

S / 610

*Ministerio de Salud Pública*

Montevideo; 26 JUN. 2009

VISTO: el Decreto del Poder Ejecutivo N° 494/006 de 27 de noviembre de 2006, por el cual se reglamentó la Ley N° 17.514 de 2 de julio de 2002;-----

RESULTANDO: I) que, se constata la necesidad de modificar algunas de sus disposiciones, de modo de adecuarlas a la realidad existente, con la finalidad de lograr una mayor eficacia y eficiencia en la ejecución del Plan Nacional de Lucha Contra la Violencia Doméstica, aprobado por Decreto N° 190/004 de 10 de junio de 2004, el cual dispone la intervención del Sector Salud del Estado, en la atención a la violencia doméstica hacia la mujer;-----

II) que, el Artículo 8° y concordantes de la Ley citada, habilita a toda persona que tome conocimiento de un hecho de violencia doméstica, a los efectos de poder radicar la denuncia correspondiente ante la Justicia competente, pero no establece la obligatoriedad de tal accionar;-----

CONSIDERANDO: I) que, la experiencia nacional e internacional en la materia, ha demostrado que establecer tal obligatoriedad resulta inconveniente en la relación médico - paciente;-----

II) que, no obstante lo cual, desde el inicio de la implementación de la reglamentación de referencia, se plantea por los equipos de salud y las autoridades institucionales, dificultades referidas al manejo de algunos aspectos legales, en particular el lugar del personal de salud en relación a la denuncia judicial o policial, frente al reconocimiento de la existencia de violencia doméstica;-----

001-1706/2009

III) que, la experiencia desarrollada por dichos equipos de atención a nivel nacional e internacional, ubica la denuncia como una herramienta en el proceso de atención, cuando es empleada como recurso por la víctima en la ruta de salida de la violencia, entendiéndose que la denuncia realizada por el personal de salud, aún en opinión contraria a la de la víctima, procede únicamente como uno de los recursos en las situaciones de riesgo, junto al establecimiento de otras medidas que aseguren su protección;-----

IV) que, lo expresado determina la necesidad de modificar lo establecido por el Artículo 5° y el Literal f) del Artículo 6° del citado Decreto N° 494/006, así como revocar lo dispuesto por el Artículo 3° de dicha norma reglamentaria, para lo cual se han tomado en consideración los aspectos relacionados al secreto médico, al derecho de autonomía de la mujer y su impacto en el proceso de atención, y la instalación del Sistema Nacional Integrado de Salud;-----

V) que, al respecto se ha tenido en cuenta lo aconsejado por la División Jurídico Notarial del Ministerio de Salud Pública;-----

VI) que, la citada propuesta de modificación es compartida por la Asesoría Jurídica de la Dirección General de la Salud y cuenta con la aprobación de dicha Dirección General;-----

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto, lo establecido por la Ley N° 9.202 “Orgánica de Salud Pública” de 12 de enero de 1934, la Ley N° 17.514 de 2 de julio de 2002 y lo dispuesto por

## *Ministerio de Salud Pública*

el Decreto del Poder Ejecutivo N° 190/004 de 10 de junio de 2004, y el Decreto del Poder Ejecutivo N° 494/006 de 27 de noviembre de 2006;-----

### EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

#### DECRETA:

Artículo 1°.- Modificase el Artículo 5° del Decreto N° 494/006 de 27 de noviembre de 2006, el que quedará redactado de la siguiente manera:-----

“Artículo 5°.- La atención y asistencia se deberá brindar de acuerdo a las pautas establecidas por el Ministerio de Salud Pública, en el documento “Abordaje a Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer – Guía de Procedimientos para el Primer Nivel de Atención en Salud”, individualizado como Anexo II, el cual se considera parte integrante del presente Decreto”.-----

Artículo 2°.- Modificase el Literal f) del Artículo 6° del Decreto mencionado, el que quedará redactado de la siguiente forma:-----

“f) Establecer mecanismos institucionales para la denuncia judicial en los casos que lo requieran, de conformidad con lo dispuesto por el Manual de Procedimientos mencionado en el Artículo 5° de la presente norma”.-----

Artículo 3°.- Déjese sin efecto lo dispuesto por el Artículo 3° del Decreto N° 494/006 de 27 de noviembre de 2006.-----


Artículo 4°.- Comuníquese. Publíquese.-----

Decreto Interno N°

Decreto Poder Ejecutivo N°

Ref. N° 001-1706/2009.

n /ST.

  
Dr. TABARE VAZQUEZ  
Presidente de la República



## **ANEXO II**

Ministerio de Salud Pública  
Dirección General de Salud  
Programa Nacional Prioritario  
Salud de la Mujer y Género

# **Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer**

Guía de Procedimientos en el  
Primer Nivel de Atención de Salud



Diseño de tapa: O.Smedia

Estas Guías fueron editadas gracias al aporte del  
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Ministra de Salud Pública

*M<sup>a</sup> Julia Muñoz*

Subsecretario

*Miguel Fernandez Galeano*

Director General de la Salud

*Jorge Basso Garrido*

Subdirector General de la Salud

*Gilberto Ríos Ferreira*

Directora División Salud de la Población

*Liliana Etchebarne*

Directora Programa Prioritario de Salud de la Mujer y Género

*Cristina Grela*

Coordinadora del Área de Violencia de Género

*Dra. Sandra Romano Fuzul*

Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género

*Directora: Dra. Cristina Grela*

Dirección Salud de la Población

Dirección General de la Salud

Ministerio de Salud Pública

[mujerygenero@msp.gub.uy](mailto:mujerygenero@msp.gub.uy)

Telefax: 4097230



Esta herramienta para la atención a mujeres en situación de violencia fue producto de un proceso que se inicia en marzo de 2005.

Aportes para su construcción y adaptación a la realidad nacional surgieron en instancias de trabajo colectivas en las que participaron los integrantes de la Unidad de Reconversión del Modelo Asistencial, los equipos de gestión de los Centros de Salud del RAP, representantes de las Direcciones Departamentales de Salud y de las Coordinaciones Departamentales de ASSE, Equipo de atención de la UPECA de Portones de Carrasco de CASMU, Funcionarias/os técnicos del Hospital de Clínicas.

En marzo de 2006 se realizó una jornada de consulta con representantes de las Instituciones prestatarias de servicios de Salud públicas y privadas, Representantes de la Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual, Mujeres organizadas de las Comunas de Montevideo, Docentes de la Cátedra de Medicina Legal y Medicina Comunitaria de la Facultad de Medicina, Docentes de la Facultad de Enfermería, Docentes de la Facultad de Ciencias Sociales, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Sindicato Médico del Uruguay, SUMEFA, ADASU, Instituto Nacional de las Mujeres, Juzgados Especializados en Violencia Doméstica, Instituto Técnico Forense.

El Documento de Trabajo fue revisado por integrantes de los programas del M.S.P. y se consultó a la Comisión de Ética del M.S.P.

Responsables de la redacción de este documento: Sandra Romano Fuzul  
Fany Samuniski  
Marisa Lindner  
Cristina Grela

Colaboraron: M<sup>a</sup>. Cristina Noceti  
Carlos Güida  
Inés Bausero  
Andres Urioste  
David Amorín  
François Graña  
Gilda Vera  
Eugenia De Marco



Es para esta DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD un honor que, en esta administración de gobierno progresista se presente ante los equipos de salud y la ciudadanía uruguaya esta guía de procedimientos que permite implementar la reglamentación de la ley 17514 sobre VIOLENCIA DOMÉSTICA a nivel de la SALUD.

Conscientes de que el Sector Salud es un recurso imprescindible para contribuir a la erradicación de la Violencia de Género en nuestra sociedad es que esta medida está acompañada por una propuesta de trabajo sistematizado que fuera consultada plural y ampliamente con sectores públicos y privados.

Ella la hace aplicable y sostenible en todo el Sistema Integrado de Salud que estamos construyendo con énfasis en el Primer Nivel de Atención.

Convencidos que estas medidas legitiman los derechos y deberes ciudadanos, transforman la cultura y nos obligan directamente como Estado, estamos definiendo Políticas Públicas Prioritarias, su aplicación, seguimiento y auditoría.

Dispuestos a realizar el asesoramiento que sea necesario e impulsarlos a hacer de esta herramienta un instrumento de excelencia y de calidad en la atención a la salud y los derechos humanos, nos complacemos en ser parte del desafío al que nos enfrentamos.

Dr. Jorge Basso Garrido  
Director General de Salud  
DIGESA  
Ministerio de Salud Pública - URUGUAY  
Julio 2006



## ÍNDICE

<b>SALUD, VIOLENCIA DE GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS</b> .....	11
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	13
<b>MARCO CONCEPTUAL</b> .....	17
Definiciones .....	18
<i>Violencia</i> .....	19
<i>Violencia de Género</i> .....	19
<i>Violencia Doméstica</i> .....	20
La Violencia Doméstica como problema de Salud Pública .....	21
<i>Magnitud del Problema; algunas cifras</i> .....	21
<i>Consecuencias de la V.D. en la salud d la mujer</i> .....	24
<i>Impacto económico</i> .....	27
<i>Tratamiento del tema en los organismos internacionales</i> .....	28
<i>Modelo Ecológico</i> .....	29
La Violencia Domestica como manifestación de la violencia de género .....	30
<i>Papel de las mujeres: vulnerabilidad y empoderamiento</i> .....	30
<i>El papel de los varones en la Violencia Doméstica</i> .....	35
<b>MARCO JURÍDICO</b> .....	37
Ámbito internacional .....	37
Legislación Nacional .....	37
<i>Aspectos pertinentes al personal de salud</i> .....	38
Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica .....	39
<b>MODELO INTEGRAL DE ABORDAJE</b> .....	41
Salud Intersectorialidad e integralidad.....	41
Responsabilidades del Sector Salud .....	42
Atención primaria de la VD .....	43
Intervenciones específicas .....	43
Intervenciones especializadas .....	44
<b>ATENCIÓN A LA MUJER EN SITUACIÓN DE VD:</b>	
<b>PAUTAS DE PROCEDIMIENTOS</b> .....	45
Introducción .....	45
Objetivos .....	45
Preparación: Acciones institucionales .....	45
Organización: Acciones de Servicio .....	47

Asistencia: acciones del personal de salud.....	48
Estrategia de detección .....	49
Formas indirectas de preguntar .....	51
Preguntas directas: Cuestionario breve.....	52
Registro .....	53
<b>ASISTENCIA A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE VD .....</b>	<b>57</b>
La respuesta en los servicios de salud .....	57
<i>Las Trabas del personal de la Salud .....</i>	<i>59</i>
<i>Elementos para el diagnóstico de situación .....</i>	<i>60</i>
<i>Integrar la VD a la asistencia longitudinal de la salud .....</i>	<i>73</i>
<i>Indicación y seguimiento de tratamientos médicos .....</i>	<i>75</i>
<b>PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD .....</b>	<b>77</b>
Acciones comunitarias de promoción .....	77
<i>Los Recursos, su indicación y oportunidad .....</i>	<i>78</i>
<i>Recursos Institucionales: .....</i>	<i>78</i>
<i>Recursos Comunitarios: .....</i>	<i>80</i>
<i>Recursos Familiares y Personales: .....</i>	<i>80</i>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>83</b>

## SALUD, VIOLENCIA DE GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS

Si bien el concepto de salud remite a la integralidad, la relación con el entorno familiar y social necesitan de especial atención, apoyo y seguimiento cuando encaramos la Violencia de Género.

Hasta 1993, los delitos entre personas que sucedían "puertas adentro del hogar", pertenecían a la intimidad, la privacidad, al secreto y eran en consecuencia, invisibles más allá de ese espacio. La violencia estaba escondida dentro de los derechos privados y el consagrado derecho familiar.

En la CONFERENCIA MUNDIAL DE O.N.U en Viena en Junio de 1993, en el Tribunal Internacional, los DERECHOS DE LAS MUJERES se declararon DERECHOS HUMANOS y, por lo tanto imputables y exigibles, y se definieron potestades y obligaciones del Estado al respecto.

Es entonces que, como sociedad mundial nos encontramos descubriendo lo invisible y reconociendo nuevos delitos en viejas estructuras.

En el maltrato y abuso entre personas están presentes algunas conductas humanas que fueran aceptables, legitimadas, impunes o corrientes.

En la vida cotidiana, en la casa, en lugares de trabajo, en la calle, o entre quienes guardan la salud, el orden, u otras actividades sociales,

la violencia puede presentarse ante nuestros ojos como forma o costumbre de relación.

En el mundo privado muchas veces se ejerce sobre las personas de cualquier edad y condición ese maltrato oculto, basado en diferencias de poder o intransigencias que son supuestos aceptados por la cultura.

Casi siempre hay espectadores, testigos silenciosos y heridos, que en su mayoría no saben qué hacer. Niños y niñas, personas dependientes y mujeres sufren este tipo de situaciones que marcan sus vidas, destruyen su autoestima y los incapacita para desarrollar vínculos positivos, ejercer su ciudadanía y sus derechos, y participar en la construcción social colectiva

En este ámbito es que la legitimación de los derechos humanos se hace imprescindible y una cuestión de intervención obligatoria.

La intimidad está regida también por leyes. La protección del derecho a una vida digna y sin violencia aún entre los que conviven con diferencias de poder psíquico, físico, y en relaciones de interdependencia no es solamente una misión filantrópica, sino de aplicación del derecho.

Los principios constitucionales y legales del país, nos desafían a reaccionar y no sólo a sorprendernos e indignarnos cuando, espo-

rádicamente, "conocemos algún caso", o "cuando la noticia nos llega".

En este trabajo educativo, preventivo y de atención, los equipos de salud y especialmente en el primer nivel, tienen requerimientos éticos irrenunciables y oportunidades de acción vinculadas a su responsabilidad como agentes de derechos humanos, a los que las profesiones de servicio habilitan y obligan.

La confidencialidad de la relación con los y las usuarias de toda edad y condición habilita una intervención positiva, que en la violencia intrafamiliar adquiere niveles insospechados.

En la región, los servicios de salud incluyen preguntas sobre el tema en la atención a mujeres que consultan por diversos síntomas o controles, la VIOLENCIA DOMÉSTICA está presente en alrededor del 30% de los casos

Las cifras nacionales desde los servicios de salud todavía no se conocen.

Una vida sexual o reproductiva insatisfactoria o forzada, sin posibilidades de opción y de asumir el cuidado personal para el control del propio cuerpo, la fecundidad y las infecciones de transmisión sexual son formas de violencias solapadas en el ámbito de la pareja .

**Un feminicidio cada nueve días** es el resultado de hechos brutales de violencia que terminan con la muerte de la mujer, producida por una persona cercana en una relación afectivo - sexual, en el presente o en el pasado. Este dato ilustra el final de procesos de sufrimiento y exclusión.

Intuir, sospechar y comprobar efectos que la violencia de género produce en la salud son parte sustancial de la aplicación de medidas de salud, necesarias para iniciar un proceso de rehabilitación integral., favorecer el ejercicio de sus derechos, y superar el estado de indefensión de las víctimas

Conocer más y actuar desde el lugar que corresponde ante la violencia, entendida como un flagelo de la vida cotidiana, son acciones de salud imprescindibles para producir cambios acordes con el respeto de los derechos individuales. nos corresponde entonces intervenir cuando la violencia se sospecha, o se explicita , para evitar males mayores y para contribuir a la vida digna y saludable de las personas .

Equipos de salud y hacedores de políticas públicas, somos agentes calificados para definir estrategias ante estas situaciones, actuar y auditar.

En la medida que se aplique esta medida ministerial así como las pautas de intervención en el sector salud, en forma conjunta y con otros niveles del Estado, las organizaciones comunitarias y la Sociedad Civil podremos atender los derechos humanos, aplicar la ley y disminuir la incidencia y consecuencias de este problema.

Dra. Cristina Grela,  
Directora Programa Nacional Prioritario  
de Salud de la Mujer y Género.  
DIGESA, MSP, Uruguay  
Julio 2006



## INTRODUCCIÓN

La VIOLENCIA DOMÉSTICA<sup>1</sup> hacia la mujer es una grave traba social con fuertes implicancias para el sector salud.

En el sistema integrado de salud, equitativo y universal, al que se proyecta la reforma del sector, la atención a este problema es ineludible.

La VD hacia la mujer es una de las formas de violencia de género. En Uruguay, como en otros países, en tiempos de paz, es su manifestación más frecuente. Por ocurrir en el ámbito de las relaciones íntimas, en general en espacios privados, permaneció invisible mucho tiempo.

La estructura social mantiene la separación entre el mundo privado y el público, con estilos de relación, normas y costumbres que sustentan la "inviolabilidad de la vida privada" como un valor superior.

Las representaciones de familia, hogar y pareja en el imaginario social impiden la emergencia del fenómeno a la conciencia colectiva.

Esta dificultad en identificar las situaciones de maltrato conlleva a la vez la imposibilidad de ser conciente de esta no percepción<sup>2</sup>. El mismo proceso histórico y sociocultural que construye estos modos de relación conduce a la "naturalización" de las situaciones de violencia, invisibilizando el maltrato.

Algunos profesionales de la salud y otros actores sociales no están de acuerdo en que el maltrato de la mujer en la familia constituya un problema en sí, sostienen que estos son problemas familiares y que se deben tratar como tales, jerarquizando que el sujeto de atención es el grupo familiar.

Esta contraposición que surge cuando se introduce el tema de la VD hacia la mujer es falaz. Supone que develar la violencia y cuestionar aspectos de las relaciones familiares y de pareja que favorecen su aparición y mantenimiento, hace peligroso la familia.

**Plantear como opciones opuestas y excluyentes<sup>3</sup> el cuidado de la familia y el cuidado de las mujeres, dificulta una**

1 En la exposición se usará indistintamente Violencia Doméstica y VD

2 Disfunción perceptiva de segundo orden: fenómeno de doble ceguera - "no ver que no veo".

3 En nuestro proceso de socialización no es infrecuente el empleo de este estilo de pensamiento dualista que establece oposiciones polares: categorías opuestas que implican una jerarquía y nos enseña a elegir excluyendo. Este estilo de pensamiento y categorización, fue puesto en evidencia y descrito en los estudios sobre autoritarismo. Son entendidos como formas discursivas autoritarias que plantean la opción excluyente, negando la posibilidad de interacción. El empleo de un enfoque dialéctico permite un camino de interacción y síntesis.

**integración dialéctica de los puntos de vista, establece una polarización entre las personas y posturas; paraliza el pensamiento y empobrece las posibilidades de desarrollo y cambio.**

Por el contrario, la revisión de los modelos vinculares de mujeres y varones de niñ@s y adult@s, basada en derechos humanos, aporta al bienestar de la familia y de la comunidad.

Si bien en los trabajos académicos es habitual una construcción impersonal y pasiva del lenguaje, para pensar sobre un tema como el que nos ocupa, resulta imprescindible ser parte del discurso:

- Incluyendo al expositor, como constructor de ese discurso, que analiza, selecciona y explica desde sus constructos profesionales, éticos e ideológicos.

- Incluyendo al lector que analiza e interpreta ese discurso desde sus conceptos adquiridos como persona, y profesional, desde su ética y su ideología.

Proponemos al personal de la salud abordar el problema con disposición a analizar los supuestos personales y colectivos, que sustentan sus opiniones y prácticas.

Invitamos a leer esta guía con una actitud atenta y crítica, a sus propuestas y a las ideas y reacciones que experimenten durante su lectura.

Es necesaria la revisión de los fundamentos científicos, éticos e ideológicos de los modelos explicativos y de atención a la VD, a la hora de estudiar el tema y planificar acciones. Como es imprescindible en la práctica diaria, al atender mujeres en los distintos espacios de asistencia.

## Punto de partida

---

Hasta el año 2005 Uruguay no contaba con pautas específicas para la atención de la VD en el Sector Salud.

La existencia de una política sanitaria específica que se ocupe de este problema es una responsabilidad mandatada desde las normas internacionales ratificadas por el país, en la Ley 17514 de Violencia de Doméstica y en el Plan nacional de Lucha contra la VD.

El 8 de marzo de 2005 la Ministra de Salud Pública asume públicamente el compromiso

de incluir un cuestionario de detección de VD en las historias clínicas de las mujeres y de establecer protocolos para enfrentar el problema

En noviembre de 2005, la Dirección General de la Salud del MSP, publica un documento de trabajo sobre Pautas de Procedimientos para la Asistencia de Mujeres en Situación de VD en el Primer nivel de Atención en Salud, que propone una estrategia de detección, y primera respuesta.

El mismo fue producto del trabajo realizado durante el período marzo – noviembre de 2005 por el equipo del Área de Violencia de Género del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, en coordinación con el Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social.

Esas pautas se elaboraron a partir de las recomendaciones de los organismos internacionales y la evidencia científica. Se trabajaron en instancias de taller con responsables de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP), en Montevideo y representantes de las Direcciones Departamentales de salud y de la red de ASSE de todo el país.

En este proceso se contó con la asistencia técnica de la Organización Panamericana de

la Salud, y en particular de la Unidad de Género y Etnia.

De estas reuniones surgieron insumos que se incorporaron a las pautas que se desarrollaron en ese documento, que sirvió de base a esta guía.

A partir de su publicación y difusión se desarrolló un proceso de consulta, a la interna del MSP, con otras instituciones de la salud y con instituciones y actores sociales de otros sectores implicados en la respuesta al problema.

Este proceso de consulta tuvo como meta la adecuación del documento a la realidad en Uruguay y la inclusión de la experiencia nacional, optimizando recursos y facilitando su aplicación amplia.



## MARCO CONCEPTUAL

*"... puede comprenderse el desarrollo del tema como objeto de conocimiento y la disociación entre intentos de conceptualización, investigación empírica y propuestas de atención, en tanto no surge de alguna de las ciencias sociales, ni del ámbito de las ciencias de la salud. Surge, ... , de la urgencia sentida por algunas mujeres de atender a las víctimas de la violencia de género, por evidenciar la importancia social y política de la problemática ... los temas derivados de dicha agenda fueron entrando al mundo académico en medio de un amplio recelo y con dificultades para legitimarse[1]"*

Plantear un marco conceptual para la atención a mujeres en situación de VD en el área de la salud, requiere articular aproximaciones que se han desarrollado de manera bastante independiente. Castro y Riquer diferencian tres vías de aproximación al problema: los acercamientos teóricos, la investigación empírica y las intervenciones para la atención de las mujeres. La intención en esta propuesta es integrar aportes de las distintas perspectivas.

La evolución de las ideas a partir de los movimientos de mujeres y derechos humanos condujo *"...a visualizar el fenómeno como un problema social (no sólo individual), de orden público (no únicamente privado), de competencia de los tribunales, y que exige políticas públicas con obligaciones específicas para las instituciones, incluidas las de salud."*[1]

La conceptualización desde la que se plantea esta guía ubica la VD como un problema social, una violación a los derechos humanos y

un asunto de salud pública. Su abordaje se plantea en una perspectiva de atención integral, multidisciplinaria e intersectorial.

Las acciones realizadas y las propuestas se ubican en el marco normativo nacional y se contextualizan en el proceso de reforma de la salud que se está procesando.

Las propuestas de atención desde el sector consideran:

- La normativa vigente: la Ley de VD N° 17.514 (2002) y el el Primer Plan Nacional de Lucha contra la VD (2004).<sup>4</sup>
- La coordinación con otros sectores involucrados en la atención, en particular los que participan en el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la VD.
- Los cambios de la organización del sistema de atención, principalmente la reorganización y fortalecimiento del 1<sup>er</sup> Nivel de atención en salud que la reforma en el Modelo de Atención propone.

<sup>4</sup> En el capítulo sobre marco legal se desarrollan los aspectos pertinente al sector salud.

La coordinación con otros actores del área de la salud implicados en el tratamiento de esta problemática y específicamente con los demás programas prioritarios del MSP y los efectores de atención a usuarios/as.

Plantearse incidir en un problema requiere definir "el problema" y delimitar el campo de intervención.

Si bien las definiciones no pueden ser separadas del proceso histórico en el que fueron construidas, es posible acordar definiciones operativas que posibiliten acciones colectivas complementarias y una orientación en común.

Se exponen brevemente definiciones, pro-

ducto de acuerdos amplios en relación a violencia, violencia de género y VD.

Se delinea el campo de acción para el área de la salud a partir de la evidencia epidemiológica y de las consecuencias en la salud individual y colectiva.

Se mencionan las declaraciones y acciones de los organismos internacionales de salud, producto de los acuerdos y avances logrados en la inclusión de este problema como responsabilidad para el área de la salud.

Posteriormente se refieren como aportes para el análisis explicativo el modelo ecológico y reflexiones sobre el rol de mujeres y varones desde un análisis que incluye la dimensión de género y generaciones.

## Definiciones

*«El maltrato solo «existe» desde que los observadores distinguieron, en el marco de sus interacciones, un fenómeno que les preocupó, lo nombraron y lo definieron verbalmente. Para que el maltrato existiera, fue necesario que ese descubrimiento se transformara en un fenómeno social, es decir que fuera reconocido en el interior de un contexto de interacción social cada vez más amplio, como es toda la comunidad.»*

Jorge Barudy, 1998

La competencia y responsabilidad del sector salud acerca de la VD se restringía en inicio a la constatación y asistencia de las lesiones.

grupos de mujeres y de derechos humanos, pasó progresivamente a integrar la agenda política y a constituirse en objeto de estudio de las ciencias sociales.

Los cambios en la percepción social del problema, la evolución de las ideas y la generación de conocimiento desde diversas disciplinas impactaron en las ciencias de la salud, modificando la percepción de la violencia, su impacto en la salud y la ubicación del sector en la articulación de respuestas.

La interacción multidisciplinaria e intersectorial mejoró la comprensión y la efectividad del abordaje, se desarrollaron modelos expli-

cativos y de tratamiento del problema más integrales e integrados.

En el año 2002 la Organización Mundial de la Salud publica el informe sobre Violencia y Salud en el Mundo, que da cuenta de este proceso. Explicita los conceptos desde los que analiza el fenómeno y aporta evidencia y propuestas de relevancia para que el personal de salud los aplique.

El informe de OMS es también un llamado a los profesionales de la salud en los distintos niveles de decisión y acción, a comprometerse en la generación de conocimiento y respuestas al complejo problema de la violencia.

*"El propósito del primer Informe mundial sobre la violencia y la salud es cuestionar el secretismo, los tabúes y los sentimientos de inevitabilidad que rodean al comportamiento violento, y alentar un debate que ampliará nuestros conocimientos sobre este fenómeno enormemente complejo"....*

"Las metas del informe son aumentar la conciencia acerca del problema de la violencia en el mundo, y dejar claro que la violencia puede prevenirse y que la salud pública tiene el cometido fundamental de abordar sus causas y consecuencias.

### Violencia

El informe sobre Violencia y Salud de la OMS define la violencia como:

*"El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de*

*causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones".*

Este enunciado ubica la violencia en el plano relacional, al establecer el poder como centro de la definición, donde la idea de poder supone la existencia de una jerarquía en la relación, desigualdad de condiciones entre dos partes, que posibilita que una dañe a otra.

La definición explicita la intención voluntaria del acto, del empleo de esa fuerza o poder, no necesariamente con la intención de producir daño.

El acto en sí puede ser una acción directa o la omisión de una acción necesaria. Dependiendo de la naturaleza del acto el daño consecuente puede ser más o menos visible, y por lo tanto más o menos detectado y asistido.

### Violencia de Género

El proceso de identificación y delimitación de una forma de violencia hacia las mujeres se sustenta en la desigualdad entre los géneros y se recoge en la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, que expresa los acuerdos entre los Estados parte y define la violencia de género como:

*"Todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada"*

La violencia de género se ejerce en diferentes contextos y formas, algunas de las formas mencionadas en la declaración de Naciones Unidas son *«la violencia física, sexual y psicológica en la familia, ... , el abuso sexual de las niñas en el hogar, ..., la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, ... la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.»*

Esta guía de procedimientos se refiere exclusivamente a la VD hacia la mujer, no considera más que en forma general otras manifestaciones de la violencia de género.

### Violencia Doméstica

La Ley de Violencia Doméstica N° 17514 de julio de 2002 enuncia la definición de VD y sus formas de manifestación:

*“toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho”*

Este concepto de VD abarca el conjunto de las relaciones familiares, afectivas y de convivencia, entre cualquiera de sus miembros. La idea de doméstico no se restringe al espacio físico, al hogar, se refiere al *domus*, como espacio simbólico, como ámbito de las relaciones íntimas.

El Artículo 3º establece las manifestaciones de VD que reconoce la Ley:

*Violencia física. Acción, omisión o patrón de conducta que dañe la integridad corporal de una persona.*

*Violencia psicológica o emocional. Toda acción u omisión dirigida a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una persona, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte la estabilidad psicológica o emocional.*

*Violencia sexual. Toda acción que imponga o induzca comportamientos sexuales a una persona mediante el uso de: fuerza, intimidación, coerción, manipulación, amenaza o cualquier otro medio que anule o limite la libertad sexual.*

*Violencia patrimonial. Toda acción u omisión que con ilegitimidad manifiesta implique daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, distracción, ocultamiento o retención de bienes, instrumentos de trabajo, documentos o recursos económicos, destinada a coaccionar la autodeterminación de otra persona.*

En el capítulo sobre Diagnóstico se describe formas de presentación de estas manifestaciones y los hallazgos clínicos que permiten plantear su presencia.



## La Violencia Doméstica como problema de Salud Pública

La violencia es un problema de salud pública[2], afecta de manera grave la salud y el desarrollo social y económico de amplios sectores de la población, erosiona el tejido social, limita el desarrollo y profundiza las inequidades.

La violencia no afecta por igual a mujeres y hombres y sus consecuencias no tienen la misma visibilidad ni reciben igual tratamiento[3].

Las lesiones y muertes debidas a violencia callejera y conductas de riesgo vinculados al concepto de virilidad (competencia, abuso sustancias, transgresión límites, etc.) son más frecuentes en los hombres jóvenes[4].

Una mujer tiene mayor riesgo de sufrir violencia en el ámbito privado que en el público, casi siempre de parte de una persona a la que se encuentra vinculada afectivamente más que de una persona extraña.

Los estudios informan sobre la incidencia del problema, sus consecuencias en la salud de las mujeres, el impacto económico y el costo social[4, 5]; [6]

Estas evidencias sustentan las recomendaciones de los organismos internacionales de incluir la perspectiva de género para el análisis y abordaje de la violencia. Es un desafío para el sector salud atender este problema, y crear herramientas metodológicas que contribuyan a su prevención.

Para ejecutar y evaluar acciones preventivas con mejores posibilidades de éxito, es necesario caracterizar cada evento, seguirlo, evaluarlo, identificar su evolución y el impacto que tienen las medidas que se toman.

Plantear el problema desde un enfoque de salud pública implica un hacer interdisciplinario basado en evidencias científicas. También supone la acción colectiva intersectorial y de la comunidad.

Se expondrá brevemente la información sobre la magnitud del fenómeno, las consecuencias personales, el impacto en la sociedad y el lugar que ocupa el problema en la agenda de los organismos internacionales de salud.

### **Magnitud del Problema; algunas cifras**

El Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y VD refiere [6] la revisión de estudios realizados antes del año 1999 en 35 países:

*"...entre el 10% y el 52% de las mujeres había sufrido maltrato físico por parte de su pareja en algún momento de su vida, y entre el 10% y el 30% había sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja. Entre el 10% y el 27% de las mujeres declaró haber sido objeto de abusos sexuales, siendo niñas o adultas"*

Estas cifras coinciden con las citadas por OPS [7]<sup>5</sup>. Las consecuencias alcanzan también a los testigos de esos actos. Alrededor de 40 millones de niños son objeto cada año de malos tratos y de desatención.

La encuesta del estudio multipaís recabó información de las regiones en las que se conocía menos la situación. Hallaron que entre las mujeres encuestadas<sup>6</sup> que alguna vez habían tenido pareja, el porcentaje que reportaba haber sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su pareja a lo largo de su vida oscilaba entre el 15% y el 71%, en la mayoría de los entornos se registraron índices comprendidos entre el 24% y el 53%.

La información sobre la magnitud de la VD en

Uruguay es insuficiente, pero permitió su visualización progresiva e inferir la gravedad del problema. Las fuentes de información de las que se obtuvieron datos fueron:

- Estudios poblacionales en Montevideo y Canelones, de 1997<sup>7</sup> y 2003<sup>8</sup>, que emplearon definiciones operativas similares a las de OMS[8].
- Informes del Observatorio sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior.
- Registro de las llamadas al Servicio telefónico nacional de apoyo a la mujer en situación de violencia – IMM – PLEMUU – ANTEL.
- Artículos de prensa e informes de CNS y SERPAJ[9-11].

Tabla comparativa 1997-2003 p/tipo de violencia y nivel socioeconómico.  
Pregunta: presencia de violencia en los 12 meses precedentes,

Tipo de violencia	Año	Alto	Medio	Bajo	Total
Sin violencia	2003	53.7	73.3	62.6	67.0
	1997	63.3	48.4	53.8	53.6
Violencia psicológica	2003	33.0	13.9	25.4	20.3
	1997	28.6	43.2	32.1	35.6
Violencia sexual	2003	9.0	8.9	8.9	9.0
	1997	4.1	4.2	13.2	7.1
Violencia física	2003	7.4	6.9	5.9	6.8
	1997	4.1	8.4	13.2	8.8
N	2003	(121)	(345)	(134)	(600)
	1997	(145)	(220)	(180)	(545)

5 Violencia contra la mujer: responde el sector salud - La publicación recoge la información y experiencia recabada durante 10 años de trabajo en 10 países latinoamericanos, y aporta orientaciones al personal de salud para responder a la violencia intrafamiliar hacia las mujeres.

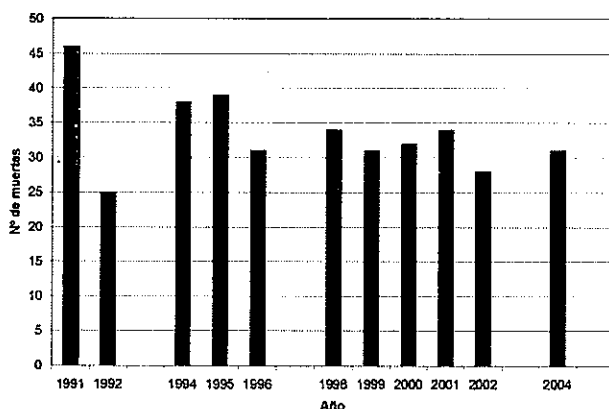
6 Encuesta a más de 24 000 mujeres procedentes de 15 entornos ubicados en 10 países en vías de desarrollo, Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania. El estudio se inició en 1997 y en 2005 se publica el informe sobre prevalencia, consecuencias para la salud y estrategias de abordaje.

7 Encuesta realizada por Sybila Consultores, a solicitud del BID para el Programa de Seguridad Ciudadana, informe de 1997.

En la gráfica se representa el número de mujeres que habían muerto en situaciones de violencia conocidas y cuya causa se vincula directamente a este problema.

La información proviene de la prensa, obtenidas de diferentes fuentes.

**Gráfica: N° de muertes de mujeres vinculadas a VD p/año. Fuente: prensa**



No es posible sacar conclusiones acerca de la evolución a partir de esta información.

La inexistencia de un registro sistemático y criterios explícitos de monitoreo de las muertes vinculadas a VD, limita la utilidad y confiabilidad de los datos.

Datos sobre procedimientos policiales del Observatorio Nacional sobre la Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior

En 2005 se registraron 6.802 denuncias por

VD en el país. Estas denuncias incluyen hombres y mujeres de todas las edades. En el primer trimestre de 2006 las denuncias recibidas fueron de 1.807.

Estos datos informan sobre la visibilidad del problema, no dan cuenta de la incidencia. Esto se hace evidente al considerar la evolución de los registros de denuncias en el departamento de Montevideo

2000	2001	2002	2003	2004	2005
747	629	1438	1929	2817	2789

El número creciente de procedimientos, refleja el aumento de empleo del recurso de la denuncia, no puede ser interpretado como un aumento de las situaciones de violencia.

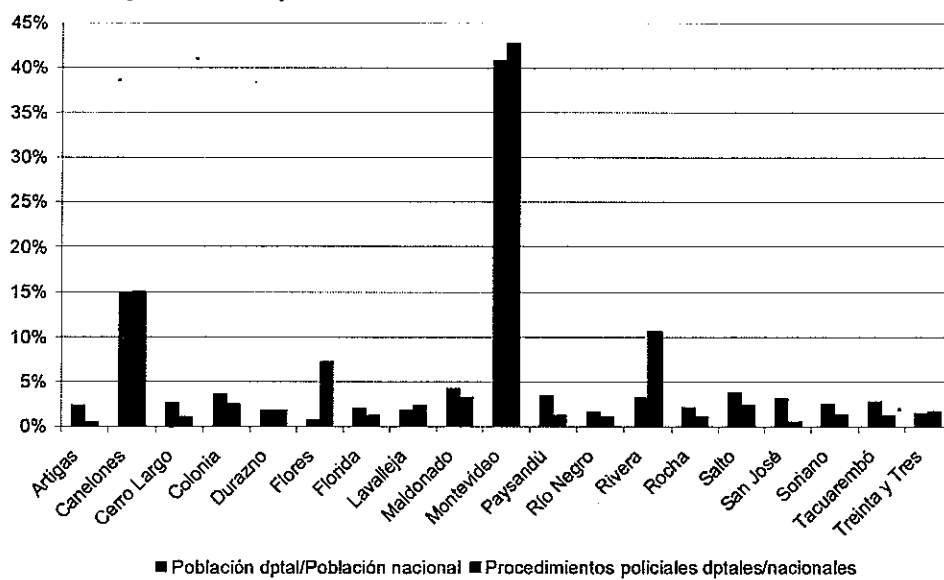
Se puede relacionar estos datos con la encuesta de población general del año 2003, en la que solamente un 6% de las personas que refirieron situaciones de VD, declararon haber ido a la policía específicamente por este motivo, y ninguna de las cuales era de nivel socioeconómico alto.

Las diferencias entre departamentos se relacionan con la disponibilidad y accesibilidad de dispositivos policiales de atención específica al tema. El registro se refiere únicamente a las denuncias ingresadas como VD.

Difieren los criterios en informes de las comisarías locales y el observatorio. Por ej: en Paysandú en el 2005 el observatorio registra

8 Encuesta realizada por Teresa Herrera y Asociados a solicitud del BID para el Programa de Seguridad Ciudadana, resultados publicados en diciembre de 2003.

**Gráfica: Porcentaje denuncias departamentales/nacionales - porcentaje de población departamental/ nacional. Año 2005.**



48 denuncias por VD. La Unidad de VD de la Jefatura de Policía de Paysandú de enero a octubre de 2002 recibió denuncias de 198 personas (166 mujeres y 9 hombres), 16 figuran como VD, el resto ingresaron bajo otras figuras: Maltrato:(30), Amenaza:(25), Agresión:(110), Lesiones:(13), Abuso sexual:(3).

Registro de llamadas al 08004141 - Servicio telefónico nacional de apoyo a la mujer en situación de violencia - IMM - PLEMUU - ANTEL

El servicio telefónico funciona desde 1992 para el departamento de Montevideo. Desde

el año 2001 es de cobertura nacional, las llamadas corresponden mayoritariamente a Montevideo y Canelones.

En el año 2003 las llamadas en Montevideo fueron 6922 y en Canelones 1125. En la encuesta de 2003 el 3% de las mujeres encuestadas que dijeron sufrir violencia refieren haber utilizado el servicio telefónico.

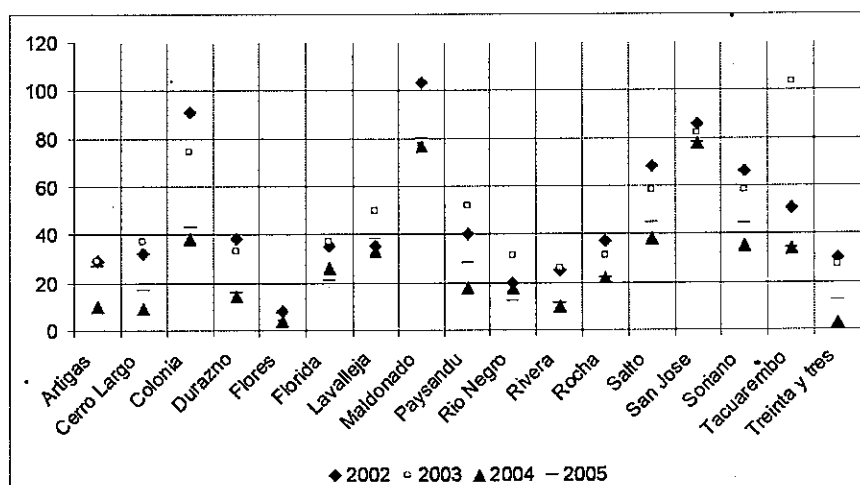
#### Consecuencias de la V.D. en la salud de las mujeres

Vivir en situación de violencia implica para las

Llamadas a nivel nacional por año			
2002	2003	2004	2005
7595	6467	5910	6619

	2002	2003	2004	2005
Montevideo	4273	3911	3989	4135
Canelones	797	640	633	726

**Número de llamadas por departamento por año**



Se excluyeron en la gráfica Montevideo y Canelones.

mujeres malestares múltiples, impotencia, desasosiego, mayor mortalidad y morbilidad. Las violaciones y la VD representan entre el 5% y el 16% de años de vida saludable que pierden las mujeres en edad fecunda[4].[12]

*El aumento de la mortalidad se vincula a:*

Homicidio.

- En Uruguay mueren por esta causa en promedio 36 mujeres por año.

Suicidio.

- Los intentos de suicidio, son cinco veces más probables [13].

Mortalidad de mujeres durante el embarazo.

- La evidencia creciente de que la violencia

intrafamiliar contribuye a la mortalidad materna, motiva a varios autores a proponer que se haga una definición más inclusiva de mortalidad materna promoviendo una vigilancia epidemiológica más amplia que considere la violencia intrafamiliar [14]

Enfermedades de transmisión sexual incluyendo la infección por el VIH/SIDA

*Dentro de los efectos no mortales de la violencia se destacan:*<sup>4</sup>

Lesiones.

Alteraciones funcionales,

- Síndromes dolorosos crónicos, fibromialgia, colon irritable, síntomas físicos inespecíficos.

#### Agravación de enfermedades crónicas

- Trastornos gastrointestinales hipertensión, diabetes, obesidad severa
- Se vincula a la exposición a estrés crónico y a dificultades para mantener un cuidado adecuado de su salud.

La salud reproductiva y sexual es particularmente afectada;

- Se estima que entre un 4 y un 29% de las mujeres embarazadas sufren VD en los países en vías de desarrollo. Existe evidencia de asociación positiva con patologías como bajo peso al nacer, parto prematuro y aborto.
- Los factores causales se relacionan con niveles inferiores en el incremento de peso, tasas mayores de infección por ETS y acceso tardío a la atención prenatal [6]
- Mayor vulnerabilidad a otros trastornos: dolor pelviano crónico, problemas menstruales, infección de las vías urinarias. [15]

Afectación de la salud mental es de los hallazgos más frecuentes:

- Baja autoestima, angustia; aumento de la frecuencia de ansiedad generalizada y crítica, depresión, trastornos del sueño, trastorno por estrés postraumático.
- Varios estudios plantean la ansiedad como

la alteración psicológica más frecuentemente asociada con el maltrato mantenido. El estudio de Bradley y col.<sup>9</sup> halló que el número de mujeres que reportaba la existencia de violencia aumentaba en la medida que aumentaba la puntuación de la escala de depresión ansiedad.[16]

La violencia sostenida lleva a las mujeres a un sufrimiento crónico que disminuye las posibilidades de autocuidado y cuidados a otros.

La negligencia en el cuidado a la salud personal fue identificada a través de estudios que mostraron que las mujeres que viven violencia tienen mayor incidencia de hábitos de vida nocivos para su salud, como son el abuso de tabaco, alcohol y drogas incluidos los tranquilizantes prescritos, comportamientos sexuales arriesgados, inactividad física, comer en exceso, etc.

La negligencia en el cuidado de los hijos o hijas se asocia frecuentemente a la depresión y alteración emocional que afecta a las mujeres en situación de violencia.

En embarazos imprevistos, el maltrato hacia la mujer es hasta cuatro veces más probable, el embarazo mismo puede ser un resultado de la VD.[6]

La dificultad en acordar cuidados mutuos, poner límites o tomar decisiones en relación

<sup>9</sup> Se trata de un estudio realizado en atención primaria para evaluar prevalencia de VD y asociaciones más frecuentes, la escala empleada es la publicada en Zigmond A, Snaith R. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361-70.

al ejercicio de la salud sexual y reproductiva son algunos de los factores que se relacionan con el mayor número de embarazos no deseados y la incidencia aumentada de las enfermedades y complicaciones obstétricas ya mencionadas.

*La alteración del estado de salud aún en ausencia de enfermedad, es la constante, con deterioro de la calidad de vida, disminución de los logros personales, pérdida de autonomía y dificultad para el desarrollo personal.*

*Las consultas frecuentes y la no detección de la situación de violencia conduce a que estas mujeres sean consideradas en los servicios como quejas y molestas. Si no se aborda el sufrimiento psicofísico vinculado a las condiciones existenciales en forma integrada, incluso las patologías simples y más conocidas son de difícil tratamiento y la acción médica resulta en iatrogenia y frustración para los técnicos.*

### **Impacto económico**

La existencia de VD y sexual impone costos directos e indirectos al sistema de salud y a la sociedad.[12]

Los costos agregados en cuidados de salud se evidenciaron a través de varios estudios. La asistencia a mujeres víctimas de violencia costó dos veces y media más que la atención a otras mujeres en las que no estaba presente, después de controlar otras variables[17, 18].

Sin embargo, en ausencia de planes específicos de atención, este uso aumentado de los servicios de salud resulta en una asistencia de bajo poder resolutivo. El uso repetido e ineficaz de los servicios revictimiza a las mu-

jes, aumenta las consecuencias negativas en su salud y los costos de su atención.

Otros costos directos surgen de la atención en servicios legales y de ayuda social.

Los costos indirectos, vinculados a pérdida de productividad, ausentismo laboral, también aumentan. Se constató de 30% a 50% más de licencia por enfermedad[18]. El potencial de desarrollo personal, la participación social, el ejercicio de la ciudadanía y el aporte a la vida de la comunidad se afectan profundamente.

### **Repercusión social**

El aislamiento está frecuentemente asociado a la presencia de VD.

Se presenta como una disminución de la cantidad y alteración de la calidad de los vínculos sociales. Es frecuente que la situación se mantenga como un secreto familiar y se asocie con sentimientos de temor y vergüenza.

En relación a la comunicación del problema y/o solicitud de ayuda los estudios realizados en 1997 y 2003 en Montevideo y Canelones arrojan cifras similares, poniendo en evidencia la lentitud de los cambios en este tema.

*"El 40% nunca le contaron a nadie de la situación de maltrato, siendo mayor en la clase social alta que llega a 53%. Quienes comunican el tema lo han hecho —en su mayoría— desde el comienzo de la situación".*

La mayor parte de quienes comunicaron el problema lo hicieron en su entorno más cercano a sus parientes o a amigos y/o vecinos,

otros contactos fueron marginales. Solo una ínfima minoría recurrió a algún servicio especializado.

La violencia afecta el capital social, entendido como el entramado de relaciones sociales de solidaridad y cooperación. Sociedades con mayor capital social presentan mejores niveles de salud de su población que otras de menor capital social y similares condiciones económicas[19].

El deterioro de la red social se suma a las consecuencias en la salud individual aumentando el impacto de la violencia en la salud de la población.

A nivel de la comunidad y de la sociedad en general se deteriora la calidad de vida y se ve menoscabado el ejercicio democrático por la menor participación de las mujeres a nivel comunitario e institucional.

Cuando las mujeres viven situaciones de VD la sociedad se priva del aporte que ellas pueden hacer, en su comunidad y en su familia.

El sufrimiento personal incide en su desarrollo, en su salud y en los bienes sociales y económicos de los países.

En las familias hay una transmisión intergeneracional de la violencia, con deterioro de calidad de vida de todos y escasa participación de los miembros del grupo en la toma

de decisiones. Esto menoscaba el logro de avances intelectuales, económicos y de desarrollo personal

### Tratamiento del tema en los organismos internacionales

Desde la década del 90 los organismos internacionales de salud han dedicado instancias y publicaciones al tema de la violencia en general y a la violencia contra la mujer específicamente.

En 1993 la OPS aprobó una resolución en la que declara que la violencia interpersonal es un problema de salud pública que afecta la región<sup>10</sup>. En noviembre de 1994 plantea el Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud, en la Conferencia Interamericana sobre Sociedad y Violencia.

En 1996 la 49ª Asamblea Mundial de la Salud expresa que "la violencia es una prioridad de salud pública", recomienda «acometer el problema de la violencia contra la mujer y los niños y abordar sus consecuencias para la salud. Crea ese mismo año el Grupo Especial de la OMS sobre Violencia y Salud.

Varios estudios y publicaciones se dedican a este tema, en un esfuerzo creciente de aportar a la comprensión del fenómeno y a su atención.

La unidad de Salud de la Mujer de la OMS (WHD), establecida en 1980 publicó en 1998

10 Resolución del Consejo Directivo de OPS CD37.R1 accesible en versión electrónica en: [http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd\\_37.htm#R19](http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd_37.htm#R19)



una carpeta sobre Violencia contra la Mujer[5] en la que recopila información de varios estudios y plantea recomendaciones para el sector salud.

A partir de 1994 OPS desarrolla el Proyecto ACTIVA, estudio multicéntrico desarrollado en ocho países latinoamericanos acerca de las actitudes y pautas culturales frente a la violencia, en 1999 publica los resultados..[20]

A comienzos de los 90 OPS con la contraparte de los ministerios de salud de siete países latinoamericanos evalúa la situación de la salud de las mujeres. Los resultados identificaron la violencia de género como una prioridad.

Se formula<sup>11</sup> una estrategia integral para abordaje del problema, comenzando con un análisis que abarcó una serie de estudios llamado "La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina".

Este estudio generó conocimiento acerca de las mujeres que viven violencia, de sus estrategias y recursos para enfrentarla y de los obstáculos que encuentren las sociedades para dar respuesta al problema. [21]En el 2003 en la publicación "La Violencia contra las mujeres: responde el sector salud", a partir de los resultados y lecciones aprendidas de estas experiencias, se plantea el modelo integral propuesto por OPS para la atención.

En octubre de 2002 la OMS publica el reporte

mundial sobre Salud y Violencia, donde el capítulo 4 se dedica al tema de violencia en la pareja.

### Modelo Ecológico

Entendiendo la violencia como un problema complejo y multicausal, los especialistas en el tema y los organismos internacionales, plantean la utilidad del modelo ecológico para analizar las situaciones de violencia[4, 7, 22].

Este modelo plantea la interacción de factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales en la producción y mantenimiento de la violencia. 1. Se entiende por factores individuales, aspectos psicológicos, biológicos, culturales, éticos y morales, historia de vida, etc. que aumentan la vulnerabilidad o facilitan mecanismos de respuesta y protección. Individualmente no alcanzan para explicar la situación pero aportan a la comprensión de las circunstancias de cada caso,

2. Los factores relacionales se refieren a los estilos vinculares, formas de relación en la pareja, en la familia y en la sociedad; y las circunstancias de las relaciones pasadas y actuales. Se plantea que sistemas familiares con una propuesta organizativa basada en el mantenimiento de jerarquías inamovibles, con roles y funciones establecidas en forma rígida, perpetúan los comportamientos abusivos.[23]

3. Se incluye en la comunidad la existencia y

<sup>11</sup> Esta iniciativa estuvo a cargo del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS. Actualmente esta línea de trabajo la continúa la Unidad Género Etnia y Salud de OPS/OMS

formas de funcionamiento de grupos de pertenencia cercanos y cotidianos, que actúen como referencia ética y moral. Pueden ser significativos en los procesos de socialización e individuación. También se consideran las circunstancias de estos grupos, condiciones socioeconómicas, actividad, trabajo, roles y funciones asignados a mujeres, hombres, adultos y niños, etc.

4. Cuando en el modelo se analiza el componente Sociedad, se considera las leyes y normas, los patrones socioculturales, há-

bitos y costumbres, y sus implicancias para la organización y estructura de los grupos sociales.

El modelo tiene implicancias diagnósticas y para la atención. Las acciones de abordaje deben ser dirigidas a los distintos niveles mencionados, jerarquizando aquel nivel que se considere prioritario según el caso.

También sustenta la investigación que orienta acciones poblacionales de prevención y promoción de salud.

### La Violencia Doméstica como manifestación de la violencia de género

Definir la VD como una de las formas de la violencia de género, exige la incorporación de un enfoque de género en la consideración de cada uno de los niveles del modelo ecológico.

No realizaremos aquí un análisis detallado al respecto, pero sí algunos comentarios acerca del rol de varones y mujeres en las situaciones de maltrato.

#### **Papel de las mujeres: vulnerabilidad y empoderamiento**

En el estudio sobre la ruta crítica, mencionado anteriormente, hallaron que las características y condiciones individuales de las mujeres en situación de VD eran muy diversas. Las coincidencias entre ellas se referían sobre todo a las historias de vida.

- 30 En la mayoría de ellas:

- La violencia física y psicológica apareció como constante y parte integral de los procesos de socialización.
- La unión con sus parejas se inició con un marcado desbalance de poder que no les permitía el control de su lugar en la relación.
- Los mandatos sociales acerca de feminidad, de su rol de esposas y madres, fueron una herramienta de control habitual de manejo por sus parejas.

Ravazzola plantea el peso de la socialización de las mujeres vinculada fuertemente al rol materno, apoyada en el desarrollo de las cualidades de empatía y en las habilidades de cuidado.

El estado de indefensión de los seres humanos en los primeros años requiere de quien

los cuida de disponibilidad y atención permanente. Esta autora destaca algunas de las características del vínculo madre-hijo en este período:

Incondicionalidad, disposición a priorizar las necesidades del otro.

Concepto de amor, vinculado a necesidad, demanda y satisfacción.

Disminución del propio valor y del registro de malestar

Extender estas características, en el tiempo o a los demás vínculos, valorando la disminución del poder, la delegación y la anulación de la autonomía como una muestra de amor, colocan a la mujer en situación de vulnerabilidad a las relaciones abusivas.

La concientización de sus necesidades, el adquirir nuevas ideas sobre si misma, nuevos modelos de acción, permite reinterpretar la experiencia de maltrato.

Identificar responsabilidades sociales, discursos y prácticas que legitiman e invisibilizan la violencia, cuestiona la naturalización del abuso, trasciende los límites discursivos establecidos y politiza el problema.

Mujeres adolescentes,

La adolescencia es una categoría social muy diversa. Se emplea para referirse a un grupo poblacional etareo que transcurre un lapso de preparación y formación para la asunción de los roles adultos propios a su cultura. [24]

En el tema que nos ocupa es una etapa tras-

cedental, como momento de estructuración de una dimensión inter e intrasubjetiva, de las primeras relaciones de pareja, de cuestionamiento de normas y valores, de inserción en nuevos grupos, etc.

La adolescente puede vivir más de un tipo de maltrato. Puede ser testigo de violencia en la pareja parental, sufrir o haber sufrido maltrato de sus padres o de su pareja, o comportarse abusivamente con miembros de su entorno.

El estudio multicéntrico de OMS halló que entre 15 y 19 años, las mujeres encuestadas, tenían mayor riesgo de ser objeto de violencia física y/o sexual infligida por su pareja en los últimos 12 meses.

En la encuesta realizada en el 2003 en Montevideo y Canelones, las mujeres de 15 a 21 años también mostraron mayor prevalencia en el último año. De 50 encuestadas en pareja al momento del estudio, 17 presentaron violencia psicológica (34%), 9 violencia sexual (18%) y 12 violencia física (24%).

El impacto en la calidad de vida y las consecuencias en la salud son múltiples:

Mayor proclividad a conductas de riesgo, incluidas las relaciones sexuales sin protección. El embarazo adolescente no deseado es hasta tres veces más frecuente.[25]

Las consultas por dolor pélvico crónico son más frecuentes en adolescentes con antecedentes de abuso sexual.[26]

La atención a adolescentes en posible situación de violencia debe tener presente que la

experiencia de VD impacta en el estilo vincular. Los sentimientos de miedo, la vergüenza la impotencia y el desconocimiento de alternativas pueden manifestarse en actitudes de retraimiento, desconfianza, hostilidad.

No son infrecuentes las dificultades para manejo del estrés ni los trastornos conductuales, que pueden ser interpretados inadecuadamente. La vulnerabilidad a presentar trastorno por estrés postraumático esta aumentada.

Frente a la sospecha de una situación de abuso es necesario que se creen las condiciones que permitan y faciliten la entrevista, confidencialidad, tiempo, disponibilidad personal a la escucha atenta y respetuosa.

En caso de requerirse existen recursos especializados en la atención de adolescentes, mujeres y varones, en situación de abuso.

Mujeres mayores

*"Hacer frente al problema de las actitudes y prácticas discriminatorias en los sistemas de salud es un paso importante para prevenir el maltrato de ancianos."*

En el imaginario y en las prácticas sociales y

familiares predomina la idea de que las personas mayores deben ser objeto de cuidado, pero no es habitual solicitar sus opiniones ni considerar sus preferencias. Envejecer casi siempre tiene connotaciones negativas, se relaciona con la idea de discapacidad y demencia<sup>12</sup>. La percepción del envejecimiento como el deterioro mental y físico es tan común en el personal de salud como en el público en general.

A partir de los 60-65 años habitualmente se considera que una persona es «mayor», independientemente de su historia de vida, hábitos y situación particular<sup>13</sup>. Esta definición puede ser útil en estudios de población pero insuficiente para establecer la situación vital y de salud de una persona.

La no consideración de la peculiaridad individual, puede conducir a discriminación y trato inequitativo, que desconoce las posibilidades y necesidades de la persona. La formulación de políticas públicas no escapa a esta forma de actuar.

El estudio cualitativo del proyecto género y generaciones<sup>14</sup> indaga sobre la evolución de la construcción psicosocial de la vejez y las

12 La cuarta parte de la población adulta mayor padece alguna discapacidad, pero sólo el 10% entre estas personas presenta una discapacidad mental. Fuente: Encuesta Nacional de personas con discapacidad, diciembre 2004, Instituto Nacional de Estadística – Comisión Nacional Honorario del Discapacitado.

13 Las mujeres tienen una expectativa de vida mayor que los hombres. En Uruguay la brecha entre los sexos es actualmente de 10 años, 71 años para los hombres, 81 años para las mujeres. La longevidad no asegura calidad de vida, la morbilidad de las mujeres es mayor y su acceso a la atención de salud menor 7. Velzeboer, M., et al., La violencia contra las mujeres: responde el sector salud. 2003: Unidad de Género y Salud - OPS/OMS. 114.

14 Estrategia metodológica que combinó entrevistas individuales y grupos de discusión focalizada. La población objeto fueron adultos y adultas de 65 a 75 años. Las personas se seleccionaron a partir de la encuesta cuantitativa del proyecto.

particularidades de este proceso en Uruguay[27]. La construcción subjetiva de vejez de los sujetos entrevistados contiene una visión negativa y una visión positiva de la condición de adulto mayor.

Por un lado mantienen vigencia las ideas ya expuestas, la relación de la vejez con proceso de pérdida, enfermedad, discapacidad y dependencia. Pero a la vez se halló contenidos positivos.

Algunas mujeres valoraban positivamente el fin de los roles de crianza y ama de casa, o rescataban la condición de viudez como un momento de mayor libertad. Sin embargo se evidenció una distancia entre un envejecimiento deseable y la realidad concreta, que no está exenta de sufrimiento y tensión.

En el caso de las mujeres mayores, la condición de género y edad puede afectar su ubicación en la organización y jerarquía familiar, colocándolas en un lugar desfavorecido, con menoscabo de su calidad de vida y aumento de la vulnerabilidad a situaciones de maltrato.

En el análisis para el grupo de mujeres con edades de 56 a 65 años (N=50) la encuesta del año 2003[8] halló valores de 18% de violencia psicológica, 6% de violencia sexual y 6% de violencia física. Esta encuesta no se aplicó a mujeres mayores de 65 años y además indaga únicamente sobre violencia de parte de la pareja. En el caso de las mujeres mayores, la violencia de parte de otros

miembros de la familia o de cuidadores es frecuente.

En el informe de Violencia y Salud de OMS cita estudios de base poblacional que dan cifras 4 a 6% de maltrato en hombres y mujeres mayores de 65 años,

Los ancianos y ancianas son especialmente vulnerables al abuso patrimonial, uso inadecuado de su dinero, usufructo de sus bienes, por parte de parientes u otros cuidadores. La negligencia y el abandono afectivo, son formas frecuentes de maltrato en el ámbito familiar y en residenciales especializados, con consecuencias en la salud física y mental.

#### Género, Etnia y doble discriminación

Múltiples factores condicionan la identidad social, los atributos, derechos, funciones y relaciones que ésta connota. Género y edad, son categorías centrales en el tema que nos ocupa, pero es ineludible mencionar otros factores, como la raza, el color, el origen étnico y el origen nacional que para muchas personas en distintas circunstancias se constituyen en diferencias importantes.

La desagregación de la información por etnia en los sistemas de información sanitaria permitiría conocer la incidencia de problemas de salud, incluida la violencia, y evaluar la atención recibida por las personas afectadas.<sup>15</sup>

El formulario de registro de la historia clínica, que se empleará para los censos sobre

15 Transversalización de la equidad étnica en las políticas de salud <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/Etnia.htm>

VD, incluye la declaración explícita de los entrevistados sobre la raza a la cual creen pertenecer, de acuerdo a la categorización y forma de indagación planteada por el Instituto Nacional de Estadística en los censos nacionales.

¿Cree tener ascendencia...? (marque c/ cruz si o no en c/opción)					
Afro o negra	Amarilla	Blanca	Indígena	Otro	No sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

En Uruguay 93,2% de la población es de raza blanca, 5,9% de raza negra, 0,4% de raza indígena y 0,4% de raza amarilla.<sup>16</sup> Considerar esta dimensión en el área de la salud, no es frecuente, tal vez por la idea de que no hay discriminación racial en nuestro país.

Los datos del módulo de raza del INE cuestionan esta creencia. A modo de ejemplo: las personas que no alcanzan el mínimo ingreso establecido<sup>17</sup> difieren por raza, siendo de 32% de las personas de raza indígena, 39% de las de raza negra y 19% de las de raza blanca.

Cruzando género y raza, se ve que el ingreso de los hombres es mayor que el de las

mujeres de la misma raza en el orden del doble (razas blanca y negra), del triple (indígena) y de un 90% (amarilla).

Las mujeres de origen étnico o raza socialmente desfavorecidas se ven expuestas a fenómenos de discriminación interseccional, una de cuyas manifestaciones es la violencia. Contextos de aislamiento o desarraigo como la emigración especialmente en circunstancias de carencia económica aumentan la vulnerabilidad y disminuyen los recursos para generar salidas a la violencia.<sup>18</sup>

No contamos con información desagregada por raza sobre morbilidad, mortalidad y utilización de servicios en Uruguay, por lo que no sabemos de que forma esta incidiendo esta dimensión en el estado de salud, individual y colectiva, y en el sistema de atención.

Revisar actitudes y creencias en el desempeño de profesionales e instituciones de salud considerando la ascendencia etnoracial posibilitaría identificar, erradicar y prevenir prácticas discriminatorias basadas en diferencias raciales.

Discapacidad, vulnerabilidad y violencia

La quinta parte de los hogares urbanos uru-

16 Datos provenientes del Módulo raza de la Encuesta continua de hogares relevados entre el 1/1/96 y el 31/12/97. <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/publicaciones.htm>

17 La encuesta analiza los ingresos estableciendo una línea de 13,5 UR per cápita para Montevideo y 8,4 UR per cápita para el interior.

18 Conferencia Mundial contra el racismo, la discriminación racial, la Xenofobia y las formas conexas de intolerancia, realizada en Durban, Sudáfrica del 31 de agosto al 7 de setiembre de 2001 <http://www.un.org/spanish/CMCR>

guayos tienen al menos una persona con discapacidad, con distribución diferencial según sexo y edad<sup>19</sup>. La discapacidad es reconocida como un factor de riesgo para el maltrato. El diagnóstico de situación debe considerar la existencia de trastornos físicos o mentales que impliquen una discapacidad. La propuesta de atención que se elabore debe considerar las dificultades individuales y familiares vinculadas a la causa de discapacidad y las desventajas sociales que dicha condición implica.

#### **El papel de los varones en la violencia doméstica**

En diferentes culturas y sociedades, y en la nuestra en particular, existen diversas modalidades de ejercer la violencia hacia niñas y mujeres. La violencia basada en el género es protagonizada fundamentalmente por varones adultos y se encuentra validada desde el imaginario social, al menos ante determinadas situaciones. Si bien ha existido una creciente concientización social sobre los derechos de las mujeres a una vida sin violencia, determinadas formas de socialización de niñas, niños y adolescentes favorecen y cultivan modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad. Ellas colocan en mayor vulnerabilidad so-

cial a las mujeres, definen a los varones como naturalmente agresivos, y justifican las acciones violentas como modalidad de resolución de conflictos.

En el documento presentado y aprobado en el seno de la 48ª Asamblea de Naciones Unidas, el Secretario General<sup>20</sup>, basado en informes de especialistas en masculinidades y género, afirma que:

*"Tanto las madres como los padres son responsables, al criar y educar a los niños, de dar ejemplos de comportamiento que promuevan la igualdad de género. Es más probable que los niños y las niñas que crecen en familias en las que los géneros no cumplen rigurosamente sus funciones estereotípicas, esto es, en las que el padre participa en el cuidado de los hijos y en las tareas domésticas y la madre contribuye económicamente al sostenimiento del hogar u ocupa posiciones de liderazgo en el ámbito laboral o comunitario, tengan una percepción flexible de las funciones de hombres y mujeres. Por el contrario, los niños que observan cómo los padres y otros hombres consideran inferiores a las mujeres o las tratan con violencia pueden creer que éste es el comportamiento masculino "normal" y considerar que la subordinación y la infravaloración de la mujer son rasgos de masculinidad. La socialización de los niños y los hombres ejerce una poderosa influencia en la violencia basada en el género,*

19 La prevalencia de la discapacidad en la población total de mujeres es superior a la de los varones: 8.2% contra 7%. Al considerar la edad, la población masculina menor de 30 años presenta mayor incidencia de la discapacidad que la femenina de esas mismas edades, situación que se equilibra entre los 30 y 49 años para luego revertirse en las edades adultas mayores.

20 Papel de los hombres y los niños en el logro de la igualdad de género. Informe del Secretario General de Naciones Unidas a la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer 48º período de sesiones. 1º a 12 de marzo de 2004. - E/CN.6/2004/9. Consejo Económico y Social

*que se produce en todos los entornos sociales, económicos y culturales".*

A partir de la aprobación de dicho documento se considera fundamental:

h) Fomentar la capacidad de los gobiernos y de la sociedad civil de desarrollar la enseñanza pública, intensificar la movilización de la comunidad y elaborar estrategias de prestación de servicios de modo que se tengan en cuenta múltiples papeles del hombre y el niño.

La violencia protagonizada por los varones, tiende a ser justificadas desde teorías que remiten a la esfera psíquica (psicopatológica) del agresor, al vínculo afectivo ("drama pasional") o las condiciones sociales (la situación de pobreza, el escaso nivel de instrucción). Las prácticas de algunos varones que adoptan formas autodestructivas y destructivas para el entorno familiar y comunitario, especialmente en la violencia hacia mujeres y niños/as, no debe ser proyectada exclusivamente sobre varones ubicados en los sectores de pobreza. Los estudios de las masculinidades

han revelado el carácter sociocultural y policlasista de la VD.

Es fundamental que los equipos de salud, la educación formal, los medios de comunicación, la sociedad civil y las instituciones formadoras de recursos humanos en el campo sanitario, educativo y social puedan problematizar las construcciones culturales sobre la masculinidad y la virilidad[28]}. Asimismo, es necesario, como establece la Ley de Violencia Doméstica crear espacios de atención y rehabilitación para quienes ejercen violencia e implementar modelos de intervención con carácter nacional. La experiencia de otros países muestra la posibilidad de que equipos especializados trabajen en la atención a varones que ejercen violencia en la familia, para modificar sus comportamientos agresivos y violentos, sin perjuicio y como complemento de las instancias judiciales correspondientes.

La acción desde las comunidades y el sistema educativo en la promoción de la equidad de género, es un aspecto protector fundamental para la prevención de la violencia de género.



## MARCO JURÍDICO

### Ámbito internacional

Desde la década del 70<sup>21</sup> la violencia contra la mujer ha sido un tema de preocupación y debate en el ámbito internacional.

Existen varios instrumentos jurídicos internacionales ratificados por Uruguay que enmarcan las políticas de atención al problema de la VD: Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)<sup>22</sup> (1979) y su Protocolo Facultativo<sup>23</sup> (1999), Convención sobre los Derechos del Niño<sup>24</sup>. (1989), la creación de una Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer de Naciones Unidas (resolución 1994/45), la Convención Americana sobre Derechos Humanos, suscrita en San José de Costa Rica (1969)<sup>25</sup>,

la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, aprobada en Belém do Pará, Brasil (1994)<sup>26</sup>, la VII Conferencia Regional sobre Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe (Mar del Plata, 1994), uno de cuyos ejes centrales fue el de la violencia hacia la mujer.

La recorrida a través de este proceso da cuenta de la evolución de las ideas en relación a los Derechos Humanos. Su existencia refleja consensos y consolida las bases para el cuestionamiento de los modos de relación que atentan contra su libre ejercicio.

### Legislación Nacional

Desde 1995 en Uruguay se reconoce la VD como delito a través del artículo 18 de la Ley Nº 16.707, (Ley de Seguridad Ciudadana).

En julio del 2002 se sanciona la Ley Nº

17.514 o Ley de VD. que establece un marco jurídico específico para la prevención e intervención en VD, cuando no constituye delito. La Ley establece la creación del Consejo Nacional Consultivo Honorario de Lucha contra la VD<sup>27</sup>, asignándole como tarea

21 Conferencias Mundiales sobre la Mujer: México 1975; Copenhague 1980; Nairobi 1985, Beijing 1995.

22 Ratificada por Uruguay por el decreto Ley Nº 15.164 de 4 de agosto de 1981

23 Ratificado por Uruguay por la Ley Nº 17.338 de 18 de mayo de 2001

24 Ratificada por Uruguay por la Ley Nº 16.137 de 28 de septiembre de 1990.

25 Ratificada por Uruguay por la Ley Nº 15.737 de 8 de mayo de 1985.

26 Incorporada a la legislación nacional en Uruguay por la Ley Nº 16.735 de 13 de diciembre de 1995

27 A partir de ahora nombrado como CCN-VD

fundamental la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra la VD.

Esta ley da competencia a los Juzgados de Familia para actuar en asuntos de VD cuando los mismos no configuran delito.

*Esta Ley tuvo una primera consecuencia fundamental: colocó la cuestión en el ámbito de la prevención. Y ya no será necesario esperar que haya mujeres severamente golpeadas o muertas para buscar la manera de contener la agresión. Especialmente, que no sea más la única respuesta la del derecho penal: procesar para impedir más violencia. Esta postura responde al reclamo de defensores y defensoras de Derechos Humanos, quienes cuestionaban que no se apelara al derecho penal como último recurso. Bien, ahora, hay otros recursos previos y preventivos.<sup>28</sup>*

El tratamiento de un hecho de VD en el marco de la Ley 17514, no excluye la posibilidad de acciones penales, en la medida que el hecho constituya delito tal cual lo define el art. 321 del Código Penal.

Al año de aplicación de la nueva ley, se evaluó el resultado y las dificultades de su aplicación. Una de las consecuencias fue la creación en el año 2004 de cuatro juzgados especializados en Montevideo. En los demás departamentos los Juzgados Letrados y las Defensorías de oficio, tienen competencia

para la atención de urgencia en temas de VD.

### Aspectos pertinentes al personal de salud

La Ley establece "... de interés general las actividades orientadas a la prevención, detección temprana, atención y erradicación de la VD".

La Ley define la VD y sus manifestaciones: Violencia física, violencia psicológica o emocional, violencia sexual y violencia patrimonial. Legítima a cualquier persona para que pueda "dar noticia al Juez competente en la materia", estableciendo que no le cabrá responsabilidad de tipo alguno a quien realice esta denuncia "siempre que la noticia presente verosimilitud". Y establece que el juez podrá llamar a terceros a juicio.

**El personal de salud por esta disposición queda habilitado a realizar la comunicación al juez, si lo considera pertinente y necesario, sin obligar a la denuncia de todos los casos de los que tome conocimiento<sup>29</sup>.**

El Artículo 15 establece que el Tribunal ordenará realizar un diagnóstico de situación interdisciplinario entre los sujetos involucrados<sup>30</sup>, para evaluar los daños y riesgos, así como el entorno social.

De este diagnóstico de situación puede con-

28 Citado de Análisis de la Ley Nº 17.514 y su implementación y aplicación en Uruguay, - CLADEM- Uruguay Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.

29 En el Capítulo de Orientaciones para operadores se establecen los procedimientos necesarios para realizar la denuncia.

30 Se refiere a la evaluación pericial, que en general la realiza el Instituto Técnico Forense, pero, de considerarlo necesario, el juez puede establecer que otros técnicos lo realicen.

clirse la necesidad de adoptar medidas o tratamientos médicos, psicológicos u otros, y el Tribunal puede designar una institución pública o privada idónea en la materia para su realización. Las instituciones de salud quedan implicadas en esta disposición<sup>31</sup>.

**La ley establece el deber del Estado de adoptar medidas para prevenir, sancio-**

**nar y erradicar la VD y fomentar la atención integral a la víctima. Plantea el deber de establecer una política de protección de todas las personas relacionadas, en el marco de la cual se atiende la rehabilitación y reinserción social del agresor, planteando que la asistencia y el tratamiento sean instrumentos de esta política.**

### Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica

El CCN-VD comienza su actividad en el año 2002, abocándose a elaborar el Plan nacional de Lucha contra la VD. Este Plan fue publicado a fines del 2004 y establece pautas y acuerdos intersectoriales para la construcción y gestión de políticas públicas de Estado y sectoriales en el ámbito nacional. Se establece que las mismas se deben ela-

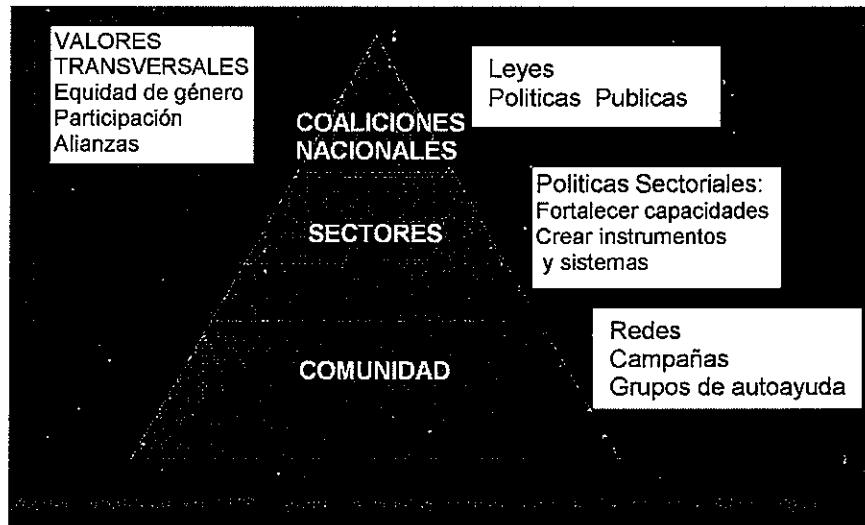
borar desde una perspectiva de garantía de protección, prevención y promoción de derechos, tendiendo a erradicar la VD.

El Plan compromete a las instituciones a acciones para su instrumentación y monitoreo de sus resultados y propone actividades concretas.

<p><b>PLAN NACIONAL DE LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA DOMESTICA</b>  <b>Competencia del Sector Salud</b></p>
<p><b>Actividades generales:</b></p>
<p>Desarrollo intersectorial de actividades de promoción de derechos y prevención de la VD. Formación y capacitación permanente de recursos humanos.</p>
<p><b>Actividades específicas para el sector salud:</b></p>
<p>Articular e instrumentar programas de atención integral, con pautas precisas, previendo respuestas alternativas en los casos de violencia extrema y riesgo.                  Organización de equipos de atención preparados en el tema e integrados en red con otros recursos sociales existentes a escala nacional, optimizando los niveles de coordinación interinstitucional e intersectorial.</p>

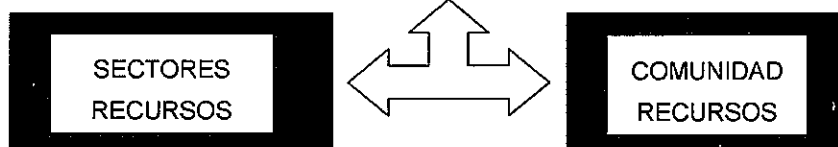
<sup>31</sup> Si bien el diagnóstico de situación con fines probatorios es realizado por peritos del ITF o designados por el juez, en el Capítulo de Orientaciones se plantean algunas pautas generales para la evaluación de situación.

## ATENCIÓN A LA VD MODELO INTEGRAL



### ACCIONES: SECTOR SALUD

MSP -PNSMG	INSTITUCION	SERVICIO	PERSONAL DE SALUD
<b>NORMAS</b> <b>MONITOREO</b> <b>APOYO</b> Coordinación Insumos Información	<b>PREPARACION</b> Capacitación Insumos Equipos referencia Mecanismo denuncia	<b>ORGANIZACION</b> Actividades Roles, funciones Equipo referencia Trayectorias Coordinaciones	<b>ASISTENCIA</b> Detección Registro Primera Respuesta Asistencia Específica Asistencia Especializada Coordinaciones
<b>PROMOCION Y PREVENCION</b>			



## MODELO INTEGRAL DE ABORDAJE

La atención a la VD como problema complejo, multicausal, ligado a los modelos de socialización, a la construcción de identidad y cultura requiere la conjunción de múltiples actores sociales en diferentes niveles de decisión y acción.

El modelo de OPS/OMS propone tres niveles de acción, entorno a tres ejes conceptuales transversales: equidad de género, participación y asociaciones.

I. Coaliciones Nacionales de actores políticos que diseñen las leyes y políticas, establezcan acuerdos conceptuales y líneas de orientación generales para los planes de cada sector. La Ley 17514 y el Plan Nacional de Lucha contra la VD

constituyen el marco para las políticas sectoriales en Uruguay.

II. Sectores<sup>32</sup> que diseñen, implementen y controlen la ejecución de políticas públicas que coordinan las iniciativas y orientan los procedimientos.

III. Comunidad<sup>33</sup> sensibilizada y comprometida con el problema, que articula y vigila la aplicación local.

En la atención directa, el modelo integral comprende acciones de detección, asistencia, prevención y rehabilitación, coordinadas entre técnicos de distintas profesiones y sectores, en torno a líneas conceptuales y operativas comunes

### Salud Intersectorialidad e integralidad

Para ser efectivo y dar respuestas adecuadas, para adaptar estas respuestas a la evolución en el conocimiento del problema y los avances en su abordaje, el Sector Salud debe funcionar en forma articulada en la planificación, en la ejecución y en la evaluación de resultados con los demás sectores involucrados.

Las líneas generales que orientan esta propuesta para la atención a la VD hacia las mujeres en el Sector Salud son:

• Incorporación de una perspectiva de derechos humanos, de género y generacional en la planificación y organización del sector.

<sup>32</sup> Educación, Salud, Poder Judicial, Policía, Organismos de Protección social y de infancia, Medios comunicación, Sociedad Civil,

<sup>33</sup> Red de actores individuales, colectivos e institucionales, que ubican la VD como un problema que les incumbe.

- Atención integral e intersectorial, adecuada a las etapas del proceso de salida de la violencia: acciones de prevención secundaria y primaria, asistencia y rehabilitación a víctimas y agresores, registro y evaluación.
- Responsabilidades específicas explícitas para los niveles de decisión y de asistencia, en ámbitos nacional, local, institucional y de servicio.
- Jerarquización del desarrollo de estrategias comunitarias. Participación del sector

salud en la promoción de derechos y prevención de violencia. Articulación con los recursos comunitarios generales y específicos.

- Adaptación de las propuestas a los contextos de aplicación, optimizando el empleo de recursos materiales, humanos y la experiencia realizada.

Estas orientaciones generales son a la vez una guía y un desafío, desde donde evaluar las propuestas y su instrumentación.

## Responsabilidades del Sector Salud

El sector salud está ubicado en un lugar privilegiado entre los prestatarios de servicios para acceder a las mujeres en situación de violencia.

La mayoría de las mujeres establecen contacto con el sistema de asistencia tempranamente en sus vidas; por diversos motivos: consultas por problemas de salud, solicitud de métodos anticonceptivos, control de embarazo y parto, atención de sus hijos.

Si bien estas son oportunidades de detectar el problema y brindarles apoyo, los estudios demuestran que no es práctica habitual de los técnicos la investigación de la existencia de maltrato. Esto hace necesario establecer una estrategia de investigación de rutina, que aumente la detección y a la vez promover la habilidad de los técnicos para emplearla.

La pauta para instituciones públicas y privadas de salud en Uruguay establece Rutina de detección integrada a una ESTRATEGIA DE RESPUESTA desde la INSTITUCIÓN que incluye acciones de SERVICIO y del PERSONAL DE SALUD que brindan la asistencia.

Cada institución introducirá cambios progresivos en la organización, que posibiliten acciones para la atención integral y aseguren un ambiente de apoyo en todos los niveles de la asistencia. Este aspecto incluye prever la capacitación del personal, crear dispositivos especializados de acuerdo a las necesidades y posibilidades, incorporar la violencia en el sistema de registro e información.

Las instituciones vigilarán la provisión de los