UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Violencia doméstica e Instituciones de Salud.
Abordaje en el primer nivel de atención de salud

Carolina Morales

Tutor: Gabriela Pacci

2009

Índice temático

CATEGORÍAS CONCEPTUALES

Capítulo I. "*Monopolio de curar y del saber científico*"

I. Aproximación a la clase médica Pág. 6
II. Saber y poder medico Pág. 8
III. Asistencia o intervención médica en asuntos sociales Pág. 10

Capítulo II. *"Relación Estado – Sociedad civil"*

I. Políticas sociales en la esfera latinoamericana Pág. 13
II. Reforma del sector salud Pág. 15
III. Ciudadanía, Derechos y Derechos Humanos Pág. 17
IV. ... y con respecto al derecho a la salud Pág. 19
V. Relacionando lo visto hasta ahora Pág. 21

Capítulo III. *"Atención e intervención en un problema social complejo"*

I. Presentación del problema social: violencia y Violencia Doméstica Pág. 23
II. Violencia Doméstica: ejercicio desigual del poder Pág. 24
III. Manifestaciones de la Violencia Doméstica Pág. 27
IV. Los más vulnerables... Pág. 29
V. Círculo de la Violencia Doméstica Pág. 30

Capitulo IV. "*Aproximación institucional*"

I. Marco legal Pág. 32
II. Desde el MSP Pág. 34
III. Análisis teórico – empírico Pág. 36

APROXIMACION ANALÍTICA

Capítulo V. "*Entre lo dicho y lo hecho*"

I. Masculinidad de la profesión Pág. 40
II. Sumergida en otra relación de poder Pág. 41
III. Consecuencias de la violencia doméstica en la salud Pág. 43
IV. A modo de cierre Pág. 46
V. Bibliografía referenciada y fuentes documentales Pág. 49
VI. Anexos Pág. 55

Agradecimientos

- En primer lugar a mis padres, Diego y Laura, que siempre estuvieron ahí apoyándome y guiándome en todo. Se que estando cada uno en su lugar los dos festejan esto conmigo.

- A mi hermano Martín, Serrana y amigos incondicionales... Paola, Andrea y Natalia que siempre estuvieron allí colaborando, aguantándome en todos los momentos, tanto bueno y malos...

- A mis tres grandes compañeras de facultad, Lorena, Sofía y especialmente Laura, quien siempre ha estado con sus consejos.

- A APMU, mi sindicato, que de alguna manera genero en mi todo este proyecto hoy plasmado aquí. En especial a Rodrigo, Adriana, Carolina y Joaquín por su increíble apoyo.

- A Gabriela, por guiarme en todo, por estar ahí con esa orientación justa y precisa, generando un mayor y mejor proceso interno.

- Y a todos aquellos que de alguna manera estuvieron en todos estos años, que colaboraron ya sea en entrevistas o aportes de material...

- Y en especial a Julia! mi sobrina, quien ha colaborado con su sonrisa cuando existían momentos de estancamiento.

Introducción

Pensar en comenzar a escribir esta monografía de grado ha generado varias incertidumbres en esta autora. Principalmente el cuestionamiento radicaba en el tema que iba a abordar. Debo confesar que fue una difícil tarea, pero luego de varias idas y venidas opte por escribir desde el lugar en el cual sabia que podría contribuir a las Ciencias Sociales. Uno dirá ¿violencia doméstica? ¿No es ya un tema bastante abordado por esta disciplina? Pero no desde las instituciones de salud y en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

A continuación leerán un trabajo monográfico que tendera a ser un análisis teórico – empírico que sintetizan de alguna manera años de esta autora vinculada al sindicalismo de la salud, al área asistencial específicamente en Equipos de Violencia Doméstica y sobre todo a haber optado a lo largo de la licenciatura en estos dos grande temas Salud y Violencia Doméstica. Considero que esta conjunción de aspectos ha marcado la realización de una monografía con la mente y el corazón, pero por sobre todo con un compromiso muy grande en función de un que hacer profesional.

Cada capítulo se presentara con un sub tema específico donde a lo largo de su desarrollo se lo intentara hacer dialogar con las categorías analíticas elegidas para abordar estos dos temas. Desde una aparente diversidad se buscara darle su correspondiente coherencia interior.

El primer capítulo tiene la finalidad de acercarnos a la clase médica y su saber, como forma de hacer más fácil la reflexión en cuanto a la intervención de estos en el problema de la violencia doméstica.

El segundo capítulo está planteado para poder ubicarnos en los procesos de cambio que han ido surgiendo en el sector salud para llegar hoy a tener un Sistema Nacional Integrado de Salud que tiende a la universalización de los servicios y con el énfasis en la prevención.

En el tercer capítulo se presenta el tema de la violencia doméstica intentando expresar los problemas que genera la misma en las mujeres que sobreviven a estos vínculos. No se desconoce que existen otras poblaciones vulnerables pero aquí abordaremos a las mujeres mayores de 15 años tal como lo propone el programa de Violencia y Mujer del Ministerio de Salud Pública.

El mismo es creado bajo la premisa de generar políticas públicas de salud para la mujer. Contribuyendo al desarrollo de comunidades saludables, buscando la reducción de la mortalidad y morbilidad de las mujeres en torno a la salud sexual y reproductiva, a la violencia doméstica y a la salud mental.

En el cuarto capítulo se realizo una aproximación institucional, donde veremos los decretos, leyes y documentos de trabajo haciendo un análisis desde las entrevistas aplicadas a referentes institucionales.

Al finalizar esta monografía encontraremos un análisis enmarcado en las características de los actores involucrados, las consecuencias que tiene la violencia en la cotidianeidad de las mujeres. Luego se realizo una aproximación analítica a modo de consideraciones y reflexiones finales.

Cap. I "Monopolio de curar y del saber científico"

APROXIMACION A LA CLASE MÉDICA

Comenzaremos este capítulo analizando el surgimiento de la clase médica. Una clase que se presenta como hegemónica en el imaginario colectivo. Portadores de un saber que les daba la facultad de intervenir en la vida de las personas, en su cuerpo y en su cotidianeidad. Veremos hasta que punto la clase médica intervenía y hasta que punto lo hace hoy en día.

Es en Barran que encontramos basta bibliografía de la medicina de 1850, donde el dolor físico pasaba a ser un acto natural, donde se mostraba la valentía de quién soportaba extracciones molares, amputaciones y de más terapias dolorosas sin anestesia, "dolor con dolor secundario". Los hombres lo vivenciaban como forma de mostrar su hombría, y "**para las mujeres un signo de su condición**" (Barran, 1992:28) Parece no llamar la atención el hecho de que se entendiera que el dolor en las mujeres era parte de su condición. Esto como si el objetivo de vida fuera el dolor. Se naturalizaba el sufrimiento. La esperanza de vida era muy baja, (edad media 17 años en 1895).

Esta va a ser una de las grandes diferencias con respecto al novecientos, la ausencia de dramatización en el siglo XIX, donde la muerte se entendía como consecuencia de los oficios de la vida. Podemos pensar que éste es el motivo por el cual la sociedad uruguaya desacreditaba el poder de curar. El dolor físico era sinónimo de honradez.

Si bien quienes tenían el derecho a curar eran los cirujanos y los médicos, existían diversos actores que cumplían esta función. Entre ellos estaban los curanderos, mayoritariamente en los habitantes de campaña; los farmacéuticos quienes recetaban medicamentos e incluso realizaban pequeñas cirugías; los flebótomos quienes usaban básicamente las ventosas, los párrocos que vacunaban, los barberos que hacían extracciones dentales, y por último la familia.Por un lado tenemos a una clase médica que cuestionaba a la familia, y por el otro a esta última que era considerada la enemiga del saber médico. Barran plantea que esto se daba porque la familia se basaba en la automedicación y la depositaria del saber popular,

exento de valor científico, trasmitido de generación en generación. Para Levy – Strauss la "**familia proviene de la unión de dos familias**" (Levy – Strauss, 2001:12). Por esta razón es que hablamos de un saber popular que es trasmitido generacionalmente dentro de las familias y en su unión con otras.

"**Entre 1900 y 1930, la sociedad uruguaya, con Montevideo a la cabeza, se medicalizó**" (Barran, 2002:153). Esto se da en tres niveles: comienza a aumentar la demanda por el rol médico, cambio de concepción de la salud entendiéndola como uno de los valores supremos de toda sociedad, y por último cambio en el imaginario colectivo derivado directamente del saber médico. Como consecuencia de estos procesos se presenta una sociedad en la cual "**los aspectos profilácticos del saber médico se popularizaron**" (Barran, 2002:153) se cambia la noción del dolor, por otra donde se trata a la enfermedad, siendo esta terreno específico del saber médico.

Podemos visualizar a lo largo de toda la humanidad, cómo los conceptos de salud y enfermedad la han permeado, trasmitiendo saberes de generación en generación. Haciendo de la sociedad uruguaya del novecientos una sociedad jerarquizada, compuesta por una compleja red de poderes, "**...con notorias y visibles divisiones de clase, el entramado de los poderes implicó que casi todos ellos tendieran a subordinarse a un fin clave: la cuidadosa preservación de las esencias del orden establecido**" (Barran, 1992: 14) Un orden que no sólo se basaba en la condición socio – económica, sino que respondía también a las "*mentalidades y sensibilidades*" por ser éstas las que generaban la reproducción de la clase. Con este cambio de concepción del termino salud, la sociedad comienza a legitimar la clase medica. Ya que en el imaginario colectivo los únicos con el poder de curar eran los médicos.

En este contexto es que el poder médico deriva su saber de la ciencia, pasando a instaurar en el imaginario colectivo su veracidad. Una verdad que estaba autorizada a **"...violar los cuerpos, escuchar la intimidad de las almas y, en los hechos a dirigir, como antaño el cura, las conciencias"** (Barran, 1992: 14). Pasando a ejercer gran influencia en los actos conductuales de los ciudadanos penalizándolos con ciertas enfermedades que derivaban de sus vicios.

Desde una línea de análisis weberiana podemos decir que esta profesión lo que genera es prestigio social, status: **"generalmente y contrariamente a las**

clases, los grupos de status son comunidades (...) Desde el punto de vista de su contenido, el honor de un status implica un estilo de vida por parte de quienes forman parte del círculo" (Weber, 1977) Para 1930, en la sociedad del novecientos medicalizada, el médico pasó a ser un referente en las familias. "**A menudo se lo esperaba como a un Dios**" (Barran, 1992: 77) sus decisiones eran incuestionables, tal era este monoteísmo que pasó a estar en la cúspide de una escala social jerarquizada formando: la clase médica.

Las situaciones de violencia doméstica no son contemporáneas ni son exclusivas de nuestra sociedad, por lo tanto podemos pensar que en esta autorización a traspasar el ámbito "privado" de las familias, al médico se le brindaba la posibilidad de conocer las situaciones que acontecían a las mujeres. ¿Qué se hacia con esa información? ¿La influencia que tenían los médicos en los actos conductuales se utilizaban para incidir o modificar estas situaciones? Este médico visto como un "Dios" incuestionable poseedor de la cura de las enfermedades y de la información que habitualmente ningún tercero tenia... ¿incidía en un cambio conductual, en la preservación del alma y del cuerpo de estas mujeres? ¿Cuál es el panorama de hoy en día?

SABER Y PODER MEDICO

Como veníamos viendo la sociedad uruguaya cambia su percepción de la salud en lo que respecta a la del siglo XIX con la del novecientos; pasando a ser un ideal a alcanzar. La salud y la ciencia pasan a considerarse como valores supremos. Y de este ideal a alcanzar, se deriva el saber médico en una clase incuestionable poseedora de la verdad que fue adquiriendo un poder derivado del monopolio del curar. No nos olvidemos que **"el saber médico implicó el cuerpo y el alma del hombre"** (Barran, 1992: 17), estas áreas eran consideradas específicas de este saber y nadie que no fuera médico podía juzgarla. Esta clase salió a la conquista de su poder.

Las asociaciones médicas revelan como se ha convertido esta clase en un poder corporativo, que hace imposible juzgarlo desde la sociedad, sólo un médico puede juzgar a otro. Según Barran esto se basa en dos razones: "**la especificidad**

de su saber y el carácter también fideístico de toda curación" (Barran, 2002: 160). Cuando hablamos de poder, hablamos de formas de dominación de unos frente a otros. Desde el punto de vista weberiano se piensa en que la forma de legitimar ese poder se da en las relaciones de dominación, y de esta manera se conforma un poder corporativo hegemónico incuestionable por otros saberes.

El "poder" no es exclusivo de la clase médica, el poder atraviesa todas las relaciones sociales, todos los aspectos de la vida. **"... en el fondo de cualquier sociedad, relaciones de poder múltiples atraviesan, caracterizan, constituyen el cuerpo social; y estas relaciones de poder no pueden disociarse, ni establecerse, ni funcionar sin una producción, una acumulación, una circulación, un funcionamiento del discurso.**" (Foucault, 1992: 139,140) Por lo tanto en nuestra cotidianeidad nos vemos sumergidos, participando en relaciones de poder. Al poder lo encontramos también en el ámbito del hogar, en el mundo privado ya que "**un hogar es algo que hay que gobernar**" (Romero L, 2001:16). Donde la esposa se debía a su marido y éste era quien debía educarla bajo discursos moralizadores e incluso castigos físicos. De esta manera se sometía a las mujeres y niños bajo la potestad de los hombres.

Es por esto que decimos que el poder se da en una vasta gama de relaciones interpersonales donde la capacidad de unos condicionan las acciones de otros, sean personas, grupos o instituciones, posicionándolos en un lugar de desventaja sobre ese otro. Paulo Freire plantea que la realidad implica la existencia de los que oprimen y de los que son oprimidos, y sólo es posible liberarse de esta situación a través de una "praxis auténtica" implicando esto: acción y reflexión (Freire, 1970).

Según la autora Sonia Romero **"el poder médico estuvo y está ligado al modelo patriarcal, a la organización jerárquica desde el Estado, a las Instituciones, a la familia, respetando la autoridad y las funciones diferenciadas de cada sexo y grupo generacional**" (Romero S, 2002:134). Con la división sexual del trabajo y de la mano del éxito socioeconómico de esta profesión, es que se abre el deseo por incursionar en ella. Ya sea por las mujeres como de personas en otros sectores sociales en busca de movilidad social.

Existe un cambio en la atribución de poder al médico, para aquellos que siguen una línea clásica de atención donde van perdiendo cada vez más su status; y aquellos que van incorporando cada vez más la tecnología a su quehacer, captando así el status y el nivel económico que se venía perdiendo. La tecnología esta

delimitada por el avance de la ciencia, recordemos que la salud y la ciencia pasaron a considerarse valores supremos. Este cambio se da por un creciente cuestionamiento al modelo médico hegemónico, con pacientes que han modificado su imagen pasiva por otra que cuestiona, pregunta, que incluso denuncia los errores médicos.

Lo que queda aun en el tintero es evaluar si el avance se encuentra tan sólo de la mano del ingreso de nueva tecnología para realizar diagnósticos o si también esta vinculado a pensar en el sujeto – paciente como totalidad, interviniendo con una mirada integral. Reflexionando en que pueden existir situaciones externas que generen malestares, siendo estos los verdaderos motivos por los que consulta. Y de no ser abordados seguirán existiendo, y a su vez generando las mismas o aun más dolencias.

ASISTENCIA O INTERVENCIÓN MÉDICA EN ASUNTOS SOCIALES

Como vimos anteriormente, Barran planteó que la medicalización en el Uruguay se dio entre 1900 1930, donde los aspectos profilácticos del saber medico se popularizaron (Barran, 2002:153). Problemas sociales como la violencia doméstica, no eran un ámbito donde el médico intervenía porque no eran espacios reservados para su saber, **"monopolio de curar y del saber científico en una sociedad"** (Barran, 2002:174).

Tampoco podemos dejar de lado la ambivalencia de lo público y privado que se da en torno a la noción de género. Donde los problemas, como la violencia doméstica quedaban a puerta cerrada en el ámbito privado de la familia. Hay vasta bibliografía en torno a este tema quedando de manifiesto que todo aquello que correspondía al ámbito familiar debía quedar dentro del hogar.

"Repensar las prácticas sociales a partir de las posiciones de clase y de los habitus en un campo social dado y de las practicas de los agentes en tanto que portadores de sus habitus de clase" (Bourdieu, 2002:139). En este sentido pensar en un tipo de abordaje que implique una intervención médica de forma integral, entendiendo a la paciente como una totalidad, es repensar las prácticas sociales, asistencialistas que sólo abordan la enfermedad.

Este problema se intensifica si hablamos de la atención en servicios de emergencia, donde el tiempo de atención es mínimo, pero su búsqueda se da bajo la posibilidad inmediata de atención, desvirtuando así su función. La paciente además de presentar una dolencia es una persona y necesita de una atención integral para esa totalidad. Esto pensando en lo que surge de la Organización Mundial de la Salud: salud no es solo ausencia de enfermedad.

Este nuevo modelo de atención en salud promovido en la reforma de este sector (tema a ser abordado en el próximo capítulo) propone un acercamiento a las familias. Por este motivo y pensando en la atención primaria es que el **"...MSP comienza a normatizar la detección de situaciones de violencia doméstica en la consulta médica..."** (Aguirre, 2006:12). Reconociéndola como un problema de salud y por lo tanto a ser abordado por la profesión médica. Tanto en su detección como en el tratamiento de las consecuencias derivadas de los actos violentos.

Entendemos que desde este punto de vista no se desvirtúa su saber, sino que compete a la disciplina, no sólo en sus consecuencias físicas sino las psicológicas y sexuales también. Es apuntar a un cambio en el modelo de atención, como también a no ser omisos a una realidad que se presenta cada vez más. Pensemos que son las familias las que se atienden en servicios médicos dese muy temprana edad hasta el fallecimiento.

Es sabido que las mujeres consultan más que los hombres en las Instituciones de salud, ya sea por consultas médicas puntuales, por solicitud de métodos anticonceptivos, controles de embarazo, control de los hijos, etc. Por este motivo es que se plantea a este sector como un área para trabajar a la interna, capacitando y sensibilizando al personal para poder detectar situaciones de violencia doméstica.

Parece ser necesario un análisis en torno a poder pensar y trabajar este tema como un problema del sector salud. Implicando un desafío. En este sentido se piensa un abrir de puertas de los consultorios a otras disciplinas y a la comunidad, traspasando los ámbitos privados. Así como también un abrir de una profesión que se presenta como hermética, históricamente sumergida en corporaciones, incuestionable desde otros saberes.

Una apertura que contemple un trabajo interdisciplinario desde diversas profesiones, donde se pueda extraer los diferentes aportes de las mismas, donde se

entrecrucen los límites tradicionales en pro de los sujetos – pacientes. Respetando las particularidades pero colaborando entre si, integrando diferentes miradas que aborden al individuo en su totalidad.

Es Elizabeth Jelin quien refiere que esta ambivalencia de lo público y lo privado son **"dos esferas sociales bien diferenciadas: el mundo de la producción y el trabajo y el mundo de la casa y la familia."** (Jelin, 1997:30). El mundo privado del hogar y el espacio privado de la consulta médica se presentan como lugares herméticos.

Para poder contribuir a la lucha contra la violencia doméstica es necesario abrir esas puertas y que sean de dominio público. Logrando de esta manera incorporar una perspectiva de género y de Derechos Humanos al interior de la consulta médica y de la familia.

Cap. II Relación Estado - Sociedad Civil

POLÍTICAS SOCIALES EN LA ESFERA LATINOAMERICANA

Para poder a hablar del Estado, de la sociedad civil y de las reformas en el sub sector salud es necesario explicitar ciertas transformaciones que ha sufrido el Estado, a raíz de cuestionamientos a los Estados de Bienestar (walfare state).

Comenzaremos definiendo que son las políticas sociales: **"...suelen ser identificadas como aquellas políticas públicas que tienen por objeto de intervención común los problemas sociales (...) incluyen a todas aquellas intervenciones públicas que regulan la forma en que la población se reproduce y socializa (...) además protegen a la población de situaciones que ponen en riesgo esos procesos...**" (Andrenacci y Repetto, 2006:6).

Entonces hablamos de políticas sociales haciendo referencia a aquellas que protegen a la sociedad cuando la producción o reproducción tanto física, social y cultural se encuentra amenazada. Para Andrenacci y Repetto existen tres modalidades de intervención: política de trabajo (regulación de las formas de contratación del trabajo y creación o consolidación de la seguridad social), política de servicios universales (intervenciones en educación, salud y en infraestructura – saneamiento, vivienda, transporte, etc.) y por último políticas asistenciales (transferencia de bienes y servicios a las poblaciones vulnerables, aquellas que no pueden resolver sus necesidades a través del mercado de trabajo) (Andrenacci y Repetto, 2006).

Estas tres modalidades se expresan de diferente forma en tres períodos históricos distintos: Estado Clásico (1919 - 1930) preocupación del Estado en la generación de un mercado de trabajo capitalista y homogenización socio cultural. Estado Social (1930 – 1970/80) se extiende la intervención del Estado en las políticas de trabajo y en la expansión de servicios universales. Para Castel esta es la modalidad que responde a los riesgos sociales operando como reductor dela inseguridad. Donde la protección social básica corresponde a los derechos emanados del trabajo (Castel, 2004). Y por último está el Estado neoclásico o

neoliberalismo (1970/80 hasta ahora) aquí el Estado deja de intervenir, desregulación estatal, privatización de la seguridad social.

Hay niveles de intervención en América Latina pero no son comparables con los países desarrollados. Juliana Martínez los presenta como regímenes informales, ya que hay diferencias en las formas de incorporación de las relaciones de producción, no hubo una pauta universal. En el Uruguay se da un universalismo estratificado en cuanto a sus prestaciones; gasto público razonable pero focalizado, el Estado asume funciones secundarias. Hay una "desmercantilización del bienestar" (Bienes y servicios que se le garantizan a la sociedad, la protección es vista como un derecho) (Martínez, 2007).

El Estado incorpora desigualmente actividades sobretodo en las áreas urbanas, o en aquellos sectores que se encuentren organizados, o que cuenten con líderes políticos. **"Los cambios políticos en América Latina a la entrada del nuevo siglo se expresan en el mayor protagonismo que comienzan a adquirir líderes (con el acompañamiento de sus respectivos partidos y/o movimientos políticos) dispuestos a declarar la necesidad de un cambio hacia un mayor protagonismo estatal"** (Andrenacci y Repetto, 2006:20) las políticas sociales se presentan como amortiguadoras ante posibles conflictos ya que tienden a "calmar" a la clase trabajadora, **"...surgen de la relación de fuerzas entre los principales grupos de ese sistema (capitalistas versus trabajadores)..."** (Midaglia, 1995:72) En este sentido vemos como los actores principales tanto de la Salud (Federación Uruguaya de la Salud –FUS– y Administración de los Servicios de Salud del Estado –ASSE–) como de Instituciones que trabajan en el tema de la violencia doméstica (provenientes principalmente de los movimientos feministas uruguayos) fueron los actores claves que incidieron en la lucha por que se consideren problemas de responsabilidad estatal. Quienes impulsaron la reforma de la salud y contribuyeron para que se creara la Ley 17.514 desde su posición de líderes pertenecientes o no a movimientos políticos.

REFORMA EN EL SECTOR SALUD.

Desde comienzos del '70 se viene procesando en el Uruguay un deterioro de la economía posicionándolo como un pequeño país dependiente; aumento los sectores excluidos que van desde los asalariados, los campesinos y los sectores de capas medias, así como también la pequeña y mediana producción. Manifestando así su "nueva" dimensión, el aumento de la polarización (concentración del crecimiento en un sector y empobrecimiento en grandes sectores de la sociedad), y la exclusión, la mundialización del capital y la segmentación del trabajo, predominio de los capitales especulativos, aceleración de las comunicaciones, reestructura del capitalismo bajo la hegemonía neoliberal (Supervielle y Quiñones, 2000).

Este proceso de fragmentación laboral no es sólo desde el punto de vista económico, sino, que la sociedad toda se fragmenta; estamos así frente a una sociedad excluyente. En lo social se excluye el acceso a la educación, salud y vivienda, se subordinan los aspectos sociales y humanos al componente mercantil. Este hecho se visualiza claramente cuando hablamos del área salud, donde regido por una filosofía individualista, la salud deja de ser un derecho pasando a ser *"***la salud un problema personal, y la atención médica una mercadería de compra – venta"** (Margolis y Piazza, 1989:260) adquiriendo así un aspecto mercantil.

En los distintos gobiernos que han presidido en los últimos lustros, desde el sesenta hasta ahora, ha existido una suerte de impulsos, con una basta elaboración de proyectos en pro de generar cambios en el área salud, que se presenta como conflictiva. Así mismo, en 1985, al levantarse la intervención del Sindicato Medico Uruguayo (SMU), en la 7ª Convención Médica Nacional se define una postura política del mismo. Luego se establecen las pautas de este sector en la Concertación Nacional Programática, donde uno de sus pilares fue la **"...democratización del sector y participación comunitaria, cobertura al 100% de la población..."** (Margolis y Piazza, 1989: 25, 26)**,** entre otros.

El período 1985 – 1989, el Uruguay se enfrentó a problemas de tipo político institucional propios de la reconstrucción de la democracia. En diciembre de 1985, se elabora un Proyecto de Ley sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS), debatido en mesa de trabajo de la Concertación Nacional Programática (CONAPRO). La misma estaba integrada por representantes del Frente Amplio, Partido Colorado y Partido

Nacional, PIT – CNT, gremios de la salud, FEUU, SMU, de la Asociación Odontológica, de la Cámara de Laboratorios y de Medicamentos.

Cambios no sólo en el modelo de atención, en el modelo de gestión y en el de financiamiento, sino, también en lo que refiere a problemáticas sociales apuntando a la modificación de conductas individuales que tengan repercusiones en la sociedad. Cambios que forjen un nuevo concepto de Salud, ajustándose a lo ya firmado el doce de setiembre de 1978, en Alma – Ata. Donde a partir de este acuerdo internacional, y a través de la Organización Mundial de la Salud, se considera a la Salud como el **"... estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"** (Mosca, 1985:188).

En el gobierno presidido por el Dr. Tabaré Vázquez se pone en marcha el Sistema Nacional Integrado de Salud. Cambiando el modelo de atención, de un marco meramente asistencial a otro de prevención y atención primaria en salud. Con una política de detección y corrección de indicadores de riesgo frente a enfermedades.

"Objetivo central de la reforma del sistema de salud: la universalización de la atención en salud a toda la población en niveles de accesibilidad y calidad homogéneas y con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano (...) Eje de la reforma: cambio en el modelo de atención, con énfasis en la estrategia de Atención primaria en Salud y un sistema integral de atención"[1]

Se plantea una centralización de las políticas, planes y normas generales del Sistema; pero a su vez una descentralización de los servicios a fin de asegurar un eficaz y eficiente desempeño de los mismos. Esto también en cuanto al número, tipo y distribución de las Instituciones y la disponibilidad de recursos humanos y materiales existentes en las diferentes zonas del país. En palabras de Villar: "**la aplicación de la descentralización a la organización de un Sistema Nacional de Salud lleva a la Regionalización y a la organización de Sistemas Locales de Salud, como Subsistemas del Sistema Nacional**" (Villar, 2003:50).

[1] Curso de formación sindical de la Federación Uruguaya de la Salud, con la participación en mesa redonda del Director General de Secretaria del MSP Ec. Daniel Olesker. Local AEBU, Montevideo, 2007.

Con el gobierno progresista se genera la reforma del sector salud. Esto da lugar a la clase trabajadora de un protagonismo político social diferente, no dejando de tener en cuenta la importancia que tiene la participación de la sociedad civil en el accionar de las propuestas programáticas en los diferentes aspectos que cubre.

El SNS tiende a promover el fortalecimiento de la imagen del sector salud. Donde se garanticen los derechos de los ciudadanos, tendiendo a cubrir en un 100% a la población del país, y no que se limite a la asistencia para aquellos que pueden acceder al mismo porque pueden costear sus precios, mercantilización de la salud. El hecho de que se implementen Políticas Sociales en este sector, creando redes de acción conjunta que apunten a contener los procesos de descomposición social, implica un acto revolucionario en lo que es la modificación profunda de la estructura de las políticas estatales.

Las políticas sociales, en el neoliberalismo, se juegan sobre todo en el terreno del mercado y de la sociedad civil (tercer Sector), responsabilizándose a los sujetos de satisfacer sus necesidades. En la actualidad el Gobierno Central intenta dar una cualidad diferente, la de interacción entre los actores sociales (usuarios y trabajadores) queriendo dar una respuesta a una problemática, con una proyección de futuro que dista en su esencia del modelo neoliberal.

CIUDADANÍA, DERECHOS Y DERECHOS HUMANOS

Pensar en el concepto de ciudadanía, es plantearse la necesidad de superar las desigualdades tanto económicas, sociales, culturales, étnicas, políticas, y de género existentes, porque impiden el ejercicio pleno de los derechos fundamentales del ser humano.

Entendiendo por ciudadanía a **"la capacidad del individuo para participar en la definición de los procesos sociales, políticos y económicos que afectan su condición como miembro de una sociedad determinada o, simplemente, la capacidad del individuo para actuar dentro de estos procesos asumiendo que representan un orden legítimo y adecuado"** (Pérez, 1997:32)

Hay autores como Marshall que refieren que el status de ciudadano implica igualdad de derechos y obligaciones en una comunidad. Definiéndose a raíz de tres conjuntos de derechos, civiles, políticos y sociales. El surgimiento de estos derechos

supone un proceso histórico y político permeado de luchas sociales, es por esto que decimos que la ciudadanía "*no es dada sino que es obtenida*".

En una coyuntura capitalista es donde se crean grupos de interés, hablamos de actores colectivos y políticos que presionan en la toma de decisiones respondiendo a distintos intereses. Los derechos civiles (s. XVIII) necesarios para la libertad individual. Derechos políticos (s. XIX) tienen que ver con la capacidad de toma de decisiones en el gobierno, capacidad de ser elegido y elegible. Y por último derechos sociales (s. XX) que corresponden a mínimos sociales que permiten al hombre participar de los avances de la civilización.

Es importante destacar que este esquema no es aplicable a América Latina porque se presenta libre de conflictos políticos, de una manera lineal y evolutiva. En América Latina los derechos sociales sustituyeron a los políticos porque se comenzó a negociar a "puerta cerrada" (con un golpe de Estado) para luego abrir el debate público y surgieran los derechos políticos (Marshall, 1997).

El concepto de Derechos Humanos es reciente, data de 1945 con la Carta de las Naciones Unidas y se define de esta manera: **"...aquellas condiciones que tiene toda persona, sin distinción de edad, sexo, raza, nacionalidad, clase social o forma de pensar. Estas condiciones son necesarias para que la persona se desarrolle plenamente en todos los campos de su vida..."** (Meza, 2005:9). En 1948 se aprueba la Declaración Universal de los Derechos Humanos, antes llamada Derechos del Hombre.

Los Derechos Humanos se incorporaron en las constituciones, lo que habilito a la exigencia de su cumplimiento, así como también cuando nuestro país firma y es parte de convenios o tratados internacionales en materia de Derechos Humanos. Estos dos mecanismos hacen que el Estado, mediante los gobiernos de turno, garanticen el cumplimiento de los mismos. Para que se reconozcan los Derechos de las Mujeres tanto a nivel regional como universal pasaron años.[2]

En los últimos años el problema de la violencia doméstica y de las distintas formas de discriminación hacia la Mujer, ha contado con mayor visibilidad haciendo que la mayoría de los países del mundo sean parte de Convenciones y Tratados

---

[2] Ver anexo 1. Listado de Convenciones y Tratados de Derechos de la Mujer.

internacionales, considerándolo asunto de Derechos Humanos, y reconociendo a la violencia doméstica como un flagelo a los mismos.

... Y CON RESPECTO AL DERECHO A LA SALUD

Como veíamos anteriormente, a lo largo de los años han existido procesos participativos en pro de alcanzar el objetivo de "*Salud para todos*". En lo que refiere al plano jurídico internacional, el diez de diciembre de 1948, en la Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU) se aprobó y proclamo la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La misma buscaba implementar un manifiesto común de respeto de la dignidad de los seres humanos, en cualquier sistema político, social o económico, advirtiendo el derecho a la vida: "**toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios**"[3].

Luego en 1966 la AGNU aprueba el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (entra en vigencia diez años después), exigiendo a los Estados una intervención, una política concreta para disponer de los medios para garantizarlos y efectivizarlos: **"Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental[4]" "entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho..."** [5]

Luego la declaración de **Alma Ata** exhorta a todos los gobiernos a formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, implementando estrategias que apunten a superar las desigualdades presentadas en el interior de los países a la hora de acceder al Sistema de Salud.

A nivel nacional, han existido aportes, anteproyectos y proyectos, pero ninguno de ellos fue legislado. También en las Convenciones Médicas Nacionales se han

---

[3] Declaración Universal de los Derechos Humanos, Artículo 25.
[4] Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Art. 12.1
[5] Ídem 4. Art. 12.2

elaborado proyectos. En la VI Convención se aprueba un proyecto de Sistema Nacional de Salud (SNS) y se ratifico en la VII. Como también ha existido un vasto aporte de resoluciones de las distintas organizaciones sindicales, gremiales y sociales.

El SNS hace referencia y legítima que este derecho es inherente a la condición humana. Se hace imprescindible entonces trabajar intensamente en lo que llamamos construcción de ciudadanía, donde el ser humano se apropia e internaliza este derecho pudiendo así ejercerlo con libertad. Trabajando hacia un cambio en la visión de ciudadanía, donde se constituye cada vez menos en términos de identidades fuertes, sino que en una racionalidad costo - beneficio. Se plantea una ciudadanía pasiva y con tensión significativa, esto es estimulado por una lógica de mercado y consumo, por la competitividad, el desempleo y la exclusión (García Delgado, 1996:46) En este sentido la reforma de este sector lo hace pasando de un sistema curativo hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) apuntando a la equidad social y económica.

La reforma de salud apunta a cambiar las inequidades en las prestaciones de los subsistemas, público y privado existentes hasta su implementación. Donde se planteaba un sistema desigual, con escasa o nula participación social, con usuarios que no ejercían sus derechos. Actualmente los usuarios del "**SNIS tienen derecho a una atención integral**"[6] y en este sentido se contemplan también la atención a mujeres que viven en situaciones de violencia doméstica donde "**tienen derecho a atención y derivación oportuna cuando en la consulta médica se detecte violencia física, psicológica o sexual**"[7]

[6] Ver anexo 2. Ordenanza 761. Articulo 12.
[7] Ídem 6. Artículo 17.

RELACIONANDO LO VISTO HASTA AHORA...

Políticas sociales, Derechos humanos y violencia doméstica desde el sector salud.

Como veíamos anteriormente las desigualdades atravesaron lo expuesto hasta ahora, hablar de violencia doméstica es seguir en la misma línea, es hablar del ejercicio desigual del poder. Es un problema social que trasciende a los diversos sectores o áreas de la vida. El sector salud, tanto público como privado, no es ajeno a esta problemática y debe participar activamente en los objetivos trazados en el Plan Nacional de Lucha Contra la Violencia Doméstica.

En este accionar debemos contemplar la conformación de equipos referentes de atención a la violencia doméstica con personal capacitado y sensibilizado. El mismo debe elaborar estrategias para capacitar al personal médico y no médico, proporcionando información y organizando talleres o jornadas de sensibilización, *conformándolos en agentes de Derechos Humanos capaces de detectar e intervenir* eficazmente ante esta situación. Debe contar con un espacio de referencia para las usuarias, y en caso de ser necesario, articulación y coordinación con otros sectores o instituciones del sector donde otros miembros de la familia, que vivan una situación de violencia, se atiendan.

Otra de las propuestas es la aplicación de encuestas del Ministerio de Salud Pública a mujeres mayores de 15 años que consultan en las policlínicas[8]. Esta encuesta esta enfocada a incluir dentro del consultorio el tema de la violencia y evaluar el impacto de ésta en la salud de las usuarias. La encuesta consta de cinco preguntas que abordan la violencia psicológica, física y sexual, en la infancia o en la actualidad. La misma debe ser considerada como guía para el médico que la aplica, por lo tanto queda a consideración del mismo si lo hace en forma directa o prefiere indirectamente. Este formulario queda en la historia clínica de la paciente, con el resultado dentro de la misma, esto se hace para mantener la confidencialidad de la usuaria. Para los casos que de positivo se los codifica los tipos de violencia según código CIE10[9]. Luego la tapa de la historia debe quedar sellada con la fecha y la firma del médico que la aplico.

---

[8] Ver anexo 3. Formulario de encuesta sobre Violencia Doméstica.
[9] Ver anexo 4. Código CIE 10.

Efectivizar canales judiciales para efectuar denuncias, En el Art 3 del Plan Nacional del Lucha contra la Violencia Doméstica se exponía: "**En todos aquellos casos en que las instituciones, Servicios de Salud o profesionales intervinientes tomen conocimiento de un hecho de Violencia Doméstica deberán dar cuenta al Juez competente**"[10] luego a partir del junio del 2009 este artículo queda sin efecto, pasando a realizar la comunicación al Juez si lo considera necesario.

Con el objetivo de profundizar estas estrategias de atención, es que la Junta Nacional de Salud (JUNASA) establece a la pesquisa de violencia doméstica como *"meta asistencial"*[11] *estimulando así la realización de la misma. Si bien la misma debe* ser realizada a todas las mujeres mayores de 15 años, así como lo dispone el Decreto 494/2006[12], se propone como meta I[13] entrevistar a todas las mujeres que consulten en Medicina General y Ginecología que tengan entre 20 y 45 años. Esto no *exonera al resto del personal de salud y/o especialidades, ni a las mujeres que no* estén en ese rango de edad, de ser incluidas en la pesquisa. Recordemos que el objetivo de esta práctica es que este tipo de abordaje sea parte de la anamnesis de la paciente cualquiera sea el motivo de la consulta.

Los objetivos de estas propuestas tienen que ver con una atención integral en las distintas etapas del círculo de la violencia doméstica, tratamiento de las consecuencias directas e indirectas, como también el registro y evaluación tanto interna (supervisadas por las jefaturas de cada Institución) como externas (MSP con observatorios, auditorias, envío de datos estadísticos). En aspectos más generales están relacionados con la participación del sector salud en la promoción de los Derechos Humanos y la prevención de la violencia.

---

[10] Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica 2004-2010. Artículo N° 3. Montevideo, 2003

[11] Programas destinados a mejorar aspectos de enfermedades e indicadores de salud, controlados por el MSP. Cumpliendo con las metas se le remunera económicamente a los servicios de salud.

[12] Ver anexo 5. Decreto 494/2006

[13] Ver anexo 6. Guía de apoyo para el indicador 10 de la Meta 1.

Cap. III Atención e intervención en un problema social complejo.

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA SOCIAL: VIOLENCIA Y VIOLENCIA DOMÉSTICA.

Cuando hablamos de violencia enseguida nos retraemos a pensar en situaciones de agresión, de furia, de fuerza, de irritación, de violencia doméstica. Pero la violencia doméstica es una más dentro de las diversas formas de violencia. Se consideran aquí las situaciones de marginación, discriminación (sexo, raza, edad, orientación sexual, etc.) En reiteradas oportunidades nos vemos expuestos a situaciones de este tipo, tan sólo por el simple hecho de pensar o actuar distinto. Incluso llegando a reconocerle como legítimos y necesarios. A nivel mundial nos encontramos frente a una conducta humana violenta casi generalizada en nuestros "**lugares de trabajo, en la calle, entre fuerzas opuestas o entre quienes guardan el orden**[14]" tomándose de forma natural y aceptable.

Para seguir avanzando veremos una de las definiciones de violencia:

"empleo de la fuerza para alcanzar un objetivo. Coacción que se lleva a cabo sobre otro u otros, ya sea mediante la fuerza física, la amenaza, la intimidación, el terror, la manipulación o diferentes formas de presión psicológica con el fin de que actúen según pretende el que usa la Violencia" (Ander Egg, 1995). Como vemos en la definición de violencia de Ander Egg, éste utiliza conceptos como coacción, amenazas, intimidación, etc. una acción de una persona contra otra a la cual se le comente daño, perdiendo así, su autonomía. "**Es un vínculo de dos en que no se reconoce al otro, donde predomina la acción sobre la palabra en la intolerancia a la diferencia**" (Fernández, 1999:9). Desaparece la lógica y prima la irracionalidad como forma de resolver sus diferencias.

---

[14] Asistencia a mujeres en situación de violencia doméstica. Pautas de orientación para operadores en el primer nivel de atención de salud. Documento de trabajo. Instituto Nacional de las Mujeres del MIDES, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del MSP. Uruguay, 2005:5.

La violencia aparece en escena en diversos ámbitos de la vida cotidiana, en los vínculos que generamos, como forma "errónea" de resolución de conflictos, de nuestras diferencias. Es Nancy Fraser quien plantea el tema de las injusticias tanto socioeconómicas como culturales difundidas en la sociedad. Refiere que están arraigadas de tal forma que ponen a unos grupos en condiciones desventajosas frente a otros. La autora plantea que la única forma de generar una justicia para todos es la de considerar concepciones alternativas de redistribución y reconocimiento (Fraser, 1997). "**Esto podría implicar la revalorización positiva de las identidades que sufren la falta de respeto y de los productos culturales de grupos estigmatizados"** (Fraser, 1996:21). Revalorizar el género requiere, siguiendo el pensamiento de la autora, un cambio político – económico como también un cambio de valorizaciones culturales, donde se respeten las distintas formas de pensar y actuar, asumiendo las individualidades, las particularidades pero sobre todo respetándolas.

VIOLENCIA DOMÉSTICA: EJERCICIO DESIGUAL DEL PODER.

Así como decimos que la violencia se encuentra presente en diversas áreas de la vida cotidiana, el ámbito de la familia no se muestra exento de la misma. Con el adicional de la "violencia oculta" ya que se da al interior del hogar, en el mundo privado, con vínculos de maltrato, aceptados por la cultura, y sustentados por la desigualdad de poder.

Para comenzar a definir violencia doméstica, primero deberemos acercarnos al concepto de "poder". Michael Foucault maneja el concepto pero no lo define explícitamente; sino que lo plantea como algo que **"transita por los individuos, no se aplica en ellos"** (Foucault, 2001:38); como una relación de fuerzas que se encuentra arraigada en la sociedad, en toda relación social. El poder se ejerce en las relaciones sociales como forma de gobernar.

"El poder no es una institución ni una estructura, o cierta fuerza con la que están investidas determinadas personas; es el nombre dado a una compleja relación estratégica en una sociedad dada". "[...] En realidad el

poder significa relaciones, una red más o menos organizada, jerarquizada, coordinada." (Foucault, 1978:93)

Es en este entendido que nuestra legislación concibe la violencia doméstica como, el ejercicio desigual del poder suponiendo el empleo de la fuerza como forma de controlar la conducta del otro. Pero no podemos pensar en una única definición de violencia doméstica, ya que es un fenómeno multicausal, pero si nos podemos basar en una de ellas. En esta ocasión tomaremos la definición de la Ley 17.514:

"**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 en la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho"**[15]

La ley 17.514 es la primera ley integral uruguaya que aborda el tema de la Violencia Doméstica. En ella se integran los Tratados y Convenciones internacionales que han sido ratificados y aprobados por Uruguay en esta materia.

En nuestra legislación, previo a la ley, se contaba con la figura del delito de violencia doméstica incorporada al Código Penal en 1995 como artículo 321 bis. En materia civil se promovieron disposiciones aisladas tales como: proceso de divorcio, separación de cuerpos, incidente de retiro del hogar, acción de amparo o juicio ordinario de reparación patrimonial por daños y perjuicios.

La diferencia importante que hay con la ley 17514 es su objetivo principal, el de la **"prevención, detección temprana, atención y erradicación de la violencia doméstica"**[16] Disponiendo que se brinde asistencia a aquellas mujeres que sobreviven a situaciones de violencia doméstica, así como también "**la capacitación permanente y con unidad de criterios de los agentes que deben participar en cualquiera de las instancias de intervención".**[17]

La violencia atenta contra los Derechos Humanos y la calidad de vida de la persona. Las desigualdades entre la relación de lo femenino y masculino

---

[15] Ley N° 17.514. Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica 2004-2010. Montevideo, 2003.

[16] Ley N° 17.514, artículo 1°. Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica 2004-2010. Montevideo, 2003

[17] Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica 2004-2010. Montevideo, 2003

corresponden a la articulación del poder, y es por este motivo que hoy en día se hace necesario aunar esfuerzos desde diversos ámbitos, asumiendo responsabilidades que permitan acercarnos al objetivo de prevención y erradicación de la violencia.

Si prestamos atención a la definición que utiliza la Ley sobre violencia doméstica se observan dos elementos importantes como: menoscabar y limitar. Menoscabar es "*disminuir, mermar, deslucir, desacreditar*"; y limite es: "*que no se puede sobrepasar, restringir, coartar*". A su vez se presenta en dos diversas modalidades, acción: "*comportamiento intencional que supone hacer u obrar*" (Ander Egg, 1995) y omisión, "*falta por haber omitido la ejecución de una cosa*" (negligencia, no cumplimiento de los derechos de los niños/as y adolescentes).[18] [19]

En la ley también encontramos la distinción que se hace en cuanto a **"...tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho"**[20] Por lo tanto se contemplan relaciones amorosas, sentimentales que se den por la cohabitación, relación de parentesco, matrimonio o unión de hecho; actuales o pasadas.

Como vimos anteriormente Foucault define al poder como una gama de relaciones jerarquizadas, es una característica de las relaciones. También hace referencia a que no es proprio de determinado escenario, sino, que se da donde **"...se desarrolla la vida humana, donde se genera, materializa y manifiesta en una extensa variedad de relaciones interpersonales..."** (Foucault, 1991:142). El tema radica en como se desenvuelven esas relaciones, las conductas de las personas en relación al poder. Si existe un abuso de ese poder como forma de controlar al otro, estamos frente a una conducta violenta.

Es importante trabajar este teman en el ámbito de la salud porque las consecuencias de la violencia doméstica pueden ocasionar la muerte, pero cuando no es así, generan trastornos psicológicos y daños físicos que limitan la funcionalidad de la persona, o grupo de personas, con todas sus consecuencias individuales y sociales (Berro, 2003). Otra de las consecuencias es negar el ejercicio pleno de la

---

[18] Apuntes de la autora de: "curso de capacitación a funcionarios de la salud: *Aspectos Jurídicos de la violencia doméstica*" Presentado por el Dr. German Grimoldi. Uruguay; octubre, 2009.

[19] Definiciones extraídas del diccionario Pequeño Larousse Ilustrado. Bs As 1971.

[20] Ley N° 17.514. Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica 2004-2010. Montevideo, 2003.

ciudadanía limitando los derechos; negando los derechos fundamentales de las personas que sobreviven día a día a las situaciones de violencia.

MANIFESTACIONES DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.

Existen cuatro manifestaciones de la violencia doméstica contempladas en la Ley. Todas ellas tienen consecuencias a nivel de la salud, de la educación y del desarrollo laboral y personal de las personas; atentando contra sus derechos fundamentales.

A) VIOLENCIA FÍSICA: **"acción, omisión o patrón de conducta que dañe la integridad corporal de una persona"**[21]. La violencia física consiste en el uso de la fuerza física hacia otra persona. Entendiendo por esta: propinar golpes de puño o puntapiés, empujar, morder, pinchar, quemar, presionar el cuello u otras partes del cuerpo, encerrar, confinar, acometer con arma, etc. Este tipo de violencia es la más fácil de detectar por las consecuencias visibles que tiene, pero no podemos dejar lado que es el "**emergente excesivo de una violencia estructural más profunda**" (Femenías, 2006:10) que no es develada a simple vista.

B) VIOLENCIA PSICOLÓGICA O EMOCIONAL: "toda acción u omisión dirigida a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de un persona, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte la estabilidad psicológica o emocional"[22]**.** Este tipo de violencia es difícil de visibilizar ya que no deja marcas visibles en el cuerpo, se da desde el lenguaje, pero es tan o más dañina que la violencia física. Todos estos actos citados como ejemplos en la Ley, hablan de un sistema de dominación que implica la desvalorización de la mujer que luego incluso permite terminar justificando el resto de las violencias que se describen en esta monografía.

C) VIOLENCIA SEXUAL: "toda acción que imponga o induzca comportamientos sexuales a una persona mediante el uso de: fuerza, intimidación, coerción, manipulación, amenaza o cualquier otro medio que anule o limite la libertad

---

[21] Ley 17.514 artículo 3°.
[22] Op. Cit 21

sexual"[23]. Cuando hablamos de violencia sexual se hace referencia a toda acción que limite la libertad sexual de las personas. Obligar a una persona a realizar actos sexuales con el uso de la fuerza o de la intimidación. Este tipo de violencia es negado por muchas mujeres que no lo problematizan como delito por mantener una relación sentimental con el agresor.

D) VIOLENCIA PATRIMONIAL: "Toda acción u omisión que con ilegitimidad manifiesta implique daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, distracción, ocultamiento o retención de bienes, instrumentos de trabajo, documentos o recursos económicos, destinada a coaccionar la autodeterminación de otra persona"[24] La violencia patrimonial son aquellos hechos destinados a coaccionar la autodeterminación de una persona en términos económicos. Un ejemplo de esta manifestación podría ser: incumplimiento de la pensión alimenticia, venta de objetos domésticos sin el consentimiento del otro, limitación al derecho de propiedad, el fraude sobre bienes gananciales, restricción del uso del dinero, etc.

---

[23] Op. Cit 21
[24] Op. Cit 21

LOS MÁS VULNERABLES...

La violencia doméstica vulnera a los derechos de las personas que se encuentran bajo estos vínculos no saludables. Los abusos y malos tratos se dan dentro de las todas las naciones, razas, religiones, etnias y estratos socio económicos. La violencia **"aparece como una necesidad de mantener el equilibrio"** (Perrone, 2000:41) donde la única forma de restablecerlo, parecería que es por intermedio de ella. No es específica de determinado grupo social, se da en los grupos más vulnerables que en su mayoría son mujeres, niños/as, personas adultas/os, discapacitados. Con esto quiero decir que no es exclusivamente de determinado estrato social o cultural, étnico, etc. pero si que existen determinados grupos que se entienden como más vulnerables. Donde pasan a ejercer un rol de obediencia y sumisión con el fin de seguir manteniendo ese aparente equilibrio.

Las situaciones de violencia se dan al interior de la familia que es "**donde nacen y maduran los sentimientos más intensos**" (Perrone, 2000: 27). Es aquí dentro donde se desvaloriza a lo femenino y por contraposición se idolatra lo masculino. El modelo masculino actúa en esta relación con una aparente supremacía de poder, correspondiendo a una fuerte adhesión al modelo patriarcal (sistema vertical dotado de una desigualdad de poder en relación al género). (Caggias, 2000:308)

Las categorías de "puertas adentro y afuera o el mundo publico y privado, etc" tienen que ver con que la familia es considerada un territorio "**fuera del alcance de la ley**"[25] no nos olvidemos que para nuestra Constitución es un "sagrado inviolable". Todo lo que sucedía dentro del hogar quedaba dentro del mismo. "**La familia es el grupo social más violento y en el que se perpetra más violencia"** (Caggias, 2000:307). Las arbitrariedades, los abusos, las desigualdades no salían al ámbito público por una construcción cultural y un valor social que llega a ser tan fuerte que es internalizado por todos los miembros de la familia; a esto se le denomina: naturalización de la violencia doméstica.

---

[25]Instituto Nacional de las Mujeres. "*No era un gran amor*". Cuatro investigaciones sobre violencia doméstica. MIDES. Uruguay: Mayo, 2009:25

Estos conceptos de público y privado están referidos al "domus", al ámbito privado de las relaciones íntimas. Esta ambivalencia hace referencia al mundo público con el ámbito masculino, y al mundo privado con la esfera femenina y doméstica (Jelin, 1997). Quienes sobreviven a las situaciones de violencia doméstica no comparten su situación con sus grupos de pares o familiares lo que hace que este problema quede en el ámbito privado del hogar. Este es otro motivo más para entender la necesidad de establecer o continuar con el abordaje desde el sector salud. Brindar a las usuarias la posibilidad de encontrar un espacio en el mundo público donde hablar sobre la situación que esta viviendo en su hogar.

Actualmente, luego de muchos años y luchas de los movimientos feministas, estamos ante una apertura y reconocimiento de la mujer. Abriendo las puertas al mundo público, generando una transformación en lo que respecta a la imagen tradicional. De todas maneras siguen existiendo desigualdades a la interna de esos reconocimientos, se abre el mercado laboral para la inclusión de las mujeres, pero con desigualdades de salarios con respecto a los hombres. Tampoco hay redistribución de roles a la interna del hogar. Esta apertura rompe el orden a la interna de la familia, desestabilizando el aparente equilibrio, el que se va a querer subsanar con el uso de la violencia, razón por la cual veremos a continuación que la violencia es un proceso cíclico.

CÍRCULO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.

Existen determinadas fases[26] en las relaciones violentas a las que se les denomina en su totalidad como círculo o ciclo de la violencia doméstica. Esto se debe a su carácter cíclico, donde todo vuelve al mismo lugar donde comenzó y cada vez con una intencionalidad creciente. Este fenómeno hace que pase a ser parte de la vida cotidiana de las personas que sobreviven a esta situación, naturalizándose, aprendiendo a utilizar estos vínculos como forma disfuncional de relacionamiento. Por este aprender disfuncional es que varios autores hablan de que la violencia se transmite de generación en generación, porque son conductas que se adquieren pasando a formar parte de su cotidianeidad, reproduciendo la violencia

---

[26] *"Hay respuestas: Guía de recursos en violencia doméstica"* Inmujeres. Uruguay, 2009:10.

Fase uno: Aumento de la tensión, caracterizada por enojos, discusiones, roces. Se trata de calmar la agresividad de quien la ejerce.

Fase dos: Explosión o fase aguda, se desencadenan episodios de violencia (física, verbal, sexual, patrimonial) en su forma más aguda.

Fase tres: Luna de miel, Después del episodio agudo, el agresor tiende a negar, pedir perdón, promesas de cambio, decir que no va a volver a suceder. Comienza un periodo de supuesta calma y paz. Con el tiempo esta fase se va acortando hasta volverse prácticamente inexistente.

Es importante destacar que todo esto como dice su nombre es un "ciclo" que vuelve a comenzar, y cada vez con una intencionalidad creciente. Para poder romper con este ciclo es fundamental la intervención de terceros, desde familiares, amigos o profesionales. Se piensa como un sistema que se retroalimenta y del cual es muy difícil salir. Es por esto que se hace necesario abordar el tema desde diversas áreas de la sociedad. La denuncia es una herramienta mas, pero lo importante esta en problematizar, en reflexionar en cuanto al porque se establecen estos tipos de vínculos; y de esta manera no repetir la situación. No nos olvidemos de lo que veíamos anteriormente, la violencia se tiende a naturalizar, pasando a ser parte de la vida cotidiana y si no cuestionamos estas formas de relacionamiento tendemos a reproducirla, a enseñar a las próximas generaciones esta vía como forma de resolver las diferencias.

Cap. IV "Aproximación Institucional"

MARCO LEGAL.

En este capítulo se analizará cómo el sector salud toma el problema social de la violencia doméstica, el cual no es reciente. La primera incorporación legal del delito de violencia doméstica es al Código Penal, Ley Nº 16.707 (Ley de Seguridad Ciudadana) en el artículo 18 y 321 bis en el año 1995. A raíz de esta incorporación se comienza a trabajar arduamente en esta temática a nivel legislativo tratándose por primera vez a las situaciones de abuso y maltrato en el hogar como un delito de índole penal. Lo cual genera una coyuntura que permite trascender el ámbito privado, ubicándose como un problema público. Cabe destacar que en la practica dicho artículo no era aplicado por los jueces penales, pasando este tipo de situaciones a la orbita de los Juzgados de Familia.

Como veíamos anteriormente los líderes políticos, movimientos sociales han ido adquiriendo mayor protagonismo y organización generando de esta manera presión hacia un mayor protagonismo estatal. Es importante reconocer el complejo tratamiento de los movimientos feministas en esta materia. "**El tema de la violencia doméstica en CASMU lo iniciamos más o menos en el 2004 y fue a consecuencia del gremio**"[27]. Los logros obtenidos son resultados de las diversas luchas que los mismos han reivindicado en procura de la igualdad de género, contribuyendo a la visibilidad y desnaturalización de este problema social.

Posteriormente con la aprobación de la Ley N° 17.514 en el 2002 se genera un salto importante en el abordaje de la violencia doméstica en nuestro país; ya que obliga al Estado a tomar medidas para *"...***prevenir, sancionar y erradicar este grave problema social**...[28]" y a su vez lo reconoce como "violación a los derechos humanos de quienes lo sufren".

En dicha Ley se establecen las facultades y alcances de la actuación judicial, también faculta a terceros a denunciar situaciones de violencia doméstica. Se hacen explicitas las "Medidas de Protección" hacia las personas que viven en situaciones de violencia posibilitando el ejercicio de sus derechos, protegiendo fundamentalmente

---

[27] Entrevista con Equipo de Atención a la Violencia Doméstica del CASMU. Ver anexo.
[28] Ley 17.514. Aprobada por la cámara de senadores 2002.

"...la vida, integridad física o emocional, la libertad y seguridad personal de la víctima, la asistencia económica e integridad patrimonial de la familia"[29].

En el año 2003 se sanciona la Ley que autoriza al Poder Judicial a la creación de Instituciones destinadas específicamente a la atención con personal capacitado, lo que luego fueron llamados Juzgados Letrados de Familia con Especialización en Violencia Doméstica. En el 2004 en Montevideo comienzan su efectivo funcionamiento. En materia de seguridad ciudadana, se elabora y se le brinda a las seccionales policiales, una "Guía de procedimiento policial" elaborada en el 2008 (Cabrera, 2004).

En el capítulo siete de la ley 17.514 se crea el Consejo Nacional Consultivo Honorario dependiente del Ministerio de Educación y Cultura, integrado por representantes de diversos organismos del Estado y la sociedad civil, el Instituto Nacional de la Familia y de la Mujer (actual Instituto Nacional de las Mujeres), Ministerio del Interior, Ministerio de Salud Pública, Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay, Poder Judicial, Administración Nacional de Educación Pública, Congreso Nacional de Intendentes, Asociación Nacional de Organizaciones no Gubernamentales. Es este Consejo quien elabora el Primer Plan de Lucha contra la Violencia Doméstica (Cabrera, 2004).

Es importante resaltar que la incorporación de la violencia doméstica como asunto a ser abordado desde el sector salud es un logro que data de 15 años hacia atrás, donde los organismos internacionales y los Estados han generado su incorporación progresiva. Esto en el entendido de que **"el rol del sector salud es relevante en todas las etapas de este proceso, articulando acciones con otros actores sociales"** (Romano y Goñi, 2009:).

[29] Ley 17.514. Aprobada por la cámara de senadores 2002. Artículo 10.

DESDE EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

La Dirección General de la Salud dependiente del MSP, publica en el 2005 un documento de trabajo con propuestas para los equipos de salud, el cual se llama "*Pautas de Procedimiento para la Asistencia de Mujeres en Situación de Violencia Doméstica en el Primer nivel de Atención en Salud*". Contó con recomendaciones de organismos internacionales y evidencia científica.

Para el 2006 se publica otra guía llamada "*Abordaje a Situaciones de Violencia Doméstica hacia la mujer - Guía de Procedimientos para el Primer Nivel de Atención en Salud*". Esta, protocolizo el accionar de los equipos de referencia orientando la intervención de los mismos así como se estableció en el decreto 494/2006. De esta manera se le brindan a diversos sectores de la sociedad civil herramientas para afrontar este problema social. Entre estas instituciones se encuentra el sector salud. A quien el Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica faculta para **"...prestar atención y asistencia a las usuarias afiliadas o pacientes del sexo femenino que se encuentren en situación de Violencia Doméstica"**[30]. Por entender que se puede contar con ellas como un instrumento de integración y autonomía de la mujer apuntando a un proyecto de vida caracterizado por vínculos saludables.

El Ministerio de Salud Pública en su decreto 494/2006 establece mecanismos de intervención, creación de equipos referentes, así como también la asistencia a las usuarias mediante la Guía de Procedimiento del 2006 ya nombrada. A su vez dispone en su artículo 3 "**En todos aquellos casos que a través de la asistencia o atención médica, las Instituciones, Servicios de Salud, o los profesionales intervinientes tomen conocimiento de un hecho de Violencia Doméstica, deberán dar cuenta al Juez competente en la materia**"[31]. Es importante resaltar que dicho artículo es anulado junto a otras modificaciones en el decreto 299/2009[32] para generar una mayor eficacia en la ejecución del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica. Estas modificaciones se debieron a que la obligatoriedad repercutía directamente en la relación medico – paciente y en el entendido de que la

[30] Decreto del Poder Ejecutivo No 190/004 de junio de 2004, y Decreto 494/2006. Art 1.

[31] Decreto 494/2006. Articulo N°3

[32] Decreto 299/2009

denuncia es una herramienta más dentro del proceso de atención, pero no una solución en sí misma. Por este motivo se respeta el derecho de decisión de la mujer de denunciar o no el hecho, pero en el caso que se considere necesario el personal de salud esta habilitado a hacer la comunicación judicial pertinente.

Lo importante aquí es que cuando se toma conocimiento por parte de una Institución de salud de un hecho de violencia, "**es responsable de dar una primera respuesta que incluye contención, valoración y orientación**" (Romano y Goñi, 2009:23) y se le brinda la posibilidad a la mujer de concurrir a un equipo técnico para abordar el problema.

El Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica en las competencias derivadas al sector salud hace especial hincapié en la necesidad de formación y capacitación del personal; organización a la interna de cada Institución para una atención integral y protocolización de respuestas frente a situaciones de riesgo. Donde los equipos de trabajo deben estar integrados en red con otros e incluso con diversos servicios de la comunidad.

En el 2005 se inicia la reforma de la salud, con el financiamiento de un Fondo Nacional de Salud (FONASA), e instrumenta políticas en el sector contemplando los compromisos asumidos en el Plan. Desde el Estado parece estar todo encaminado para que se aborde este tema como un problema de salud pública, entendiéndolo como un problema de Derechos Humanos, con el énfasis en el bienestar de la población.

En el año 2009 se crea el Observatorio de Violencia y Salud, dependiente del MSP, con el apoyo del la Organización Panamericana de la Salud y del Fondo de Población de Naciones Unidas. Las actividades estuvieron determinadas por el monitoreo de las Instituciones de salud, evaluando el acatamiento de las normativas por parte de las mismas. Hablamos del monitoreo de indicadores y la realización de la pesquisa sobre violencia doméstica, brindando información cuantitativa y cualitativa sobre las políticas sanitarias de atención. El objetivo es que este conocimiento mejore las respuestas institucionales, como "**las acciones dirigidas a combatir la violencia hacia las mujeres en los diversos ámbitos en que la misma se manifiesta**" (Romano y Goñi, 2009:13).

A continuación veremos si estas propuestas ministeriales son abordadas así como se plantean, cual es el impacto en la población objetivo, que es lo que dicen los actores involucrados. Se tratara de hacer dialogar estas propuestas explicitadas anteriormente con una usuaria de servicios de salud, con un equipo referente de violencia doméstica y con un médico de familia. De esta manera poder contribuir al análisis teórico con los hechos, generando así un producto enriquecido por las experiencias de quienes se encuentran involucrados en estos procesos de intervención.

ANÁLISIS TEÓRICO – EMPÍRICO.

Como veíamos anteriormente los Equipos de Atención a la Violencia Doméstica deben constituirse como referentes para las mujeres que se atienden en las Instituciones de salud e incluso deben capacitar a los funcionarios de las mismas como agentes de derechos humanos. En entrevista con la médica de la institución de salud refiere "**Por supuesto que sí, es fundamental! todo lo que sea formación, cómo para manejar la situación es mucho mejor. Además que te actualice en cuanto otros nuevos estudios"**[33]**.** Todas las actividades deben estar abocadas a la sensibilización en esta materia y atención de las personas detectadas que viven bajo este tipo de vínculos**.** En este sentido deberíamos reflexionar en torno a los conceptos de capacitación, formación, y/o sensibilización. Ya que en entrevista con la usuaria ella encuentra al personal que la atiende como formado en este tema por **"...la información que me brindo para seguir en el tema. Sabía que había un Equipo que trabajaba en esto y me quería hacer la derivación..."**[34]

¿Será que se entiende por sensibilización el estar informado de la existencia o no de un equipo? ¿Es contar con otro lugar para hacer una receta de derivación? La línea analítica debe ir por otra vía, reflexionar en que a la hora de atender a una paciente que logra romper con el silencio, hacer traspasar el problema que vive en su mundo privado del hogar a un ámbito entendido como público, se sienta escuchada, respaldada por un profesional que no sólo haga una derivación sino que sepa como ayudarla, interpretando que esto que acaba de manifestar su paciente no es un

[33] Ver anexo 10. Entrevista con el referente médico de familia.
[34] Ver anexo 8. Entrevista con la usuaria.

trámite **"...Sentí que lo hizo como un trámite y es un tema muy delicado. Y no se toma con la seriedad que se debería tener**". A medida que se profundiza o se rompe con el discurso de la usuaria vemos como ella misma logra poner en palabras las sensaciones que experimento en el momento de hablarlo con su médico tratante "**Con el medico me sentí mal, con vergüenza. La verdad no me gusto**"

Todos estos aspectos atentan contra la calidad de la atención en salud de las mujeres que sobreviven a las agresiones físicas, psicológicas y sexuales. Cuando se dan este tipo de situaciones vemos como afectan al "completo estado de bienestar biológico, psicológico y social", y de esta manera estamos ante un problema de salud. Por lo tanto compete al personal de salud capacitarse y sensibilizarse convirtiéndose en agentes de salud capaces de trabajar este problema social. "**Siempre que hacemos una formación, a los poquitos días tenemos anotadas en la agenda a gente que escucho, vio o estuvo, o... bueno aprendió a derivar, o aprendió a observar situaciones de violencia**" La correcta observación, logrando establecer un buen nexo con la usuaria y posterior derivación contribuye a su captación.

Si bien las políticas ministeriales hablan de un equipo de referencia donde luego se derive a la usuaria "**dentro del protocolo te dice que la tenemos que derivar**"[35], es necesario brindarle atención, armarla para luego pueda sostener nuevos proyectos "**trabajar el tema de los procesos, las situaciones que las personas viven que no se sale de un día para el otro**[36]"

La salud, como veíamos anteriormente es un Derecho y su no cumplimiento es una vulneración a los DDHH. Todos nosotros como ciudadanos que somos, debemos velar por ellos. Nuestro accionar debe orientarse hacia el respeto a la vida, al goce de la salud. "**Es una realidad la que estamos viviendo porque toda la sociedad está sufriendo, por uno o por otro lado violencia**"[37] Incorporar el abordaje de la violencia doméstica en la salud apunta a incorporar una perspectiva no sólo de género, sino de DDHH en la consulta, una perspectiva que refleja la realidad que estamos viviendo.

La violencia no siempre es identificada correctamente ya que se naturaliza, y más cuando hablamos de violencia psicológica. "**Los estudios demuestran que no**

---

[35] Ver anexo 9. Entrevista con EAVD.
[36] Ver anexo 9. Entrevista con EAVD.
[37] Ver anexo 10. Entrevista con médico de familia.

es práctica habitual de los técnicos la investigación de maltrato"[38]. Realizar el cuestionario impulsado por el MSP, donde se explicitan ciertas "formas de relacionamiento" puede ayudar a romper con el discurso de las usuarias; pero para esto se necesitan profesionales capacitados pero básicamente comprometidos **"...hay que tener formación, hay que ser sensible a ese tema (...) no es sólo un tema de completar y completar, es un tema sensible es un tema que hay que saber hacerlo"**[39]

La violencia es un fenómeno complejo que requiere de todos para combatirlo, profundizar el estudio, en su abordaje y en especial el de la violencia doméstica, siendo la familia el primer agente socializador. "**La violencia no es un problema abstracto, ni singular es una cuestión compleja que demanda múltiples entradas para poder erradicarla, pero por sobre todo demanda un cambio cultural**" (Alsina, 2009:8). Un cambio cultural donde se incorpore la perspectiva de DDHH, es apuntar al empoderamiento de las mujeres que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, de desigualdad y por lo tanto impidiendo el desarrollo de su ciudadanía plena.

Las jornadas de capacitación y sensibilización del personal de salud se encuentran contempladas dentro del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica. De esta manera vemos como el MSP las ubica dentro de las obligaciones de las instituciones de salud, donde las mismas deben ser brindarlas a personal médico y no médico **"la formación se respeta, se le exige, a nosotros se nos da horas, a todo el personal se le da horas para que vaya a las jornadas"**[40].

Sabemos que estas jornadas son llevadas a cabo, por los EAVD quienes están conformados por personal médico y técnico. Ellos son los que brindan estas instancias a los funcionarios en su totalidad. Pero existe (como veíamos anteriormente) desde los inicios de la medicina una cuestión casi generalizada de que el saber médico es incuestionable por la sociedad, por otros saberes. Esto lo vemos cuando se indaga sobre los cursos de formación hacia el personal **"se hacen separado. Incluso los médicos piden que la formación la hagan los médicos**

---

[38] Asistencia a mujeres en situación de violencia doméstica. Pautas de orientación para operadores en el primer nivel de atención de salud. Documento de trabajo. Instituto Nacional de las Mujeres del MIDES, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del MSP. Uruguay, 2005:17.

[39] Ver anexo 9. Entrevista con EAVD

[40] Ver anexo 9. Entrevista con EAVD.

integrantes del equipo"[41], dándose lo que veíamos anteriormente en Barran, donde "*solo un médico puede cuestionar a otro médico*".

La aplicación de los formularios de pesquisa de violencia doméstica, otra de las obligaciones ministeriales, va de la mano con la capacitación que veníamos hablando "**yo considero que tengo que tener buena formación para poder indagar"[42].** Estamos ante un problema complejo y difícil a la hora de detectarlo por su invisibilidad. Por esta razón es que se entiende prioritario el generar espacios de intercambio de saberes de las diversas disciplinas que son parte de los equipos de salud. El sector salud es un lugar clave, donde se está en contacto directo con las consecuencias de la violencia.

Parece existir un compromiso de las autoridades estatales que es asumido por las instituciones médicas; entonces habría que reflexionar en torno al compromiso individual de cada uno de los actores en tanto a su instrumentación "**enfermería siempre a las formaciones va, siempre ha ido y las veces que nos toca a nosotros exponer vamos a decir no se de... 40 personas, 30 son de enfermería**"[43].

El nuevo SNIS apunta a un cambio en el modelo de atención entre otros, con una política de detección de los indicadores de riesgo de enfermedad. Enfatizando desde el MSP que las instituciones de salud, tanto publicas como privadas, brinden asistencia a las mujeres que viven situaciones de violencia. Desde el poder estatal se articulan estrategias de intervención "**me parecen impecables, son políticas que tratan de adoptar que la población tiene que estar controlada, tiene que estar atendida y de prevenir ciertas afecciones"[44],** pero como veíamos anteriormente lo importante en relación al poder esta en la conducta de las personas en torno al mismo, en como se desenvuelven esas relaciones, y por lo tanto estamos nuevamente ante el compromiso individual de los agentes a la hora de su intervención.

---

41 Ver anexo 9. Entrevista con EAVD.
42 Ver anexo 9. Entrevista con EAVD.
43 Ver anexo 9. Entrevista con EAVD.
44 Ver anexo 10. Entrevista con medico de familia.

Cap. V Aproximación analítica. *"Entre lo dicho y lo hecho"*

MASCULINIZACIÓN DE LA PROFESIÓN MÉDICA

Como veíamos en capítulos anteriores la clase médica adquirió conciencia de la necesidad de su saber y salió a la conquista de su poder. En "**el siglo XIX el poder de curar científico era masculino**" (Barran, 1992:33), en la actualidad parece seguir en la misma línea. La profesión médica, en el Renacimiento "**entendía que solo podía haber un sexo**" (Laqueur, 1994:234) reproduciendo de esta manera una estructura de cuerpo humano discriminatoria frente al de la mujer, había una "**propensión a ver el cuerpo femenino como una versión del masculino**" (Laqueur, 1994:170)

En el sector salud contemporáneo, existe un alto porcentaje de mano de obra que es en su gran mayoría femenina, para el 2005 llego a niveles de 76,5 % (Aguirre, Bonino, Espino, Sapriza, 2006:13). Pero dentro de este porcentaje se visualiza una diferenciación de tareas según el sexo. Una gran mayoría de las mismas se remitían a tareas de asistencia y servicios representando de esta manera a los estereotipos culturales tradicionales esperados para el rol femenino. Un rol que puertas adentro de su hogar, las mujeres lo ejercen realizando tareas similares pero sin remuneración. De aquí que pensamos en la desvalorización de la mujer en el sector salud.

Los puestos de dirección, o toma de decisiones, con personal calificado están reservados para los hombres, su amplia mayoría son médicos. Las mujeres por lo general son enfermeras, personal de servicio y administrativas. "**La diferencia de hombres y mujeres al pasar por el tamiz de la construcción de género, organiza el mundo de manera jerárquica, en la cual todos y todas reproducimos de manera inconsciente**[45]" De esta división de tareas se distinguen los diferentes niveles educativos. Los sectores con profesiones universitarios o profesionales técnicos son espacios cautivados por hombres, en su gran mayoría médicos. En el caso del Hospital de Clínicas los cargos docentes se ven diferenciados por los grados, donde los grados 3, 4 y 5 son predominantemente hombres y los grados 1 y 2 son mujeres (Aguirre, et. al. 2006:14).

---

[45] Op. Cit 25, 2009: 23.

Como veíamos anteriormente, el poder está presente en todas las relaciones de sociales; y las relaciones de género no son la excepción. Donde a su vez reproducimos las desigualdades de género de manera casi cotidiana, de una forma natural ya que se encuentran internalizadas. Es por esto que hay que apostar a una problematización desde diversos sectores de la sociedad, rompiendo lo ya establecido en el imaginario colectivo, donde se sustenta la organización de la vida social.

En palabras de Foucault vemos que "**en las relaciones de poder la sexualidad no es el elemento más sordo, sino, más bien, uno de los que están dotados de la mayor instrumentalidad**" (Foucault, 1998:62) no es reciente que exista discriminación en el ámbito laboral pero es necesario tener presente que este tipo de vulneración atenta contra los Derechos Humanos y contra la ciudadanía. La incorporación de mujeres en la orbita laboral es trabajar en pro de la disminución de la pobreza, por este motivo es que decimos que es invertir en el desarrollo del país que queremos.

SUMERGIDA EN OTRA RELACIÓN DE PODER.

¿De que se trata estar sumergida en otra relación de poder? Lo que pretendemos ver aquí es como puede, una profesión históricamente considerada como clase hegemónica, revestida con un poder derivado de su saber y legitimado por la sociedad en su conjunto, intervenir en una relación donde hay un uso desigual del poder. Una profesión que desde sus inicios es mayoritariamente masculina, ¿puede abordar la violencia ejercida por un hombre hacia una mujer?

¿De aquí será que existan tantas objeciones para poder trabajar este problema social en el consultorio, con sus pacientes, como parte del proceso diagnóstico? "**En el medio de la consulta me dice que me tiene que hacer unas preguntas de violencia ya que era una obligación del Ministerio de Salud Pública y me las hizo, así sin más...**"[46] Actuando por mandato ministerial sin reflexionar en torno a la herramienta que poseen para luchar en torno a la erradicación de la violencia

[46] Ver anexo 8. Entrevista con la usuaria.

doméstica. Visualizando que este tipo de abordaje limita o anula la posibilidad de la usuaria de manifestar lo que esta viviendo en su hogar "**Casi no tuve ganas de contarle**"[47]

Recordemos que el saber médico se presenta desde sus orígenes como un saber incuestionable desde otras disciplinas "**me preguntó si quería que anotara mis respuestas en la historia o no**" (recordemos que el médico que entrevisto a la usuaria es amigo de su marido – también médico) Hacer una derivación implicaba no solo abrir las puertas de la casa de la usuaria, sino, hacer participe a otras disciplinas de lo sucedido con otro médico.

Parece que la sensibilización sobre el tema debe estar en la herramienta que poseen, reflexionando sobre lo positivo que puede ser tener esta información para el diagnóstico de ciertas patologías que no encontraban su origen en lo orgánico, sino que se encuentra en el entorno de la paciente.

"**Lo que más me gusto fue la posibilidad de tener la consulta con un equipo especializado**"[48] Se enfatiza en lo positivo que resulta que las mujeres que sobreviven día a día a situaciones de violencia doméstica cuenten con un espacio para problematizar los vínculos establecidos en la interna de su hogar.

"**creo que la gente consulta cada vez más... y por eso esta bueno tener cada vez más recursos**"[49] desde diversos sectores se esta trabajando esta temática y si bien las cifras siguen siendo elevadas es de destacar que son inferiores a las del año pasado (del 1° de enero al 26 de mayo del 2011, 8 fueron las mujeres asesinadas por violencia doméstica)[50] Evidentemente abrir las espacios privados y sensibilizar a la sociedad ayuda a la disminución con vista a la erradicación de este problema social.

---

47 Ver anexo 8. Entrevista con la usuaria.
48 Ver anexo 8. Entrevista con la usuaria.
49 Ver anexo 8. Entrevista con la usuaria.
50 Publicación del diario La República del día viernes, 27 de mayo de 2011 - AÑO 12 - Nro.56673.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LA SALUD.

Como hemos visto, cuando hablamos de violencia doméstica no estamos hablando de un único episodio ya que no termina cuando acaba el acto concreto. Las consecuencias y secuelas se propagan en el tiempo, pasando a formar parte de un proceso patológico dentro de la vida de las personas atentando contra su salud. "**La violencia afecta de manera grave la salud... erosiona el tejido social, limita el desarrollo y profundiza las inequidades, constituyendo un problema de salud pública**" (Romano y Goñi, 2009:8)

No sólo daña su integridad corporal llegando a producir la muerte en algunas ocasiones, sino que también puede generar secuelas que limiten su funcionamiento personal (incapacidad, invalidez) y/o generar un desequilibrio emocional (depresión, baja autoestima, fobias) (Berro, 2003). Al visualizar estos impactos en la salud de las personas es que decimos que las consecuencias de la violencia doméstica denotan enfermedad tanto a nivel físico como emocional.

A nivel de la salud sexual y reproductiva afecta en embarazos no deseados (imposición del no uso de métodos anticonceptivos) "**incluso llega a manifestar no haber deseado ni el primer ni este último embarazo... él solo quería mantener relaciones sexuales cuando ella estaba ovulando**"[51] Desde este punto de vista vemos como la violencia sexual dentro del matrimonio sigue siendo invisibilidada, escasa o nula conciencia de que estos hechos ocurren y son más frecuentes de lo que pensamos. Aumento de patologías en el embarazo, partos prematuros y abortos provocados por agresiones durante la gestación. Así como también aumento del embarazo adolescente.

[51] Ver anexo 8. Entrevista con la usuaria.

Otra de las consecuencias que se observa en los servicios de salud es el bajo peso de niños al nacer. Esto produce desnutrición crónica, lo que tiene como secuelas internaciones prolongadas, aumento de la morbilidad y mortalidad infantil.

A nivel de los adultos vemos la exposición a enfermedades de transmisión sexual (VIH – SIDA, marcadores de hepatitis B y C, HPV, VDRL, etc) ya que se alude a la promiscuidad de sus parejas y a la negativa del uso de preservativos. Mayor frecuencia de problemas menstruales e infecciones urinarias. También tiene resultados en el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol, cigarrillos, mala alimentación, abuso en el consumo de tranquilizantes prescriptos, incluso sedentarismo. Se visualizan consecuencias negativas en otros miembros de la familia que si bien no son violentados directamente sufren las mismas consecuencias al ser espectadores de la misma. [52]

"**Los efectos de la violencia doméstica son devastadores para las víctimas, generando altos niveles de aislamiento social. La violencia afecta el desarrollo y ejercicio de habilidades, disminuye la autoafirmación, la iniciativa y la capacidad de propuesta**" (Alsina 2009:9). También se ven sus consecuencias a nivel de la salud mental.

En ese sentido vemos la existencia de baja autoestima, angustia, ansiedad generalizada, depresión, trastornos en el sueño y por estrés postraumático. Hay un agravamiento de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes o problemas gastrointestinales por exposición a situaciones de estrés y a la falta de cuidado en su salud. El suicidio en las personas que tienen este problema es cinco veces mayor como también en los intentos de autoeliminación[53].

---

[52] "*Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer*" Guía de procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud de la Mujer y Género. Uruguay; mayo, 2007.

[53] Asistencia a mujeres en situación de violencia doméstica. Pautas de orientación para operadores en el primer nivel de atención de salud. Documento de trabajo. Instituto Nacional de las Mujeres del MIDES, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del MSP. Uruguay, 2005.

Los servicios de emergencia es donde se detecta más fácilmente los casos de violencia ya que allí concurren para atender las consecuencias directas de la violencia doméstica, hablamos de las agresiones recibidas. Es por esta razón que entendemos que hay que generar un diagnóstico, una anamnesis registrada en una "**historia clínica completa, con exploración o examen físico total"** (Berro, 2003:6) contemplando lo social como parte de la misma. Apostando que cuando sea valorada por otro profesional, tenga en cuenta estos aspectos y a su vez no pasemos a revictimizar a la paciente. La violencia doméstica tiene un aliado que hace que no se puedan medir sus consecuencias y ese es el silencio.

Por este motivo es que cuando se sospecha o se está ante una persona que vive bajo situaciones de violencia, se debe intervenir y de esa manera contribuir a un proyecto de vida saludable, conociendo sus derechos y los recursos que tiene para garantizarlos. A su vez, evaluar las consecuencias y brindar asistencia a los testigos de la violencia "**alrededor de 40 millones de niños son objetos cada año de malos tratos y de desatención**[54]" Aun en ausencia de enfermedad, lo que predomina es el "**deterioro de la calidad de vida, disminución de logros personales pérdida de autonomía y dificultad para el desarrollo personal**"[55].

[54] Op. Cit. 53. 2005:10.
[55] Op. Cit. 53. 2005:12.

A modo de cierre.

La medicina cuenta con una posición dominante en nuestra sociedad ¿pero no sería una buena estrategia considerarla dentro de una totalidad? ¿Buscando el diálogo de diversas disciplinas que ayuden a abordar el problema real que se presenta? ¿O en áreas que no son de dominio exclusivo de ninguna disciplina, sino que es un problema que todos y todas? debemos estar preparados para responder, trabajar, problematizar, sensibilizándonos y más si trabajamos en la promoción de la salud. Una medicina más democrática. Entender colectivamente que es salud y que es enfermedad nos llevara al objetivo prioritario, el bienestar. Sea por una política de prevención, rehabilitación o curación tanto física como psíquicamente, sin dejar de lado a ninguna disciplina que pueda colaborar en la resolución de enfermedades – problemas sociales.

Hablar de prevención es hablar de cambio de conductas por otras saludables. Pensemos en los otros cambios propulsados últimamente por el MSP, la necesidad de médicos de referencia. Este tipo de médicos, antes llamados médicos de cabecera o de familia intervenían no sólo en asuntos de la medicina sino que conocían mucho *de la conflictiva familiar. En la consulta el médico tiene la* **"... función instrumental de asistencia pero también una función latente de tipo simbólico que los enmarca en un modelo parental en el cual el médico ocupa el lugar de padre, revistiendo la autoridad correspondiente**" (Romero S, 2002:136).

Los avances científicos y tecnológicos en materia de salud han generado progresos importantes en lo que se refiere a diagnósticos y eventuales tratamientos, pero a la hora de pensar en problemas vinculares como el de la violencia doméstica vemos que su accionar no supone grandes avances. ¿Es falta de capacitación en este tema? ¿Es negligencia médica? ¿Es no problematizarlo como una cuestión de salud pública? Parece ser un aspecto que no se debe dejar de trabajar, de capacitar y sensibilizar al personal. Porque como hemos visto la salud cuenta con un espacio de "*intervención en el cuerpo y en el alma*" de la paciente inabordable desde otras disciplinas.

Hablamos de violencia doméstica, hablamos de clase médica, entonces hablamos de relaciones de poder. ¿Sería sustituir una forma de dominio por otra? Esta interrogante es la que hace a la autora pensar en la necesidad de cambiar los discursos. Parece que estamos frente a la necesidad de repensar el conocimiento, el quehacer de esta disciplina que se sitúa en un paradigma dominante presentándose aun hoy, muy difícil de cuestionar en cuanto a su forma de intervención. Pero las sociedades cambian, están en continuo movimiento para poder abordarla es necesario repensar, cuestionar, generando nuevas y/o mejores estrategias de intervención.

De esta manera se impone la necesidad de cambios, la necesidad de un nuevo abordaje, capaz de contemplar de forma integral al individuo. Hablamos de un nuevo abordaje en cuanto a que se debe romper con el ya instituido, comenzando por entender la complejidad del ser humano. Romper con el discurso *hegemónico aspirando a un "nuevo orden" permeado de diversas disciplinas* trabajando en la construcción de una sola en la cual se contemple la integralidad de la persona desde enfoques interdisciplinarios.

Todos estos mecanismos impulsados por el MSP en materia de violencia doméstica impresionan un gran avance, quedan en el debe seguir aunando esfuerzos. El hecho de que exista una red de violencia y que ésta llame a reuniones mensuales, habla de un compromiso muy importante, entonces aprovechemos ese espacio, discutamos las formas de intervención de las diferentes instituciones hacia una protocolización de la misma. Ya están las herramientas puestas en movimiento, ya existe espacios para la sensibilización sobre el tema, parece necesario trabajar en como hacer para utilizar estas herramientas en pro de las pacientes. Entender que esto debe ser un compromiso asumido por todos y todas no dejando de lado nada de lo ya propuesto, seguir sumando en esta problematización, avanzando día a día, comprometiéndonos todos en esta lucha contra la violencia doméstica.

Se deja como sugerencia que sea incorporado el tema de la violencia doméstica en las diversas formaciones de profesionales vinculados al campo de la salud. Pasando a ser parte de las currículas de las carreras con el énfasis en la promoción de agentes de salud.

En cuanto a la intervención llevada adelante por parte del sector salud es importante priorizar el trabajo enfocándose en establecer protocolos de atención. Los mismos favorecerán al trabajo, efectivizando el abordaje. Se muestra con un carácter urgente la necesidad de generar coordinaciones entre las distintas disciplinas, haciéndolas dialogar, generando devoluciones que ayuden a una atención integral así como se encuentra plasmada en el objetivo del nuevo sistema de salud.

Desde el Estado se visualizan líneas de acción que hacen hincapié en la prevención, en la atención primaria. Pero parece necesario que se internalicen estas "metas" propuestas por el MSP, concibiendo a las mismas como verdaderas herramientas y no números en estadísticas a los cuales se debe llegar para generar los porcentajes establecidos, sino estaremos ante la mercantilización de la salud.

En este trabajo se ha tratado de recorrer asuntos que se entienden como centrales de una globalidad muy extensa. A su vez, basándome en que el conocimiento no es acabado, considero que del mismo se podrían generar otros procesos investigativos más específicos, profundizando algunos aspectos trabajados y generando otras líneas de análisis. Ya que el aporte del mismo no solo contribuye a una reflexión de nuestra profesión sino que se visualizará el impacto, en todas aquellas disciplinas que trabajen en torno a la salud como también a la sociedad civil organizada que interviene en el problema de la violencia doméstica. El hecho de que nos enfrentemos ante un problema complejo y de larga data, no debe generar pasividad, sino que debe ser cuestionada y abordada por todos los campos, admitiendo que podemos transformar esta realidad compleja.

Bibliografía referenciada.

- Aguirre, R; Bonino, M; Espino, A; Sapriza, G. "*Diagnóstico de situación sobre género y salud en Uruguay*" Documento elaborado para el Programa Mujer y Género del MSP con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Uruguay. 2006.
- Alsina, Andrés: "*Silencio, Violencia Doméstica? (un caso)*" UNIFEM. Uruguay, marzo, 2009.
- Ander Egg, Ezequiel; "*Diccionario de Trabajo social*". Ed. Lumen. Argentina, 1995.
- Andrenacci, L; Repetto, F; *"Universalismo, Ciudadanía y Estado en la Política Social latinoamericana*" Mimeo. INDES. Washington DC, 2006.
- Barran, J. P; "*Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya*" En: La medicalización de la sociedad. AAVV. Ed. Nordam Comunidad. Uruguay, 2002.
- Barran, J. P; "*Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar*" Ed. De la Banda Oriental. Uruguay, 1992.
- Bayce, Rafael; "*El devenir histórico del poder y prestigio sociales del médico*" En: La medicalización de la sociedad. AAVV. Ed.Nordam Comunidad. Uruguay, 2002:221.
- Berro Rovira, Guido; "*Violencia Familiar, Visión desde la Medicina Legal Práctica de la Ley 17.514*" Montevideo, junio, 2003
- Bourdieu, Pierre; "*El sentido práctico*" Ed. Taurus Humanidades. España. 1992.
- Bourdieu, P. en Ansart, P; "*Les sociologies contemporaines*" Paris Ed. Du Seuil, 1990. En Romero Gorski, Sonia; *"Transformaciones en el campo de la salud en el Uruguay: ¿una revolución cultural?"* En: La medicalización de la sociedad. AAVV. Ed. Nordam Comunidad. Uruguay, 2002
- Bourdieu, Pierre; "*La Miseria del Mundo*", Capitulo: Comprender. Fondo de cultura económica. Argentina, 1999.

- Cabrera, Adriana; "*Violencia doméstica Ya no*" en Cuadernos de compañero: los sospechosos de siempre. Ed. Partido por la Victoria del Pueblo Nº2. Uruguay, diciembre 2004.

- Cagigas Arriazu, Ana D. "*El patriarcado como origen de la violencia doméstica*". En: Revista Monte Buciero Nº 5, Ayuntamiento de Santoña, España, 2000.

- Castel, Robert; "*La inseguridad social ¿Qué es estar protegido?*" Ed. Manantial. Buenos Aires, 2004.
- De Martino, M. "*Una breve aproximación a la producción de conocimientos y procedimientos metodológicos*". Revista de trabajo Social Nº 17. EPPAL. Uruguay, 1999.
- Delgado, J. M; Gutiérrez, J; *"Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales"*. Ed Síntesis S. A. España. 1998.
- Femenías, Mº Luisa; "*Elementos conceptuales para una cartografía de la violencia de género*" UDELAR Montevideo, 2006.

- Fernández, Alicia; "*Agresividad y Violencia*". En Agresividad, Violencia y Límites. Temas de la agenda escolar contemporánea. Compilación Ed. Fondo que Educa – FUM TEP. Uruguay, 1999.

- Foucault, M; "*La historia de la sexualidad I*" La voluntad del saber. Ed. Siglo veintiuno. Madrid, 1998.

- Foucault, Michael; "*Defender la sociedad*". Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A. Argentina, 2001.

- Foucault, Michael; "*La verdad y las formas jurídicas*" Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Brasil, 1978.

- Foucault, Michael; "*Microfísica del poder*". Edición y traducción Julia Varela y Fernando Álvarez – Uría. La Piqueta, 3ra Edición. Madrid, 1992.
- Fraser, Nancy; *¿de la redistribución al reconocimiento? Dilemas en torno a la justicia en una época "post socialista"*. Brasilia; Editora UNB, orig. Brasil, 1997.

- Fraser, Nancy; "*Redistribución y reconocimiento: hacia una visión integrada de justicia del género"*. En revista internacional de filosofía política. Madrid, 1996.

- Freire, Paulo. "*Pedagogia del oprimido*". Ed. Tierra Nueva. Montevideo, 1970.
- García Delgado, Daniel; "*Crisis de representación, nueva ciudadanía y fragmentación en la democracia Argentina*". En: "*Ciudadanía y Democracia en el Cono Sur*". Mallo, Susana (Comp). Ed. Trazas. Montevideo, 1996.
- Jelin, Elizabeth. "*La tensión entre el respeto a la privacidad y las responsabilidades del Estado. En: Género, familia y políticas sociales*". Ed. Trilce, Montevideo, 1997.
- Kosik; Karel: "*El mundo de la Pseudoconcreción y su destrucción*" In "Dialéctica de lo Concreto". Ed. Grijalbo. Méjico, 1969.
- Laqueur, Thomas; "*La construcción del sexo*" cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Ed. Cátedra. Universidad de Valencia. Instituto de la Mujer. Madrid, 1994.
- Levy – Strauss; "*Historia de la familia*" Tomo 1. Prologo. En Romero, Laura; "*Violencia familiar. Un abordaje desde la interdisciplinariedad*" Curso de perfeccionamiento multidisciplinario para egresados universitarios. Ministerio del Interior. P. seguridad ciudadana. UDELAR. Uruguay, 2001.
- Margolis, Efrain; Piazza de Silva, Nelly; "*Organización de la atención medica en el Uruguay*" Colección Sin Fronteras – 4. Ed. Nordam Comunidad. Montevideo, 1989.
- Martínez, Juliana; "*Regímenes de bienestar en América Latina*" documento de trabajo Nº 11. Ed. Fundación Carolina. Madrid, 2007.
- Marshall, TH; *"Ciudadanía y clase social*". Ed. Alianza. Madrid, 1997.
- Meza Tanata, Flor de Ma; "Aproximaciones *a la perspectiva de género y los Derechos Humanos"* en Género: Violencia y Equidad Participación y Exclusión. Curso para graduados Año 2004. Escuela de Posgrado. Facultad de Derecho UDELAR. Ed. Ideas. Uruguay, 2005.
- Midaglia, Carmen; "*Reforma del Estado: un análisis alternativo*" en Revista Fronteras, Nº1. Ed. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social. UDELAR. Uruguay, 1995.
- Mosca, Juan José; Pérez Aguirre, Luís; *"Derechos Humanos. Pauta para una educación liberadora*". Ed. Trilce. Montevideo, 1985.

- Pérez Baltodano, Andrés; "*Globalización, ciudadanía y política social en América Latina: tensiones y contradicciones*". Ed. Nueva Sociedad. Venezuela, 1997.

- Perrone, R; Nannini, M; "*Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*" Ed. Paidos. Bs As. 2000.

- Portillo, José: "*La medicina: el imperio de lo efímero*" en Medicalización de la sociedad. AAVV. Talleres gráficos de la comunidad del Sur. Montevideo, 2002.
- Romero Gorski, Sonia; *"Transformaciones en el campo de la salud en el Uruguay: ¿una revolución cultural?"* En: La medicalización de la sociedad. AAVV. Ed.Nordam Comunidad. Uruguay, 2002.
- Romero, Laura; "*Violencia familiar. Un abordaje desde la interdisciplinariedad*" Curso de perfeccionamiento multidisciplinario para egresados universitarios. Ministerio del Interior. Programa seguridad ciudadana. UDELAR. Uruguay, 2001.
- Shumacher, Martin: "*Medicalización de la sociedad*" Prólogo. Talleres gráficos de la comunidad del Sur. Montevideo, 2002.

- Supervielle, M.; Quiñones, M.; *"La instalación de la flexibilidad en Uruguay"*. Documento de trabajo N°45. Montevideo, Departamento de Sociología – FCS, UDELAR. Uruguay, 2000.
- Villar, Hugo; "*La Salud, una política de Estado" Hacia un Sistema Nacional de Salud*. Imprenta Grafinel. Montevideo, 2003.

- Weber, Max; "*Estructuras de poder*" Ed. De la Pleyade. Argentina, 1977.

- *Bibliografía documental y guías.*

- "*Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer*" Guía de procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud de la Mujer y Género. Uruguay; 2007.

- Asistencia a mujeres en situación de violencia doméstica. Pautas de orientación para operadores en el primer nivel de atención de salud.

Documento de trabajo. Instituto Nacional de las Mujeres del MIDES, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del MSP. Uruguay, 2005.

- Constitución de la Mundial de la Salud. Génova, 1946. Documentos Básicos, suplemento 2006.
- Decreto del Poder Ejecutivo No 190/004 de junio de 2004, y Decreto 494/2006. Art 1.
- Diccionario Pequeño Larousse Ilustrado. Bs As, 1971.
- Ley 17.514. Aprobada por la cámara de senadores 2002.
- *"Hay respuestas: Guía de recursos en violencia doméstica"* Inmujeres. Uruguay, 2009.
- Instituto Nacional de las Mujeres. *"No era un gran amor"*. Cuatro investigaciones sobre violencia doméstica. MIDES. Uruguay, 2009.
- Observatorio Violencia y Salud. Informe 2009. MSP, UNFPA y OPS. Coordinadoras Sandra Romano y María Goñi. Uruguay, 2009.
- Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica 2004 – 2010. Noviembre, 2003.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Decreto del Poder Ejecutivo No 299/2009.
- Decreto del Poder Ejecutivo No 494/2006.
- Decreto del Poder Ejecutivo No 190/004 de junio de 2004

- *Páginas web.*

- En Wikipedia, búsqueda: medicalización, diciembre 2010. http://es.wikipedia.org

- *Otras fuentes*

- Apuntes de la autora de: "curso de capacitación a funcionarios de la salud: *Aspectos Jurídicos de la violencia doméstica*" Presentado por el Dr. German Grimoldi. Uruguay; octubre, 2009.
- Curso de formación sindical de la Federación Uruguaya de la Salud, con la participación en mesa redonda del Director General de Secretaria del MSP Ec. Daniel Olesker. Local AEBU. Montevideo, 2007.
- Bentura, Celmira; Disertación para el titulo de Magister en Trabajo Social "*Trabajo Social en el Campo de la Salud. Un desafío académico*" UDELAR - FCS, Montevideo, 2006.
- Publicación del diario La República del día viernes, 27 de mayo de 2011 - AÑO 12 - Nro.56673.