

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

**La violencia doméstica y el personal de salud:
las inversiones "río arriba" dan resultados "río abajo"**

Sofía Lisorio Zugarramurdi

Tutor: María de los Angeles Pérez Ferreiro

2012

Índice.

Introducción	1
Justificación	4
Problema de Investigación	6
Capítulo I	
Marco Teórico	
I.1.- Violencia Doméstica	8
-Las cuatro manifestaciones de la violencia doméstica	11
-El ciclo de la violencia	12
-¿Agresividad es lo mismo que violencia?	13
-Modos de intervención	14
I.2.- Salud	18
I.3.- Marco legal	21
I.4.-Ámbito internacional	21
I.5.-Ámbito Interamericano	22
Capítulo II	
Trabajo de campo	
Violencia doméstica en CAMS	24
II.1.- Caracterización del personal de salud responsable del equipo referente	24
-Equipo Referente del Sanatorio CAMS Mercedes	24
-Metas Asistenciales	26
-Como equipo apuntan a...	27
-Actividades que realizan	28
II.2.-Conociendo el reconocimiento o no de las situaciones de violencia y actitudes del personal de salud	
-Resultado de las encuestas	37
-La disposición del personal de salud frente al tema	39
-Criterios y pautas comunes, capacitación y sensibilidad para actuar en situaciones de violencia doméstica	40
-¿Cuales son los pasos que siguen en caso de identificar una situación de violencia?	41
III.- Consideraciones finales	44
Encuesta	47
Bibliografía	48

Introducción.

El presente documento constituye una tesis de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Las temáticas fundamentales que aquí se abordan son: la Violencia Doméstica hacia la mujer y el rol de los/as técnicos/as que se desempeñan en el área de la salud.

Para encuadrar este trabajo es preciso considerar dos puntos de partida centrales: por un lado, una determinada concepción de violencia; por el otro, los cometidos que el personal de salud está llamado a cumplir en la lucha contra la Violencia Doméstica.

Respecto del primer punto, entendemos con Maturana que la violencia se define como "Aquellas situaciones en las que alguien se mueve en relación a otro en el extremo de la exigencia de la obediencia y sometimiento, cualquiera que sea la forma en que esto ocurre en términos de suavidad o brusquedad y el espacio relacional en que tenga lugar. Es la negación del otro que lleva a su destrucción en el esfuerzo por obtener obediencia o sometimiento,..."¹. Las situaciones de Violencia Doméstica, siempre complejas, han dejado de pertenecer exclusivamente al ámbito privado del hogar, para formar parte de la esfera pública, lo que refleja su magnitud en tanto problema social y problema de salud, y genera un compromiso en la sociedad que ya no puede ser indiferente o "mirar hacia otro lado" frente a situaciones de violencia. Igualmente, "Los comportamientos que hoy se nombran como violencia familiar, existen de larga data, pero no se configuraron como tema de atención social y profesional hasta las últimas décadas."².

En cuanto al rol de los/as técnicos/as de la salud, de acuerdo con la guía para el abordaje de situaciones de violencia³, sus funciones son: la detección, el registro, la primera respuesta, la asistencia específica, la asistencia especializada, las coordinaciones. Esta compleja misión responde a una

¹ Maturana citado por Romano, Sandra. (2010) "Violencia de género en la pareja. Aportes para su evaluación en la consulta psiquiátrica de mujeres" En: *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Volumen 74 Nº1. Uruguay. Página. 43

² Romano Sandra, (2002) "Violencia Conyugal y salud mental." En: *Violencia familiar. Un abordaje desde la interdisciplinariedad*. Ministerio del Interior y Universidad de la República. Página: 192.

³ Ministerio Salud Pública, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. (2007) "*Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía Primer Nivel de Atención de Salud*." Montevideo, Uruguay. Páginas.41-43

política más general del Ministerio de Salud Pública que pretende que cada institución prestadora de servicios de salud "articule e instrumente programas de atención integral, con pautas precisas, previendo respuestas alternativas en los casos de violencia extrema y riesgo. Al mismo tiempo, procura la 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"⁴, lo que ha dado lugar a la conformación de los Equipos Referentes de Violencia Doméstica hacia la Mujer.

En el departamento de Soriano, donde se desarrolló la investigación que aquí se presenta, funcionan un total de cinco Equipos Referentes de Violencia Doméstica hacia la Mujer. En la ciudad de Dolores trabaja sólo un Equipo Referente, en el ámbito privado de la salud. En la ciudad de Cardona funcionan dos Equipos: uno en Salud Pública y otro en la mutualista. En la ciudad de Mercedes, también son dos los Equipos: uno perteneciente al hospital público (actualmente desarticulado) y otro a la Cooperativa de Asistencia Médica de Soriano (CAMS).

En este contexto se ubica el objeto de análisis de la tesis, a saber: las medidas adoptadas por CAMS a requerimiento del Ministerio de Salud Pública para abordar la problemática de Violencia Doméstica. Concretamente, se analiza el trabajo del Equipo Referente de Violencia Doméstica hacia la Mujer de CAMS y se intenta evaluar el impacto de las diversas medidas adoptadas en los/as técnicos/as de la Institución. El trabajo pretende introducirse en el estudio de las reacciones y la capacidad de reconocimiento de situaciones de violencia por parte de los/as técnicos/as que reciben a las víctimas. Para comprender cabalmente esta realidad, es preciso conocer la génesis del Equipo Referente de CAMS, el porqué de su formación, sus fundamentos. Al mismo tiempo, indagar en su realidad actual, sus debilidades y fortalezas, y su opinión frente a las exigencias del Ministerio de Salud Pública.

Para obtener información confiable que hiciera posible el estudio fue necesario el apoyo de todo el personal de salud de CAMS, y en particular, de las

⁴ Ministerio Salud Pública, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. (2007) *"Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía Primer Nivel de Atención de Salud."* Montevideo, Uruguay. Página. 39

personas que integran el Equipo Referente, además del aval de la Directora Técnica de la Institución quien autorizó la investigación.

El proceso de investigación combinó diversas técnicas de recolección y análisis de información. Por un lado, se realizaron entrevistas estructuradas a una muestra del personal de CAMS Mercedes. Por otra parte, se desarrolló una búsqueda bibliográfica, analizando los antecedentes de la temática, intentando conocer las formas actuales de expresión del fenómeno Violencia Doméstica, así como el marco jurídico que la regula y sus connotaciones. Al mismo tiempo, se estudió el modo en que Sistema Nacional integrado de Salud (SNIS) integró este tema en su agenda, focalizando su atención en la promoción y prevención. Finalmente, se buscó reconocer las medidas que se están empleando a nivel nacional y regional para manejar las situaciones de violencia, e identificar las formas de intervención del Equipo de salud de CAMS frente a estos casos.

Todas estas acciones se conjugaron en un largo proceso de aprendizaje que se presenta a continuación bajo la siguiente estructura. En primer lugar, se ubican la justificación, la definición del problema de investigación, los objetivos del trabajo y las hipótesis de base. Luego, un capítulo que contiene el marco teórico y otro con los resultados del trabajo de campo. A modo de cierre, algunas consideraciones finales.

Justificación.

La definición del objeto de estudio de esta tesis tiene una doble justificación: primeramente, la importancia de la temática como cuestión de interés general; en segundo término, una motivación personal.

Es una realidad que "...como sociedad mundial nos encontramos descubriendo lo invisible y reconociendo nuevos delitos en viejas estructuras"⁵. Si bien hace un tiempo que la Violencia Doméstica viene teniendo más publicidad, tiene una larga trayectoria. De modo que esta investigación se ocupa de una cuestión que, además de ser de interés social, se encuentra en dinámico movimiento. La importancia del trabajo, desde mi punto de vista, radica, justamente, en la transformación que ha tenido el tema en cuanto a su percepción: se está construyendo socialmente como un problema de gran magnitud y, como tal, ha ganado terreno en la agenda pública. Una de las áreas donde se le brinda más importancia desde el Estado es en la Salud. Se pretende que sea tomado como un problema de salud, se le está brindando la prioridad y el respeto que merece. En este marco, el personal de la salud cuenta con una responsabilidad muy importante cuando se enfrenta a estas situaciones, por lo que debería estar bien informado y sensibilizado para poder manejarse eficaz y eficientemente en el abordaje de esta problemática, brindándole apoyo y contención siendo esto determinante para mujeres víctimas de violencia doméstica. El rol de los Equipos Referentes, en todas sus funciones, pero fundamentalmente en situaciones extremas donde existiere riesgo de vida de víctimas.

Se trata de un estudio que pretende aportar a la construcción de respuestas locales efectivas frente a una cuestión de Derechos Humanos como es la Violencia Doméstica. En este sentido, es indiscutible la relevancia del tema, lo que justifica el esfuerzo por conocer y comprender este campo problemático y las intervenciones que se generan en torno al mismo, fundamentalmente en el área de la Salud. Buscar las razones que explican los procedimientos virtuosos que desarrollan los Equipos Referentes, ubicar las dificultades y obstáculos que enfrenta el personal de Salud al intervenir en situaciones de Violencia

⁵ Ministerio Salud Pública, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. (2007) *"Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía Primer Nivel de Atención de Salud."* Montevideo, Uruguay. Pág.11

Doméstica, puede contribuir a re-pensar algunas cuestiones en el diseño de modalidades de trabajo que permitan cumplir con los objetivos trazados por el Ministerio de Salud Pública.

En cuanto a la motivación personal que justifica el tratamiento de este tema, cabe mencionar que formo parte del Equipo Referente de Violencia Doméstica hacia la Mujer de CAMS. Es de mi interés contribuir desde el Trabajo Social a mejorar las prácticas del Equipo, para lograr mejores resultados. Una profesión como el Trabajo Social, genéticamente ligada al mundo de la Salud, en particular, y de las políticas sociales, en general⁶, se ve absolutamente desafiada por las nuevas dificultades y oportunidades que se presentan para su intervención. Se trata de una búsqueda por potenciar mi espacio de trabajo, pero también por aportar a todo el colectivo profesional en el abordaje de una temática de medular significación.

⁶ **Pastorini, Alejandra** (2000) "Las Políticas Sociales y el Servicio Social." En: *La Naturaleza del Servicio Social. Un Ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*. 2da. Edición. Cortez Editora. Sao Paulo. Páginas 55 y siguientes.

Problema de Investigación

La respuesta de la Cooperativa de Asistencia Médica de Soriano (CAMS) frente a requerimientos del Ministerio de Salud Pública, las medidas aplicadas por el Equipo Referente de Violencia Doméstica hacia la Mujer de CAMS y su impacto en el personal de la Salud de la ciudad de Mercedes, desde el año 2008 al 2011.

Objetivos

Primer Objetivo general: caracterizar al Equipo Referente de Violencia Doméstica hacia la Mujer de CAMS.

Objetivos Específicos:

- Investigar cómo se conformó el Equipo.
- Identificar las actividades que realiza.
- Conocer los objetivos que orientan la acción de los Equipos.
- Desentrañar la respuesta de los/as técnicos/as integrantes del Equipo frente a las diferentes propuestas.

Segundo Objetivo General: Conocer los procesos de reconocimiento o no de situaciones de Violencia Doméstica y las actitudes tomadas por el personal de salud.

Objetivos Específicos:

- Investigar cual es la disposición del personal de salud frente al tema.
- Identificar los criterios y pautas comunes para actuar en situaciones de Violencia Doméstica.
- Indagar acerca de la capacitación y sensibilización del personal.

- Determinar cuáles son los pasos que se siguen en caso de identificar una situación de violencia.

Las herramientas que se utilizarán para cumplir estos objetivos serán: revisión bibliográfica, entrevistas abiertas a los integrantes/protagonistas del Equipo Referente y entrevistas estructuradas al personal de salud.

Hipótesis

- 1) El Equipo se inicia a requerimiento del Ministerio de Salud Pública.
- 2) El Equipo Referente funciona con autonomía dentro de la Institución y actúa como soporte para el personal de salud.
- 3) El Personal de la Salud, luego de una sensibilización y una completa capacitación, está apto para enfrentarse a situaciones de violencia.

Capítulo I.

Marco Teórico

I.1. -Violencia Doméstica

La idea de Violencia Doméstica constituye una categoría de análisis central para enmarcar el problema de investigación que es objeto de esta tesis.

Las situaciones de Violencia Doméstica devienen en un verdadero problema social cuando se reconoció su incidencia en ese nivel, y dejó de ser pensada como algo propio de la vida privada de las personas. Según Mauss "(...) los problemas sociales deben ser entendidos como productos de movimientos sociales (...) declaraciones y reflexiones de conflictos psicológicos y esfuerzos compartidos por sectores de la sociedad y proyectados en algunas actividades y objetivos particulares. (...) las movilizaciones por problemas sociales no duran para siempre. Algunas veces mueren, y algunas veces ceden al olvido."⁷

En este caso, las graves consecuencias de la violencia dan lugar a movilizaciones, movimientos y actividades a nivel social que configuran el proceso de problematización del fenómeno Violencia Doméstica, y hacen que cada vez más sea comprendida como una preocupación que demanda atención y ocupación desde los diversos ámbitos: la salud, la policía, la seguridad social, la educación, la cultura, la política de vivienda, tanto en la esfera estatal como en la sociedad civil, donde tienen cierto protagonismo las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). Esta temática involucra a todos los sectores de la sociedad.

La Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, define la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las

⁷Mauss citado por Berlinerblau, Virginia. (s/d) "El Backlash y el abuso sexual infantil" Argentina. Web: http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro7/virginia_berlinerblau.htm

amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada".

La Organización Mundial de la Salud, define la Violencia como: "El uso de la fuerza o el poder físico de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo comunidad, que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones."

Violencia familiar, refiere a "todas las formas de abuso que tienen lugar en la relación entre personas unidas por vínculos afectivos y/o de parentesco, actuales o pasados, establecida como una forma de relación sistemática, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, comúnmente con el hogar como escenario"⁸

La violencia "se configura como un recorte, una textura propia en el entramado social que significa, intensificar las relaciones de poder, sometimiento de un modo particular, el modo en el que las formas de organización familiar operan"⁹

"La definición de violencia implica la existencia de una intencionalidad; muchas veces no claramente visible para quienes participan del vínculo; de control por una de las partes de la relación sobre otra. ...a través de un uso abusivo del equilibrio de poder que existe en las relaciones personales, sociales y políticas en el seno de la sociedad"¹⁰

En Uruguay se encuentra vigente desde el año 2002 una ley específica que la define como: "Violencia Doméstica es 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

⁸ Romano, Sandra. (2002) "Violencia conyugal y salud mental." En: *Violencia Familiar. Un abordaje desde la interdisciplinariedad*. Ministerio del Interior y Universidad de la Republica. Página:200

⁹Molas, Adriana. (2002) "Violencia intrafamiliar, una delimitación interdisciplinaria." En: *Violencia Familiar. Un abordaje desde la interdisciplinariedad*. Ministerio del Interior y Universidad de la Republica. Página: 283

¹⁰Escobal, Andrés. (2002) "Psicología y violencia intrafamiliar: "aspectos a considerar ante una demanda de atención" En: *Violencia Familiar. Un abordaje desde la interdisciplinariedad*. Ministerio del Interior y Universidad de la Republica. Página: 260

haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho”.

Las formas como se define la violencia pueden variar según individualidades, culturas, creencias, entre otros factores. Sin embargo, en cualquier caso, todos los tipos de violencia tienen que ver con el control y/o manipulación del hombre sobre la mujer (generalmente). Se basa siempre en una relación de poder con intencionalidad y dependencia. La violencia genera un daño, que puede ser visible o no. Las diferentes manifestaciones de violencia conllevan el no ejercicio pleno de los derechos humanos. Estas situaciones se dan de forma sistémica y algo muy importante a subrayar es que muchas de las mujeres que atraviesan este tipo de situaciones, no logran identificarlo (violencia psicológica y/o patrimonial), lo toman con normalidad y naturalizan los malos tratos.

Andrea Tuana señala que “No se puede intervenir para conocer o transformar una situación de violencia familiar sin posicionarnos desde el enfoque multicausal, donde el género y el poder son dos conceptos claves para explicar y comprender este fenómeno desde la perspectiva de la violencia como un problema social que constituye un atentado a los derechos humanos y una violación a las normas imperantes a nivel nacional e internacional”¹¹.

La Violencia Doméstica es un problema de Salud, siendo ésta última, un fin y un medio, la salud es un derecho y un elemento de desarrollo. Es necesario un sistema de salud centrado en la búsqueda de un bienestar físico, mental y social. El Trabajo Social debe estar presente para trabajar en pro de este objetivo.¹²

El Plan de Estudios de la Licenciatura en Trabajo Social determina que la profesión tiene como objetivo la intervención dirigida al abordaje de problemas sociales (se constituyen en su objeto), desde la práctica y con los sujetos involucrados en ella, apuntando a la mejora de la calidad de vida y al desarrollo de sus potencialidades y a la satisfacción de sus necesidades no resueltas.¹³ El Trabajo Social pretende contribuir a transformar las condiciones de vida de las

¹¹ Tuana, Andrea. (2002) “El diagnóstico en violencia familiar” *Revista de Trabajo Social*. Año XVI-Nº24 .Ediciones EPPAL. Uruguay. Página. 4

¹² De Martino, Jacqueline (2004) “Una encrucijada en constante evolución: salud y trabajo social” Tesis. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social. Licenciatura Trabajo Social. Uruguay. Página 20

¹³ Plan de Estudios de Licenciatura en Trabajo Social. 2009.

personas involucradas en su intervención, así como a desarrollar sus potencialidades a través de procesos de participación y promoción social¹⁴.

Las cuatro manifestaciones de Violencia Doméstica.

La referida ley, vigente en Uruguay diferencia cuatro manifestaciones de la Violencia Doméstica. Por un lado se identifica la **violencia física**, como: acción, omisión, patrón de conducta que dañe la integridad corporal de una persona. Este tipo de abuso es generalmente recurrente y aumenta tanto en frecuencia como en severidad con el pasar del tiempo. La **violencia psicológica o emocional**, por su parte, se define como toda acción o 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. En muchas ocasiones, aunque no necesariamente, la violencia emocional es acompañada de abuso físico, o tiene lugar antes y después del mismo. Por otro lado, se caracteriza a la **violencia sexual** como: toda acción que imponga o induzca comportamientos sexuales a una persona mediante el uso de: fuerza, intimidación, coerción, manifestación, amenaza o cualquier otro medio que anule o limite la libertad sexual. Por último pero no menos importante, la **violencia patrimonial o económica**: toda acción u omisión que con legitimidad 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. La violencia económica es, junto con la violencia psicológica, la más compleja de probar. Ambas generan una dependencia importantísima de la víctima respecto del agresor, destruyen la autoestima de la mujer quien queda sin fuerzas para superar la situación y salir adelante.

¹⁴De Martino, Jacqueline (2004) "*Una encrucijada en constante evolución: salud y trabajo social.*" Tesis. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social. Licenciatura Trabajo Social. Uruguay. Página 47.

El ciclo de la violencia.

De la mano de los tipos de violencia se encuentra el ciclo de la violencia.

Permite analizar el fenómeno de la violencia doméstica más allá de los episodios o hechos críticos, atendiendo al proceso. En este sentido, señala que la violencia doméstica se desarrolla en una dinámica cíclica que consta de tres fases. Dichas fases se suceden cada vez con mayor frecuencia e intensidad.

La primera fase refiere al aumento de tensión. "El agresor se enoja, discute y culpa a la mujer, provocando un aumento de tensión en la relación. La mujer conserva un mínimo de control sobre la frecuencia y la severidad de los episodios de abuso, puede apaciguarlos tratando de complacer al hombre o acelerarlos negándose a cumplir sus exigencias. La razón de apresurar el estallido responde a que la mujer prefiere enfrentarlo de una vez, en vez de seguir sufriendo la espera."¹⁵

La segunda fase constituye la explosión. "Esta fase es la más corta, pero posiblemente la más dañina. Incluye la violencia física y consiste en un solo empujón, bofetada o golpe, o en horas de maltrato y terror, frecuentemente acompañadas del uso de armas u otros objetos que dañan y/o amenazan la salud de la mujer aún más. Es común que exista abuso psicológico y en ocasiones sexual."¹⁶

La tercera fase es la luna de miel o arrepentimiento. "En esta fase se da el alivio fisiológico de la tensión, lo que generalmente lleva a un arrepentimiento y a prometer no incurrir de nuevo en la violencia. También ocurre que el hombre niegue o minimice el abuso, o pida a la mujer "que no le vuelva a hacer perder la paciencia"¹⁷

¹⁵ Venguer, Tere. Fawcett, Gillian. Vernon, Ricardo. Pick, Susan. (1998) "*Violencia Doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud*". México. Página. 25

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Ibidem.

¿Agresividad es lo mismo que Violencia?

Con la finalidad de contribuir a clarificar algunas ideas y conceptos necesarios a la hora de intervenir en situaciones de violencia doméstica, cabe precisar el alcance de las nociones: conflicto, agresividad y violencia. Estas tres categorías generan cierta confusión, por lo que conviene distinguirlas.

La primera, el conflicto "...implica choque de intereses y por lo tanto una situación que necesita ser resuelta. La agresividad, por su parte, implica un movimiento voluntario o no de autodefensa en términos de auto conservación vital. Finalmente, la violencia, contiene un componente de agresividad, y tiene como intencionalidad controlar al otro para obtener un beneficio propio."¹⁸

Vale la pena profundizar en esta cuestión recordando las ideas de García Moreno quien enseña: "(...) el avance en el conocimiento ha construido nuevas respuestas a la vieja controversia acerca del carácter aprendido o innato de los comportamientos violentos. La cultura puede hipertrofiar nuestra agresividad que, de ser un instinto al servicio de nuestra supervivencia, puede pasar a ser una conducta intencionalmente dañina para el otro ser humano por razones muy distintas de la propia eficacia biológica. La expresión de la agresividad entre seres de la misma especie tiene mecanismos de inhibición que limitan su expresión. Gestos, posturas, expresiones emocionales. Los instrumentos introducen distancia entre las personas, entre quien ataca y quien es atacado, disminuyendo la acción de los mecanismos inhibidores naturales. Hay otros instrumentos, inmateriales, que inciden fuertemente sobre las bases biológicas de las interrelaciones humanas, las ideas y las ideologías. La violencia es el resultado de la interacción entre la agresividad natural y la cultura (...) es una nota específicamente humana que suele traducirse en acciones intencionales o amenazas de acción que tienden a causar daño a otros seres humanos"¹⁹

¹⁸ Escobal, Andrés.(2002) "Psicología y violencia intrafamiliar: " aspectos a considerar ante una demanda de atención." En: *Violencia Familiar. Un abordaje desde la interdisciplinariedad* Ministerio del Interior y Universidad de la Republica. Página 261.

¹⁹ García-Moreno citado por Romano, Sandra (2007) "Violencia doméstica, integración y participación social" En: Di Martino, M. Morás, L (comp) *Sobre cercanías y distancias. Problemáticas vinculadas a la fragmentación social en el Uruguay*. Página. 68

Modos de Intervención

La Violencia Doméstica es una forma de discriminación, que niega a quienes la sufren el ejercicio pleno de los Derechos Humanos. Como ya se ha explicado, se trata de situaciones que pueden causar daños irremediables en todas las dimensiones de la vida de una persona, según el tipo de violencia de que se trate. Asimismo, constituye un problema social que afecta a amplios sectores de la población, y ha provocado por ello la reacción tanto del Estado como de la sociedad civil que, de diversos modos, han generado intervenciones al respecto.

Para la autora Sandra Romano, la violencia se debe entender como problema de salud, porque es un problema que afecta el pleno desarrollo. La Organización Mundial de la Salud en 1946, define salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolor. Sandra Romano señala que "la violencia afecta el capital social, entendido como 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. Sociedades con similares condiciones económicas presentan mejores niveles de salud cuanto mayor es su capital social. El menoscabo de las redes sociales se suma a las consecuencias en la salud individual aumentando el impacto de la violencia en la salud de la población"²⁰

Surge con claridad que la Violencia Doméstica es en sí misma una negación de los Derechos Humanos, al tiempo que conlleva consecuencias en ese mismo sentido. Es decir: violenta directamente el derecho de las personas a vivir en salud, y genera dificultades para el ejercicio de otros derechos, sean civiles, políticos, sociales, culturales, o económicos.

El Estado tiene responsabilidad en esta área, tanto por mandato de la legislación nacional, como por los acuerdos suscritos a nivel internacional.

²⁰Romano, Sandra. (2007) "Violencia domestica, integración y participación social" En Di Martino, M. Morás, L (comp) *Sobre cercanías y distancias. Problemáticas vinculadas a la fragmentación social en el Uruguay*. Página. 68.

Asumir dicha responsabilidad implica generar acciones: políticas, planes, programas, proyectos de intervención con la finalidad de erradicar la Violencia Doméstica, fenómeno que ha costado y cuesta, incluso la vida, de sus cuantiosas víctimas.

Desde un análisis respecto de la eficiencia de las políticas sociales, es posible afirmar que la intervención en torno a la Violencia Doméstica genera diversos costos directos para el Estado: los operativos de la policía, los tribunales, los servicios sociales, los servicios de protección al menor, servicios de refugios, servicios de salud. Todas estas instituciones deben dar respuesta, pero resulta complejo evaluar sus efectos y dimensionar su verdadero impacto.

Si se incorpora al análisis la idea de eficacia, parece pertinente recordar las ideas de Potyara Pereira en cuanto a que las diversas políticas deben establecer coordinaciones y articulaciones entre sí a fin de provocar "encadenamientos positivos" para lograr sistemas verdaderos de protección social. De acuerdo con Pereira, para que las políticas sociales tengan eficacia y racionalidad deben tender redes entre sí, puesto que la conjunción de los efectos de los diferentes programas tiene la potencialidad de generar sinergias positivas, en la medida que se produzcan encadenamientos, considerados por la autora como "vínculos orgánicos estratégicamente establecidos"²¹ que sean positivos.

Conceptualmente, los encadenamientos entre políticas son negativos cuando la implementación de un programa debilita o extingue otras medidas de protección.²² Un ejemplo de esto sería cuando, en una situación de violencia doméstica, el modo de intervención de la Policía entorpece el tratamiento psicológico iniciado en alguna institución de salud. De modo que, para lograr la eficacia de las diversas medidas dirigidas a erradicar la Violencia Doméstica, parece indiscutible la necesidad del trabajo en redes. Al mismo tiempo, surge

²¹Pereira, Potyara. (2002) *"Necesidades humanas. Para una crítica a los patrones mínimos de sobrevivencia."* Cortez, Sao Paulo.

²² Ingold María. (2009) *"Campo Travieso: Un primer recorrido por las relaciones entre las políticas sociales y los modos de vida de la pequeña producción rural familiar en el Uruguay"*. Tesis de grado. Licenciatura en Trabajo Social. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Setiembre. Montevideo, Uruguay. Página 26.

con claridad que, considerando los graves efectos que puede llegar a tener un episodio de Violencia, actuar con agilidad resulta fundamental, lo que asigna un lugar privilegiado a la prevención de la violencia y a la promoción de la salud en todas sus dimensiones. Una política de prevención podría evitar otros fenómenos. Por ejemplo, la mujer violentada tiene la particularidad de consultar varias veces en los servicios de salud, presentar dolores y molestias varias, además de tener dificultades para concluir con sus tratamientos. Si bien estas características permiten identificar o despertar alertas para detectar situaciones de violencia, implican un sufrimiento para la mujer, al tiempo que dan cuenta de obstáculos para solicitar apoyo y para intentar caminos de superación de su problemática. Al mismo tiempo, las mujeres deben soportar otros costos indirectos, como pueden ser el bajo rendimiento, la baja productividad en su vida y en su trabajo si es que lo tiene. Un indicador ilustrativo de esta cuestión se vincula a la licencia por enfermedad (las mujeres que sufrieron violencia doméstica necesitaron un 30% a 50% más de licencia), faltas injustificadas, etc.²³ A esto se suma el hecho de que pierden el trabajo con más frecuencia y tienen menos probabilidad de ascender. “Las conductas de control por parte de la pareja interfieren en el desempeño autónomo del espacio laboral, y los vínculos interpersonales con autoridades y compañeros de trabajo se resienten”²⁴ En esta reseña se percibe sólo una muestra de la infinidad de ramificaciones del fenómeno Violencia Doméstica, por lo cual es imprescindible su tratamiento por medio de políticas integrales que, a sabiendas de la complejidad del asunto, incorporen como componente central la necesidad de coordinar acciones entre las diversas intervenciones para provocar encadenamientos positivos que contribuyan a la eficacia de las medidas.

Desde Trabajo Social vale la pena considerar que la propia intervención desde las políticas sociales implica siempre una relación de poder (Foucault y Bourdieu) y la enajenación de un fragmento de la vida propia de las personas

²³Romano, Sandra. (2002) “Violencia conyugal y salud mental.” En: *Violencia Familiar. Un abordaje desde la interdisciplinariedad*. Ministerio del Interior y Universidad de la Republica. Página 203

²⁴Romano, Sandra (2007) “Violencia doméstica, integración y participación social” En Di Martino, M. Morás, L (comp) *Sobre cercanías y distancias. Problemáticas vinculadas a la fragmentación social en el Uruguay*. Página. 77

que deja de ser dominio suyo para ser objeto de gestión pública y técnica.²⁵ De esto se desprende la importancia de que las políticas intervengan de forma eficaz para evitar las peregrinaciones de las personas por diversas entidades, sin lograr respuestas y sufriendo nuevas y reiteradas vulneraciones a sus derechos.

Finalmente, volviendo a la cuestión de la eficiencia de las acciones del Estado, parece pertinente recordar que: "Las inversiones "río arriba" dan resultados "río abajo". En todo el mundo, las autoridades tienden a actuar solo después de que se han producido los actos violentos. Sin embargo, invertir en prevención especialmente en actividades de prevención primaria que operan antes de que lleguen a producirse los problemas, puede resultar más eficaz con relación al costo y aportar beneficios considerables y duraderos."²⁶

En síntesis, las acciones tendientes a la erradicación de la Violencia Doméstica deben ser eficaces, esto es: lograr los objetivos que se proponen. Al mismo tiempo, deben ser eficientes en la gestión de los recursos, en primer lugar por tratarse de una cuestión de Derechos Humanos, y en segundo término por una mejor gestión de los recursos públicos. De acuerdo a las intencionalidades declaradas, es posible pensar que el Estado uruguayo pretende caminar en esta dirección y por ello apuesta a la sensibilización y capacitación del personal técnico vinculado a la temática.

²⁵Vicente De Paula Faleiros (2000) "Las funciones de la política social en el capitalismo".En: *La Política Social hoy*. Cortez Editora. Sao Paulo. Página 43 y siguientes.

²⁶ Organización Mundial de la Salud. Publicado en Español por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud.(2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C. Pág. 39

I.2. -Salud

El Trabajo Social interviene en el marco de políticas sociales en instituciones públicas, privadas o mixtas. Se dejó de lado el trabajo del Asistente Social dependiente de una entidad pública. Fue necesaria la presencia de este profesional para poner en marcha programas y proyectos que lo requerían, como en el sector de la salud.

Se considera muy difícil distanciar la Violencia Doméstica de salud, definiéndola, como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad según la OMS. Las situaciones de violencia impiden que se concrete tal bienestar.

Los Centros de Salud son grandes destinatarios de casos de violencia, ya sean evidentes o encubiertos con múltiples consultas. Igualmente es de destacar que los problemas sociales no pueden resolverse aisladamente, es importantísimo y fundamental el trabajo en equipo multi e interdisciplinario. El trabajo en red con diferentes instituciones, la sensibilidad y compromiso son cosas que marcarían la diferencia de la percepción.

El tema es complejo, despierta infinidad de sensaciones. A la hora de identificar los casos de Violencia Doméstica no siempre se cuenta con evidencia que facilite identificar el maltrato, puede estar delante de nosotros y no percibirlo. Por lo que en ocasiones se vuelve a re victimizar la persona violentada, ya sea por ignorancia, miedo, vergüenza, prejuicio, etc. Para que esto no suceda es necesario tomar el tema con seriedad, formarse, sensibilizarse, sensibilizar y tratar a las personas con el respeto que se merecen. "La dificultad de visualizar la Violencia Doméstica, constituye el primer obstáculo para considerar y responder al problema"²⁷

Por otro lado, la mujer violentada que visita su Centro de Salud luego de atravesar la fase de explosión que en ocasiones es evidente por el daño físico, debe ser recibida por una persona que tenga la precaución de ofrecerle la información pertinente además de brindarle contención y apoyo.

²⁷Romano, Sandra. (2007) "Violencia doméstica, integración y participación social." En Di Martino, M. Morás, L. (comp) *Sobre cercanías y distancias. Problemáticas vinculadas a la fragmentación social en el Uruguay*. Página 64.

"La mujer no siempre logra emprender el camino a la recuperación por sí misma. Con esto en mente, es necesario que el personal de salud comprenda la importancia de su intervención y se prepare de manera acorde... interesante es que reconozcan el problema de la violencia como un problema de salud pública y que se den cuenta que dichos espacios son ideales para detección de estos casos, ya que tarde o temprano las mujeres acuden a consulta por una u otra razón. Con unas cuantas preguntas de rutina, la empatía necesaria para dar apoyo momentáneo y los conocimientos para referir a paciente a centros de apoyo a víctimas, el personal de salud estará asumiendo su papel de guardián y promotor de salud y de la vida." ²⁸

Anteriormente uno de los principales características del sistema de salud era la desigualdad en el acceso a los servicios, la que estaba dada por la capacidad económica del usuario, la población indigente se atendía en Salud Pública y en la cobertura privada los sectores que contaban con recursos medios o altos y los trabajadores a través de DISSE.²⁹

En el periodo 2000 – 2005, con el gobierno de izquierda, se efectuaron reformas en políticas de salud que se profundizaron en el período siguiente.

El nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud tiene como uno de sus ejes centrales "el cambio en el modelo de atención a la salud hacia una orientación que privilegie la atención integral que implica acciones de promoción de salud, de prevención protegiendo de riesgos específicos, de asegurar la capacidad de diagnosticar en forma precoz enfermedades y su oportuno tratamiento, la mas adecuada recuperación de la salud, la rehabilitación de secuelas y dispensarización del crónico y que proporcione cuidados paliativos. Estas actividades se desarrollarán en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y asegurando la mayor capacidad resolutive del primer nivel de atención y la satisfacción de los uruguayos". A su vez permite incluir al sistema de salud privado a personas de bajos recursos que estén en FONASA (Fondo Nacional de Salud). Lo que indica esto es que, en el caso de Mercedes, el Sanatorio CAMS (Cooperativa de Asistencia Medica Soriano) comenzó a recibir

²⁸Venguer, Tere. Fawcett, Gillian. Vernon, Ricardo. Pick, Susan. (1998) "*Violencia Doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud*". México. Página. 31

²⁹Bentura, Celmira. (2006) *Trabajo Social en el Campo de la Salud. Un desafío académico*. Tesis Master en Trabajo Social. Universidad de la República. Facultad Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social. Uruguay.

usuarios de variado poder adquisitivo. Igualmente esto no genera consecuencias con respecto a la temática de violencia, ya que no depende del nivel socio económico, en mi opinión puede esconderse más o menos dichas situaciones pero no dejan de suceder.

Con la intención de prevenir y promocionar la salud, conociendo las implicancias de la Violencia Doméstica se realizó una *Guía de Procedimientos en el Primer nivel de Atención en Salud, Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer*, enmarcada en el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género.

Este Plan se publicó en 2004, basándose en la creación y gestión de políticas públicas tanto de Estado como sectoriales, estas últimas desde una perspectiva de garantía de protección, prevención y promoción de derechos, tendiendo a erradicar la Violencia Doméstica.³⁰

La presencia del trabajador social en el sector público de salud es usual, no así en el sector privado. El Sistema Nacional, focalizó en promoción y prevención, centrando las responsabilidades en las instituciones prestadoras de salud, evitando las diferencias socioeconómicas de los usuarios. Y promovió la contratación de trabajadores sociales para la puesta en práctica de los programas que llevan a cabo estos objetivos.

³⁰Ministerio Salud Pública, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. (2007) "*Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía Primer Nivel de Atención de Salud.*" Montevideo, Uruguay. Página 39.

I.2. - Marco legal

A lo largo de este proceso fueron aconteciendo, en el ámbito internacional e interamericano, antecedentes que hicieron a lo que hoy tenemos en materia jurídica sobre Violencia Doméstica en el Uruguay. Sin dejar de recordar que la violencia se daba a diario en la vida de las personas desde siempre.

La temática comienza a tomar relevancia en los costos de salud, en la vida de las mujeres que empiezan a formar parte de las estadísticas de homicidios en situaciones domésticas y a medida que va avanzando el reconocimiento de las cuestiones de género, la discriminación, patrones de masculinos de comportamiento. Todo esto y más, obligan a que el Estado haga que las víctimas sean destinatarias de políticas sociales.

Fueron varias las Conferencias, Convenciones, etc. a nivel mundial, que hicieron que la Violencia Doméstica sea considerada un problema social que dificulta el pleno ejercicio de los Derechos Humanos.

I.4. -Ámbito Internacional

- Conferencia mundiales sobre la Mujer: México 1975, Copenhague 1980, Nairobi 1985
- Convención para Eliminar formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) Aprobada en 1979, principal instrumento jurídico en el ámbito internacional. Ratificada en Uruguay 4/8/1981
- En 1992 el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, pone en vigor la Convención de la Mujer, la cual declara la violencia contra la mujer como una forma de discriminarlas.
- En 1993 (Viena), la Convención de Derechos Humanos, en la cual se sentaron bases generales para la eliminación de la violencia contra la mujer, ya que es considerado una violación de los Derechos Humanos.
- La Comisión de los Derechos Humanos nombra el 4/6/1994 una Relatoría Especial sobre la violencia contra la mujer.
- En 1995 (Beijing). IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, donde los gobiernos manifestaron que "la violencia contra la mujer constituye una

violación de los Derechos Humanos fundamentales e impide el logro de los objetivos de igualdad, desarrollo y paz”

- En 1999 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba el Protocolo Facultativo de la CEDAW. Instrumento jurídico que completa la Convención al establecer un procedimiento de comunicaciones para denunciar las violaciones a la Convención por los Estados que lo ratificaron. En Uruguay se ratifica por la ley 17.388 18/5/2001.

1.5. -Ámbito Interamericano.

- Convención Americana sobre Derechos Humanos (San José de Costa Rica) 22/11/1985
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer aprobado en Belem do Para, Brasil en 9/6/1994. Incorpora el concepto de Género en la definición de violencia contra la mujer. Aprobado por Uruguay por la ley 16.735 el 13/12/95.
- VII Conferencia Regional sobre integración de la mujer en desarrollo económico y social de América Latina y el Caribe. Donde la violencia contra la mujer fue el eje central de la conferencia.³¹

Fue desde el año 1995 que Uruguay identificó la Violencia Doméstica como delito a través de la ley 16.707 y desde el 2002 en Uruguay existe la “ley 17.514 que establece un marco jurídico específico para la prevención e intervención en Violencia Doméstica, cuando no constituye delito”³².

En su artículo 24 se dispone la creación de un Consejo Nacional Consultivo Honorario de lucha contra la Violencia Doméstica integrado por representantes de distintos organismos estatales y de la sociedad civil organizada. Este Consejo crea el Primer Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica, aprobado por el Poder Ejecutivo el año 2004. Este último se vuelve a editar con mínimas correcciones en 2007.

³¹ www.presidencia.gub.uy. (2003) Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica. 2004-2010. Montevideo, Uruguay.

³² Ministerio Salud Pública, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. (2007) “*Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía Primer Nivel de Atención de Salud*”. Montevideo, Uruguay. Página 20.

Puntualmente, a partir del trimestre octubre, noviembre y diciembre del 2010, se exige a las Instituciones de Salud que se aplique el cuestionario (formulario violeta) a las mujeres que asisten a medicina general y ginecología, requiriendo en un principio que tal cuestionario se realice a un 20% (en primer trimestre) de las mujeres que consultan, si no se alcanza ese porcentaje las Instituciones sufren descuentos en el pago.

Como forma de priorizar el problema, se pretende que el cuestionario sea algo rutinario, que se incorpore a la consulta naturalmente, Y que no se creen dispositivos específicos para la realización del mismo.

CAPITULO II

Trabajo de Campo

Violencia Doméstica en CAMS.

A continuación se presenta el trabajo de campo, el que según Ander-Egg, refiere a "aquella parte de un estudio o investigación que se realiza en contacto directo con la comunidad, grupo o personas que son motivos de estudio"³³

II.1. -Caracterización del personal de salud responsable del equipo referente.

Dentro de esta etapa se pretende investigar como se conforma el equipo referente, que actividades realizaron y realizan, a que apuntan e identificar la respuesta de los funcionarios frente a las propuestas del equipo.

Equipo Referente del Sanatorio CAMS Mercedes.

El Equipo Referente de Violencia Doméstica de CAMS, Unidad Ejecutora Mercedes se inició en el año 2008, con la intención de responder a la propuesta del Primer Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica, con un "...enfoque integral, orientado a la prevención, atención y rehabilitación de las personas involucradas, a efectos de lograr el uso más adecuado de los recursos existentes, en beneficio de toda la sociedad."³⁴

Las obligaciones de las instituciones están desarrolladas en el art 2-6 del Decreto 494/2006, donde se plantea que deben tener un "personal sensible, capacitado e informado sobre el impacto de la Violencia Doméstica en la Salud. Se debe incluir en las Historias Clínicas de mujeres mayores de 15 años los formularios sobre VD. Crear un Equipo de referencia en VD que apoye al personal, asesore y organice la tarea y asegurar la existencia de material informativo para las usuarias y el personal."

Dentro del mismo Decreto en el art. 7 se proponen las acciones del personal: investigación de rutina, registro, primera respuesta, contención, orientación, evaluación del riesgo y del estado de salud, medidas cuando hay riesgo mayor, seguimiento en la asistencia habitual.

³³ Ander- Egg, Ezequiel. (1994) "*Diccionario del Trabajo Social*". Segunda edición. Editorial Lumen. Buenos Aires, Argentina. Página.296

³⁴ Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud. División Salud de la Población (2007). "*Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género*". Montevideo, Uruguay. Página.14

Desde sus inicios la Directiva Técnica de la Institución, ofreció el apoyo correspondiente y permitió que el Equipo tuviera cierta autonomía.

En un principio estaba compuesto por: una nurse, una administrativa y una siquiatra, la que a partir del 2008 dejó de formar el grupo, considerándose que su intervención debería ser en una segunda instancia, como un profesional externo al Equipo.

Así es que pasó a conformarse por: una médica en medicina general, una nurse y una estudiante avanzada en Trabajo Social. Actualmente el Equipo esta conformado solo por un médico y un estudiante de Trabajo Social, aunque se exige un mínimo de tres personas con diferentes profesiones y al menos una debe de ser médico.³⁵

El Equipo conforma, a nivel nacional, el grupo de lucha contra la Violencia Doméstica coordinada por el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Asisten a reuniones bimensuales, donde se encuentran representantes de Equipos Referentes de todo el país, además de la coordinadora del área de violencia de género, Dra. Sandra Romano Fuzul y sus colaboradoras.

Las reuniones consisten en despejar dudas, conocer e intercambiar estrategias de trabajo y experiencias de los diferentes referentes constituyendo la etapa formativa. Entre los Equipos se conformó una red de a través de la web que permite una constante comunicación.

Alternado a esas reuniones, el Equipo mantenía reuniones a nivel departamental, con Dolores, Cardona y Mercedes, tanto con instituciones de Salud pública como privada, con el mismo fin. Se intentó aunar esfuerzos, criterios y estrategias que resultaren positivas para otra Institución, se compartía para replicar. En Mercedes además de los referentes de CAMS se encontraba el Equipo referente de ASSE, el que actualmente esta desintegrado, contando solo con una Asistente Social.

La relación público-privado que se ha mantenido, desde siempre, fue muy buena y positiva. Durante el año 2010 existió una discontinuidad en el trabajo

³⁵ Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud, Programa Nacional Prioritario. Salud de la Mujer y Género. (2009) *“Abordaje de las Situaciones de Violencia Doméstica hacia la mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud.”* Fondo de Población de las Naciones Unidas. Organización Panamericana de la Salud. Uruguay Página 45.

por problemas de comunicación y apoyo desde la dirección del Programa, restableciéndose las actividades en el corriente año.

El equipo continuó con dos integrantes, existe muy buena relación entre ambos y confianza, pero esto no basta. Están consiente que el trabajo debe ser permanente y constante pero debido al tiempo y los recursos que demanda se hace imposible priorizar ante infinidad de obligaciones. Los integrantes no cuentan con horas ni con remuneración acorde.

Los directivos de la Institución no planifican, no ven la inversión a futuro de la detección precoz de los casos de violencia. Las actividades que se realizan en pro de esta detección son simplemente las que exige el Programa Mujer y Género y por lo cual reciben un beneficio económico.

Metas Asistenciales

La institución firmó en el año 2007 con la Junta Nacional de Salud (JUNASA) un contrato de Gestión, el que se renueva cada dos años, del cual surge el nuevo modelo de atención, el Sistema Nacional Integral de Salud (SNIS). En el mismo se plantean lineamientos generales a seguir, los derechos y obligaciones de cada una de las partes. Las mutualistas deben cumplir con programas y beneficios para los usuarios a cambio de un monto de dinero que reciben por cada usuario. Las obligaciones se fueron afinando con el transcurso de los años y la experiencia.

La anualidad comienza en julio, la JUNASA envía a cada mutualista los programas a cumplir, con los porcentajes que deben alcanzar trimestralmente para toda la anualidad, consistente en tres metas asistenciales: Meta 1 comprende niños y mujer. Refiere al control de salud de los niños y las vacunas según pauta del MSP y controles, análisis que las embarazadas debían tener a la hora del parto. Meta 2 incluye médico de referencia, esto último plantea que el usuario debe elegir un médico de cabecera para realización del carné adolescente, screening (control a personas de 45 a 64 años) y capacitación al personal, dentro ésta, incluyeron el tema Violencia Doméstica. La meta 3 consiste en consultas y realización de carné del adulto mayor por el médico de referencia.

La forma de corroborar, por parte de la JUNASA, la información enviada es con equipos auditores del Ministerio de Salud Pública, los que concurren a la institución, solicitan las historias clínicas y las verifican los datos.

En el último instructivo (fines del 2010) se incluye la pesquisa de Violencia Doméstica dentro de meta 1, lo que obligó a reestructurar la ejecución de la investigación adaptándola a lo solicitado.

Como equipo apuntan a...

El Equipo, tiene como objetivo transformarse en referente a nivel de la propia institución. Apunta a que el personal del Sanatorio se sensibilice y se prepare para contener a mujeres en situaciones de violencia, además de informarles los recursos con que cuenta la institución para enfrentar esta problemática. La víctima solo debería derivarse al Equipo en casos que exista riesgo de vida, de ahí que la sensibilización e información al personal de la salud es su principal cometido como equipo.

La intención es reunirse semanalmente para ponerse al día con diferentes situaciones, planificar estrategias y atender usuarias que lo requieran, pero la realidad, es que, al no tener carga horaria específica para ocuparse, se hace imposible dedicarle lo que se debería.

Es normal que la mayoría de las derivaciones no concurren a la consulta, esto no llama la atención. Por esto, se focaliza en la sensibilización y capacitación del personal en general para ofrecer apoyo e información a la víctima en la primer entrevista, ya que es probable que sea la única aproximación. El criterio es respetar la decisión de la paciente, se le plantean las alternativas, dejando a su cargo la decisión. Se intenta integrarla socialmente, elevar su autoestima, se da pase a psicólogo, y siquiátra si lo requiere. Se considera que si la víctima no esta convencida de tomar una decisión, el retroceso es inminente. Obviamente que las alternativas varían según la situación y los recursos de cada persona.

Se brinda material escrito, los médicos cuentan con el código CIE 10 (código para describir los diferentes tipos de violencia) a la vista en su escritorio junto al

Esquema de Acciones. Asimismo se han realizado reuniones donde se explicó el abordaje y su importancia.

Actividades que realizan

- Sensibilización y capacitación

Desde sus inicios el Equipo tuvo muy presente la importancia de la capacitación y sensibilización del personal de salud para poder trabajar en grupo. El personal de salud juega un papel muy importante a la hora de detectar o reconocer casos o posibles casos de Violencia Doméstica como también al momento de brindarle a la usuaria en una primera instancia la contención y la información pertinente.

Por lo que el equipo apunta a brindar herramientas e información para responder y detectar situaciones de violencia, y que los funcionarios acepten que se encuentran en un lugar privilegiado para identificar, responder y prevenir estas situaciones.

La sensibilización y capacitación del personal ha tenido un largo proceso. La primera instancia de sensibilización se efectuó en los inicios del equipo, con la intención de mostrar las implicancias del tema para el sector salud además de informar acerca del Formulario Violeta (propuesto por el Área de Violencia de Género, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género DIGESA-MSP) que debe ser aplicado a las usuarias y compartir el Esquema de Acciones, los que se presentan a continuación.

DETECCIÓN DE SITUACIONES DE VIOLENCIA HACIA LA MUJER EN LA CONSULTA CLÍNICA

INTRODUCCIÓN PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Responsabilidades del sector salud en la atención a la VD (VD).

Incluir la violencia como un problema de salud pública. Facilitar su explicitación en la consulta. Evaluar su impacto en la salud. Promover formas de relación no violentas. Interactuar con otros sectores en la planificación e instrumentación de estrategias de abordaje integral.

Responsabilidades de las Instituciones prestatarias de servicios.

Definir los roles y funciones adecuados para la atención a la VD. Capacitar al personal implicado. Asegurar el suministro de los insumos necesarios. Coordinar con los sectores relacionados.

ORIENTACIÓN PARA LOS OPERADORES - PARA LEER ANTES DE APLICAR EL CUESTIONARIO

¿Por qué preguntar?

La experiencia indica que muchas mujeres están dispuestas a hablar de la violencia que viven, pero se sienten inhibidas. Es necesario que el personal de salud formule las preguntas adecuadas. La aplicación de políticas y de protocolos sobre la VD facilita la identificación del problema.

¿Para qué un cuestionario?

La inclusión de un cuestionario estandarizado mejora la visibilidad del problema, facilita la detección de los casos particulares y es bien recibido por las usuarias.

¿Quiénes deben preguntar?

Todos los profesionales de la salud, (medic@s, enfermer@s, asistentes sociales, psicolog@s, parter@s) pueden integrar a su tarea habitual la encuesta sobre VD, según la planificación de cada institución. Los médicos deben integrar la estrategia de detección a la evaluación clínica.

¿A quiénes preguntar?

A todas las mujeres, seleccionando el momento oportuno.

¿Cuándo preguntar?

- a) En el contexto de la evaluación de rutina, como un componente más de la salud de la mujer.
- b) Frente a la sospecha de existencia de maltrato.
- c) En las primeras consultas.
- d) En el caso de mujeres en atención por períodos prolongados, se debe reiterar la exploración cuando haya elementos que hagan sospechar la presencia del problema.

Se registrará la fecha de aplicación del cuestionario para evitar reiteraciones innecesarias.

¿Cómo plantear el problema?

Algunos técnicos prefieren una aproximación directa, otros aproximaciones indirectas.

Se recomienda: a) introducir el tema mencionando que es de rutina preguntar acerca de las relaciones familiares y si existen situaciones de maltrato, por su alta frecuencia y su repercusión en la salud. b) preguntar en el marco de la indagación sobre condiciones generales de vida.

¿Cómo emplear el cuestionario?

Es una herramienta que debe ser adaptada a la modalidad del técnico y de la consultante. Es importante elegir el momento oportuno, aplicar el cuestionario de modo que el técnico se sienta cómodo, con cuidado de que su actitud y lenguaje corporal sean coherentes con los objetivos, y adecuar la aplicación a las características étnicas y culturales de la consultante.

¿Qué hacer frente a una respuesta afirmativa?

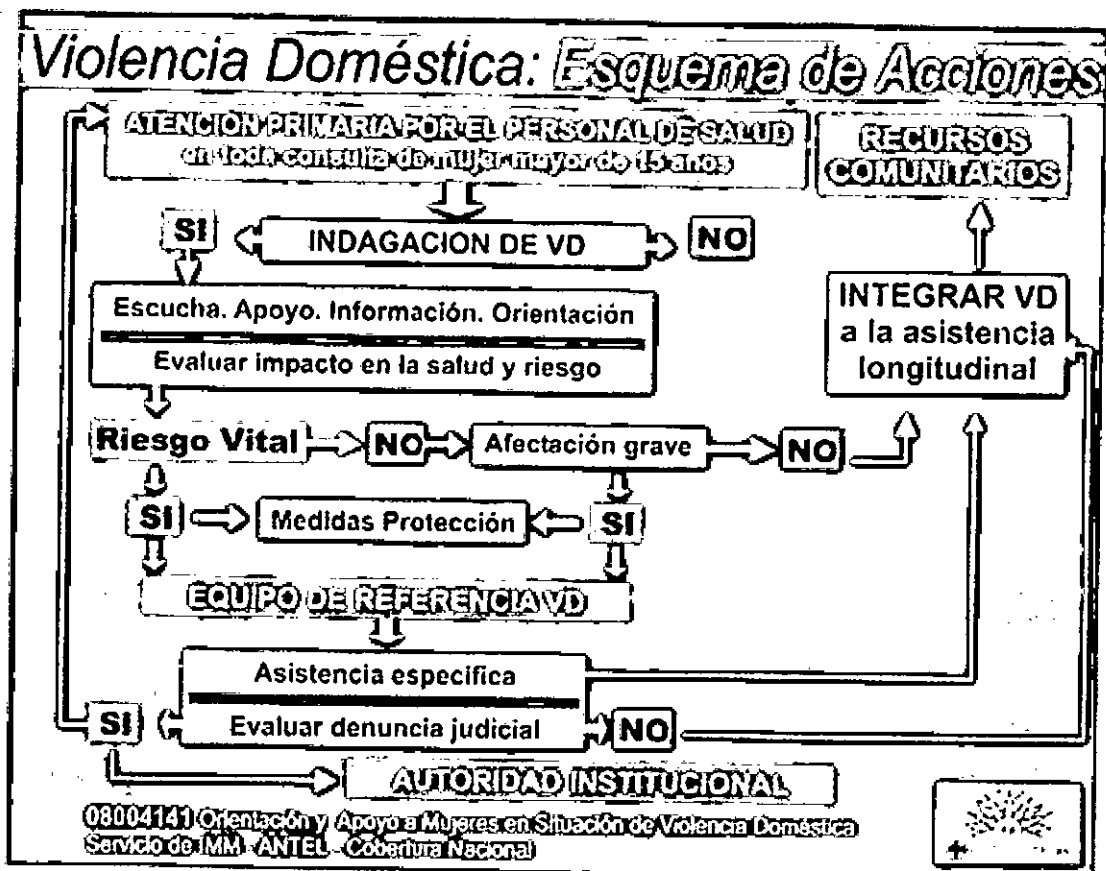
La primera respuesta incluye 4 componentes.

- a) Una escucha respetuosa y cálida, que habilite que el problema sea analizado con naturalidad.
- b) Devolver a la mujer una explicación sobre como la situación de violencia afecta su salud.
- c) Resaltar y afirmar sus recursos personales y sus derechos.
- d) Informar sobre recursos disponibles y eventualmente derivar.

Resultados esperados

Estas acciones no siempre producen resultados inmediatos, pero alivian el malestar, constituyen una respuesta inmediata al sufrimiento y pueden ser el inicio de un proceso hacia una mejor calidad de vida de esa persona.

FORMULARIO SOBRE VIOLENCIA DOMESTICA



EL PERSONAL DE SALUD TIENE UN LUGAR PRIVILEGIADO PARA IDENTIFICAR, RESPONDER Y PREVENIR SITUACIONES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

VIOLENCIAS y VIOLENCIA DOMÉSTICA representan entre el 5% y el 16% de años de vida saludable que pierden las mujeres en edad fértil. (OPS/OMS)

Pese al mayor uso de servicios de salud las mujeres en situación de violencia reciben una asistencia de bajo poder resolutivo, pues su problema no es detectado ni atendido.

RECUERDE:

APLICAR EL FORMULARIO DEL MSP Y PREGUNTAR SOBRE LA EXISTENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, A TODAS LAS MUJERES.

ASISTA A QUIENES SUFREN POR ESTE MOTIVO

Ley 17514 - Decreto 494/2006 MSP

Código CIE 10

T74	Síndromes de maltrato.
Puede usar un código adicional para identificar la injuria hallada.	
T74.0	Negligencia o abandono.
T74.1	Abuso Físico.
	Maltrato físico infantil. Maltrato hacia la mujer
T74.2	Abuso Sexual.
T74.3	Abuso Psicológico.
T74.8	Otros síndromes de maltratos.
	Formas mixtas.
T74.9	Síndrome de maltrato no específico.
	Abuso de adulto. Abuso infantil.

El antecedente de maltrato infantil se registra con código específico.

Z61	Problemas relacionados con eventos vitales negativos en la infancia.
Z61.4	Problemas relacionados con abuso sexual en la infancia por una persona del grupo primario de apoyo.
Z61.5	Problemas relacionados con abuso sexual en la infancia por una persona ajena al grupo primario de apoyo.
Z61.6	Problemas relacionados con abuso físico en la infancia.
Z61.7	Exposición a una experiencia catastrófica en la infancia.
Z61.8	Otros eventos negativos en la infancia.

El formulario es tomado como guía para el que lo aplica, no se debe completar. Con eso se mantiene la confidencialidad y se evita escribir mientras la persona habla para generar un mejor vínculo con el paciente.

La realidad es que, a más de dos años de la implementación, los ánimos se van desvaneciendo, y debe ser constante la insistencia, por parte del Equipo, para continuar aplicando el cuestionario. Los médicos se resisten por el tiempo que insume y en caso que el resultado sea positivo, manifiestan no sentirse preparados para contener la víctima y hacerse cargo de la situación, entrando en juego el miedo, la impotencia, el no saber manejar ese tipo de situaciones. Igualmente la Dirección Técnica de la institución respaldó al

Equipo, lo que implicó la obligatoriedad a realizarlo, pero carece de consecuencias su no aplicación.

La información se enviaba mensualmente al Programa de Mujer y Género y a la Departamental de Salud de Soriano, conteniendo la cantidad de mujeres que consultaron, el total de cuestionarios aplicados y la cantidad de casos positivos, datos que se solicitaban por el Programa.

A raíz de la inclusión de la pesquisa en la meta 1, se replanteo su importancia y su realización. La misma propone que se realice el cuestionario a todas las mujeres entre 20 y 45 años que consultan en medicina general o ginecología. A partir de estos cambios, la información se envía con otro formato y a otro destinatario (al Equipo de Metas Asistenciales del MSP).

Esta imposición tiene sus pro y sus contras, por un lado hace sentir el peso de la Violencia Doméstica y la introduce como problema de salud. Genera una obligatoriedad, exigiendo a las mutualistas que cumplan con los porcentajes que la JUNASA pautó para la anualidad y para el caso de no alcanzar lo pautado no se le abona. Por otro lado, existen médicos que no están de acuerdo, realizan el cuestionario de mala gana, con apuro, lo que no genera una situación de intercambio y dialogo con el paciente y no logra respuestas que identifiquen el fenómeno. Hay médicos que directamente no lo aplican. Se han escuchado testimonios de pacientes que han visto su historia clínica y tienen diagnóstico negativo, y sin embargo manifiestan que nunca le han aplicado el cuestionario.

Los porcentajes se alcanzan por un interés económico. Se controlan mes a mes antes de que culmine el trimestre. Si los niveles de cumplimiento están muy por debajo de lo requerido (los porcentajes van en aumento a medida que avanza el tiempo, refiere a que el 20%,40%,60% de las mujeres que consultan en esa franja etárea deben tener la pesquisa realizada e identificado en historia clínica) se insiste a los médicos en la aplicación del cuestionario.

La negativa puede estar relacionada al hecho de que, varios médicos son dueños del centro de salud, una empresa privada, son socios cooperativistas y no están acostumbrados a recibir directivas del MSP. No es la única institución

privada pero sí la más grande. Cuenta con todos los servicios (internación, CTI niños y adultos, etc.) abarcando gran parte de la población, en realidad no existe competencia, están acostumbrados a manejarse sin controles, ni auditorias en el primer nivel de atención, como lo hacen desde que firmaron el contrato de gestión con la Junta Nacional de Salud (JUNASA). CAMS se comprometió a cumplir con lo pactado en ese contrato por lo cual recibirían dinero. Cada año los objetivos a alcanzar son más ambiciosos, la institución debe invertir mucho dinero para alcanzar los porcentajes. Esto genera exasperación entre los médicos quienes probablemente no creían que el control sería tan estricto. "Quizás lo que nos permita entender esta contradicción se encuentre en el hecho de que el motor de la actuación médica ha sido el avance científico y el monetario a costa del humanitario, respondiendo a los parámetros de la economía capitalista para la cual la rentabilidad y el beneficio monetario son prioritarios frente a cualquier otro objetivo."³⁶

En definitiva, lo que queda en duda, a mí entender, es la calidad y la veracidad de la información, no habiendo forma de comprobarlo.

Este replanteo de metas y de aplicación de técnicas realizado en el 2011 por el MSP, acotó el grupo de mujeres a ser relevadas (de 15 años lo elevó a mujeres entre 20 y 45 años). En una primera instancia la aplicación del formulario podía ser realizado por personal sensibilizado, no necesariamente por el médico. Esta era la versión del programa de Lucha contra la Violencia Doméstica, pero para cumplir con la meta exigida debe de ser aplicado por un médico el que deberá firmarlo y sellarlo.

En el trimestre de enero, febrero, marzo se debía alcanzar a un 20% del total de las mujeres que asistieron a consulta de medicina general o ginecólogo con el cuestionario aplicado y agregado a su historia clínica en la fecha de su realización.

³⁶ Bentura, Celмира (2009) "La sutil y aparente "ingenuidad" del concepto de riesgo en el campo de la salud" En: *Revista Frontera* n° 5, Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de la Republica. Montevideo. Pág.31

El calculo es el siguiente, "numerador: número de mujeres de 20 a 45 años que en el trimestre concurrieron a consulta con médico general y/o ginecólogo con la pesquisa de acuerdo al Formulario Violencia Domestica.

Denominador: Numero de mujeres de 20 a 45 años que en el trimestre concurrieron a consulta con médico general y/o Ginecólogo."³⁷

El indicador se cumplió. El porcentaje va en aumento según el contrato de gestión, un 20 %, 40% y 60% respectivamente con cada trimestre.

Para esta tarea el personal de archivo médico se vuelve una pieza fundamental, ya que es quien completa la planilla de mujeres pesquisadas y las ingresan al sistema. A la hora de entregar los datos los informáticos levantan la información y el equipo de metas completa planilla que requiere la JUNASA.

³⁷ Metas Asistenciales. (2011). *"Meta del niño, la niña y la mujer. Guías para la preparación de informe y auditoría Metas Asistenciales"*. Periodo octubre 2010 - septiembre 2011. Página 13.

II.2 -Conociendo el reconocimiento o no de las situaciones de violencia y actitudes del personal de salud.

En esta parte del trabajo se pretende brevemente, a través de las encuestas que fueron realizadas, conocer que postura tienen los técnicos/as de la salud frente a las víctimas de violencia doméstica

Las encuestas tienen como cometido conocer la disposición de estos 20 funcionarios, sus criterios y pautas para la detección de casos de Violencia Doméstica, su capacitación y sensibilización y los pasos a seguir por ese personal frente a estas situaciones, como expresáramos en los objetivos específicos.

En esta misma línea es necesario resaltar como lo dice Bourdieu que "no hay experiencia de la posición ocupada en el macrocosmos social que no este determinada o, al menos no sea modificada, por el efecto directamente experimentado de las interacciones sociales dentro de esos microcosmos sociales: oficina, taller, pequeña empresa, vecindario y también la familia extensa."³⁸ Por lo cual, cada una de las respuestas va a tener una connotación y una influencia de las experiencias de vida de la persona.

Se realizan entrevistas cerradas, entendiendo la entrevista como una técnica de encuesta estructurada, formal o estandarizada. La "entrevista es realizada en base a un formulario previamente preparado y estrictamente normalizado. Toma la forma de un interrogatorio en el cual las preguntas,..., se plantean siempre en mismo orden y se formulan con mismos términos."³⁹

Las encuestas se entregaron en mano por si no fuera posible realizarlas en el momento, se pretendía que la completaran y devolvieran al día siguiente. No hubo resistencia por parte de los funcionarios. (Anexo II)

El resultado de las encuestas

En el inicio de la encuesta se identifican: la profesión, sector de trabajo de la persona y la antigüedad de trabajo en la salud.

La primera pregunta, refiere a si el funcionario se encuentra o no preparado a la hora de enfrentarse a situaciones de violencia. Las respuestas fueron

³⁸Bourdieu, Pierre. (1999) "*La Miseria del Mundo*" Ediciones Akal, S.A. Página 10

³⁹Ander Egg, Ezequiel. (1993) "*Técnicas de Investigación Social*." Ed. Magisterio del Río de la Plata. Buenos Aires, Argentina. Página 227

variadas, 7 del total sienten que no lo están, incluso los que fueron a cursos y jornadas, otras 5 señalan que “más o menos”, “poco”, “no del todo”, según la complejidad de la situación y el resto cree que se encuentra apta para brindarle contención a usuarias.

En cuanto a la segunda pregunta, solo 4 personas reflejan que no cuentan con información o muy poca, los otros 16 señalan que sí cuentan con información.

La forma de capacitación u obtención de información de esta temática, que es la tercera pregunta, varía entre: jornadas de la institución CAMS, jornadas (sin especificar), prensa escrita, radio, vivencias de situaciones cercanas, Ministerio Salud Pública, experiencias a lo largo de la profesión. Del total que manifiesta tener información 11 plantean que se capacitaron en la institución.

La cuarta pregunta hace referencia a la existencia del equipo referente, casi la totalidad confirmaron la existencia del equipo, solo una persona que trabaja en recepción del público, no conocía el punto (hace un año que trabaja en CAMS).

La quinta pregunta refiere a qué hacer frente a una mujer víctima de Violencia Doméstica, solo 6 expresan: contención, escucha, apoyo y solo en el caso que corresponda derivarlo al equipo. El resto sugiere, derivación al equipo, derivación asistente social y/o psicóloga, denuncia, denuncia policial.

La sexta pregunta menciona el protocolo de la Institución y su reconocimiento, solo una persona indica que lo conoce y lo resume con tres palabras (contención, derivación, intervención), 5 personas dicen conocer el protocolo pero no lo detallan. El resto plantea no conocerlo.

Por último, la pregunta habla de los sentimientos que produce enfrentarse a una mujer violentada. Las palabras que surgieron fueron: impotencia, dolor, bronca, impresión, ayuda, enojo, empatía, solidaridad, indignación, compasión.

La información que se desprende de las encuestas refleja que más de la mitad de los funcionarios/as no están seguros de poder afrontar tal situación ya sea por desinterés, miedo, vergüenza, etc. Como ya dijimos el tema es complejo moviliza mucho, y va más allá de estar o no capacitado, de hecho hubo funcionarios que respondieron que no estaban preparados para brindar apoyo y reconocían haber tenido capacitación.

La mayoría de los funcionarios/as entrevistados pose un concepto erróneo de los pasos a realizar, proponen la denuncia y derivación al equipo como estrategia fundamental en el accionar. Estos falsos conceptos son obstáculos para un correcto manejo de situaciones. La comunicación entre funcionarios de la salud y/u otras instituciones que manejen personas en situaciones de violencia, es una pieza esencial para una buena atención, para no re victimizar a la persona exponiéndola con información equivocada respecto a donde debe ir o con quien debe hablar.

La disposición del personal de salud frente al tema.

Con respecto a la disposición de los/as funcionarios/as de la salud, es pertinente mencionar el estudio realizado por Sugg & Inui (1992) en el que refiere cuales son las barreras que impiden la intervención por parte los funcionarios/as de la salud: la incomodidad por la identificación, el miedo a ofender, la incredulidad, el sentimiento de impotencia, la pérdida del control, la esclavitud del horario, el desconocimiento de la magnitud del problema. La identificación de los/as médicos/as con los pacientes de su mismo nivel socioeconómico puede provocar que éstas nunca sean diagnosticadas. Cuando los médicos perciben a sus pacientes como "iguales" es más fácil que se identifiquen con ellos/as, por esto nieguen la posibilidad de violencia, es difícil ver a otra persona del mismo nivel socioeconómico como víctima de violencia. Por otro lado el diagnóstico de abuso puede estar sesgado porque los médicos/as tengan alguna historia personal de abuso o violencia. El miedo a ofender, "esta arraigado a los valores culturales que definen lo privado. El hecho de que el/la médico(a) tenga estos valores, y al mismo tiempo esté consciente del daño perpetrado contra la salud, lo pone en una situación de conflicto ante la cual no sabe reaccionar"⁴⁰. La incredulidad, refiere a la posibilidad de que la persona este mintiendo y buscar otro testimonio, con el fin de poder ser objetivo y no culpar a alguien de violento sin que lo sea. El sentimiento de impotencia da cuenta de los/as médicos que tienden a declarar que el problema es complejo y que no cuentan con "herramientas" para lidiar con el tema, esto los frustra y los hace sentir incapaces. El estudio muestra que

⁴⁰ Venguer, Tere. Fawcett, Gillian. Vernon, Ricardo. Pick, Susan. (1998) "*Violencia Doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud*." México. Página 32

la mayoría de las mujeres maltratada afirma haber querido que algún personal de la salud le hubiera preguntado si era víctima de abuso. A esto se le suma que "Para muchos profesionales es difícil aceptar que no controlan la conducta de sus pacientes. Es la necesidad de tener el control y de solucionar los problemas de manera rápida es uno de los mayores obstáculos... El exceso de trabajo y la falta de tiempo son una realidad y por último el desconocimiento de la magnitud del problema: gran número de profesionales de la salud consideran que la violencia doméstica no es de tal magnitud por lo cual no es tan baja que no vale la pena dedicarle tiempo. Otros expresan que ese papel no les corresponde, lo que indica miedo a comprometerse con su posible intervención."⁴¹

El estudio de los autores de referencia, refleja que la disposición va de la mano de infinidad de factores que pueden interceder en las actitudes de las personas que se enfrentan a mujeres violentadas. Si bien este problema de salud debería tratarse por los médicos como cualquier otro, este en particular, involucra al médico y lo coloca en una situación que, por diferentes motivos, no quiere estar.

Criterios y pautas comunes, capacitación y sensibilidad para actuar en situaciones de Violencia Doméstica.

Como resultado de estas encuestas, podemos decir que la información con la que cuenta el personal de salud no es suficiente y en algunos casos es errónea. Solo una persona mencionó el protocolo de acción de la institución. Existen, en CAMS, líneas generales a seguir frente a situaciones de violencia doméstica (Esquema de acción, Código CIE10).

El objetivo del equipo referente de violencia es que esa información llegue a todo el personal pero los funcionarios cambian, la información se actualiza y el equipo como se mencionó, no cuenta con tiempo para invertir en el área.

El personal de salud debería reconocer la violencia doméstica como problema de salud, su magnitud y las connotaciones que conlleva.

⁴¹ Venguer, Tere. Fawcett, Gillian Vernon, Ricardo. Pick, Susan. (1998) "*Violencia Doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud.*" México. Página 33

Para lograr el reconocimiento del problema y la familiarización con el tema, es necesario que los dirigentes de la institución consideren la temática como un problema de salud mas allá de su discurso, para el cual, sería indispensable invertir, en recursos humanos, económicos, educación, etc.

Esta comprobado por "estudios estadísticos que demuestran que las victimas de violencia doméstica y sexual padecen más problemas de salud, generan costos de asistencia sanitaria significativamente mayores y acuden más a menudo a los servicios de urgencia a lo largo de la vida que las personas que no sufren de maltrato"⁴²

¿Cuáles son los pasos que siguen en caso de identificar una situación de violencia?

La guía de abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer, refiere que "todos los técnicos del primer nivel de atención deberán abordar la violencia doméstica en su trabajo cotidiano, incorporando la investigación se rutina, la documentación en la historia clínica, la contención y respuesta inicial, la información y orientación."⁴³

La realidad de CAMS no se asemeja a lo propuesto por el Programa, si bien se esta trabajando desde el 2008 con el tema, las encuestas reflejan que el personal tanto médico como no médico no esta seguro de qué debe hacer, solo seis personas responden correctamente sobre cuales serian los pasos a seguir en caso de enfrentarse a situaciones de violencia, el resto dice que no sabe.

Como se menciona anteriormente el equipo tiene debilidades que quedan en evidencia frente a estas respuestas. Deben crear estrategias para sustentar esta política de salud y lograr una capacitación y sensibilización permanente para el personal.

Emmanuel Terray dice en la Miseria del Mundo "El registro ciego de los síntomas y las confidencias de los enfermos está al alcance de todo el mundo: si eso bastara para intervenir con eficacia, no habría necesidad de médicos. El

⁴² Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud. División Salud de la Población. (2007) "*Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género*." Montevideo, Uruguay. Página 15.

⁴³ Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. (2007) "*Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud*". Montevideo. Página 43.

médico debe consagrarse a descubrir las enfermedades no evidentes... aquellas que prácticamente no puede "ver con sus ojos ni oír con sus oídos",...las señales emitidas por el cuerpo son oscuras y sólo revelan su sentido muy lentamente y a menudo a destiempo."⁴⁴ El ideal sería una búsqueda sincera y rutinaria del médico (u otro técnico) donde se apuntaría a reconocer situaciones ocultas de violencia y para lo cual el personal de salud debería estar sensibilizado capacitado.

La práctica médica se ha ido desplegando de tal manera que el contacto con el paciente pasa a ser un factor secundario y despersonalizado, elaborándose un diagnóstico a partir de múltiples exámenes clínicos y por la intervención de especialistas que difícilmente tienen contacto entre sí, dentro de esta evolución se centraliza entre las estrategias de atención a la enfermedad y las grandes campañas de medicina preventiva.⁴⁵

Esta última es a lo que el sector salud en su discurso actual apunta como eje principal de trabajo, Castel señala que "estas políticas preventivas promueven en consecuencia una nueva modalidad de la vigilancia: la detección sistemática...vigilancia en el sentido de que el objetivo se pretende anticipar e impedir la emergencia de un suceso no deseable"⁴⁶ Para que el personal de salud logre desempeñar su rol desde esta perspectiva es necesario educación a largo plazo y permanente, no puede ser un cambio repentino porque no sería real. La intención del Ministerio de Salud Pública debe ser complementada con herramientas variadas, educación al personal de salud y a los usuarios de los mismos, comunicación, estrategias de acción, etc.

Existe, como lo señala Bentura, una gran contradicción entre los discursos (académicos y políticos) y las estrategias. No se discuten los aspectos integrales de la salud enfermedad como un proceso dialéctico en el que juegan factores orgánicos, psíquicos y sociales siendo estos últimos de gran peso. Quizá lo que permita entender esta contradicción es que el motor de la actuación médica ha sido el avance científico y el monetario a costa del

⁴⁴ Bourdieu, Pierre.(1999) "*La miseria del mundo*" Ediciones Akal. S.A. Página 558.

⁴⁵ Bentura, Celmira.(2009) "La sutil y aparente "ingenuidad" del concepto de riesgo en el campo de la salud" En: *Revista Frontera n° 5*. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de la Republica. Montevideo. Página 29.

⁴⁶ Castel citado por Bentura, Celmira. (2009) "La sutil y aparente "ingenuidad" del concepto de riesgo en el campo de la salud" En: *Revista Frontera n° 5*. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de la Republica. Montevideo. Página 29.

humanitario.⁴⁷ El Dr. Díaz señala, en su libro "El narcisismo en la medicina contemporánea" que, "las circunstancias laborales, la sobrecarga del profesional, los resortes psicológicos alterados por las características del trabajo, juegan también un papel decisivo, que influyen a veces negativamente y determinan a veces el fracaso del acto médico"⁴⁸

⁴⁷Bentura, Celmira. (2009) "La sutil y aparente "ingenuidad" del concepto de riesgo en el campo de la salud" En: *Revista Frontera n° 5*. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de la Republica. Montevideo. Página 31.

⁴⁸ Díaz Alvaro. (2012) "*El narcisismo en la medicina contemporánea*" Ed. Trilce. Montevideo Uruguay. Pág.15

III. Consideraciones finales.

Como surge del análisis desarrollado a lo largo del presente documento, la violencia hacia la mujer, así como las intervenciones técnicas al respecto en el área de la salud, es un asunto verdaderamente complejo, con múltiples implicancias y consecuencias que, como sostiene Barudy, han determinado su problematización por parte de la sociedad. "El maltrato sólo 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 todo la comunidad" ⁴⁹

Es a raíz de este reconocimiento de la Violencia Doméstica como problema de salud que el Ministerio de Salud Pública requiere la conformación de equipos referentes sobre la temática en todas las instituciones de salud; la no creación de estos dispositivos, además de limitar el alcance de la política prevista por el ente público, determina consecuencias negativas para las instituciones omisas. Desde el punto de vista teórico, la directiva que indica la creación de los equipos referentes se valora como algo positivo, aunque su real efecto sólo se pone en cuestión al evaluar la dimensión práctica. En este sentido, para que los equipos puedan realmente operar para el cumplimiento de los objetivos con que fueron creados, deben contar con un conjunto de condiciones que lo hagan posible.

En cuanto a la autonomía del equipo referente para su gestión y a su carácter de soporte para el personal de salud, es relativa, puesto que la carencia de recursos básicos para el trabajo limitan su margen de decisión y funcionamiento. La autonomía, la libertad de acción de un dispositivo de intervención no se determina solo formalmente, sino que se evalúa en los mecanismos de los que dispone para concretar las atribuciones conferidas, lo

⁴⁹ Barudy en Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (2007) *"Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud"*. Montevideo. Pág.18

que sin un respaldo apropiado a las necesidades, resulta absolutamente limitada.

Con respecto a la visualización del equipo referente como soporte del personal de salud, las informaciones recogidas parecen evidenciar que los/as funcionarios/as reconocen al equipo como una real referencia en el tema, con capacidad para sostener. Sin embargo, no es posible olvidar el hecho de que el funcionariado es una población que varía según los momentos.

A pesar de que a nivel del personal de la institución se percibe al equipo referente como un soporte, desde los espacios de decisión de la entidad hay una disociación entre un discurso que habilita el trabajo, pero una política, fundamentalmente presupuestaria, que lo restringe.

Es de orden referir a la cuestión de los/as funcionarios/as y su capacidad de enfrentarse a situaciones de Violencia Doméstica luego de participar en procesos de capacitación y sensibilización. A partir del trabajo empírico desarrollado no ha sido posible verificar la hipótesis respecto de que el personal técnico capacitado y sensibilizado pueda enfrentarse sin mayores dificultades a la atención de situaciones de Violencia Doméstica. La información que le puede ofrecer el equipo referente de CAMS, no es suficiente.

La organización debería brindar a los/as integrantes del equipo cursos de formación permanente. Es necesario contar con recursos humanos y económicos para sensibilizar e informar a los funcionarios/as. Frente a las situaciones de violencia, los equipos deben estar capacitados y contar con los elementos necesarios para tender redes y trabajar en equipo con otras instituciones. Los problemas complejos exigen respuestas también complejas, que no se alcanzan con un solo movimiento ni por un solo actor de forma aislada, sino por un conjunto de acciones coordinadas en torno a la finalidad última de contribuir al pleno ejercicio de los Derechos Humanos por parte de toda la población.

En el Sanatorio CAMS Mercedes resulta difícil el cambio de concepción de la violencia doméstica como un problema privado cuyo tratamiento debe producirse "puertas adentro" del hogar familiar, a un problema de salud, donde la sociedad en su conjunto asume responsabilidades. Se trata de un proceso de transición a largo plazo, donde deviene fundamental trabajar el nivel de los compromisos morales y éticos que asumen los sujetos con responsabilidad directa en la temática, así como la información de las personas usuarias. Este proceso educativo sería una expresión concreta de los lineamientos del nuevo sistema de salud, que apuesta a la promoción y prevención.

Debe producirse un cambio de perspectiva por parte de la institución, para que ubique los costos de funcionamiento del equipo referente como una inversión y no como un gasto. Esta sería una variación cualitativa fundamental para comenzar a trabajar en la temática desde otro lugar, al reflejar una genuina percepción de que la Violencia Doméstica constituye un problema de salud que debe ser tratado, quitando la visión del equipo referente como un mero requisito formal del Ministerio de Salud Pública.

Es fundamental tomar esta idea como disparadora de preguntas y provocadora de la creatividad para pensar otros modos de formación en el tema que permitan mejores resultados.

Encuesta.

Como me siento frente a situaciones de VIOLENCIA DOMÉSTICA.

-Sector de trabajo: _____

-Años de trabajo en la salud: _____

1- ¿Se siente preparada para brindarle contención a usuarias que sufren situaciones de violencia doméstica?

2- ¿Cuenta con información sobre esta temática?

3- ¿Dónde se capacitó?

4- ¿Tiene conocimiento de la existencia del Equipo Referente que funciona en la Institución?

5- ¿Cuáles son los pasos a seguir frente una situación de violencia?

6- ¿Sigue algún protocolo de intervención de la institución? ¿Cuál?

7- ¿Qué sentimiento le produce enfrentarse a una mujer que ha sufrido situaciones de violencia doméstica?

Muchas gracias.

Bibliografía

- Ander Egg, Ezequiel. (1993) *"Técnicas de Investigación Social."* Ed. Magisterio del Río de la Plata. Buenos Aires, Argentina.
- Ander Egg, Ezequiel. (1994) *Diccionario del Trabajo Social.* 2da edición. Editorial Lumen. Buenos Aires, Argentina.
- Berlinerblau, Virginia. *El "Backlash" y el abuso sexual infantil Argentina.* http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro7/virginia_berlinerblau.htm
- Bentura Celmira. (2006) Trabajo Social en el Campo de la Salud. Un desafío académico. Tesis Master en Trabajo Social. Departamento de Trabajo Social. Facultad Ciencias Sociales. Universidad de la Republica. Montevideo, Uruguay.
- Bentura, Celmira. (2009) "La sutil y aparente "ingenuidad" del concepto de riesgo en el campo de la salud" En: *Revista Frontera n° 5.* Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de la Republica. Montevideo
- Bourdieu, Pierre. (1999) *"La miseria del mundo"* Ediciones Akal. S.A. Madrid, España.
- Calvo, Loreley, Escobal, Andrés, Romero Laura, Viola, Laura. (2001) *Violencia Familiar. Un abordaje desde la interdisciplinariedad.* Ministerio del Interior. Programa de Seguridad Ciudadana. Uruguay.
- De Martino, Jacqueline. (2004) *"Una encrucijada en constante evolución: salud y trabajo social"* Tesis de grado. Licenciatura en Trabajo Social. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay.

- De Paula Faleiros, Vicente (2000) *La Política Social hoy*. Editorial Cortez. Sao Paulo, Brasil.
- Díaz Alvaro. (2012) *"El narcisismo en la medicina contemporánea"*. Ed. Trilce. Montevideo Uruguay.
- Di Martino, Morás, L (comp). (2007) *Sobre cercanías y distancias. Problemática vinculada a la fragmentación social en el Uruguay actual*. Ed. Cruz del Sur. Montevideo, Uruguay.
- Eco Umberto. (1983) *Como se hace una tesis*. Editorial Gedisa. Barcelona.
- Ingold, María. (2009) *"Campo Travieso: Un primer recorrido por las relaciones entre las políticas sociales y los modos de vida de la pequeña producción rural familiar en el Uruguay"*. Tesis de grado. Licenciatura en Trabajo Social. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay
- Metas Asistenciales. (2011). *Meta del niño, la niña y la mujer. Guías para la preparación de informe y auditoría Metas Asistenciales*. Período octubre 2010 - septiembre 2011.
- Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud. División Salud de la Población. (2007) *Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género*. Montevideo, Uruguay.
- Ministerio Salud Pública. Dirección Nacional de Salud. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (2007) *Abordaje de Situaciones*

de Violencia Doméstica hacia la mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de atención de Salud. Montevideo, Uruguay.

- Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional Prioritario. Salud de la Mujer y Género. *Abordaje de las Situaciones de Violencia Doméstica hacia la mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud.* (2009) Fondo de Población de las Naciones Unidas. Organización Panamericana de la Salud. Uruguay.
- Organización Mundial de la Salud.(2002) *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Informe.* Publicado en Español por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.
- Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica. 2004-2010. (2003) Montevideo. www.presidencia.gub.uy .
- Plan de Estudios de Licenciatura en Trabajo Social. 2009.
- Pastorini, Alejandra. (2000) *La Naturaleza de Servicio Social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción.* 2da edición. Ed. Cortez. Sao Paulo, Brasil.
- Pereira, Potyara. (2002) *Necesidades humanas. Para una crítica a los patrones mínimos de sobrevivencia.* Editorial Cortez. Sao Paulo, Brasil.
- Tuana Andrea. (2002) "El diagnóstico en violencia familiar" *Revista de Trabajo Social-Uruguay-Año XVI-Nº24-* Ed. EPPAL. Uruguay.

- Venguer,Tere. Fawcett,Gillian. Vernon, Ricardo. Pick, Susan. (1998)
Violencia Doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud. México.