



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
CICLO DE METODOLOGÍA CIENTÍFICA II

Violencia Doméstica: abordaje desde lo establecido a la práctica asistencial en el Sistema de Salud del Uruguay.

Autores: Ferrari, Carolina¹; Gimenez, Luciana¹; Jorcin, Guadalupe¹; Pereyra, David¹.

Tutores: Bittar, Griselda²; González, Franco².

Departamento de Medicina Preventiva y Social: Unidad Sociología de la Salud. Facultad de Medicina, UDELAR.

Año 2014

1.- Estudiantes de Medicina, Ciclo Metodología II.

2.- Docentes Orientadores. Unidad de Sociología de la Salud.

Imagen de fondo.- Obra: El Grito III. La Era de la Ira. Artista: Oswaldo Guayasamín. Ecuador. 1983.

*Hoy desde el gran camino, bajo el sol claro y fuerte,
Muda como una lágrima he mirado hacia atrás,
Y tu voz de muy lejos, con un olor de muerte,
Vino á aullarme al oído un triste "¡Nunca más!"*

*Tan triste que he llorado hasta quedar inerte...
¡Yo sé que estás tan lejos que nunca volverás!
No hay lágrimas que laven los besos de la Muerte...
- Almas hermanas mías, ¡nunca miréis atrás!*

(...)

*Pobre mi corazón que se desangra
Como clepsidra trágica en silencio,
Sin el milagro de inefables bálsamos
En las vendas tremantes de tus dedos!*

Fragmento de: Elegías Dulces. En: Cantos de la Mañana

Delmira Agustini, 1910.

[Poetisa uruguaya asesinada por su ex-pareja en 1913.

Dejando expresado en sus obras la violencia que venía sufriendo].

AGRADECIMIENTOS

A nuestros docentes orientadores: Prof. Adj. Lic. Franco González (Unidad de Sociología de la Salud) y Asist. Dra. Graciela Bittar del Dpto. Medicina Preventiva y Social, por su guía a través de este proceso.

A la Prof. Agda. Dra. Sandra Romano de la Clínica Psiquiátrica por brindarnos su tiempo para el desarrollo de esta monografía.

A los profesionales de salud que participaron en nuestra encuesta.

A las bachilleres Noelia Icazzetti (Est. Educación Social) y Patricia Barot (Est. Trabajo Social) que nos aportaron bibliografía sobre la temática.

A la Lic. T.S. Miriam Lautaret de Comuna Mujer de la Intendencia Montevideo por brindarnos información.

A la Lic. Daniela Sena de la División de Violencia basada en Género del Instituto Nacional de las Mujeres-MIDES por el aporte de bibliografía.

A la Prof. Agda. Dra. Alicia Canetti de la Unidad Salud Mental en Comunidad que también nos brindó información.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
MARCO TEÓRICO	7
Reseña histórico-social.....	7
Violencia Doméstica como problema social y de Salud Pública.	7
Violencia y Violencia Doméstica. Conceptualizaciones.	8
Marco Legal en el Uruguay.	9
Respuesta del Sistema de Salud.	10
Dimensión del fenómeno en Uruguay.	11
OBJETIVOS	14
METODOLOGÍA	15
RESULTADOS	17
Contexto de creación y elaboración de la Guía. Justificación.	17
Implementación de la Guía. Marco jurídico.....	18
Ámbito de aplicación de la Guía.	19
Lineamientos de la Guía.	19
Equipos de Referencia en VD: integración y funciones.	20
Resistencias y dificultades en la implementación.	20
Monitoreo y seguimiento. La necesidad de diseñar y aplicar instrumentos: el formulario estadístico y Metas Asistenciales como marco.	21
Mejoras a realizar en la Guía	22
Situación actual de la implementación.....	22
CONCLUSIÓN.....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
ANEXO 1.- FORMULARIO DE DETECCIÓN DE VD.	28
ANEXO 2: DIMENSIONES DE ENTREVISTA A INFORMANTE CLAVE.....	30
ANEXO 3: CUESTIONARIO A PROFESIONALES DE LA SALUD DEL PNA DEL SNIS SOBRE EL USO DEL FORMULARIO DE DETECCIÓN Y LA GUÍA DE ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA DEL MSP	31
ANEXO 4: DESCRIPCIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD A RELEVAR Y RESULTADOS DEL RELEVAMIENTO.....	36

RESUMEN

Introducción. Este trabajo se realiza en el marco del Ciclo de Metodología Científica II de la carrera de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. La violencia doméstica (VD) es el eje temático en el que se inscribe. Partiendo de que la VD se ha instalado definitivamente como uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad, se entiende que aún no está lo suficientemente presente en la currícula de la carrera de medicina.

Objetivos. Describir y analizar el abordaje de las situaciones de Violencia Doméstica desde la identificación a las respuestas en el Primer Nivel de Atención, mediante lo establecido en los procedimientos formales y su correlación en la práctica asistencial, en el periodo Mayo-Agosto de 2014.

Metodología. Estudio descriptivo. Tres técnicas relevamiento: revisión documentada, entrevista y encuesta. Aspectos éticos: se pidió consentimiento informado a los encuestados y se mantuvo la regla de confidencialidad de los datos obtenidos.

Resultados. Si bien desde el sector salud existe una Guía para la detección y el abordaje de las situaciones de VD, y la misma a tenido el respaldo de un decreto, no ha tenido aún el eco necesario entre los profesionales de la salud y se evidencia una sub-utilización de los mecanismos ahí propuestos. Algunos de los factores parecen estar asociados a cierto escepticismo, dificultades para asimilar las acciones como algo dentro de sus competencias y falta de conocimiento.

Reflexiones finales. Consideramos que los lineamientos generales de la Guía están bien establecidos y que el desafío es lograr una mayor y mejor apropiación de la misma, para que pueda ser implementada en adecuación tanto a las situaciones como a los ambientes y características singulares en los servicios de salud. Podría ser útil la realización de encuentros entre profesionales (como se vienen realizando con los Equipos de Referencia) facilitando el intercambio e involucramiento entre los actores involucrados.

Palabras clave

Violencia Doméstica. Guía de Abordaje. Detección de Casos. Profesionales

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se realiza en el marco del Ciclo de Metodología Científica II de la carrera de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. La violencia doméstica es el eje temático en el que se inscribe. Partiendo de la consideración de que la VD se ha instalado definitivamente como uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad, se entiende que aún no está lo suficientemente presente en la currícula de la carrera de medicina. Desde esta postura, entendemos que es altamente pertinente desarrollar un trabajo monográfico que aborde esta temática.

La violencia doméstica es una problemática social que afecta la salud en todos sus aspectos generando diversos costos para la sociedad en su conjunto (de índole familiar, económico, entre otros.) y tiene un claro trasfondo cultural relacionado a pautas históricas de relacionamiento entre hombres y mujeres. Las dimensiones que ha adquirido en la sociedad este problema, lo convierte en un problema de salud pública de primer orden.

En nuestro país, en los últimos años se viene registrando un número importante de homicidios de mujeres a causa de violencia doméstica, siendo el componente prioritario en el número de homicidios contra la mujer en general. Asimismo se viene registrando un aumento del número de denuncias por violencia doméstica.⁽¹⁶⁾

En un intento de responder a esta realidad se creó en el año 2002 la Ley N° 17.514 sobre Violencia Doméstica y actividades orientadas a su prevención, detección temprana, atención y erradicación. Esta ley establece la creación del Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica quien debe elaborar, ejecutar y dar seguimiento a la implementación del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica el cual es coordinado por el Instituto Nacional de las Mujeres del Ministerio del Desarrollo Social.

En el marco de este Plan, el Área de Violencia de Género del Ministerio de Salud Pública elaboró una Guía de Procedimiento sobre el Abordaje de la Violencia Doméstica en el Primer Nivel de Atención con el objetivo de detectar, atender y prevenir las situaciones de violencia doméstica.

Generalmente esta problemática afecta mayoritariamente a la mujeres, por lo que este trabajo va a estar enfocado en violencia doméstica contra la mujer, procurando describir e identificar nudos críticos tanto en la identificación de las situaciones como la respuesta que se da desde los Servicios de Salud a las necesidades de las víctimas. Se pretende contribuir a que se visualicen las dificultades y barreras que existen, y que el trabajo sea un disparador más de futuras investigaciones sobre el tema, obteniendo así más aportes desde las ciencias de la salud.

MARCO TEÓRICO

Reseña histórico-social

En las últimas décadas, la visión que se ha tenido de la violencia doméstica (ahora en más VD) como un problema social y de salud ha ido variando. Históricamente ha sido un fenómeno invisibilizado considerándose un asunto confinado al ámbito del hogar, impidiendo así que fuese considerado un problema real. En este sentido han jugado un rol preponderante los movimientos feministas a nivel mundial. Éstos han logrado, en una coyuntura de grandes cambios socio-políticos, que se vuelva tangible la VD como una situación que afecta lo colectivo, introduciendo definitivamente el tema en las agendas políticas de gran parte de las sociedades occidentales. En nuestro país este proceso de concientización comenzó en la década de los '80, en parte, por la mayor visibilización que adquirieron los movimientos de mujeres al fin de la dictadura con el retorno de muchas mujeres exiliadas desde países que ya estaban atrevasando este cambio.

En la actualidad parte de ese proceso se ha visto plasmado en los avances en el plano legal: actualmente las agresiones por VD son un delito penalizado. Esto a su vez ha redundado en una mayor visibilización y concientización social. El mayor número de denuncias que se constatan puede deberse, entre otras cosas, al mayor conocimiento y la maduración que han ido teniendo estas situaciones en el imaginario social, dejando de ser un tema a resolverse "puertas adentro".

Violencia Doméstica como problema social y de Salud Pública.

Algunos estudios señalan que la VD tiene diversas consecuencias en la salud de la mujer víctima tanto a nivel psicológico, físico y social. En este sentido se destacan la depresión, transtrono de estres post-traumático, insomnio, transtorno alimenticios, intento de autoeliminación, cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, fibromialgia, transtornos gastrointestinales, limitaciones en la movilidad y mala salud en general. Además ser un disparador para el consumo abusivo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas). En la esfera de la salud sexual y reproductiva se observan lesiones por violencia sexual, embarazos no deseados, abortos, mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), parto prematuro, bajo peso al nacer y muerte fetal. Todo esto lleva aparejado un mayor aislamiento social, incapacidad de trabajar perdiendo su sustento económico, pérdida de bienes. A partir de lo expuesto, y considerando su magnitud, su alta prevalencia y el enorme costo social y económico que genera para toda la sociedad, la VD es claramente un problema de salud pública, tal como se mencionó anteriormente.^(1;2)

Violencia y Violencia Doméstica. Conceptualizaciones.

Antes de definir VD, ahondaremos en el concepto más general de "violencia". Esta se puede definir como *"...un acto social y, en la mayoría de los casos, un comportamiento aprendido en un contexto permeado por inequidades sociales basadas en el género, la edad, la raza, etc., y con imágenes de violencia y fuerza física como la manera prevaleciente de resolver conflictos."* (Hoff Sommers, 1994). Agregando que se da el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra otra persona, consigo mismo o contra un grupo, con el potencial de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos de desarrollo o privaciones. ⁽³⁾

En base a esto se entiende por VD toda acción que tiende a limitar la libertad de la persona, impidiendo que sea capaz de ejercer sus derechos, llevada a cabo por una persona con la que tenga o haya tenido una relación de parentesco y que tiende a darse en lugares que están destinados al cuidado y a la circulación de los afectos, los cuales deberían ser seguros para la persona. Generalmente estos hechos de violencia están contextualizados por las formas de relacionamiento entre los géneros en determinado momento histórico, espacial y social, siendo mayormente aunque no exclusivamente, la mujer la víctima.^{(4) (5) (6)}

Se puede clasificar a la VD en cuatro categorías ⁽⁷⁾:

- Violencia física: en la cual la persona se encuentra en peligro físico. Esta tiende a ser recurrente y aumentar en frecuencia e intensidad.
- Violencia psicológica: a través de la cual se denigra, aísla, humilla e intimida a la víctima, e incluye insultos, gritos, prohibiciones, y con acciones destructivas
- Violencia económica y patrimonial: Controla a la persona haciéndola dependiente, monopolizando la administración del dinero y de los bienes.
- Violencia sexual: Incluye cualquier tipo actividad sexual no consentida, o que tienda a degradar a la víctima.

En todas las conceptualizaciones que se tiene sobre la VD se resalta un punto en común: las relaciones de poder. Este surge como resultado de un proceso sociocultural e histórico donde se van adjudicando roles o posiciones estratégicas a un determinado individuo o grupo de individuos sobre otros miembros de un colectivo.⁽⁸⁾ Esta dinámica de funcionamiento se va consolidando como valor dominante el cual puede ser transmitido a sucesivas generaciones. Los valores de dominación se ejercen sobre los demás a través de actos violentos sobre otras personas consideradas débiles en algún aspecto de la vida social. En cuanto a la familia, la VD se transmite, en la mayoría de los casos, como un patrón familiar repetitivo.

Continuando con lo anterior, se puede dar una aproximación sobre el por qué surge la VD utilizando para ello el Modelo Ecológico de Desarrollo Humano de Bronfenbrenner (1979)⁽⁹⁾. Este modelo permite entender las múltiples causas que generan situaciones de violencia dentro del ámbito familiar por el hecho de considerar a la familia como un ecosistema en constante interacción dinámica y circular con su entorno social. Es por esto que el modelo propone que la dinámica familiar está afectada por cuatro subsistemas. El microsistema refiere al individuo y sus relaciones interpersonales donde de ellos surgen procesos de socialización, siendo la unidad familiar una de las principales instituciones de endoculturalización. Después se encuentra el macrosistema en el cual se ubican las representaciones y valores culturales históricamente contruidos, siendo transmitidos por los distintos procesos de transmisión cultural, creando patrones en el que se jerarquiza la masculinidad hegemónica. Entre el micro y macrosistema se encuentran ámbitos en donde se dan procesos mediadores que conformarían el exosistema en donde incluye los espacios de socialización secundaria como las escuelas, legislaciones y medios de comunicación masiva que imparten modelos impregnados de la ideología dominante. Luego se encontraría el mesosistema que constituye las conexiones existentes entre los distintos ámbitos por donde el individuo transita en su vida cotidiana. Es así que este modelo permite ver la multiplicidad de factores que inciden en el desarrollo de la VD, y que está ligado a procesos culturales de una sociedad.

Marco Legal en el Uruguay.

Ya desde el año 1995 se reconoce como delito a la violencia doméstica a partir de la Ley N° 16.707 sobre Seguridad Ciudadana, que incorpora al Código Penal en su artículo 18 la disposición 312 bis.⁽¹⁰⁾ Pero es recién en el año 2002, tal como se mencionó anteriormente, que a través de la Ley 17.514, se declara de interés general todas las actividades de prevención, detección temprana, atención y erradicación concernientes a esta temática.⁽¹¹⁾ Se deja explicitado en su Artículo 2° lo que constituye VD: *"es toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho"*. Dicha Ley contempla la VD en todas sus formas de expresión.

Un aspecto a destacar es que cualquier persona que tome conocimiento ante un hecho de VD podrá dar noticia al Juez siempre y cuando la noticia tenga caracter de

verosimilitud, contribuyendo a la responsabilidad social. Todas las denuncias serán recepcionadas en los Juzgados y Fiscalías con competencia en materia de familia y Juzgados de Paz, los que entenderán cuestiones no penales de VD. Además en cuanto a las medidas de protección se destaca que el Juez que este a cargo del caso o a petición de parte del Ministerio Público está obligado a garantizar todas las medidas que tenga a su alcance para proteger la vida y la salud de la víctima, así como también la estabilidad económica y protección de los bienes patrimoniales del núcleo familiar. (Artículo 9, Ley 17.514, ROU). Además agrega que el Estado deberá tomar todas las medidas necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la VD, fomentando el apoyo integral a la víctima, como así también la rehabilitación y la reinserción social del agresor, creandose para esto el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra Violencia Doméstica (CNCLVD), conformado tanto por integrantes de Ministerios y Organismos Públicos como de Organizaciones no Gubernamentales.

En el año 2004, el CNCLVD crea el Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica, que es coordinado por el Instituto Nacional de las Mujeres, cuyo fin es desarrollar políticas públicas con acciones de sensibilización y difusión sobre la VD desde un enfoque integral, orientado en la protección y promoción de los derechos humanos, prevención de la violencia, atención y rehabilitación de las personas involucradas. Asimismo, la formación y capacitación permanente de recursos humanos e instituciones, articulación de acciones y trabajo en red, e implementación de un sistema de información, seguimiento y evaluación continúa. ^{(13) (14)}

Respuesta del Sistema de Salud.

En ese contexto de implementación de políticas públicas de Estado, es que en el año 2005, el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través de su Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género crea, según establece el Decreto 494/06 de la Ley 17.514, la Guía de Procedimiento para el Abordaje de la VD en el Primer Nivel de Atención, y el formulario para la detección de rutina a ser incluido en la historias clínicas (ver Anexo 1). Además de establecer las responsabilidades de las Instituciones públicas y privadas de salud de prestar atención a las usuarias que se encuentren en situación de VD, también deben garantizar que sus funcionarios reciban la capacitación necesarias para poder abordar estas situaciones.⁽¹⁴⁾

En cuanto a la Guía de Procedimiento ⁽¹⁵⁾, esta brinda orientaciones a las instituciones, los servicios y el personal de salud sobre la atención a las mujeres en situación de VD, estableciendo para quien detecta un caso, el deber de dar contención,

valoración y orientación a la víctima. Se plantea que la denuncia se realice únicamente en aquellos casos en que el riesgo grave requiera medidas de protección, y que la propia mujer no esté en condiciones de asumirla, de manera de no resolver las situaciones inevitablemente por vía judicial, ni enfrentar a las mujeres a situaciones que no están en condiciones de sostener. Además, se nombra la obligación de las instituciones a conformar 'Equipos de Referencia' (integrado al menos por tres profesionales, de los cuales uno debe ser médico), que deberán generar condiciones y organizar la atención en VD, no significando esto que sean los responsables exclusivos de brindar asistencia.

En el año 2009, el MSP crea el Observatorio de Violencia de Género y Salud cuyo objetivo es monitorear la implementación de la normativa existente. Ese mismo año, la Junta Nacional de Salud, estableció como meta prestacional la capacitación de los recursos humanos de las instituciones de salud incluyendo dentro de las temáticas, la VD. En el año 2011 se integraron otras dos metas prestacionales: una plantea la pesquisa de VD a todas las mujeres de 20 a 45 años que concurran a consulta con médico general y ginecólogo; y la otra sobre la capacitación del personal de salud sobre VD.⁽¹⁴⁾

Dimensión del fenómeno en Uruguay.

Debido a los cambios en la legislación nacional, donde se toma a la VD como un delito a ser combatido, a la creación del Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra Violencia Doméstica el cual lleva a cabo la creación, implementación y monitoreo de las políticas públicas contra la VD; se ha conseguido una mayor concientización social de la VD como un problema. Esto se refleja en un aumento notorio de las denuncias por VD, como se evidencia en la Tabla 1, en donde se observa que en el año 2005 se registraron un total de 6.853 denuncias, comparado con 23.988 denuncias registradas en el año 2012.⁽¹⁶⁾

Tabla 1.- Evolución de las denuncias por violencia doméstica.								
Años	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº denuncias	6853	7151	10824	12450	13709	15277	15868	23988

Fuente: Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad, 2012.

Actualmente en nuestro país, las estadísticas ubican a la VD como el delito con más denuncias luego de los hurtos.⁽¹⁷⁾ Los homicidios por VD implican la situación extrema del problema, en la que fallaron todas las acciones preventivas. Según los últimos datos estadísticos, en los últimos años no se han notados cambios importantes, teniendo un registro en el año 2010 de 41 homicidios de mujeres de los cuales 35 tienen relación con VD. Si tenemos en cuenta el período de tiempo de 2004 a 2010, se registraron 287 homicidios de mujeres de los cuales 213 (74%) de los homicidios que se

producen anualmente están implicados en situaciones de VD. Además de los homicidios consumados, las tentativas de homicidios a mujeres en el período de tiempo de 2004 a 2010, también implican un promedio anual alto, estando alrededor del 72% de los casos implicados en VD.⁽¹⁸⁾ Pero a nivel mundial las cifras de homicidios de mujeres por VD no superan el 38%.⁽¹⁹⁾

Según datos de la Encuesta de Prevalencia de Violencia Doméstica en Servicios de Salud, realizado en el año 2013 en Uruguay,⁽²⁰⁾ donde se encuestó a mujeres de 15 años o más, se encontró que el 27,7% de las mujeres encuestadas ha vivido en los últimos 12 meses al menos un episodio de Violencia Doméstica. En tanto, 1 de cada 4 mujeres admitieron haber sufrido VD al menos una vez en el último año; 7 de cada 10 conviven con su agresor y 8 de cada 10 son agredidas por un hombre.

La misma encuesta reveló que casi el 42% de las mujeres violentadas por sus parejas lo sufren diariamente. Y el 14% de las mujeres relataron haber sufrido VD durante el embarazo. La franja etaria en la cual las mujeres declaran con mayor frecuencia haber sufrido VD fue entre los 15 a 18 años, disminuyendo la frecuencia conforme a la edad, registrándose las menores cifras en mujeres de 65 años o más, habiendo una excepción en la franja etaria de 25 a 34 años que se comporta de forma similar a la franja etaria de 15 a 18 años. Esta misma encuesta muestra que la violencia física y la psicológica mantienen el mismo patrón que la VD en general. En cambio la violencia sexual tiene un menor guarismo en la franja de 15 a 18 años, presentando un pico mayor entre los 25 a 34 años. La violencia sexual y psicológica no muestra relación con el nivel educativo de la mujer, mientras que la violencia física tiende a aumentar a mayor nivel educativo.⁽²⁰⁾

Observando la prevalencia de VD en el país por Departamento, hay un mayor porcentaje (34%) en Rivera, Cerro Largo, Treinta y Tres, Rocha y Tacuarembó. Asimismo, en estos, las cifras de violencia psicológica son mayores al resto del país (29,9%), en cambio las cifras de violencia física son las menores (3,9%). En donde se registra menores niveles de VD es en Canelones y Maldonado (16%). En Colonia, San José, Flores, Florida, Lavalleja y Durazno hay mayores guarismos de violencia sexual (8,6%), en cambio los menores se registraron en Artigas, Salto, Río Negro, Paysandú y Soriano (2,4%). Aunque en estos últimos, junto con Montevideo fue donde se registraron mayores niveles de violencia física (6,8% y 7,5% respectivamente).⁽²⁰⁾

Teniendo en cuenta la relación del agresor con la víctima, el 41,9% de las mujeres eran violentadas por sus parejas permanentes. Esta cifra aumenta a 56,8% si se toma a las ex-parejas. El porcentaje restante (43,2%) corresponde a otros familiares con predominio de los hijos de la mujer (14,1%).⁽²⁰⁾

Tabla 2.- Prevalencia de Violencia Doméstica física y sexual en la región.	
PAIS	Porcentaje
Bolivia '08	25,5
Colombia '05	22,1
Perú '08	14,9
Ecuador '04	11,1
Honduras '05/'06	9,9
Nicaragua '06/'07	9,3
Guatemala '08/'09	9,9
El Salvador '08	7,7
Paraguay '08	8,0
Jamaica '08/'09	7,7
Haití '05/'06	7,5
Rep. Dominicana '07	11,7
Fuente: OPS, 2013	

Tomando los datos de un análisis comparativo de 12 países de Latinoamérica y el Caribe sobre VD realizado en 2013 por la OPS ⁽²¹⁾, se puede apreciar en la Tabla 2, que Bolivia presenta un 25,5% de mujeres que declaran haber sufrido un episodio de VD en los últimos 12 meses. Según este estudio, Bolivia y Colombia son los países de Latinoamérica y el Caribe que presentan la prevalencia más alta de VD. Los países en que se registra menores cifras de VD son en Paraguay, Jamaica y Haití.

OBJETIVOS

A partir de lo explicitado, con este trabajo se propone el siguiente objetivo:

Objetivo General

- Describir y analizar el abordaje de las situaciones de Violencia Doméstica desde la identificación a las respuestas en el Primer Nivel de Atención, mediante lo establecido en los procedimientos formales y su correlación en la práctica asistencial, en el periodo Mayo-Agosto de 2014.

Objetivos Específicos

- Describir y analizar lo formalmente establecido en el abordaje de las situaciones de VD (protocolos, guía).
- Describir el proceso de aplicación de la Guía de Abordaje de situaciones de Violencia Doméstica a través de la visión de actores involucrados en el proceso.
- Analizar críticamente la práctica profesional asistencial en la aplicación de los protocolos y procedimientos establecidos.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal.

Técnicas de Relevamiento: Revisión documentada, Entrevista semi-abierta y encuestas.

Procedimiento:

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

- Palabras claves: violencia doméstica; violencia doméstica AND mujer; violencia doméstica NOT hombres; (equivalentes en idioma inglés y portugués).
- Sexo: mujeres
- Rango de edad: de 15 a más años.
- Países y/o regiones: Uruguay, Latinoamérica y el Caribe.
- Idiomas: español, inglés, portugués.
- Buscadores utilizados: Biblioteca Virtual de Salud, Google.
- Fuentes de información: Scielo, Pubmed, páginas web de organizaciones internacionales (OPS/ OMS).

Paso 2.- Luego se realizará una revisión documentada a nivel nacional acerca de VD en cuanto a la legislación, documentos sobre políticas públicas, los recursos socio-comunitarios con los que se dispone. Además informes sobre el proceso, situación, barreras y fallas en la implementación de la Guía de Procedimiento de Abordaje de la Violencia Doméstica en el PNA del MSP.

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

Paso 3.- Se pretende identificar y contactar a un informante clave del Ministerio de Salud Pública específicamente del Área de Violencia de Género para recoger información sobre la Guía de Procedimiento utilizando para ello la técnica de entrevista semiabierta (ver Dimensiones en Anexo 2).

Paso 4.- Se realizará un cuestionario a profesionales de la salud (médicos/as, parteras) que atiendan mujeres de 15 a más años del PNA del Sector Público del SNIS. El mismo cuenta con 17 preguntas cerradas con algunas abiertas. (se

adjunta en anexo 3). El testeo del cuestionario se hará haciendo un piloto del mismo de forma independiente entre los encuestadores con posterior comparación; además se utilizará la técnica de consulta a expertos.

- Estrategia de Relevamiento: los cuestionarios se realizarán por los mismos miembros del equipo de investigación, “cara a cara” con los participantes. Para su realización se pedirá previamente consentimiento informado oral, donde se explicará el objetivo del trabajo, beneficios y riesgos, la voluntariedad de su participación como así también de que el mismo se llevará a cabo con completa privacidad y confidencialidad. Se contactará con los profesionales de la salud seleccionados a través de mail o teléfono. La instancia de realización del cuestionario se hará en el lugar y horario de trabajo de los participantes con el objetivo de tener mayor cobertura.

En Anexo 4 se hace la descripción de los Centros de Salud a ser relevados y el resultado de dicho relevamiento.

Plan de Análisis

Para los datos obtenidos de la entrevista al informante clave, se hará una división de los mismos por dimensiones, con posterior procesamiento y análisis cualitativo utilizando el software informático MAXQDA 10. En cambio para los datos que se obtengan de las encuestas, se tabularán en una hoja de cálculo de Microsoft Office Excel, con posterior análisis cuantitativo utilizando para ello el software estadístico SPSS. Una vez obtenidos estos datos, se hará una triangulación de los datos de la entrevista al informante clave, de la encuesta a profesionales de la salud y los datos que provienen de la revisión documentada.

Aspectos Éticos

Se ha asegurado la confidencialidad de los datos obtenidos de las fuentes primarias. A su vez, se pidió consentimiento informado oral a los participantes encuestados y al informante calificado. A propósito de esto se explicó los fines del trabajo, el uso de los datos obtenidos, garantías de confidencialidad, y también se planteó la participación voluntaria y los riesgos que pudieran existir.

RESULTADOS

Tomando los datos obtenidos de la revisión documentada, de la entrevista realizada a una informante calificada (de aquí en más "IC")¹, y de los obtenidos de la encuesta realizada a algunos profesionales de la salud, se puede hacer una descripción del contexto de creación y de los resultados de implementación de la Guía de Abordaje de Situaciones de VD en el PNA.

Contexto de creación y elaboración de la Guía. Justificación.

En noviembre del año 2006, a través del decreto del poder ejecutivo No 494 se reglamenta la Ley 17.514 para su aplicación en el sector salud. En el mismo momento se publica la guía de procedimientos que orienta el abordaje que los servicios de salud deben brindar a las mujeres en situación de VD.

Uno de los aspectos que rápidamente sobresale en la entrevista con la IC, es el énfasis en la reforma de la salud (que da origen al Sistema Nacional Integrado de Salud) como "marco" en el que se dieron pasos importantes respecto al abordaje de las situaciones de VD como respuesta del sector salud a la problemática. Un problema de salud pública en el que se planifica y diseña su abordaje a partir de un cambio en el modelo de atención, enfocado en los principios de la Atención Primaria de Salud ⁽²²⁾, con énfasis en el Primer Nivel de Atención.

A propósito de ello, consideramos que el enfoque integral, inter y multidisciplinario, con funcionamiento en redes, énfasis en los mecanismos de referencia y contra-referencia, son algunos de los aspectos que a nuestro juicio están presentes en la guía de procedimientos para el abordaje de las situaciones de VD.

En relación al proceso de elaboración de la guía, la IC también destaca:

1. Los compromisos asumidos por Uruguay ante la normativa internacional (Ej. Convención do Para) ⁽⁶⁾
2. La promulgación de la Ley sobre violencia doméstica (ley 17.514) en el año 2002. ⁽¹²⁾
3. Los compromisos asumidos por la ex-Ministra de Salud Pública Dra. Ma. Julia Muñoz en el año 2005 (comprometiéndose a establecer estrategias de atención de la VD desde la salud, tales como la indagación obligatoria de las situaciones de violencia doméstica en el sector salud.

Otro aspecto destacado por la entrevistada es la guía como producto de un

1 Ex- Coordinadora del Área de Violencia de Género del MSP y co-redactora de la Guía de Procedimientos en el PNA-MSP.

proceso de construcción colectiva con la participación de múltiples actores e instituciones, no sólo del Estado sino también del ámbito académico, de la sociedad civil organizada y de organismos internacionales. Entre éstos nombra a los siguientes:

- Ministerio de Salud Pública,
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE),
- Instituto Nacional de las Mujeres (MIDES),
- Universidad de la República,
- Asociaciones civiles y científicas (Ej. SMU, ADASU, CPU.).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- FESUR.²

La Guía surge como la intención de responder a una problemática vigente, por parte del sector salud, la cual estaba siendo insuficientemente abordada. Para esto era indispensable definir lineamientos básicos que permitieran a los profesionales de la salud encarar esta temática.

La entrevistada refiere que el sector salud es clave en las situaciones de violencia, porque es el ámbito de contacto con la población, permitiendo la detección de casos de VD.

Implementación de la Guía. Marco jurídico.

Como hecho importante la IC destacó, que una vez finalizado el proceso de elaboración, a partir del Decreto 494/006 del MSP, la Guía pasa a ser la norma oficial para la orientación y la atención, con su incorporación a texto completo en el Decreto 299/009: ***“...la guía es norma integrada a un decreto, ósea no solamente es la guía sino que también la cuestión de estar validada por el decreto.”***.^{(23) (24)} En un inicio, en el Decreto N° 494/006, artículo 3° estipulaba la denuncia obligatoria del caso por parte del profesional o Institución, contradiciendo lo establecido en la Guía. Sin embargo, en el 2009 se expide el Decreto N° 299/009 donde se elimina la obligatoriedad de la denuncia pero estipula que se deben definir mecanismos institucionales para la denuncia judicial en los casos que lo requieran.

Esto deja abierto al criterio de los profesionales, el decidir en que situaciones resulta más conveniente la intervención de la justicia, y en cuales de estas la misma podría resultar incluso perjudicial, siendo necesario otro tipo de abordaje que escape al ámbito judicial.

2 Para la elaboración de la Guía tomaron como referencia bibliográfica dos trabajos: OPS. Basta!: el sector salud responde a la violencia hacia las mujeres. Año 2002, y OMS. Estudio Multipaís: La ruta crítica de las mujeres en situación de violencia.

De hecho ninguno de los profesionales encuestados admite haber realizado denuncias por VD, y solo ante casos de riesgo mayor de vida, la mayoría plantea como recurso la denuncia.

Ámbito de aplicación de la Guía.

Si bien la Guía esta enfocada al PNA, la entrevistada refiere que sus lineamientos son también aplicables al 2° y 3° nivel. Se justifica por el hecho de que se necesitaba un nivel de atención que permitiera dar seguimiento a los casos y que tuviera capacidad de resolución con enfoque de prevención, ***“La idea no era detectar y derivar, sino detectar y atender.”*** El PNA es el que tiene respuesta a la mayor parte de la demanda de atención, y está más cerca de la población, siendo así el lugar ideal para planificar estrategias de prevención. Para la entrevistada es fundamental que en el PNA, los usuarios cuenten con un médico de referencia ya que esto favorece la creación de un vínculo, en el cual se facilita el abordaje de este tema.

Para que sea aplicable a los otros niveles de atención, es necesario mecanismos referencia/ contrarreferencia óptimos, de forma que si se requiere la atención en el 2° o 3° nivel, la víctima pueda concurrir al mismo sin perder contacto con el medico del PNA, quien será el que continúe el seguimiento. Esta idea se refleja en la siguiente cita de la entrevistada: ***“Todo el mundo detecta y todo el mundo responde de lo que es su rol específico”***. En relación a esto, la entrevistada hizo mucho énfasis en que durante la elaboración de la Guía, nunca se utilizó el término “derivar a la persona”; explicando que ese no es el objetivo de la Guía. De lo contrario, si se deriva, según la entrevistada, se pierden dos cosas: la primera, la atención del problema de la violencia; y segundo, se pierde la oportunidad de la atención de la salud de la persona, ***“sacándonos el problema de arriba nosotros, pero a la gente se lo dejamos arriba igual, se lo lleva puesto, y le agregamos otro todavía.”***

Lineamientos de la Guía.

Según la entrevistada la Guía se basa en cuatro lineamientos:

- **Primer lineamiento:** ***“...todo el mundo tiene que ver con esto.”*** La entrevistada vuelve hacer referencia al hecho de que la Guía está enfocada a todos los profesionales que entren en contacto con un caso (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, parteras, etc.)
- **Segundo lineamiento:** ***“...Hay que ir a la búsqueda del tema, la gente que viene y consulta espontáneamente por esto es poca, lo que hay que hacer es animarse a preguntar.”*** Como se dijo anteriormente, la evidencia apunta a que las

mujeres víctimas de VD hablan del tema pero requiere una intervención activa por parte del profesional.

- **Tercer lineamiento:** “...se propuso la creación de equipo de referencia en las instituciones.” Este debe ser un equipo multidisciplinario con al menos de tres personas, una de las cuales tiene que ser médico. La justificación de este hecho, radica de acuerdo a la entrevistada, en que cualquier persona que concurre al sector salud lo hace mayoritariamente para tener una consulta médica. Las personas que van a conformar el equipo son nombradas por la Institución a la que pertenecen, esta elección se hará en base al interés y formación sobre el tema que tenga el personal.
- **Cuarto Lineamiento:** “...respuesta según niveles de riesgo...” En los casos de alto riesgo vital, se debe coordinar estrechamente con el Equipo de Referencia, dado que este es quien debe armar un proyecto de atención para esa persona, estableciendo: interconsultas con especialista según el tipo de lesión, medidas de protección, aspectos médicos-legales.

Equipos de Referencia en VD: integración y funciones.

Desde el año 2007 se comienza a implementar la reglamentación de la ley 17.514. La estrategia que plantea dicha normativa implica, entre otras acciones, la constitución de un equipo de referencia en cada institución de salud, el cual debe organizar la atención y atender los casos de mayor riesgo.

En cuanto a su conformación, se prefiere que sea un equipo integral con perspectiva del servicio de atención, y no en un equipo de respuesta psicosocial. Desde el año 2008, se viene haciendo reuniones bimensuales, las cuales sirven como espacio de formación, de intercambio, de apoyo a los equipos. A partir de esto, se creó la Red de Equipos de Salud y Violencia Doméstica; según la entrevistada, estos espacios han permitido llevar a cabo la implementación.

Resistencias y dificultades en la implementación.

En la entrevista también se indagó respecto a posibles dificultades tanto en la creación como en la posterior implementación de la guía. Dificultades que podrían verse reflejadas en ópticas divergentes en cuanto al objetivo y alcance de la guía, en resistencias del personal de salud y en especial de los profesionales de la salud, en dificultades para consensuar los procedimientos, entre otros.

La entrevistada señala que los profesionales de la salud suelen mencionar que no

sienten que este tema sea de su competencia, que no tienen cualidades ni formación para abordar el tema, y que tienen falta de tiempo. Sin embargo, todos los encuestados dicen reconocen la violencia domestica como un problema de su competencia. Así como también, todos reconocen haber tenido instancias de capacitación, y la importancia de las mismas.

Otro problema destacado por la entrevistada en la práctica de los profesionales que dificultan la indagación es el no saber escuchar. Tomando datos de un informe del Observatorio de Violencia Doméstica y Salud del 2009, se nombran dificultades a nivel del funcionamiento de los Equipos de Referencia que tienen que ver con la falta de compromiso Institucional que causo en algunos casos la dilución del Equipo con el retiro de sus integrantes, la falta de tiempo específico que se les otorga por parte de las Instituciones para la dedicación en el Equipo. ⁽²⁵⁾ Desde las instituciones surgió la exigencia de remuneración extra para la implementación de la Guía debido a la creencia de que se agregaba más trabajo a su práctica diaria: ***“Que vos tengas una normativa y una guía específica para el tema, no es más trabajo, es trabajar mejor...”***.

Monitoreo y seguimiento. La necesidad de diseñar y aplicar instrumentos: el formulario estadístico y Metas Asistenciales como marco.

Algo que se desprende a la hora de hacer la revisión documentada sobre estadísticas del proceso de implementación de la Guía -y con ello del Decreto- es la falta de indicadores y una monitorización continua desde la implementación hasta hoy en día. Es por ello que se cree necesario la construcción de indicadores claros que hablen de como se está implementando el proceso y como se está abordando la temática desde los profesionales de la salud, los equipos de referencia y las instituciones. No solo para la gestión de los Servicios de Salud y la fiscalización de las metas asistenciales que tienen que ver con la temática, sino también para desarrollar nuevas herramientas que permitan adecuar el abordaje de la VD, mejorando los procedimientos que ya están establecidos.

Con respecto al formulario estadístico, según la entrevistada, no se debe llenar. La idea original era hacer una encuesta en base a ese formulario, pero finalmente no se concretó. En las encuestas realizadas, se observó que la mayoría del los profesionales no aplica el formulario, justificando este hecho en la falta de acceso al mismo desde su policlínica, a la utilización de otros metodos de abordaje, o a la falta de apoyo para el abordaje posterior.

En el año 2009, el tema de violencia entro en las metas asistenciales, en primer lugar fue la capacitación del personal de salud sobre VD, y después para la indagación de

VD. Entonces, el Ministerio releva el nivel de indagación en cada institución. ⁽²⁶⁾ La meta asistencial de capacitación en VD establecía que un 20% del personal de cada institución participara de 6hs de este tipo de actividades. ⁽²⁷⁾

Tomando la definición operacional de la Meta Asistencial de Pesquisa de VD, estipula que: *“las mujeres de 20 a 45 años que concurran a consultar con un médico general y ginecólogo como mínimo, serán pesquisadas sobre violencia doméstica de acuerdo al contenido del Formulario de Violencia Doméstica. No deberá completarse el formulario sino que deberá ser utilizado como guía para la consulta, así como el algoritmo de VD que deberá estar a la vista en los consultorios donde se realizan dichas consultas. Quedará registro de la acción en la Historia Clínica de la realización de la pesquisa y el diagnóstico, con la firma del médico”.* ⁽²⁶⁾ Esta población objetivo que define la meta asistencial en cuanto al rango de edad de las mujeres hacer pesquisadas es diferente a la planteada por el Decreto 494/006 y sus modificativas (la población objetivo del Decreto son todas las mujeres mayores de 15 años), determinando esto ambigüedades de aplicación y de cobertura.

Mejoras a realizar en la Guía

Preguntando por posibles mejoras, la entrevistada plantea que estas tendrían que ver con la optimización de la distribución de los Equipos de Referencia en el territorio nacional. Lo otro respecta a la integración de otras formas de violencia de género y generaciones. Además plantea que el abordaje de la salud en los Servicios de Salud parta desde un marco de derechos, justificado en el hecho de que los profesionales de la salud deben ser garantes de derecho.

Considera que se debe seguir promoviendo que se elaboren protocolos departamentales y que los Equipos elaboren protocolos institucionales (con flujogramas que están más en relación con la realidad de cada institución de salud). Además de mayores investigaciones, capacitaciones, y trabajos intersectoriales sobre el tema.

Las mejoras a nivel jurídico, van desde los que promueven la creación de una ley integral de violencia de género, a otros que plantean que hay que profundizar el cumplimiento de la ley ya existente. ***“Yo creo que la guía y el decreto que tenemos son muy útiles para eso y que aún no están totalmente implementados.”***

Situación actual de la implementación.

En base a datos de la Junta Nacional de Salud, a noviembre de 2011 se había incorporado el Formulario de violencia doméstica en el 70% de las Historias Clínicas. ⁽²⁸⁾

En cuanto a los Equipos de Referencia, según datos del Observatorio de Violencia de

Género y Salud, en el año 2009, la composición de los Equipos por profesión, está en su gran mayoría compuesta por Psicólogos, Trabajadores Sociales y Abogados; siendo escasa la participación de Enfermeros (recurso humano numeroso en los Servicios de Salud). ⁽²⁵⁾ Esto, según la entrevistada, habla de un sesgo del rol de los Equipos hacia la asistencia. Además, agrega que sería importante la presencia de personal administrativo en los Equipos, por ejemplo de Registros Médicos, para lo concerniente a detección, registro, relevamiento.

Continuando con el informe, Marzo de este año, habría 120 equipos funcionantes. Por ejemplo, en los Servicios de Salud del PNA en Montevideo de ASSE, presenta 12 equipos de referencia, uno por cada centro de salud, pero con distintos niveles de funcionamiento, continuidad y de número de composición (desde equipos con dos personas hasta de más de seis personas). A nivel del interior del país, hay presencia de Equipos pero no en todos los hospitales departamentales. ⁽²⁵⁾ A nivel del sector privado, CASMU, el Hospital Evangélico, MUCAM, Círculo Católico de Obreros cuentan con Equipos en Montevideo y algún otro departamento del interior del país. ⁽²⁵⁾ Del relevamiento realizado a través de las encuestas, se observó que ninguno de los 3 Centros de Salud contaba con Equipos de Referencia.

Por lo anterior, se desprende que existe, en algunos casos, un número superior de equipos de salud en relación al total de Instituciones que conforman el SNIS, pudiéndose deber en parte a características de los centros de salud por ejemplo geográficos, de cobertura, número de usuarios.

El Observatorio agrega que existe, en cuanto a la distribución por sexo de los integrantes de los Equipos, una marcada predominancia de las mujeres (en torno al 80% del personal), tanto para el sector público y privado. Asimismo, informa que al año 2009, los Equipos no contaban con condiciones adecuadas para el trabajo en cuanto a tiempo remunerado y espacio físico. ⁽²⁸⁾

En lo concerniente al cumplimiento de la Meta Asistencial sobre capacitación en VD del personal de salud, la JUNASA informó que entre 2009 y 2010 se habían capacitado más de 15.000 trabajadores, cumpliéndose dicha meta en el 90% de las instituciones privadas y continua implementándose en las instituciones públicas. ⁽²⁸⁾⁽²⁵⁾

Por otra parte, sobre el cumplimiento de la Meta asistencial sobre pesquisa de VD, tomando datos brindados por el Ministerio de Salud Pública, la gran mayoría de las instituciones que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud cumplen el valor de pesquisa exigido como meta (39 en 45). Como se puede observar en la tabla 3, ha habido entre enero de 2011 a junio de 2013 un aumento en el número de mujeres pesquisadas.

Tabla 3. Número de pesquisas sobre VD y número de casos detectados por semestre en el SNIS

ene - jun 2013	jul - dic 2012	ene - jun 2012	jul - dic 2011	ene - jun 2011	
260.154	359.399	162.823	134.512	95.065	Total pesquisas
2.532	4.090	--	--	--	Total casos detectados
772	958	753	1.320	598	Total casos coordinados c/ER

Fuente: Fiscalización MSP ⁽²⁸⁾

CONCLUSIÓN

Luego de llevar a cabo el plan de trabajo previsto, se ha logrado visualizar y describir la situación actual de una de las principales respuestas institucionales de la autoridad sanitaria en nuestro país respecto a la problemática de la VD: la Guía de abordaje a las situaciones de VD. Se partió desde los procedimientos establecidos en la Guía al proceso de implementación de la misma, enmarcando el contexto normativo y socio-político.

En la Guía y en el Decreto N° 494/006 está planteado la creación de Equipos de Referencia en cada institución de salud, para encargarse en temas de distribución de los formularios de detección, capacitación del personal de salud, elaboración de protocolos institucionales y atención de los casos de alto riesgo.

Sin embargo, según los últimos datos hay aproximadamente 120 equipos funcionantes, con una alta concentración capitalina. Los tres Centros de Referencia seleccionados para el estudio no contaban con equipos de referencia. Si bien estos datos no son representativos ni extrapolables al resto de la población, , podrían ser una mera aproximación de la situación en ciertas zonas del país. Identificar, cuantificar y caracterizar los centros que al momento no disponen de CR podría ser en sí mismo un objetivo de investigación.

En los Centros relevados se constató la no aplicación de los procedimientos establecidos en la Guía y la sub-utilización del formulario de detección como herramienta de pesquisa. Los profesionales procuran y llevan a cabo procedimientos alternativos y tildan de "crudenta a la guía.

Consideramos que los lineamientos generales de la Guía están bien establecidos y que el desafío es lograr una mayor y mejor apropiación de la misma, para que pueda ser implementada en adecuación tanto a las situaciones como a los ambientes y características singulares en los servicios de salud.. Para lo cual podría ser útil la realización de encuentros entre profesionales (como se vienen realizando con los Equipos de Referencia) facilitando el intercambio y el involucramiento entre los actores involucrados.

Por último, señalar que la guía estuvo pensada, diseñada e imaginada para su implementación en una lógica signada por la reforma de la salud, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud y que su "suerte" en gran parte se juega junto con la suerte que tenga la consolidación de la reforma y el cambio cultural necesario para ello. Es deseable no sólo mejorar la identificación y abordaje de las situaciones de VD, sino también ahondar en acciones preventivas que permitan trabajar en la erradicación del fenómeno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- OMS. La violencia inflingida por pareja y la salud de la mujer. En: OMS. Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Suiza; 2005. P18-21.
- 2.- Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel-Arcas C, Garcia-Moreno C. La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. OPS; 2003.
- 3.- OPS/OMS. La violencia, un problema oblicuo. En: OPS/OMS. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: resumen. Washigton; 2002. P5.
- 4.- Barkley L. [Artículo en Internet]. Domestic Violence. Virginia Departament of Health. Virginia: 2006. [Acceso 28 Jun 14]. Disponible en URL: <http://www.vdh.virginia.gov/ofhs/prevention/dsvp/projectradarva/documents/older/pdf/DVArticle.pdf>
- 5.- Ministerio del Interior. Guía de Procedimiento Pocial actuaciones en violencia doméstica y de género. Montevideo; 2008. P13.
- 6.- Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana para prevenir, sancionar, y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belém do Pará". Brasil; 1996.
- 7.- Venguer T, Fawcett G, Vernon R, Pick S. Violencia doméstica: un marcoconceptual para la capacitación del personal de salud. Population Council, Editorial Solar: México; 1998. P8-10.
- 8.- Romano S. Violencia Doméstica, participación e integración social. En: De Martino M, Morás L. Sobre cercanías y distancias. Problemáticas vinculadas a la fragmentación social en el Uruguay actual. Ediciones Cruz del Sur: Montevideo; 2007.
- 9.- Rebollo G. Maltrato Infantil. Manual básico para su detección y primer abordaje. Progama Arcoiris. Montevideo; 2003.
- 10.- Ley de Seguridad Ciudadana. Ley N° 16.707. Diario Oficial N° 24335 (19 Jun 1995).
- 12.- Ley de Violencia Doméstica. Ley N° 17.514. Diario Oficial N° 26045 (09 Jul 2002).
- 13.- Instituto Nacional de las Mujeres. Hay respuestas: Guía de recursos en Violencia Doméstica. 2da Edición. Montevideo; 2009.
- 14.- González M, Calce C, Magnone N, Pacci G. Diagnositco sobre la respuesta del Estado ante la violencia contra la mujer en Uruguay. Montevideo; 2011.
- 15.- Ministerio de Salud Pública. Guía de Procedimiento de Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la mujer. Montevideo; 2006.
- 16.- Observatorio en linea de la Violencia doméstica en Uruguay [página web]. Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual: Montevideo. Indicadores: denuncias

- policiales por violencia doméstica. [Acceso 21 May 2014]. Disponible en URL: http://www.infoviolenciadomestica.org.uy/indicadores_ministerio_interior.php
- 17.- Observatorio en línea de la Violencia doméstica en Uruguay [página web]. Red Uruguay contra la Violencia Doméstica y Sexual: Montevideo. Indicadores: comparativo de delitos de VD en relación a delitos contra las personas. [Acceso 21 May 2014]. Disponible en URL: http://www.infoviolenciadomestica.org.uy/indicadores_ministerio_interior.php
- 18.- Observatorio en línea de la Violencia doméstica en Uruguay [página web]. Red Uruguay contra la Violencia Doméstica y Sexual: Montevideo. Indicadores: Homicidios de mujeres. [Acceso 21 May 2014]. Disponible en URL: http://www.infoviolenciadomestica.org.uy/indicadores_ministerio_interior.php
- 19.- Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer.[página web]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; © 2014 [acceso 10 Jul 2014]. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- 20.- González F, Levin R, Toledo A. Encuesta de prevalencia sobre violencia doméstica en servicios de salud: principales resultados. Facultad de Medicina-Udelar. Abril 2013.
- 21.- Bott S, Guedes A, Goodwin M, Adam J. Violencia contra la Mujer en América Latina y el Caribe: análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Organización Panamericana de la Salud: Washington; 2013.
- 22.- OMS. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS; 1978.
- 23.- MSP. Decreto 494/006. Montevideo. (27 Nov 2006)
- 24.- MSP. Decreto 299/009. Montevideo. (26 Jun 2009)
- 25.- Romano S. Goñi M. Informe del Observatorio de Violencia Doméstica y Salud. MSP: Montevideo; 2009.
- 26.- JUNASA. Boletín Meta Asistencial N° 25. Montevideo; Oct 2012.
- 27.- JUNASA. Boletín Meta Asistencial N° 09. Montevideo; Oct-Nov 2010.
- 28.- Observatorio en línea de la Violencia doméstica en Uruguay [página web]. Red Uruguay contra la Violencia Doméstica y Sexual: Montevideo. Intervención del Sector Salud. [Acceso 21 May 2014]. Disponible en URL: http://www.infoviolenciadomestica.org.uy/indicadores_msp.php

ANEXO 1.- FORMULARIO DE DETECCIÓN DE VD.

Área de Violencia de Género - Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género DIGESA – MSP

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

INTRODUCCIÓN PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

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

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

Responsabilidades de las instituciones prestatarias de servicios.

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

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

¿Por qué preguntar?

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

¿Para qué un cuestionario?

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

¿Quiénes deben preguntar?

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

¿A quiénes preguntar?

A todas las mujeres, seleccionando el momento oportuno.

¿Cuándo preguntar?

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

¿Cómo plantear el problema?

Algunos técnicos prefieren una aproximación directa, otros aproximaciones indirectas.

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

¿Cómo emplear el cuestionario?

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

¿Qué hacer frente a una respuesta afirmativa?

La primera respuesta incluye 4 componentes.

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

Resultados esperados

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

FORMULARIO SOBRE VIOLENCIA DOMESTICA

INSTITUCIÓN										
TIPO ATENCIÓN										
SERVICIO										
TÉCNICO PROFESIÓN										
FECHA										

Motivo de atención:										
Antecedentes Médicos (marque con una cruz si o no en opción)										
Tabaquismo/Abuso drogas	IAE	Ansiosícticos	Diabetes	HTA						
SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO						

REGISTRO HABITUAL EN LA HISTORIA CLÍNICA:

1. NO REGISTRAR EN LA ZONA SOMBREADA SALVO EN LAS ENCUESTAS
2. EN LA PRIMER HOJA DE LA HISTORIA CLÍNICA. EN EL SELLO DE FECHA DE REALIZADO
3. LAS RESPUESTAS POSITIVAS EMPLEANDO LOS CÓDIGOS DE LA CIE-10. JUNTO A LOS HALLAZGOS CLÍNICOS EN EL REGISTRO CORRESPONDIENTES A LA CONSULTA

CUESTIONARIO BREVE : INTRODUCCIÓN

El maltrato y la violencia son situaciones muy comunes en la vida de las mujeres, esto tiene distintas consecuencias. Como algunas de ellas pueden afectar el estado de salud, hemos comenzado a hacer estas preguntas durante la consulta médica general. Puede no responder si así lo prefiere, sin que esto altere la relación con su médica o médico.

1) ¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño emocional o psicológico en forma repetida?
(Por ej: por medio de alguna de las siguientes situaciones: insultos, maltrato a sus hijos, hacerla sentir avergonzada o humillada, desprecio por las tareas que usted realiza, burlas, destrucción de objetos propios, amenazas, daño a mascotas, rechazo o desprecio, aislamiento de amigos o parientes, otras.)
¿Sucedía actualmente?

SI ☐ NO ☐ NO DESEA CONTESTAR ☐ ¿Quiénes lo hizo?

Niña	Adolescente	Juven	Adulta	Mayor 65a	Embarazo/ postparto
SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

SI ☐ NO ☐ NO DESEA CONTESTAR ☐

2) ¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño físico grave al menos una vez, o le ha hecho agresiones menores en forma reiterada?
(Por ejemplo: empujones, golpe de puños, quemaduras, zamarreos, mordeduras, ahorcamiento, pellizcos, palizas, golpes con objetos, tirón de pelo patadas, daño con armas, cachetadas, otra forma.)
¿Sucedía actualmente?

SI ☐ NO ☐ NO DESEA CONTESTAR ☐ ¿Quiénes lo hizo?

Niña	Adolescente	Juven	Adulta	Mayor 65a	Embarazo/ postparto
SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

SI ☐ NO ☐ NO DESEA CONTESTAR ☐

3) ¿Cuando usted era niña recuerda haber sido tocada de manera inapropiada por alguien o haber tenido relaciones o contacto sexual?

SI ☐ NO ☐ NO DESEA CONTESTAR ☐ ¿Quiénes lo hizo?

Niña	Adolescente	Juven	Adulta	Mayor 65a	Embarazo/ postparto
SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

SI ☐ NO ☐ NO DESEA CONTESTAR ☐

4) ¿Alguna vez en su vida ha sido obligada a tener relaciones o contacto sexual?
(Por ejemplo: empleo de la fuerza física, de intimidación o amenaza para mantener relaciones sexuales o prácticas sexuales no deseadas.)
¿Sucedía actualmente?

SI ☐ NO ☐ NO DESEA CONTESTAR ☐ ¿Quiénes lo hizo?

Niña	Adolescente	Juven	Adulta	Mayor 65a	Embarazo/ postparto
SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

SI ☐ NO ☐ NO DESEA CONTESTAR ☐

5) Hoy, en su casa, ¿piensa usted que podría sufrir alguna de las situaciones nombradas?

SI ☐ NO ☐ NO SABE ☐ NO DESEA CONTESTAR ☐

ANEXO 2: DIMENSIONES DE ENTREVISTA A INFORMANTE CLAVE.

- Contexto de creación de la Guía de abordaje
 - ¿Qué actores lideraron el proceso?
 - ¿por qué era necesario?
 - ¿qué otras alternativas se manejaron?
 - ¿hubo resistencias?
- La guía:
 - ¿Qué aspectos destaca de la misma?
 - ¿Se previeron durante su elaboración posibles dificultades para su implementación?
 - ¿Usted participó de alguna manera en su elaboración? ¿Cuáles fue su rol?
- Situación actual:
 - Dificultades que encontraron en su implementación.
 - Equipo de referencia y su funcionalidad.
 - Detección de casos.
 - Profesionales y su aplicación.
 - Estadísticas.
- Mejoras a la guía
 - Puntos a mejorar.
 - medidas futuras complementarias

ANEXO 3: CUESTIONARIO A PROFESIONALES DE LA SALUD DEL PNA DEL SNIS SOBRE EL USO DEL FORMULARIO DE DETECCIÓN Y LA GUÍA DE ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA DEL MSP

Código Identificación:

Monografía sobre: “Violencia Doméstica: abordaje desde lo establecido a la práctica asistencial en el Sistema de Salud del Uruguay.”

Autores: Ferrari, Carolina; Gimenez, Luciana; Jorcin, Guadalupe; Pereyra, David.

Tutores: Bittar, Griselda; González, Franco.

Departamento de Medicina Preventiva y Social: Unidad Sociología de la Salud. Facultad de Medicina, UDELAR

CUESTIONARIO A PROFESIONALES DE LA SALUD DEL PNA DEL SNIS SOBRE EL USO DEL FORMULARIO DE DETECCIÓN Y LA GUÍA DE ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA DEL MSP

Somos Estudiantes de la carrera de Medicina de la UdelAR, cursando el Ciclo de Metodología II, es en el marco de este curso que estamos realizando una monografía sobre Violencia Doméstica. Para esto realizaremos una encuesta a Profesionales de la Salud de los Servicios del Primer Nivel de Atención del Sector Público. Nuestro objetivo es describir y analizar el abordaje de las situaciones de Violencia Doméstica desde la identificación a las respuestas en el Primer Nivel de Atención, mediante lo establecido en los procedimientos formales y su correlación en la práctica asistencial. Es por ello que lo estamos invitando a participar, dicha participación es totalmente voluntaria, los datos recabados serán totalmente confidenciales y no va a figurar su nombre en el trabajo. La realización de esta encuesta no le generará ningún gasto. La duración de la misma es de aproximadamente 15min.

¿Considera que la Violencia Doméstica es un problema de salud?

1- Si ☐

2- No ☐

¿Cree usted que la Violencia Doméstica es de su competencia?

1- Si ☐

2- No ☐

¿Conoce la Guía de procedimiento sobre Violencia Doméstica en el PNA?

1- Si ☐

2- No ☐

4.1- ¿Existe material sobre la temática en las salas de espera en su servicio de salud?

1- Si ☐ Continúe en preg. 4.2.

2- No ☐

4.2- Podría nombrar ejemplos de estos materiales?

¿Ha recibido usted instancias de capacitación para la identificación y el abordaje de las situaciones de VD por parte de su Institución?

1- Si ☐

2- No ☐

¿Considera necesario que se instrumenten instancias de capacitación al respecto?

1- Si ☐

2- No ☐

¿Posee su Servicio un registro o lista de los recursos para coordinar los casos de VD?

1- Si ☐

2- No ☐

8.1- ¿Usted ha realizado denuncias por VD como profesional de salud?

1- Si ☐ Continúe en preg. 8.2.

2- No ☐

8.2-¿En qué caso fue? _____

Evaluando las experiencias que tuvo al respecto, ¿Siente que la situación fue abordada correctamente?

1- Si ☐

2- No ☐

10.1 ¿Cuenta con un Equipo de Referencia en VD en su Servicio?

1- Si ☐ Continúe en preg. 10.2.

2- No ☐

10.2 ¿Qué recursos humanos integran dicho Equipo?

¿Realiza actividades (información sobre derechos, grupo de autoayuda, recursos legales, y actividades de desarrollo personal) dirigidas a las mujeres víctimas de VD?

1- Si ☐

2- No ☐

12.1- ¿Cuenta en su Servicio con formularios de detección de VD?

1- Si ☐

2- No ☐ Continúe en preg. 12.2.

10.2- ¿Por qué no cuenta con los formularios?

13.1- ¿Poseen todas las Historias Clínicas la Hoja de Orientación y el Formulario de Detección de VD?

1- Si ☐

2- No ☐ Continuar en preg. 13.2.

13.2 - ¿Por qué no poseen?

14.1- ¿Realiza el Formulario de Detección de VD en las consultas?

1- Si ☐

2- No ☐ Continuar en preg. 14.2.

14.2 ¿Por qué no lo realiza?

- Por falta de tiempo ☐
- De capacitación ☐
- Falta de apoyo para el abordaje posterior ☐
- Otro ☐

15.1- ¿Utiliza los códigos CIE-10 en la codificación de las historias clínicas (Ej. T74 caso de maltrato, Z10 antecedentes de maltrato infantil, R45 afectación del estado emocional)?

1- Si ☐

2- No ☐ Continuar en preg. 15.2.

15.2- ¿Por qué no utiliza la codificación?

16.1- ¿Realiza un seguimiento a las mujeres a las que detecto sufrir VD?

1- Si ☐

2- No ☐ Continuar en preg 16.2.

16.2 ¿Por qué motivo no realiza seguimiento?

En el caso que detecte factores de riesgo que señalen que la víctima corre un riesgo potencial de vida, ¿qué medidas de protección indica?

En el caso de riesgo mayor de vida, ¿que medidas de acción realiza?

19.1- En su Servicio se realizan actividades en la comunidad sobre la temática destinadas a la prevención de la VD y promoción de derechos?

1- Si ☐ Continuar en preg. 19.2 y 19.3

2- No ☐

19.2- ¿Qué actividades comunitarias realiza?

19.3- ¿La comunidad ha sido receptivo en esas actividades comunitarias?

1- Si ☐

2- No ☐

¿Qué otros procedimientos realiza que no están enmarcados en la Guía?

ANEXO 4: DESCRIPCIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD A RELEVAR Y RESULTADOS DEL RELEVAMIENTO.

En este apartado se describirá algunas características de los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención del Sector Público hacer relevados y la justificación de elección:

- **Justificación de elección:** se eligieron tres Centros de Salud del Primer Nivel de Atención de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) del Departamento de Canelones. La elección se basó en que los miembros del equipo concurren a estos Centros de Salud para actividades curriculares de Medicina Familiar y Comunitaria de la carrera. Por ende, la elección se basa en la facilidad de poder llevar a cabo las encuestas.
- **Ubicación:** Los tres Servicios de Salud elegidos se ubican en la zona sur del Departamento de Canelones, en las ciudades de La Paz, Toledo, y Colonia Nicolich.
- **Demografía:** los Servicios de Salud seleccionados pertenecen a ciudades con una población que rondan entre 13.000 a 40.000 habitantes. Caracterizadas además por ser ciudades con un predominio de la población joven.
- **Recursos:** estos Centros de Salud cuentan con: médicos generales y médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (y residentes de dicha especialidad), además de Auxiliares de Enfermería, personal administrativo, auxiliares de servicio y de conserges. Algunos cuentan con Obstetras Parteras, Licenciados en Psicología, y solamente uno de los servicios cuenta con Licenciados en Trabajo Social.

Nota sobre el Relevamiento: si bien inicialmente se planificó aplicar el cuestionario a todos los profesionales de la salud (médicos y obstetras parteras) identificados en los Servicios de Salud ya mencionados, finalmente se logró llevar a cabo 5 de las 9 encuestas posibles. Entre las razones principales está la dificultad de agenda de éstos profesionales. De todas formas se enfatiza en que las pretensiones del presente trabajo, en el que se tomaron otras fuentes y se aplicaron otras técnicas, no es la representatividad si no el de analizar una situación desde diversas aristas y en mayor profundidad.