



# Mujeres víctimas de Violencia Doméstica en Uruguay

---

**Caracterización y vínculos con el sistema de  
salud**



**Facultad de Medicina  
Universidad de la República**

**AUTORAS:** - Boucq, Natalie  
- Capotte, Vanessa Dahiana  
- Castro, Natalia  
- Curbelo, María Victoria  
- Viar, María Lucía

**TUTORES:** - Prof Adj. Franco González.  
Coordinador Unidad de Sociología de la Salud  
- Prof. Marisa Buglioli  
Directora Dpto. Medicina Preventiva y Social

**INSTITUCIONES**

Dpto. de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina

## TABLA DE CONTENIDOS

<b><u>RESUMEN</u></b>	<b>3</b>
<b><u>1) INTRODUCCIÓN</u></b>	<b>4</b>
<b><u>2) VIOLENCIA DOMÉSTICA. PRINCIPALES CONSIDERACIONES</u></b>	<b>4</b>
<b>2.1. CONCEPTOS SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA DOMESTICA</b>	<b>4</b>
DIFERENTE MODALIDADES DE VD	5
<b>2.2. VIOLENCIA DOMÉSTICA. UN PROBLEMA SOCIAL</b>	<b>5</b>
LA VD Y SUS CAUSAS	6
<b>2.3. VIOLENCIA DOMÉSTICA. UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA</b>	<b>7</b>
ACCIONES EN EL MARCO DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES DE SALUD	7
<b>2.4. EL MARCO JURÍDICO EXISTENTE</b>	<b>8</b>
LOS AVANCES EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL	8
LEGISLACION NACIONAL	9
<b><u>3) OBJETIVOS Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA</u></b>	<b>10</b>
<b>3.1. OBJETIVOS GENERALES</b>	<b>10</b>
<b>3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>10</b>
<b>3.3. ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>10</b>
<b><u>4) RESULTADOS</u></b>	<b>12</b>
<b>4.1. PLAN NACIONAL DE LUCHA CONTRA LA VD</b>	<b>12</b>
PARTICIPACIÓN DEL SECTOR DE SALUD	12
EL PAPEL DE LOS SERVICIOS DE SALUD	13
PRINCIPALES ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS	14
Equipos de Referencia	14
Pesquisas sobre VD	15
OTROS RECURSOS EXISTENTES.	15
<b>4.2. LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>	<b>16</b>
FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE VD EN URUGUAY	16
<b>4.3. ESTADO DE SITUACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN URUGUAY</b>	<b>17</b>
PERFIL DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VD	17
DENUNCIAS Y MUERTES DE MUJERES VÍCTIMAS DE VD	23
<b><u>5) CONCLUSIONES</u></b>	<b>25</b>
<b><u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	<b>28</b>

## **RESUMEN**

En la actualidad ha habido avances en la toma de conciencia acerca de la gravedad de la violencia contra las mujeres, problemática que tiene un impacto a nivel social, cultural y económico.

Por esta razón nuestro análisis pretende identificar y caracterizar a las mujeres víctimas de violencia doméstica (VD) así como conocer y detectar nudos críticos en el vínculo que tienen estas mujeres con el sistema de salud.

Se trata de un estudio observacional y descriptivo. Se realizó una revisión documentada a nivel nacional acerca de VD y de la implementación de la Guía de Procedimiento de Abordaje de la VD en el Primer Nivel de Atención del MSP. Así como una sistematización y procesamiento de datos estadísticos sobre las situaciones de VD y Violencia Basada en Género<sup>1</sup> (VBG) a partir de las fuentes de información existentes.

A lo largo de la presente revisión bibliográfica sobre la caracterización de las mujeres víctimas de VD, se logró describir y comprobar los significantes avances a nivel jurídico con respecto al abordaje de la problemática tanto a nivel nacional como internacional.

En Uruguay, casi 7 de cada 10 mujeres han vivido VBG en algún momento de sus vidas lo que pone en evidencia la magnitud del problema. Con respecto a las mujeres usuarias de los servicios de salud, 44 % expresa haber sufrido VD en algún momento de su vida y casi 3 de cada 10 declara haber sufrido VD en el último año.

En la medida en que los centros de salud se encuentran en un lugar privilegiado entre los prestatarios de servicios para acceder y abordar a las mujeres en situación de violencia; las respuestas del sector deben no sólo tomar en cuenta sino planificarse y evaluarse en función de la evidencia empírica que existe sobre la problemática. La prevalencia de VD en sus diferentes modalidades registra variaciones, entre otras, según edad de la mujer y región de residencia. A su vez, los contextos familiares y los perfiles de las personas agresoras registran variantes que muchas veces ameritan abordajes específicos y focalizados.

**Palabras claves:** Género, Violencia Domestica, Mujer, Sistema de Salud, Uruguay.

---

<sup>1</sup> De ahora en adelante VBG

## 1) INTRODUCCIÓN

En el marco del curso Metodología Científica II de la carrera Doctor en Medicina se desarrolla la siguiente monografía con el objetivo de caracterizar a las mujeres víctima de VD en el Uruguay y describir su vínculo con el sistema de salud.

Dada la importancia que la temática reviste a nivel social y para la salud pública, entendemos que la oportunidad de avanzar en profundizar y diversificar enfoques sobre la VD durante la formación de grado debe destacarse como altamente positivo.

En los últimos años en el Uruguay se ha visto un incremento en la tendencia y magnitud de la VD, vista ésta como un problema social, una violación a los derechos humanos y un problema de salud pública.

La VD actúa de diversas maneras, afectando todos los ámbitos de la vida de las mujeres, imponiendo el aislamiento e impidiendo la integración y participación activa en la sociedad.

Ha habido una concienciación social sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres; el impacto social, cultural y económico que ésta conlleva supone un gran obstáculo para la convivencia social.

Sin embargo, tanto la identificación como las estrategias de abordaje de la problemática desde los equipos de salud, continúa siendo un camino sobre el que resta mucho por recorrer.

El presente trabajo pretende aportar su grano de arena a vislumbrar elementos que permitan dimensionar la relevancia del conocimiento socio-demográfico y estadístico sobre las situaciones de VD en nuestro país.

## 2) VIOLENCIA DOMÉSTICA. PRINCIPALES CONSIDERACIONES

### 2.1. CONCEPTOS SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA DOMESTICA

La Organización Mundial de la Salud en su informe sobre Violencia y Salud 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”*<sup>2</sup>.

La violencia de género se define, según la Declaración de las Naciones Unidas 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*

---

<sup>2</sup>Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Organización Mundial de la Salud.2002

tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada”<sup>3</sup>.

En Uruguay, la Ley N° 17.514 enunciada en julio de 2002 define la violencia doméstica y sus formas de manifestación como “*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*”<sup>4</sup>.

### **Diferente Modalidades de VD**

Dentro de la Ley N°17.514, el Artículo 3 establece que las modalidades de VD corresponden a:

“Violencia física: Acción, omisión o patrón de conducta que dañe la integridad corporal de una persona”<sup>4</sup>.

“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”<sup>4</sup>.

“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”<sup>4</sup>.

“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”<sup>4</sup>.

## **2.2. VIOLENCIA DOMÉSTICA. UN PROBLEMA SOCIAL**

La violencia hacia la mujer es una grave traba social que ha existido a lo largo de la historia, pero que ha adquirido mayor visibilidad en la actualidad.

Durante los últimos años ha habido una concienciación social sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres; el impacto social, cultural y económico que ésta conlleva supone un gran obstáculo para la convivencia social. Se ha observado en las mujeres víctimas de VD un deterioro en su calidad de vida que impide su desarrollo social, lo que incluye baja toma de decisiones, abandono de proyectos personales, alteración en la cantidad y calidad de los vínculos, quedando aisladas, sin acceso a información y limitado acceso a la educación. Generando un bajo desempeño laboral, mayor ausentismo, menor productividad y menores

---

<sup>3</sup> Organización de las Naciones Unidas. 1993

<sup>4</sup> Ley N° 17.514, Ley de Violencia Doméstica.

ingresos. La violencia conlleva un gran impacto económico suscitando costos en ayuda social, servicios legales y atención en salud, siendo el gasto en la misma 2,5 veces mayor que en mujeres que no sufren VD, constatándose 30% a 50% más de licencia por enfermedad en dichas mujeres. (Abordaje de situaciones de violencia domestica hacia la mujer. Guía de procedimientos en el primer nivel de atención de salud. MSP-DIGESA- Programa nacional prioritario salud de la mujer y género. 2006). La VD actúa de diversas maneras, afectando todos los ámbitos de la vida de las mujeres, imponiendo el aislamiento e impidiendo la integración y participación activa en la sociedad.

### **La VD y sus CAUSAS**

Las causas de la VD son complejas y dependen de muchos factores como las desigualdades de género a nivel sociocultural, los conflictos en el marco de las relaciones conyugales, los conflictos personales, la personalidad de cada individuo, el historial de abuso y violencia de cada núcleo familiar, etc.

La violencia específica contra la mujer puede asociarse a situaciones vinculadas a las tradiciones y a la cultura de muchas sociedades. Esto se ve reflejado en relaciones de sumisión y dependencia de la mujer respecto al hombre, la justificación de la violencia masculina para con la mujer y su tolerancia por parte de la sociedad e incluso por parte de la víctima. La violencia ha sido y es utilizada como un instrumento de poder y dominio del fuerte frente al débil, del adulto frente al niño y del hombre frente a la mujer a través de los tiempos.

En las últimas décadas los cambios socioculturales respecto al papel de la mujer tanto en el ámbito privado (pareja, familia), como público (laboral, social) han favorecido una relación más igualitaria entre el hombre y la mujer, y han hecho posible que la problemática relacionada a la violencia doméstica salga a la luz.

Esto se debe, en parte, a una mayor conciencia de la mujer de sus derechos y su papel tanto en la pareja, la familia y en la sociedad, y también a una mayor sensibilidad social respecto al problema.

En base a esto y considerando a la violencia doméstica como un fenómeno multicausal éste puede ser explicado de acuerdo al modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner. Este posibilita observar las interacciones entre los distintos factores que influyen en el comportamiento de los seres humanos que promueven o previenen el desarrollo de interacciones violentas, y de violencia doméstica. Se plantean 4 niveles entrelazados que se pueden modificar entre sí.

En el primer nivel se identifican los factores individuales, biológicos, psicológicos, éticos, morales, historia de vida, entre otros. En el segundo nivel se ubican los factores relacionales o sea la forma en que las personas se vinculan o se han vinculado, principalmente en los contextos más íntimos o cercanos: la familia, los amigos, las parejas, entre otros. En el tercer nivel se

ubica la comunidad como ámbito donde se desarrollan los grupos de pertenencia que actúan como referencia ética y moral.

Finalmente el cuarto nivel incluye los patrones y normas culturales, los hábitos y las costumbres de una sociedad que promueven o no el desarrollo de interacciones violentas.

Se considera que las acciones a implementar deben estar enfocadas en cada uno de los niveles priorizando el nivel específico dependiendo del caso.

### **2.3. VIOLENCIA DOMÉSTICA. UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA ACCIONES EN EL MARCO DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES DE SALUD**

A partir de los años 90 diversos entes internacionales de la salud impulsaron instancias y publicaciones dedicadas a la problemática de la violencia y a la violencia de género específicamente. La OPS con la contraparte de los ministerios de salud de siete países latinoamericanos evalúa la situación de la salud de las mujeres. A partir de los resultados observados en cada medición realizada, se identificó a la violencia de género como una prioridad. 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. En noviembre de 1994 plantea el Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud en la Conferencia Interamericana sobre Sociedad y Violencia.

A partir de 1994 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrolla el Proyecto ACTIVA, estudio metacéntrico desarrollado en ocho países latinoamericanos acerca de las actitudes y pautas culturales frente a la violencia.

Se formula 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”. (OPS/OMS, 2000)

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

En 1996 la 49a Asamblea Mundial de la Salud anuncia que la violencia es una prioridad de salud pública, aconseja 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. (Abordaje de Situaciones de VD hacia la mujer, 2006)

En el 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica el reporte mundial sobre Salud y Violencia, donde se dedica un capítulo al tema de violencia en la pareja. (Abordaje de situaciones de violencia domestica hacia la mujer. Guía de procedimientos en el primer nivel de

atención de salud. MSP-DIGESA- Programa nacional prioritario salud de la mujer y género. 2006).

## **2.4. EL MARCO JURÍDICO EXISTENTE**

### **LOS AVANCES EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL**

Antes de la década de los 70s la Violencia Doméstica era considerada como un problema concerniente a la vida privada familiar y era por lo tanto invisible más allá de ese espacio.

A partir de entonces en Europa (años 70) y algo más tarde en A. Latina (años 80), los movimientos feministas comienzan a luchar por los derechos de la mujer. Los episodios de violencia doméstica se van haciendo públicos y esta comienza a considerarse como un problema social prevenible sobre el cual se debería intervenir.

En el año 1993, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de la ONU, los derechos de las mujeres se declararon derechos humanos; y particularmente en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995, donde se sentaron las bases generales para la eliminación de la violencia contra la mujer, considerando esta última como una violación de los derechos humanos.

La Convención Interamericana sobre la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará 1994), ratificada por Uruguay en 1996 por la Ley 16.735, obligan a los gobiernos a realizar y monitorear leyes que sancionen la violencia contra las mujeres.

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) en 1979, aprobada por Uruguay por el Decreto Ley 15.154 en 1981, es el principal instrumento jurídico en el ámbito internacional para promover la igualdad de las mujeres. En 1999, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba el Protocolo Facultativo de la CEDAW, ratificado por Uruguay en 2001 por la ley N° 17.338. Este completa la Convención al establecer un procedimiento de comunicaciones para denunciar las violaciones a la Convención de parte de los Estados que lo han ratificado.

Otros instrumentos jurídicos internacionales ratificados por Uruguay que enmarcan las políticas de atención al problema de la VD son:

- a) la Convención Americana sobre Derechos Humanos, suscrita en San José de Costa Rica en 1969 (Ratificada por Uruguay por la Ley N° 15.737 de 1985)
- b) la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 (Ratificada por Uruguay por la Ley N° 16.137 de 1990)
- c) 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
- d) la creación de una Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer -Naciones Unidas- (resolución 1994/45).

## LEGISLACION NACIONAL

En Uruguay en el año 1995, a través del artículo 18 de la Ley N°16.707 (Ley de Seguridad Ciudadana), se incorporó la Violencia Doméstica como delito en el Código Penal, bajo el artículo 321 bis (“delitos contra la personalidad física y moral del hombre”)<sup>5</sup>. Aquí se expone un aumento en la pena con prisión de un tercio a la mitad cuando la víctima fuere una mujer.

En el año 2002 se aprueba la ley N°17.514 o la Ley de Violencia Doméstica, que establece un marco jurídico específico para la prevención e intervención en VD.

La Ley establece “... *de interés general las actividades orientadas a la prevención, detección temprana, atención y erradicación de la violencia doméstica...*”<sup>6</sup>. Plantea el deber de crear una política de protección de todas las personas relacionadas, fomentar la atención integral a la víctima, y la rehabilitación y reinserción social del agresor.

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*”; **Error! Marcador no definido.** Por lo anterior el personal de salud queda habilitado a realizar la comunicación al juez, si lo considera pertinente y necesario.

Esta ley da competencia a los Juzgados de Familia para actuar en asuntos de VD cuando los mismos no configuran delito. Por Ley N° 17.707 de 2003, se faculta a la Suprema Corte de Justicia a transformar Juzgados de Familia en Juzgados Especializados. Entre el año 2004-2011 se crearon 6 juzgados especializados, 5 en Montevideo y 1 en Pando. En los demás departamentos los Juzgados de Paz y las Defensorías de oficio tienen competencia para la atención de urgencia en temas de VD.

El tratamiento de un hecho de VD en el marco de la Ley N°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.

---

<sup>5</sup> Ley N° 16.707, Ley de Seguridad Ciudadana.

<sup>6</sup> Ley 17.514, Ley de Violencia Domestica.

### 3) OBJETIVOS Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA

#### 3.1. OBJETIVOS GENERALES

1. Describir y caracterizar a las mujeres víctimas de violencia doméstica y al contexto en el que ocurren las situaciones de violencia doméstica.
2. Describir la participación de los servicios de salud en las situaciones de VD y el vínculo de éstos con las mujeres víctimas de violencia doméstica.

#### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.1. Conocer las definiciones de violencia doméstica y sus diferentes modalidades.
- 1.2. Describir la prevalencia de las diferentes modalidades de violencia doméstica y el impacto que tienen en la salud de las mujeres.
- 1.3. Describir el estado de situación de la VD hacia las mujeres de 15 años y más en el Uruguay según variables socio-demográficas (edad, modalidad de VD, nivel educativo).
- 2.1. Conocer los protocolos de abordaje a las situaciones de violencia doméstica por parte de los servicios de salud.
- 2.2. Identificar la existencia de factores que representen obstáculos en el abordaje de la violencia doméstica.

#### 3.3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

**Tipo de estudio:** observacional y descriptivo

**Técnicas de Relevamiento:** Revisión documentada, procesamiento de datos estadísticos

**Procedimiento:**

Paso 1.- Se realizará una búsqueda bibliográfica sobre la temática de violencia doméstica existente. Estrategia de búsqueda:

- Palabras claves: violencia AND mujeres AND Uruguay, violencia AND salud AND Uruguay. Violencia AND género AND salud
- Sexo: mujeres
- Rango de edad: de 15 a más años.
- Países y/o regiones: Uruguay, Latinoamérica y el Caribe.
- Idiomas: español, inglés, portugués.
- Buscadores utilizados: Biblioteca Virtual de Salud, Google.
- Fuentes de información: Scielo, Pubmed, páginas web de organizaciones internacionales (OPS/ OMS).

Paso 2.- Luego se realizará una revisión documentada a nivel nacional acerca de VD en cuanto a la legislación, documentos sobre políticas públicas, los recursos socio-

comunitarios con los que se dispone. Además informes sobre el proceso, situación, barreras y fallas en la implementación de la Guía de Procedimiento de Abordaje de la Violencia Doméstica en el PNA del MSP.

- Fuentes de datos: recursos web de organismos gubernamentales (Parlamento; Ministerio de Desarrollo Social; INMUJERES; Ministerio del Interior, Ministerio de Salud Pública, Universidad de la República) y no gubernamentales (MYSU; Red contra la violencia doméstica y sexual), además de contactos directo vía mail con referentes del tema. Andrea Macari funcionaria del INE, Santiago Pujol del MYSU.

Paso 3.- Revisión, sistematización y procesamiento de datos estadísticos sobre las situaciones de VD y VBG a partir de las fuentes de información existentes (micro datos de las encuestas de Prevalencia de Violencia Doméstica en Servicios de Salud, Unidad de Sociología y MPyS, 2013 y Primer Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones, INE, 2013) registros administrativos del Ministerio del Interior)

#### **Plan de Análisis**

A partir de la información relevada en las diferentes encuestas, se definió qué información procesar así como los tabulados y variables de corte a utilizar (por grupo de edades, nivel educativo, tipo de violencia, región, vínculo con el agresor, consultas médicas en servicios de salud)

En un segundo paso, se contrastaron los datos de la evidencia empírica (tabulados) con la información obtenida sobre las normativas vigentes en Uruguay y las estrategias implementadas en los servicios de salud para abordar la problemática.

#### **Aspectos Éticos**

El trabajo monográfico se nutrió fundamentalmente de información de fuentes secundarias. Toda la información presentada cumple con las normativas en cuanto a confidencialidad de los datos (Encuesta de Prevalencia de Violencia Doméstica en Servicios de Salud, Unidad de Sociología de la Salud. Dpto. de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina, Universidad de la República, Abril 2013. Primer Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones, INE, 2013.)

#### **4) RESULTADOS**

##### **4.1. PLAN NACIONAL DE LUCHA CONTRA LA VD**

El artículo 24 de la Ley N° 17.514 establece la creación del Consejo Nacional Consultivo Honorario de Lucha contra la VD<sup>7</sup> (CNCLVD), quien tiene entre sus cometidos velar por el cumplimiento de dicha ley y su reglamentación.

Se le designa como tarea fundamental la elaboración, ejecución y seguimiento del Primer Plan Nacional de Lucha contra la VD. Esta coordinado y presidido por el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres-MIDES), e integrado por representantes del Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio del Interior, Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional del niño y el adolescente uruguayo, Poder Judicial, Administración Nacional de Educación Pública, Congreso de Intendentes, y tres representantes de las organizaciones no gubernamentales de lucha contra la VD.

La Ley establece que el CNCLVD es el organismo responsable de asesorar al Poder Ejecutivo, así como de coordinar, integrar y dar seguimiento a las diferentes políticas sectoriales en la materia. En el artículo 26 de la Ley de VD se propone como uno de los fines del Consejo la elaboración de un informe anual por parte de este, acerca del cumplimiento de sus cometidos y sobre la situación nacional de VD, entre otros.

El CNCLVD comienza su actividad en el año 2002 abocándose a la realización del Primer Plan, con un enfoque intersectorial e interdisciplinario; orientado a la prevención, atención y rehabilitación de las personas involucradas a efectos de lograr un uso más adecuado de los recursos existentes, en beneficio de toda la sociedad.

El Primer Plan nacional de lucha contra la VD es publicado en el año 2004 e implementado en el periodo 2005-2010. Este 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 elaborar desde un abordaje integral; desde una perspectiva de garantía de protección, prevención y promoción de derechos, tendiendo a erradicar la VD. El Plan compromete a las instituciones a la realización de acciones para su instrumentación y monitoreo de sus resultados y propone actividades concretas.

##### **Participación del sector de salud**

La intervención del sector salud en el marco del Primer Plan fue reglamentada por los Decretos 494/2006 y 299/2009. Estos establecen las disposiciones específicas para la aplicación de la Ley en los servicios de salud públicos y privados de todo el país. Para llevar a cabo lo anterior se crearon y difundieron guías y protocolos de actuación orientados a la intervención específica de la VD para todo el personal de salud.

---

<sup>7</sup> De ahora en adelante CNCLVD

Se proponen actividades generales implementadas de manera intersectorial como la promoción y prevención de la VD; y formación y capacitación permanente de los recursos humanos. Entre las actividades específicas para dicho sector se encuentran: elaboración y aplicación de programas de atención integral y de rehabilitación; así como también formación de equipos especializados en el tema de la VD que trabajen en red con otros recursos sociales existentes, optimizando la coordinación interinstitucional e intersectorial.

A nivel de los operadores la estrategia incluirá detección de rutina integrada a una estrategia de respuesta desde la institución; documentación e inclusión en la historia clínica de todas las mujeres mayores de 15 años del formulario sobre VD; tratamiento de las consecuencias directas e indirectas. El personal de salud deberá brindar Contención, orientación, información, y vinculación de la víctima a servicios comunitarios y de ser necesario referencia a servicios especializados.

Actualmente la pesquisa de VD forma parte de las metas asistenciales que controla el MSP. Las instituciones tienen el deber de informar mensualmente al Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del MSP el porcentaje de mujeres supervisadas sobre el total de mujeres consultantes, y cuántas de estas dieron una respuesta positiva.

El Ministerio de Salud ejercerá la auditoría y seguimiento de las prestaciones y difundirá la puesta al día de los avances en estos temas. Se le ordenó al MSP llevar a cabo una encuesta anual sobre prevalencia de la violencia doméstica y sus diferentes formas en la población asistida.

### **El papel de los servicios de salud**

La violencia hacia la mujer es un fenómeno universal, donde las víctimas de dicha violencia generalmente conocen o tienen una relación directa con el autor. Abordando la VD desde una perspectiva de salud pública es posible observar las dimensiones de este fenómeno con el fin de tomar medidas desde diversos sectores.

La identificación, atención y prevención de la violencia doméstica genera desafíos diversos para el campo de salud pública. Este tipo de violencia es de las más amenazadoras ya que se manifiesta bajo un amplio espectro de daños, siendo las lesiones físicas los más visibles. Pero este tipo de agresiones puede ir desde el maltrato verbal hasta la muerte de una persona.

La violencia doméstica puede causar daños de todo tipo. El daño psicológico y las repercusiones a nivel corporal que generan la violencia pueden causar lesiones, diversas enfermedades y discapacidades permanentes, lo que la convierte en una de las principales determinantes de la salud y el bienestar de las mujeres.

Las principales causas de muerte en la violencia doméstica incluyen lesiones intencionales y no intencionales bajo diversos diagnósticos en las ocasiones de encuentro entre la víctima y el servicio de salud, ya sea en consultas de urgencia o en medicina familiar. Según diversos

estudios y estadísticas las víctimas más frecuentes de violencia doméstica son las mujeres, siendo sus parejas (novio, compañero, marido) los responsables de la agresión.

### **Principales estrategias implementadas**

Para el abordaje de las situaciones de violencia doméstica hacia la mujer, el MSP elabora -en el año 2006- la Guía de procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud. (MSP, 2006).

Esta herramienta para la atención a mujeres víctimas de VD, es una guía de procedimientos que propone estrategias de detección y primera respuesta, y permite implementar la reglamentación de la Ley N° 17.514 a nivel del sector salud. Estas pautas están dirigidas y deben ser implementadas por el personal de salud del primer nivel de atención.

La magnitud del problema y la concepción de la atención como un proceso integral intersectorial, coloca al primer nivel del sistema de salud en un lugar clave para iniciar la implementación de una política sectorial sobre VD.

Las propuestas que se plantean se refieren a la atención de mujeres mayores de 15 años y son de carácter general, debiendo en los casos de adolescentes y adultas mayores tomar las consideraciones necesarias en el momento del análisis, diagnóstico y al planificar una estrategia de asistencia.

Entre las responsabilidades institucionales que esta guía propone se encuentran: a) promover y facilitar la capacitación del personal; b) asegurar la existencia de insumos; c) formar un equipo de referencia específico en VD e informar al PNSMG – DIGESA – MSP de la constitución del equipo; d) establecer mecanismos que permitan la denuncia desde la institución; f) e informar a la autoridad sanitaria de la implementación de la atención.

En cuanto a las responsabilidades del servicio se menciona: 1) definir actividades a realizarse en el servicio; 2) definir con que dispositivo coordinar aquellas que el servicio no realice; 3) definir responsables para cada actividad; y 4) prever mecanismos de monitoreo y ajuste.

Como se plantea en la Guía en algunas situaciones la afectación del estado de salud puede requerir atención especializada de otras disciplinas. Por lo anterior el equipo de salud deberá evaluar las situaciones de vulnerabilidad y riesgo, planificando las acciones a considerar en los diferentes niveles.

Para los diferentes especialistas se realizan capacitaciones en VD contra las mujeres y se establecen pautas de procedimientos para las diferentes áreas. La derivación a profesional de la salud mental así como la indicación a instancias psicoterapéuticas deben ser evaluadas en cada caso en particular.

### **Equipos de Referencia**

En el año 2006 (Decreto 494/2006), se acordó la creación de equipos de referencia para la atención de situaciones de VD en los centros de salud. Dichos equipos están integrados por

personal sensibilizado y capacitado en el tema, entre ellos se encuentra personal médico, trabajadores sociales, psicólogos, licenciados y auxiliares en enfermería y abogados/as.

Estos equipos tienen como tarea organizar la asistencia, apoyar e informar al personal; proponer y organizar estrategias específicas para aquellos casos en los que sea indicado y oportuno. Dichas estrategias pueden incluir instancias de atención individual/grupal, actividades en la comunidad así como talleres entre técnicos, entre otros. En el año 2007 se creó un área de coordinación y capacitación para los equipos de referencia constituida en la Red de Equipos de Salud y VD, reuniéndose una vez cada dos meses en el MSP. En 2009-2010 se estableció como una de las metas asistenciales que el 20% del personal de salud recibiera al menos 6 horas de capacitación en VD, lo cual fue cumplido por 45/47 de las instituciones que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud (MIDES, 2012).

A finales de 2011 se habían creado 93 equipos de referencia en 44/47 instituciones que forman parte del SNIS<sup>8</sup>.

### **Pesquisas sobre VD**

Según el Decreto 494/006 la población objetivo que se debe pesquisar sobre VD de acuerdo al contenido de un formulario diseñado para tal fin. El procedimiento está previsto para todas las mujeres mayores de 15 años, debiendo, tanto la pesquisa como el diagnóstico quedar registrado en la historia clínica con la firma del médico. El formulario no debe completarse sino que debe ser usado como una guía para la consulta, así como el algoritmo de VD que debe estar a la vista en los consultorios. Frente a una respuesta afirmativa se deberá prestar una escucha activa tratando de que el problema sea analizado con naturalidad, se le dará a la víctima una explicación sobre cómo la situación afecta su estado de salud, se hará hincapié en sus derechos y recursos personales así como se informará sobre los recursos disponibles, en caso de ser necesario se derivará a la paciente al especialista correspondiente.

En 2011 se estableció la indagación de rutina a todas las mujeres de entre 20 y 45 años como meta prestacional. A noviembre de 2011 se había incorporado el Formulario de VD en el 70% de las historias clínicas, aumentando este porcentaje en el año 2012<sup>9</sup>.

### **Otros recursos existentes.**

El sistema de salud cumple un rol fundamental en acompañar, orientar e informar de forma precisa, sobre los diferentes recursos existentes a los cuales se puede apelar cuando se pesquisa una situación de VD. El Ministerio del Interior es la institución con mayor visibilidad al momento de dar respuestas a dicha problemática, ya que es el medio que cuenta con los recursos

---

<sup>8</sup> Datos aportados por el Programa Violencia y Salud del MSP.

<sup>9</sup> Programa Violencia y Salud del MSP en base a datos de la Junta Nacional de Salud.

necesarios para abordarla, como lo es el patrullero 911 y la Comisaria de la Mujer y la Familia ante situaciones de crisis y emergencia.

En cuanto al papel del Poder Judicial, es necesaria la presencia de un/a abogado/a o defensor de oficio para poder realizar directamente la denuncia pertinente. En el año 2013 la Suprema Corte de Justicia reglamentó un protocolo y monitoreo de situaciones de alto riesgo de violencia doméstica, implementando el uso de la tobillera electrónica rastreadora. En la órbita de lo privado operan ONGs que brindan servicios de orientación y atención específicas a esta problemática, como lo son Mujeres de Negro, MYSU, entre otras.

## **4.2. LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Se destaca la relevancia de los sistemas de información como insumo para la vigilancia epidemiológica, para monitorear, hacer un seguimiento de las acciones implementadas, y así poder ajustar políticas de accionar. Estas estadísticas permiten además comparar la situación local con los de la región y en el contexto internacional, poder analizar las diferentes situaciones, según regiones, departamentos, etc. y así poder caracterizar las situaciones y contextos en los que ocurren hechos de VD.

Es importante contar con información de calidad para poder diseñar políticas públicas, si bien ya se han realizado importantes avances en diferentes niveles de la problemática, existen dificultades hacia el avance de un sistema integrado. En una primera instancia se encontró una desigualdad en el desarrollo de los sistemas de información sectorial. Un segundo aspecto está referido a la dificultad de tipificar el delito violencia doméstica, que lleva a que la mayoría de la situaciones que configuran delictivas se titulan como lesiones, amenazas, violencia privada, homicidios, etc.

La vigilancia epidemiológica “es la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de una población. El análisis e interpretación de los datos deben proporcionar bases para la toma de decisiones, y al mismo tiempo, ser utilizada para su difusión.” (Concha-Eastman 2008).

### **Fuentes de información sobre VD en Uruguay**

La OMS destaca el déficit de información de buena calidad y de relevancia sobre la VD así como la necesidad de dar seguimiento a las políticas de atención y abordaje de estas situaciones. En Uruguay, en el año 2005 se crea el Observatorio Nacional de Violencia y Criminalidad siendo la primera fuente de información sobre VD. Cada Jefatura de Policía de todos los departamentos envían mensualmente, en formato de denuncia electrónica los datos al Observatorio. En el 2009 se crea el Observatorio sobre VD y Salud que es un organismo autónomo, pluralista e independiente formado intersectorialmente con capacidad crítica, orientado al análisis de la información necesaria, relevante y confiable sobre VD, sus

consecuencias en la salud de la población y su cobertura y atención desde el área de la salud. (Políticas de Salud en VD, Balance 2009-2010)

Entre sus acciones se destaca la investigación del impacto de las estrategias llevadas a cabo por las instituciones dentro del país. De esta manera se organiza y se analiza la información para luego plantear objetivos y estrategias para la lucha contra la VD. Se pretende generar conocimiento, realizando una crítica a las políticas utilizadas en materia de VD para mejorarlas y así optimizar los servicios de salud y recursos humanos y de esta manera mejorar el abordaje.

El Ministerio de Desarrollo Social en el año 2008, crea el Sistema de información de Género que se encarga de procesar información, analizarla y producir estadística de género, para ponerlas a disposición de diversos actores político-institucionales, organizaciones sociales y público interesado. También produce información respecto a las mujeres que consultan en los Servicios del INMUJERES de Atención a Mujeres en situación de Violencia Basada en Género. (Medidas hacia un país libre de VD, MIDES, 2012) Desde el 2010 el Ministerio de Salud Pública cuenta con la información provista de la meta prestacional: número de indagaciones realizadas y número de casos coordinados con el equipo de referencia.

En el año 2012 el Ministerio del Interior pone en funcionamiento, a nivel nacional, el Sistema de Gestión de Seguridad Pública (SGSP), que incluye un módulo de violencia doméstica de llenado obligatorio cuando se recepcionan denuncias por otros delitos, como por ejemplo homicidio, amenazas, violencia privada, lesiones y otros.

#### **4.3. ESTADO DE SITUACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN URUGUAY**

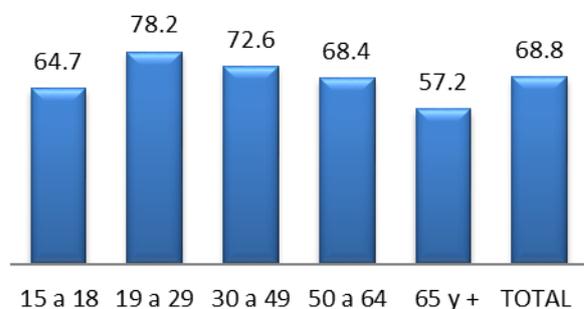
En este capítulo se pretende describir el panorama actual sobre la VD en Uruguay. Para ello se presentan algunos de los resultados más relevantes de las principales investigaciones llevadas a cabo recientemente en nuestro país para dar cuenta de las situaciones de VD.

Se toman algunos de los hallazgos tanto de la Primer Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones, (INE 2013), como de la Encuesta de Prevalencia de Violencia Domestica en Servicios de Salud, Unidad de Sociología de la Salud. (Dpto. de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina, Universidad de la República, Abril 2013), así como los registros administrativos relevados por el Ministerio del Interior.

##### **Perfil de las mujeres víctimas de VD**

En Uruguay casi 7 de cada 10 mujeres han vivido situaciones de violencia basada en género (VBG), lo cual representa aproximadamente 700.000 mujeres. Se destaca además que el 44% de las mujeres usuarias de los servicios de salud han experimentado situaciones de VD en algún momento de su vida y casi el 30% de estas mujeres sufrieron algún episodio de VD el último año previo a la entrevista.

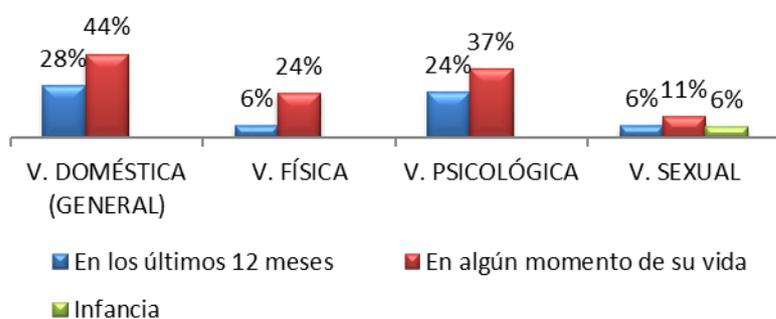
Al analizar la prevalencia de la violencia según tramos etarios, se observa un ascenso de esta hasta los 30 años seguido de una caída paulatina. El pico más alto se encuentra en el tramo de 19 a 29 años donde casi 8 de cada 10 mujeres (78,2%) vivieron algún tipo de VBG.



**Gráfico 1.** Porcentaje de mujeres de 15 años o más, según hayan vivido situaciones de VBG en algún ámbito a lo largo de toda su vida, por tramos de edad. Total país 2013

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre VBG y Generaciones, INE 2013

El porcentaje de mujeres de 15 y más años usuarias de los servicios de salud que ha vivido en algún momento de su vida al menos un episodio de *Violencia Doméstica* es del 44%. Al analizar el tipo de violencia vivida por parte de estas mujeres, se observa un claro predominio de la V. Psicológica tanto en los últimos 12 meses (24%) como en algún momento de su vida (37%), seguida por la V. Física y Sexual, esta última con valores significativamente menores.

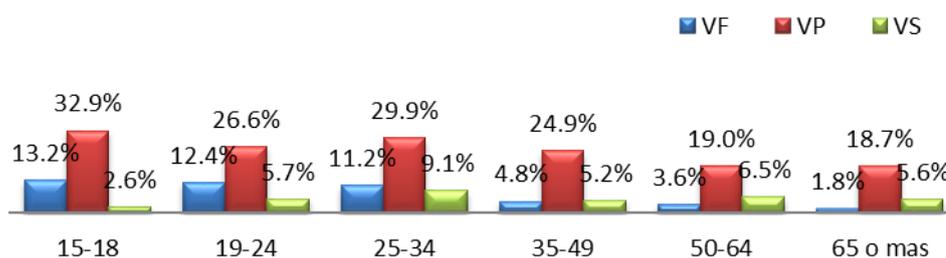


**Gráfico 2.** Prevalencia de VD, física, psicológica y sexual, entre usuarias de servicios de salud.

Fuente: Encuesta Violencia Doméstica a mujeres usuarias de los servicios de salud,. MSP, UdelaR 2012-2013

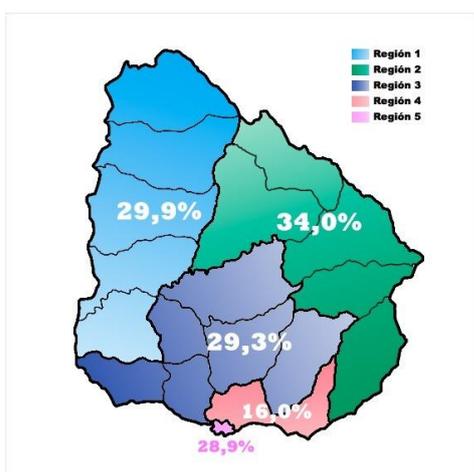
Al analizar los diferentes tipos de violencia relacionados con la edad vemos que el tipo de violencia que predomina más es la V. Psicológica en todos los grupos etarios, le sigue la V. física y por último la V. Sexual. Se observa una tendencia a la disminución de la violencia psicológica y violencia física a medida que aumenta la edad, pero con respecto a la violencia sexual se observa un pico en el grupo etario de 25-34 años.

**Grafico 3.** Prevalencia de violencia doméstica según modalidades entre usuarias de servicios de salud según grupos etarios. Últimos 12 meses. Total país 2012-2013.



Fuente: Encuesta Violencia Doméstica a mujeres usuarias de los servicios de salud, MSP, UdelaR 2012-2013

En la Encuesta de VD a mujeres usuarias de los servicios de salud (MSP, UdelaR 2012-2013) se dividió al país por regiones como se observa en la Figura 1. En lo que respecta a Violencia Doméstica, las regiones 1, 3 y 5 presentan valores semejantes a los obtenidos a nivel país; la región 2 se destaca por presentar el mayor porcentaje de VD (34%) y la región 4 el menor (16%). Teniendo en cuenta el tipo de violencia, la región 2 es la que presenta el mayor porcentaje de V. Psicológica (29.9%); manteniéndose una distribución entre regiones similar a la de la VD. En cuanto a la V. Física la mayor prevalencia se encuentra en las regiones 1 y 5, con un 6.8% y un 7.5%, respectivamente; en cambio el mayor porcentaje de V. sexual se observa en la región 3 (8.6%).



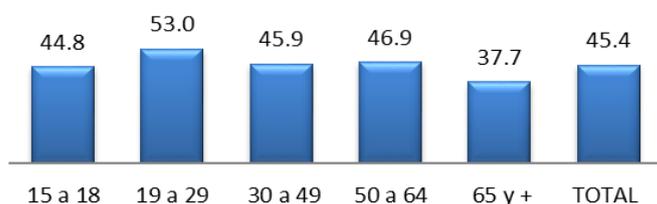
**Figura 1.** Prevalencia de Violencia Doméstica entre mujeres usuarias de Servicios de Salud por región.

Nota: Región 1 (Artigas, Salto, Paysandú, Rio Negro, Soriano) Región 2 (Rivera, Cerro Largo Treinta y Tres, Rocha, Tacuarembó) Región 3 (Colonia, San José, Florida, Lavalleja, Flores, Durazno) Región 4 (Canelones, Maldonado) Región 5 (Montevideo).

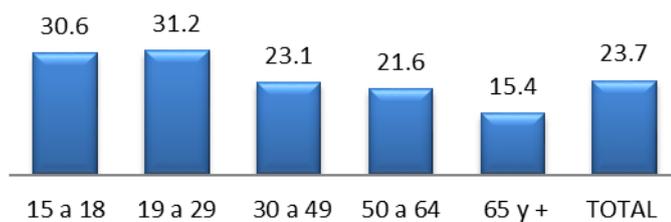
Fuente: Elaboración propia basada en Encuesta Violencia Doméstica a mujeres usuarias de los servicios de salud, MSP, UdelaR 2012-2013.

Al analizar los porcentajes de mujeres de 15 años o más que han vivido VBG a lo largo de la vida por parte de sus parejas, se observa que en el rango etario de 19 a 29 años es donde hay mayor prevalencia así también como en los últimos 12 meses de su vida. En éste último también se evidencia una disminución conforme aumenta la edad. Esto podría corresponder con una mayor concientización por parte de las mujeres jóvenes en contraposición con las mujeres de mayor edad.

**Grafico 4.** Porcentaje de mujeres de 15 años o mas que tienen o han tenido pareja, según hayan vivido situaciones de VBG de pareja a lo largo de la vida, por tamos de edad. Total país 2013

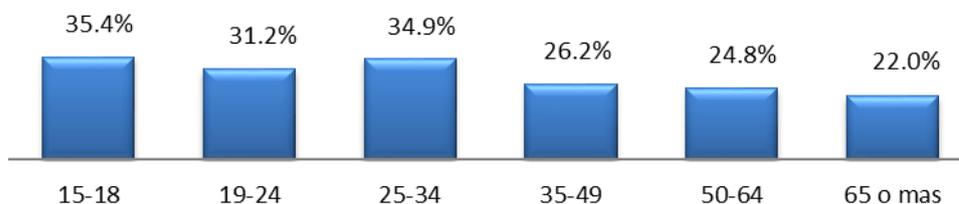


**Grafico 5.** Porcentaje de mujeres de 15 años o mas que tienen o han tenido pareja, según hayan vivido situaciones de VBG de pareja en los ultimos 12 meses, por tramos de edad. Total país 2013.



Fuente: Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre VBG y Generaciones, INE 2013

**Grafico 6.** Prevalencia de violencia doméstica entre usuarias de servicios de salud según grupos etarios. Últimos 12 meses. Total país 2012-2013

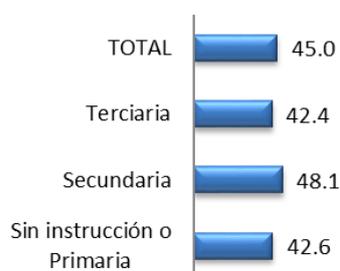


Fuente: Encuesta Violencia Doméstica a mujeres usuarias de los servicios de salud. MSP, UdelaR 2012-2013

Comparando ambas graficas de las encuestas realizadas (INE y MSP- UdelaR) notamos que hay una leve diferencia al indagarse la violencia doméstica a nivel nacional o a nivel de los servicios de salud. En esta última se observa que en el grupo etario de 15-18 años es donde está el porcentaje más alto (35.4%) y en la encuesta del INE el mayor porcentaje corresponde al grupo etario de 19-29 años (31,2%). Se ve un claro descenso de la prevalencia a medida que aumenta la edad, este fenómeno estaría conjugado con el hecho de que las mujeres más jóvenes asumen más esta situación que las mujeres de mayor edad.

Con respecto a la prevalencia de la violencia en la pareja en los diferentes niveles educativos no se evidencian grandes diferencias mostrando que es una problemática que afecta a todos los niveles formativos.

**Grafico 7.** Porcentaje de mujeres de 24 años o mas que tienen o han tenido pareja, segun hayan vivido situaciones de VBG a lo largo de su relacion por maximo nivel educativo alcanzado. Total Pais 2013.

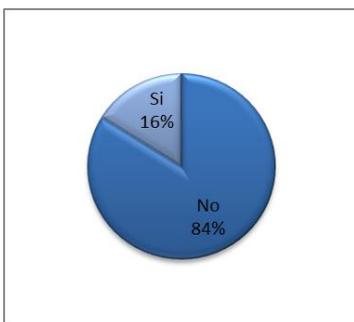


**Grafico 8.** Porcentaje de mujeres de 24 años o mas que tienen o han tenido pareja, segun hayan vivido situaciones de VBG en los ultimos 12 meses por maximo nivel educativo alcanzado. Total Pais 2013.



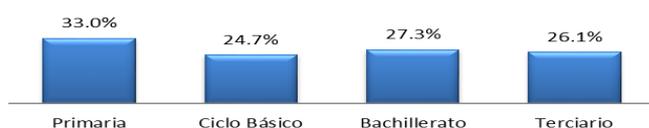
Fuente: Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre VBG y Generaciones, INE 2013

**Gráfico 9.** Cantidad y porcentaje de mujeres que han sufrido impacto emocional debido a la violencia ejercida por parte de sus parejas y han intentado suicidarse. Total País, 2013.



Fuente: Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre VBG y Generaciones, INE 2013

**Gráfico 10.** Prevalencia de violencia doméstica entre usuarias de servicios de salud según nivel educativo. Últimos 12 meses. Total país 2012-2013.



Fuente: Encuesta Violencia Doméstica a mujeres usuarias de los servicios de salud, MSP, UdelaR 2012-2013

Como se puede observar en la siguiente gráfica las mujeres que han vivido VD concurren con igual o mayor frecuencia que aquellas que no la sufren. Casi un tercio de ellas consultaron de 4 a 10 veces en un año.

**Gráfico 11.** Frecuencia de consultas médicas u otros procedimientos en servicios de salud últimos 12 meses. Distribución porcentual según haya sido o no víctima de VD. Total país 2012-2013



Fuente: Encuesta Violencia Doméstica a mujeres usuarias de los servicios de salud, MSP, UdelaR 2012-2013

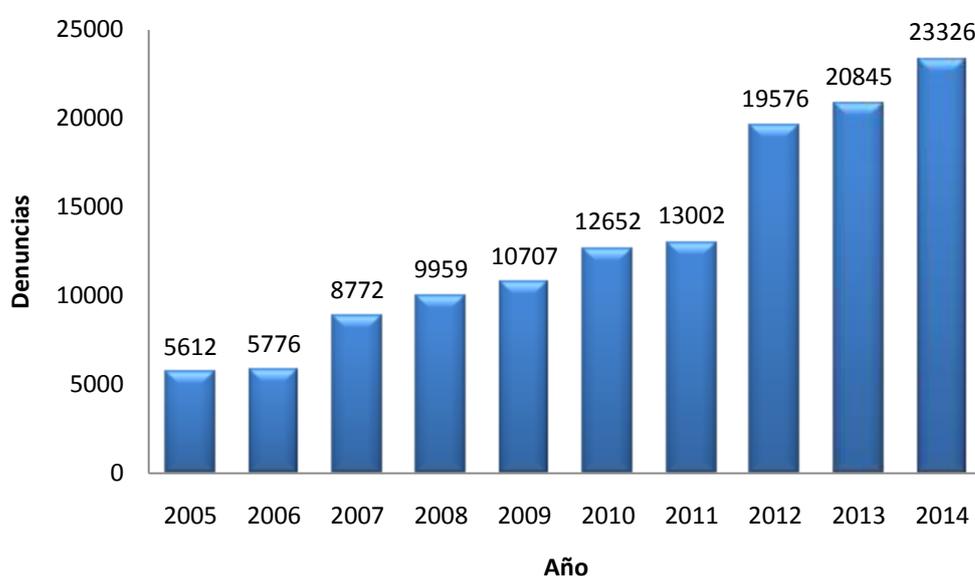
### Denuncias y muertes de mujeres víctimas de VD

Como podemos observar en el Grafico 12, la evolución de las denuncias por violencia doméstica a través de los años ha ido en ascenso.

En el año 2005 las denuncias por VD fueron 5612, en el 2010 fueron 12.6521 y en octubre de 2014 llegaron a 23.326. Claramente se ve un aumento sostenido de las mismas a nivel general del país.

Esto, tal vez, no significa aumento en la violencia doméstica sino un aumento en la denuncias ya que existe una mayor concientización de las mujeres sobre el tema debido a la difusión de información en campañas y folletería.

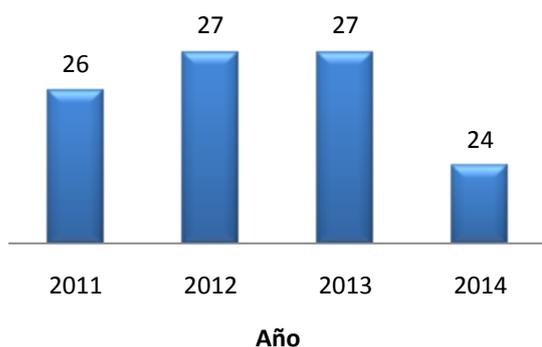
**Grafico 12.** Evolución de denuncias de VD (todo el país, enero-octubre de cada año).



Fuente: Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad, MI, 2014.

En el año 2014 se registró un total de 49 homicidios de mujeres, de los cuales 24 fueron de mujeres fallecidas a causa de violencia doméstica, esto se traduce en la muerte de una mujer cada quince días. Si se le suman las tentativas de homicidio –un total de 15 en el año– se concluye que cada 9 días se mató o intentó matar a una mujer.

**Grafico 13.** Homicidios por VD, por Año Noviembre 2010-Octubre 2014 (todo el país)



Fuente: Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad, MI, 2014.

Con respecto al quien es el agresor de las mujeres víctimas de VD vemos que no sólo es la pareja como habitualmente se piensa sino que también hay otras personas involucradas en el hecho. El mayor porcentaje se da en otro familiar de la víctima y le siguen los hermanos/as como vemos en el Gráfico 14.

**Gráfico 14.** Porcentaje del principal agresor de mujeres de 15 años o más que vivieron situaciones de VBG en el ámbito familiar en los últimos 12 meses. Total País, 2013.



Nota metodológica: En este indicador las mujeres que han vivido violencia en el ámbito familiar pueden haber declarado más de un agresor.

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre VBG y Generaciones, INE 2013

## 5) CONCLUSIONES

A lo largo del presente trabajo monográfico sobre la caracterización de las mujeres víctimas de violencia doméstica, se logró describir y comprobar los significantes avances a nivel jurídico con respecto al abordaje de la problemática tanto a nivel nacional como internacional. También se logró definir y conceptualizar la violencia doméstica en todas sus modalidades, recurriendo a las organizaciones internacionales existentes más relevantes, así como también a la legislatura nacional para lograr manejar los conceptos más acertados en cuanto al tema en el cual nos enfocamos.

Se consiguió describir los diferentes tipos de violencia y su impacto en la salud de las mujeres. Con respecto a esto último, se entendió que las consecuencias de la violencia doméstica son variadas, desde la muerte por suicidio u homicidio hasta consultas en el sistema de salud por problemas inespecíficos como trastornos gastrointestinales, cefaleas, mialgias, diabetes, asma, artritis, así como también afectando la salud reproductiva de la mujer.

La violencia doméstica no solo afecta a las mujeres de forma física sino que también induce comportamientos negativos para la salud como tabaquismo, abuso del alcohol y psicofármacos, entre otros, los cuales pueden desencadenar consecuencias graves. Estos comportamientos pueden ser la consecuencia de un trauma crónico que lleva al deterioro de la capacidad de percibir y valorar una situación de riesgo.

Además de esto, también se determinó que la violencia doméstica erosiona la salud mental de las mujeres, fomentando baja autoestima, depresión, angustia, fobias, y graves problemas psicológicos, lo cual se considera una de las consecuencias más complejas ya que sigue impactando a las víctimas a largo plazo.

En Uruguay, casi 7 de cada 10 mujeres han vivido violencia basada en género en algún momento de sus vidas lo que pone en evidencia la magnitud del problema. Aproximadamente el 45% de estas mujeres declaran haber vivido algún tipo de violencia de pareja a lo largo de su vida. Entre las diferentes formas de violencia doméstica, la violencia psicológica es la que registra la mayor prevalencia, seguida de la física y la sexual.

Con respecto a las mujeres usuarias de los servicios de salud, 44 % expresa haber sufrido VD en algún momento de su vida y un tercio de estas mujeres declaran haber experimentado tales situaciones con frecuencia semanal o diaria.

Aproximadamente 7 de cada 10 mujeres usuarias de los servicios de salud y víctimas de violencia doméstica, declaran convivir con el agresor y en 8 de cada 10 casos el agresor es un hombre.

Además se observa que las situaciones de violencia doméstica no sólo se dan en el contexto de una relación conyugal, sino que también hay otras personas involucradas. En este sentido, un 48,2% las personas agresoras son otros familiares de la víctima.

Por su parte, se destaca que tanto la VD como la VBG se manifiestan de manera similar en todos los estratos socioeconómicos y niveles educativos.

También se evidencia un alto nivel de información sobre la existencia de las normativas vigentes en Uruguay (93,7 %), reflejado entre otras cosas, en un aumento sostenido de las denuncias realizadas a nivel general del País.

Si partimos del supuesto de que los centros de salud deben brindar comodidad y seguridad a las mujeres, que deben ser un espacio donde se evite estigmatizar y se promueva información y apoyo de calidad. Entonces es imprescindible el uso adecuado de las herramientas que existen actualmente por todos los entes de la salud, abordando la problemática y ofreciendo asistencia a todas las mujeres víctimas de VD.

A partir de la evidencia empírica, se considera que las respuestas del sector de salud frente a las mujeres que sufren VD deben ser más activas y tomar medidas concretas. Es necesaria una mayor inversión en programas destinados a reducir la violencia, así como un mayor apoyo a las víctimas de esta, ya que muchas veces esta problemática pasa desapercibida, ya sea porque quien está en la posición de víctima no quiere afrontar la situación o porque quienes deberían haber intervenido cuando fue oportuno, no lo hicieron.

Se caracterizó al sector salud en un lugar privilegiado entre los prestatarios de servicios para acceder a las mujeres en situación de violencia. Esto se debe a que la mayoría de las mujeres, por diversos motivos, establecen contacto con el sistema de asistencia tempranamente en sus vidas. 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. Se determinó que estas consultas son una oportunidad para detectar este problema y brindarles apoyo, por esto se considera fundamental el uso de la Guía de Abordaje a Situaciones de VD hacia la mujer en Primer Nivel de Atención.

Si bien la Guía fue elaborada previamente a la realización de las encuestas con las cuales se trabajó<sup>10</sup>; se considera que esta atiende debidamente la problemática.

Esto hace necesario establecer una estrategia de investigación de rutina, que aumente la detección del uso y a su vez promover habilidades de manejo para facilitar su debido empleo.

Habiendo analizado toda la problemática planteada anteriormente, se optó por plantear una serie de lineamientos posibles a tener en cuenta:

---

<sup>10</sup>Encuesta de Prevalencia de Violencia Domestica en Servicios de Salud, Unidad de Sociología de la Salud. Dpto. de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina, Universidad de la República, Abril 2013. Primer Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Genero y Generaciones, INE, 2013.

- Se propone una mayor capacitación a todo el equipo de salud en cuanto a cómo proceder luego de captado un caso de VD, más allá de la aproximación conceptual se debe profundizar en el abordaje práctico de la temática.
- Ahondar en la problemática que enfrenta el médico a la hora de erradicar la denuncia, si así lo requiriera, tratando de evadir el miedo a las repercusiones.
- Si bien no hay una diferencia significativa entre la frecuencia de consulta de las mujeres víctimas de VD y las que no lo son, se debería profundizar en aquellas en el que el motivo de consulta no concuerda con el relato, y también en aquellas que consultan asiduamente, ya que muchas veces se asiste el síntoma por el cual se consulta sin profundizar en el factor causante del mismo, obstaculizando así la posibilidad de develar una situación de VD.
- Dado que la modalidad que presenta mayor porcentaje es la psicológica, se propone una mayor capacitación del equipo médico en cuanto a la detección y abordaje de este tipo de VD, sin caer en la derivación sistemática a equipos de salud mental. Debido a esto, también se debe concientizar a las mujeres sobre este tipo de violencia, dado que generalmente ésta se encuentra minimizada no solo por la víctima, sino también por la sociedad.
- La prevalencia de VD no difiere significativamente según el rango etario, como se puede observar en la gráfica 1. Por lo que se propone destinar los mismos esfuerzos y recursos en la capacitación de todos los médicos, pero de manera específica según el rango etario (médico de familia, pediatra, ginecólogo, geriatra).
- La meta asistencial del MSP plantea como población objetivo para la pesquisa de VD a las mujeres de entre 20 y 45 años, sin embargo se considera que el rango debería abarcar a todas las mujeres mayores de 15 años, dado que como se planteó anteriormente la prevalencia no varía sustancialmente entre los grupos etarios. En estos se propone que se trabaje articuladamente entre las instituciones a las que le compete esta problemática (sector salud, policial, judicial y educativo).
- Se propone aumentar el número de acciones y campañas de sensibilización y prevención de violencia doméstica, enfatizando la promoción de vínculos saludables, pudiéndose llevar a cabo mediante talleres, charlas, cartelería y folletería dirigida por estudiantes y docentes de las diversas instituciones educativas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Documento de trabajo asistencia mujeres en situación de VD. Pautas de orientación para operadores en el primer nivel de atención de salud. Programa nacional de salud de la mujer y género- DIGESA- MSP, 2005.
- 2- Abordaje de situaciones de violencia domestica hacia la mujer. Guía de procedimientos en el primer nivel de atención de salud. MSP-DIGESA- Programa nacional prioritario salud de la mujer y género. 2006.
- 3- Plan nacional de lucha contra la violencia doméstica. Ministerio del Interior, MEC Y MSP. 2004-2010.
- 4- Políticas de salud en violencia doméstica. Balance 2009-2010. MSP, UNFPA, Naciones Unidas Uruguay.
- 5- Ley N°17.514, Violencia Domestica, Poder Legislativo. Julio 2002.
- 6- Violencia domestica e Incidencias en Políticas Públicas. Red Uruguay contra la violencia doméstica y sexual. 2005.
- 7- Primera encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones. 2013.
- 8- Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior.
- 9- [www.Infoviolenciadomestica.org.uy](http://www.Infoviolenciadomestica.org.uy)
- 10- Estrategias por la vida y la convivencia. Medidas hacia un país libre de violencia doméstica. MIDES, 2012.
- 11- Resumen del informe Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia domestica contra la mujer. OMS.
- 12- Hay respuesta: Guía de recursos en violencia doméstica. MIDES- INMUJERES. 2009.
- 13- Encuesta de prevalencia de violencia doméstica en servicios de salud. Principales resultados. Unidad de sociología de la salud, Depto. De medicina preventiva y social. Facultad de Medicina. Udelar.2013.
- 14- Violencia de género en la pareja. Aportes para su evaluación en la consulta psiquiátrica de las mujeres. Sandra Romano. Revista psiquiátrica Uruguay 2010; 74 (1:45-66).