

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

**Sistema de salud uruguayo contra la violencia
doméstica**

Patricia Dorrego

Tutor: María de los Ángeles Pérez Ferreiro

2013

“La violencia es un proceso y no un hecho aislado, es todo el conjunto de condiciones que lo hacen posible, de formas de manifestarse, de hechos en los cuales se concreta, de consecuencias directas o indirectas que implican tanto a los agentes como a las víctimas”
(G. Kunstmann)

Índice

INTRODUCCIÓN	2
MARCO METODOLÓGICO	6
<i>Objetivo General:</i>	8
<i>Objetivos Específicos:</i>	8
<i>Preguntas de Investigación</i>	8
CAPITULO I.....	9
VIOLENCIA DOMÉSTICA: UNA PROBLEMÁTICA QUE NO DESCANSA	9
I.1 HACIENDO UN POCO DE HISTORIA.....	14
CAPITULO II	20
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.....	20
¿CÓMO ENFRENTA LA PROBLEMÁTICA?	20
II.1 DECRETOS MINISTERIALES	21
II.2 METAS ASISTENCIALES	27
II.3 CAPACITACION: ATENCION CON CALIDAD Y COMPRENSION	30
II.4 AUTO EVALUACION: ENTRE LO DICHO Y LO HECHO	37
II.5 TRABAJO SOCIAL, SU ACCIONAR EN EL SECTOR Y LA PROBLEMÁTICA	40
III COMENTARIOS FINALES.....	46
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se enmarca en el proceso de culminación de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de la República (Plan de Estudios 1992). El mismo pretende poder presentar, desarrollar y analizar las políticas públicas implementadas desde el Ministerio de Salud Pública (MSP) contra la violencia doméstica.

Si bien se intentará responder a los objetivos e interrogantes planteados en esta monografía, no es de interés dar respuestas acabadas de una vez y para siempre, sino que la motivación para su realización es contribuir a la reflexión, al surgimiento de preguntas que permitan el abordaje y la profundización en la temática.

La elección del tema, surge a partir de la realización de la práctica pre profesional, la cual creó un interés específico sobre la temática, si bien ya existía un cuestionamiento particular, en ese momento se generaron mayores interrogantes que hicieron que se comenzara a trabajar en torno a ello, no sólo informándose individualmente en el tema, sino también formándose a nivel extra curricular. Esto último a su vez propició el objeto de estudio de la presente tesis, que aún no se encontraba delimitado, pero se hallaron en el trabajo con la problemática ciertos espacios vacíos que se consideran imprescindibles a la hora de querer ir contra la misma.

Por lo cual, el estudio se enmarca en el sector salud, se reconoce que el mismo posee un lugar que hasta el momento no había sido valorado a la hora de detectar tempranamente tales situaciones en la vida de la mujer que consulta al médico.

Para ello se consideran necesarios profesionales capacitados para reconocer las señales más sutiles de la violencia doméstica, registrar estos casos y responder adecuadamente a las necesidades de las usuarias.

Además del lugar que ocupan los profesionales de la salud a la hora de detectar tal problemática, se considera que el impacto de la violencia en la salud de mujeres y niñas es profundo y no se pueden desconocer sus efectos inmediatos y posteriores en el estado mental y físico de quienes se ven perjudicadas por tal situación. Por lo cual ambos hechos se plantean como esenciales a la hora de establecer y fundamentar la profundización de la temática en el sector.

En los últimos años, desde el MSP, se ha comenzado a esbozar la necesidad de considerar este problema como *“un tema de salud pública de primera prioridad”*

subrayándose, al mismo tiempo, la urgencia de dimensionarlo en toda su magnitud y desde la perspectiva de género, así como también desde una mirada interdisciplinaria. No se considera que el tema sea sólo de salud pública, sino que amerita a diversas áreas de trabajo (social, psicológico, judicial, educativo), tanto a nivel público como privado. *“Plantear el problema desde un enfoque de salud pública implica un hacer interdisciplinario basado en evidencias científicas. También supone la acción colectiva intersectorial y de la comunidad”* (Observatorio de Violencia Doméstica y Salud. 2009:8)

El actual sistema de salud uruguayo, se encuentra implementando determinadas políticas en cuanto al tema, por lo cual se pretende establecer la real adecuación entre tales proyectos o discursos y su verdadera puesta en práctica por los distintos profesionales que allí intervienen o deberían de intervenir.

Se parte desde la premisa que la salud es un derecho y como tal debería de ser respetada, promocionada y asegurada, y es allí en donde el sistema de salud debería de poder actuar de forma constante y preventiva ante circunstancias que violan tal derecho.

Loreley Calvo Carballo, plantea que la violencia doméstica constituye *“una ofensa a la dignidad inherente a toda persona humana. (...) La protección de los Derechos Humanos llega no sólo a los derechos políticos, económicos, sociales y culturales de todo ser humano con independencia a su edad, sexo, raza o religión, sino que atiende al respeto a la integridad y dignidad propias de cualquier ser humano”* (2001:65).

Es una problemática multicausal que evidencia una clara violación de los Derechos Humanos (DDHH) de las mujeres maltratadas, viéndose estas gravemente vulneradas en lo que a su salud mental y física respecta, entre los tantos derechos quebrantados ante esta situación problemática.

“Abordar la violencia doméstica como una violación de los DDHH, como una construcción socio-cultural, política, y como un problema de salud pública implica comenzar una nueva etapa del conocimiento sobre esta temática. La violencia doméstica debe descentrarse como cuestión individual, conyugal, privada, silenciosa, invisible y minoritaria”. (Rondán, J. 2008:13)

Se considera entonces que

“Los proveedores de servicios de salud pueden desempeñar una función esencial al detectar, enviar y atender a las mujeres que viven con violencia. Las mujeres que sufren maltrato a menudo recurren a los servicios de

salud, aún cuando no revelen el episodio de violencia. Si bien las mujeres tienden más que los hombres a buscar servicios de salud durante su vida, los estudios muestran que las mujeres víctimas de maltrato buscan aún más los servicios para dolencias relacionadas con el maltrato sufrido” (Mary Ellsberg; García-Moreno y otros.2003:7).

Realizada la presentación del trabajo y su fundamentación, se establece como objetivo general **Estudiar el sistema de salud uruguayo como ámbito de prevención y detección de violencia doméstica en las distintas consultas médicas de las usuarias del sector**, se detallan a continuación, en la siguiente sección, los objetivos específicos y las posibles preguntas guías de investigación que promueven y motivan el estudio.

El documento se encuentra planteado en dos capítulos. El primero contiene aspectos generales de la violencia doméstica en nuestro país, con datos presentados por el Ministerio del Interior, así como también, dentro de este primer capítulo, se realiza una breve reseña histórica del camino que ha recorrido el trabajo en la temática a nivel nacional e internacional. Se considera que esto último permite evaluar los avances y retrocesos y de alguna manera apreciar cómo se ha llegado al nivel de trabajo en este sector en particular. Es una forma de ver cómo y cuando el área de la salud llega a plantearlo como un tema de primera prioridad.

En el segundo capítulo, se encuentra lo que a las políticas desarrolladas por el MSP respecta. Tanto a nivel del discurso como de la realidad, se intenta analizar la implementación de las mismas, así como las insuficiencias encontradas en el proceso que se ha llevado a cabo.

Para culminar, en lo que al desarrollo se refiere, se establece la relación del Trabajo Social en el sector salud y su trabajo con la problemática en cuestión.

A partir de todo ello, se efectúan algunas conclusiones finales, intentando lograr un cierre al trabajo realizado.

Concluyendo, se halla la bibliografía consultada para el desarrollo del estudio, la que permitió no sólo profundizar la temática, sino también generar una mayor motivación, a medida que se involucraba cada vez más en el fenómeno que se estudiaba.

Cabe destacar en cuanto a la bibliografía, que en ella se evidencia la importancia que ha tomado la problemática en la sociedad en su conjunto, encontrando trabajos generados

por las más diversas áreas de trabajo, así como también innumerable cantidad de estudios en América Latina y el resto del mundo.

De igual modo, esta labor no se agota ni se agotará mientras existan aún mujeres maltratadas e inclusive muertas a causa de esta problemática que atañe a toda la sociedad, que no discrimina ni razas, ni edades, ni clases sociales.

MARCO METODOLÓGICO

Para la realización de la presente tesis se utilizaron técnicas cualitativas de recolección de datos e información. Tales técnicas fueron la revisión bibliográfica, y la entrevista.

La primera se basó específicamente en informes y documentos elaborados por el Ministerio de Salud Pública, tanto en edición papel como desde su sitio web institucional, el cual consistió en un gran portador de información.

Por otro lado también se consultaron leyes, declaraciones y decretos, a nivel nacional e internacional, así como autores que tratan el tema aportándonos su visión particular de la problemática.

En lo que a las entrevistas respecta, las mismas fueron realizadas en diferentes formatos, y a diferentes agentes del sector, así como también a un número determinado de usuarias del mismo.

En primer lugar se realizaron diez indagaciones a usuarias del sector, mujeres de entre 20 y 55 años, que asistieron a consulta médica en el último año. En estos casos, la entrevista si bien era abierta y contenía preguntas factibles a respuestas amplias, en la totalidad de ellas se dieron respuestas concretas, concluyéndose así entrevistas cortas con respuestas específicas a lo que se preguntaba en el momento.

A partir de allí, se comenzó a indagar dentro de las instituciones en cuestión, intentando establecer una comunicación con el Ministerio de Salud Pública, más concretamente con el programa de "*Violencia y Salud*". Se establece contacto vía mail con la Dra. Sandra Romano, responsable del mismo. Se le presenta el estudio a efectuar respondiendo a algunas de las interrogantes planteadas como preguntas guías al inicio del trabajo. A partir de allí se establece la posibilidad de realizar una entrevista para responder algunas interrogantes más específicas pero no se logra entablar nueva conexión.

Frustrada la instancia se contacta con una Trabajadora Social, también del MSP, y relacionada con el programa en cuestión, la que luego de un contacto no vuelve a respondernos.

Estas situaciones nos obligaron a trabajar y buscar otros sitios que nos faciliten respuestas, re direccionando el trabajo de investigación. Se asiste a una sala de espera de una mutualista de Montevideo, específicamente al servicio de atención psicológica, en el que se encontraba en consulta el equipo de violencia doméstica.

También se realizaron dos consultas a Auxiliares de Enfermería, pertenecientes a Sanatorio Americano y Policlínica de Progreso (ASSE).

Luego nos dirigimos al hospital departamental de Maldonado, Dr. Elbio Rivero. Allí en atención al usuario, se nos informa que en el lugar no hay equipos de violencia doméstica, pero sí asiste una Trabajadora Social todos los días de la semana, en el horario de la mañana, la que se encarga de todas las cuestiones relativas a “lo social”, según planteaban.

En lo que respecta a la problemática se nos indicó, que al implementarse la pesquisa de violencia doméstica en las consultas, cuando ellas evidencian o crean dudas de existencia de situaciones de violencia doméstica, la usuaria es derivada a los consultorios de violencia doméstica de distintas policlínicas de diferentes barrios del departamento: **Maldonado Nuevo; Cerro Pelado; Hipódromo; San Carlos.**

A partir de aquí, nos dirigimos a la policlínica de Cerro Pelado, en el horario estipulado, logrando establecer una entrevista con la Psicóloga del equipo.

Del mismo modo, en el hospital de San Carlos se estableció contacto con el equipo técnico. En ambos casos, nos encontramos con que los equipos contactados no pertenecen al Ministerio de Salud Pública, a pesar de que el hospital de Maldonado derive sus usuarias a esos lugares.

En entrevista con el equipo de violencia de San Carlos (INMUJERES), se nos brinda información sobre médicos y personas referentes en cada uno de los centros del departamento, a los cuales poder dirigirnos ante situaciones problemas, los cuales podrían contribuir al estudio que se realizaba.

En lo relativo al ámbito privado, en el Sanatorio San Carlos, se nos plantea la existencia de un equipo de referencia en el tema, pero en el momento no sabían informarnos cuando se reunía, por lo cual, nos manifiestan que cuando se presentan situaciones referidas a violencia, se solicita consulta con los médicos referentes en el tema y luego se derivan al equipo.

También nos dirigimos al Sanatorio Mautone, en busca de la Trabajadora Social del lugar, a la que también se menciona como referente del departamento aunque la misma no pudo ser contactada. En este caso, al preguntar acerca de la existencia o no de un equipo técnico en el sanatorio, se expresa que no existe, que para tales situaciones creen que se encuentra sólo la Trabajadora Social.

Seguidamente se establece una entrevista con miembros del colectivo Mujer Ahora, quien fue parte de la capacitación de profesionales y funcionarios de la salud en los departamentos de Maldonado y Canelones, así como también realizaron cursos en su local en Montevideo destinados también al sector en cuestión.

En siguientes instancias se coordinó y efectuó una entrevista con el director de la Unidad de Salud de la Intendencia Municipal de Maldonado, así como también con parte del equipo referente en violencia doméstica, de la mutualista Asociación Española de Montevideo. Por último se contactó y entrevistó a la Trabajadora Social del Centro de Salud Maroñas (ASSE).

Todas las instancias de entrevista, así como la observación realizada, se encuentran desarrolladas en la sección anexos.

Objetivo General:

- Estudiar el sistema de salud uruguayo como ámbito de prevención y detección de violencia doméstica en las distintas consultas médicas de las usuarias del sector

Objetivos Específicos:

- Estudiar si los distintos protocolos establecidos por el MSP, son llevados a cabo en las consultas médicas en distintos centros asistenciales del país.
- Indagar acerca de la capacitación de los profesionales de la salud en cuanto a la violencia doméstica.
- Analizar el lugar del Trabajo Social dentro de esta problemática, y particularmente dentro del sector Salud.

Preguntas de Investigación

- El actual sistema de salud uruguayo, ¿posee las herramientas adecuadas y suficientes para la detección y prevención en violencia doméstica?
- ¿Están los profesionales de la salud, capacitados para trabajar y detectar situaciones de violencia en las usuarias?
- ¿Las políticas establecidas hasta el momento, son realmente aplicadas por todos los profesionales y en todos los ámbitos de la salud?
- ¿Qué lugar ocupan los/as trabajadores/as sociales dentro de los equipos de violencia doméstica conformados por el MSP?

CAPITULO I

Violencia Doméstica: Una Problemática que No Descansa

Homicidios de Mujeres por Violencia Doméstica

Variación 2011 – 2012

(Todo el país)

	2011	2012	Variación
Tentativas	13	12	-8%
Consumados	26	25	-4%
Total	39	37	-5%

NOTA: Además de los 25 casos incluídos en la tabla, hay dos casos más que se siguen investigando, en los que existe una firme presunción de que las parejas o ex parejas de las víctimas están involucradas.

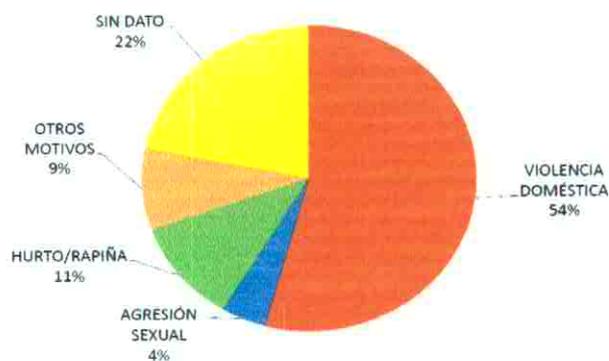
Fuente: Ministerio del Interior

La violencia doméstica se encuentra hoy instalada en la agenda de una gran cantidad de instituciones tanto públicas como privadas. Las mismas mantienen a su vez un gran número de profesionales trabajando en torno a ello, problemática que debe de ser atendida desde una perspectiva interdisciplinaria debido a que se trata de un problema social actual.

La violencia doméstica, se da en el ámbito privado, y requiere asistencia de distintas áreas, social, jurídica, psicológica y médica.

Mujeres víctimas de Homicidio, por Motivo de la agresión

Todo el país, Noviembre 2011 – Octubre 2012



Fuente: Ministerio del Interior

Sandra Romano maneja una definición de violencia doméstica derivada de la Organización Mundial de la Salud, en la que señala que:

“(...) el término de violencia doméstica es utilizado para describir acciones u omisiones en las relaciones familiares que provocan daño, pueden incluir violencia física, sexual y psicológica. Las víctimas se encuentran entre los más vulnerables o con menos poder, incluyendo mujeres, niños, ancianos y discapacitados” (OMS, 1996).

Del mismo modo la legislatura uruguaya, establece en la Ley N° 17.514, en su artículo 2º, como de interés general y de primer orden que:

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

Planteando así mismo, en su artículo 3º, que *“Son manifestaciones de violencia doméstica, constituyan o no delito:*

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

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 una persona, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte la estabilidad psicológica o emocional.

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 sexual.

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”.

La violencia doméstica se da en el ámbito privado, en la vida cotidiana, en el aquí y ahora de las personas.

Laura Romero, plantea que hablar de violencia en la vida cotidiana es hablar de una relación en la que uno se posiciona ante otro *“en el extremo de la exigencia de obediencia y sometimiento”*, esto se transforma en una *“pauta de inter-relación que impregna el espacio relacional de esas dos personas, y es siempre violenta independientemente de la forma como esto ocurre; ya sea en términos de suavidad o de brusquedad, de coacción o de intimidación”*. (2002:22)

El hecho de que la violencia se dé en la vida cotidiana de las mujeres, es un hecho que lo hace doblemente peligroso, ya que el mismo corre el riesgo de transformarse en algo cotidiano, lo cual lo hace menos visible, y más difícil de trascender. La situación en la que se esta debe de poder ser transformada, y tal transformación, al decir de Sartre, significa poder verse a sí mismo, poder objetivarse como algo distinto a lo que es, es poder visualizar la existencia de lo negativo en la presente situación, lo que significa el surgimiento de una nueva objetivación de la persona en algo distinto de lo que es actualmente. Poder desnaturalizar tal hecho de violencia, es poder salir de esa cotidianidad y abordarlo desde lo diferente, visualizarla, aunque como establece Sandra Romano, la misma se encuentra obstaculizada, *“no vemos que no vemos”*, existe la presencia de una *“doble ceguera, no ver que no veo”*, lo que lleva que en algunas situaciones el sometimiento sea considerado como un comportamiento esperado del vínculo, y la violencia es el modo legítimo para lograrlo, estas son las *“formas naturales de proceder”* (Romano. 2002:230- 231).

Es allí donde se considera que deben entrar en juego los distintos dispositivos para la atención de la problemática, tanto a nivel individual, profesional, como a nivel institucional. No es posible la salida a una vida sin violencia, sin la existencia de redes que permitan a la mujer maltratada vincularse, y ser capaz de ver en dónde y cómo se encuentra realmente. Redes que generalmente se encuentran ausentes o fuertemente dañadas en los casos de violencia prolongada en el tiempo. Es por ello, que se debe poder generar esa reinscripción a las redes sociales perdidas, y una buena forma de comenzar es desde las instituciones a las cuales la mujer asiste por otros motivos de consulta.

Teresa Dornell habla de red social como un

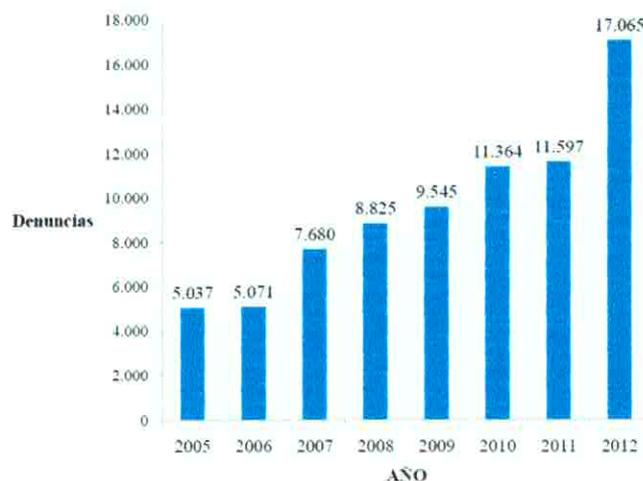
“proceso de construcción permanente tanto individual como colectiva; es un sistema abierto (...) posibilita la potencialización de los recursos que poseen. Los diversos aprendizajes que una persona realiza se potencian cuando son socialmente compartidos en procura de solucionar un problema común (...). La noción de red es una invitación a verse a sí mismo como un participante reflexivo y no como el objeto social de una masa humana (...) La participación en redes sociales está orientada a la resolución de problemas y a la satisfacción de necesidades. (...) posibilidad de toma de conciencia, esto es, pasar de aquello que hago habitualmente sin darme cuenta, a un darme cuenta a partir de compartirlo con otros”. (2005: 1-2-6).

“La red es una metáfora que permite hablar de relaciones sociales aportando los atributos de contención, sostén, tejido, estructura, control, fortaleza, tomados en préstamo de su modelo material”. (Pakman, M. 1995)

En Uruguay, la problemática de la Violencia Doméstica equivale a un gran número de casos, en donde las denuncias han ido aumentando en los últimos años. Si bien esto podría tomarse como un hecho negativo, también puede verse desde una perspectiva más abierta, en la que se considere que este aumento se debe, no al aumento de la violencia en sí misma, sino al aumento de mujeres que se animan a denunciar a sus agresores. Desde hace algunos años se viene llevando a cabo en el país, así como en la región, un inmenso trabajo de concientización, en donde se le da a conocer a la población la existencia de esta problemática, así como también se les brinda distintos caminos hacia la salida a una vida sin violencia. Además de ello, son cada vez más los profesionales y no profesionales dispuestos a trabajar en el área, lo que genera cada vez más lugares a donde acudir en busca de salidas.

EVOLUCIÓN DE DENUNCIAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Todo el país
(Enero a Setiembre)



Fuente: Ministerio del Interior

Los últimos datos del Ministerio del Interior¹ datan de noviembre de 2012 y establecen los siguientes informes:

- *En los primeros 9 meses del año 2012, se recibieron 47 denuncias por violencia doméstica cada día (una cada 31 minutos). Esta cifra implica un crecimiento del 42% respecto del año anterior.*
- *Durante los últimos 12 meses, 46 mujeres fueron asesinadas en todo el país.*
- *Entre noviembre de 2011 y octubre de 2012, 25 mujeres fueron asesinadas por violencia doméstica en el Uruguay.*
- *En otras palabras, se mató una mujer cada 15 días por razones de violencia doméstica.*
- *En el último año, se produjeron 12 intentos de asesinatos de mujeres por violencia doméstica.*
- *Sumando las tentativas y los homicidios consumados, cada 10 días se mató o intentó matar a una mujer por violencia doméstica.*

Las cifras planteadas por el Ministerio han sido establecidas por medio del “Observatorio Nacional Sobre Violencia y Criminalidad”².

¹ Los datos planteados, así como los cuadros plasmados en el documento provenientes del Ministerio del Interior han sido obtenidos en la página www.minterior.gub.uy.
ANEXO I. Informe Completo del Ministerio del Interior. Noviembre 2012.

La hipótesis planteada anteriormente, puede ser válida ante las denuncias, pero es real que las muertes existen, lo cual en este caso ya no se pueden plantear supuestos deseados, las muertes son reales, ocurren a pesar del trabajo realizado por muchos sectores de la sociedad, lo cual indica que aún hay un porcentaje de mujeres que no logran salir de la situación problema en la que se encuentran.

Tuana y Samuniski plantean que

“Partiendo de la concepción de que la violencia doméstica atenta contra los Derechos Humanos, que produce daños de gran magnitud en la vida de las personas, y que afecta seriamente el desarrollo sostenible de las democracias, entendemos que es prioritario involucrar a la ciudadanía en su conjunto en la lucha por este tema, y delinear caminos conjuntos para permear las voluntades políticas para que este tema sea considerado asunto de estado y enmarcado como una de las prioridades nacionales. (...) Tenemos la firme convicción de que si logramos romper el asilamiento y la fragmentación en la que nos encontramos quienes día a día trabajamos en el tema, ampliamos la mirada hacia un horizonte nacional y buscamos caminos colectivos que potencien nuestro accionar estaremos sumando huellas en el camino que desde hace muchos años se viene gestando a partir de los esfuerzos de ciudadanas y ciudadanos que un día se atrevieron a soñar que una vida sin violencia es posible” (2005:5)

1.1 HACIENDO UN POCO DE HISTORIA...

En cuanto a las políticas y a las formas que se le ha dado a la problemática, tanto a nivel nacional como internacional, se pueden encontrar algunos antecedentes de diferente índole.

En los últimos cincuenta años se ha comenzado a trabajar en pos de un cambio cultural frente a la exposición y al repudio de actos de violencia y discriminación a los sectores más vulnerables de la sociedad. En lo que a esto respecta, en 1979 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en Asamblea General en su resolución 34/180, establece la *“Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer”* (CEDAW). La misma en su artículo número dos establece lo siguiente:

² El Observatorio Nacional Sobre Violencia y Criminalidad surge a partir del año 2005, y sus datos se actualizan trimestralmente. Su finalidad es brindar datos confiables y reales, elaborados mediante una metodología rigurosa para el tratamiento de los principales indicadores sobre la evolución de la criminalidad y la gestión policial país. Se busca centralizar, procesar y analizar la información estadística sobre violencia y criminalidad que produce el Ministerio del Interior; actualizar trimestralmente los datos para mantener informada a la población acerca de la evolución de los principales indicadores en materia de violencia y criminalidad. www.minterior.gub.uy.

“Los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer y, con tal objeto, se comprometen a: a) Consagrar, si aún no lo han hecho, en sus constituciones nacionales y en cualquier otra legislación apropiada el principio de la igualdad del hombre y de la mujer y asegurar por ley u otros medios apropiados la realización práctica de ese principio; b) Adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer (...)” (ONU.1979).

Dicha convención fue ratificada por Uruguay por la ley N° 15.164 del cuatro de agosto 1981.

Esta convención presiona en cuanto al cumplimiento de los derechos fundamentales, se pone énfasis en la dignidad y en el principio de la igualdad de derechos, así como también se establece y resalta la responsabilidad del estado en tomar todas las medidas para la inexistencia de discriminación de la mujer en lo que respecta a todos los ámbitos de acción, político, social, económico y cultural.

En 1993, en Asamblea General, Naciones Unidas, reconoce *“la urgente necesidad de una aplicación universal a la mujer de los derechos y principios relativos a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad de todos los seres humanos”*, de este modo se establece la *“Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer”*, Resolución 48/104 del 20 de diciembre de 1993.

Su artículo primero define a la violencia contra la mujer como:

“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. (ONU.1993)

En su artículo cuatro establece que *“(...) Los Estados deben aplicar por todos los medios apropiados y sin demora una política encaminada a eliminar la violencia contra la mujer”*. De este modo, se afirma en la presente declaración que *“la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales e impide total o parcialmente a la mujer gozar de dichos derechos y libertades”*

En lo que respecta a los antecedentes a nivel nacional, se considera que la fundación de la Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual en 1992, ha sido un hito importante dentro del país, ya que representa una de las primeras iniciativas locales en la prevención, detección y sensibilización en cuanto a la problemática. Se trata de un espacio de articulación de organizaciones y grupos de la sociedad civil, que trabajan la temática de la violencia doméstica y sexual desde una perspectiva de género. Actualmente está integrada por diversas organizaciones que desarrollan acciones desde una perspectiva multidisciplinaria, asociaciones que apoyan y asesoran a niños, niñas y adolescentes que viven o han vivido situaciones de violencia doméstica dentro de su hogar y brindan orientación y apoyo a sus referentes familiares, y a su vez brindan capacitación en violencia doméstica y sexual a profesionales o líderes comunitarios. Se trata de un *“espacio de reflexión, discusión y conceptualización que integra a la práctica diaria una perspectiva teórica y una mirada política, dos aspectos fundamentales que se retroalimentan para la actuación en el ámbito de las políticas públicas y en la lucha por las transformaciones sociales”*³.

Siguiendo con los antecedentes de la temática, en junio de 1994 se aprueba en Belem do Pará, Brasil, la *“Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer”*. La misma fue ratificada en Uruguay el 13 de diciembre de 1995 en la ley 16.735. La aprobación de esta Convención ha significado un gran avance en el sistema interamericano, debido a que establece el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, así como también los deberes de los Estados en cuanto a la adopción de medidas, a nivel de leyes y políticas públicas, para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en el ámbito público y privado. En lo que a esta Convención respecta, es considerada en muchos documentos como el gran aporte a la temática, ya que en gran parte de los países de la región ha significado el inicio de un incansable trabajo en favor de la problemática. Si bien, ya existían las mencionadas convenciones y declaraciones, Belem do Pará en lo particular, tuvo un papel preponderante en lo que a la toma de conciencia por parte de los Estados respecta. Muchos autores lo consideran como un antes y un después.

³(<http://www.violenciadomestica.org.uy/lared.php>)

También en 1995, se aprueba la Ley de Seguridad Ciudadana, N°16.707, que en su artículo 18 establece la incorporación del artículo 321 Bis al Código Penal Uruguayo, el que tipifica violencia doméstica como *“el qué, por medio de violencias o amenazas prolongadas en el tiempo, causare uno o varias lesiones personales a personas con las cuales tenga o haya tenido una relación afectiva o de parentesco, con independencia de la existencia de vínculo legal, será castigado con una pena de seis a veinticuatro meses de prisión”*⁴

El informe país de la Convención Belem do Pará del Instituto Nacional de las Mujeres del año 2008, establece que el delito incorporado al código penal, dio lugar a muy pocos procedimientos, debido a que el mismo requiere la comprobación de varios hechos que no resultaban fácilmente factibles de comprobar en su conjunto, *“se trata de un tipo penal que requiere la comprobación de muchos extremos de hecho para su configuración (en general, los jueces siguen remitiéndose a los viejos delitos de lesiones o violencia privada)”*. (2008: 16)

De igual modo, plantea el informe, que la incorporación del delito de Violencia Doméstica, favoreció a la percepción del mismo como un problema social que requería sanción. Es así como el siguiente paso fue que la legislación uruguaya en el año 2002 incorporara la ley 17.514, de Violencia Doméstica, la que estructura en su artículo segundo un concepto de violencia domestica, y declara de *“interés general las actividades orientadas a su prevención, detección temprana, atención y erradicación”*.

Siguiendo la línea del Informe País mencionado, se establece que esta ley ha permitido avanzar en lo que respecta a los cambios en las prácticas a establecerse en casos de presencia de Violencia Doméstica.

“El hecho de regular un procedimiento especial para la atención de estos casos, de urgencia, describir posibles medidas cautelares a adoptar, exigir a los jueces que fundamenten expresamente su resolución cuando hacen lugar al pedido de medidas cautelares y crear el Consejo Consultivo, ha puesto el tema de la violencia doméstica como una materia insoslayable para el Poder Judicial”. (2008:16)

⁴(<http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTexto1.ey.asp?l.ey=16707&Anchor=>)

Se determina a nivel nacional la necesidad y la obligatoriedad por parte del Estado de prevenir, sancionar y erradicar la violencia doméstica. Se presenta esto como prioridad y de agenda pública, en donde será necesaria la instalación de políticas públicas en pro de ello. Así mismo también se pone en evidencia la necesidad de trabajar con el agresor, en donde se establece que *“la rehabilitación y la reinserción social del agresor, deberán formar parte de una política que procure proteger a todas las personas relacionadas”*. (Art.23)

Se crea en este momento, con la presente ley, el Consejo Nacional Consultivo de Lucha Contra la Violencia Doméstica, bajo la órbita del Ministerio de Educación y Cultura.

El Consejo comienza a funcionar dos años después de implementada la ley, y a seis años de su funcionamiento, el 24 de noviembre de 2010 en comunicado de prensa establecía que

“se han desarrollado importantes acciones por parte de los diferentes organismos del Estado en materia de designación presupuestaria, recursos humanos y creación de dispositivos de atención lo cual significa un gran logro en el reconocimiento de la importancia y la trascendencia de la temática”.

De igual forma, el Consejo admite que a pesar de los esfuerzos que se han realizado y de las herramientas implementadas, *“la respuesta sigue siendo insuficiente y el problema aún persiste”*⁵.

El diez de junio de 2004 se aprueba el decreto 190/004⁶, el que crea el primer Plan Nacional de Lucha Contra la Violencia Doméstica, plan 2004 - 2010. Dicho plan establece como finalidad *“erradicar las situaciones de violencia doméstica en Uruguay, promoviendo estilos de vida saludables, (...) a través de un trabajo articulado en los diversos ámbitos sociales y políticos”*.

En base al trabajo realizado hasta entonces por medio de distintas organizaciones en sus respectivas áreas, se puede decir que el tema ha ido cobrando mayor reconocimiento e importancia por parte de la sociedad en su conjunto.

⁵(<http://www.inmujeres.gub.uy/mides/text.jsp?contentid=10616&site=1&channel=inmujeres>)

⁶ Ver Anexo II. Decreto 190/2004.

En lo que al sector salud respecta, hasta el año 2005, el país no contaba con políticas específicas para la atención, detección y cuidado en situaciones de violencia doméstica en el área. De igual forma, ello se encontraba planteado como una necesidad desde la ley 17.514, la cual demandaba pautas de atención.

En los años siguientes, con la reforma del Sistema de Salud Uruguayo, y con la posterior creación de los diferentes programas del MSP, se presenta el área *Salud Sexual y Reproductiva*, de la cual depende el programa luego instalado y hasta ahora en pleno funcionamiento, *Programa Violencia y Salud*, el cual instaura un trabajo continuo en la problemática que será desarrollado a continuación.

CAPITULO II

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

¿CÓMO ENFRENTA LA PROBLEMÁTICA?

“Porque tenés derecho a vivir sin violencia, tenés derecho a ser orientada y apoyada por tu prestador de salud. Para que tus derechos sean hechos, conócelos y exígelos”⁷. (MSP)

El Ministerio de Salud Pública, manifiesta que es un derecho vivir sin violencia de cualquier tipo. De este modo, la ley de *“Defensa Del Derecho A La Salud Sexual Y Reproductiva”* (Nº 18.426) de diciembre de 2008, en su artículo nº4, inciso f, establece que es deber del MSP,

“(…) brindar atención integral de calidad y derivación oportuna a las personas de cualquier edad que sufran violencia física, psicológica o sexual, en los términos de la Ley Nº 17.514, de 2 de julio de 2002 y del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica y Sexual; detectar la incidencia en la morbi-mortalidad materna de la violencia física, psicológica y sexual, a los efectos de fijar metas para su disminución; protocolizar la atención a víctimas de violencia física, psicológica y sexual; incorporar a la historia clínica indicadores para detectar situaciones de violencia física, psicológica o sexual”⁸.

La Dra. Sandra Romano, establece algunos de los avances en esta materia llevados a cabo a partir del 2005, año bisagra como se mencionó, en lo que al trabajo del Ministerio respecta en el tema.

Entre ellos plantea la conformación de la Red de Equipos de Violencia Doméstica y Salud; reglamentación de la Ley de Violencia Doméstica hacia la mujer para el Sector Salud a través del Decreto 494/2006 y su modificación en el Decreto 299/2009, en los que se establece la creación de los equipos de referencia en todos los prestadores de Salud. Esta normativa fue acompañada a su vez de la elaboración de la *“Guía de procedimiento en el Primer Nivel de Atención de Salud -Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer”* y cartillas como material de apoyo para el personal de salud con orientaciones ante estas situaciones. Se destacan también las Metas Asistenciales como otra de las políticas establecidas por el organismo para prevenir, detectar y abordar situaciones problemas. (MSP).

⁷ Para ello, se encuentra a disposición de todos los usuarios o así debería de ser, la *“Cartilla de Derechos Y Deberes de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud”*, Ordenanza 761, con fecha del 21/12/2010. La misma integra también a la violencia doméstica en uno de sus artículos: *“Usuarios y pacientes tienen derecho a atención y derivación oportuna cuando en la consulta médica se detecte violencia física, psicológica o sexual”*. (art. 17, Violencia Doméstica y Sexual).

⁸ (<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTexto1.ey.asp?1.ey=18426&Anchor=>)

Tales políticas serán desarrolladas a continuación.

II.1 DECRETOS MINISTERIALES

En el año 2006, se aprueba el decreto 494/06⁹, reformulado años después en el decreto 299/09¹⁰, en donde se asume el compromiso de incluir un cuestionario de detección de violencia doméstica en las historias clínicas de mujeres mayores de 15 años, se plantea una forma de establecer protocolos que enfrenten el problema.

El decreto 494/006 establece que:

Art 1: “Las instituciones o servicios de salud de cualquier naturaleza, tanto públicos como privados, deberán de prestar atención y asistencia a las usuarias, afiliadas o pacientes del sexo femenino en situación de violencia doméstica.

Art.2: Las referidas instituciones o servicios de salud, deberán incluir en las historias clínicas de las usuarias, afiliadas o pacientes del sexo femenino mayores de 15 años, el formulario de violencia doméstica”.

La propuesta consiste en que ello se incorpore a la práctica habitual del personal de salud que atienden a mujeres mayores de quince años, que concurren a consulta, cualquiera sea el motivo de la misma. En caso de detectar violencia doméstica las instituciones deberán orientar y apoyar a estas personas en la superación de este problema.

Con esta iniciativa se pretende “reducir el impacto de estas situaciones en la salud y en la vida de las mujeres, posibilitando acciones de prevención como uno de los objetivos sanitarios fundamentales del Ministerio” (MSP)

La forma en acceder a la información puede darse de diferentes formas, hay quienes prefieren una aproximación directa, mientras que también los hay quienes acceden indirectamente. Debe de encontrarse el momento adecuado, así como también la actitud y el lenguaje corporal correcto.

Para quienes prefieren la forma indirecta de acceso, esta puede darse a través de la introducción del tema en los motivos de consulta, favoreciendo la naturalidad de la conversación.

Sin embargo, en caso de que el técnico prefiera introducirse directamente, se ha incorporado un cuestionario estandarizado como herramienta de detección. Se aconseja incluirlo en el contexto de una evaluación de rutina, e incorporar en las historias clínicas

⁹ Ver Anexo III. Decreto 494/2006.

¹⁰ Ver Anexo IV. Decreto 299/2009.

una hoja con orientaciones, puesto que se considera que facilitaría al personal de la salud su tarea.

El cuestionario¹¹ utilizado en Uruguay, es una adaptación del propuesto en Argentina, el cual a su vez tenía como antecedente al cuestionario propuesto por la OPS.

La existencia de una situación de violencia doméstica se registra con los códigos de la CIE-10¹², reconocidos por la OMS.

Este modelo integral de abordaje a la Violencia Doméstica tiene como objetivos *“detectar las situaciones de violencia; evaluar el impacto de la violencia en la situación de la mujer y su relación con los motivos de consulta; atender y prevenir las consecuencias de la violencia; prevenir que se inicie, se mantenga o se reitere la violencia” (MSP).*

Ahora bien, en lo que respecta a lo desarrollado hasta entonces, el decreto establece que la pesquisa debe de ser implementada a todas las mujeres mayores de 15 años, en un comienzo en la consulta ginecológica o de Medicina General, pero sin embargo, al momento de ir a la realidad, nos encontramos con el hecho de que existen profesionales que no la implementan en todos los casos.

En la indagatoria realizada a diferentes usuarias del sector, encontramos a más de una de ellas sin haber sido pesquisadas acerca del tema. Exactamente a la mitad de las mujeres consultadas no se les había realizado el formulario hasta el momento, así como también algunas de estas desconocían la existencia de este procedimiento.

Fernanda Lozano, plantea que *“el médico que no investigue esta problemática y que simplemente le dé al paciente lo que el paciente solicite, dejará ir a 9 de cada 10 mujeres víctimas de violencia de pareja que recibe en su consultorio” (2011:16)*

Ante este hecho nos preguntamos ¿Qué es lo que sucede? , ¿Porque no se implementa en cada uno de los casos que llegan al consultorio, si así se exige desde el Ministerio?

Consultada una Auxiliar de Enfermería, trabajadora del sector público, señalaba que:

“(…) Los médicos la gran mayoría, ojo, no todos, hay grandes excepciones por suerte, no te quieren completar ni una puta historia clínica. Existen pila de formularios para las historias clínicas, pero los médicos se niegan a llenar, o por la falta de tiempo en la consulta, o porque no se encuentran en condiciones de tratar el tema, o no se que, pero la verdad que carecen

¹¹ Ver ANEXO V. Formulario sobre Violencia Doméstica. Dorso y Reverso.

¹² Clasificación Internacional de Enfermedades. (ICD) <http://www.who.int/classifications/icd/en/#>

mucho de empatía para muchos temas que se dan en las policlínicas, hay muchos que les falta mucha calidad humana, y te podrás imaginar que no les interesa nada en muchos casos. De todas maneras cuando ven casos así de violencia muy evidentes derivan a Asistente Social y Psicólogo para que ellos sigan con la atención” (E. Funcionaria n°2)

Del mismo modo, integrante de un equipo de violencia doméstica nos manifestaba:

“Te digo la verdad, el formulario de violencia doméstica no se aplica, son muy pocos los profesionales que lo aplican en todos los casos que atienden. Eso es una gran mentira lamentablemente. Como nadie lo controla, y como si bien tiene que ser aplicado, pero como no hay sanción por no hacerlo, viste que acá todo funciona así lamentablemente, entonces no todos lo aplican”. (E. Equipo VD Cerro Pelado)

Si bien está claro que no todos responden de la misma forma, es evidente que existen aún muchos profesionales que no se encuentran implementando el mismo, el tema tiempo y poco conocimiento acerca de la temática, son frecuentemente planteados. Estamos ante un círculo que no acaba, porque si bien, aquí es el médico quien aplica la pesquisa, es también responsabilidad de la institución hacer que se cumpla con lo que se dispone, así como también poder hacer que ese profesional posea las herramientas adecuadas para afrontar la problemática, hecho que se discutirá más adelante.

En lo que respecta a la forma de proceder en los casos en donde se encuentren situaciones de violencia, el artículo n° 5 del decreto en cuestión establece que *“La atención y asistencia se deberá brindar de acuerdo a las pautas establecidas por el Ministerio de Salud Pública en el documento “Abordaje a Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer- Guía de Procedimientos para el Primer Nivel de Atención”.*

En noviembre del 2006 se publica el documento que menciona el decreto. Este trabajo fue elaborado en conjunto entre el equipo del área de Violencia de Género del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del Ministerio de Salud Pública, y el Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social.

Las pautas elaboradas fueron recomendadas desde organismos internacionales y con asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud.

A la elaboración y publicación de este trabajo, le continúo un proceso de consulta a la interna del MSP, así como también de otros actores vinculados a la problemática. (Guía de procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud. 2006: 13-14).

El documento elaborado, más que una guía, es un muy buen trabajo a la hora de introducir la problemática a un sector de la sociedad que aún se encontraba en un debe con la misma. No se abordan particularmente situaciones de violencia, sino que se intenta dar una idea, y una presentación del tema, de las consecuencias que ésta acarrea, de su historia, y de las posibles salidas de tal situación, desde distintos espacios de actuación, especialmente desde la salud.

Se lo considera un material esencial a la hora de trabajar la problemática, principalmente para quienes se inician en el trabajo en el tema.

Sí se debe de tener en cuenta, que el mismo, no es una guía de procedimientos en lo que respecta al cómo actuar en tales situaciones, ya que se considera que en tales circunstancias no hay una forma específica de proceder, se debe de conocer el tema para saber qué hacer y qué no en términos de comprensión y calidad hacia las mujeres maltratadas, pero no en lo que refiere al procedimiento exacto a realizarse después de conocer la situación de la mujer.

A pesar de que se pueda repetir la problemática, cada manifestación es vivida de forma única en cada persona, *“el mundo único sólo existe en forma de un conjunto de distintos fenómenos, objetos, acontecimientos, que poseen sus propias características individuales e irrepetibles”*

(...) Cada fenómeno, además de los rasgos individuales que lo diferencian, posee rasgos comunes, generales, que lo asemejan a otros fenómenos. Si los rasgos individuales distinguen a un fenómeno dado de los demás, lo universal los aproxima, los vincula entre sí. Las categorías de lo singular y lo universal expresan la unidad dialéctica entre lo común (lo universal) y lo diverso (lo singular) en el objeto.” (Corona Martínez. 2006).

Es así como en el sector, los profesionales se encuentran con elementos que son categóricos para todas las personas que se hallan en determinado tiempo y espacio, por lo que son impuestos por el momento y lugar al que pertenecen, pero se debe de tener en cuenta que cada elemento común influye de forma distinta y singular en cada individuo perteneciente a tal sistema. No existe un manual o guía de intervención que muestre el camino por donde intervenir, qué hacer en cada situación y qué no, ya que cada una de

ellas, como ya dijimos, es única, se debe de poder ir más allá de la apariencia, más allá del fenómeno para poder llegar a la esencia del mismo (Kosik).

En lo que a los Equipos referentes de Violencia Doméstica respecta, el decreto establece en su artículo sexto que las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, deberían de *“constituir un equipo multidisciplinario de referencia para la atención específica”*, dicho equipo debería de estar conformado al menos por tres técnicos, uno de los cuales debería de ser médico/a.

Este equipo contaría con el apoyo del área de Violencia y Salud del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del MSP.

Desde el MSP se plantea que al año 2009 existían 72 equipos de referencia, creados en instituciones públicas y privadas, distribuidos en 16 departamentos. Sólo se relevaron los equipos que contarán con al menos tres miembros, como lo establece el decreto. (2009: 24-25).

El pasado dos de agosto, el Ministerio de Salud Pública realizó una Conferencia de Prensa con motivo de los 10 años de aprobación de la *“Ley de Violencia Doméstica”*. En tal instancia el Ministro Jorge Venegas destacó que existen 103 equipos de referencia en violencia doméstica trabajando en las instituciones de salud públicas y privadas. El aumento del número de estos equipos en el correr de dos años es significativo, ya que se cree que demuestra que el trabajo a continuado al día de hoy, se ha ido de menos a más, los equipos han ido aumentando, así como también los distintos departamentos del país que se han ido sumando al trabajo de la problemática.

Sin embargo, lo que se ha podido observar, así como también nos lo han planteado desde el colectivo Mujer Ahora, es que, si bien estos equipos están haciendo un trabajo lento, pero continuo, en donde se han ido conformando cada vez más a lo largo del territorio, se establece que los mismos no están instalados específicamente como equipos de referencia, en la mayoría de los casos los mismos no coinciden con los objetivos para los que fueron creados, ya que estos sugerían que los equipos de referencia deberían de *“apoyar al personal, evacuando dudas y aportando información, propondrá y establecerá estrategias específicas para aquellos casos para los que sea indicado y oportuno, incluyendo instancias de atención individual y/o grupal”*. (2006:34)



“(...) la Red de equipos del ministerio, que se reúne una vez al mes. El ministerio convoca una vez al mes a todos los efectores de salud pública, y cada dos meses a todos, públicos y privados... Las reuniones estas son como para formación de los grupos, porque hay muchos grupos, el nuestro por ejemplo la gente tiene interés en formar parte, pero no en todos, hay otros que son más grandes, más complejos, algunos la dirección terminó nombrando.

Y entonces no todo el mundo tiene formación, después los que tiene la formación se sobrecargan, porque el resto del servicio lo que hace es pasarle el caso, y la idea desde salud es que los grupos referentes coordinen, no tomen todos los casos, y eso no se termina de convencer”.
(Centro de Salud Maroñas)

“(...) Los equipos de referencias tienen funciones muy claras, tanto en la guía como en el decreto 494, que son capacitar al personal de los centros de salud, generar información, producir información, y contribuir al apoyo de aquellas situaciones de alta complejidad o alto riesgo, pero bueno, no funcionan así, funcionan como atención a situaciones de violencia, y eso es una gran limitación.” (Mujer Ahora)

“Mira, el tema de los equipos acá en Maldonado es muy complejo, va, en realidad es muy mínimo. A nivel público no existen yo creo hasta el momento, lo que sí han hecho es tomar personas como referencia, médicos la mayoría. Toman un medico, en teoría aquel que estuviera mas enmarcado en el tema y bueno a partir de esa persona es como intentan ver si pueden llegar a formar algo. (...) Es que la verdad que muchos de estos médicos referentes a veces vienen y nos dicen, ya que es un tema muy recurrente, y que últimamente se habla bastante acá, los médicos a veces sabiendo que estamos acá, estos médicos referentes, nos plantean, que la verdad los mandan a la guerra con un tenedor, porque están ellos solos frente al mundo, o sea, una sola persona es imposible que pueda atender a todas esas situaciones. (...) Así que ya te digo, por ahora acá el tema viene muy lento”. (Inmujeres)

“(...) hay como personas que cada vez aparecen como más claramente, como referentes, hay algunos centros que van con muchas dificultades, como muy de a poco esos equipos, pero son básicamente equipos de atención, y después de las dificultades en el armado, por alguna razón se desarma, porque la gente rota, porque se trasladan, entonces es como que hay algo que siempre estamos empezando de cero”. (Mujer Ahora)

II.2 METAS ASISTENCIALES¹³

A partir del 2010, se incluye un nuevo indicador en la Meta Asistencial número uno, “*Metas del Niño, Niña y la Mujer*”, de la Junta Nacional de Salud (JUNASA). Este nuevo indicador refiere a la prevención, atención y asistencia de las usuarias que se encuentran en situación de violencia doméstica.

Indicador número diez: “*Pesquisa de Violencia Doméstica*”. Desde el MSP se establece que deberán de ser pesquisadas las mujeres de entre 20 y 45 años que consulten en medicina general y ginecología como mínimo. Se utilizara el formulario lila como guía, y quedará registro de la acción del médico/a y su diagnóstico en la HC de la usuaria, junto con la firma del profesional que haya realizado el procedimiento.

Este indicador busca “*dar un impulso al cumplimiento del Programa Nacional de Mujer y Género. Refleja la proporción de mujeres consultantes en el primer de nivel de atención que fueron valoradas técnicamente en esta materia*”. (Rendición de cuentas 2010, JUNASA: 21-23)

A partir de allí se establece numerador y denominador.

I:

Número de mujeres de 20 a 45 años que en el trimestre concurren a consulta con médico general y/o ginecólogo con pesquisa de acuerdo al FVD.

Número de mujeres de 20 a 45 años que en el trimestre concurren a consulta con médico general y/o ginecólogo

Simplificando, ya que el tema es algo más complejo, pero no es lo que importa en este momento, se establece un indicador resumen de la meta:

$$IR = (I1+I2+I3+I4+I5+I6+I7+I8+I9+I10)/10.$$

$$\text{Pago} = IR * \$53,33^{14}$$

¹³ Metas Asistenciales: son una de las herramientas para incentivar el cambio en el modelo de atención, mecanismo de financiamiento del Sistema Nacional de Salud.

El cambio de modelo asistencial es uno de los objetivos de la reforma sanitaria y las metas asistenciales colaboran con un incentivo económico para desarrollar dicho cambio. Además del pago por cápita, discriminado por sexo y edad, que realiza el FONASA a las instituciones prestadoras integrales de servicios de salud, también se encuentra un componente adicional pagado en función del cumplimiento de Metas Asistenciales fijadas a las instituciones en el marco de la Reforma. (Rendición de cuentas 2010 JUANASA: 18).

¹⁴ Valor al 2010, el cual es modificado con el ajuste de cuota.

Tal número es multiplicado por la cantidad de afiliados FONASA de la institución, llegando así al monto total a transferir a la institución por concepto de Meta 1. (Documento de implementación del nuevo diseño de la Meta 1. 2011:7)

La forma de entrega se hace por medio de correo electrónico a metasasistenciales@msp.gub.uy.

Cada trimestre tiene una fecha y hora límite para entregar la información. La entrega de información fuera de la fecha y hora límites implica el no cobro de algunos de los meses de la meta.

Si por las auditorías realizadas se constata que la información enviada al Ministerio, no se ajusta a la realidad, se podrán realizar descuentos totales o parciales del pago por meta. (Ibídem)

Cabe destacar que la temática violencia doméstica ya había sido plasmada en las Metas Asistenciales en el año 2009, en donde el Ministerio de Salud Pública establecía que, *“dada la importancia de ir consolidando un modelo de atención integral, preventivo y promotor de la salud de los individuos, con énfasis en el accionar educativo y proactivo del bienestar social”*, la meta asistencial número dos incluía la capacitación *“de recursos humanos de salud en el marco de la reforma sanitaria”*.

La meta capacitación tuvo como objetivo en el período 2009 el *“de sensibilizar y educar a los trabajadores de la salud en aspectos de prevención y promoción de la salud con incidencia en el perfil socio - sanitario de los uruguayos”*. Los temas tratados fueron Hipertensión, Diabetes, Tabaquismo y **Violencia Doméstica**. (Rendición de cuentas JUNASA 2010: 24).

Sandra Romano plantea que la dimensión capacitación de la meta número dos, fue llevada a cabo en los años 2009 y 2010, mientras que en la meta uno, la pesquisa de violencia doméstica, fue incluida en 2010, continuando con su implementación al día de hoy.

El tema de las metas asistenciales, se considera personalmente algo paradójal. Por un lado se cree una muy buena forma para que el Ministerio mantenga un control acerca de la implementación o no de lo que el decreto establece por parte de las diferentes instituciones. Se aseguran de esa forma, que los centros asistenciales envíen los datos necesarios para evaluar la política, y analizar y calcular posibles resultados. Además de ello, que el tema sea incluido dentro de las metas asistenciales, evidencia una preocupación por parte del Ministerio, y una puesta cada vez mayor, en primera plana

de uno de los organismos con mayor alcance sobre la población, y sobre todo en las mujeres.

Pero por otro lado, se cree que no debería de existir esa necesidad de pago por realizar una tarea que es parte de la asistencia integral que los centros deben de brindar a su población usuaria. Donde queda entonces lo que plantea la ley N° 18.211, Sistema Nacional Integrado de Salud, la cual manifiesta que *“Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública (...)”* (Art. n°45)

Se entiende que el nuevo sistema de salud, intenta establecer un cambio en la atención, se comienza a trabajar en pos de una atención integral, pero nos preguntamos, para todo ello, ¿es necesario que los servicios de salud reciban a cambio un pago por cada actividad a la cual como prestadores de la misma deben de haberse comprometido? Definitivamente es parte del sistema en el cual nos encontramos a nivel mundial, pero cuando vamos más allá, y estamos ante problemáticas de esta índole, crea cierta empatía el hecho de que el Ministerio deba de apelar al pago de dinero por el llenado de cada formulario. ¿Qué ocurría antes de que esto fuera parte de la meta asistencial?, ya que si bien la pesquisa debía de ser aplicada desde el año 2006, y recién se incluyó en las metas en el año 2010, ¿qué paso en esos cuatro años? ¿Quedaron registro de esas historias clínicas?

“Las metas asistenciales son la única manera en hacer que se hagan las cosas, y no es dicho sólo por mí, sino por Sandra Romano, ella misma lo dice, lamentablemente es así. Pero bueno es un punto aparte, decime vos nomas”. (Entrevista a equipo de referencia de la Asociación Española)

II.3 CAPACITACION: ATENCION CON CALIDAD Y COMPRENSION

Planteadas ya las políticas que el MSP ha venido implementando en el correr de estos últimos años, no se debe pasar por alto a quienes se aplican y quienes llevan a cabo estas políticas. Se debe plantear entonces que para que todo ello funcione o tenga resultados positivos, los profesionales de la salud deben estar capacitados y entendidos en la problemática.

Las instituciones prestadoras de salud, son quienes deben facilitar la capacitación de sus técnicos, así como también asegurar la disponibilidad del material informativo para sus usuarios en la sala de espera y en sus consultorios, debido a que el Ministerio plantea que la presencia de cartelera informativa acerca de la problemática es una forma de *“comunicar el posicionamiento del sector en relación al problema, el interés y la apertura institucional para tratarlo, y contribuye a legitimar y habilitar la demanda de las usuarias”* (MSP. 2006:44).

“Hay una resistencia terrible en cuanto al tema, no sólo por parte de los médicos, de los funcionarios en sí, de la institución.

Cuando yo arranque a venir acá, nadie sabía nada de nada, podían venir mujeres a preguntar o buscar salidas, y nadie sabía nada.

Llene la sala de espera y toda la policlínica con carteles de todo tipo, y ya no queda ninguno. Yo llegaba y me sentaba en la sala de espera y ahí me ponía a conversar con la gente para que supiera del servicio” (E. Equipo de VD Cerro Pelado).

En lo que respecta a las acciones del personal de la salud antes mencionadas, se consideran indispensables, así como la capacitación de los mismos, un proceso de sensibilización ante la problemática, ello facilita trabajar sobre los temores del personal de la salud en cuanto al tema, lo cual obstaculizaría el trabajo con las usuarias si esas trabas no fueran trabajadas anteriormente en la formación técnica. La OPS se plantea la siguiente interrogante:

¿SON LOS TRABAJADORES DE LA SALUD PARTE DEL PROBLEMA?

¿O SON PARTE DE LA SOLUCIÓN?

“La violencia Contra la Mujer: Responde el Sector Salud”. (OPS-OMS, 2003)

“La aplicación de la estrategia de detección y asistencia requiere personal sensible y capacitado que conoce el impacto de la violencia doméstica en la salud y es capaz de brindar a la mujer en situación de violencia una asistencia respetuosa, cálida y de calidad”. (MSP.2006:47).

“(…) Los médicos no se encuentran en condiciones de tratar el tema. Mira a mi me han dicho los propios médicos, que no se animan a preguntar en la consulta por eso mismo, incluso sospechando que la mujer puede estar pasando por ello, les da miedo y vergüenza preguntar aún sobre violencia doméstica, y la verdad que si no traspasamos esas resistencias es muy complicado, además que no son de venir a preguntarte nada, prefieren seguir no sabiendo, es un problema de egos también”. (E. Equipo de VD, Cerro Pelado)

El MSP planteaba que al 2009, en la gran mayoría de las instituciones se identifica la dificultad en el involucramiento del personal médico a integrar la indagación a la rutina asistencial. De igual modo se resalta desde el organismo que al realizarse los cursos y/o talleres de sensibilización, se produce un aumento de la indagación y el interés por abordar este tema, mayor por parte del personal no médico. (2009:49)

Desde el Ministerio también, en su documento “Observatorio de Violencia Doméstica Y Salud”, se plantean algunos extractos de entrevistas realizadas por el mismo a diferentes directores y funcionarios de distintos centros de salud a lo largo del país. Se las incluye en el presente documento, dada la importancia que se cree que las mismas poseen, ya que son planteadas desde el organismo es cuestión.

“... Los decretos no sirven, y menos si no se fiscalizan, nadie los cumple. Y éste en particular al no proteger el secreto profesional crea grandes resistencia al momento de instrumentarlo”

“Las Instituciones no informan ni sensibilizan a su personal y a la población, lo que dificulta el conocimiento de la temática y lo que da cuenta de la falta de compromiso existente”

“La mayoría de las Instituciones, públicas y privadas, se encuentran superpobladas lo que dificulta la aplicación del formulario de VD”.

“Parte de las resistencias a la no instrumentación del decreto pasa por la propia profesión médica, el no contar con capacitación previa desembocaba en que los médicos preferían no hacer las preguntas de rutina” (2009:54)

Muchas de estas citas se asimilan a las respuestas de las usuarias al día de hoy consultadas por la temática. De quienes habían sido pesquisadas por el médico tratante, no consideraban que haya sido en forma tranquila y ordenada, sino simplemente como una obligación y un deber de hacerlo, lo cual no generaba en las mujeres que allí se encontraban ninguna confianza en tratar temas que avergüenzan y generan temor de hablar.

“El médico no se mostraba muy interesado en el tema, me lo preguntó porque tenía que hacerlo yo creo”. (E. Usuaria n° 2)

“(…) Si en ese momento lo estuviera viviendo no sé si lo hubiera contado, porque era alguien que de golpe te hacía una serie de preguntas, sin mucho preámbulo, y no sé si me hubiera generado la confianza para contárselo, si estuviera atravesando un momento de ese tipo, más cuando la característica de estar en una relación de ese tipo, es muchas veces la negación. (E. Usuaria n° 4)”

“(…) estaba llenando un cuestionario en realidad, ese era un punto más, no le dio más importancia que a lo demás ni nada (…)” (E. Usuaria n° 8)

Por otro lado, el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva¹⁵ de Mujer y Salud en el Uruguay (MYSU)¹⁶, también en su informe 2009, establece igualmente entrevistas a médicos y funcionarios de distintos centros públicos y privados del país, en donde se encuentran respuestas como las siguientes:

“(…) Hay gente que me dice que es una olla que uno destapa y después no se sabe qué sale de ahí y qué no están capacitados. Muchos dicen que es una tarea de la Asistente Social. Lleva un proceso de tiempo que se incorpore a la práctica diaria y no se consigue solo con la norma legal, de que se decreta que se debe de hacer y esto y lo otro, es un proceso de sensibilización”.

“...con el formulario de salud pública violeta por parte de los equipos no se está en beneplácito, porque también justamente es eso lo que se plantea. Tu comenzás hacer ese formulario y en realidad lo que estás haciendo es abrir una cantidad de aspectos emocionales de la persona que el médico de

¹⁵ “Se presenta y analiza información estadística y cualitativa sobre la implementación de normativas y guías clínicas vigentes en distintos componentes de la salud sexual y reproductiva en servicios públicos de salud en el Uruguay (...) Es un proyecto institucional declarado de interés por el Ministerio de Salud Pública y cuenta desde su creación, en 2007, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Se trata de una propuesta de una propuesta política y técnica de monitoreo ciudadano sobre el estado de la salud sexual y reproductiva, en el contexto de un proceso de implementación de la reforma del sector salud en Uruguay”. (2009:9)

¹⁶ “Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) es una organización no gubernamental, feminista, cuya misión es la promoción y defensa de la salud y derechos sexuales y los derechos reproductivos desde una perspectiva de género. Cuenta con un staff estable y una red de profesionales e investigadores/as asociados/as a nivel nacional y regional. Ha integrado delegaciones oficiales de Uruguay en instancias internacionales del sistema de las Naciones Unidas. A nivel nacional integra la Comisión Asesora de Salud Sexual y Reproductiva de la Comisión Nacional de Sida / Mecanismo Coordinador País, ambas instancias en la órbita del Ministerio de Salud Pública”. (<http://www.mysu.org.uy/-Informacion-Institucional->)

repente o no puede o no tiene por qué o no tiene elementos como para sostener lo que está tocando”.

Como se ve, en este sentido, poco ha cambiado desde el momento en que los Observatorios realizaban sus investigaciones al día de hoy. Las respuestas siguen siendo muy similares.

El miedo de los médicos a que surjan situaciones de violencia doméstica al momento de establecer el formulario, es una consecuencia de la poca capacitación con la que cuentan, además de no visualizarlo aún como un problema del que son parte, ya que la sociedad en su conjunto lo es. No han logrado ver el lugar que ocupan como profesión y como parte de la sociedad dentro de la salida de tal problemática. Como se ha planteado anteriormente, el consultorio médico es uno de los lugares a donde la mujer más concurre, ya sea por ella como por sus hijos, mientras ya se ha ido alejando de otras redes sociales, el centro de salud aún continúa siendo un lugar de concurrencia. Este hecho debería de ser aprovechado al máximo en pos de esa mujer, generar en el consultorio un espacio de reflexión. *“El ejercicio del poder consiste en guiar las posibilidades de conducta y disponerlas con el propósito de obtener posibles resultados”* (Foucault 2001: 253)

La violencia doméstica *“se convirtió en un objeto de intervención médica. Todo lo que garantiza la salud del individuo (...) es hoy un campo de intervención médica que, en consecuencia, ya no está vinculado exclusivamente a las enfermedades”* (Foucault. 1996: 107)

Si bien no es la intención inclinarnos hacia una teoría de la medicalización, no podemos dejar pasar por alto el grado de poder que esta profesión aún posee dentro del sector, y en la población en general. Si bien los tiempos han cambiado y los médicos no son lo que eran hace muchos años atrás, aún poseen determinado poder sobre la población en general, sobre todo sobre quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, es por ello, que si bien, no se está de acuerdo con esta teoría de posicionamiento del médico sobre las demás profesiones y población en general, en este caso consideramos que mientras que ello persista, utilicemos ese imaginario simbólico que existe sobre el médico/a a favor de la problemática. Mientras que la mujer maltratada continúe asistiendo al centro de salud, existe la posibilidad, de que las demás profesiones comiencen su trabajo en pos de la superación de esa mujer, pero para ello, el médico/a, a quien ella se dirige, debe de encontrarse en un estado capaz de detectar las sutiles

“*marcas*” de la violencia, realizando así un trabajo en conjunto entre las diferentes profesiones que se insertan en el tema y en el sector.

“A mí me parece bárbaro esto (...) Yo tuve un divorcio complicado, y bueno, te digo que mi abogado particular, no ha hecho ni la cuarta parte de lo que han hecho acá. Incluso mi hijo me decía que no quería ver al padre, la pasaba mal, y yo le decía a mi abogado eso, y no se podía hacer nada según él, le pague una fortuna y nunca hizo nada. Hasta que llegamos al punto de que el niño terminó internado, porque le daban ataques psicóticos (...). Ahí cuando terminó mi hijo internado cruzaron ellos para el sanatorio, porque los llamaron, y fueron ellos mismo los que hicieron la denuncia, y a partir de ahí se encargó el abogado de acá de todo. Y ta, ahora estoy viniendo por mi otra nena, que la vea la psicóloga y psiquiatra, por las dudas, para no llegar a los extremos del hermano”. (Observación, Sala de Espera, Médica Uruguaya)

Es evidente que el trabajo en equipo y la interdisciplinariedad son factores fundamentales para el trabajo en la temática, hecho que también se establece desde el organismo en cuestión, *“plantear el problema desde un enfoque de salud pública implica un hacer interdisciplinario basado en evidencias científicas. También supone la acción colectiva intersectorial y de la comunidad”*. (MSP. 2006:9). La interacción de distintas disciplinas, supone aportes que amplían las posibilidades de análisis, enriqueciéndose mutuamente, sin perder la especificidad propia. (Romano. 2002: 237) De igual modo, a pesar de la poca motivación por parte de algunos funcionarios de la salud, la capacitación existió, tal vez no al número que el MSP buscaba, sino a una parte menor de la población médica y no médica de los centros. En los departamentos de Canelones y Maldonado la misma fue implementada por parte del colectivo Mujer Ahora¹⁷.

En entrevista con miembros del mismo, se nos plantea que la temática ha ido ganando relevancia en el sector, aunque con sus aciertos y errores.

¹⁷ Es un espacio feminista, que busca la construcción de relaciones de equidad de género, en base a la formación y promoción del desarrollo social individual y político de las mujeres.

Sus principales ejes de trabajo son el servicio de atención a la violencia doméstica; capacitación; participación ciudadana, e incidencia política.

En cuanto a la capacitación, tema que incumbe en este momento, se plantea desde el colectivo, que se han especializado en la capacitación a profesionales y agentes comunitarios, en lo que a prevención, captación y abordaje a la violencia doméstica y sexual; teoría y práctica de género; salud sexual y reproductiva, entre otros.

Entre los objetivos del colectivo se destacan la promoción del empoderamiento de las mujeres, logrando así que estas mismas se apropien de sus proyectos de vida, transformando la misma y la sociedad en la que se insertan. Para el logro de ello se realizan acciones de incidencia y control de acciones públicas, para que estas integren acciones de género y completo desarrollo de los derechos de las mujeres; promover la participación ciudadana desde una perspectiva de género y derechos; desarrollar servicios de atención para mujeres y familias en situación de violencia doméstica; desarrollar cursos de capacitación en derechos, género, violencia doméstica, salud sexual, salud mental, incidencia, sexualidad, y capacidades transversales para el trabajo; desarrollar programas sociolaborales que promuevan la autonomía de las mujeres de sectores vulnerables. (<http://www.mujerahora.org.uy/>)

“Los avances en esto, siempre son muy lentos (...) Es como la gran diferencia del decreto 494, instaura la denuncia institucional, que es como un avance importantísimo, no solo los médicos, las directoras de las escuelas, cualquiera, ninguno quiere ningún compromiso, ojo no quieren compromiso porque a ver, basado en hechos de la realidad de agresiones, de amenazas Son miedos también fundados en situaciones difíciles, y por eso esto de la denuncia institucional cambia, cambia. Porque bueno, ya no es una persona, un nombre, es bueno, hay otro apoyo”. (Mujer Ahora)
A ver, eso es algo como que teóricamente está muy bien, que trata de poner en práctica lo mejor que uno puede, pero como mucha cosa que se hace, que a veces no se le da, no se le hace el estudio posterior para ver si sirve o no. Lo que pasa que también hay que entender que la reforma fue muy brusca y genero un montón de cambios importantísimos con un montón de pautas y metas que hay que cumplir y que todo a la vez imposible, lo que se ha modificado del 2007 para acá, con el sistema integrado de salud, se modificó muchísimo lo que era la estructura, se ha apostado muchísimo a la descentralización y a la atención al primer nivel (...) por lo tanto, creo que hay que darle tiempo nada mas, tiempo para seguir aceitando y buscando prioridades, porque tenés un montón de cosas a la vez, obviamente hay que buscar cuales son los puntos estratégicos” (Unidad de Salud Intendencia Municipal de Maldonado)

“El trabajo es lento, ya que además es un tema del que no todos los médicos y funcionarios se consideran en condiciones de tratarlo, por lo cual se plantea que en muchos casos, se establece en la historia clínica la pesquisa realizada, cuando en realidad nunca se le planteó a la usuaria la misma (...) El tema tiempo es un gran obstáculo a la hora de la implementación del programa, ya que los médicos, tienen un cierto tiempo en donde debe de llevar a cabo una cantidad determinada de consultas y luego entregar el consultorio al siguiente colega, por lo cual se deben de realizar consultas en un tiempo acotado, lo que impide generar un contexto adecuado en donde poder implementar la pesquisa correctamente. En los casos en que la misma se implementa, se hace de forma inadecuada, esperando que no surjan situaciones que evidencien o traigan sospechas de violencia, ya que ello no solamente dejaría al profesional sin saber bien que hacer, sino que también le ocuparía un tiempo que no posee para una atención adecuada de la usuaria en cuestión”. (Equipo referente de la Asociación Española)

Varios son los estudios que plantean, como el caso de Edith Fuentes, que establecen que muchas mujeres que no han podido expresar su situación en diferentes instituciones especializadas en violencia familiar, sí lo han podido proyectar frente a trabajadores de la salud ante una entrevista apropiada (2005:175).

Frente a esta afirmación queremos finalizar la sección planteando que consideramos como punto de partida la relación usuaria – centro de salud, que este último pueda ser reconocido por la mujer como un lugar en donde se encuentran agentes capaces de

contribuir a la salida de la situación problema. Se debe de generar un encuadre, un contexto desprejuiciado, desculpabilizador, sensible al tema, evitando la generación de una victimización secundaria. Tener en cuenta que se trabaja sin demanda, o mejor dicho, detrás del discurso, por medio de lo sintomático existe una demanda implícita que los técnicos deben de interpretar para comenzar a trabajar, pero para ello, estos últimos, quienes establecen la relación con la usuaria, deben de estar dispuestos, habilitados y en condiciones de poder desarrollar tales acciones que permitan generar ese espacio de confianza.

Si no se parte desde una concepción, en donde el propio sector y sus funcionarios lo crean pertinente, no se llegara nunca a los resultados previstos por quienes fomentan la aplicación de las políticas. Antes que nada se debería de hacer reflexionar a cada uno de quienes integran el área de labor, con el fin de hacer del futuro trabajo, una verdadera tarea a favor de la problemática, pasando de ser esto una mera obligación a una verdadera política pública contra la violencia doméstica, aplicada por cada centro de salud, con la calidad y comprensión que las mujeres merecen y necesitan frente a su situación problema.

“No tengo conocimiento de si existe acá un equipo o algo, puedo estar medianamente capacitada en tratar el tema por medios propios, osea, a veces de ver determinadas situaciones uno después las asimila y puede actuar medianamente parecido, por todo lo que se vive o por lo que uno lee acerca del tema y demás, pero no por la institución, nose si sabría a donde derivar a una mujer maltratada, seguramente la atendamos, y después de eso nose, supongo que alguien nos respaldara pero no tengo conocimiento de a donde derivar dentro del sanatorio. La verdad que hasta ahora nunca me paso, nunca llego a emergencia una situación de estas estando yo (...) no estoy enterada del tema, pero ahora que me decis de que se trata, voy a ver si averiguo un poco más, y creo que está bien, cuanto más se trabaje en el tema mejor, cuantas más manos mayor es la ayuda, aunque bueno, yo la verdad ni idea tenia (...) nada de nada, te juro que me estoy enterando por vos de todo esto, que vergüenza”. (Auxiliar de Enfermería, Sanatorio Americano)

De igual forma, a pesar de las cuestiones mencionadas, se debe destacar que las políticas implementadas han contribuido a que ciertos sectores comiencen a involucrarse, generando mayor conciencia social en lo que al tema respecta.

“(...) se habla del tema, se habla de que hay mayor cantidad, este antes no había datos, va, nose si realmente hay mas, yo personalmente creo que no, pero si se habla, y bueno por lo menos a veces hay alguna otra descripción, vos en la historia podés encontrar que si ha habido otras consultas y bueno

después abordar o armar algo. Puede que la pesquisa no esté funcionando a la perfección como para lo que fue planeada, pero si se habla más en el sector”. (E. Trabajadora Social, Equipo referente Violencia Domestica, Centro de Salud Maroñas)

II.4 AUTO EVALUACION: ENTRE LO DICHO Y LO HECHO

Al inicio de este documento, nos preguntábamos acerca de la existencia de una sistematización o de algún organismo que se encargara de ejecutar un control o un mínimo estudio de lo que se realizaba o no, de forma de poder establecer lo que se viene haciendo de forma satisfactoria, y de los cambios que se podrían establecer en pos de mejores resultados. Se considera que si bien el trabajo en la problemática nunca es ni será en vano, la ejecución de políticas necesita de una evaluación que indique los objetivos logrados, de modo de re direccionar las formas en que se viene llevando si los resultados no son los esperados.

“Para ejecutar y evaluar acciones preventivas con mejores posibilidades de éxito, es necesario caracterizar cada evento, seguirlo, evaluarlo, identificar su evolución y el impacto que tienen las medidas que se toman”. (MSP. 2009:8)

Ante ello desde el MSP se establece que en el año 2009 se crea en el país, un Observatorio¹⁸ en el ámbito de la salud, que brindaría información cualitativa y cuantitativa sobre violencia doméstica, salud, y las políticas sanitarias en práctica.

¹⁸ Según la definición brindada por la OPS, un observatorio sobre violencia y salud “...es un espacio intersectorial e interdisciplinario orientado al análisis de información necesaria, relevante y confiable sobre violencia y lesiones, que de manera continua y oportuna permita la definición de indicadores, políticas, intervenciones y procesos dirigidos a mejorar las condiciones de salud, seguridad y convivencia ciudadana. El proceso debe orientar la toma de decisiones por parte de las autoridades competentes, así como permitir evaluaciones.” Los observatorios son organismos auxiliares que deben facilitar una mejor información, para poder propiciar la toma de acciones concretas por parte de las autoridades responsables.

(...) Las políticas sanitarias en desarrollo requieren de instrumentos confiables y sistemáticos para evaluar las acciones institucionales y los impactos de las estrategias adoptadas. En este marco, resultó imprescindible la sistematización, organización y análisis de la información nacional sobre salud y violencia doméstica en todas sus formas, con énfasis en la violencia de género y las políticas sanitarias de atención a la misma. Concretar este objetivo colaborará a dar cumplimiento a la necesidad de información sobre la temática (expresada por distintos actores y parte de las recomendaciones de la *Declaración de Beijing* y la *Convención Belém do Pará*), así como la generación de conocimiento y aprendizajes institucionales. Este conocimiento permitirá contribuir al monitoreo y evaluación de las políticas de salud, de modo de mejorar la respuesta institucional tanto en lo que respecta a la atención de las consultantes como las acciones dirigidas a combatir la violencia hacia las mujeres en los diversos ámbitos en que la misma se manifiesta.

Se plantea la creación del Observatorio como espacio autónomo y pluralista constituido intersectorialmente, con capacidad crítica, orientado al análisis de la información necesaria, relevante y confiable (...). (2009:12-13)

El informe 2009 del Observatorio mencionado, señala que:

“Las políticas sanitarias en desarrollo requieren de instrumentos confiables y sistemáticos para evaluar las acciones institucionales y los impactos de las estrategias adoptadas. En este marco, resultó imprescindible la sistematización, organización y análisis de la información nacional sobre salud y violencia doméstica en todas sus formas, con énfasis en la violencia de género y las políticas sanitarias de atención a la misma.(...) Este conocimiento permitirá contribuir al monitoreo y evaluación de las políticas de salud, de modo de mejorar la respuesta institucional tanto en lo que respecta a la atención de las consultantes como las acciones dirigidas a combatir la violencia hacia las mujeres en los diversos ámbitos en que la misma se manifiesta”. (2009:13)

Se destacan algunos de los objetivos del Observatorio tales como

“monitorear las políticas públicas implementadas en el sector salud para responder al problema de la Violencia Doméstica, identificar avances y vacíos en su implementación, formular recomendaciones tendientes a garantizar el cumplimiento de los compromisos asumidos por el estado uruguayo; Hacer un seguimiento de la ejecución del gobierno en relación a salud y violencia doméstica en el marco del Plan Nacional de Lucha Contra la Violencia Doméstica, del Plan de Equidad y del Sistema de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia” (2009:13)

El Observatorio arrojó algunos datos relevantes en cuanto a las políticas desarrolladas por el organismo, y algunos de ellos muy preocupantes. Entre ellos encontramos que de las entrevistas realizadas a los/as Directores/as de Salud en el primer relevamiento (Febrero 2009), se establece que todos conocían el Decreto 494/06, aunque no el total de los contenidos. Sin embargo, en el segundo relevamiento, diciembre de 2009, de las 16 Direcciones Departamentales entrevistadas, una no conocía ninguno de los decretos, las 15 restantes conocían el Decreto 494/2006, 7 de estas direcciones con un conocimiento detallados de sus contenidos, 8 con un conocimiento parcial, entre las cuales 4 tenían errores de información. En el caso del Decreto 299/2009 sólo dos lo conocían.

Así mismo un tercio de los entrevistados, a febrero de 2009, no tenían conocimiento pleno de los equipos de referencia de violencia domestica con los que contaba su departamento. A diciembre del mismo año, continuaban cinco Directores/as departamentales, sin conocer acerca de la existencia de estos. Mientras tanto, dos plantean la inexistencia de tales equipos en su departamento, y nueve contaban con tal

asistencia, de los cuales San José, Canelones, Tacuarembó, Colonia Y Flores, tenían realizado el relevamiento de los mismos.

A tres años de implementados los decretos en cuestión, el Observatorio planteaba que la implementación de acciones para la atención de situación de violencia domestica, estaba en todos los servicios de salud.

En los últimos años, menciona el observatorio, se han realizado actividades de capacitación en todo el país con distribución diferencial en cantidad y tipo de actividades, en la carga horaria de las mismas y en los participantes tanto en número como en distribución por profesiones. Donde se identifican las mayores dificultades es en la instrumentación amplia y continua de la indagación de rutina y de la atención longitudinal de las personas en situación de Violencia.

Los avances más destacables por el Observatorio se encuentran en *“la organización de equipos de atención preparados en el tema e integrados en red con otros recursos sociales existentes a escala nacional, optimizando los niveles de coordinación interinstitucional e intersectorial”*

El Decreto 494/2006 establecía la responsabilidad del MSP de realizar una encuesta para indagar en forma periódica acerca de la implementación del mismo, pero el observatorio plantea que hasta el momento de redacción del informe, no se ha realizado. (2009:52-62)

De igual forma el observatorio es una buena forma de hacer que ello que aún no se ha implementado se comience a desarrollar a partir de la presión simbólica y ética que las distintas mediciones puedan ejercer sobre los diferentes prestadores de salud.

El tema que vemos a partir de esto, es que no sabemos si el mismo continuó con su trabajo, ya que desde el inicio se establece que el trabajo del Observatorio debe de tener una continuidad, que evidencie los resultados que las políticas implementadas estén teniendo con el paso del tiempo. Es una mirada de corte longitudinal, por lo cual con una sola medición no alcanza, el mismo debe de tener varias mediciones en diferentes momentos, y el documento no nos deja en claro si las mediciones continuarían a partir de las dos que presenta el mismo, en febrero y diciembre de 2009, pero luego de ellos ya no sabemos cuándo serían tomadas las siguientes.

II.5 TRABAJO SOCIAL, SU ACCIONAR EN EL SECTOR Y LA PROBLEMÁTICA

En el año 2006, Celmira Bentura planteaba en su trabajo de tesis de maestría, que Trabajo Social tenía una gran deuda con el área de la salud como campo de desarrollo profesional y académico. De este modo establecía que

“La salud dejó de ser históricamente centro de preocupación, quizás debido a la complejización de la “cuestión social” lo que generó otros espacios de intervención profesional habiendo quedado relegada del mundo académico. Por esto es necesario generar elementos de reflexión que contribuyan a modificar las modalidades de intervención profesional en el sector aportando elementos que estimulen el debate respecto a la reformulación curricular de grado y posgrado tendiente a la incorporación de contenidos en el área de la salud pública y gestión de la salud y a la discusión académica relevante para el área (...). El Trabajador Social, a nuestro entender debería tener una importante formación teórica que le permita establecer las mediaciones necesarias para intervenir sobre la realidad, a partir de la comprensión de por qué y sobre qué se actúa. Es necesario, entonces, pensar en formar un profesional que pueda posicionarse de manera diferente superando el lugar de subordinación y mero instrumento administrativo que muchas veces ocupa la profesión”. (2006:15)

Desde las palabras de Bentura al día de hoy, se cree que la profesión ha ido tomando mayor posición dentro del área que se plantea.

Se considera que la reforma del Sistema de Salud Uruguayo, le ha dado al Trabajo Social la oportunidad de ir haciéndose espacio dentro de un área que se encontraba, completamente marcada por el saber médico.

La ley n° 18.211, la cual crea el Sistema Nacional Integrado de Salud, es el inicio de un largo proceso de trabajo. En lo que a nuestro interés respecta, allí se plantea, que el nuevo sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país.

En su artículo n°4 se establecen objetivos como:

“Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios,

incluyendo los cuidados paliativos.

Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.

Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.

Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.

Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.

Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.

Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud”.

Se promueve a la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población, con el fin de mejorar la calidad de vida de los mismos.

El término salud adquiere un carácter complejo, integral, que va más allá de las enfermedades y anomalías, se le incorporan aspectos sociales, psicológicos, culturales, etc.

Es allí donde se cree que el aspecto social adquiere mayor relevancia. Este cambio de modelo de atención ha implicado una revaloración de las acciones preventivas – promocionales por parte de los equipos de salud. En este sentido, Trabajo Social, se encuentra bien posicionado a la hora de diseñar, organizar, ejecutar y evaluar dichas acciones, para fortalecer la salud de las personas, sus familias y la comunidad. En otras palabras, hacer a la ciudadanía coparticipe de la defensa de la salud, como derecho humano fundamental.

Como lo establece el Plan de Estudio 1992 de Trabajo Social, se contribuye a que los Sujetos superen su auto percepción y el alcance de su acción en tanto actores sociales, facilitando el análisis de los factores sociales y culturales involucrados en su situación, a fin de definir alternativas de acción, toma de decisiones democráticas, seleccionando aquéllas que sean viables respecto a sus posibilidades concretas de obtener logros (1992:4).

“Tiene demás una intencionalidad transformadora de la sociedad, de la historia y de sí mismo. Busca quebrar las condiciones que hacen que la conducta del hombre sea

meramente gratificadora y cosificada. Trata de que los hombres no sean sólo objetos”, se actúa a partir de una ética a la cual se la considera imprescindible a la hora del hacer, que hacer y cómo hacerlo. O sea, a partir de la misma es que el profesional en sí se maneja en el espacio de acuerdo a las herramientas disponibles, potenciar “sujetos activos, modificando la realidad y las condiciones que no permiten desarrollar sus potencialidades, porque ahogan sus energías creativas y originales. (Rebellato. 2009:53)

Se abre un campo cada vez mayor para la práctica profesional, *“una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones (...) (Bourdieu, 1995: 63).*

En un *campo* existen reglas de juego y luchas de los agentes e instituciones que en él se encuentran, con grados diversos de fuerzas para apropiarse de las ganancias específicas que están en “juego en el juego”. Es un escenario de relaciones y luchas permanentes, lo que conlleva a un cambio continuo de la estructura de dicho *campo*. En esta lucha, Trabajo Social como disciplina, se encuentra venciendo *“una serie de estereotipos y estigmas asignados en la etapa inicial de la práctica pre profesional que le otorgan una visión de profesión subsidiaria a otras”* (Díaz Argueta, J. 2006:223).

Cada campo establece *“espacios de posibilidades”*, este espacio se construye a lo largo del tiempo, y define tanto el universo de problemas como el marco de acción. Trabajo Social ha ido ganando espacios en la salud, en base a, como se dijo anteriormente, los nuevos lineamientos salud - enfermedad que el universo entero ha ido generando.

De igual forma se reconoce por parte de los trabajadores del sector, que esta lucha por el espacio genera en los mismos un cansancio que muchas veces culmina generando una movilidad y cambio de personal continuo.

“Lo que sí, lo que veo en las que más tiempo que estamos, es un agotamiento de la situación, no sólo porque somos pocos en el área y es mayor el trabajo, sino que también hay un trabajo continuo con la institución también (...) más o menos 15 en los últimos tres años han variado, gente que entro se fue, entro se fue (...)”. (E. Trabajadora Social Centro de Salud Maroñas)

En lo que respecta específicamente a la problemática que se trata en el presente trabajo, se considera al Trabajo Social como una de las carreras en donde se forman profesionales sensibilizados y capacitados para trabajar en la temática. Desde el Plan de Estudios, la misma posee diferentes ámbitos en donde se trabaja ya a nivel estudiantil esta problemática social. Es así que el plan 1992, (plan al que corresponde la presente tesis) se encuentra integrado por materias tales como Metodología de la Intervención Profesional, en sus tres niveles, en donde en mayor o menor medida se debe de haber tratado el tema, especialmente en el nivel III¹⁹, en donde se trabaja indefectiblemente. Asimismo también en el último semestre de la carrera, del mismo plan, se cursa la asignatura Derecho Social²⁰, materia que también trabaja el tema de violencia doméstica.

Esto hace a la profesión, una de las carreras con más herramientas a la hora de abordar este problema social, considerando de gran importancia, la presencia de tales técnicos dentro de los equipos de salud competentes para el trabajo en violencia doméstica en los centros públicos y privados del país.

Desde el Ministerio de Salud Pública, se exige que tales equipos de trabajo, estén integrados por tres personas mínimo, siendo la única exigencia, que uno de ellos sea médico/a.

De igual forma, y aunque el MSP no lo plantee, en los equipos de referencia, según los datos del Observatorio del Ministerio, la gran mayoría cuenta con la presencia del Trabajadores/as Sociales. Además de ello, en algunas de las entrevistas realizadas a las usuarias, así como a las enfermeras del sector, cuando se cuestiona la existencia o no de un equipo de trabajo en el tema, desconociendo acerca de ello, se resalta la presencia del Trabajo Social, vinculando rápidamente la problemática con la profesión.

El observatorio mencionado, señala que a diciembre de 2009, la disciplina Trabajo Social se encontraba, en los casos de instituciones públicas de todo el país, en segundo

¹⁹ Metodología de la Intervención Profesional III, materia anual correspondiente al cuarto año de la carrera Trabajo Social en su plan 1992. En su programa anual en el módulo II, se establece como bibliografía obligatoria del curso, "el Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica 2004-1010; Informes Gubernamentales sobre aplicación de las disposiciones nacionales; Informes sombra realizados por las Organizaciones no Gubernamentales en estudios y Dossier de violencia doméstica del Cladem (Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer); Estudios de la Ley de Seguridad Ciudadana; Estudio de la aplicación de ley de violencia doméstica en los juzgados de ciudad de la costa y canelones; Nuevas perspectivas de la enseñanza del derecho con enfoque de género; Convención contra todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW, protocolo facultativo; Convención Americana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia doméstica, Convención de Belem do Para; Ley 17.514; Ley de Unión Concubinaria"(2010:9-10).

²⁰En la materia Derecho Social, perteneciente al segundo semestre de cuarto año, se trabajan en su unidad 5, en la sección específica de Violencia Doméstica, género, derechos sexuales y reproductivos, temas como las características preponderantes de de la ley 17.514 de violencia doméstica, medidas de protección a aplicar a los agresores, políticas públicas; Convención de Belem do Para, sobre violencia contra la mujer en el ámbito privado; Código penal y el delito de violencia doméstica previsto en el art.321, introducido por la ley de seguridad ciudadana; Ley de derechos sexuales y reproductivas nº 18.426. (2011: 8)

lugar por debajo de los médicos/as. Ocupando en los centro privados el tercer puesto debajo de médicos/as y Licenciados/as en enfermería.

En entrevista con la Trabajadora Social del Centro de Salud Maroñas, se nos planteaba que si bien aún hay obstáculos por superar, la profesión ha ido ganando terreno en el sector de la salud, incluso en los equipos de violencia a los cuales se hace referencia en el documento, la profesión, en la mayoría de los mismos, es quien diseña y convoca las acciones a implementar por las diferentes disciplinas que allí interactúan.

“Se han ido asumiendo cargos importantes también, la directora de un centro de salud, Sayago creo, es Asistente Social (...) y bueno eso es importante, mujer y Asistente Social”.

De este modo, se trata de un Trabajo Social desde una intervención promocional, preventiva e incluso educativa.

Promocional, con un énfasis especial en el desarrollo social y humano, estableciendo al individuo como *“constructor de la realidad y sujeto activo de su propio bienestar”*. Orientado a potenciar las capacidades individuales así como también los recursos colectivos con el fin de mejorar o satisfacer las necesidades humanas y sociales, haciendo hincapié en la capacidad de respuesta que las personas, grupos y comunidades despliegan para asumir los cambios y superar las dificultades. Se trata entonces de trabajar *la “motivación, la participación activa, la autogestión y la autonomía como principios reguladores de la acción social y orienta la actuación profesional hacia la organización y promoción de los individuos, grupos y comunidades”*.

Preventiva, *se trabaja sobre el terreno de la “actuación precoz o anticipada sobre las causas generadoras de determinados problemas tratando de evitar su aparición”*. Se pone énfasis en el *“acondicionamiento de los recursos humanos, sociales e institucionales de actitudes proactivas que le permitan a las personas, grupos y comunidades, prepararse para disminuir o contrarrestar su vulnerabilidad social frente a ciertos eventos”*.

Educativa, en este tipo de intervención se le da cabida a un tipo de metodología donde el profesional acompaña *“procesos individuales y colectivos que permitan subvertir lo*

establecido, propiciando la construcción ética y política de los sujetos sociales y el afianzamiento de valores para la convivencia”. (Rivero; Vecinday. 2005: 5-7)

Como plantea Nora Aquin, se establece un Trabajo Social con estrategias de *“mejoramiento de las capacidades de representación real de intereses agregados, y de interlocución a partir de esos intereses frente al Estado y otras instituciones”*. Trabajo Social comprometido con la constitución de sujetos, un Trabajo Social que interacciona con los sujetos como ciudadanos actuales y potenciales, y no como víctimas, propiciando derechos y responsabilidades frente al espacio de convivencia.

“Un trabajo Social encaminado a un proceso de constitución de identidad ciudadana que represente un nosotros a partir de prácticas y proyectos específicos que se propongan el reconocimiento y el compromiso de participación en la construcción de lo público” (2002:9)

III COMENTARIOS FINALES

Durante el desarrollo de esta monografía se ha analizado y estudiado el Sistema de Salud Uruguayo frente a la violencia doméstica. Debido a que el trabajo realizado ha sido de carácter reflexivo y analítico, en el cual a lo largo del mismo se ha ido reflexionando y concluyendo en cuanto a los temas que se iban tratando, esta última sección concluye de forma particular y personal en cuanto a los aspectos esenciales del proceso llevado a cabo.

Al inicio del trabajo, el cual tuvo un carácter de investigación, tanto a nivel bibliográfico como de campo, la revisión histórica en cuanto a la temática realizada contribuyó en el hecho de ver cómo posicionarnos ante el sector salud, viendo que el mismo ha ido integrándose a esta lucha en los últimos años, provocando eso grandes preconceptos e ideas a comenzar a indagar.

Ha sido recién con la reforma del Estado, y del Sistema de Salud, que el país ha comenzado a tener políticas públicas de salud orientadas al tema, lo cual nos ha dado grandes indicios de que el estudio no sería fácil, ya que si bien las políticas poseen unos cuantos años, su implementación es relativamente reciente, incluso hay quienes aún desconocen la existencia de las mismas, incluso quienes desarrollan actividades en el sector, hechos que, como se plantearon en el documento, se presentan como alarmantes a la hora de querer actuar frente a tal problemática.

Además de ello se reconoce la poca bibliografía existente a nivel local en cuanto a la violencia doméstica y el sector en cuestión, lo que provocó enfocarnos básicamente en lo que el Ministerio planteaba, desarrollar y analizar cada una de las políticas que desde allí se presentaban, lo cual se incentivó un trabajo práctico, en pos de cuestionar, interrogar e intentar responder lo que desde el ministerio se diseñaba.

En primer lugar, cabe destacar, que los objetivos planteados al inicio se han cumplido, ya que se ha logrado indagar, estudiar y analizar, los diversos puntos del Sistema de Salud Uruguayo que se pretendían enfatizar.

Así mismo se ha logrado responder, en mayor o menor medida a las preguntas guías presentadas. De igual modo el estudio no se basó específicamente en ellas, ni se

pretendió ir tras estas respuestas, ya que las mismas, como su nombre lo indica, han sido elaboradas en forma de guías, para establecer el orden y dirección hacia donde se quería establecer el documento.

La realización de tales objetivos provocó a su vez el surgimiento de nuevas cuestiones, que para poder responderlas será necesario continuar profundizando en la temática, ya que a medida que nos involucrábamos en el sistema que se estudiaba, y del cual se desconocían muchos aspectos esenciales, surgían nuevas interrogantes, de las cuales algunas fueron trabajadas y evacuadas, así como otras quedaron presentadas, generando y necesitando continuidad de investigación.

En cuanto a estas interrogantes y a pesar de los resultados satisfactorios que nos ha brindado el estudio, consideramos que el hecho de no poder acceder a una palabra oficial por parte del MSP, es lo que no nos ha permitido responder a algunas de estas cuestiones, ya que son hechos que deberían de ser respondido por medio de la institución.

Igualmente se destaca que el no acceso a esa palabra oficial, permitió y motivó la búsqueda de respuestas en otros ámbitos de atención a la problemática. La exploración por diversos ángulos culminó haciendo más rico el trabajo realizado, ya que las mismas nos brindaron las diferentes caras de la problemática, así como el trabajo realizado hasta entonces por los distintos actores involucrados y consultados.

En cuanto a estos agentes, se destaca la buena disposición en contribuir con la realización del estudio, resaltando a su vez el compromiso que estos mantienen con la sociedad en base al trabajo efectuado hasta ahora. Si bien muchas veces se cuestiona la poca participación de la sociedad en este tipo de temas, se quiere subrayar que quienes se encuentran realizando tareas en la problemática, se encuentran no sólo interiorizados y sensibilizados, sino que también nos encontramos ante profesionales y no profesionales, en busca de una salida a la situación problema, ciudadanos con grandes convicciones de que una vida sin violencia es posible.

Destacamos a nuestra profesión como un eje central a la hora de establecer acciones que concluyan con la violencia doméstica, en los diferentes ámbitos de trabajo, siendo la salud uno de ellos, en donde se ha ido ganando espacios concretos y lugares importantes de toma de decisiones, si bien era algo que se creía antes de comenzar la monografía, la profesión se manifiesta y se tiene en cuenta como primordial a la hora de trabajar,

convocar y desarrollar las practicas implementadas, si bien desde el MSP no se manifiesta la presencia de la misma, se evidencia una preparación e imagen simbólica que presenta ante sus pares.

Finalizando, no sólo esta monografía, sino también nuestra carrera profesional, y con los datos y números delante de nuestros ojos, queremos plantear que a pesar de culminar esta etapa de investigación, se considera a la violencia doméstica un eje a tener siempre presente durante el correr de nuestra vida profesional, así como muchos otros temas, mientras la misma persista, motivará una lucha continua de trabajo, evaluaciones y cuestionamientos, que seguramente generaran impotencias personales y profesionales, pero ante todo se desea resaltar que ante tales hechos, nunca debemos de perder la capacidad de sorprendernos, interrogarnos e involucrarnos.

BIBLIOGRAFÍA

- **Bourdieu, P; Passeron, J.** (1995) *La Reproducción. Elementos para una teoría del Sistema de Enseñanza.* Ed. Popular. España
- **Cafaro, Laura; Macedo, Mirta** (2001) “Violencia doméstica y legislación en el Uruguay de hoy” En *Revista Regional de trabajo Social.* Año XV. N° 22. Montevideo
- **Calvo Carballo, Loreley** (2002) “La violencia intrafamiliar o doméstica constituye una violación a los Derechos Humanos”. En *Violencia Familiar. Un Abordaje desde la Interdisciplinariedad.* Ed. UDELAR-Ministerio del Interior. Montevideo
- **De Martino, Mónica** (2009) “Infancia, Familia, y Políticas Sociales sobre desprofesionalización del Trabajo Social y envejecimiento del Campo Profesional” En *Infancia, Familia y Género.* Ed. Cruz del Sur. Montevideo
- **Díaz Argueta, Julio** (2006) “Naturaleza y Especificidad del Trabajo Social: un desafío pendiente de resolver. Reflexiones para el debate”, En *Revista katálisis.* Vol. 9, N° 2. Brasil.
- **Foucault, Michel** (1996) *La Vida de los hombres Infames.* Ed. Altamira. Buenos Aires
- ----- (2001) “El sujeto y el Poder”, en Dreyfus, H & Rabinow *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica,* Ed. Nueva Visión. Buenos Aires
- **Funetes, Edith** (2005) “Abordaje de la Violencia Intrafamiliar en el ámbito Hospitalario” En *Violencia Familiar, Trabajo Social e Instituciones.* Ed. Paidós. Buenos Aires
- **Gray, Silvina; Paira, Marisa** (2003) “Intervención en Violencia Familiar” En *Trabajo Social y las Nuevas Configuraciones de los Social.* Espacio Editorial. Buenos Aires
- **Kosik, Karel** (1986) *Dialéctica de lo Concreto.* Ed. Grijalbo. Barcelona
- **Kreiman, Miriam; Pascual, Viviana** (2003) “Intervención en Salud: ¿Asistencia o Construcción de Ciudadanía” En *Violencia Familiar, Trabajo Social e Instituciones.* Ed. Paidós. Buenos Aires

- **Loureiro, Rosa** (2003) *Lo que pasa en Casa: de la Violencia que No se Habla*. Ed. Psicolibros. Montevideo
- **Lozano, Fernanda**. (2011) “Descubrir la Violencia Domestica en la Consulta Médica para Trascender el Tratamiento Sintomático. Análisis de la Población Atendida en una Policlínica de Atención Primaria en Montevideo” En *Biomedicina*. Vol. VI. Nº 2. Montevideo
- **Marijke Velzeboer; Mary Ellsberg; Carmen Clavel-Arcas; Claudia García-Moreno**. *Violencia Domestica: Responde el Sector Salud*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Ocasional nº12. Washington DC.: OPS. 2003.
- **Pakman, Marcelo** (1995) “Redes: una metáfora para la práctica de intervención social” En *Redes: El lenguaje de los Vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Ed. Paidós. Buenos Aires
- **Rebelato, José Luis** (2009) *Ética y Práctica Social*. Ed. EPAL, Biblioteca de Educación Popular. Montevideo
- **Rico, Nieves** (1996) “Violencia de Género: Un problema de Derechos Humanos”. *CEPAL Serie Mujer y Desarrollo*, Nº16. Santiago de Chile
- **Romero, Laura** (2002) “Concepto de Familia en relación a lo público y privado. Características de la familia violenta. Elementos para el diagnostico familiar”. En *Violencia Familiar. Un Abordaje desde la Interdisciplinariedad*. Ed. UDELAR-Ministerio del Interior. Montevideo
- **Romano, Sandra** (2002) “Violencia Conyugal y Salud Mental”. En *Violencia Familiar. Un Abordaje desde la Interdisciplinariedad*. Ed. UDELAR-Ministerio del Interior. Montevideo
- **Rondán, Jorge**. (2008) “Primeras Palabras” En *El papel de los varones en el diseño e implementación de estrategias para la atención de la Violencia Basada en el Género, en el contexto de la Reforma del Sistema de Salud del Uruguay*.

Área de condición del varón, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, Ministerio de Salud Pública. Uruguay

- **Sartre, Jean Paul** (1960) *Crítica de la Razón Dialéctica*. Ed Losada. Buenos Aires
- **Tuana, Andrea; Samuniski, Fanny.** (2005) *Violencia Doméstica e Incidencia en Políticas Públicas*. Red Uruguaya Contra la Violencia Sexual y Doméstica. Montevideo.
- **Venguer, T; Fawcett, G; Vernon, R; Pick, S.** (1998) *Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud*. Population Council. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Nueva York.

FUENTES DOCUMENTALES

- **“Abordaje a Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer- Guía de Procedimientos para el Primer Nivel de Atención”.** (2006) Programa Nacional prioritario Salud de la Mujer y Género. Dirección General de la Salud. MSP
- **Aquin, Nora.** (2002) “El Trabajo Social Comunitario en las actuales condiciones de fortalecer la ciudadanía”. *Documento N°20*. Psicología Social I. Facultad de Ciencias Sociales. UDELAR. Montevideo.
- **Bentura, Celmira.** (2005) “Una Aproximación al habitus profesional de los Trabajadores Sociales del Campo de la Salud”. Tesis de Maestría en Trabajo Social. Departamento de Trabajo Social – Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo
- **Corona Martínez, Luis; Fonseca Hernández, Mercedes.** (2006) “Lo universal, lo particular y lo singular más allá del diagnóstico médico. A propósito de la utilización de guías de buenas prácticas clínicas en la toma de decisiones terapéuticas”. Artículo Digital. Recuperado: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol20_2_06/ems05206.htm
- **Dornell, Teresa** (2005) “Redes sociales y participación social”. Ficha de Trabajo. Metodología de la Intervención Profesional II. FCS. Montevideo

- **Informe del Observatorio de Violencia Doméstica y Salud** (2009) Ministerio de Salud Pública. Uruguay
- **Informe del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay** (2009) Mujer y Salud en Uruguay. Uruguay
- **Informe del Observatorio Nacional sobre la Violencia y la Criminalidad.** (2010) Ed. Ministerio del Interior, Montevideo
- **Informe del Observatorio Nacional sobre la Violencia y la Criminalidad.** (2011) Ed. Ministerio del Interior, Montevideo
- **Informe del Observatorio Nacional sobre la Violencia y la Criminalidad.** (2012) Ed. Ministerio del Interior, Montevideo
- **Informe País Convención Belem Do Pará.** (2008) Instituto Nacional de las Mujeres. Ministerio de Desarrollo Social. Uruguay
- **Meta 1 Junta Nacional de Salud** (2010) “Meta 1. Metas del niño, niña y la mujer. Octubre de 2010 – Setiembre de 2011” MSP. Montevideo
- **Plan de Estudios. Licenciatura de Trabajo Social.** (1992).Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo
- **Plan Nacional de Lucha Contra La Violencia Doméstica. 2004 – 2010** (2003). Montevideo
- **Programa Asignatura Derecho Social. Licenciatura Trabajo Social** (2009) DTS. FCS. UDELAR. Montevideo
- **Programa Teórico Práctico y Calendarización de Metodología de la Intervención Profesional III.** (2010). DTS. FCS. UDELAR. Montevideo
- **Rendición de cuentas JUNASA 2010** (2011) Junta Nacional de Salud. MSP. Montevideo
- **Rivero, Silvia; Vecinday, Laura.** (2005) “Modalidades de Intervenciones en Trabajo Social”. Material Elaborado para el curso de Educación Permanente de Graduados. DTS. FCS. Montevideo.

DECLARACIONES Y CONVENCIONES

- **Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW).** (1979). Ratificada en Uruguay en 1981, Ley N° 15.164.
- **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belém do Pará** (1994). Ratificada en Uruguay en 1996, Ley 16.735.
- **Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer** (1993).

LEYES, DECRETOS Y ORDENANZAS

- **Ley N° 16.707 Seguridad Ciudadana.** 1995, Uruguay
- **Ley N° 17.514 Violencia Doméstica.** 2002, Uruguay
- **Ley N° 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud**
- **Ley N° 18.426 Defensa Del Derecho A La Salud Sexual Y Reproductiva.** 2008, Uruguay
- **Decreto N° 190,** Junio 2004. Ministerio de Educación Y Cultura, Ministerio Del Interior, Ministerio De Salud Pública. Uruguay
- **Decreto N° 299,** Junio 2009. Ministerio De Salud Pública. Uruguay
- **Decreto N° 494,** Noviembre 2006. Ministerio de Salud Pública. Uruguay
- **Ordenanza N° 761 Cartilla de Derechos y Deberes de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud.** Diciembre 2010. Ministerio de Salud Pública. Uruguay

SITIOS WEB CONSULTADOS

<http://www.msp.gub.uy>

<http://www.parlamento.gub.uy>

<http://www.mujerahora.org.uy>

<http://www.minterior.gub.uy>

<http://www.violenciadomestica.org.uy>

<http://www.inmujeres.gub.uy>

<http://www.who.int>

<http://www.mysu.org.uy>

GLOSARIO

Siglas

ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
CEDAW	Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CLADEM	Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los Derechos de la Mujer
DDHH	Derechos Humanos
FCS	Facultad de Ciencias Sociales
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
MYSU	Mujer y Salud en Uruguay
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
UDELAR	Universidad de la República
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
SNIS	Sistema nacional Integrado de Salud
VD	Violencia Doméstica