

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

**Violencia doméstica en el escenario de la salud:
Desafíos y tensiones en centros de salud de
Maldonado**

Vanesa Cabral

Tutora: María de los Ángeles Pérez Ferreiro

2015

Índice:

PRESENTACIÓN	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I	5
No ver que no veo.....	5
1.1 Conceptualización y características de la Violencia Doméstica	7
1.2 Datos estadísticos sobre V.D en Uruguay.....	9
CAPITULO II	14
Evolucionando hacia los derechos de las mujeres	14
2.1 Implementación de relevantes normativas Nacionales sobre los Derechos de las Mujeres.....	15
CAPITULO III	20
La intervención del sector de la salud en el marco del Plan Nacional de Lucha Contra la Violencia Doméstica.....	20
3.1 DESAFÍO PARA EL SECTOR DE LA SALUD	21
CAPITULO IV	26
Metas Asistenciales.....	26
4.1 Conocimiento de la normativa y conformación de los Equipos Referentes en las instituciones de salud.....	28
4.2 La importancia de capacitaciones y la forma de posicionarse ante la modalidad de detección sobre V.D.....	31
4.3 Una relación incómoda: médico-violencia doméstica	35
4.4 Interdisciplinariedad y los Recursos Sectoriales	40
CONSIDERACIONES FINALES	45
BIBLIOGRAFÍA	48
FUENTES DOCUMENTALES:	50
SITIOS WEB:	51
GLOSARIO:	53
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.

PRESENTACIÓN

El presente proyecto se inscribe en el marco de la elaboración de la Monografía Final de formación de grado correspondiente a la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de la República. A través del proceso generado se intenta realizar un trabajo en el que se pretende problematizar y analizar la implementación de una política pública desde el Ministerio de Salud relacionada a la Violencia Domestica (V.D).

Dicha monografía desprende su interés a partir de las prácticas realizadas en Metodología de la Intervención Profesional III, Seminario de Salud, Sociedad y Trabajo Social y las diversas áreas extra curriculares en las que he participado, ambas vinculadas a situaciones sobre violencia doméstica (V.D). Estas prácticas generaron mayores interrogantes sobre la problemática, incitando a profundizar el conocimiento y análisis específicamente en las políticas públicas del sector salud vinculadas a la violencia doméstica, las que se dan a partir de la conjunción de estrategias del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)¹, el Consejo Nacional Consultivo de Lucha Contra la Violencia Doméstica² y la ley de V.D 17.514, teniendo como objetivo la detección a partir del primer nivel de atención sobre situaciones de V.D.

Por ende, la presente monografía hará hincapié principalmente en la problematización e implementación de la normativa 494/006 y 299/009 del M.S.P inscrita en el marco del Plan Nacional de Lucha Contra la Violencia Doméstica (PNLCVD), llevada a cabo en dos centros de salud del Departamento de Maldonado.

Si bien se consideran significativos los cambios a nivel mundial y principalmente en Latinoamérica sobre la igualdad, equidad en cuanto a los derechos de mujeres y hombres, la V.D continúa siendo una de las problemáticas sociales más preocupantes debido a las

¹ (<http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>) “...es el cambio en el modelo de atención a la salud hacia una orientación que privilegie la atención integral que implica acciones de promoción de salud, de prevención protegiendo de riesgos específicos, de asegurar la capacidad de diagnosticar en forma precoz enfermedades y su oportuno tratamiento, la más adecuada recuperación de la salud, la rehabilitación de secuelas y dispensarización del crónico y que proporciones cuidados paliativos. Estas actividades se desarrollarán en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y asegurando la mayor capacidad resolutive del primer nivel de atención y la satisfacción de los uruguayos.”

² En el año 2002 se crea el Consejo Nacional Consultivo de Lucha Contra la Violencia Doméstica, el mismo está integrado por diversos integrantes de entes estatales que tienen como fin a través del Plan Nacional de Lucha Contra la Violencia Doméstica garantizar derechos y protecciones a mujeres y niño/as víctimas de este fenómeno.

relaciones desiguales de género que derivan del sistema patriarcal que posiciona a la mujer en un lugar de sometimiento. Por lo tanto, se cree relevante estudiar la referida normativa y su implementación, dado que pretende constituirse en una herramienta privilegiada como primer abordaje de la problemática en el área de salud.

Para ello se considera necesario el conocimiento de sus especificidades, cómo es llevada a cabo su instrumentación en la policlínica barrial de ASSE “Vigía” y en un centro privado “Asistencial” del Departamento de Maldonado para poder dar cuenta de las implicancias y limitaciones en la detección de la V.D en el primer nivel de atención.

INTRODUCCIÓN

Las diversas declaraciones y ordenamientos jurídicos internacionales en conjunto con las variadas luchas y manifestaciones grupales que se vienen dando desde la década del 70 han generado un reconocimiento en el ámbito mundial en lo que respecta a los Derechos Humanos de las mujeres. Esto plantea la necesidad de visualizar y erradicar la violencia de género como un fenómeno social que se encuentra culturalmente naturalizado y arraigado en las sociedades, profundizando las desigualdades y discriminaciones hacia las mismas.

En Uruguay a través de las normativas nacionales como el artículo 321 del código penal y la ley de V.D 17.514 que garantizan y respaldan la dignidad e integralidad de la mujer, se establecen políticas de prevención y erradicación de la V.D en los diferentes organismos estatales, pasando a formar parte de la agenda pública.

De esta forma el tema de estudio se traduce en la aplicación de la normativa sobre detección de V.D en el primer nivel de atención de salud en el departamento de Maldonado, en el marco del Plan Nacional de Lucha Contra la Violencia Doméstica. Por ende el objeto de estudio se constituye en los desafíos y tensiones que presenta la implementación de la normativa en los centros de salud Policlínica “Vigía” y Asistencial Médica, del sector público y privado respectivamente, del departamento de Maldonado.

Se plantea la necesidad de responder a las siguientes preguntas de investigación: ¿es implementada la normativa de salud por parte de los médicos? ¿Se realiza el cuestionario en un ambiente acorde y de manera adecuada?, ¿existe capacitación para los funcionarios de la salud con el fin de tratar situaciones de V.D? ¿Cuáles son las respuestas/líneas de acción que otorgan los técnicos de la salud ante situaciones de V.D?, ¿existe interdisciplinariedad entre los diversos técnicos para abordar ésta problemática multicausal? Y por último ¿con qué tipos de recursos externos al centro de salud cuenta el departamento de Maldonado para las víctimas de V.D?

Las referidas interrogantes tendrán como fin contestar a los objetivos generales y específicos. El objetivo general plantea: contribuir a la generación de conocimiento sobre los desafíos y tensiones que presentan las políticas públicas sobre V.D dentro del sector de la salud. Y los objetivos específicos: identificar si existe compromiso de los médicos ante la implementación de la normativa y cómo es llevada la misma. Analizar cuáles son las líneas de acción que

llevan a cabo los equipos de referencia en V.D ante situaciones detectadas y estudiar la interdisciplinariedad de los diversos profesionales dentro del sector en relación a la problemática de V.D.

Se plantea una estrategia metodológica de estudio del caso de carácter cualitativo complementado con una revisión bibliográfica y exploración de materiales científicos que fortalezcan el conocimiento de la problemática a estudiar. También se recabaran entrevistas a técnicos de los centros de salud y usuarias de los mismos.

En el primer capítulo se estudia la conceptualización de V.D, consecuencias y condicionantes, así como las cifras de este fenómeno en nuestro país. Sabemos que es un tema ampliamente trabajado por diversas academias y profesionales especializados, pero no deja de ser trascendental dada la cantidad de mujeres y niña/os víctimas de esta realidad social.

El segundo capítulo hace referencia a la historicidad y evolución de las normativas en el campo de los derechos e igualdad de la mujer y su reconocimiento socio-cultural, iniciándose a través de movimientos feministas, que tenían como fin visibilizar, cuestionar y concientizar las problemáticas sobre la desigualdad de género. Se mencionarán las leyes nacionales que han marcado un antes y un después en el campo de las garantías de derechos y protecciones a las víctimas de V.D.

El tercer capítulo analiza la normativa de V.D implementada por el MSP, enfocándonos en dos centros de salud del departamento de Maldonado uno perteneciente a ASSE y otro al sector privado. Por otra parte, se estudiarán los desafíos y tensiones que presenta su ejecución a nivel territorial para la detección de la V.D. los recursos internos y externos con los que cuentan los técnicos en el momento de diagnosticar dicho fenómeno. Y por último, indagar sobre la existencia de interdisciplinariedad entre diversos técnicos de la salud, sobre una realidad social y multicausal como es la V.D.

CAPITULO I

No ver que no veo...

Creemos importante conceptualizar la problemática de la Violencia Doméstica (V.D) en el presente trabajo, por considerarse una realidad social compleja de la cual surge la política de salud. Para eso detallaremos brevemente el significado de género, adentrándonos en Violencia de Género y por último la V.D.

“Entendemos por género el dimorfismo de respuesta ante los caracteres sexuales externos como uno de los aspectos más universales del vínculo social, que se concreta en la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades, que diferencian a mujeres y varones (...) y por identidad de género: el sentimiento estructurado por identificación con el igual y complementación con el diferente.” (Romano S. 2007: 71)

Es a partir de lo biológico que la sociedad se encarga de “etiquetar” a cada ser, dividiéndolos y caracterizándolos a partir de su sexo. Esta conceptualización socio-cultural pre-establecida ha condicionado el quehacer y ser de cada individuo en la sociedad.

Como consecuencia de dicha diferenciación sexual a nivel sociocultural, es que se ha generado a lo largo de la historia la violencia basada en género. Es por tanto, que el sexo femenino se ha situado constantemente en un plano de subordinación y vulnerabilidad a diferencia del hombre colocándose este último en niveles de empoderamiento.

La Violencia de Género es entendida como:

“...todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o un 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 privada.” (Marijke, Velzeboer y Ellsberg, Mary y Clavel-Arcas, Carmen y García Moreno, Claudia. 2003: 4)

Las mujeres se encuentran sujetas desde que nacen a estereotipos sociales que ya están arraigados, su valoración se basa en el rol que cumple como esposa, madre y sostén del

mundo familiar afectivo, vinculada a los cuidados y necesidades de los demás. Ese imaginario imposibilita que se visualice más allá de esa representación culturalmente y socialmente legitimada.

“Este altruismo con respecto a la imagen de la mujer vuelve invisible las presiones de las cuales se ve sometida, así como también vuelve casi imposible su salida, ya que negarse a asumir este papel la colocaría en el lugar de la “mala madre”, “mala esposa”, etc.”
(Romero, Laura 2001:22)

Históricamente la sociedad ha naturalizado un sistema patriarcal, generador de diferencias entre hombres y mujeres desplegando una amplia gama de inequidad social, poderío y consecuentemente de violencia.

“El proceso sociohistórico que genera las normas culturales se invisibiliza en la medida que se construye un consenso que las establece como “el deber ser” social. Este proceso contribuye al orden natural lo que ha producido la cultura, considerando el sometimiento, la discriminación y el acto violento que las mantiene, como formas “naturales” de proceder”.
(Romano S. 2007: 65)

Lugares como la escuela, la familia y la sociedad civil son actores prioritarios en erradicar una sociedad masculinizada, promoviendo procesos de concientización y teniendo como fin la igualdad de géneros. Normas de convivencia como la repartición de tareas en los quehaceres domésticos, actividades según el sexo y otros varios ejemplos aferrados en la sociedad civil y consecuente a nivel cultural, son promotores básicos para cambios estereotipados del género. Logrando de esta manera una ruptura con el “deber ser” social, comenzando a generar nuevas normativas de convivencia.

“Identificar responsabilidades sociales, discursos y prácticas que legitiman e invisibilizan la violencia, cuestiona la naturalización del abuso, trasciende los límites discursivos establecidos y politiza el problema.” (Abordaje a situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer-Guía de Procedimientos para el primer nivel de atención. 2006:31)

1.1 Conceptualización y características de la Violencia Doméstica

Una de las manifestaciones más relevantes de la violencia de género es la V.D. definida como:

“...actos cometidos por una persona, en el espacio donde se desarrollan las relaciones afectivas, que de alguna manera perjudican la vida, el cuerpo, la integridad psicológica, los derechos o libertad de otro miembro del grupo familiar. Constituyen un patrón de conductas abusivas a nivel físico, sexual, psicológico, económico o relacional, usado por una persona en relación íntima con la otra, para ejercer poder, control y autoridad sobre ella.”(Tuana, Andrea. Samuniski, Fanny. 2005: 17)

En la V.D la mayoría de las víctimas son mujeres, niño/as, adolescentes y adultos mayores, considerados los más débiles del entorno familiar. Estos se encuentran bajo el poder del “hombre/jefe del hogar”, que sumado a la cultura machista y como proveedor económico es el encargado de la funcionalidad del hogar y de sus integrantes.

La V.D se caracteriza por ser una problemática social, compleja y multifacética con diferentes dimensiones sociales, culturales, económicas, legales y relacionales. Cada una de estas áreas refuerza una ideología patriarcal que se encarga de transferir normas de conducta que posteriormente se convierten en el “deber ser”.

Es importante destacar que la V.D no discrimina entre razas, estatus socio-económico ni religión ya que en oportunidades suele relacionársela con sectores de la población con bajo nivel educativo y económicamente más vulnerables.

Hace muchos años que la mujer “sobrevive” bajo relaciones de poder, considerándose un proceso socio-histórico generado en espacios relacionales donde el individuo ejerce conductas estratégicas hacia otros individuos y donde se consideran como “*valores dominantes internalizados y transmitidos por el colectivo*” (Romano S. 2007:81) .

El hogar como escenario de valores, de lo íntimo y sagrado es donde mayormente se legitima la V.D. El agresor refuerza sus estrategias manipuladoras, potenciando su poder de coerción,

logrando violentar a la víctima en todos sus aspectos generando sometimiento, aislamiento social y consecuentemente disminuyendo o anulando su capital social.

Según Romero L. (2001) la víctima va perdiendo espacios de relacionamiento, donde el agresor confunde el *ser para mí* con el *ser para el otro*, teniendo como objetivo generar conductas de “protección asfixiante”. Esto implica que *el otro* no pueda llegar a visualizarse como *uno mismo*, imposibilitando su libertad de *ser* como también de la apropiación de su espacio.

“Al incorporar en su vida la lógica de dominación, las personas dominadas, sin saberlo, ni quererlo, incorporan la visión del mundo de los dominadores, y se hacen cómplices involuntarias del orden social vigente, en el que les corresponde el lugar de dominadas, subordinadas, secundarias. Se ejerce así un poder que radica en lo simbólico, en cómo se entiende el poder y el derecho a ejercerlo.” (Tuana, Andrea y Samunisky, Fanny. 2005:18)

La invasión del espacio y el aislamiento vincular son conductas que el agresor ejerce sobre la víctima, impidiendo que la misma no visualice la situación de violencia, naturalizando y aprobando dichos comportamientos por parte de su pareja.

“Si las mujeres aceptan sufrir tales comportamientos es porque las agresiones físicas no llegan de repente (...) son introducidas por micro-violencias, una serie de palabras, de descalificación, pequeños ataques verbales o no verbales que se transforman en acoso moral, merman su resistencia y le impiden reaccionar.” (Hirigoyen M. 2012: 71)

Principalmente en el plano de la violencia psicológica la mujer comienza a ser víctima de una especie de dominio que le impide salir del trance, no logrando concebir el abuso sufrido. Comienza a justificar las reacciones y acciones de su pareja auto-culpabilizándose de los hechos.

“La violencia como pauta relacional, no es un accidente sino un componente estructural, es decir que se genera de las propias condiciones de la estructura familiar que además de producirla, la sostienen y la perpetúan.” (Romero, Laura 2001:23)

Cuando hacemos referencia a la perpetuación de la V.D en la familia, no hacemos referencia a un período histórico determinado, sino a una “transgeneracionalidad”.

“Dentro del contexto específico de la violencia en el seno de la familia, en el cúmulo de factores que acabarán modelando al hijo agresor, confluyen dos procesos que se alimentan mutuamente y se sitúan, por su capacidad de influencia, en la génesis y mantenimiento de la violencia: la transferencia y reforzamiento de patrones de afrontamiento y resolución de problemas desde el padre al hijo...”. (Loureiro R. 2003:52)

Es necesario aclarar que no todas las personas que fueron maltratadas en su entorno familiar serán víctimas de V.D sino que las mismas son “preponderantes” a que puedan vivir dichas situaciones. Los métodos pedagógicos del castigo para con los hijos, las situaciones de violencia en los padres como resolución de conflictos, el aislamiento social como principio de silencio y la cultura patriarcal fundada, son algunos elementos que perpetúan la violencia en el tiempo.

1.2 Datos estadísticos sobre V.D en Uruguay

Según el Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad del Uruguay del año 2014³, el delito de V.D ocupa el segundo lugar después del hurto. Desde noviembre 2013 a octubre 2014 podemos mencionar que hubo 49 homicidios de mujeres de las cuales 24 de ellas fueron víctimas de V.D. Y en lo referente a tentativa de homicidio por V.D en el último año, hubo 15 intentos de asesinatos. Por lo que el Observatorio de Violencia y Criminalidad (2014) menciona: *“sumando las tentativas y los homicidios consumados, cada 9 días se mató o intentó matar a una mujer por violencia doméstica”.*

En lo que respecta a la cantidad de denuncias por V.D entre enero a octubre del 2014 las mismas fueron de 23.326 a diferencia del año 2013 que se encontraron en 20.845. Esto demuestra que han ido en aumento y según el Ministerio del Interior se debe a la mejora en la captación y registro por parte del organismo.

³ https://www.minterior.gub.uy/observatorio/images/stories/anual_2013.pdf

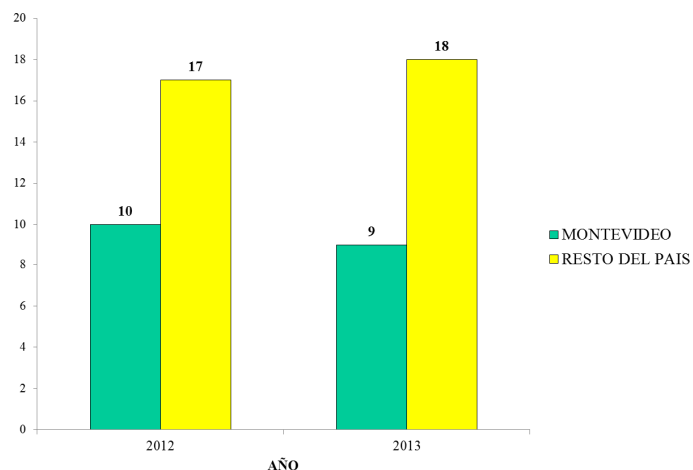
Lindner directora en ese entonces de la División de Políticas de Género del Ministerio del Interior, menciona que los significativos porcentajes anuales sobre denuncias se deben a varios factores: uno de ellos a la estructura legislativa garante de derechos a víctimas de V.D y las creaciones de módulos específicos de V.D llamados Unidad Especializada de Violencia Doméstica (UEVD) en el Sistema de Gestión de Seguridad Pública. Las UEVD tienen un trabajo más específico y especializado, los funcionarios policiales en contacto con la víctima poseen como responsabilidad otorgar una respuesta adecuada y eficaz ante dicha problemática.

Si bien las denuncias han aumentado, en lo que respecta a los homicidios de las mujeres desde noviembre del 2013 a octubre del 2014 solo un 21 % había denunciado previamente su agresor a diferencia de un porcentaje considerablemente mayor del 79% que no registró denuncias previas. Por lo que estos datos siguen demostrando una carencia en la importancia y concientización de la realización de la denuncia.

Es real que aún existen falencias en la aplicación de la normativa sobre V.D, “...no se brinda desde lo judicial una respuesta integral, idónea e inmediata frente a situaciones de violencia” (González M, Calce C, Magnone N, Pacci G.; 2012: 15). La mujer suele ser re-victimizada ante procesos judiciales que hacen que se traslade de un juzgado a otro en busca de soluciones referidas a los hijos o los bienes. Así como también ausencia de medidas cautelares eficaces que conducen en varias oportunidades a consecuencias irreversibles. Fallas en los procedimientos de audiencias donde la víctima recién conoce a su defensor y en oportunidades suele coincidir con el agresor. A esto se suma personal no capacitado para tratar dicha problemática. Montevideo sigue concentrando la mayoría de recursos, dado que en varios lugares del interior no se cuenta con UEVD, así como tampoco soluciones habitacionales para víctimas en situaciones de riesgo que ameriten desvincularlas de su hogar. (González M y Calce C y Magnone N y Pacci G.; 2012)

Homicidios de Mujeres por Violencia Doméstica, por Año y Área

Noviembre 2012 – Octubre 2013⁴



Las barras comparativas muestran los porcentajes de homicidios entre el departamento de Montevideo y el interior del País. Se puede observar claramente que el año 2012 y 2013 el interior del país presenta amplio aumento de homicidios a diferencia de la capital. Estas cifras revelan que el interior sigue estando desprotegido (en comparación con Montevideo) en políticas sociales y recursos humanos capacitados que apunten a la problemática de la V.D.

“En el interior del país, la situación es mucho más compleja porque no se cuenta con las condiciones para atender los casos de V.D. (...) Algunas situaciones son iniciadas en los Juzgados de Paz del Interior, quienes elevan al Juzgado Letrado de la zona dentro de las 48 horas. (...) En algunos departamentos los Juzgados deben atender Penal, Civil, Familia y Aduana; la competencia de urgencia permite dar una primera respuesta, pero enlentece el proceso posterior y registra dificultades para la articulación.”(González M y Calce C y Magnone N y Pacci G. 2011: 17)

En lo que refiere a los diferentes tipos de violencia, el informe del Observatorio Nacional de Género y Salud Sexual y Reproductiva⁵ de Uruguay del año 2013 publica los siguientes porcentajes:

⁴Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. Ministerio del Interior. Noviembre 2013
<https://www.minterior.gub.uy/genero/images/stories/Datos.pdf>

TIPO DE VIOLENCIA VIVIDA POR LAS MUJERES	%
Física	81%
Psicológica	71%
Sexual	14%
Económica	5.2%

El cuadro refleja que la violencia física es la que se manifiesta mayormente, mientras le sigue la violencia psicológica la cual tiende a repetirse e intensificarse con el tiempo, reduciendo la autoestima de la mujer, humillándola u omitiendo sus sentimientos y pensamientos. Se caracteriza por ser más duradera y efectiva que la violencia física, obteniendo que la mujer no se problematice sobre lo ocurrido justificando sus discursos machistas. Según Hirigoyen M. (2012) el hombre utiliza dicha violencia para conservar su situación de omnipotencia, y es a través de esta agresión que se encarga de mantener y conservar lo que desea: el poder.

Este poder que el hombre ha mantenido a lo largo de la historia ha ido modificándose y consecuentemente disminuido. Se han transformando los estereotipos patriarcales, principalmente en relación al trabajo masculinizado y la mujer hogareña vinculada a los cuidados. La mujer ingresa al mercado laboral (que si bien aún sufre diferencias de salario dependiendo del género) logrando independizarse económicamente y participando de otros espacios fuera del hogar. El hombre comienza a perder su virilidad, el control, su figura como proveedor disminuyendo su autoestima entendiéndolo como pérdida de masculinidad.

“Estos cambios, siempre implican crisis y conflictos. Lo que está en crisis no es la familia como entorno válido para el desarrollo de sus miembros, sino un modelo de familia, el modelo tradicional o patriarcal, o sea un tipo de relacionamiento que discrimina y jerarquiza por diferencias de género y de generaciones”. (Romano, S. 2003:56)

⁵(2013) Informe Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas.

Según Romero L. (2001), las políticas públicas a lo largo de los años han logrado ganar espacios en la vida privada, logrando una “nueva modalidad de vida privada”. El hogar considerado el “lugar sagrado”, donde se brinda afecto, protección y cuidados, tiene como contracara ser el de mayor probabilidad de riesgos para la integridad de las personas.

“...el respeto a la privacidad se transforma en urgencia de intervención cuando hay violaciones a los derechos humanos en ese ámbito privado, ya que el respeto a la privacidad dentro del contexto familiar no puede justificar la impunidad legal para la violencia hacia la mujer”. (Jelin, E.1996:196)

Es necesario para erradicar esta problemática multicausal abordarla en su integralidad y comprometer a las instituciones con la misma, trabajando intersectorialmente. Apostar a la descentralización de servicios comprometidos con la V.D y brindar respuestas en el primer nivel de atención con el fin de prevenir o reducir los niveles de riesgo siendo necesario generar conocimiento sobre la problemática. Es fundamental que en cada institución el personal adquiera capacitación y sensibilización para trabajar las situaciones de V.D. El fin es transformar la realidad por la cual se encuentra atravesando la víctima y poder rearmar otra desprendiéndose de prejuicios, percepciones y opiniones socio-culturales que se encuentran inmersas en el colectivo.

“La representación de la cosa, que se hace pasar por la cosa misma y crea la apariencia ideológica, no constituye un atributo natural de la cosa y de la realidad, sino la proyección de determinadas condiciones históricas petrificadas, en la conciencia del sujeto” (Kosik, Karel. 1963:32)

Es necesario que el personal y técnicos comprometidos con la problemática de la V.D puedan realizar un pensamiento dialéctico donde desestructurar el todo, ese todo legitimado, problematizando la violencia, observando su esencia y contradicciones logrando comprenderla por medio de un proceso de concretización-abstracción.

CAPITULO II

Evolucionando hacia los derechos de las mujeres

En 1979 se aprueba la “*Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer*” (CEDAW) a partir de la Resolución 34/180 en Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). En su artículo tres plantea:

“Los Estados Partes tomarán en todas las esferas, y en particular en las esferas política, social, económica y cultural, todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre.” (ONU 1979)

Para Uruguay el punto de partida se generó en 1981 con la firma y ratificación de la CEDAW mediante la Ley 15.164 y su protocolo facultativo de 1999, aprobado posteriormente a través de la Ley 17.338/2001, asumiendo el compromiso sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer planteando medidas que garanticen sus derechos por medio de ordenamientos nacionales y políticas públicas sobre la igualdad.

En el año 1994 se aprueba en Brasil la “*Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer*” en Belem do Pará Brasil, que establece en su primer artículo:

*“Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.”*⁶

Esta Convención fue ratificada en nuestro país en enero del año 1996 por la ley 16.735, comprometiendo a los Estados Interamericanos al cumplimiento y líneas de acciones que se encontraban plasmadas en las Declaraciones, Protocolos y Derechos Internacionales. Una Convención a nivel regional que tiene como finalidad la ampliación de la definición de

⁶ (http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_ConvencionBelem.pdf)

violencia hacia la mujer en pos del reconocimiento no sólo en el ámbito doméstico sino en áreas que van más allá del hogar como ser cultural, civil, político, social y económico.

Consecutivamente en 1995 se efectúa la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing donde se establece:

“Garantizar la plena aplicación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas como parte inalienable, integral e indivisible de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”⁷

La Conferencia hace hincapié en que los Estados partes asuman la responsabilidad de crear programas y políticas que promuevan la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, priorizando el reconocimiento de las mismas en diversas áreas sociales, haciéndolas participes en toma de decisiones. Fomentar la no discriminación contra mujeres y niñas, garantizando sus derechos y siendo responsables ante las violaciones de los mismos a nivel Estatal, comunitario y de organizaciones no gubernamentales. Fomentar en las mujeres la libertad de pensamiento, creencias, así como informarse sobre su salud decidiendo en su vida sexual y reproductiva. Transformar la igualdad de condiciones y responsabilidades en el ámbito laboral, tanto para el hombre como a la mujer con ingresos equitativos apostando a la erradicación de la pobreza y libertad económica. Modificar el ideal doméstico, desafiando a la distribución equitativa entre hombres y mujeres en los quehaceres del hogar. Estas son algunas de las líneas de acción que plantea la Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing basada en acuerdos políticos de Conferencias Mundiales realizadas anteriormente y donde se menciona la importancia de igualdad de derechos tanto para el hombre como a la mujer.

2.1 Implementación de relevantes normativas Nacionales sobre los Derechos de las Mujeres

Los diversos instrumentos regionales e internacionales sobre los derechos de las mujeres, marcaron un antes y un después en la legislación uruguaya. Una transformación que implicó levantar el velo de una problemática social e históricamente manifiesta como ser la violencia hacia las mujeres en diversos espacios de la vida cotidiana. La visibilización y puesta en

⁷ <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

práctica de las leyes sobre la misma implicó el inicio de un compromiso por parte de la sociedad sobre una realidad arraigada y naturalizada.

La V.D es un problema de seguridad ciudadana y el Estado debe responder al compromiso de protección de tales derechos, garantizando a las víctimas la posibilidad de actuar y pensar libremente en el escenario público como privado, respaldando su seguridad física y moral.

A nivel nacional en el año 1995 se aprueba la Ley de Seguridad Ciudadana N° 16.707, en su artículo 18 incorpora el art.321 bis al Código Penal Uruguayo al capítulo “delitos contra la personalidad física y moral del hombre”, entendiendo como Violencia Doméstica:

“...el qué, por medio de violencias o amenazas prolongadas en el tiempo, causare una o varias lesiones personales a personas con las cuales tenga o haya tenido una relación de parentesco, con independencia de la existencia del vínculo legal, será castigado con una pena de seis a veinticuatro meses de prisión”⁸

El artículo presenta carencias en su tipificación aún cuando se valore como positiva la inclusión como delito de la conducta. Se encuentra plasmada en una posición ideológica del legislador en un momento histórico determinado, excluyendo la ausencia de la conciencia género, el abuso sexual, la violencia psicológica y centrándose en la personalidad física y moral. Una estructura penal encuadrada en antiguas concepciones patriarcales y sin tener en cuenta a los miembros de la familia en niveles de igualdad operando el sistema legal de una manera selectiva (Pérez, M. 2012).

A pesar de las falencias para la implementación de la ley penal, es importante mencionar que posteriormente existieron cambios legislativos relevantes ante la problemática, donde se brinda un amplio abanico de garantías en materia de derechos hacia la mujer. Según González M, Calce C, Magnone N, Pacci G. (2011) después de un amplio tiempo de discusión entre la “sociedad civil y la Bancada femenina del Parlamento” se genera un cambio en materia de leyes que plasma el compromiso asumido en ámbito internacional así como también lo solicitado por organizaciones femeninas que llevaban 10 años de lucha para la aprobación de una ley que proteja los derechos de las mujeres en situaciones de V.D.

⁸ (<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/TextoLey.asp?Ley=16707&Anchor=>)

En junio del año 2002 se promulga la ley 17.514 del Código catalogando la problemática a nivel de interés general, donde describe en su artículo II:

*“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”.*⁹

Se caracteriza a la V.D en sus diversas manifestaciones:

- 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 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 e 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 auto-determinación de otra persona.

Esta ley se aplica en el ámbito civil y concibe un concepto más amplio y flexible donde no se requiere de un tiempo prolongado de violencia para poder ser aplicada. Por otra parte, al reconocerse esta problemática a nivel legislativo, genera en los ciudadanos y operadores del Estado conciencia social sobre la adjudicación de la ley. Apunta a la prevención, detección temprana, atención y erradicación de la V.D a través de medidas cautelares para la víctima, permitiendo que la misma pueda denunciar a través de diversas vías legales: civil, penal y de

⁹ (<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/TextoLey.asp?Ley=17514&Anchor=>)

menores (Pérez, M: 2012). Una de las características subyacentes que destaca en su artículo tres es el reconocimiento de los diversos tipos de violencia por la que puede estar atravesando una persona: psicológica o emocional, física, sexual y patrimonial, fomentando el apoyo integral de la víctima. A diferencia de ésta la ley penal solamente hace referencia a la violencia física y su prolongación en el tiempo.

En el año 2003 a través de la Ley 17.707 del Poder Judicial establece en su artículo I:

“Facultase a la Suprema Corte de Justicia a transformar Juzgados Letrados de Primera Instancia de Familia de la Capital, en Juzgados Letrados de Primera Instancia de Familia con especialización en violencia doméstica”.

Con la aprobación de dichos juzgados especializados varió el accionar de los jueces, procediendo inmediatamente a tomar conocimiento de la denuncia. En la ley 17.514 en su artículo quince se establece que el juez contará con equipos interdisciplinarios encargados de realizar informes que ameriten al diagnóstico de la víctima y de las personas involucradas con el fin de determinar daños físicos o psíquicos, evaluando en caso de que existiera peligro.

En el interior del país la situación es diferente y como mencionamos en el capítulo uno, no todos los departamentos cuentan con Juzgados Letrados de Familia sino que se encargan de dicha competencia los Juzgados Letrados en lo Civil de Primera Instancia y los Juzgados Penales (en casos de indicios de delitos) y en los lugares del interior del país en los que no hay Juzgados de esta índole, intervienen tomando las primeras medidas los Juzgados de Paz con competencia de urgencia.

A través del artículo catorce de la mencionada ley y mediante el Ministerio de Educación y Cultura (actualmente órbita del MIDES) se crea el Consejo Nacional Consultivo de Lucha Contra la Violencia Doméstica¹⁰ (CNCLVD) integrado por varios miembros de diferentes organismos públicos y representantes de Organizaciones No Gubernamentales. Dicho Consejo tiene como competencia a través del decreto 190/004¹¹ el diseño e implementación del primer Plan Nacional de Lucha Contra la Violencia Doméstica (PNLCVD). El mismo

¹⁰ Integrado por actores de diversas instituciones: INMUJERES, MIDES, INAU, MI, M.S.P, ANEP, Congreso Nacional de Intendentes y Asociación Nacional de Organizaciones No Gubernamentales, MVOTMA y BPS. Tiene como competencia el control de la ejecución del PNLCVD. Asesora al P. Ejecutivo, coordina e integra las diversas políticas, realiza informes anuales sobre el cumplimiento de metas y la situación respecto a la V.D.

¹¹ ANEXO I. Ley 190/004 del Poder Ejecutivo.

comprende el período entre 2004-2010 y se caracteriza por ser intersectorial e interdisciplinario teniendo como objetivo *“diseñar y gestionar políticas públicas específicas para la erradicación de la violencia doméstica en el ámbito nacional, liderando los procesos que garanticen la protección, prevención y promoción de derechos.”*¹²

Una de las líneas de acción del PNLCVD es capacitar al personal en contacto con las situaciones de violencia logrando de esta manera la sensibilización hacia la problemática y brindando herramientas necesarias ante las intervenciones evitando principalmente la re-victimización de la mujer. Por otra parte, dicho plan apuesta a fortalecer y apoyar el trabajo en redes, fomentando la articulación entre diversas instituciones que participan en pro de la erradicación de la V.D, así como también la evaluación de las políticas diseñadas por el mismo. Es necesario para la obtención de políticas públicas eficaces, evaluar las estrategias diseñadas hasta el momento y los resultados de las mismas, llevar a cabo un registro de las situaciones e intervenciones para ajustarse a la dimensión y especificidad de la problemática.

Como hemos visto Uruguay ha logrado un importante avance en materia de derechos de las mujeres en situaciones de V.D. Las ratificaciones en cuanto al cumplimiento de las normativas internacionales e interamericanas sobre los Derechos Humanos de las mujeres y su igualdad, establecieron políticas de prevención y erradicación de la V.D en los diferentes ministerios gubernamentales, pasando a formar parte de la agenda pública. No podemos dejar de admitir que los avances sobre el reconocimiento de sus derechos han despertado concientización social sobre un problema que se encontraba históricamente silenciado.

¹² http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/18258/1/consejonacconsluchavd_1_2004-2010.pdf

CAPITULO III

La intervención del sector de la salud en el marco del Plan Nacional de Lucha Contra la Violencia Doméstica

*“La violencia es un problema de salud pública, afecta de manera grave la salud y el desarrollo económico de amplios sectores de la población, erosiona el tejido social. Limita el desarrollo y profundiza las inequidades”.*¹³

La V.D tiene graves consecuencias a nivel de salud en las mujeres, afectando su salud física, psicológica y sexual reproductiva. A nivel físico se despliegan principalmente síntomas como: lesiones, alteraciones funcionales, enfermedades crónicas, diabetes, estrés crónico, entre otras dolencias. En lo que concierne a salud reproductiva se manifiestan enfermedades de transmisión sexual (ETS), niños con bajo peso al nacer, mortalidad de mujeres en el período de embarazo, partos prematuros, abortos (muchas veces deseado por su pareja), dolores pélvicos y menstruales. Y en lo psicológico prevalecen patologías de baja autoestima, angustia, ansiedad, trastorno del sueño, estrés pos traumático¹⁴.

Según el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay (2013) la violencia física es la más identificada por las mujeres, seguida posteriormente por la violencia psicológica, la violencia sexual y por último la económica y patrimonial. Se relacionan estos datos con el nivel educativo alcanzado por las mujeres y se observa que la violencia psicológica es la menos reconocida por las que poseen primaria con un 51% a diferencia de las universitarias con un 81%. Otra comparación sobre el reconocimiento de la misma es entre la capital del país con el interior, respectivamente existe un 76% mientras que en el interior un 67%.

En términos generales los datos estadísticos demuestran que violencia psicológica es más difícil de detectar en comparación a la violencia física, por lo tanto es necesario que los

¹³ Abordaje de Situaciones de VD hacia la mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud. 2006)

¹⁴ Abordaje de Situaciones de VD hacia la mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud” Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud, Programa Nacional Prioritario a Salud de la Mujer y Género, UNFPA, OMS. (2006: 21)

dispositivos de abordaje contra la V.D consideren tal diferenciación para lograr un trabajo integral de la problemática.

“...Las mujeres que viven violencia tienen mayor incidencia de hábitos de vida nocivos para su salud, como el abuso de tabaco, alcohol y drogas incluidos los tranquilizantes prescritos, comportamiento sexuales arriesgados, inactividad física, comer en exceso, etc.”(Abordaje de Situaciones de VD hacia la mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud”. 2006:26)

Otras víctimas dañadas son los niños /hijos presentes en los mismos espacios violentos. Estas situaciones generan alteraciones psíquicas, es decir trastornos que causan problemas en su desarrollo, comportamiento, alteraciones emocionales, etc. En la mayoría de los casos ser partícipes de estos hechos fomenta la reproducción inter-generacional de estas pautas de relacionamiento.

Por lo tanto, los síntomas de salud transversalizan a los individuos víctimas de V.D, afectándolos tanto a nivel físico, psicológico y sexual. Es fundamental la importancia y responsabilidad en la aplicación adecuada de la normativa de salud en el primer nivel de atención para impedir su permanencia en el tiempo y detener patologías severas.

3.1 DESAFÍO PARA EL SECTOR DE LA SALUD

Los centros de salud y el primer nivel de atención, son instrumentos importantes por encontrarse en un lugar privilegiado y estratégico ante la detección de situaciones de V.D en las usuarias, dado que las mismas son las que concurren mayor y regularmente a diferencia de los hombres.

El año 2005 para Uruguay es un período bisagra debido a que comienzan implementarse nuevas políticas que apuntan cambios en el área de la salud. Inicialmente se lleva a cabo en el año 2008 el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) teniendo entre sus prioridades el acceso universal de prestaciones a toda la población uruguaya, con igualdad de oportunidades apostando a la integración y complementariedad tanto a nivel de usuarios como en instituciones de la salud.

“...Un cambio en el modelo de atención que se postula como comprometido con “la salud como un bien social, derecho humano esencial y responsabilidad del estado” (...) Propone atender la salud en un enfoque integral (...) interdisciplinariedad y trabajo en equipo (...) gestión democrática y participación social entre otros. El cambio de modelo debe privilegiar la prevención y promoción con una estrategia de Atención Primaria en Salud con énfasis en el primer nivel de atención.” (Bentura, Celmira 2011: 81-82)

Posteriormente, en conjunto con el SNIS, se realiza el Fondo Nacional de Salud administrado por Junta Nacional de Salud (JUNASA) estableciendo dentro de sus competencias la función de metas prestacionales a las instituciones de salud con el objetivo de aumentar la calidad de los servicios. Se recompensa a las instituciones con pagos adicionales con el fin de llevar a cabo el cumplimiento de determinadas metas en cuanto a lo establecido por el MSP en el primer nivel de atención como ser: control de embarazadas y recién nacidos, prevención de la violencia doméstica, entre otras áreas consideradas relevantes (Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud: 2009)

En el año 2005 a partir de las nuevas políticas y normas que comenzaron a diseñarse a través del MSP, se suma la responsabilidad institucional sobre las situaciones de V.D. Este compromiso surge ante una problemática que afecta la salud individual de las mujeres como los que comparten su entorno e inclusive a nivel social y económico. Dichas políticas son llevadas a cabo principalmente por el área de Salud Sexual y Reproductiva junto con el Programa Violencia y Salud.

Dentro de las obligaciones del Estado ante los Derechos Sexuales y Reproductivos, se encuentra la ley N° 18.426/08 de *“Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”* la que en su artículo n°4, inciso f:

“...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 N°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”.*¹⁵

Es así que el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del MSP en conjunto con el Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio de Desarrollo Social en colaboración con técnicos y herramientas Internacionales lleva a cabo en el año 2009 una “*Guía de Procedimiento en el Primer Nivel de Atención de Salud. Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la mujer*” y el *formulario violeta*¹⁶debiendo este último ser incluido en la historia clínica de la usuaria.

Posteriormente en el año 2010 se crea el Programa de Violencia y Salud (PVS-MSP) que continuaría con la implementación llevada a cabo en el período anterior de gobierno.

La Ley N° 18.426¹⁷ menciona integrar al sector salud brindando respuestas a la problemática de la V.D, enfatizando la necesidad de brindar información adecuada y de calidad ante la misma y su relación con la salud individual y consecuentemente colectiva de la población.

En el año 2006 se aprueba el decreto 494/006¹⁸ del Poder Ejecutivo que luego fue modificado en el año 2009 por el decreto 299/009¹⁹ que declara de interés general la prevención, detección temprana, atención y erradicación de la V.D. Cabe destacar que dicha modificación declara la no obligatoriedad de los médicos a formular la denuncia de V.D a menos que los pacientes se encuentren en riesgo de vida a fin de asegurar su protección.

La norma dispuso determinadas obligaciones para las instituciones de salud y su personal:

- a) Estableció la responsabilidad de las instituciones de prestar atención a las usuarias que se encuentren en situación de violencia doméstica. De esta manera de acuerdo a la legislación nacional, “el personal de salud deberá indagar, dar una primera respuesta y seguimiento a las

¹⁵ <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>

¹⁶ ANEXO IV. Formulario Violeta Sobre M.S.P

¹⁷ <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>

¹⁸ ANEXO II. Decreto 494/006

¹⁹ ANEXO III. Decreto 299/009

situaciones detectadas, coordinando con los demás actores sociales en la generación de una respuesta integral”.²⁰

- b) Obligó a las instituciones y servicios de salud a incluir en las historias clínicas de todas las afiliadas mayores de 15 años un Formulario violeta sobre violencia doméstica a efectos de la detección y prevención de situaciones.²¹
- c) Todas las prestadoras de salud, independientemente de su naturaleza pública o privada, deberán implementar la normativa con el fin de brindar atención a usuarias en situación de V.D.
- d) Estableció el deber de informar mensualmente al Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (PNSMG) del MSP el porcentaje de mujeres supervisadas sobre el total de mujeres consultantes, y el porcentaje de respuestas positivas sobre el total de encuestadas.
- e) La capacitación a funcionarios de la salud para brindar contención y prevención ante una situación V.D.
- f) Dispuso que la atención y asistencia se debe brindar de acuerdo a las pautas establecidas por el MSP en el documento “*Abordaje a situaciones de violencia doméstica hacia la mujer – Guía de Procedimiento para el primer nivel de atención de salud*”, estableciendo la conformación obligatoria de equipos técnicos multidisciplinarios de referencia en todas las instituciones a efectos de brindar una respuesta adecuada.²²
- g) Deberá encontrarse en cada institución de salud insumos informativos tanto para los técnicos como para las usuarias que asisten al mismo.
- h) Crear equipos de referencia en V.D dentro de cada prestadora de salud informándose su conformación al PNSMG. Deberán constituirse con un mínimo de tres técnicos, de los cuales uno debe ser médico. Serán los responsables de asesorar a los funcionarios de la salud y generar estrategias para las intervenciones detectadas en V.D.
- i) Deberán implementar mecanismos y recursos institucionales que brinden una respuesta adecuada y oportuna a las usuarias en el momento de detección de la situación de V.D.
- j) Participar y promover desde la institución jornadas de prevención y erradicación de la V.D tanto para las usuarias como para los funcionarios.

²⁰ http://www.infoviolenciadomestica.org.uy/indicadores_msp.php

²¹ Ibidem

²² http://www.infoviolenciadomestica.org.uy/indicadores_msp.php

En los próximos apartados se mencionará la implementación de estos decretos en el departamento de Maldonado, particularmente en la institución de salud privada Asistencial y policlínica del ASSE “Vigía”.

CAPITULO IV

Metas Asistenciales

La normativa se encuentra incentivada por metas asistenciales por considerarse una política prioritaria dentro del sistema de salud. Son llevadas a cabo por la Junta Nacional de Salud (JUNASA) organismo rector del SNIS, la que tiene como objetivo promover indicadores que el MSP considera relevantes en calidad de salud y brindar una nueva modalidad de atención y reorganización por parte de las prestadoras de salud.

En 2009 la meta número dos plantea la importancia de capacitar en recursos humanos a las instituciones de salud en V.D, con el fin de responsabilizarlas para una adecuada implementación de la normativa; sensibilizar al personal de salud del Primer Nivel de Atención y a todos los que aborden las situaciones de riesgo o afectación. (González, Mariana y Calce, Carla y Magnone Natalia y Pacci Gabriela. 2011)

En el año 2011 se lleva a cabo en la meta número diez “Pesquisa de V.D” donde serán cuestionadas las mujeres entre 20 y 45 años de edad que consulten en medicina general y ginecología básicamente, quedando registrado en el formulario violeta que será anexado a la historia clínica. En 2012 cambia la edad inicial ante la pesquisa comenzando a partir de los 15 años en adelante.

Para el pago de la meta asistencial a las prestadoras de salud, deberán cumplir trimestralmente con cierto porcentaje de usuarias atendidas en medicina general y ginecología sobre usuarias pesquisadas en la misma especialidad. Tal número se multiplica por los afiliados de FONASA de esa institución dando como resultado el presupuesto a transferir. Existen condicionantes de pago si las metas no son cumplidas en fecha y hora.

Según la Dra. Silvana Amoroso de ASSE del Departamento de Maldonado, los médicos se sienten obligados por las prestadoras de salud a llevar a cabo las metas propuestas por el MSP.

“En realidad si, existen metas. Que rol ocupan esas metas? Lo que buscan las metas es dirigir al sistema hacia ese modelo de atención, no sé a nivel privado como las manejan. En el sentido que cumplir las metas implica un dinero para la empresa y a veces pueden estar

*obligados los médicos por las direcciones técnicas a hacer algo en que no están de acuerdo y no saben cómo hacerlo solo por cumplir con la meta asistencial”.*²³

En lo que respecta a la meta capacitaciones la Dra. Amoroso menciona:

*“...Primero una meta obligatoria fue capacitar al personal sobre género. Las capacitaciones se hicieron, pero después para mí van quedando hacia atrás las capacitaciones y como fueron una meta capacitación de que todo el personal estuviera...”.*²⁴

Desde un inicio existió una obligación por parte del organismo del MSP en el cumplimiento de las metas para realizar capacitaciones. Posteriormente estas metas fueron desdibujándose, haciéndose inexistentes para el ejecutor y las prestadoras de salud, que no dieron prosecución en forma voluntaria. Aquí es donde volvemos a verificar que la normativa y su implicancia como mecanismo de prevención, no presenta prioridad ni en la estructura institucional ejecutora, ni en los centros de salud del Departamento.

La adjudicación de las metas en las prestadoras de salud depende del seguimiento que realice el MSP como contralor de la normativa. Se señala un interés económico de las prestadoras en Maldonado ante el cumplimiento de las metas y una obligación en su ejecución. Esta obligación genera en oportunidades intervenciones de detección no adecuadas debido al desinterés ante la problemática o a la falta de capacitaciones sobre la misma.

Probablemente las transferencias formen parte estratégica para el cumplimiento de políticas sociales a nivel nacional, y surjan del compromiso y obligaciones que tiene nuestro país a partir de ratificaciones internacionales que garanticen los Derechos de las mujeres a vivir sin violencia, pero frente al incumplimiento es una transferencia dineraria inútil, sin seguimiento, ni aplicación de sanción, por lo pronto tampoco sirvió como estímulo al compromiso ni a la concientización de la problemática.

“Los programas de transferencia de ingresos están ganando terreno en la agenda social, lo que es preocupante (...) descartan consideraciones relacionadas con la distribución social de las responsabilidades para la construcción de una sociedad con mayores niveles de equidad,

²³ ANEXO V. Entrevista a Dra. Silvana Amoroso

²⁴ ANEXO V. Entrevista a Dra. Silvana Amoroso

proponiendo a cambio dinámicas de protección focalizadas que no reconocen criterios de solidaridad a nivel de sociedad.”(Serrano, Claudia. 2005:60)

El incumplimiento de ambas partes es claro. Por un lado el Estado no controla el funcionamiento de la normativa y las prestadoras de salud colocan la V.D como una problemática irrelevante, diferente a los demás temas sanitarios que no es necesario detectar ni prevenir. Se coloca en tela de juicio el alcance de la normativa, así como los derechos y garantías de las personas, los que son parte de otros tantos derechos incumplidos diariamente en la agenda pública estatal y privada.

4.1 Conocimiento de la normativa y conformación de los Equipos Referentes en las instituciones de salud

En lo que respecta a la conformación de los equipos de referencia el MSP informa que en el año 2009 existían 72 equipos, en el 2011 se incrementó en 93 y en el año 2012 existían 103 equipos de referencia.

A pesar del incremento de la creación de estos equipos, en la Mutualista Asistencial y policlínica barrial de ASSE “Vigía” del departamento de Maldonado se detectó que no cuentan con equipo de referencia en V.D específicamente como lo requiere la normativa. En éstos existen funcionarios de diferentes disciplinas principalmente del área psicosocial que se encargan de las situaciones de V.D detectadas en las usuarias. A su vez, la Trabajadora Social y Psicóloga de la policlínica de ASSE, así como la Psicóloga de la Mutualista Asistencial-Cantegril manifiestan no conocer en profundidad la normativa y la inexistencia del equipo de referencia:

“He oído hablar de la ley no la conozco en profundidad, cuando nos enfrentamos ante una situación en general lo que hacemos es coordinar con instituciones que si trabajan el tema, pero conocer en profundidad no sabemos, a grandes rasgos digamos de la existencia de la ley de los formularios, de que hay que inmediatamente derivar los casos pero nada más”²⁵.

²⁵ ANEXO VIII. Entrevista Trabajadora Social de Policlínica Vigía

“En el momento no existe un equipo de referencia, si lo hubo hace un año aproximadamente que estaba comenzando a fluir y a interactuar con otras instituciones (...) Luego el personal fue cambiando y el equipo se desarmó. Actualmente hay un equipo psicosocial que es a quienes acuden los médicos, parteras o cualquier disciplina que detecte una situación de violencia. De todos modos la idea es que todos estén preparados para recepcionar las diferentes situaciones para que las personas no tengan que exponerse a mucha gente.”²⁶

“... Lo más importante es que el servicio funcione correctamente no como en el caso de nuestra institución que no existe un equipo específico para eso (...) Hay un equipo conformado por una administrativa y un doctor, pero yo no lo llamaría de referencia porque cada vez que detectamos un caso de V.D lo derivamos a los distintos centros que conocemos que trabajan con casos de VD.”²⁷

El desconocimiento de la normativa y la desintegración de los equipos debido al cambio de personal, unido a una actitud pasiva y desinteresada de las funcionarias en la información y los marcos regulatorios de sus tareas, derivan en múltiples ausencias a los compromisos legales y reglamentarios asumidos por el propio estado (Ley 17.514).

En lo que respecta a las derivaciones de las situaciones de V.D, creemos necesario romper con la praxis habitual de la derivación a expertos, debiendo comprometerse el sector de salud, en su hacer cotidiano el abordaje de V.D en los diferentes niveles de atención teniendo en cuenta la particularidad de cada situación de las usuarias (González, M. y Calce, C. Magnone, N y Pacci, G. 2011).

Se destaca que la policlínica “Vigía” se encuentra en medio del realojo Cuñetti y a tres cuadras del asentamiento Eucaliptus que tiene alrededor de seiscientas familias por lo que la policlínica posee un número importante de usuarias diariamente. La superpoblación en conjunto con la actitud pasiva y desinteresada de los técnicos, se torna en una dificultad a superar para el cumplimiento de la normativa.

²⁶ ANEXO IX. Entrevista Psicóloga de Policlínica Vigía

²⁷ ANEXO XI. Entrevista Psicóloga de AMECOM-ASISTENCIAL

A la inexistencia de equipos de referencia se suma la ausencia de un médico/a integrante como lo establece la norma. Esto se observa en “Vigía”, que a pesar de no contar con este recurso, al desintegrarse el equipo de referencia, el área psicosocial se ha encargado de las situaciones de violencia. A ello se agrega la necesidad de que estos técnicos cuenten con capacitaciones específicas en la temática debido a que son los referentes para el abordaje de las situaciones de V.D que se detectan.

Si bien es importante que los equipos de referencia se encuentren presentes en los centros de salud dado que brindan apoyo y establecen estrategias de prevención, se consideran que no deberían ser los responsables exclusivos ante la asistencia, ya que la idea central es que las intervenciones de detección y prevención se tornen habituales en las tareas de todos los/as profesionales. (González, Mariana y Calce, Carla y Magnone Natalia y Pacci Gabriela. 2011)

El Observatorio de Violencia y Salud (2009) plantea como desafío la falta de compromiso institucional así como también la falta de tiempo de los agentes de salud que indican encontrarse con actividades superpuestas teniendo que optar por una de ellas, careciendo de disponibilidad horaria para encargarse de los casos de V.D.

“...Es de aclarar que lo que está estipulado que se haga depende pura y exclusivamente del compromiso y voluntad que el profesional disponga para prevenir y erradicar la V.D. Me parece importante aclarar que la IAMC se limita sólo a cumplir con lo que el M.S.P le exige. En lo personal pienso que no hay una propuesta seria y responsable de abordaje del problema desde las autoridades, depende pura y exclusivamente de las autoridades del centro de salud la importancia y prioridad que se le da al tema y en función de ello el tipo de abordaje que se realiza.”²⁸

Las voluntades y compromisos individuales de los técnicos tienen relación directa con el desfase que existe entre la necesidad de la normativa para su adecuada implementación y los recursos materiales y humanos que ofrecen los servicios de salud. Estas carencias de condiciones institucionales a nivel del MSP y de las prestatarias de salud cuestionan la posibilidad de alcance de los objetivos que se propone la normativa.

²⁸ ANEXO X. Entrevista Trabajadora Social de AMECOM-ASISTENCIAL

Según Sandra Romano (2007) las autoridades sanitarias son responsables de la normativa, de llevar a cabo la adecuación de las herramientas así como también monitorearlas. Menciona a su vez, que las prestadoras de salud se responsabilizarán de conformar los equipos de referencia, tener el material informativo y fundamentalmente la capacitación al personal de salud definiendo el rol que le compete a cada uno.

El programa de Violencia y Salud es el encargado de llevar a cabo el monitoreo sobre la conformación de estos equipos en los centros de salud, dando cuenta mediante informes a la JUNASA. El cumplimiento integral de la normativa pretende obtener datos que detallen la cantidad de usuarias atendidas, los procesos de intervención, las fortalezas y los obstáculos que se presentan para mejorar su diseño y consecuentemente optimizar resultados en la detección y prevención de la V.D en las usuarias de la salud.

Los vacíos y las debilidades de la implementación que se observaron en los diferentes niveles institucionales, tanto públicos como privados, cuestionan qué lugar en la agenda de prioridades ocupa efectivamente la problemática de la V.D.

4.2 La importancia de capacitaciones y la forma de posicionarse ante la modalidad de detección sobre V.D

Como hemos planteado, la importancia de capacitaciones obligatorias por parte del MSP es vital porque la problemática va más allá de lo que cultural y socialmente se conoce, por ende generar en los agentes de salud procesos dialécticos de reflexión ante la relevancia de detección de la V.D es fundamental. La *Guía de procedimiento en el Primer Nivel de Atención de Salud- Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer* menciona de manera sintetizada los avances en derechos de las mujeres, el compromiso de la salud como ente estratégico y la repercusión de la V.D en las usuarias más allá de lo físico.

Para iniciar procesos de detección por parte de los agentes de salud independientemente de su profesión o rol médico/a, enfermero/a, psicólogo/a, trabajador/a social o administrativo/a - es necesaria la capacitación sobre la problemática y la sensibilización. El trabajo de la temática

desnuda los temores e inseguridades propias, más allá de las que puedan surgir en las intervenciones con las usuarias. El manejo del abordaje y importa la responsabilidad y confidencialidad para generar un diálogo acorde y adecuado con la usuaria no exponiéndola a prejuicios ni a victimizaciones. En ese momento particular la usuaria necesita una respuesta de contención y apoyo, generando a su vez una instancia en la que pueda expresar la situación que atraviesa.

“La práctica utilitaria inmediata y el sentido común correspondiente ponen a los hombres en condiciones de orientarse en el mundo, de familiarizarse con las cosas y manejarlas, pero no les proporciona una comprensión de las cosas y de la realidad.” (Kosik, Karel. 1965: 26)

*“El mayor de los desafíos está en el compromiso del profesional con el tema para llevar a cabo la contención y entendimiento del tema para saber lo que la paciente necesita para superar la situación”.*²⁹

“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” (Abordaje a situaciones de Violencia Doméstica hacia la mujer. Guía de Procedimiento en el Primer Nivel de Atención de Salud. 2006:49) Como plantea la Guía de Procedimiento en el Primer Nivel de atención (2009) el servicio de Salud no va a modificar la situación de violencia en la usuaria, pero sí pretende que sea apoyada ante estas situaciones y poder monitorear la misma.

Las capacitaciones en la localidad de Maldonado han sido llevadas a cabo mediante Ong's especializadas en la temática para capacitar al personal de salud, si bien estas se dieron en un momento determinado no volvieron a reiterarse dando como resultados acciones insuficientes que denotan una inadecuación en las indagaciones de rutinas por parte del personal de salud.

²⁹ ANEXO X. Entrevista Trabajadora Social de AMECOM-ASISTENCIAL

“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. Tanto de las entrevistas como de los informes enviados al PNSMG se deduce la insuficiencia de instrumentación de estas acciones”. (Observatorio de Violencia y Salud 2009:61)

En lo referente a la instrumentación de indagación de rutina existen dos modalidades de intervención: *directa* e *indirecta*. Varios agentes de la salud optan por realizar el cuestionario de manera *directa*, el mismo es breve y el personal lo considera de mucha utilidad, así como también de óptima recepción por parte de la usuaria. (Abordaje de Situaciones de VD hacia la mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud. 2006).

Contrariamente a lo mencionado, pacientes de la Asistencial manifiestan como se sintieron en el momento del cuestionario al realizarse de manera *directa*:

*“Fue de forma directa, de todas maneras para la importancia de lo que engloba el tema considero que no fue de una manera adecuada, debido a que como profesional no indagó lo suficiente para llegar a un resultado apropiado. El médico fue llenando el formulario delante mío, únicamente contestaba lo que yo explicitara más allá si era cierto o no lo que yo planteaba.”*³⁰

*“El cuestionario se planteo al final de la consulta médica de manera directa y sorpresiva, la Dra. me preguntó si me molestaba que me realizara el cuestionario y además planteo que no le agradaba realizarlo dado que hay personas que les incomodaba y reaccionaban mal”.*³¹

*“No considero que sea negativo, pero la forma de abordar el tema a mi parecer no es el adecuado, ya que las preguntas directas generan incomodidad. Se podría pensar otras alternativas menos invasivas teniendo en cuenta que el tema es bastante delicado”.*³²

³⁰ ANEXO X. Entrevista a usuaria de AMECOM-ASISTENCIAL

³¹ ANEXO X. Entrevista a usuaria de AMECOM-ASISTENCIAL

³² ANEXO X. Entrevista a usuaria de AMECOM-ASISTENCIAL

Por otra parte, usuarias de la policlínica Vigía manifiestan en la entrevista no haber sido nunca indagadas sobre V.D. Ambas cuentan con médica referente de familia que lleva a cabo las consultas de salud de sus hijos como las suyas. De igual manera una de ellas expresa la importancia de la detección:

*“Y si, por tantas cosas hay tantas mujeres golpeadas que no saben con quien hablar”.*³³

*“Si bien considero que es importante, no sé bien cuál es el objetivo. Creo que no todos los profesionales están capacitados para realizar el mismo debido a la metodología que se está utilizando. Es importante que desde las mutualistas se aborde dicha problemática, pero a través de herramientas que habiliten a un diálogo de la misma”*³⁴

Se visualiza claramente que el parte médico presenta dos dificultades, la no realización del cuestionario o la modalidad *directa* que genera incomodidad a la usuaria en el momento de realizarlo. Probablemente esto último se deba al escaso tiempo que requiere el médico para efectuar la consulta. Pero existe a su vez una precaria e inexistente modalidad de como posicionarse al implementar el cuestionario. Es aquí donde nuevamente vuelve a reiterarse la necesidad de asignación de recursos, como capacitaciones obligatorias y ampliación del tiempo de consulta para lograr una adecuada intervención.

La inadecuación al momento de implementar el cuestionario obtiene respuestas sesgadas por parte de las usuarias, no consiguiendo aproximarse a situaciones que ameriten a ser atendidas. Los médicos poseen la obligación de aplicar el formulario y de capacitarse para el manejo de la problemática de V.D, así como de entender el valor de su detección temprana en el sector. Amorín (2008) manifiesta que las prácticas profesionales se centran en el ámbito clínico y sus respuestas no son abordadas como lo plantea la normativa sino que se basan en problemas de salud parciales, existiendo una distancia importante entre lo que debiera ser la atención y lo que realmente sucede en la cotidianidad del ejercicio profesional.

³³ ANEXO X. Entrevista a usuaria de Policlínica Vigía

³⁴ ANEXO X. Entrevista a usuaria de AMECOM-ASISTENCIAL

El 8vo y 9no informe País de cumplimiento de la Convención CEDAW 2007-2014, menciona que en los servicios de salud, según datos del año 2012, se realizó la pesquisa a 522.200 mujeres mayores de 15 años detectándose 4.090 (0,8%) en situación de V.D, actual o pasada. De éstas fueron derivadas a los Equipos de Referencia en V.D 1.711 mujeres. Las cifras demuestran la importancia del centro de salud como espacio estratégico de detección y la importancia de la problemática a nivel nacional.

4.3 Una relación incómoda: médico-violencia doméstica

Cómo hemos mencionado, el médico es un componente fundamental en la funcionalidad de la normativa. Se encuentra en un escenario estratégico, por situarse en un lugar de reconocimiento socialmente legitimado, por la posibilidad de poder realizar la aplicación del cuestionario en la consulta y conformar los equipos de referencia aportando desde su saber clínico. Pero sin embargo la aplicación del cuestionario presenta dificultades que impiden la veracidad de los datos y la detección de situaciones de V.D. Este apartado pretende analizar los desafíos que se presentan para una adecuada detección e involucramiento por parte del cuerpo médico/a.

La medicina como disciplina históricamente hegemónica, se instaló como un deber ser legitimado en la sociedad a través del poder de curar. Una profesionalización que históricamente se caracterizó por pertenecer a una estructura jerárquica, un orden social casi incuestionable y respetado históricamente, que mantiene hasta ahora un importante poder económico-social. *“Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo”*. (Foucault, Michel 1974: 160)

A través de esta postura hegemónica el médico es considerado históricamente un decisor en los cuerpos de las personas, existiendo médicos referentes de familia generacionales que son sumamente respetados por lo que su profesión implica. A través de este reconocimiento social existente es que su funcionalidad se presenta como sustancial en el momento de detección y obtención de resultados que permitan generar intervenciones eficaces de prevención y erradicación de la V.D.

En la policlínica “Vigía” se presentan obstáculos como la falta de tiempo y la escasa prioridad que dan algunos médicos a la aplicación del cuestionario en la primera consulta.

*“La mayoría de los médicos la llenan, igual me parece que no todos le destinan el tiempo necesario para completarla, que no sea simplemente completar un formulario, sino indagar y dar respuesta o solución a lo que trae la usuaria. Muchos traen el tema del tiempo que tienen 15 minutos por consulta para realizar la pesquisa, a parte de la consulta que trae el paciente”.*³⁵

*“Yo sé que lo he visto en las historias, no en todas he visto el formulario y sé que hay médicos que sí preguntan e investigan. Ahora si en una primera entrevista ellos lo hacen, creo que no. Yo no puedo afirmar pero por lo que he visto en general creo que no, que sí en la anamnesis cuando empiezan a hablar con la persona puede aparecer la situación derivan y llaman a la asistente social o llaman a la psicóloga. Pero que se haga sistemáticamente como protocolar, no es una cosa que se haga siempre.”*³⁶

“Muchas se sienten atropelladas por los tiempos del técnico/a debido a que no respetan los tiempos, contradicciones, ambivalencias y complejidades que vive la mujer. La necesidad de seguridad, las medidas de protección y evaluación del riesgo son soslayadas por lo cual se dejan de lado la construcción de una red vincular y apoyo comunitario” (Rondán, Jorge 2008: 28)

Lozano (2011) manifiesta que los médicos que no cuestionan sobre la presencia de V.D como causa de las dolencias, corren el riesgo de medicar síntomas emocionales que no sean abordados de una manera integral. Dice que si bien pueden existir problemas depresivos en las usuarias es necesario dejar de lado la postura biologicista asociada siempre a la utilización de medicamentos para comenzar a posicionarse desde un paradigma biopsicosocial.

La derivación a profesionales de la salud mental no responde a la necesidad de la mujer en ese momento, así como tampoco su solución con psicofármacos. Esto sucede en el centro de

³⁵ ANEXO IX. Entrevista Psicóloga de Policlínica Vigía

³⁶ ANEXO VIII. Entrevista Trabajadora Social de Policlínica Vigía

salud Asistencial, donde “...en el caso de los psicólogos evaluamos el pase a psicoterapia individual o familiar depende”.³⁷ Clasificar la situación por la que está atravesando la usuaria como una probable patología psicológica derivándola a uno u otro especialista la expone a relatar nuevamente su historia así como también asociarla con problemas de salud mental.

“... en el sector de salud, en particular ese poder se quiere conservar y es fácil mantener el orden social, porque uno sobre todo en esta sociedad, al estar medicalizada, uno se va apropiando de problemas y los va acallando. Porque al desempleo le damos depresivos, a la rabia del adolescente le damos risperidona, a la violencia la dormimos, y entonces se puede incidir en sostener este orden social que daña tanto”. (Güida, Carlos 2008:93)

Se torna dificultoso para el personal médico poder visualizar más allá de los abordajes biológicos, debido a que su visión profesional se encuentra totalmente parcializada, encuadrándose en un “deber ser” legítimo e incuestionable. Muchas pacientes no presentan lesiones físicas y sus situaciones de violencia están más asociadas a cuestiones psicológicas como amenazas, hostigamiento, también abuso sexual, o violencia patrimonial que no son tan notorias como las marcas físicas. Por lo que es importante entablar una comunicación acorde con la usuaria, generarle un espacio de confianza, para poder develar de donde proviene su malestar y si éste se encuentra vinculado con alguna situación de violencia.

Láuz (2005) hace referencia a una práctica que pone énfasis en lo curativo, concibiendo a la persona en partes, dejando de lado lo preventivo, desvalorizando su historicidad, de lo social y comunitario en el cual se maneja cotidianamente el ser humano. La autora menciona que dicho modelo médico es considerado deshumanizado y deshumanizante.

*“No debemos desconocer que la mayoría de las IAMC están dirigidas por médicos y éstos en Uruguay en la UdelaR tienen una formación muy clínica. Y no hay un abordaje muy especializado y si lo hay no es común un abordaje integral de la persona”.*³⁸

³⁷ ANEXO XI. Entrevista Psicóloga de AMECOM-ASISTENCIAL

³⁸ ANEXO X. Entrevista Trabajadora Social de AMECOM-ASISTENCIAL

El centro de salud “Asistencial”, menciona la obligatoriedad del personal médico a participar en las instancias de capacitación y conformación de los equipos de referencia.

“...En el caso de AMECOM se invitó a todas aquellas personas que les interesaba el tema y al médico se le exigió ya que no había voluntarios para integrar dicho equipo.”³⁹

“...No se sienten preparados, no piensan que les corresponda a ellos y por lo tanto no son consientes de la repercusión que tiene en la salud de la mujer.”⁴⁰

Por otra parte, además de la falta de capacitación y recursos de tiempo, se presentan desafíos vinculados a una conceptualización de género. El Observatorio de Violencia y Género (2009) informa que la mayoría de las acciones en las prestadoras de salud son cumplidas en su mayoría por mujeres del área de la enfermería o psicosocial, como sucede en otros servicios de la población que trabajan con la temática. Esta situación se torna preocupante dado que si bien hemos avanzado en términos de derechos e igualdades entre hombres y mujeres aún se presentan modelos patriarcales instaurados.

El género juega un papel predominante en la negación del médico varón en la indagatoria sobre V.D, donde la desigualdad de poderes y el sistema patriarcal siguen persistiendo. Parece prevalecer una ideología de madre-esposa como único rol femenino. Este pensamiento tradicional se puede vincular al desinterés del médico a la problemática de V.D. y la relación - lo privado pertenece a al hogar - y en ello el profesional (aun menos) el médico no debe intervenir.

La relación entre médico-usuaria no se posiciona a través de un vínculo longitudinal, prima respectivamente la dominación de poder del hombre en conjunto con la disciplina médica sobre la sumisión del ser paciente y mujer. Se torna preocupante este impedimento médico para detectar situaciones de violencia debido a su posicionamiento institucional, profesional y machista, en un escenario que puede trascender más allá de la consulta habitual e indagar sobre situaciones que pongan en riesgo a las mujeres en su integralidad.

³⁹ ANEXO X. Entrevista Trabajadora Social de AMECOM-ASISTENCIAL

⁴⁰ ANEXO V. Entrevista a Dra. Silvana Amoroso

“La desigualdad de poderes y valoraciones sociales no son percibidas por ellos/as lo cual no solo impide el reconocimiento de situaciones de VDCM en sus pacientes sino que la ocultan, privatizan y naturalizan (...) Cuando los decisores tienden a negar, minimizar o naturalizar la VDCM inhiben a los efectores con mayor sensibilización a implementar nuevas prácticas de atención. Por lo cual se genera una oscilación en el personal de salud que fluctúa desde la negación a la impotencia para dar respuestas frente a las situaciones de VDCM”. (Amorín, David 2008: 26)

Trabajar desde otra postura, de una manera analítica, integral y comprensiva, donde el médico se comprometa con las usuarias a fin de erradicar esta problemática, implica romper con un modelo de medicalización instaurado tradicionalmente y generar una nueva visión que comprenda más allá de lo sintomático.

“El pensamiento común es la forma ideológica del obrar humano de cada día. Pero el mundo se revela al hombre de manera fetichizada, en el traficar y en el manipular, no es el mundo real, aunque tenga la consistencia y la validez de este mundo, sino que es el mundo de la apariencia” (Kosik, Karel 1965: 32)

“...Tener presente nuestro lugar como observadores-participantes (...) requiere una postura crítica, el análisis del sistema de creencias en relación a la violencia y a los modelos de socialización”. (Romano, Sandra.2007:79)

Es necesario ir más allá de las percepciones en las que nos encontramos insertos, consideradas naturales y universales. Llegar a cuestionarse sobre la problemática y dismantelar concepciones socio-culturales establecidas, analizándolas dialécticamente, llegando a comprender las situaciones desde otra perspectiva. De esta manera logramos generar cambios personales y comunitarios de cómo ver el mundo y por lo tanto de un nuevo “deber ser” dentro de la medicalización.

“Los intelectuales, o bien consolidan un modelo burgués, fundado sobre bases autoritarias, o bien estimulan el crecimiento crítico de las masas reformulando la producción de la teoría. O

son funcionarios de la burguesía o están dispuestos a pensar y a luchar orgánicamente junto al pueblo”. (Rebellato, J.L. 1988:106)

Es preciso desprenderse del mundo de la cotidianidad, principalmente de la cotidianidad médica para poder llegar a generar un pensamiento dialéctico del por qué esta problemática forma parte de las líneas de acción de salud pública y se presenta como una de las principales violaciones a los Derechos Humanos. Concientizar sobre la preocupación y el compromiso sobre realidades que se encuentran atravesando miles de mujeres que son víctimas cada año en nuestro país. Es necesario contar con un abanico de estrategias que incluyan un manejo adecuado de los recursos internos de la estructura de la normativa, externos y sectoriales disponibles en el departamento. Pero estas estrategias son viables si contamos con un personal comprometido y sensibilizado con la causa.

4.4 Interdisciplinariedad y los Recursos Sectoriales

Como hemos mencionado en la normativa se presenta la obligatoriedad de Equipos de Referencia, los que son inexistentes en los centros de salud de Maldonado. La escasa o nula participación de las disciplinas en el sector de la salud, conlleva a dificultades en el manejo de información, en la modalidad de intervención y derivación a la interna de la institución como a nivel sectorial.

“Las cosas que yo he escuchado, es que no saben cómo preguntar, investigar, después que no saben qué hacer cuando la persona les plantea situaciones. Consideran que no saben a qué equipos, no conocen a sus propios equipos que hay en instituciones, y eso es lo que me parece a mí que hay que trabajar...”⁴¹.

“En realidad en todos los centros existen personas que están capacitadas para orientar y abordar de primera esos problemas pero lo que yo veo es que los médicos no preguntan, no hacen la entrevista y cuando la hacen en seguida buscan derivar a alguien pero no saben cómo hacer una buena derivación que finalmente esa persona acceda al servicio”.⁴²

⁴¹ ANEXO V. Entrevista a Dra. Silvana Amoroso

⁴² ANEXO V. Entrevista a Dra. Silvana Amoroso

Aquí observamos claramente la ausencia de trabajo integral, que potenciaría sobre el cómo encuadrar la problemática. Observamos que aparece nuevamente el médico como integrante fundamental en las intervenciones, así como en la modalidad e información que utiliza para una adecuada derivación y consecuentemente una óptima prevención de la situación de V.D.

Susana Cazzaniga (2008) señala que una problemática que presenta el trabajo interdisciplinario en las instituciones de salud son las disciplinas prestigiosas reconocidas socialmente que reflejan la desigualdad de poder en el quehacer institucional.

Se apuesta por medio de la actuación interdisciplinaria desarrollar potencialidades desde una visión conjunta a la interna de las instituciones de salud, desmantelando el autoritarismo de disciplinas hegemónicas como la medicina. Se plantea como desafío en esta normativa, que el médico logre trabajar grupalmente, apostando a un quehacer flexible, a un lenguaje común para un verdadero trabajo integral con el fin de potenciar óptimos resultados mediante la compleja demanda de la V.D en las usuarias.

“...participan todos los profesionales que trabajan en el mismo, por lo tanto todos estos actores tienen como horizonte de intervención este social asistencial, que se expresa los llamados “problemas sociales”. De este modo, si bien se puede reconocer desde las diferentes disciplinas aspectos de incumbencia específica, la comprensión de las situaciones que se abordan merecen un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de integridad, para luego identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad. Desde esta perspectiva no hay una disciplina que interviene en lo social, en todo caso habría una “mirada disciplinar” que se hace cargo de ciertos aspectos de lo social.” (Cazzaniga, Susana 2008:164)

Independientemente de miradas clínicas y mecanicistas el problema se traduce más a fondo, no solo comprometiendo a las áreas sociales de la salud como la psicología o trabajador/a social. La problemática de la V.D al ser multi-causal, compromete a todas las disciplinas por lo que se torna fundamental la complementariedad de saberes para un adecuado abordaje.

“Porque no se trata solo de saberlas entrevistar de una manera que no sea invasiva sino que después que se encuentra una situación de violencia también poder valorar la situación, saber que puedo hacer yo como médico, si yo no puedo hacer mucho saber a quién derivar y como derivar”⁴³.

“La diversidad de experiencias en la capacitación al personal de salud, plantean la necesidad de mejorar la articulación y planificar las acciones de formación de RRHH que se realicen. Se recomienda que esta planificación sea intersectorial de forma de capitalizar la experiencia y optimizar el empleo de recursos, evitando superposición de acciones, se recomienda jerarquizar la etapa de convocatoria y priorizar la formación en servicio”. (Observatorio de Violencia y salud 2009: 62)

Se intenta a través de la interdisciplinariedad, que los agentes de salud más allá de los compromisos laborales individuales que asuman, opten por establecer a las instituciones sanitarias en una verdadera herramienta política transformadora para la detección, erradicación y prevención de la V.D.

“Si se perfeccionara el abordaje de la problemática desde el sector de la salud, se beneficiaría no solo a las víctimas, sino al mismo sistema de salud ya que se prevendrían los gastos generados por la cantidad de prestaciones requeridas por las víctimas de violencia familiar” (Fuente, Edith Graciela. 2005:177)

Por otra parte, Maldonado cuenta con instituciones públicas y privadas pertenecientes a ONGs que se especializan en situaciones de V.D, ambas se distribuyen en el departamento facilitando el acercamiento a las víctimas. Se observa articulación entre éstas y las instituciones de salud, lo que permite mejor accesibilidad a los recursos sectoriales.

“Bueno en general, se convoca a psicología o trabajo social, ahí lo que hacemos es tener una entrevista en conjunto con la psicóloga o con la asistente social según a quien llamen. Lo que se hace es eso, coordinar con las instituciones que trabaja estos casos Zonta, PLEMMU

⁴³ ANEXO V. Entrevista a Dra. Silvana Amoroso

nosotros trabajamos mucho con PLEMMU (...) con la Intendencia a través de la oficina de género, con la comisaría de la mujer...”⁴⁴

“Las últimas coordinaciones se han realizado con Zonta porque no siempre la persona puede moverse a la localidad de San Carlos que es donde se encuentra PLEMMU. De todos modos algunas usuarias muestran su descontento por el encuadre de Zonta, siempre hay algún técnico nuevo a quien contarle las cosas, es cómo arrancar de cero, hay gente que está escuchando lo que relatas porque no es un espacio cerrado, sino que abierto por lo que genera bastante desconformidad.”⁴⁵

“Creo que es un tema que hace falta la atención psicológica específica en el tema que no hay en las instituciones, no se da por ejemplo en ZONTA, en PLEMUU si bien se trabaja se hace un acompañamiento jurídico, hay un psicólogo interviniente en los equipos pero no hay terapias que trabajen específicamente el tema. A nivel de salud de ASSE si bien hay psicólogos se hacen tratamientos, tratamientos muy breves, cortos en plazos de meses donde no da el tiempo y no hay formación específica tampoco”⁴⁶

Se manifiestan como obstáculos a mejorar la privacidad del espacio, el encuadre y el escaso o nulo recurso humano en tratamientos psicológicos a víctimas en situaciones de V.D. Esto último se considera de real importancia, dado que las víctimas necesitan de un espacio de contención psicológica. Si bien los procesos de cada persona son particulares, debería establecerse un tiempo estratégico que no se enmarque solo en un diagnóstico.

Aunque existen derivaciones desde las instituciones de salud a organizaciones vinculadas a la V.D, podemos ver que no existe un trabajo integral que aborde líneas de acción en conjunto para obtener resultados óptimos y principalmente de seguimiento por parte del servicio de salud al cual seguirá asistiendo la usuaria.

“Se invita a potenciar los espacios de articulación intrasectorial e intersectorial, en particular la Red de Equipos de Salud y Violencia Doméstica, las Redes locales y las

⁴⁴ ANEXO IX. Entrevista Psicóloga de Policlínica Vigía

⁴⁵ ANEXO IX. Entrevista Psicóloga de Policlínica Vigía

⁴⁶ ANEXO VIII. Entrevista Trabajadora Social de Policlínica Vigía

Comisiones Departamentales, como estrategia de fortalecimiento de la capacidad de respuesta y cuidado de los operadores. (Observatorio de Violencia y salud 2009: 62)

Otra de las limitaciones con que se encuentra el departamento, es la falta de recursos habitacionales para víctimas y familiares de V.D. No existen hogares especializados de amparo y resguardo como en la capital del país, se presenta un solo hogar de MIDES que ampara a población mixta. El MVOTMA, brinda subsidios de alquileres para víctimas de V.D pero que cumplan con la condicionante de estar viviendo un mínimo de dos años en el departamento y que hayan sostenido un proceso de intervención con organizaciones especializadas en V.D. Gran parte de las involucradas en la problemática no cuentan con ambas condiciones. Se suma a dicho obstáculo, que el monto del subsidio brindado por el MVOTMA es de 12 U.R, encontrándose por debajo del costo inmobiliario que existe en el departamento. Maldonado posee la característica de ser una fuente laboral turística al que las personas de otros puntos del país vienen a trabajar, de esta manera muchas mujeres acompañan a sus parejas, quedando sin redes familiares cercanas en situaciones de V.D, lo que las ubica en mayor posibilidad de riesgo.

Para finalizar este capítulo, me parece importante mencionar que si bien existen diversas políticas que se encuentran brindando respuestas a la problemática de V.D, todas se focalizan en el quehacer particular e institucional, dejando de lado el trabajo en red, multidisciplinario e intersectorial. Por lo que, se requiere generar estrategias entre los diversos técnicos, pero desde una postura de complementariedad, potenciando los recursos departamentales haciéndolos más eficaces y eficientes.

CONSIDERACIONES FINALES

Este trabajo desde su pretensión de contribuir a los desafíos y tensiones que presenta la implementación de la normativa de salud en el departamento después de nueve años de ejecución, respondió algunas interrogantes y generó inquietudes de investigación en el pequeño campo de estudio planteado. Si bien la muestra de las entrevistas se caracterizó por ser acotada, abarcó diversas disciplinas tanto médica, psicológica y social incluyendo a las usuarias que aportaron sobre su visión ante la normativa.

Se comenzó analizando con un enfoque macro y conceptualizando la violencia de género y posteriormente la V.D como manifestación de aquella. Las estadísticas recabadas por el Ministerio del Interior y el Observatorio de Violencia y Salud demostraron como la V.D se mantiene vigente y sigue presentándose como una problemática compleja y de difícil abordaje debido a sus multi-causalidades. Continúa preocupando, como no se ha logrado aún disminuir las situaciones de V.D, más allá de los grandes avances en el reconocimiento de Derechos Humanos y en las políticas públicas enfocadas en la temática.

Como dificultades en el trabajo se destacan: la escasa información actualizada y específica, la carencia de datos estadísticos y cualitativos de aplicación de la normativa para poder compararla entre los distintos departamentos o zonas territoriales.

Se pudo observar a través de las entrevistas de campo que si bien la política posee nueve años de implementación, no existe un conocimiento exacto de ella en los centros de salud de Maldonado donde debe ser ejecutada, así como también se percibe un desconocimiento primario de las normativas reguladoras y el consiguiente desinterés de las áreas aplicadoras de la problemática de la V.D. Complementariamente se observa la ausencia de monitoreo por medio de las directivas estatales y ejecutoras de salud que impiden su correcto funcionamiento, haciéndola entrever como ineficiente, lo que acarrea que las partes instrumentales no sean cumplidas en su totalidad, persistiendo la ausencia de capacitaciones, de Equipos de Referencia, del involucramiento médico y de la integralidad interinstitucional.

La falta de capacitaciones semestrales, conduce a la inoperancia exhaustiva de la normativa, al involucramiento de los agentes de salud ante una concientización de que dicha problemática encausa a toda la sociedad y no solamente a la víctima. Poder desarrollar registros y seguimientos de las indagaciones con las usuarias, para lograr establecer datos cuantificables como también nuevas estrategias y líneas de acción que generen un mejor alcance y protección a las víctimas.

Se manifiesta en el trabajo de campo la inaplicación de la normativa conjuntamente con la falta de compromiso y concientización por parte del personal médico ante la problemática de la V.D. Se considera que más allá de su posicionamiento hegemónico ante otras disciplinas, el médico debe asumir la responsabilidad ética del lugar privilegiado que ocupa dada su legitimización social. El Código de Ética Médico dice *“El médico no debe ser indiferente ante la violencia en general y la violencia doméstica y el maltrato o abuso sexual contra cualquier persona, especialmente con personas discapacitadas física o intelectualmente, o integrantes de otras minorías”*⁴⁷. La formación académica se ha centrado en lo sintomático, en lo biologicista, apostando a la integralidad del individuo. Pero cuando hablamos de integralidad, hacemos referencia al todo, por lo que las situaciones del entorno, como la V.D pueden ser las causantes de los síntomas. La formación médica que se orienta al bienestar del paciente desde lo clínico, debería incluir en su proyección educativa la importancia de los fenómenos sociales y sus manifestaciones desde lo orgánico, así como también el trabajo multidisciplinario principalmente con las áreas psico-sociales. Tener apertura al conocimiento de dichos fenómenos que requieren una visión dialéctica de la realidad social, apostando a lograr óptimos resultados desde el sector de la salud.

Por otra parte, el trabajador social se ha adentrado lentamente en el área de la salud, en conjunto con las transformaciones del sistema sanitario y en lo que respecta al cumplimiento de dicha normativa posee un rol trascendental. Tiene como objetivo dar a conocer y ayudar a reconocer tanto al personal de salud como a la usuaria, la importancia de la erradicación de la V.D y la comprensión de las garantías y derechos inalienables que posee la mujer junto a sus hijos y consecuentemente fundamentar la importancia de la aplicación de la normativa y la salud como espacio integral y de prevención.

⁴⁷ <http://www.colegiomedico.org.uy/Portals/1/Documentos/codigo2012.pdf>

Desde lo interdisciplinario nuestro rol radica en hacer reconocer la profesión, compartiendo una posición ideológica longitudinal basada en el respeto de pensamiento, posicionándonos desde un saber social, participando conjuntamente, analizando y elaborando nuevas herramientas que fomenten la salud como garante de derechos, desde un plano equitativo tanto para el paciente como para las disciplinas que se encuentran trabajando en el área. El trabajador social apuesta a la transformación de las situaciones de V.D en las usuarias, pero para ello es necesario reevaluar objetivos planteados, analizar y ejecutar nuevas líneas de acción que los hagan factibles.

Si bien hemos avanzado en políticas públicas que focalizan las situaciones de V.D, aún quedan fallas visibles que impiden un correcto desarrollo y prevención. En el caso de la normativa de salud una de las interrogantes que han transversalizado el trabajo es: ¿en qué lugar de prioridades se encuentra la V.D en la salud?, ¿cómo exigir un trabajo interdisciplinario en las prestadoras de salud, si las propias directivas ejecutoras de la normativa no se articulan con éstas para su correcta implementación?

“...la prevención de la violencia debe encararse como proyecto social de compromiso múltiple sostenible. Requiere de acciones en la comunidad y cambios estructurales. Si la sociedad ubica el problema solo en quienes son actores emergentes y no asume su responsabilidad de revisar las normas, costumbres y valores que sostienen las relaciones violentas, los costos de generar alternativas son mayores e inequitativamente distribuidos”
(Romano, Sandra 2007:81)

BIBLIOGRAFÍA

- Amorín David, Graña Francois, Güida y Rondán Jorge. (2008) *El papel de los varones e implementación de estrategias para la atención de la Violencia Basada en el Género, en el contexto de la Reforma del Sistema de Salud en Uruguay*. Ed.: Zonalibro. Montevideo, Uruguay
- Bentura Alonso, Celmira (2011). *Salud y Trabajo Social: ¿un campo social envejecido*. Ed.: Academia Española. Montevideo, Uruguay
- Cazzaniga, Susana (2001) “Trabajo Social e Interdisciplina. La cuestión de los Equipos de Salud” en Carballeda, Juan Manuel. *Salud e intervención en lo social*. (2008). Ed.: Espacio, pp: 153-167. Buenos Aires, Argentina
- Del Valle Cazzaniga, Susana (2003) *El Trabajo Social y las nuevas configuraciones de lo social*. Ed.: Espacio, pp: 5-55. Buenos Aires, Montevideo.
- Foucault, Michel (1992). “*La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina (1974)*”. En Revista Médica de Salud y Sociedad, N° 18. Buenos Aires, Argentina.
- Fuentes, Graciela Edith (2001) “Abordaje de la violencia intrafamiliar en el ámbito hospitalario”. En Teubal, Ruth et al. (2005) *Violencia Familiar, Trabajo Social e Instituciones*. Ed.: Páidos, pp: 171-188. Buenos Aires, Argentina
- Garzón, Ruben (2011) *La escalada de la violencia conyugal*. Montreal, Canadá
- González, Mariana y Calce, Carla y Magnone Natalia y Pacci Gabriela (2012) *Diagnostico sobre las Respuestas del Estado ante la violencia contra las mujeres en Uruguay*. Ed.: Mastergraf. Montevideo, Uruguay
- Guida, Carlos (2008) *El papel de los varones e implementación de estrategias para la atención de la Violencia Basada en el Género, en el contexto de la Reforma del Sistema de Salud en Uruguay*. Ed.: Zonalibro. Montevideo, Uruguay
- Hirigoyen, Marie (2012). *Mujeres maltratadas: los mecanismos de la violencia en la pareja*. Ed.: Páidos. Buenos Aires, Argentina
- Jelin, Elizabeth (1996). “Mujeres, género y derechos humanos” en Jelin, Elizabeth y Hershberg, Eric. “*Construir la democracia: derechos humanos, ciudadanía y SOCIEDAD EN América Latina*”. Ed.: Nueva sociedad, pp: 193-202. Caracas

- Kosik, Karel (1963). *Dialéctica de lo Concreto*. Ed.: Grijalbo. México
- Láuz, Iris (2005) “La Participación Ciudadana en Salud” en *Desafíos para el Trabajo Social ante las nuevas perspectivas políticas*. Enero- Abril 2005, N°33. Revista Regional de Trabajo Social. Ed.: EPPAL. Montevideo, Uruguay
- Lourau, René. (1994). *El análisis institucional*. Ed: Amorrortu. Buenos Aires, Argentina
- Loureiro, Rosa (2003) *Lo que pasa en Casa: de la Violencia que No se Habla*. Ed. Psicolibros. Montevideo, Uruguay.
- Lozano, Fernanda y Salas Rosso Fernando y Paullier Agustín. (2011) “Descubrir la Violencia Doméstica en la Consulta Médica para trascender el tratamiento sintomático. Análisis de la población atendida en una policlínica de Atención Primaria en Montevideo” en *Biomedicina*. Observatorio de la Salud, pp: 16-28. Vol. VI N°2. Montevideo, Uruguay.
- Malet Vazquez, Mariana (2009) *Vicisitudes de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva. (Ley 18.426 de 1° de diciembre de 2008)* en Revista Tribuna del Abogado. Colegio de Abogados del Uruguay. Montevideo, Uruguay
- Marijke, Velzeboer y Ellsberg, Mary y Clavel-Arcas, Carmen y García Moreno, Claudia. (2003) *Violencia Doméstica: Responde el Sector Salud*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Ocasional N° 12. Washington DC.: OPS
- Rebellato, José Luis (1988-1999). *El Marxismo de Gramsci y la nueva cultura*. Ed.:1988. pp: 103-131. Montevideo, Uruguay.
- Rebellato, José Luis (2009). *Ética y Práctica Social*. Ed.: EPAL, Biblioteca de la Educación Popular. Montevideo, Uruguay
- Romano, Sandra (2002) “Violencia Conyugal y Salud Mental” en *Violencia Familiar. Un abordaje desde la interdisciplinariedad*”. Ed.: UdelAR- Ministerio del Interior, pp: 221-261. Montevideo, Uruguay
- Romano, Sandra (2007). “Violencia Doméstica participación e integración social” en De Martino, Mónica y Moras, Luis Eduardo. *Sobre Cercanías y Distancias*. Ed.: Cruz del Sur, pp: 63-84. Montevideo, Uruguay.
- Romero, Laura (2001) “Concepto de Familia en relación a lo público y privado. Características de la familia violenta. Elementos para el diagnóstico familiar.” en Calvo, Loreley y Escobla Andrés y Viola Laura “*Violencia Familiar. Un abordaje desde la interdisciplinariedad*”. Ed.: UdelAR- Ministerio del Interior, pp: 11-32. Montevideo, Uruguay

- Serrano, Claudia (2005) *La política social en la globalización. Programas de protección en América Latina*. CEPAL, serie Mujer y Desarrollo.
- Solari, Mariela (2010) “Rutas de abordaje a las situaciones de violencia intrafamiliar” en RECSO_01. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Católica del Uruguay, pp: 78-99. Montevideo, Uruguay.
- Tuana, Andrea y Samuniski, Fanny (2005) *Violencia doméstica e incidencia en políticas públicas* en Red Uruguaya contra la violencia doméstica y sexual. Ed.: Empresa gráfica Mosca. Montevideo, Uruguay.

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
- Conferencia (2005) Género: Violencia y Equidad. Participación y Exclusión
- Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. (2005-2009). MSP. Montevideo, Uruguay
- Dorrego, Patricia (2013). Monografía de grado: “Sistema de Salud Uruguayo contra la Violencia Doméstica. Udelar, FCS. Montevideo, Uruguay
- Informe del Observatorio de Violencia Doméstica y Salud (2009). Ministerio de Salud Pública. Montevideo, Uruguay
- Informes del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay (2008, 2009 y 2013). Mujer y Salud en Uruguay. Montevideo, Uruguay
- Informe del Observatorio Nacional sobre la Violencia y la Criminalidad (2010, 2011, 2012 y 2014) Ed.: Ministerio del Interior. Montevideo, Uruguay
- Informe País Convención CEDAW 2007-2014. (2015) Instituto Nacional de las Mujeres. Ministerio de Desarrollo Social. Montevideo, Uruguay
- Informe País Convención Belem Do Pará (2008) Instituto Nacional de las Mujeres. Ministerio de Desarrollo Social. Montevideo, 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, Uruguay
- Morales, Carolina (2009) Monografía de grado: “*Violencia doméstica e Instituciones de Salud. Abordaje en el primer nivel de atención de salud*”. UdelaR, FCS. Montevideo, Uruguay
- Pérez, María de los Ángeles (2012) Ficha de Clase Teórica de la Materia Derecho Social. UDELAR. FCS
- Plan Nacional de Lucha Contra la Violencia Doméstica 2004-2010. (2003). Montevideo, Uruguay.

SITIOS WEB:

- Código de Ética Médico. Disponible en: <http://www.colegiomedico.org.uy/Portals/1/Documentos/codigo2012.pdf>. [acceso:15/08/2015]
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará” [On line]. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_ConvencionBelem.pdf [acceso: 20/03/2014]
- Diario digital LARED21. [On line]. Disponible en: <http://www.lr21.com.uy/comunidad/1168210-2013-26-086-denuncias-violencia-domestica-uruguay> [acceso: 23/06/2014]
- Informe sobre la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. [On line]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf> [acceso: 20/03/2014]
- Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad del Uruguay del año 2012-2013[On line]. Disponible en: <https://www.minterior.gub.uy/genero/images/stories/Datos.pdf> [acceso: 15/05/2014]

- Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. Ministerio del Interior. Noviembre 2013. [On line]. Disponible en: <https://www.minterior.gub.uy/genero/images/stories/Datos.pdf> [acceso: 18/04/2014]
- Plan Nacional de Lucha Contra la Violencia Doméstica 2004-2010. [On line]. Disponible en: http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/18258/1/consejonacconsluchavd_1_2004-2010.pdf [acceso: 2/11/2013]
- Poder ejecutivo: *Se aprueba el Primer Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica 2004-2010.* [On line]. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos/190-2004> [acceso: 05/12/2013]
- Poder Legislativo. Defensa del Derecho a la salud sexual y reproductiva. Ley N° 18.426. [On line]. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=> [acceso: 22/10/2014]
- Poder Legislativo. Ley de seguridad Ciudadana Ley N° 16.607. [On line]. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=16707&Anchor=> [acceso: 22/10/2014]
- Poder Legislativo. *Sistema Nacional Integrado de Salud. Ley N° 18.211* [On line]. Disponible en :<<http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=> . [acceso: 10/07/2014]
- Poder Legislativo. *Violencia Doméstica. Ley N° 17.514.* [On line]. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17514&Anchor=> [acceso: 05/12/2013]
- Resolución 34/180 en Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). [On line]. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_cedaw.pdf [acceso: 22/10/2014]
- Sistema Nacional Integrado de Salud [On line] Disponible en : <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf> [acceso: 15/05/2014]

GLOSARIO:

- AMECOM: Asistencial Médica Cooperativa de Maldonado
- ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado
- CEDAW: Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la mujer
- CNCLVD: Consejo Nacional Consultivo de Lucha Contra la Violencia Doméstica
- ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual
- FONASA: Fondo Nacional de Salud
- IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
- JUNASA: Junta Nacional de Salud
- MIDES: Ministerio de Desarrollo Social
- MSP: Ministerio de Salud Pública
- MVOTMA: Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente
- ONG: Organizaciones No Gubernamentales
- ONU: Organización de las Naciones Unidas
- PLEMMU: Plenario de Mujeres del Uruguay
- PNLCVD: Plan Nacional de Lucha Contra la Violencia Doméstica
- PNSMG: Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género.
- PVS: Programa Violencia y Salud
- SNIS: Sistema Nacional de Salud
- UEVD: Unidad Especializada en Violencia Doméstica
- V.D: Violencia Doméstica
- VDCM: Violencia Doméstica Contra Mujeres

