad de factores, entre los que se encuentran: el hecho de que la violencia intrafamiliar sea considerada como actos aislados dentro del ámbito privado y no como un problema social; la percepción de que los actos de violencia son hechos normales dentro de las dinámicas de la familia, es decir, que la práctica de la violencia es un acto legítimo; el hecho de que las personas afectadas, principalmente las mujeres, suelen responsabilizarse a sí mismas de ser las provocadoras de los actos violentos, percepción que es ampliamente reforzada por los mitos y actitudes de la sociedad. Finalmente, la percepción de las mujeres de que no hay servicios o respuestas sociales para apoyarlas a resolver su problema, o que los servicios existentes son poco eficientes, inadecuados y hasta dañinos (Sagot, 1995).

Las instituciones prestatarias de servicios, en general no cuentan con sistemas de detección y registro apropiados, lo que oculta aún más este serio y extendido problema social. La falta de registros, a su vez, lleva a diagnósticos, políticas de prevención y modelos de atención no adecuados para responder a las necesidades de las mujeres afectadas y a la complejidad y magnitud de la violencia intrafamiliar (Shrader y Sagot, 1998).

Es necesario también considerar otros factores que impulsan a la violencia contra la mujer. Este tipo de violencia no es el resultado de casos de conducta patológica. Por el contrario, es una práctica aprendida, consciente y orientada, producto de una organización social estructurada sobre la base de la desigualdad. En ese sentido, la violencia intrafamiliar es el resultado de las relaciones desiguales de poder y es ejercida por los que se sienten con más derecho a intimidar y controlar. Al interior de la familia, las desigualdades producidas por el género y la edad son las principales determinantes de las relaciones violentas que allí se construyen. Por lo tanto, el uso de la violencia contra las personas con menos poder dentro del ámbito familiar es no solo uno de los medios por los cuales se controla y oprime, sino también una de las expresiones más brutales y explícitas de la dominación y la subordinación basadas en el género y la edad.

Existe además, una perpetuación de “leyes antiguas y de prácticas sociales abiertamente aprobadas” (Heise, 1994: 9), que inducen a la persistencia de condiciones que permiten la existencia de la violencia intrafamiliar. Adicionalmente, el manejo de un discurso que da supremacía al género masculino, la percepción cultural del maltrato y la concepción cultural de la relación hombre-mujer, son elementos que intervienen en la persistencia de la violencia intrafamiliar, frente a la cual muy poco se ha logrado.

3.4. Ciclo de la violencia en pareja.-

“Una vez que se produce un episodio de violencia, esta práctica se instaura y pasa a ser un método recurrente de opresión del hombre sobre la mujer. La violencia de pareja tiene un desarrollo cíclico, de hecho, se conoce y analiza como *ciclo de la violencia*” (Ramírez, 1993:3).

Se reconocen entonces cuatro fases en el ciclo de la violencia:

3.4.1. *Periodo de acumulación de tensiones.-*

Durante este periodo cada miembro de la pareja se encuentra pendiente de las reacciones del otro u otra; la tensión aumenta. Se generan una serie de actitudes que fortalecen el papel dominante del hombre: se irrita con facilidad, haciendo que la mujer se sienta culpable; la agrede en forma "sutil" dejando demostrar su autoridad, mientras la mujer niega la agresión y decrece su autoestima (Armas y Díaz, 2007).

"El empieza a distanciarse emocionalmente. Ella siente pánico de que la abandone y se apega más y más. Ella tiene una adicción al amor. Pero él ya no siente ningún amor, está distanciado y cada vez más irritable. Ella se disculpa una y otra vez y manifiesta sus emociones, esperando clarificar lo que está pasando pero él se harta y siente necesidad de castigarla verbal, físicamente o ambas cosas" (Ramírez, 1993:3).

3.4.2. *Fase aguda de agresividad o descarga violenta.-*

La tensión entre la pareja ha llegado al punto máximo y se producen una serie de reacciones violentas, principalmente la violencia física. Cualquier pretexto, aunque sea el más trivial, puede generar una agresión física.

En esta etapa la mujer se siente indefensa, pues ha "aprendido" que su pareja es quien tiene la autoridad y se siente dominada, pero también herida y confundida.

3.4.3. *Periodo de culpa.-*

Después de cometer el abuso el agresor se siente arrepentido, manifiesta su culpabilidad y admite su error. Este sería el momento preciso para buscar ayuda profesional, por tanto los servicios de apoyo familiar deben reconocer y aprovechar este momento para iniciar el proceso terapéutico (Armas y Días, 2007).

3.4.4. *Periodo de calma amante o luna de miel.-*

El hombre, sintiéndose arrepentido, intenta enmendar su error: "pide perdón, llora, promete cambiar, ser amable, buen marido y buen padre. Admite que lo ocurrido estuvo mal. Esta actitud suele ser convincente porque en este momento se siente culpable de verdad. El siente entonces como si ella tuviera el poder" (Ramírez, 1993:3). La mujer cree en la sinceridad de su pareja, acepta sus disculpas, le perdona, y hasta se auto-culpabiliza de lo ocurrido.

Pero tras el perdón, el celo decrece, retorna de nuevo la irritabilidad, vuelve a aumentar la tensión; "cuando ella intenta ejercer su recién ganado poder, él se siente de nuevo perdiendo control sobre ella. Se inicia una nueva discordia y con ella un nuevo ciclo" (Ramírez, 1993:4).

Cada pareja tiene su propio ritmo y las fases duran un cierto tiempo característico en cada caso, pero las etapas son cada vez más cortas y la violencia más intensa.

3.5. Derechos de la mujer.-

El proceso de formulación de derechos a favor de la mujer tuvo su auge en la última década del siglo pasado. La mayoría de organizaciones en todo el mundo incluyeron como tema prioritario a la violencia, en la Década de las Naciones Unidas para la Mujer (1975-1985). Ya para fines del año 85, la Asamblea General de las Naciones Unidas había aprobado su primera

resolución al respecto (Solano y Velzeboer 2000). Pero es hasta el año 1993 en la Conferencia de Naciones Unidas realizada en Viena que se reconoce por primera vez a la violencia contra la mujer como una de las formas de violencia a los derechos humanos, afirmación promulgada en la *Declaración de Naciones Unidas Sobre la Violencia contra la Mujer* y la *Convención Interamericana para la Prevención, Castigo y Erradicación de la Violencia Contra la Mujer*, auspiciada por la Organización de Estados Americanos y ratificada por casi todos los países de la región (Shrader y Sagot, 1998).

En la XIII Reunión de la OPS (abril de 1993), por su parte, el Sub-comité de Mujer, Salud y Desarrollo, insta a la Organización a considerar la violencia contra la mujer como un problema emergente en salud pública y que requiere atención inmediata, recibiendo la correspondiente respuesta por parte de los países conformantes.

En el año 1995, el Estado ecuatoriano aprobó la Ley contra la violencia a la mujer y la familia (Ley 103, Registro Oficial 839), que señala¹⁸: “la presente Ley tiene por objeto proteger la integridad física, psíquica y la libertad sexual de la mujer y los miembros de su familia mediante la prevención y la sanción de la violencia intrafamiliar y los demás atentados contra sus derechos y los de su familia” (Art.1). Y menciona: “Estarán obligados a denunciar los hechos punibles de violencia intrafamiliar, en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas de haber llegado a su conocimiento, bajo pena de encubrimiento: los agentes de la Policía Nacional; el Ministerio Público; y, los profesionales de la salud, pertenecientes a instituciones hospitalarias o casas (sic) de salud públicas o privadas, que tuvieren conocimiento de los casos de agresión” (Art. 10).

Esta Ley establece también la formulación y ejecución de Medidas de amparo en casos de denuncia de violencia intrafamiliar, que incluyen boletas de auxilio, salida del agresor de la vivienda, prohibición a acercarse a la víctima, etc.

La Ley de Derecho y Amparo al paciente (1995) reconoce también la prioridad de atención a las víctimas de la violencia intrafamiliar, garantizando a las mujeres el derecho a: “ser atendidas oportunamente en el servicio de salud de acuerdo a la dignidad que merece toda persona; y ser tratadas con esmero, respeto y cortesía; recibir atención prioritaria durante su embarazo y parto, así como en situaciones de riesgo y violencia”¹⁹. Adicionalmente, la Ley de Maternidad Gratuita obliga a que el personal de salud denuncie los hechos punibles de violencia, en un plazo máximo de 48 horas²⁰.

La Constitución actual, aprobada en septiembre del año 2008, señala en el Capítulo sexto, Art. 66, que el Estado reconoce y garantiza a la personas “El derecho a la integridad personal, que incluye: a) la integridad física, psíquica, moral y sexual, b) una vida libre de violencia en el ámbito público y privado... El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, en especial la ejercida contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad...”²¹. Todo lo mencionado comprende el marco jurídico que ampara a la mujer frente a un caso de violencia intrafamiliar.

¹⁸ Consejo Nacional de Mujeres, (1995) *Ley Contra la violencia a la mujer*, Quito, CONAMU.

¹⁹ UNIFEM (2004) “Marco jurídico regulatorio de la violencia contra las mujeres” en Boletín Alerta. Número 01. Abril. pp.6.

²⁰ Consejo Nacional de las Mujeres (2008) *Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia, codificación-reglamento, prestaciones y medicamentos*. Quito, CONAMU.

²¹ República del Ecuador. Constitución 2008.

3. 6. Violencia y cultura andina.-

La cultura andina es una cultura plasmada de dualismos, de complementarios y contradictorios, en una lógica binaria que concibe el mundo como un sistema donde ningún elemento es o está solo, sino asociado a otro, en simetría, “dentro de una estrecha relación de complementariedad y/o de oposición; de correspondencia e intercambios, de reciprocidades y conflictividades” (Sánchez Parga, 1990:23).

Sánchez Parga (1990) señala que en el ámbito de ese dualismo se puede entender la violencia si consideramos el ritual del *tinku*, una modalidad de lucha que se da entre grupos de una misma sociedad, entre conocidos. Esta lucha no solamente representa la atenuación de hostilidades, sino que constituye una forma de catarsis social, donde al desahogar las agresividades, y tras vencer al contrincante, se inicia un nuevo ciclo de relación amistosa y solidaria.

La analogía entre el *tinku* y la violencia marital se establece entonces por el hecho que, la agresión no es una forma de iniciar el conflicto, sino de mantener esa relación entre “compañeros”, opuesta, pero a la vez complementaria (al igual que el matrimonio), y donde se afianzarían las alianzas y los vínculos. Cabe destacarse que en la cultura andina, la relación hombre-mujer inicia con un encuentro en el cual, el galanteo presenta un componente agresivo, una forma de encuentro físico, que sustituiría a lo verbal y que desde ya señalaría el rol y comportamiento del hombre y la mujer dentro del matrimonio.

El matrimonio (juntar una pareja para un trabajo en cooperación mutua), es por tanto comprendido como una manera de unir a los opuestos pero complementarios, en donde además la existencia de la conflictividad perpetúa su unión, en un proceso de continua domesticación. Solamente una vez concluido el ritual del matrimonio, el esposo se sentirá en libertad de golpear a la esposa, quien, no se quejará; a menos que exista injusticia en el castigo (ser calumniada por infidelidad), que los golpes sean excesivos o muy frecuentes. Sin embargo, existen otros elementos que se relacionan con esa justificación que ofrece la mujer de que “marido es, que pegue no más”.

Probablemente lo más característico de esa violencia sea la virilidad que representa el hombre a través de sus golpes, y que tendría que ver con la relación de poder entre hombre y mujer. Esa relación se gesta por la dominación que ejerce el hombre (el mito “machista”), en reacción a esa dependencia generada por la mujer; la cual inicia desde el nacimiento del hijo: la relación entre madre e hijo que demarca un poder de la madre, que a su vez, se convierte en el desencadenante de la violencia sobre la esposa, a través de la cual el esposo intenta romper esa identificación con su propia madre y la madre de sus hijos.

Esa virilidad manifestada en los golpes, sería por otro lado, demostración de su presencia en el hogar, “hacerse ver”. Mientras es la mujer a quien se le atribuye las tareas dentro de la casa, como cocinar, criar a los hijos y cuidar a los animales (representación simbólica del agua, fuego y vida), el papel asignado al hombre está más relacionado con las tareas fuera de la casa; por tanto, el actuar violentamente sería una forma de equilibrar esa situación de desventaja para el hombre, y el hecho de emborracharse le permitiría libremente ejercer esa violencia sin perder su virilidad. A través de la agresión física también la agresividad se vuelve corporal, se emplea el cuerpo como elemento de exteriorización y relación con los otros.

Los celos también se convierten en una excusa de violencia, aunque en realidad son un medio que simbólicamente hace más codiciable a su mujer, y además, constituyen una forma de

liberar en ella el remordimiento de su propia infidelidad. De todas maneras, las mujeres han representado, de acuerdo a Sánchez Parga, ese poder latente, amenazante, imaginario; y es el matrimonio, en donde el hombre encuentra ese espacio privilegiado para ejercer su virilidad a través de un comportamiento agresivo.

Finalmente habría que preguntarse, si el hombre, quien está más al alcance de ser dominado por la sociedad a través de la explotación y la injusticia, transfiere esa dominación a su esposa y hacia sus hijos empleando la agresividad y la violencia física.

3. 7. Violencia y sector salud.-

Desde 1993, la Organización Panamericana de la Salud reconoció la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública. Sin embargo, a pesar de esa declaración internacional, el sector salud de los diferentes países latinoamericanos, entre ellos Ecuador, ha tenido una lenta respuesta ante este grave problema social. Esta situación es realmente seria, ya que las instituciones del sector salud son las primeras instancias a las que acuden muchas de las mujeres maltratadas. Por razones culturales, estas mujeres no acuden a exponer directamente su problema de violencia, sino a reportar las dolencias físicas y emocionales producto de las situaciones violentas que las afectan. En ese sentido, las instituciones del sector salud podrían representar un primer espacio de revelación, y de contención física y emocional. La realidad, sin embargo, dista mucho de ser totalmente positiva para las afectadas (Sagot, 2000).

La atención que reciben las mujeres maltratadas se limita a una intervención sobre sus lesiones. Los sistemas de salud se caracterizan por una cultura determinada por la sobrecarga de trabajo del personal, la eficacia medida en términos del número de consultas atendidas, inmersión en el trabajo rutinario y rechazo a la introducción de nuevas formas de diagnóstico.

Se aprecia también una clara tendencia a una visión mecanicista, fragmentada y biológica por parte del personal de salud, sobre todo del personal médico, que no permite una atención integral y humanizada de las pacientes y, mucho menos, desde la perspectiva del derecho a la salud. El personal de campo femenino y las enfermeras son las que han demostrado una mayor sensibilidad ante el problema; sin embargo, de nuevo, la ausencia de programas de capacitación, hace que la única respuesta que puedan dar muchas de estas prestatarias sean “consejos” a las afectadas. La calidad y efectividad de estos “consejos” evidentemente dependen del nivel de sensibilización y conocimiento que tengan; así como del grado de apertura de las mujeres y el nivel de participación de los hombres en relación a éstos.

Además del desconocimiento del tema por parte de un sector importante del personal del sector salud, y de la ausencia de protocolos de atención, existen otros problemas que inciden en el tipo de respuesta social que ofrecen los prestatarios a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar, como la calidad de la atención y factores como el sexo, el lenguaje y la cultura. Por lo tanto, la calidad de la respuesta ofrecida por el sector salud para las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar ha sido desigual y ha dependido del grado de sensibilización que tiene el personal del sector ante el problema (Shrader y Sagot, 1998).

La ausencia de una atención holística que involucre todo el entorno biopsicosocial de las pacientes, impide que se logre ese reconocimiento de problemas que trascienden más allá de lo puramente biológico, y que tienen que ver con su relación familiar. De igual manera, la falta de continuidad en la atención limita el seguimiento de el/los problemas que los usuarios puedan

presentar, especialmente, de aquellos problemas más complejos, donde se entrelazan lo social, familiar, psicológico y cultural, como es el caso de la violencia intrafamiliar.

3. 7.1. Calidad de la atención.-

En ese sentido, un servicio de salud que, de acuerdo a los elementos de calidad introducidos por Mercenier (1997:55-58), debe ofrecer una atención integral, en donde se considere a la persona en toda su esfera biopsicosocial, y se otorguen al mismo tiempo una promoción, prevención, curación y rehabilitación pertinentes; tiene la responsabilidad de responder a esa demanda de la población a la que sirve.

Mercenier señala que una atención de calidad presenta los siguientes componentes: **globalidad** (holística) quiere decir que el individuo debe ser considerado en su totalidad y la respuesta a su problema debe tomar en cuenta consideraciones individuales y comunitarias, por tanto, considerar al individuo en toda su esfera biopsicosocial; **integración** es ofrecer la una combinación óptima de atención (curativa, preventiva, promoción, rehabilitación) en cada momento; **continuidad** significa que la atención no debe limitarse solamente al momento de la consulta, sino que supone que el servicio de salud asuma la responsabilidad por el individuo hasta que finalice el período de una enfermedad o de riesgo, es decir hasta la recuperación total, o hasta que haya desaparecido el riesgo, para lo cual es necesario un seguimiento.

De ahí la importancia de promover una acción efectiva por parte del personal de salud, que, sensibilizado de la situación, sea capaz de brindar un apoyo a la mujer violentada, más allá del mero tratamiento biológico que no logra cubrir las necesidades de la mujer, y que al contrario, puede favorecer a la perpetuación de la violencia en forma silenciosa.

3.7.2. Relación entre oferta, demanda y necesidad.-

Es necesario entonces, que la oferta del servicio de salud se acople a la demanda procedente de la comunidad, cerrando así las brechas existentes, a fin de lograr esa coherencia entre la oferta de lo que el servicio entrega, la demanda de la población que está bajo su responsabilidad, y la necesidad técnica.

El término **demanda** hace referencia a aquel “comportamiento mediante el cual un individuo o una población buscan un alivio a su sufrimiento” (Mercenier y Van Valen, 1997:16). A su vez, “el sufrimiento puede ser definido como un malestar (no es solamente un problema de sufrimiento físico)” (Mercenier y Van Valen, 1997:16), que es percibido por la población como una falta de salud, y que conduce a demandar un servicio; es decir, es la externalización de una **necesidad sentida** por la comunidad.

La palabra **necesidad**, a diferencia de la **necesidad sentida** (en relación al sufrimiento percibido por la comunidad, hace estricta referencia a la **necesidad técnica**, que constituye aquello que los servicios consideran que la población necesita para resolver sus problemas de salud; tal como lo menciona Mercenier, citando a T. Hall:

“una estimación basada en el juicio profesional y en el avance tecnológico médico, de la cantidad de recursos humanos y del monto de servicios necesarios para asegurar un nivel óptimo de atención médica, en función de los recursos disponibles” (Mercenier y Van Valen, 1997:17).

Es decir, son necesidades aquellas así definidas por el servicio de salud. En consecuencia, desde la mirada del servicio de salud, puede existir una **demanda irracional** cuando la demanda no corresponde a las necesidades; o **necesidades no percibidas** cuando la necesidad no corresponde a la demanda; mientras que cuando existe superposición se denominan **necesidades percibidas**, o **demanda irracional**.

Debe considerarse, sin embargo, que esta relación cambia en el transcurso del tiempo, y que es necesario tomar en cuenta la cultura de salud que existe dentro de la comunidad y su propia habilidad para resolver los problemas en términos de demanda, aunque sean irracionales.

La **oferta**, en tanto, corresponde a aquello que el servicio de salud ofrece en base a la demanda percibida por la población y a las necesidades técnicas; aunque también es influida por otros factores del medio ambiente (social, económico, político, etc.). En este caso, la violencia intrafamiliar, constituye una demanda, o más bien una necesidad sentida de la población, que genera sufrimiento, y requiere de una oferta por parte del servicio de salud.

3. 7.3. Funciones de primer nivel y organización de los servicios de salud.-

Debe recordarse que cualquier servicio de salud que brinda un primer nivel de atención, tiene que cumplir con ciertas funciones, como son: **puerta de entrada**, es decir, debe constituir el primer contacto de la población con el sistema de salud; **síntesis de la información**, que implica disponer de toda la información necesaria y pertinente para ofrecer una atención integral y en base a ello, tomar decisiones junto con el paciente; **contacto o diálogo con la población**, que supone el reconocer las necesidades sentidas por parte de la población y mantener un contacto con la comunidad, que vaya más allá del mero diálogo durante la consulta médica; y, **responsabilidad de la salud individual y colectiva**, que supone el tomar a cargo la responsabilidad por la salud de los pacientes (por ejemplo, saber qué pasó con el paciente que se refirió al segundo nivel), pero también por la salud de la comunidad en general.

Las unidades operativas de primer nivel de complejidad, que están organizadas por Areas de salud, establecidas en base a una delimitación geográfico-poblacional para asegurar la accesibilidad de la comunidad al servicio de salud; deben de cumplir con todas las funciones mencionadas, particularmente en el caso de un problema en el que la población exige una respuesta del servicio de salud.

El primer nivel de atención, en ese sentido, debe ofertar una atención que vaya más allá de la sola actuación a nivel individual, dirigida a la asistencia a las víctimas de violencia. Los niveles locales de salud pueden jugar un papel de liderazgo en el enfrentamiento de este problema social y tener un rol de concertación del sector público, privado y organizaciones no gubernamentales para el cumplimiento de esta meta de equidad a través de la formulación de planes locales (OPS, 2001).

Es necesario que existan normas y protocolos para la atención integral a la VIF en los espacios de los servicios de salud, lo cual es un requisito para poder desarrollar acciones de calidad y coordinadas referentes a la VIF. Además se requiere un trabajo en equipo entre los diferentes profesionales de la salud para la adecuada atención integral de las víctimas.

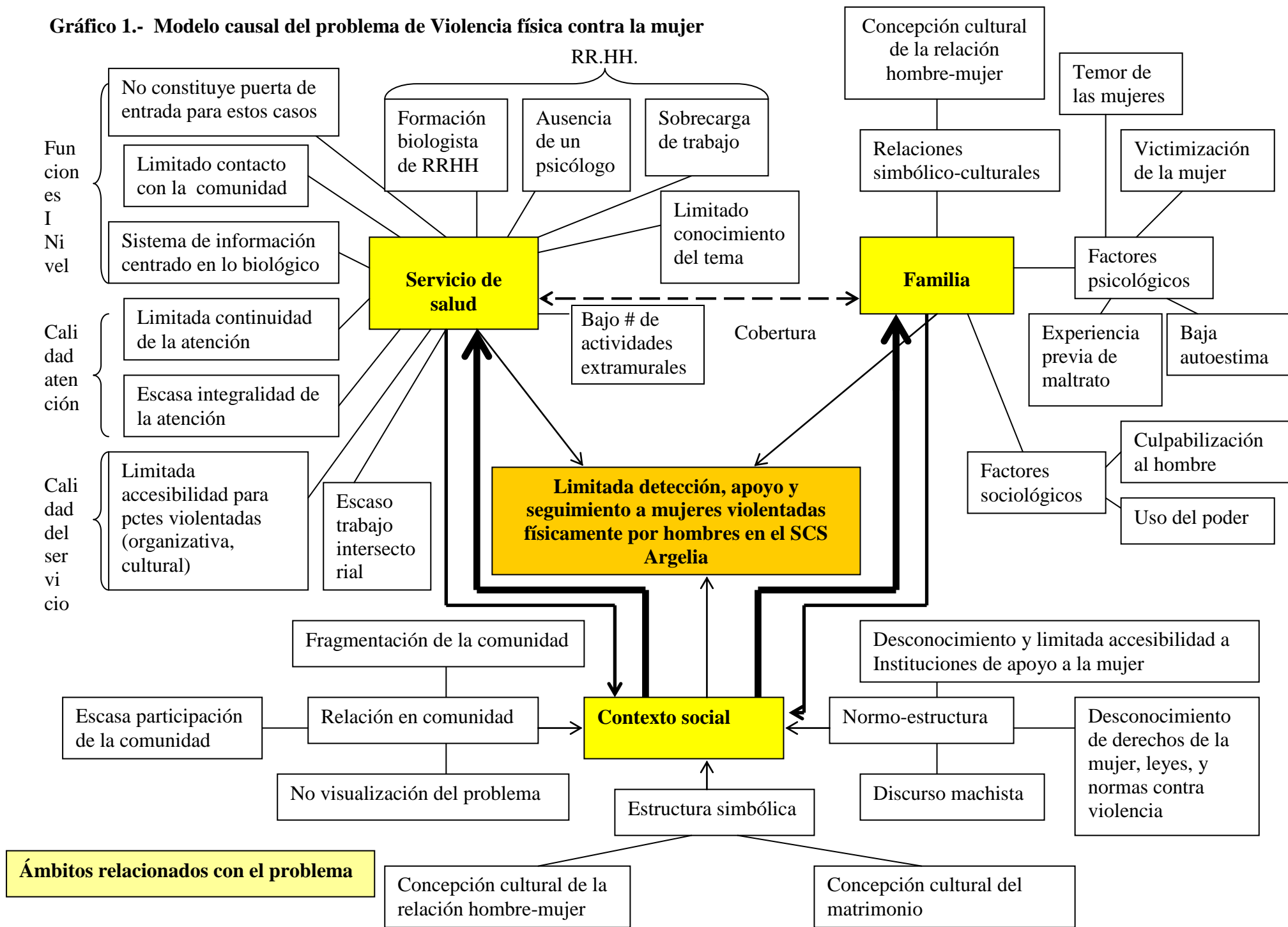
El área de salud a nivel institucional debe liderar las metas y objetivos a alcanzar en el abordaje de la VIF y desarrolla el apoyo técnico a las unidades de salud de su territorio²⁶. Este trabajo efectuado por el primer nivel de complejidad, requiere ser complementado a través de

una actividad conjunta con el segundo nivel de complejidad, proporcionando a las víctimas de violencia la atención necesaria en los casos en que amerite; atención que debe responder a elementos como la confidencialidad, la especificidad, complementaridad; sin dejar de lado integralidad y el adecuado flujo de información entre primer y segundo nivel.

4. MODELO CONCEPTUAL DEL PROBLEMA.-

El siguiente modelo constituye un modelo causal del problema, a partir del cual se establecieron las alternativas de cambio. Para elaborarlo se consideraron tres ámbitos relacionados directamente con la existencia de la limitada detección, apoyo y seguimiento a mujeres violentadas físicamente en el SCS Argelia; lo cual, se determinó en base a los “actores” que influyen en la generación del problema, pero también en su posible solución.

Gráfico 1.- Modelo causal del problema de Violencia física contra la mujer



5. CONOCIMIENTOS O EXPERIENCIA PREVIA.-

5.1. Experiencia en Ecuador

Las experiencias en Ecuador sobre el abordaje de violencia intrafamiliar por parte de los servicios de salud, han sido aisladas, y no se dispone todavía de una política clara al respecto.

Uno de los servicios de salud que ha trabajado en relación al manejo de las víctimas que acuden con violencia física, es el SCS Chillogallo. De acuerdo a una comunicación verbal con la obstetriz del servicio, las mujeres que acuden con violencia física son consideradas como pacientes de emergencia, y se las atiende inmediatamente, sin necesidad de requerir turnos: “si la mujer violentada requiere un tratamiento se lo administra, y se la remite a la Casa Matilde”.

Existe pues, un convenio entre esta Fundación y el SCS Chillogallo que consiste en atender a las víctimas de violencia remitidas por la unidad operativa y prestarles refugio, asesoría legal y psicológica a las mujeres que han sufrido violencia. Por su parte, el SCS se compromete en prestar asistencia médica y curativa a las mujeres, que en cambio, son referidas desde la Fundación Casa Matilde hacia el SCS, si así lo requieren.

La Fundación Casa Matilde, es una organización no-gubernamental, única en la ciudad de Quito, que alberga a las mujeres víctimas de violencia sexual, física o emocional. La función de Casa Matilde, de acuerdo a la psicóloga de la Fundación, es la de acoger a mujeres con violencia intrafamiliar, considerando que todo tipo de violencia intrafamiliar es una “situación de riesgo”; por tanto, cualquier mujer que acuda, sea por demanda espontánea o por referencia de alguna otra institución, puede ser albergada. El tiempo de permanencia en el albergue se determina de acuerdo al caso, y cubre tanto a la mujer que ha sido violentada, como al grupo familiar (sus hijos). Pero además, esta organización presta un servicio de atención integral (SAI), que consiste en consulta psicológica, asesoría legal y atención de trabajo social, promoviendo que la mujer formule planes de vida. A su vez, se efectúan reuniones mensuales con las ex usuarias para valorar su progreso.

Tanto la Fundación Casa Matilde, como el Area de Salud N°20 Chillogallo, forman parte de una red interinstitucional, constituida por alrededor de veinte y cinco instituciones, tanto fundaciones, como áreas de salud, organizaciones no gubernamentales y dependencias del municipio de Quito (Administración Sur Eloy Alfaro), las cuales conforman la “Red de atención y prevención de la violencia intrafamiliar en el Sur de Quito” (RAP VIF SUR). La mencionada Red surgió desde hace 8 años atrás, con la idea de mejorar las condiciones socio-económicas de los habitantes del sur de Quito, particularmente considerando que la violencia intrafamiliar está enraizada en aspectos sociales, económicos y culturales. Hasta el momento, su función ha sido la de aportar desde cada una de estas instituciones con actividades coordinadas. Por ejemplo, el convenio mencionado entre el SCS Chillogallo y la Fundación Casa Matilde, surgió a partir de la formación de la Red.

Por lo demás, desde la declaratoria del gobierno actual de la erradicación de la violencia, se ha dispuesto la elaboración de un “Plan Nacional de erradicación de la violencia de género, hacia niñez, adolescencia y mujeres”, el mismo que tiene alcance interministerial, incluyendo a la Policía Nacional, Consejo Nacional de Mujeres e INNFA. Frente a ello, el Ministerio de Salud Pública ha decidido la implementación de Normas de atención y protocolos de atención integral en los servicios de salud para la violencia intrafamiliar, elementos que se encuentran actualmente en proceso de revisión, previo a su publicación; lo cuales incluirían un trabajo de tipo intersectorial, con la conformación de equipos para atender violencia intrafamiliar y violencia

de género, reforzamiento de las redes de violencia intrafamiliar, entre otros elementos, según lo manifestó la encargada del proceso en el departamento de Normatización.

Una de las acciones que ya se ha puesto en marcha, ha sido la creación de salas de acogida exclusivamente para la atención de víctimas de violencia, en la Emergencia del hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil; proceso que también se pretende extender hacia hospitales de otras ciudades del país.

5.2. Atención a Violencia intrafamiliar en Chile.-

En Chile, se han establecido a través de la Ley 19.325 de Violencia Intrafamiliar, los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), como una de las instituciones encargadas de entregar atención psicológica a mujeres y hombres derivados desde los Tribunales Civiles y los consultorios de Atención Primaria ubicados en la misma unidad territorial que el COSAM (Provoste, 2007).

Cada COSAM desarrolló su propio modelo de atención para mujeres que vivían violencia doméstica, con algunos elementos comunes. En todos ellos hay una primera instancia que es la *Entrevista de Ingreso*, cuyo objetivo es conocer los antecedentes de la persona que consulta y su situación, entregar un primer apoyo y contención emocional y definir el tipo de intervención requerida. Dependiendo de sus necesidades y la gravedad de la violencia que vivían, las mujeres eran derivadas a diferentes servicios que ofrecían, y en algunos casos, siguen ofreciendo, los COSAM:

- evaluación psicosocial, realizada por una asistente social
- orientación social y legal, generalmente entregada por una asistente social
- atención individual, realizada por un psicólogo. Esta intervención puede ser combinada por una de tipo grupal
- intervención grupal, la que, según el COSAM que la realice puede constar de grupos cerrados, mixtos y abiertos y tener un énfasis psicoeducativo o más bien terapéutico

La intervención de los COSAM incluye a menudo los siguientes elementos adicionales, entendidos como parte de una atención integral: visitas domiciliarias, elaboración de informes a Tribunales, elaboración de informes sociales, derivación a redes.

En el año 2003 se realizó una aplicación piloto del Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de las Personas Afectadas por Violencia Intrafamiliar en tres centros familiares de salud. A partir de esta aplicación piloto se crea un modelo de intervención integral en violencia intrafamiliar, que considera la intervención médica y psicosocial, a nivel individual, grupal y familiar a personas afectadas por esta problemática.

Este modelo, que para el 2006 se implementaría en 60 centros del nivel primario de atención, contempla las siguientes fases (Ministerio de Salud de Chile, 2005):

- Detección: en esta primera etapa los/las profesionales de salud realizan la aplicación de un Instrumento de Tamizaje, destinado a pesquisar situaciones de violencia en el servicio maternal, el Programa de Mujer y el Programa de Depresión.

- Intervención de primer orden y diagnóstica: esta fase tiene como finalidad fortalecer los recursos personales y relacionales en las mujeres, favoreciendo su protección y su vinculación a recursos de atención especializada. Para este fin se elaboró un Instrumento de Diagnóstico en Violencia Intrafamiliar, que permite establecer las características y grados de violencia hacia la mujer de parte de la pareja y determinar el diseño más adecuado de intervención para cada caso. Aquellas mujeres que presentan un perfil leve a moderado y sin factores de riesgo vital, serán la población objetivo del Programa en el Nivel Primario. Las que presentan perfiles moderados a severos serán derivados al nivel secundario de atención
- Intervención integral: esta fase contempla las tres modalidades de intervención, que están apoyadas en una Guía Clínica y un Protocolo de Grupo. La principal es la intervención Psico-social de Grupo, prevista para 12 sesiones y de 2 horas cada una. Se recurre a la Atención Individual en casos especiales. Se considera también una Intervención familiar, que incluye a personas significativas del entorno inmediato, exceptuando a quien ejerce abuso.
- Intervenciones Complementarias: además de las fases señaladas, el modelo considera otras formas de intervención tales como: visita domiciliaria, control y seguimiento de casos; tratamiento farmacológico; consulta social y/o consulta jurídica

En base a la propuesta del Ministerio de Salud, se ha venido adoptando este programa en las diferentes unidades operativas; sin embargo, de su análisis se aprecia que sólo algunos Consultorios de Atención Primaria o Centros de Salud Familiar brindan atención especializada a mujeres que viven en violencia y lo hacen en pequeña escala. En cuanto a la detección, en ningún servicio se realiza el tamizaje tal como se ha establecido en el modelo diseñado para la atención de mujeres que viven en violencia. Entre las razones para no realizar esta actividad se mencionan: falta de sensibilización de parte del personal, falta de tiempo, una alta demanda de atención asistencial, desconocimiento del instrumento, falta de capacitación y/o porque la detección no es una tarea obligatoria dentro de las actividades que desarrolla el personal de salud. También se señala que no tiene sentido detectar cuántas mujeres requieren una atención que no es posible entregar.

Desde 1990, y con la promulgación de leyes que han puesto en el tapete el problema de la violencia que sufren las mujeres de parte de sus parejas, el Ministerio de Salud ha ido incorporando crecientemente esta problemática en sus planes y programas, en un proceso que aún no llega a responder a cabalidad las necesidades existentes.

6. HIPÓTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES.-

6.1. Listado de alternativas de cambio.-

En base al marco conceptual del problema se establecieron las siguientes alternativas de cambio, enlistadas a continuación:

6.1.1 Relacionadas a la detección.-

6.1.1.1 .Desde el Subcentro de Salud:

- a) Mejorar la calidad de la atención en el SCS Argelia hacia un enfoque integral, biopsicosocial y continuo
 - Fortalecer la integralidad de la atención
 - Reforzar la integración en la atención
 - Impulsar la continuidad de la atención
- b) Mejorar la accesibilidad de las mujeres violentadas físicamente al SCS Argelia
 - Favorecer la accesibilidad a través de una mejor organización del trabajo que el SCS Argelia debe realizar
 - Estimular y difundir la prestación de servicios por parte del SCS en situaciones de violencia intrafamiliar
- c) Fortalecer las funciones que el SCS Argelia como unidad de primer nivel debe efectuar
 - Reforzar la función de puerta de entrada para los casos de violencia intrafamiliar
 - Acrecentar el contacto con la comunidad para mejorar la detección de violencia intrafamiliar
 - Mejorar el sistema de información del SCS hacia una valoración más biopsicosocial
- d) Gestionar el Recurso humano para impulsar la detección de casos de violencia intrafamiliar
 - Capacitación al personal en la detección de casos de violencia intrafamiliar
 - Reorganización estructural del personal
 - Empoderamiento del personal sobre la violencia intrafamiliar
- e) Fortalecer el trabajo intersectorial a través de una red encaminada a la detección de maltrato a la mujer
- f) Fortalecer la realización de actividades extramurales por parte del equipo de salud que permitan la detección de casos de violencia intrafamiliar
- g) Fomentar la participación comunitaria en la detección de casos violencia a la mujer

6.1.1.2. Desde la familia y el contexto social:

- a) Promover procesos de empoderamiento desde las mujeres en relación al problema de la violencia intrafamiliar
 - Difundir los derechos de la mujer, leyes, normas e instituciones que la protegen
 - Fomentar la apropiación de derechos

- b) Impulsar una cultura basada en la equidad de género mediante la implementación de talleres y sensibilización con enfoque de género
- c) Generar empoderamiento de la comunidad sobre el problema de la violencia intrafamiliar

6.1.2. Relacionadas al apoyo y seguimiento.-

6.1.2.1. Desde el Subcentro de Salud:

- a) Mejorar la calidad de la atención en el SCS Argelia hacia un enfoque integral, biopsicosocial y continuo
 - Fortalecer la integralidad de la atención
 - Reforzar la integración en la atención
 - Impulsar la continuidad de la atención
- b) Gestionar el Recurso humano hacia el apoyo y seguimiento de casos de violencia intrafamiliar
 - Capacitar al personal del SCS en el manejo y seguimiento de los casos de violencia intrafamiliar
 - Gestionar la participación de un psicólogo y/o trabajador social en el SCS Argelia para el apoyo a los casos detectados
 - Empoderamiento del personal en el apoyo y seguimiento a los casos de violencia intrafamiliar
- c) Fortalecer el apoyo y seguimiento a los casos detectados mediante una red de trabajo intersectorial
- d) Contribuir al apoyo y seguimiento de las familias en esta situación a través de las actividades extramurales que realice el equipo de salud
- e) Contribuir al apoyo y seguimiento de los casos detectados mediante la participación de la comunidad

6.1.2.2. Desde la familia y el contexto social:

- a) Fomentar el empoderamiento de las familias en el manejo y búsqueda de solución a las situaciones de violencia intrafamiliar
 - Gestionar la formación de grupos de apoyo y seguimiento a las familias de mujeres que se encuentran en esta situación
- b) Impulsar una cultura basada en la equidad de género mediante la implementación de talleres y sensibilización con enfoque de género
- c) Instaurar procesos de empoderamiento de la comunidad en el apoyo y seguimiento a los casos de violencia intrafamiliar

6.2. Selección de la alternativa.-

Para la selección de la alternativa de cambio se tomó en cuenta las opiniones de los actores locales (comunidad, mujeres en situaciones de violencia intrafamiliar, personal del Subcentro de Salud)²². En base a sus exposiciones se seleccionó 3 alternativas como las más adecuadas para resolver el problema:

- a) Establecer una red intersectorial que permita la detección, apoyo y seguimiento de las mujeres violentadas
- b) Generar procesos de empoderamiento de las familias en relación a la detección, apoyo y seguimiento de los casos de violencia intrafamiliar
- c) Gestionar el recurso humano hacia la detección, apoyo y seguimiento de los casos de violencia intrafamiliar

La valoración de estas alternativas se efectuó de forma cualitativa, y de acuerdo, a la consideración de los interesados (a través de encuestas).

Tabla 2.- Selección de alternativa de hipótesis de acuerdo a resultados de encuestas

	Mujeres	Personal SCS	Comunidad	Investigador
a)Red intersectorial		X	X	
b)Empoderamiento de familias	X		X	
c)Gestión del RRHH	X	X		X

Elaborado por la investigadora

Según esto se determinó que si bien, la búsqueda de empoderamiento de las familias a través de charlas, etc., es una alternativa visible, que tiene un impacto moderado, y medianamente sostenible, es poco factible por el hecho de no contar al momento con recurso humano formado para efectuar tal actividad.

El establecimiento de una red intersectorial, que es una estrategia medianamente factible, y que tendría un mayor impacto, visibilidad y una sostenibilidad moderada; es, sin embargo, una alternativa que precisa del empoderamiento del recurso humano y de una formación en el manejo de casos de violencia y por ende, de un mayor enfoque biopsicosocial, por lo menos de aquellos que van a intervenir en la red intersectorial.

El personal de salud del SCS Argelia, por su parte, reconoce que la violencia intrafamiliar sí es un problema en el sector, y aunque “consideran” que no existe un número importante de casos, están de acuerdo en que trabajar sobre el tema es necesario y trascendente, pues, reconocen que disponen de poca capacitación y formación que permita ofertar un seguimiento adecuado y apoyo a las mujeres que viven en esta situación.

Por tanto, se concluyó que la alternativa más factible de las tres mencionadas, y que tendría impacto y visibilidad en el servicio de salud para iniciar el cambio, sería la gestión del recurso humano (alternativa 4 y 12 de la lista); el cual, empoderado del problema, y con una formación en el manejo de los casos desde su función actual, sea capaz de promover una detección,

²² Se efectuaron entrevistas no-estructuradas en base a un pregunta abierta “¿Qué se podría hacer respecto al problema de violencia intrafamiliar?”, tomando en cuenta la lista de alternativas ya elaboradas en base al modelo conceptual de referencia.

apoyo y seguimiento adecuado de las mujeres violentadas y sus familias, en el sentido de mejorar la calidad de la atención que el SCS ofrece. Posteriormente, y con este contingente humano, se pueden emprender otras acciones como la formación de la red intersectorial y el empoderamiento de las familias. En ese sentido, se podría también ampliar el término “recurso humano” no solamente a quienes conforman el equipo de trabajo en la Unidad Operativa al momento, sino a todo aquel que de alguna manera pueda influir en el problema, con miras a desarrollar la red intersectorial.

6.3. Hipótesis de cambio.-

La hipótesis de cambio es la siguiente: Mediante el empoderamiento del recurso humano existente (tanto del subcentro de salud como de los actores interesados de la comunidad), a través de su capacitación y reorganización funcional²³, lograríamos una integración, integralidad, continuidad de la atención y una accesibilidad organizacional en el SCS Argelia, de tal calidad, que permita un abordaje (detección, apoyo y seguimiento) pertinente a mujeres violentadas físicamente.

6.4. Empoderamiento.-

Este tema no está contemplado dentro de la estructura de la presentación establecida; pese a ello, se ha considerado el abarcarlo en este momento, con la intención de justificar la alternativa seleccionada para la investigación en relación con el “empoderamiento” del recurso humano.

Mucho se ha tratado sobre el empoderamiento de las mujeres violentadas; sin embargo, en esta investigación nos referimos al empoderamiento del recurso humano (el personal de salud) que, de una u otra forma se convierte en ese interlocutor, al cual, la mujer le confiará (o no) su situación de violencia intrafamiliar. Empoderamiento tiene que ver con un proceso dinámico y continuo (Silva y Loreto, 2004), que implica la “capacidad de mover los límites del campo de poder” o de la “libertad de elección para poder tomar decisiones de manera autónoma o rechazar esa posibilidad” (Mosedale, 2003).

¿Por qué entonces, trabajar sobre el empoderamiento del personal de salud respecto al tema de violencia intrafamiliar? Principalmente porque, al constituirse el equipo de salud en un actor trascendental en la detección de violencia intrafamiliar, debe éste disponer del “poder”²⁴ para, en base a sus conocimientos, aptitudes y actitudes, “orientar” la toma de decisiones de la mujer respecto a su problema, y emprender un proceso de acompañamiento con las mujeres, desde su detección hasta el apoyo y seguimiento de su caso.

Los estudios relacionados con las prácticas del personal de salud respecto a situaciones de violencia intrafamiliar (Heise, 1994), han demostrado que existe resistencia de este recurso humano a trabajar sobre el tema; esto, a consecuencia del limitado conocimiento que se dispone, la escasa integralidad e integración en la atención brindada, del contexto organizacional que impulsa a incrementar la producción del médico o enfermera, antes que la

²³ Para objetivos de este estudio reorganización funcional incluye cambios en la distribución de funciones y la distribución de los tiempos del recurso humano, la implementación de instrumentos para el sistema de información y modificación en el flujograma del servicio.

²⁴ Poder concebido en el sentido de modificar sus campos de acción, no de autoritarismo o sometimiento.

calidad de la atención, de la ausencia de un sistema de información y de un trabajo intersectorial que pueda fomentar un mejor manejo del problema.

Esta tesis señala que a través del empoderamiento del personal de salud, es decir, de su capacidad de elegir, y al mismo tiempo involucrarse en el tema, será posible establecer ese elemento óptimo para “moverse” de ese estado de inercia relativa en que se encuentra el personal de salud respecto al problema de violencia intrafamiliar. Ahora bien, para encaminar ese empoderamiento, proponemos actuar sobre la capacitación del equipo de salud y la reorganización funcional. ¿Es pues, coherente pensar que la capacitación y la reorganización funcional son capaces de generar empoderamiento? Para empezar habría que considerar que si bien el empoderamiento responde a un proceso intrínseco e individual, es factible de recibir estímulos externos que generen o propendan hacia una conciencia crítica y reflexiva, que logren en fin, un nuevo estado de poder para decidir.

Al hablar de capacitación aquí no nos referimos al mero hecho de la difusión de experiencias o conocimientos que recaigan en un ya definido método o técnica de actuación; al contrario, se hace referencia a la capacitación como aquel elemento formativo que propende hacia la discusión, el análisis y la reflexión, que conduzcan hacia la formación de nuevos constructos, a establecerse tanto desde el ámbito personal como grupal. Mientras que, con reorganización funcional buscamos el generar un ambiente que fomente la participación, la posibilidad de liderar, la solidaridad entre quienes conforman la organización. Con esto entonces, intentamos promover un “contexto empoderador”, como lo llama Zimmerman (1998:740), es decir, un entorno potenciador de procesos de empoderamiento en lo individual, organizacional y comunitario.

A nivel individual, se considera por ejemplo, que se pueden iniciar procesos de empoderamiento a través del aprendizaje de nuevas destrezas, trabajar con otros en función de una meta en común³. A nivel organizacional “implica el proceso de fortalecimiento de la organización como un todo para lograr sus objetivos y metas como sistema o unidad, lo que a su vez significa generar procesos de liderazgo compartido, procesos de capacitación de sus miembros en función de los objetivos de la organización, procesos de toma de decisiones y sistemas de comunicación y apoyo eficaces, sistemas de distribución de roles y responsabilidades según su capacidad, la creación de entornos de intercambio de información y recursos, un modelo de estilo de gestión adecuada en función del crecimiento y desarrollo organizacional” (Silva y Loreto, 2004:15). En tanto, se considera una comunidad empoderada aquella que inicia esfuerzos para mejorar, responde a amenazas a la calidad de vida, entre otras; que genera una identidad a un “nosotros”, un sentido de pertenencia.

Se ha sustentado entonces, el hecho que se puede conformar un contexto empoderador y a la vez empoderante, a través de la capacitación (empoderamiento individual) y la reorganización funcional (empoderamiento organizacional), que tiene que ver con la división de tareas y delimitación de funciones, el establecimiento de sistemas de información, el liderazgo compartido y la participación, que predispongan al cumplimiento de los objetivos comunes; en este caso relacionados con el quehacer del servicio de salud al respecto de la violencia intrafamiliar.

7. PROPÓSITO Y OBJETIVOS.-

7.1. Objetivo general:

Analizar los cambios en la detección, apoyo y seguimiento a los problemas psicosociales desde el servicio de salud, particularmente a la violencia física contra la mujer, tras la introducción de un modelo de abordaje, formulado desde un proceso de investigación-acción que propone el empoderamiento del personal mediante su capacitación y reorganización funcional.

7.2. Objetivos específicos:

- a) Promover un proceso que, a través de la capacitación y reorganización funcional del SCS, permita el empoderamiento del recurso humano existente (el equipo de investigación) para responder a los casos de violencia intrafamiliar.
- b) Desarrollar una propuesta de abordaje desde el servicio de salud a los problemas psicosociales sentidos por la comunidad, en este caso la violencia física contra la mujer, que surja a partir del equipo de investigación empoderado respecto al tema.
- c) Determinar los mecanismos que permitirían una integración, integralidad, continuidad de la atención y una accesibilidad organizacional en el SCS Argelia, de tal calidad, que permita un abordaje pertinente a mujeres violentadas físicamente

8. INSTRUCCIONES OPERATIVAS.-

El objeto de esta investigación se relaciona con el dar respuesta desde el servicio de salud a un problema que es sentido por la comunidad y por el personal del SCS, pero que no es ofertada por la unidad de salud, dentro del contexto y la estructura organizacional actual del MSP.

En el sector de la Argelia, los problemas psicosociales, particularmente la violencia física contra la mujer, constituyen un tema de preocupación para la población, quien demanda una respuesta del servicio. Por tanto, la meta de este estudio es construir y analizar un modelo para responder desde el SCS a la violencia contra la mujer.

Para lograr esa respuesta por parte del servicio, se propuso el aplicar una investigación-acción, que mediante el empoderamiento del personal con relación a la violencia física contra la mujer, permita encontrar un camino para lograr un abordaje pertinente de estos casos.

Para ello, se pusieron en marcha las siguientes estrategias:

8.1. Ampliación de la línea de base sobre VF²⁵: se buscó información sobre la percepción de VIF, las funciones, calidad de atención y organización funcional del SCS para el abordaje de las mujeres violentadas físicamente por su pareja, desde la perspectiva de la familia y el personal de salud.

Para lograrlo se llevaron a cabo las siguientes acciones:

8.1.1. Recopilación de información de mujeres violentadas: a través de psicodramas realizados con madres de la Aldea SOS-Centro Social Argelia

²⁵ VF= violencia física contra la mujer en pareja

8.1.2. Recopilación de información desde la perspectiva de los hombres: mediante un grupo focal efectuado con hombres del sector.

8.1.3. Recopilación de información desde la perspectiva del personal del SCS: en base a un grupo de interés con el personal y una encuesta dirigida al equipo de salud (Anexo 4. pp. 59.).

Los indicadores de estas actividades están constituidos por la información obtenida sobre la calidad de atención, las funciones y organización del SCS desde la perspectiva de cada uno de los grupos estudiados respectivamente.

8.2. *Elaboración e implementación de un plan de capacitación sobre VF* definido por el equipo investigador.

Las actividades propuestas fueron las siguientes:

8.2.1. Elaboración de un listado de capacitación sobre VF: determinado en base al grupo de interés y al cuestionario realizado con el personal del SCS (Anexo 4. pp. 59)

8.2.2. Búsqueda de recursos para la capacitación

8.2.3. Elaboración de agenda de capacitación conjuntamente con el personal del SCS

8.2.4. Aplicación de la capacitación

Los indicadores de estas actividades incluyen: listado de capacitaciones, número y tipo de recursos gestionados para la capacitación, agenda de capacitación elaborada y número de capacitaciones efectuadas/número de capacitaciones que constan en la agenda.

8.3. *Fortalecimiento de la organización funcional del servicio para el abordaje de los casos de VF*

Mediante las siguientes actividades:

8.3.1. Definición de problemas en relación con la organización funcional del SCS: determinados a partir del grupo de interés con el personal del SCS

8.3.2. Definición y elaboración de flujogramas, herramientas y actores para abordaje de casos de VF: conjuntamente con el equipo investigador

8.3.3. Aplicación de flujogramas y herramientas elaborados

8.3.4. Evaluación de las flujogramas y herramientas diseñadas para abordaje de los casos de VF:

Precisamente, al intentar introducir estos cambios, en relación a la elaboración y aplicación de herramientas para el abordaje, se encontró una resistencia por parte del personal del SCS Argelia, secundario a una estructura organizacional vertical prevaleciente y un clima organizacional no favorable para la ejecución de estas actividades.

De hecho, uno de los objetivos trascendentales de esta investigación fue también, lograr que el personal se sienta capaz de dar solución a problemas demandados y sentidos (por la comunidad y por el propio personal) y desarrolle por sí mismo, a través de métodos creativos, un modelo de abordaje al problema de la violencia intrafamiliar, que vaya más allá de la actividad curativa, y con el cual se sienta involucrado y empoderado.

Por tanto, se introdujo la siguiente estrategia, no considerada previamente en el protocolo de investigación:

8.4 Promover una actitud creativa y dispuesta al trabajo en equipo por parte del personal del SCS. Efectuando la siguiente actividad:

8.4.1. Impulso a la actividad creativa y al trabajo en equipo del personal del SCS: mediante la aplicación de psicodramas y juegos.

El indicador de esta actividad fue la realización de los psicodramas propuestos, buscando una tendencia al cambio, que se pueda evidenciar en la modificación del discurso del personal y la ejecución de las herramientas propuestas, al sentirse capaces de elaborarlas por sí mismos.

9. METODOLOGÍA.-

Esta investigación propone una respuesta desde el servicio de salud (Subcentro de Salud Argelia) a la violencia física contra las mujeres, para quienes este problema constituye una necesidad sentida pero no ofertada.

Para definir este problema partimos de un análisis situacional, en el que se valoró el cumplimiento del servicio de salud, comparándolo con las funciones que debería mantener un primer nivel de atención, con las características de la calidad de la atención, analizando su organización, la coherencia entre oferta-demanda-necesidad, etc. En base a dicho análisis, se estableció un listado de problemas (una brecha entre lo que es y lo que debería ser), seleccionándose de ellos el tema de la violencia intrafamiliar, por ser un problema que es sentido por la comunidad, y que es observado también por el personal del SCS, pero frente al cual, no se ha ofertado una respuesta.

Al reconocer que esta respuesta debe surgir desde el mismo equipo, para no caer en la situación de los miles de planes y programas existentes, que siendo conocidos por el personal, no se aplican; se vio que era preciso el empoderamiento e involucramiento del personal. Por tanto, el enfoque empleado para este estudio fue el de una investigación-acción, que a través de una metodología empoderante, participativa, principalmente basada en modelos comportamentales, propende hacia la búsqueda y puesta en marcha de una respuesta desde el servicio de salud a esta necesidad planteada por la comunidad, que se fundamenta en el empoderamiento del personal del SCS Argelia para responder a este problema.

Para trabajar el tema de violencia intrafamiliar desde el servicio de salud, por tanto, se consideró la metodología de investigación-acción, puesto que se trata de un aspecto de orden biopsicosocial, que requiere para su manejo, un método que permita involucrar a los actores en el proceso de cambio; y ya que la introducción del cambio exige una modificación en la actitud de los actores involucrados, es necesario trabajar en modelos comportamentales.

El equipo investigador estuvo constituido por el personal del SCS Argelia, a quien se lo incluye en esta investigación por ser dicho personal quien desarrolla los elementos y los instrumentos para elaborar la respuesta al problema planteado, y así mismo, es quien los evalúa determinando o no su factibilidad.

Las técnicas e instrumentos empleados fueron principalmente cualitativos. Durante la primera fase de este estudio se realizó una ampliación de la línea base del problema mediante la aplicación de: 1) sociodramas a 25 madres de niños que acuden al Centro Social Argelia-Aldea SOS, 2) grupo focal con 6 hombres del sector, 3) grupo de interés con el personal del SCS Argelia; con la intención obtener los siguientes datos: percepción de las mujeres, los hombres y

el personal sobre violencia intrafamiliar, y cuál sería la calidad de atención, las funciones y organización del SCS en la detección, seguimiento y apoyo a los casos de violencia intrafamiliar desde su perspectiva; pero también se recogió información en el personal del SCS sobre el nivel de capacitación respecto al tema de violencia intrafamiliar y su nivel de empoderamiento sobre este problema.

Fue aplicada una encuesta dirigida al personal del SCS en relación con la capacitación, la detección, manejo y seguimiento de las mujeres con VIF y el nivel de empoderamiento (Anexo 4. pp. 59.). Estos datos se compararon luego de efectuada la aplicación de las capacitaciones formativas y la toma de decisiones en la reorganización funcional del SCS, a través de la re-aplicación de la encuesta. A continuación, se procedió a elaborar, junto con el personal del SCS Argelia, un listado y una agenda de capacitaciones sobre violencia intrafamiliar que respondan a los intereses y necesidades de capacitación del recurso humano; se invitó también a otros miembros de la comunidad a tomar parte en las capacitaciones (mujer de la comunidad, cuidadores de Aldea SOS, policías de las cuatro Unidades de Policía Comunitarias –UPC- del Sector).

Las capacitaciones fueron realizadas por la trabajadora social del Area N° 7, con la modalidad de taller, y una profesional psicóloga, con la modalidad de sociodrama. El objetivo final de estas capacitaciones era desarrollar el empoderamiento del personal y decidir junto con el equipo qué acciones, decisiones y actividades se realizarían para la detección, apoyo y seguimiento de las mujeres violentadas físicamente por sus parejas.

Todo esto, luego de un fuerte proceso de empoderamiento dirigido a asegurar un impacto positivo del uso de estos instrumentos en la solución del problema, cerrando la brecha entre su demanda y la oferta; a través principalmente de una metodología para estimular la creatividad del personal mediante psicodramas, para fomentar su capacidad de desarrollar por sí mismo los instrumentos para abordar la violencia física contra la mujer. En base a ello se definió con el equipo un sistema de información para emplearse en los casos de violencia intrafamiliar y un flujograma de atención para los casos detectados.

El siguiente paso fue la implementación de los instrumentos elaborados, para su posterior evaluación operativa y analítica destinada a observar los cambios producidos con su aplicación (empoderamiento, casos detectados, en apoyo y seguimiento, nivel de integración, integralidad y continuidad). Para lo ello, se efectuó primeramente un grupo de interés destinado a valorar la aplicabilidad de los instrumentos elaborados.

Los indicadores de proceso y las observaciones considerados para estas actividades se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 3.- Actividades e indicadores de proceso diseñados para la investigación

Actividad	Indicador de proceso	Observaciones
Recopilación de información de mujeres y hombres del sector	-N° de mujeres participantes en el psicodrama -N° de hombres participantes en el grupo focal	-Percepción sobre VIF de mujeres y hombres del sector -Calidad de atención, funciones y organización que el SCS debería tener para atender casos de VIF
Recopilación de información del personal del SCS Argelia	-N° de personal que intervino en el grupo de interés -N° de personal que contestó el cuestionario	-percepción de VIF por el personal del SCS Argelia -calidad de atención, funciones y organización del servicio respecto a VIF -nivel de capacitación sobre VIF -nivel de empoderamiento del personal sobre VIF
Elaboración listado de capacitaciones	-N° de personal que elabora el listado	-Listado de capacitaciones
Búsqueda de recursos para capacitación	-N° y tipo de recursos gestionados para la capacitación	-Recursos disponibles para la capacitación
Elaboración de agenda de capacitación	-N° de personal que elabora agenda de capacitación	-Agenda de capacitación elaborada
Aplicación de las capacitaciones	-N° de personal asistente a las capacitaciones	-N° de capacitaciones efectuadas/N° de capacitaciones que constan en la agenda X 100
Definición de problemas en relación con la organización funcional del SCS	-N° de personal que participa en grupo de interés	Problemas identificados en la organización del servicio para responder a la atención de casos con VIF
Aplicación de psicodramas para promover la actividad creativa y al trabajo en equipo del personal del SCS	-N° de psicodramas realizados -N° de personal participante en los psicodramas	-Resultados de los psicodramas
Elaboración de un flujograma del servicio para abordar casos de VF	-N° de personal asistente al taller	-Flujograma del servicio elaborado
Definición y elaboración de herramientas para abordaje de VF	-N° de reuniones para definición y elaboración de herramientas	-Herramientas elaboradas (prueba de tamizaje, flujograma, hoja de seguimiento)
Evaluación de las herramientas diseñadas	-N° de personal que participa en la evaluación	-Resultados de evaluación (aplicabilidad)

Elaborado por la investigadora

A continuación, y con el fin de observar los cambios en el nivel de empoderamiento, capacitación del personal y reorganización funcional del SCS, se realizó una re-aplicación de la encuesta inicial (Anexo 4. pp. 59.) y un grupo de interés con el personal del SCS Argelia.

Además se realizó una revisión documental de los casos de VIF detectados, su apoyo y seguimiento al momento de concluir la investigación, comparando estos resultados con la línea de base. Está pendiente todavía la valoración de los cambios en cuanto a los niveles de integración, integralidad y continuidad de la atención que ofrece el SCS Argelia a las pacientes mujeres que acuden a este servicio de salud, mediante la re-aplicación de una encuesta empleada al realizar el análisis situacional inicial del servicio de salud (Anexo 1. pp. 56).

Los indicadores analíticos considerados para estos resultados “intermedios” fueron los siguientes:

Tabla 4.- Indicadores analíticos de resultados intermedios diseñados para la investigación

Evaluación	Indicador
Modificación en la escala de empoderamiento	Porcentaje de empoderamiento individual y organizacional pre y post investigación
Cambio en el discurso del personal	Discurso empleado por el personal
Abordaje de la violencia física contra la mujer	N° de casos detectados N° de casos a quienes se aplica el flujograma de atención N° de casos en quienes se elabora plan de seguridad N° de casos en seguimiento (valora continuidad) N° de casos que reciben tratamiento psicológico (valora integración)

Elaborado por la investigadora

10. RESULTADOS.-

10.1. DE LA EVALUACIÓN OPERATIVA

Al ampliar la línea de base del problema, mediante la aplicación de psicodramas a 30 madres del sector, entrevista al grupo focal constituido con 8 hombres que habitan en la Argelia, y grupo de interés realizado con todo el personal que trabaja en el SCS Argelia (6 personas), se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 5.- Percepción de violencia intrafamiliar por mujeres y hombres de la Argelia, y personal del SCS*

	Observaciones	Expresiones
Percepción de violencia intrafamiliar		
Mujeres	-violencia intrafamiliar tiene que ver con el “maltrato” que puede ser físico, psicológico o emocional -concepto de “madre sufridora” (toleran una situación de violencia por sus hijos) -reconocen que es un problema, pero que puede haber solución	-“Cuando el marido le pega a la mujer” -“hay que quedar callada, aunque sea por los hijos” -“Con ayuda sí se arreglan”.
Hombres	-violencia intrafamiliar es entendida como una divergencia en la relación hombre-mujer, secundaria a contradicciones en la pareja, y responde a una situación de violencia social (dentro de lo que se ubica el consumo de alcohol); es una réplica de lo vivido durante la infancia -reconocen la posición del hombre como una actitud machista, que en cierta manera justifica la violencia -concepto de “padre ejemplar” (reconocen como valor principal el presentar una imagen del padre ejemplar para sus hijos)	-“El mal comportamiento de la mujer y el hombre, la incompreensión. A veces como somos hombres también... ahí viene el desacuerdo, el maltrato -“El trago es el causante de todo” -“la misma sociedad es la que obliga a que muchas parejas cometan errores” -“Así me criaron mis padres y así soy” -De vivir así, ¿qué ejemplo estamos dando a nuestros hijos?
Personal SCS	-Opiniones contrarias del grupo: mujer como víctima de la violencia por parte de su pareja/ mujer causante o mantenedora de esta situación. -existencia de leyes que protegen a la mujer -manejo actual de un caso de VIF: emitir el certificado de agresión física y remisión a instituciones o personas que puedan apoyarlas	-“A veces piensan que eso es normal” -“Pero en sí, la señora también tiene un poco la culpa” -“Yo aconsejo... le remito a las Tres Manuelas, hablo con el Padre...”

Fuente: datos obtenidos a partir de encuestas y del análisis del discurso de los sociodramas, grupo focal y grupo de interés, realizados con mujeres, hombres y personal del SCS, respectivamente

Elaborado por la investigadora

Tabla 6.- Percepción de las funciones y organización funcional del servicio de salud frente a casos de mujeres violentadas físicamente*

Funciones del SCS y características de la calidad de atención en casos de VIF		
Mujeres	-Unidad de Salud es considerada por las mujeres como un puesto de auxilio, al cual acudirían para manifestar su problema, cuando amenaza su salud o la vida de sus hijos. - En relación a la forma en que les gustaría ser atendidas mencionan ciertas características que corresponden a una atención integral y continua	-“que me haga preguntas...así como un amigo o una amiga...que me dé confianza...que sepa apoyar y me dé un buen consejo,...un apoyo moral”, ... - “que la persona vuelva para ver cómo está”.
Hombres	-Observan al SCS como un actor pasivo, que realiza actividades curativas -Desearían que el SCS apoye en la sensibilización del problema	-“si es golpeada por el marido va al SCS para que le curen” -“Sería ideal dar charlas para que los hombres se sensibilicen, y la persona que reconozca su error, y quiera cambiar, venga acá”
Personal SCS	-El SCS tiene la función de detectar los casos de VIF -Se reconoce que existe debilidad en el seguimiento y apoyo a pacientes -Se menciona la necesidad de una atención más holística para reconocer y atender el problema	-“Detectar (los casos) es lo que más fácil que podemos hacer, porque no estamos tan especializados para hacer un seguimiento y apoyar”. “Pero detectamos y, ¿nos quedamos ahí?” -“Hay que tratar de dar solución”
Organización funcional del SCS Argelia frente a la detección, seguimiento y apoyo de casos de VIF		
Mujeres	-Señalan la necesidad de una atención oportuna y un apoyo psicológico	-“tienen que estar preparados para atenderme, atenderme rápido...con delicadeza, siendo respetuosos, amables”
Hombres	-El SCS debería realizar una detección de los casos, y apoyarlos a través de una sensibilización a los hombres -Sugieren que es posible convocar a los hombres a través de los hijos	-“llamar a personas así a hablar, a que piensen, opinen...llegar a hacer un grupo de personas que podamos contar a alguien una experiencia” -“de pronto los padres podemos llegar por los hijos”
Personal SCS	-Existe una limitada organización del SCS Argelia para la detección, seguimiento y apoyo de casos de VIF -Se considera como principal limitante al escaso tiempo disponible para la atención a los pacientes	-“No estamos organizados” -“Primera vez que hablamos así, en equipo” -“Es más bien por la falta de tiempo, las pacientes quieren que les atiendan más rápido, vienen y le confían algo y las demás se comienzan a molestar, a exigir que les atiendan más rápido”

Fuente: datos obtenidos a partir de encuestas y del análisis del discurso de los sociodramas, grupo focal y grupo de interés, realizados con mujeres (4/10/08), hombres (8/11/08) y personal del SCS (6/10/08) respectivamente.

Elaborado por la investigadora

La aplicación de estas técnicas, permitió un conocimiento con mayor profundidad del problema, visto desde la perspectiva de los habitantes del sector, así como desde el personal del SCS. De igual manera, se valoró el nivel de capacitación y empoderamiento del personal del SCS en relación con el tema de violencia intrafamiliar. Los resultados se exponen a continuación:

**Tabla 7.- Nivel de capacitación y empoderamiento del personal del SCS Argelia
Respecto a Violencia intrafamiliar**

Nivel de capacitación del personal del SCS Argelia sobre VIF		
Personal SCS	-Capacitaciones recibidas por el personal sobre el tema han sido limitadas tanto en su cantidad como en su calidad para el manejo de casos de VIF.	-“Yo tengo deficiencias en reconocer la violencia” -“Sí necesitamos un poco de refuerzo para manejar estos problemas”
Empoderamiento del personal de salud respecto al tema		
Personal SCS	-El personal de salud considera que la VIF es un problema que compete al SCS, sin embargo ha sido un aspecto del que poco se ha tratado en equipo -Disposición a trabajar sobre el tema, pero dentro del tiempo laborable	-“Yo quisiera trabajar sobre el tema y estoy de acuerdo siempre y cuando sea dentro de mi tiempo de trabajo”

Fuente: datos obtenidos a partir de encuestas y del análisis del discurso del grupo de interés realizados con el personal del SCS

Elaborado por la investigadora

En base a los hallazgos mencionados se elaboró con el personal de salud una agenda de capacitaciones formativas (tabla 8), la misma que se ha cumplido en un 50%.

Tabla 8.- Agenda de capacitaciones formativas elaborada por el personal del SCS Argelia

Tema	Fecha y hora	Facilitador
-Ruta crítica de la VIF	Miércoles 22/10/09 11:00 – 12:00 a.m.	Trabajadora social del Area 7
-Manejo y seguimiento de un caso de VIF	Miércoles 29/10/08 11:00 – 12:00 a.m.	Trabajadora social del Area 7 Psicóloga del Area 7
-Lugares de referencia		
-Abordaje psicológico de una mujer con VIF	Miércoles 12/11/08 11:00 – 12:00 a.m.	Psicóloga del Area 7
-Derechos sexuales y reproductivos de la mujer	Miércoles 26/11/08 11:00 – 12:00 a.m.	Abogada Centro de Equidad y Justicia (Tres Manueles)
-Leyes contra VIF		
-Elaboración de instrumentos para el abordaje de la VIF	Miércoles 10/12/08 11:00 – 12:00 a.m.	Equipo de salud

Elaborado por la investigadora en base a datos consensuados con el personal del SCS

Únicamente se llegó a cumplir con la mitad de las capacitaciones planificadas debido a ciertas limitaciones: por un lado se encontraron dificultades en la congregación de los asistentes a las capacitaciones, puesto que debían acudir a otras reuniones determinadas por la jefatura de Area o por el gremio al que corresponde el personal; esto, sumado al hecho que por dos ocasiones se debieron suspender las capacitaciones por ausencia del facilitador. De todas maneras, durante las capacitaciones, el equipo de investigación definió las siguientes funciones y elementos organizativos para el abordaje de la violencia intrafamiliar.

Para la detección:

- establecer signos de alarma para la detección de casos de VIF
- elaboración y aplicación de una prueba de tamizaje para mujeres con VIF
- colocar propaganda en el SCS para facilitar la detección de casos de VIF

Para el apoyo:

- estimular su autoestima el momento que acuden a la consulta
- promoción del buen trato
- conformar un grupo de mujeres para mejorar autoestima, sensibilización

Para el seguimiento:

- efectuar visitas domiciliarias
- elaborar unas tarjetas especiales para la programación de visitas domiciliarias a las mujeres con VIF

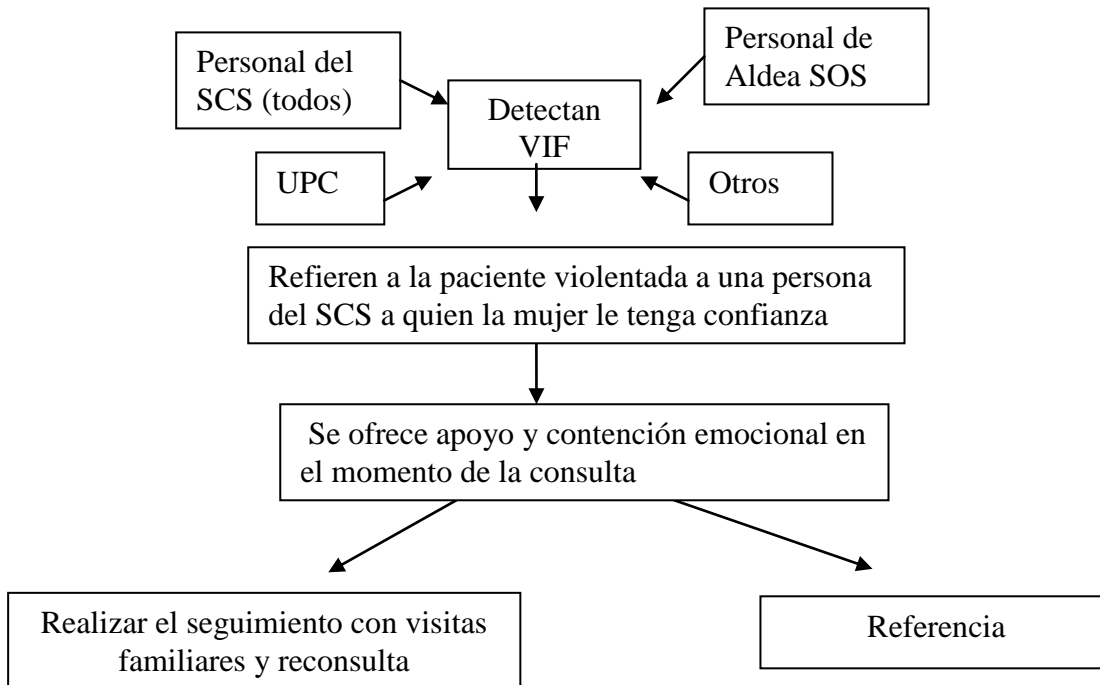
Sistema de información:

- colocar un sticker en la historia clínica de las mujeres detectadas con VIF
- disponer de una hoja de seguimiento específica de VIF en la historia clínica de la mujer

Flujograma de abordaje para VIF (flujograma del servicio)

Se determinó además la necesidad de elaborar un flujograma el abordaje de mujeres con VIF, el mismo que fue elaborado con otros actores de la comunidad.

Gráfico 2.- Flujograma del servicio de salud para la atención a VIF elaborado por el equipo de investigación



Elaborado por el equipo de investigación en taller sobre VIF (11/1108)

Sin embargo, al momento de aplicar estos instrumentos se observó una actitud del personal del servicio de salud, no favorable al cambio y que no permitía el desarrollo de respuestas propias para conformar un modelo de abordaje, debido a la falta de un verdadero empoderamiento del equipo; por lo cual, se decidió dedicar más tiempo a este tema en especial, a través de talleres de creatividad, dirigidos específicamente al personal del SCS Argelia.

Para la ejecución de dichos talleres se contó con la participación de una psicóloga con amplia experiencia en la utilización del psicodrama, como método para promover, a través del empleo de dramatizaciones y dinámicas, la generación de una actitud creativa y dispuesta al trabajo en equipo por parte del personal del SCS.

De esta forma se logró elaborar los siguientes instrumentos para el abordaje de las mujeres violentadas físicamente, surgidos desde el propio personal del SCS: una prueba de tamizaje que contiene signos de alarma o de sospecha de violencia intrafamiliar (Anexo 5. pp. 61), el flujograma de atención para mujeres violentadas físicamente (Gráfico 3. pp. 43), y el plan de seguridad (Anexo 6. pp. 62).

Al evaluar la aplicabilidad de estos instrumentos, información que se determinó a partir de un grupo de interés con el personal del SCS, se encontró que apenas 2 miembros del personal habían tenido la oportunidad de emplearlos. Las observaciones al respecto de los instrumentos elaborados fueron las siguientes:

Tabla 9.- Resultados de la evaluación de los instrumentos elaborados

Instrumento	Observaciones	Expresiones
Prueba de tamizaje	-Se reconoce que es necesario realizar algunos cambios para evitar redundar con las preguntas	-“Es un poquito larga” -“Habría que modificar algunas preguntas, para que no sean tan redundantes”
Flujograma de atención	-El flujograma elaborado permite discernir entre los casos con riesgo vital y constituye un elemento útil para abordar los casos de violencia física contra la mujer	-“Es bueno. Te da un camino a seguir” -“Recoge los elementos que nos indican gravedad”
Plan de seguridad	-Es considerado un instrumento útil tanto para el personal de salud porque permite disponer de información para el abordaje a la mujer violentada, así como también para las mujeres, con quienes se elabora el plan.	-“Es muy útil” -“Tienes los datos de a dónde puedes referir” -“Es una buena herramienta para la mujer”

Fuente: resultados obtenidos mediante el grupo de interés realizado con el personal del SCS (30/01/09)

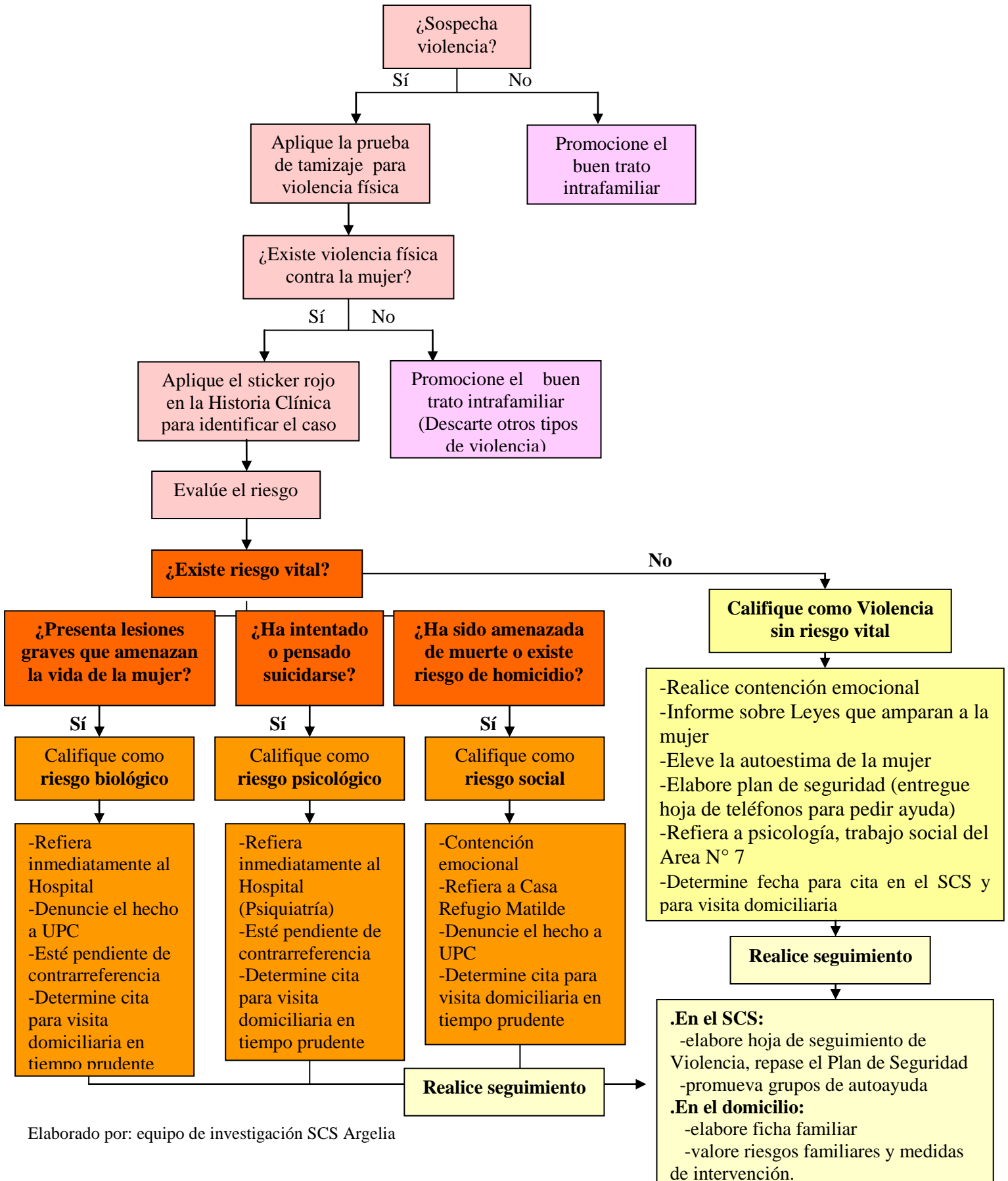
Elaborado por la investigadora

El resto del personal mencionó que el tiempo transcurrido desde la formulación de los instrumentos había sido muy corto como para aplicarlos, y por tanto, evaluarlos. Por consiguiente, se definió que se realizaría una evaluación trimestral de la aplicación de estos instrumentos.

A continuación se expone el Flujograma de atención a mujeres violentadas físicamente por su pareja, elaborado con el personal del SCS Argelia.

Gráfico 3.-

**FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN
VIOLENCIA FÍSICA CONTRA LA MUJER EN PAREJA**



Al efectuar la evaluación de la capacitación recibida y los cambios propuestos en la reorganización funcional, se encontró lo siguiente:

Tabla 10.- Resultados de la evaluación de la capacitación y de los cambios en la reorganización funcional*

	Observaciones	Expresiones
Capacitación	<p>-La metodología empleada para las capacitaciones, a través de la utilización de psicodramas, resultó ser novedosa y atractiva para el personal del SCS, además que permitió observar el problema desde una perspectiva diferente</p> <p>-Las capacitaciones promovieron también una actitud del personal más favorable en cuanto a la prestación de una globalidad en la atención</p> <p>-Sin embargo se apreciaron ciertas limitaciones en la aplicación de las capacitaciones, tanto por el tiempo disponible para la capacitación, como por el lugar en donde se llevaron a cabo</p>	<p>-“fue totalmente nuevo”</p> <p>-“te da una visión más clara acerca de la violencia intrafamiliar”</p> <p>-“te ayuda a entender el problema”</p> <p>-“Fue muy interesante, tratar de buscar un trasfondo a los problemas”</p> <p>-“claro que sí uno se demora más tratando de ver a pacientes que somatizan problemas”</p> <p>-“pero es corto el tiempo para la capacitación”</p> <p>-“el espacio y el tiempo no fue muy adecuado para eso...sobre todo cuando vienen pacientes y nos interrumpen”</p>
Reorganización funcional	<p>-Aunque el personal del SCS considera útil y adecuado el empleo de los instrumentos elaborados, se reconoce que es preciso todavía introducir otros elementos para abordar los casos de violencia; por ejemplo, en relación al tiempo por consulta y el cumplimiento con el flujograma del servicio elaborado</p> <p>-Se introdujo un elemento más en relación a la organización, que fue la decisión de evaluar mensualmente el trabajo al respecto del abordaje a mujeres violentadas</p>	<p>-“todavía nos hace falta disciplinarnos”</p> <p>-“el tiempo es muy corto para atender a los pacientes”</p> <p>-“nos vamos a reunir una vez al mes para tratar al respecto”</p>
Creatividad	<p>-El trabajo realizado permitió que el personal pueda elaborar por sí mismos los instrumentos, trabaje en grupo, y que se sienta capaz de proponer soluciones a los problemas demandados por la comunidad</p>	<p>-“al menos estos (instrumentos) los hemos desarrollado nosotros mismos, que hemos hecho en equipo”</p> <p>-“es una buena experiencia para saber que se puede trabajar en grupo y hacer algo por nosotros mismos, sin que te lo impongan”</p>

Fuente: Resultados obtenidos a partir del grupo de interés y encuesta realizadas con el personal del SCS Argelia.

Elaborado por la investigadora

10.2. DE LA EVALUACIÓN ANALÍTICA

Debido a la limitación del tiempo para la realización de esta investigación, únicamente se han logrado hasta el momento, evaluar resultados “intermedios” en el proceso emprendido en el servicio de salud. Dado que el objetivo de este estudio era el de desarrollar un modelo de abordaje a los problemas psicosociales, específicamente a la violencia contra la mujer, a partir del empoderamiento del personal del SCS, se observó que al reapplicar la encuesta inicial (Anexo 4. pp. 59) hubo un cambio desde un empoderamiento individual, hacia uno más colectivo u organizacional (de un nivel 1 a un nivel 2); es decir, desde pensar que es un problema que debe ser abordado en su actividad laboral, hacia poner en marcha una actividad para dar respuesta a dicho problema, pero en equipo. No se lograron obtener valores de significancia estadística por el tamaño de la muestra.

Tabla 11.- Modificaciones en la escala de empoderamiento

Nivel	Escala de empoderamiento	Previo a la investigación*	Posterior a la investigación*
0	El tema no me interesa, ni siquiera he pensado que es algo que me compete desde mi labor	33%	0%
1 (empoderamiento individual)	Sí he pensado que debería hacer algo desde mi trabajo, pero no he llegado a nada en concreto y ni siquiera lo he conversado con mis compañeros	67%	17%
2 (empoderamiento organizacional)	Sí lo hemos conversado entre compañeros y hemos quedado en cómo trabajar sobre este tema y estamos tratando el tema	0%	83%

Fuente: Resultado de acuerdo a las respuestas obtenidas al aplicar la escala

Elaborado por la investigadora

Se observó también que se ha logrado a través de estas técnicas (las capacitaciones y talleres de creatividad) un cambio en el discurso del personal, tal como se puede apreciar en lo analizado en el último taller, lo cual podría considerarse un paso inicial en el desarrollo de un proceso de empoderamiento:

He aprendido que...

Preferible me equivoco yo... pero le creo (a la paciente que comenta un caso de maltrato)
 Debo buscar tiempo para ayudar mejor
 Es necesario el trabajo en equipo para lograr “algo” mejor
 Debo centrarme en el problema y llegar hasta el final
 Debo saber escuchar
 Me voy a poner en el lugar de la otra persona y creerle

Ahora bien, en lo que respecta al abordaje de este problema psicosocial, la violencia física contra la mujer, puede señalarse lo siguiente: durante el tiempo que transcurrió la aplicación de los instrumentos elaborados (3 semanas) se han detectado 3 casos de violencia intrafamiliar, en

los cuales se aplicó el flujograma y se realizó el seguimiento a través de la visita domiciliaria en los 3 casos y tratamiento psicológico en 2 casos. Esto contrasta con los datos de la línea de base, donde en todo el año 2007 se habían detectado apenas 2 casos, de los cuales, ninguno se realizó seguimiento. Por tanto, podría decirse que el modelo de abordaje desarrollado permitió una mayor detección de los casos de violencia intrafamiliar, y un punto de referencia para mantener la continuidad de la atención.

No se ha valorado todavía los cambios en la calidad de la atención referentes a la globalidad e integración. Sin embargo el personal ha mencionado que “se demora más intentando saber por qué la paciente somatiza”, lo cual es un indicio de que existe una mayor preocupación por descubrir el trasfondo psicosocial de los problemas que aquejan al paciente, observándolos no solamente desde el punto de vista biológico. De cualquier modo, tal como se señaló anteriormente, la mayor parte del personal no ha aplicado todavía los instrumentos desarrollados, y se observa aún cierta resistencia a abordar a los pacientes detectados con violencia intrafamiliar.

11. DISCUSIÓN.-

Empoderamiento.-

El pilar fundamental del desarrollo de esta investigación es el dar respuesta desde el servicio de salud a un problema sentido por la comunidad, como es el caso de la violencia física contra la mujer en pareja; para lo cual, se desarrolló un proceso que pretendía generar el empoderamiento del recurso humano del SCS Argelia a través de su capacitación y reorganización funcional, de tal manera, que aquel personal empoderado pueda ofrecer un abordaje pertinente a los casos de violencia física contra la mujer, el mismo que podría aplicarse a otros problemas psicosociales.

Al inicio de la investigación se había mencionado que el empoderamiento, aquella “capacidad de mover los límites del campo de poder”, puede tener lugar en un “contexto empoderador”, según Zimmerman (1998:40), y puede desarrollarse a nivel individual, organizacional y comunitario. Por tanto, se consideró que la capacitación sería una forma de adquirir nuevas destrezas y generar un empoderamiento individual; y por otro lado, la reorganización funcional al respecto de la violencia física contra la mujer, promovería un empoderamiento organizacional, esto tras generar procesos de toma de decisiones y formular sistemas de comunicación, así como definir la distribución de roles y responsabilidades.

El hecho de generar ese modelo de abordaje desde el personal del SCS implicó, aún más, la necesidad de empoderar al equipo tanto con el tema de la violencia en sí, como con el sentirse a sí mismo capaces de proponer soluciones y aplicarlas. Efectivamente, se logró la formulación de instrumentos elaborados desde el personal del SCS, lo cual, constituye un avance importante en la aplicación de esa capacidad creadora, que de alguna manera, ha recibido un empuje a través de esta investigación. De esta manera fue posible elaborar un modelo de abordaje a un problema psicosocial desarrollado a partir del personal del SCS.

Se observó además, una modificación en cuanto a la escala de empoderamiento que demostró su incremento tanto en el ámbito individual como colectivo, tras la aplicación de la investigación; pero cabe evaluarse cómo se está aplicando ese “empoderamiento” en la práctica. Por ejemplo,

el que la mayor parte del personal no haya aplicado aún los instrumentos elaborados, demuestra que todavía persiste una cierta resistencia a trabajar al respecto de la violencia intrafamiliar y un limitado nivel de empoderamiento; así lo deja también entrever la siguiente expresión: “y... si encontramos un caso con violencia, ¿le podemos enviar a usted?... es que usted es personal especializado”.

Para Carnota (2004:4), existen seis habilidades, técnicas o métodos básicos que permitirían un empoderamiento: liderazgo participativo (sistema de liderazgo abierto, compartido y descentralizado, cuya base principal son los equipos autodirigidos), compromiso (hacer que las personas se sientan dueños de su propio trabajo), gestión del conocimiento (acceso a la información, preparar a las personas para el cambio, habilitarlos para el ejercicio del poder y la toma de decisiones), trabajo en equipo (que las personas estén preparadas para trabajar de esa forma, que quieran hacerlo y que tengan la autoridad para poner en práctica lo que decidan), comunicación (hacia una modalidad sujeto-sujeto, reflejo del cambio que se produce desde los mecanismos de ordeno y mando hacia los enfoques participativos) y compensación del desempeño.

En este estudio hemos abordado lo referente a la gestión del conocimiento y el trabajo en equipo; sin embargo, no se han tomado en cuenta los otros aspectos o métodos que serían fundamentales en la generación del empoderamiento, como serían por ejemplo, el liderazgo participativo, la comunicación y la compensación del desempeño; por tanto, se comprendería la ausencia de un mayor empoderamiento que precisaría de la revisión e introducción de estos elementos en la hipótesis seleccionada. Es más, de acuerdo al mismo autor, existen condiciones organizativas y de liderazgo, que impedirían la adecuada introducción del empoderamiento: “organizaciones con esquemas muy centralizados de gestión, niveles muy bajos de cultura organizativa, sistemas excesivamente estructurados, líderes no interesados en temas de este tipo...” (Carnota, 2004:6).

Esta visión con tinte gerencial, que no deja de tener su trasfondo teórico, puede ser, sin embargo criticable, y podría confundir el empoderamiento con una forma de manipulación. De todas maneras, parece ciertamente que la estructura organizacional afecta gravemente la actitud y la disposición hacia el cambio por parte de los miembros de la organización. Así lo ha dejado observar lo manifestado por el equipo de salud durante las pláticas de esta investigación.

Debido a las características del SCS, donde predomina una estructura vertical, existe un ambiente no favorable a la introducción de cambios e innovaciones, que se suma a un clima organizacional que no facilita el trabajo en equipo, la cooperación y el sentirse identificados con la organización. Dicha estructura organizacional formal, de tipo vertical, es la que determina una “osificación del comportamiento, rechazo automático de todas las ideas innovadoras, maltrato de clientes, aumentos en ausentismo, huelgas, y a veces el trastorno de las operaciones de la organización” (Perrow, 1998:34). Es decir, una actitud tendiente a realizar tareas designadas en forma mecánica, a mantener el estado actual sin modificaciones, y ante todo, a reducir la posibilidad del personal para sentirse a sí mismo con capacidad para crear, para desarrollar en forma autónoma y por su propio interés respuestas a los problemas que emergen.

En el SCS Argelia, la estructura organizacional responde a un diseño de burocracia mecánica, de acuerdo a Mintzberg (2000: 53), que genera las reacciones señaladas y por tanto, impide la introducción del cambio esperado.

Adicionalmente, aquella estructura denominada informal o social, tejida por las relaciones y dinámicas existentes entre los miembros de la organización, y que tiene que ver con las relaciones de poder, las expectativas e intereses, conflictos, y fines mutuos de sus miembros, las interrelaciones humanas y sus comportamientos, la cultura organizacional²⁶ propiamente dicha y los diferentes grupos informales con sus intereses (Sánchez, 2006), es la que determina un clima organizacional adecuado o no para la introducción de un cambio.

El comportamiento del personal del Servicio de Salud, tendiente a mantener relaciones de poder, a la generación de conflictos que no permiten evolucionar hacia un resultado positivo; sumado a la existencia de un ambiente burocrático, sostienen un clima organizacional²⁷ que limita, y en todo caso perturba, la producción de cambios y el desarrollo de habilidades propias para generar soluciones no impuestas. En definitiva, la estructura organizacional informal del SCS Argelia se caracteriza por presentar un clima organizacional de insatisfacción con la estructura vertical, que impone reglas, estándares, normas; pero que además genera en el personal una limitada autonomía y, por tanto, una escasa responsabilidad e identidad para con la organización, adicional a una atmósfera conflictiva y no cooperativa que dificulta la introducción y apropiación de cambios²⁸.

Esta organización informal respondería a su vez a la persistencia de un sistema en donde se precisan relaciones autoritarias, jerárquicas, pero también sumisas, por la necesidad de asegurar la sostenibilidad del personal dentro de un ambiente inequitativo, que además justifican las relaciones de poder.

Gracias a la flexibilidad que ofrece el método de investigación-acción, fue posible e indispensable introducir un elemento, previo a la elaboración de los instrumentos definidos por el personal de salud, para responder al problema en estudio; este elemento, que comprende la promoción de la creatividad del personal del SCS Argelia, es la pieza maestra en el desarrollo de este modelo de abordaje a la violencia intrafamiliar. Sin embargo, y considerando todo el entramado que constituye el trasfondo de la resistencia a cambiar por parte del personal, es necesario un trabajo de mayor profundidad, donde se consideren los elementos persistentes en la organización formal y no formal del servicio de salud; sin lo cual, una propuesta empoderante no tendrá cabida dentro de la institución.

Organización funcional

En esta investigación hemos definido y elaborado algunos elementos de la organización funcional, tales como el flujograma del servicio, el sistema de información para la detección, el apoyo y seguimiento de los casos de violencia física contra la mujer; sin embargo, no se ha logrado determinar otros elementos, como serían los roles y distribución de funciones del personal.

²⁶Cultura organizacional: atmósfera o ambiente organizacional, como se quiera llamar, es un conjunto de suposiciones, creencias, valores o normas que comparten sus miembros. Además, crea el ambiente humano en que los empleados realizan su trabajo. De esta forma, una cultura puede existir en una organización entera o bien referirse al ambiente de una división, filial, planta o departamento.

²⁷ Clima organizacional: se refiere a una percepción común o una reacción común de individuos ante una situación. Por eso puede haber un clima de satisfacción, resistencia, o participación.

²⁸ Para una descripción más detallada del clima organizacional del SCS Argelia véase Anexo 7. pp. 63.

Esto probablemente debido a que no se estableció una estrategia específica para la distribución de funciones del personal del SCS; pues se consideró que al momento de exponer los problemas referentes a la funcionalidad organizacional, se darían soluciones a éstos desde el mismo personal. Tal vez este constituye el punto más crítico de la investigación, porque es aquí donde se hacen evidentes todos los aspectos señalados en el acápite anterior al respecto de la persistencia de una organización vertical.

Dicha estructura vertical determina por ejemplo, los tiempos que el profesional de la salud debe emplear con cada paciente al efectuar una consulta; y así mismo, el nivel de productividad del personal. Ello conduce a que los miembros de la organización estén más pendientes con el cumplimiento de los tiempos y las tareas asignadas, antes que con la calidad de la atención; lo que a su vez, supone una atención de predominio curativo, donde se deja de lado la continuidad y la integración de la atención. De ahí que el tiempo y el esfuerzo que se dediquen a un paciente se ven amenazados por la misma estructura que especifica cómo y cuánto realizar.

La ausencia de una adecuada delimitación de funciones en el SCS, que se suma a la falta de un trabajo en equipo, impide, por otro lado, el mejor desenvolvimiento de la organización y la apropiada respuesta a las necesidades demandadas por la comunidad. Es decir, si bien hemos intentado modificar aspectos relacionados a la organización del SCS “desde adentro”, es necesario observar e intervenir en lo que respecta a la organización en macro; pues, sino se modifican esas condiciones estructurales, los cambios en relación a cómo el SCS responde a tal o cual problema, serán poco perdurables, a pesar que exista el compromiso de los miembros de la organización.

Capacitación

La metodología empleada, es decir, capacitaciones formativas a través de talleres y realización de psicodramas, resultó ser adecuada para modificar por lo menos el discurso del personal de salud, y promoverlo hacia un empoderamiento individual. Sin embargo, aún queda abordar cuánto de lo aprendido se aplica en el trabajo cotidiano; pues, el sólo tener acceso a la información no asegura su utilización y puesta en práctica. Frente a ello, devienen una serie de aspectos tanto personales como organizacionales.

En el caso de esta investigación se ha intentado intervenir en lo personal a través del empleo del psicodrama, que constituye un método que resulta ser aplicable tanto para efectuar un diagnóstico de una situación de tipo psicosocial, como el caso de la violencia intrafamiliar, como para desarrollar un proceso de capacitación. Efectivamente, se ha observado que mediante el psicodrama es posible que los participantes, en base al juego de roles, puedan mirar la situación desde otro punto de vista, mejoren la capacidad de comprender a los demás, aprendan a asesorar y a desarrollar empatía y sensibilidad respecto a las preocupaciones de los pacientes (Bohlander, et. al., 2001). Por tanto, es un buen recurso para el proceso de investigación-acción.

Existen sin embargo, elementos inherentes al personal de salud que pueden frenar su trabajo con temas psicosociales, especialmente al tratarse sobre violencia intrafamiliar. En ese sentido, pueden influir situaciones como su propia vivencia o sentirse impotente frente al abordaje de un caso que tiene una gran implicación social, donde existe una mayor incertidumbre en cuanto a su evolución.

En relación a lo organizacional, si bien las capacitaciones intentaron promover el trabajo en equipo y la formulación de herramientas, donde se consideró la toma de decisiones por parte del personal del SCS Argelia; existen otros elementos en los que no se trabajó, los cuales ya fueron mencionados anteriormente, y que explicarían esa resistencia del personal a abordar los casos de violencia. Por tanto, la capacitación no pasará de ser un elemento meramente informativo si no se otorgan las herramientas y condiciones para llevarlo a la ejecución; así como si no existe la predisposición y oportunidad para tomar decisiones en base a ese nuevo conocimiento.

Investigación-acción

La particular metodología de la investigación-acción permitió incluir en este estudio un elemento trascendental para el desarrollo de la misma, en relación con la creatividad del personal, que no se consideró al inicio del trabajo. Por otra parte, al tratarse de una metodología empoderante y participativa, se acopla bien a las consideraciones de este estudio, donde existen características que influyen en el comportamiento de los miembros del equipo de investigación.

Probablemente el emplear otra metodología, incluso una investigación-operativa, aunque tal vez consiguiera los resultados esperados en cuanto al incremento en la detección y seguimiento de los casos de violencia, no tendría el mismo valor en incluir al personal en la toma de decisiones, y en analizar los elementos que influyen o no en su empoderamiento.

Calidad de la atención

El generar un modelo de abordaje para un problema psicosocial constituye una forma de promover una globalidad, continuidad e integración en la atención. De hecho, uno de los cambios observados, al menos en cuanto al discurso del personal, ha sido el de presentar una predisposición a mirar qué existe por detrás de los problemas con los que acude el paciente a la consulta, a observar y analizar sus reacciones por encima de lo biológico, y a buscar estrategias que permitan un seguimiento del paciente.

Puesto que no se lograron valorar los cambios en la calidad de la atención, se esperaría que este modelo pueda modificar la situación actual de una atención biologicista; pero otra vez, es preciso considerar los otros elementos que rodean a este cambio de situación, donde no sólo es suficiente el deseo del personal de cambiar su actitud, sino también el de modificar la estructura vigente tanto formal como informal.

Respuesta a los problemas psicosociales desde el servicio de salud, tomando como ejemplo la violencia intrafamiliar

Esta investigación ha permitido dar un primer paso adelante en la respuesta que el servicio de salud debe ofrecer a los problemas psicosociales que afectan a la población bajo su responsabilidad. Sin embargo, es preciso tomar en cuenta que el servicio de salud es solamente un eslabón en la cadena de elementos que hacen parte, o deberían hacer parte, de la respuesta a los problemas psicosociales. Por tanto, si bien, no se puede negar su función en

la valoración biopsicosocial de la población que le concierne, su papel en cuanto al apoyo e incluso identificación de estos problemas, está limitada y se limita aún más por la ausencia de un trabajo intersectorial.

Pero más allá de eso, quien trabaja con un problema psicosocial, se enfrenta a una situación de envergadura profunda, con raíces bien entrelazadas en lo cultural, lo social, lo psicológico; frente a lo cual, es innegable que se intenten dar respuestas desde cada uno de estos sectores, incluso contradictorias. Sin embargo, hay quienes consideran que la causa real de la violencia intrafamiliar, y probablemente de otros problemas psicosociales, surge en las condiciones desiguales de poder, que generan situaciones de violencia social, y a su vez, de violencia intrafamiliar, como un reflejo de lo que es la sociedad.

Frente a ello, ¿qué puede hacer un servicio de salud? Ciertamente lo único que no puede hacer es cerrar los ojos a una realidad que día a día golpea sus puertas; y por esa misma razón, por ese contacto que se establece con la comunidad, contacto que no se da con ninguna de las otras instituciones que pueden existir en la población, es que el servicio de salud se encuentra obligado a emitir propuestas. Una de ellas es el modelo de abordaje que aquí se ha expuesto, tan sólo como un referente y un inicio de aquello que se puede ir construyendo.

12. CONCLUSIONES

La selección de un problema de investigación de sistemas y servicios de salud implica analizar elementos relacionados con un marco conceptual; donde el problema sea observado a partir de una brecha existente entre la realidad actual y lo que sería deseable (en nuestro caso desde una brecha entre la necesidad sentida por la comunidad y la oferta del servicio).

El modelo de abordaje a las mujeres violentadas físicamente constituye en realidad, un modelo que parte desde un camino elaborado por el propio personal, y que podría ser aplicable a cualquier problema psicosocial demandado por la comunidad.

La metodología empleada a través de psicodramas y talleres para estimular la creatividad permitió la formulación de un modelo de abordaje elaborado por el mismo personal del SCS, así como promover un empoderamiento individual y organizacional.

La particular característica de la investigación-acción hace posible modificar elementos durante la implementación de un cambio, que en nuestro estudio permitió el trabajar respecto al empoderamiento y generación de creatividad en el personal, previo a la aplicación de los instrumentos elaborados.

Los resultados obtenidos hasta el momento han sido la modificación en el discurso del personal, la elaboración de herramientas para el abordaje de las mujeres violentadas físicamente y un incremento en el nivel de empoderamiento tanto individual como organizacional. No fue posible valorar resultados finales debido al limitado tiempo para su estudio.

Es preciso trabajar respecto a otros elementos que influyen en la respuesta del servicio de salud a un problema psicosocial, como son la distribución de tiempos, la resistencia personal de los trabajadores de la salud a abordar el tema, la estructura organizacional formal e informal del servicio.

13. RECOMENDACIONES

Se recomienda que el Servicio de Salud profundice en la aplicación del modelo de abordaje construido y efectúe una evaluación trimestral de los resultados alcanzados a través de su implementación, de tal manera que sea posible una retroalimentación del mismo.

Es necesario que se realicen estudios adicionales que establezcan la aplicabilidad del modelo de abordaje desarrollado, tanto en el mismo contexto a largo plazo, como en contextos similares.

Se sugiere también, elaborar investigaciones que propongan cambios en los otros elementos determinantes del problema; especialmente en aquellos relacionados con la respuesta desde un servicio de salud a la violencia intrafamiliar, que permitan posteriores comparaciones con el modelo desarrollado actualmente.

14. BIBLIOGRAFÍA

Armas, N. y L., Díaz, (2007) *Entre voces y silencios: las familias por dentro. Una guía para el trabajo con familias*. Quito, Ediciones América.

Avilés, J., (2007) *Situación de Salud del Area de Salud N° 7 Eplicachima*. Dirección Provincial de Salud. Quito, Septiembre del 2007.

Bohlander, G.; Sherman A.; Snell S., (2001) *Administración de recursos humanos*. Duodécima edición. Nueva York, Cengage Learning Editores.

Carnota O. (2004). "El empoderamiento en los sistemas de salud" en *Revista virtual Gerencia Salud Moebio* [En Línea] No. 16. Enero 2004, Instituto Panamericano de Gestión de la salud, disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/art275.htm> [Accesado el día 1 de febrero del 2009].

Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social-CEPAR, (2004) "ENDEMAIN: Violencia contra la mujer" en página electrónica CEPAR [En línea] disponible en: http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo06/violencia/violencia_m.htm#v5 [Accesado el día 10 de enero de 2009].

Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social-CEPAR, (2008) "Violencia intrafamiliar" en página electrónica CEPAR [En línea]. Quito, disponible en: <http://www.cepar.org.ec/>. [Accesado el día 10 de enero de 2000].

Centro feminista de información y acción-CEFEMINA, (1994) *Mujeres Hacia el 2000: Deteniendo la Violencia*. Programa "Mujer No Estas Sola, San José de Costa Rica, CEFEMINA.

Department of Health. *Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals*. London, 2004.

Heise, L., (1994) *Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo Washignton DC, Organización Panamericana de la Salud.

Larraín, S. y T., Rodríguez, (1993) "Orígenes y control de la violencia doméstica contra la mujer" en *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Publicación Científica No. 54. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud.

Manos Unidas, (2007) *Encuesta de violencia intrafamiliar*. Quito, Aldea SOS Argelia.

Mercenier, P.; Van Balen, H., (1997) *Bases de la organización de los servicios de salud. 1er Curso de Post-grado en Medicina Tropical*. Bolivia, 1997. pp. 55-58.

Ministerio de Salud de Chile, (2005) *Guía clínica para la atención primaria: violencia Intrafamiliar, detección, diagnóstico y tratamiento*. Santiago, Ministerio de Salud.

Minztberg, J., (2000) *Diseño de organizaciones eficientes*. Primera edición, Buenos Aires, El Ateneo.

Organización Mundial de la Salud, (2002). *Informe Mundial sobre Violencia y Salud*. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud, (2005) *Women's Health and Domestic Violence Against Women*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, (2001) *Modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar*. Serie Género y Salud Pública. San José, Organización Panamericana de la Salud.

Perrow, C., (1998) *Sociología de las organizaciones*. Tercera edición, Madrid, Ed. McGraw Hill.

Provoste, P., (2007) *Violencia contra la mujer en la pareja: respuestas de la salud pública en Santiago de Chile*. Serie Mujer y Desarrollo N° 85. Santiago de Chile, CEPAL.

Ramírez Y., (1993) "Violencia de pareja: desde la perspectiva de género, una mirada psicológica" en revista electrónica Psicología Científica.com. [En línea] disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv>. [Accesado el día 10 de diciembre de 2008].

Sagot, M., (1995) "Socialización de Género, Violencia y Femicidio" en *Revista Reflexiones*. Número 41, Universidad de Costa Rica. Diciembre 1995. pp. 6-12.

Sagot, M., (2000) *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (estudios de caso de diez países)*. Programa mujer, salud y desarrollo. Washington DC, Organización Mundial de la Salud.

Sánchez, A., (2006) Análisis crítico de la estructura organizacional en las OFCC. Gestión económica, gestión financiera y enfoques de administración en las organizaciones de carácter social: Un estudio a la luz de la teoría de la organización (1980-2000) Tesis doctoral accesible a texto completo en <http://www.eumed.net/tesis/2006/asc/>. [Accesado el día 11 de noviembre del 2008].

Sánchez Parga, J., (1990) *¿Por qué golpearla? Ética, estética y ritual en los Andes*. Quito, Centro Andino de Acción Popular.

Shrader, E. y M, Sagot, (1998) *La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar*. Washington DC, Organización Mundial de la Salud.

Silva, C. y M, Loreto, (2004). "Empoderamiento: proceso, nivel y contexto" en revista Psykhe. Número 13. pp. 29-39.

Solano, P. y M, Velzeboer, (2000) *Reunión interagencial de expertas sobre componentes claves para leyes y políticas contra la violencia contra las mujeres -documento de discusión*. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud.

Zimmerman, M.A. y J. Rappaport, (1998) "Citizen participation, perceived control and psychological empowerment" en *American Journal of Community Psychology*. Número 16, pp. 725-750

A N E X O S

ANEXO 1.-**ENCUESTA USUARIOS**

Fecha: _____ **No.** _____
Servicio al que acudió: Obstetricia _____
 Medicina General _____
 Odontología _____

Accesibilidad

- ¿A qué hora ingresó al Subcentro de Salud Argelia? _____
 No sabe/no responde _____
- ¿A qué hora terminó de ser atendido en el Subcentro de Salud Argelia? _____
 No sabe/no responde _____
- ¿Qué tiempo le toma a usted llegar desde su casa al Subcentro de Salud? _____
 No sabe/no responde _____

Integración

- Durante la consulta el/la doctor(a) le señaló:

-Que requería alguna vacuna	Si	No	No responde	No aplica
-Que debe efectuar ejercicio	Si	No	No responde	No aplica
-Cómo prevenir alguna enfermedad	Si	No	No responde	
-Cómo alimentar a sus hijos/familia	Si	No	No responde	
-Cómo llevar una vida sana	Si	No	No responde	

Globalidad

- Durante la consulta el/la doctor(a) conversó con usted aspectos relacionados a:

-Su familia	Si	No	No responde
-Su trabajo	Si	No	No responde
-Su situación económica	Si	No	No responde
-Su situación emocional	Si	No	No responde
-Sus preocupaciones	Si	No	No responde
-La relación con su esposo/a o pareja	Si	No	No responde

Coreponsabilidad

- El/la doctor(a) le explicó qué enfermedad tiene usted y le señaló de una forma comprensible de qué se trata esta enfermedad
 Totalmente de acuerdo _____
 De acuerdo _____
 En desacuerdo _____
 No responde _____
- El doctor(a) le explicó que tratamiento debe seguir de forma clara y comprensible
 Totalmente de acuerdo _____
 De acuerdo _____
 En desacuerdo _____
 No responde _____

Autonomía

- El doctor(a) le dio opciones a elegir para decidir su tratamiento
 Si _____ No _____ No responde _____
- En relación a la atención que recibió por el(la) doctor(a), usted está:
 Totalmente satisfecho _____
 Satisfecho _____
 Indiferente _____
 Poco satisfecho _____
 Totalmente insatisfecho _____
 No sabe/no responde _____

Gracias por su colaboración

ANEXO 2.-

GUIA DE ENTREVISTA

Sr. Dirigente del barrio _____

1. Qué opina usted en relación a:

- .1 La participación del equipo de salud en las reuniones comunitarias
- .2 La participación de la comunidad en la toma de decisiones del SCS Argelia

2. ¿Cuáles son los problemas que existen en su comunidad?

3. ¿Qué problemas de salud tiene su comunidad?

Gracias por su participación

ANEXO 3.-

**ENCUESTA A USUARIOS EXTERNOS Y NO USUARIOS
DEL SERVICIO DE SALUD**

N° de encuesta _____

Fecha: _____

Sr./Sra.

A través de esta encuesta queremos determinar los problemas que existen en su familia o en su comunidad, de manera que sean considerados por el SCS y ofrecer una mejor respuesta a éstos.

1. ¿Cuáles son los 3 principales problemas que usted observa en su familia o en su comunidad y que quisiera que sean tomados en cuenta por el Subcentro de Salud, en orden de importancia?

1. _____
2. _____
3. _____

Gracias por su colaboración.

ANEXO 4

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DEL SCS ARGELIA

N°: _____

Fecha: _____

En las siguientes preguntas, relacionadas con el tema de violencia intrafamiliar, conteste con la mayor sinceridad.

1. De acuerdo a su criterio, ¿cuánto conoce usted sobre el tema de violencia intrafamiliar?

Nada _____

Muy poco _____

Poco _____

No lo suficiente _____

Lo suficiente _____

2. ¿Considera usted que se encuentra en capacidad de detectar casos de violencia intrafamiliar?

Sí, totalmente seguro/a _____

Más o menos seguro/a _____

Poco seguro/a _____

Nada seguro/a _____

3. ¿Considera usted que se encuentra en capacidad de manejar un caso de violencia intrafamiliar?

Sí, totalmente seguro/a _____

Más o menos seguro/a _____

Poco seguro/a _____

Nada seguro/a _____

4. Cuando en el SCS Argelia se presenta una mujer violentada físicamente por su pareja, ¿qué hace?

5. ¿Considera usted que el servicio de salud debe hacer algo por las mujeres que sufren violencia intrafamiliar?

Si ____

No ____

6. En caso de responder sí a la pregunta anterior, ¿qué cree usted que el servicio de salud puede o debe hacer por las mujeres que sufren violencia intrafamiliar?

7. ¿Cómo cree que debe ser atendida la mujer que acude con un problema de violencia intrafamiliar al SCS?

8. ¿Qué cree usted que nos hace falta como servicio de salud para detectar los casos de mujeres que viven en situaciones de violencia intrafamiliar?

9. ¿Qué cree usted que nos hace falta como servicio de salud para apoyar y dar seguimiento a los casos de mujeres que viven en situaciones de violencia intrafamiliar?

10. ¿En qué temas quisiera o necesita ser capacitado/a respecto a violencia intrafamiliar?

Empoderamiento

11. En relación a violencia intrafamiliar, usted considera:

a) El tema no me interesa, ni siquiera he pensado que es algo que me compete desde mi labor

Sí ___ No ___

b) Sí he pensado que debería hacer algo desde mi trabajo, pero no he llegado a nada en concreto y ni siquiera lo he conversado con mis compañeros

Sí ___ No ___

c) Sí lo hemos conversado entre compañeros y hemos quedado en cómo trabajar sobre este tema y estamos tratando el tema

Sí ___ No ___

Gracias por su colaboración

ANEXO 5 TAMIZAJE DE VIOLENCIA FISICA CONTRA LA MUJER

SENTIDOS ALERTAS

CUANDO UNA MUJER ESTE FRENTE A TI...
OBSERVA DETENIDAMENTE
ESCUCHA ATENTAMENTE
MIRA SUS REACCIONES Y ACTITUDES
PERMITELE QUE CONFIE EN TI
CRÉELE



Sospeche Violencia contra la mujer si...

- la historia que la mujer comenta no es compatible con el examen físico o se contradice, especialmente si presenta signos de haber sido golpeada, como moretones, heridas, etc.
- ha cambiado su estado de ánimo, su carácter
- presenta tristeza, ansiedad, temor, nerviosismo, pasividad, ausencia de contacto visual, no quiere ser examinada
- su esposo/pareja responde a todas las preguntas y no le permite hablar a ella
- la paciente somatiza (se queja frecuentemente de dolor de cabeza, de pecho, del vientre bajo, secreciones vaginales, etc.; sin presentar signos o exámenes clínicos que manifiesten patología)

Si la mujer presenta alguno de estos signos o síntomas busque un espacio para conversar a solas con ella...

(Es importante generar confianza y asegurar la confidencialidad de la conversación)

Preguntas orientadoras:

Si sospecha violencia contra la mujer, empiece a conversar con ella.
Algunas preguntas orientadoras pueden ser:

- ¿Cómo se siente?
- ¿Cómo es la relación con su esposo/pareja?
- ¿Ha notado algún cambio de actitud en su esposo/pareja?
- ¿Existe alguna actitud en su esposo que le molesta o le provoca temor?
- ¿Su esposo/pareja le ha golpeado o agredido en alguna ocasión?
- ¿Por qué fue golpeada o maltratada?
- ¿Cuándo y dónde fue golpeada?
- ¿Desde cuánto tiempo atrás?
- ¿Qué piensa en este momento de todo lo acontecido?
- ¿Qué ha hecho usted ante esta situación?
- ¿Qué quisiera hacer con respecto a su situación?



Si las respuestas que menciona la mujer demuestran violencia física, **inicie el flujograma de atención.**

¡El personal del SCS está dispuesto a ayudarle y le vamos a apoyar en sus decisiones!

**ANEXO 6
PLAN DE SEGURIDAD
PARA VIOLENCIA FISICA CONTRA LA MUJER**

**DURANTE UNA SITUACION VIOLENTA EN EL HOGAR...
PUEDO REALIZAR LO SIGUIENTE:**

a) Cuando vea que viene alguna situación violenta, trataré de ir a un lugar que tiene menor riesgo y que está cerca a alguna salida (por ejemplo, no al baño, a la cocina o piezas que no tienen acceso a una puerta hacia el exterior)

b) Le diré a dos personas vecinas: _____ sobre la situación de violencia y le pediré que llamen a la policía si escuchan ruidos sospechosos en mi casa

c) Le enseñaré a mis hijos e hijas nuestro nombre y dirección completa, y cómo usar el teléfono para llamar a la policía y decir “alguien está atacando a mi mamá” y dónde vivimos

d) Le enseñare a mis hijos dónde ir dentro de la casa, o si salen de la casa, para estar seguros si yo estoy siendo atacada

e) Si tengo que dejar mi casa iré a: _____ (si no dispongo de un lugar a dónde ir, acudiré a la Casa Refugio Matilde)

f) Dejaré dinero, copia de llaves y copia de documentos importantes con una persona a quien confíe: _____, por si tengo que salir de la casa.

Teléfonos y direcciones de lugares a donde puedo acudir Si estoy siendo maltratada				
	Lugar	Dirección	Teléfono	
	Subcentro de Salud Argelia	Caluma y Ventanas	2682-094	(Frente a Escuela Capitán Arroyo)
Para auxilio inmediato	UPC Bella Argelia		2672-037	
	UPC Argelia Media		2912-722	
	UPC Argelia Alta		2911-335	
	UPC Sta. Rosa		2682-316	
Para Denunciar y obtener Medidas de Amparo	Comisaría de la Mujer (Quitumbe)	Lorenzo Meza 523 y Francisco Atahualpa	3652-435	
	Comisaría de la Mujer Centro	Loja y Guayaquil (Casa de las 3 Manuelas)	2282-184	
Para Refugio, apoyo psicológico y asesoría legal	Casa de Refugio Matilde	Av. Matilde Alvarez (Frente al parque de Fundeporte)	2652-316	

ANEXO 7

CLIMA ORGANIZACIONAL DEL SCS ARGELIA

En cuanto al clima organizacional²⁹, en el cual se expresan los más profundos elementos de la cultura organizacional, según lo que perciben o experimentan de ésta los miembros de la organización; podemos señalar, en base a las dimensiones de clima organizacional que hace Litwin y Stringer³⁰, lo siguiente:

Dimensión	Definición	Lo expresado por los miembros del SCS Argelia*	Conclusiones
Estructura	La percepción que tienen los miembros de la organización acerca de la cantidad de reglas, procedimientos, trámites, normas, obstáculos y otras limitaciones a que se ven enfrentados en el desempeño de su labor	“Con la cantidad de informes que tenemos que llenar, no nos queda tiempo para nada”	Demuestra una insatisfacción del personal con las reglas y procedimientos propuestos por la autoridad central.
Responsabilidad	percepción de los miembros de la organización acerca de su autonomía en la toma de decisiones relacionadas a su trabajo, es decir, el sentimiento de ser su propio jefe y saber con certeza cual es su trabajo y cual es su función dentro de la organización.	“Decidan no más lo que quieran...Hemos de acatar no más lo que nos digan”	Limitada autonomía y responsabilidad en la toma de decisiones; no se reconocen a sí mismos con el poder para decidir, y en consecuencia, actuar con responsabilidad según su decisión.
Recompensa	percepción de los miembros sobre la recompensa recibida por el trabajo bien hecho.	“Aquí sólo obligan y obligan, pero cuando es de apoyar o de felicitar por el trabajo, ¡uffff!”	No se reconoce la existencia de recompensa por el trabajo bien logrado, únicamente se reconoce la predominancia de órdenes que exigen cumplimiento, pero sin producir una satisfacción para quien las realiza a cabalidad.

²⁹ Clima organizacional: se refiere a una percepción común o una reacción común de individuos ante una situación. Por eso puede haber un clima de satisfacción, resistencia o participación.

³⁰ Martínez L (2000). Clima Organizacional. en monografias.com [En Línea] disponible en: <http://monografias.com> [Accesado el día 24 de noviembre del 2008].

Desafío	metas que los miembros de una organización tienen respecto a determinados objetivos o riesgos que pueden correr durante el desempeño de su labor.	“Hasta aquí no más llegamos” “Sólo trabajo dentro de mis horas establecidas”	El sometimiento a una estructura rígida impide el desarrollo de actitudes a favor de un emprendimiento laboral, que limita el ir más allá de las normas establecidas.
Relaciones	la percepción por parte de los miembros de la organización acerca de la existencia de un ambiente de trabajo grato y de buenas relaciones sociales tanto entre pares, como con los “jefes”	“Si estuviera mi jefecita... otra cosa sería” “Esta es la primera vez que nos reunimos como equipo”	Se evidencia un desacuerdo entre los miembros de la organización y la autoridad inmediata, además de la existencia de un ambiente de trabajo conflictivo, donde las buenas relaciones sociales entre los pares son escasas o poco perceptibles
Cooperación	sentimiento de los miembros de la organización sobre la existencia de un espíritu de ayuda de parte de los directivos y de otros empleados del grupo.	“Si (...) quisiera ayudar....”	Se aprecia un sentimiento de falta de cooperación entre los miembros de la organización, quienes tienden a trabajar aisladamente, sin constituir un verdadero equipo
Estándares	cómo los miembros de una organización perciben los estándares que se han fijado para la productividad de la organización	“Yo no entiendo por qué el Ministerio nos llena de programas” “Atender tantos pacientes es demasiado”	Poca aceptabilidad de los estándares y parámetros establecidos por la autoridad central, que tienden a generar una sensación de inconformidad en el personal; a pesar que deben acatar las normas (y cumplirlas a cabalidad) porque de ello depende su estabilidad.
Conflicto	En este punto muchas veces juega un papel muy determinante el rumor, de lo que puede o no estar sucediendo	“Yo sé que a ella le gusta que uno se vuelva conflictiva con los compañeros”	La atmósfera institucional es conflictiva, sustentada en rumores y acusaciones que generan

	en un determinado momento dentro de la organización		un ambiente de desconfianza con los compañeros y limitan una buena relación interpersonal y de equipo
Identidad	sentimiento de que uno pertenece a la organización y es un miembro valioso de un equipo de trabajo. En general, la sensación de compartir los objetivos personales con los de la organización.	“Yo te ayudo pero dentro de mis horas de trabajo” “Tengo que irme... mi trabajo es hasta las doce”	Se desconoce el sentimiento de identidad para con la institución, primando los intereses personales sobre el valor de la organización y del trabajo en equipo para lograr los objetivos esperados.

*Expresiones, opiniones vertidas de los miembros del SCS Argelia durante su participación en grupos de interés, entrevistas e incluso conversaciones informales.

ANEXO 8

VIOLENCIA FÍSICA CONTRA LA MUJER: PERSPECTIVA DE LA MUJER



Gráfico Elaborado por mujer de la comunidad, durante una sesión de psicodrama realizada en la Aldea SOS (4/10/08).

Me parece que el dibujo es clave para entender esa relación que las mujeres perciben entre una unidad de salud y la violencia, vivida y sentida por ellas.

Por un lado, está la mujer que “viene” hacia la unidad de salud con su dolencia física, aunque también emocional. Es atendida entonces, por el médico, que está parado junto a ella, quien yace acostada en una camilla, angustiada de dolor. Ella tiene miedo de perder el niño que lleva en su vientre, mientras el médico la examina empleando para ello un estetoscopio. Este instrumento, que es a la vez símbolo de “ser médico”, se convierte también en una brecha o una barrera entre él y la mujer. Él no la toca, casi no la ve, solamente toma su estetoscopio y la examina incluso, dando preferencia al bebé.

Comentario de la investigadora.