



Ministerio de Salud Pública



DOCUMENTO DE TRABAJO

ASISTENCIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

PAUTAS DE ORIENTACIÓN PARA OPERADORES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD



**INSTITUTO NACIONAL DE LAS
MUJERES**
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL
URUGUAY

Área de Violencia de Género
Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género
Dirección Salud de la Población
Dirección General de la Salud
Ministerio de Salud Pública

mujerygenero@msp.gub.uy

Telef. 4097230

Instituto Nacional de las Mujeres
Ministerio de Desarrollo Social

inamu@mides.gub.uy

Telef. 908.54.59 - 902.35.21 Int. 132

25 de Noviembre de 2005
Día Internacional de la No Violencia hacia la Mujer
Ministerio de Salud Pública
Montevideo-Uruguay

Anuncios Ministeriales

Visto:

I) Que la violencia sexual, física y psicológica hacia las mujeres es un serio problema de salud pública¹, cuya manifestación más frecuente en Uruguay es la Violencia Doméstica.

II) La existencia de un marco normativo nacional: Ley de Violencia Doméstica, Primer Plan Nacional de Lucha contra la Violencia doméstica.

Considerando:

I) La intención de este ministerio de abordar este problema:

Con un enfoque integral, intersectorial basado en derechos humanos, la equidad entre los géneros y las generaciones. En beneficio de toda la sociedad uruguaya.

Orientado a la prevención, atención y rehabilitación de víctimas y victimarios.

Optimizando el uso de los recursos existentes.

II) Los compromisos asumidos por el MSP, el 8 de marzo de 2005, que fueron:

Definir e instrumentar una estrategia de detección, que incorpore un cuestionario en la consulta y en la historia clínica.

Definición de pautas de procedimientos.

III) Los compromisos asumidos por los representantes de las Direcciones Departamentales de Salud y de las Coordinaciones Departamentales de ASSE participantes del Seminario “Hacia una política Nacional de Salud para el abordaje de la Violencia Doméstica contra la mujer” realizado en Solís los días 14 y 15 de octubre de 2005, donde se comprometieron a:

¹ (49ª Asamblea Mundial de Salud 1996, carpeta de OMS 1998, Informe mundial de Salud 2002)

Informar en las reuniones regionales lo considerado en el Seminario e incorporar la constitución de las Comisiones Departamentales locales para consolidar el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica.

Realizar una encuesta de relevamiento de los recursos en el Sector Salud, en relación a la atención de la Violencia Doméstica, a partir del Formulario propuesto.

El Director General de la Salud del Ministerio de Salud Pública:

Explicita el compromiso ministerial de apoyar la formación de las Comisiones Departamentales locales para consolidar el Consejo Consultivo de Violencia Doméstica.

En la línea de descentralización y territorialización que este ministerio desarrolla, las Comisiones Departamentales se jerarquizan como ámbito de articulación sectorial, de propuesta y de adecuación instrumentación de políticas públicas locales de prevención y atención.

Declara de interés ministerial conocer los datos sobre recursos humanos aplicables a este problema.

La optimización de recursos institucionales y humanos, de conocimiento y experiencia se consolidan a partir de su identificación y caracterización.

Presenta de documento de trabajo: Atención de las mujeres en situación de violencia doméstica en el primer nivel de atención

El documento plantea la Implementación de los compromisos de 8 de marzo de 2005 e incluye: funciones del sector salud y sus distintos niveles, cuestionario de tamizaje y forma de aplicación, primera respuesta del sector, elementos para un primer diagnóstico, orientación y articulación intersectorial. Prevé intervenciones con los otros niveles.

Anuncia que a partir de marzo de 2006 se desarrollará la implementación nacional de la estrategia de detección de mujeres afectadas por violencia doméstica a nivel de los servicios de salud y da las pautas de procedimientos para su atención .

El documento de trabajo será validado en experiencias piloto en cuatro centros de atención a nivel nacional y con la discusión entre actores calificados. La versión definitiva orientará la implementación nacional de los compromisos asumidos.

DR. JORGE BASSO
DIRECTOR GENERAL DE LA SALUD
URUGUAY

Presentación:

Salud, Violencia de Género y Derechos Humanos

Como sociedad mundial nos encontramos conociendo y reconociendo tipos de conducta humana que presentan altos índices de maltrato entre personas en su dinámica cotidiana.

Muchos de ellos parecen reconocerse como legítimos y necesarios.

De forma intergeneracional, en lugares de trabajo, en la calle, entre fuerzas opuestas o entre quienes guardan el orden, la violencia se presenta ante nuestros ojos como forma aceptable y corriente de abuso.

Esta exhibición pública, sin embargo no muestra los qué, en el mundo de lo privado se ejercen sobre las personas de toda edad y condición.

En esos casos, el maltrato oculto basado en diferencias de poder o intransigencias que son corrientemente aceptadas por la cultura, tiene otros espectadores y en la mayoría de los casos se realiza en el mayor ocultamiento del mundo privado, todavía intocable.

Niños y niñas, personas dependientes y mujeres sufren este tipo de situación que orada sus vidas, destruye su autoestima y proyectos personales de vida, los incapacita para la producción y el cuidado, así como ser constructores de una nueva sociedad.

En este ámbito sin embargo, obviamente, también existen los derechos humanos.

A pesar del desconocimiento imperante y el retraso humano y legal en considerarlo, la vida de la intimidad está regida también por el derecho a una vida digna y sin violencia entre quienes ejercen diferencias de poder psíquico, físico, y de interdependencia.

Estos principios que están consagrados en la constitución y las leyes nacionales nos desafían a sorprendernos e indignarnos cuando, esporádicamente, conocemos algún caso, cuando la noticia nos llega.

En este trabajo educativo, preventivo y de atención, los equipos de salud y especialmente en el primer nivel, tienen oportunidades irrenunciables de acción y de ética.

- Una de ellas vinculada a recuperarse como agentes de derechos humanos tal como las profesiones de servicio habilitan y obligan.

- La confidencialidad que la relación con los y las usuarias de toda edad y condición que se expresa en las acciones de salud, introduce una nueva posibilidad de intervención positiva.

Intuir, sospechar y comprobar efectos de la violencia de género son parte de la anamnesis y del “ojo clínico” imprescindible.

Para ello es preciso conocer y revelarse ante la violencia como un flagelo de la vida cotidiana y que tiene sus parámetros y expresiones.

La violencia intrafamiliar adquiere niveles insospechados.

Ella se ejerce contra niños y niñas, ancianos y ancianas, enfermos y dependientes.

Sin embargo, en ese medio, la violencia doméstica contra las mujeres alcanza cifras de más del 30% en la región.

Nuestras cifras nacionales no se conocen.

Un feminicidio cada nueve días por hechos brutales de violencia que terminan con la muerte de la víctima y parten de una relación de presión o vínculo afectivo sexual de parte de una persona cercana, en el presente o pasado, es un dato del final de un doloroso proceso de sufrimiento y exclusión.

Nos corresponde entonces intervenir cuando la violencia se sospecha, se presenta o se intuye para evitar males mayores y para contribuir a la vida digna de las personas, permitirles conocer sobre sus derechos y la respuesta social y de salud que necesitan y merecen.

Equipos de salud, hacedores de políticas públicas, somos entonces agentes calificados para actuar y definir soluciones ante estas situaciones.

En la medida que se aplique esta medida ministerial así como las pautas de intervención en el sector salud, en forma conjunta con otros niveles del Estado y la Sociedad Civil podemos disminuir la incidencia de este problema.

Dra. Cristina Grela,
Directora del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género.
DIGESA, MSP, Uruguay
Noviembre 2005

Introducción

El día 8 de marzo de 2005, en el Edificio Libertad en conmemoración del Día Internacional de la Mujer, el Instituto Nacional de las Mujeres (MIDES) realizó un acto público y conferencia de prensa en la que participaron representantes de todos los Ministerios. Allí expresaron su compromiso a favor de la igualdad de condiciones para hombres y mujeres en Uruguay y comprometieron medidas tendientes a plasmar dicho compromiso en la realidad.

Desde el Ministerio de Salud Pública la Sra. Ministra, Dra. M^a Julia Muñoz se comprometió a:

1. Incorporar a la ficha médica (historia médica) preguntas que den cuenta de situaciones de violencia doméstica de manera que quede registrado como parte de los datos clínicos de la paciente.
2. Realizar protocolos que permitan identificar y responder adecuadamente a las víctimas de maltrato.

Desde el Programa de Salud de la Mujer y Género se elaboró una propuesta en etapas para la instrumentación de estos compromisos. Estableciendo como meta la elaboración de una primer guía de procedimientos de atención a la violencia doméstica contra la mujer, dirigida a operadores del primer nivel de atención.

Las actividades desarrolladas para concretar estos objetivos fueron coordinadas con el del Instituto de las Mujeres del MIDES, que apoyó su organización y ejecución.

Este documento de trabajo es un primer producto y permitirá avanzar en las etapas siguientes:

- Implementación en programas pilotos que evalúen aplicabilidad y resultados, con participación de operadores de atención directa y usuarias/os en esta discusión y evaluación.
- Reuniones de análisis y reformulación del documento con los actores sociales e institucionales a quienes involucra el problema, representantes de organismos oficiales, de las sociedades científicas y de la sociedad civil, de forma de asegurar el tratamiento integral del tema

Estas pautas se elaboraron a partir de las recomendaciones de los organismos internacionales y la evidencia científica. Se realizaron instancias de trabajo con responsables del SSAE en Montevideo y representantes de las direcciones departamentales de salud y de la red de ASSE del Interior. De estas reuniones surgieron insumos que se incorporaron a este documento.

Marco conceptual

La violencia doméstica contra la mujer es un grave problema con fuertes implicancias para el sector salud. En el contexto de reforma del sector tendiente a un sistema de salud equitativo y universal, la atención a este problema es ineludible.

Se ubica el problema de la violencia doméstica en una perspectiva de atención integral, multidisciplinaria e intersectorial, lo cual implica que las acciones se ubican:

- En los cambios de la organización del sistema de atención, en particular la reorganización y fortalecimiento del 1er Nivel de atención.
- En coordinación con los demás programas del MSP que se relacionan al tratamiento de esta problemática.
- En el marco jurídico establecido en la Ley N° 17.514 de julio de 2002, y en el Primer Plan Nacional de Lucha contra la Violencia doméstica.
- En coordinación con los demás sectores que participan en el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica.

Definiciones

Violencia

Definición de la OMS en el informe sobre Violencia y Salud del año 2002:

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

En esta definición lleva implícita existencia de un poder desigual y se explicita la intencionalidad del acto, en cuanto a empleo de esa fuerza o poder y a la dirección del acto. Con la posibilidad de producir daño

Violencia de Género

Definición de la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres:

“Todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o

la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la Privada”

Violencia Doméstica

La legislación nacional define la violencia doméstica como:

“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”

La Violencia Doméstica como problema de Salud Pública

Tratamiento del tema en los Organismos internacionales

Desde la década del 90 los organismos internacionales de salud han dedicado instancias y publicaciones en relación al tema de la violencia en general y al tema de la violencia contra la mujer específicamente.

Para OPS la violencia interpersonal es un problema de salud pública regional, en setiembre de 1993 plantea el Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud. En noviembre de 1994 organiza la Conferencia Interamericana sobre Sociedad y Violencia.

En 1996 la 49a Asamblea Mundial de la Salud plantea que “la violencia es una prioridad de salud pública” recomienda “acometer el problema de la violencia contra la mujer y los niños y abordar sus consecuencias para la salud, y crea ese mismo año el Grupo Especial de la OMS sobre Violencia y Salud.

Varias publicaciones se dedican a la atención de este tema.

La unidad de Salud de la Mujer de la OMS (WHD), establecida en 1980 publicó en 1998 una carpeta sobre Violencia contra la Mujer² en la que se recopila información de varios estudios y se plantean recomendaciones para el sector salud.

A partir de 1994 OPS desarrolla el Proyecto ACTIVA, estudio multicéntrico desarrollado en ocho países latinoamericanos acerca de las actitudes y

² http://www.who.int/gender/violence/en/violencia_infopack1.pdf

pautas culturales frente a la violencia, la publicación de resultados se realiza en 1999.

A comienzos de los 90 OPS con la contraparte de los ministerios de salud de siete países latinoamericanos realizan una serie de evaluaciones de la salud de las mujeres. Los resultados identificaron la violencia de género como una prioridad en salud. Se formula³ una estrategia integral para abordaje del problema, comenzando con un análisis que abarcó una serie de estudios llamado “La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina”.

Este estudio generó conocimiento acerca de la situación de las mujeres que viven violencia, acerca de las estrategias y recursos para enfrentarla y de los obstáculos que encuentren las sociedades para dar respuesta al problema.⁴

En el 2003 en la publicación La Violencia contra las mujeres responde el sector salud, a partir de los resultados y lesiones aprendidas de estas experiencias, se plantea el modelo integral propuesto por OPS para la atención.

En octubre de 2002 la OMS publica el reporte mundial sobre Salud y Violencia, en el que el capítulo 4 se dedica al tema de violencia en la pareja.

Dimensión del Problema; algunas cifras

Entre el 10% y el 50% de las mujeres, de todas las clases sociales, experimentan durante su vida violencia física en manos de su pareja. La violencia física habitualmente es acompañada de maltrato psicológico y en muchas ocasiones sexual⁵.

Las violaciones y la violencia doméstica representan entre el 5% y el 16% de años de vida saludable que pierden las mujeres en edad fecunda.⁶ Las consecuencias alcanzan también a los testigos de esos actos. Alrededor de 40 millones de niños son objeto cada año de malos tratos y de desatención.

³ Esta iniciativa estuvo a cargo del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS. Actualmente esta línea de trabajo la continúa la Unidad Género Etnia y Salud de OPS/OMS

⁴ Publicaciones de OPS sobre la Ruta Crítica.

⁵ La violencia contra las mujeres, responde el sector salud, Capítulo 1, OPS/PAHO/OMS, 2003

⁶ Informe sobre Violencia y Salud, OMS, 2002

En la encuesta realizada en 2003 por Sybila consultores a 600 mujeres de la zona urbana de Montevideo y Canelones, 33% de las mujeres encuestadas sufrieron algún tipo de maltrato de parte de sus compañeros en el último año.

Consecuencias de la V.D. en la salud de las mujeres

Vivir en situación de violencia implica para las mujeres mayor mortalidad y morbilidad. La atención creciente que recibió este problema ha aportado abundante evidencia al respecto.

El aumento de la mortalidad se vincula a:

- homicidio, en Uruguay desde 1992 mueren en promedio 36 mujeres por año por esta causa.
- suicidio, los intentos de suicidio, son cinco veces más probables en presencia de violencia⁷.
- mortalidad materna, se estima que entre un 4 y un 29% de las mujeres embarazadas sufren violencia domestica en los países en vías de desarrollo.⁸
- SIDA, las enfermedades de transmisión sexual incluyendo la infección por el VIH/SIDA son mas frecuentes

Dentro de los efectos no mortales de la violencia se destacan:⁴

Lesiones, alteraciones funcionales, síntomas físicos inespecíficos, en particular síndromes dolorosos crónicos, fibromialgia, obesidad severa.

El aumento de frecuencia o agravación de enfermedades crónicas como trastornos gatrointestinales, colon irritable, hipertensión, diabetes, se pueden vincular tanto al mayor estrés como a dificultades para mantener un cuidado adecuado de su salud.

La salud reproductiva y sexual está particularmente afectada, aumento de patologías del embarazo, bajo peso al nacer, parto prematuro y aborto. El embarazo adolescente no deseado es 3 veces más frecuente.⁹

Existe una mayor vulnerabilidad a otras enfermedades, dolor pelviano crónico¹⁰, problemas menstruales, infección de las vías urinarias.

⁷ Stark E, Flitcraft A. Spouse abuse in Violence in America. N.Y. Oxford Univ. Press, 1991

⁸ Hoja informativa de marzo de 2005 de la Unidad de Género, Etnia y Salud de la OPS/OMS

⁹ Zierler S, et al, American journal of public health, 1991

La afectación de la salud mental es de los hallazgos más frecuentes, baja autoestima, angustia; aumento de la frecuencia de enfermedades como la ansiedad generalizada y crítica, depresión, trastornos del sueño, trastorno por estrés postraumático

La salud se ve afectada por la presencia de comportamientos negativos como tabaquismo, abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, incluidos los tranquilizantes prescritos, comportamientos sexuales arriesgados, inactividad física, comer en exceso.

La alteración del estado de salud aún en ausencia de enfermedad, es la constante, deterioro de la calidad de vida, disminución de los logros personales, pérdida de autonomía y dificultad para el desarrollo personal.

Impacto económico

La violencia implica costos directos e indirectos a la sociedad.

Como costos directos se mencionan la atención en servicios legales, de salud y la ayuda social. Los costos agregados de atención de salud dos veces y media más que la atención para otras mujeres, después de controlar otras variables¹¹.

La productividad y el empleo se ven también afectadas, se constató 30% a 50% más de licencia por enfermedad¹².

Afectación del potencial de desarrollo

Afectación de la sociedad

El aislamiento es inherente a la presencia de violencia doméstica. Hay una disminución de la cantidad y alteración de la calidad de los vínculos sociales. Es frecuente que la situación se mantenga como un secreto familiar y se asocie con sentimientos de temor y vergüenza

Hay una afectación del capital social. Entendiendo por tal el entramado de relaciones sociales de solidaridad y cooperación. Sociedades con mayor

¹⁰ Dellenbach P. Rempp C. Haeringer MT. Simon T. Magnier F. Meyer C. Chronic pelvic pain. Another diagnostic and therapeutic approach, Gynecologie, Obstetrique & Fertilité. 29(3):234-43, 2001 Mar.

¹¹ Koss M, Koss P, Woodruff J. Archives of Internal Medicine, 1991

¹² Day T, The health related costs of violence against women in Canada, Center of Research on V. A.W. and Child., 1995

capital social presentan mejores niveles de salud de su población que otras de menor capital social y similares condiciones económicas.¹³

A nivel de la comunidad y de la sociedad en general se deteriora la calidad de vida y se ve menoscabado el ejercicio democrático con menor participación de las mujeres a nivel comunitario e institucional.

En las familias hay una transmisión intergeneracional de la violencia, con deterioro de calidad de vida y escasa participación de los miembros del grupo en la toma de decisiones

Modelo Ecológico

Entendiendo la violencia como un problema complejo y multicausal, muchos especialistas en el tema y los organismos internacionales, OPS y OMS, plantean la utilidad de un modelo ecológico para el análisis de las situaciones de violencia basada en género. Este modelo plantea la coincidencia de factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales en la producción y mantenimiento de la violencia. El modelo tiene implicancias diagnósticas y para la atención. Las acciones de abordaje se deben dirigir a los distintos niveles mencionados, jerarquizando aquel nivel que se considere prioritario según el caso.

Marco jurídico

Ámbito internacional

Desde la década del 70¹⁴ la violencia contra la mujer ha sido un tema de preocupación y debate en el ámbito internacional.

Existen varios instrumentos jurídicos internacionales ratificados por Uruguay que enmarcan las acciones de atención al problema, Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)¹⁵ (1979) y su Protocolo Facultativo¹⁶ (1999), Convención sobre los Derechos del Niño¹⁷. (1989), La creación de una Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer de Naciones Unidas (resolución 1994/45), Convención Americana sobre Derechos Humanos, suscrita en

¹³ Pellegrini Filho, Alberto; La violencia y la salud pública; Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 5(4/5), 1999

¹⁴ Conferencias Mundiales sobre la Mujer: México 1975; Copenhague 1980; Nairobi 1985, Beijing 1995.

¹⁵ Ratificada por Uruguay por la Ley N° 15.164 de 4 de agosto de 1981

¹⁶ Ratificado por Uruguay por la Ley N° 17.338 de 18 de mayo de 2001

¹⁷ Ratificada por Uruguay por la Ley N° 16.137 de 28 de septiembre de 1990.

San José de Costa Rica (1969)¹⁸, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, aprobada en Belém do Pará, Brasil (1994)¹⁹. La VII Conferencia Regional sobre Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe (Mar del Plata, 1994). Uno de los ejes centrales de la conferencia fue el de la violencia contra la mujer.

Legislación Nacional

Desde 1995 en Uruguay se reconoce la Violencia Doméstica como delito a través del artículo 18 de la Ley N° 16.707²⁰.

En julio del 2002 se sanciona la Ley N° 17.514 o Ley de Violencia Doméstica, que establece un marco jurídico específico para la prevención e intervención en Violencia Doméstica, cuando no constituye delito, y crea el Consejo Nacional Consultivo Honorario de Lucha contra la Violencia Doméstica, asignándole como tarea fundamental la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica.

Esta ley da competencia a los Juzgados de Familia para actuar en temas de violencia doméstica que no constituya delito.

Desde el año 2004 se crearon cuatro juzgados especializados en Montevideo.

En los demás departamentos los Juzgados de Paz y las Defensorías de oficio tienen competencia para la atención de urgencia en temas de violencia doméstica.

Aspectos pertinentes al personal de salud

La Ley establece “... de interés general las actividades orientadas a la prevención, detección temprana, atención y erradicación de la violencia doméstica”.

La Ley define la violencia doméstica y sus manifestaciones Violencia física, violencia psicológica o emocional, violencia sexual y violencia patrimonial.

Legitima a cualquier persona para que pueda “dar noticia al Juez competente en la materia”, estableciendo que no le cabrá responsabilidad de tipo alguno a quien realice esta denuncia “siempre que la noticia presente verosimilitud”. Y establece que el juez podrá llamar a terceros a juicio.

¹⁸ Ratificada por Uruguay por la Ley N° 15.737 de 8 de mayo de 1985.

¹⁹ Aprobada en Uruguay por la Ley N° 16.735 de 13 de diciembre de 1995

²⁰ Se incorpora al Código Penal Uruguayo como artículo 321 bis.

El personal de salud queda por esta disposición habilitado a realizar la comunicación al juez, si lo considera pertinente y necesario, sin obligar a la denuncia de todos los casos de los que tome conocimiento.

El Artículo 15 establece que el Tribunal ordenará realizar un diagnóstico de situación interdisciplinario entre los sujetos involucrados²¹, para evaluar los daños y riesgos y el entorno social.

De este diagnóstico de situación puede concluirse la necesidad de adoptar medidas o tratamientos médicos, psicológicos u otros, con este fin el Tribunal puede designar una institución pública o privada idónea en la materia para su realización. Las instituciones de salud quedan implicadas en esta disposición.

La ley establece el deber del estado de adoptar medidas para prevenir sanciona y erradicar la violencia doméstica y fomentar la atención integral a la víctima. Plantea el deber de establecer una política de protección de todas las personas relacionadas, en el marco de la cual se atiende la rehabilitación y reinserción social del agresor, planteando que la asistencia y el tratamiento sean instrumentos de esta política.

Plan Nacional de Lucha contra la V.D. y Sexual

Este Plan fue publicado a fines del 2004 por el Consejo Consultivo y establece pautas coordinadas interinstitucionalmente para la construcción y gestión de políticas públicas, de Estado y sectoriales, específicas para el tratamiento de la violencia doméstica en el ámbito nacional, en una perspectiva de garantía de protección, prevención y promoción de derechos, tendiendo a la erradicación de la violencia doméstica.

El Plan compromete a las instituciones a consumir acciones para su instrumentación y al monitoreo de sus resultados y propone actividades concretas.

Al sector salud le competen actividades generales a coordinar de forma intersectorial: promoción de derechos y prevención de la Violencia

Doméstica y formación y capacitación permanente de recursos humanos y actividades específicas.

²¹ Se refiere a la evaluación pericial, que en general la realiza el Instituto Técnico Forense, pero, de considerarlo necesario, el juez puede establecer que otros técnicos lo realicen.

Las actividades propuestas para el abordaje en crisis, atención, tratamiento y rehabilitación se dirigen a la ampliación de la cobertura, optimizando los niveles de articulación interinstitucional e intersectorial.

Estas acciones incluyen la elaboración e instrumentación de programas de atención integral y de rehabilitación y el establecimiento de pautas precisas para la atención, previendo respuestas alternativas en los casos de violencia extrema y riesgo.

Específicamente para el sector salud se propone la organización de equipos de atención preparados en el tema e integrados en red con otros recursos sociales existentes a escala nacional.

Atención a la Violencia Doméstica: Intersectorialidad

Del marco conceptual expuesto se desprende que la atención a un problema complejo como la Violencia Doméstica, multicausal, estrechamente ligado a los modelos de socialización, a la construcción de identidad y cultura no puede ser responsabilidad de un solo sector.

Un modelo integrado de abordaje que articule acciones de detección atención prevención y rehabilitación requiere de la coordinación a diferentes niveles, desde los sectores de decisión de políticas públicas al nivel de acciones en la comunidad, pasando por las coordinaciones de los operadores de los distintos sectores en la atención cotidiana. Es necesario que estos niveles coordinen entre si en torno a grandes líneas de acuerdo conceptual y operativo. El Plan nacional de Lucha contra la violencia Domestica aporta un marco general en este sentido. El modelo integrado de OPS/OMS propone tres niveles de acción: coaliciones nacionales, sectores y comunidad y plantea como ejes conceptuales transversales entre los niveles la equidad de género, la participación y las asociaciones.

El sector salud para ser efectivo y adecuado en sus respuestas, para adaptar estas respuestas a la evolución en el conocimiento del problema y de los avances en su abordaje debe funcionar en forma articulada en la planificación, en la ejecución y en la evaluación de resultados con los demás sectores involucrados.

La atención a un problema social como la violencia doméstica implica a los profesionales un análisis de actitudes y una revisión de su sistema de creencias en relación a violencia, a familia, a pareja y a los modelos de socialización de niñas y niños.

Esta revisión de posturas personales y colectivas conlleva un examen de las prácticas profesionales y de los estilos relacionales con las usuarias, y su consecuente modificación.

Atención a la Violencia Doméstica en el sector salud

A partir de lo expuesto en el marco conceptual se plantean las líneas generales que orientan la propuesta específica de atención a la violencia doméstica contra las mujeres en el sector:

- Incorporación de una perspectiva de derechos humanos, de género y generacional en la planificación y organización de reformas en el sector salud.
- Atención integral e intersectorial, que considera las distintas etapas del proceso de modificación de la situación de violencia e integra acciones de prevención, secundaria y primaria, asistencia a víctimas y agresores, registro y evaluación.
- Responsabilidades específicas explícitas para los niveles de decisión y de operación, en ámbitos nacional, local, institucional y de servicio.
- Articulación con los recursos comunitarios generales y específicos.
- Jerarquización y participación del sector en el desarrollo de estrategias comunitarias de promoción de derechos y participación como un recurso para la prevención.
- Adaptación de las propuestas a los contextos de aplicación, optimizando recursos, materiales, humanos y de experiencia realizada.

Rol del Sector Salud

El sector salud está ubicado en un lugar privilegiado entre los prestatarios de servicios para acceder a las mujeres en situación de violencia. La mayoría de las mujeres establecen contacto con el sistema de asistencia en algún momento de sus vidas. Por problemas de salud, cuando solicitan métodos anticonceptivos, por control de embarazo y parto, para la atención de sus hijos entre otros motivos. Estas consultas son una oportunidad para detectar este problema y brindarles apoyo.

Los estudios demuestran que no es práctica habitual de los técnicos la investigación de la existencia de maltrato. Esto hace necesario establecer una estrategia de investigación de rutina, que aumente la detección y a la vez promover la habilidad de los técnicos para emplearla.

Esta rutina de detección será parte de una estrategia de atención, desde el servicio de salud, que incluye acciones institucionales y de parte de los técnicos que brindan la asistencia.

Desde la institución se deberá incorporar progresivamente cambios en la organización que aseguren un ambiente de apoyo y posibiliten acciones para la atención integral al problema en los diferentes niveles de la asistencia. Este aspecto incluye tomar las previsiones para capacitar el personal y crear servicios especializados de acuerdo a las necesidades que se evalúen, incluyendo la incorporación de la violencia en el sistema de registro e información. La institución vigilará la provisión de los insumos necesarios para el desarrollo de la estrategia; material informativo general y para usuarias/os, cuestionarios impresos y otros.

A nivel de los operadores la estrategia incluirá detección de rutina, tratamiento de las consecuencias directas e indirectas, documentación en la historia clínica, contención, orientación, información, vincular a servicios comunitarios generales y específicos y de ser necesario referencia a servicios especializados.

Rol del primer nivel de atención en la atención

La concepción de la atención como un proceso de acción integral intersectorial, la jerarquía que ocupa en la propuesta la interacción con la comunidad y la prevención, colocan al primer nivel de atención en un lugar clave para iniciar la implementación de la política sectorial para la atención de la Violencia Doméstica.

Cada servicio se organizará para implementar la propuesta, definiendo funciones, responsabilidades, trayectoria de las mujeres en el servicio, mecanismos de referencia contrarreferencia y seguimiento.

Todos los técnicos del primer nivel de atención deberán abordar la violencia doméstica en su trabajo cotidiano, incorporando la investigación de rutina, la documentación en la historia clínica, la contención y respuesta inicial, la información y orientación.

En caso de que alguno de los operadores tenga especiales dificultades en relación a esta tarea en el momento de organizar la atención en el servicio, se tomará en cuenta.

Intervenciones específicas

De acuerdo a las características institucionales y del servicio en cuestión se formarán equipos de atención entre los operadores sensibilizados, capacitados y con interés en el tema. Este equipo propondrá y organizará estrategias específicas para aquellos casos para los que sea indicado y oportuno.

Estas estrategias pueden incluir instancias de atención individual o grupal. Grupos autogestionados. Actividades hacia la comunidad. Talleres entre los técnicos o con la comunidad.

Intervenciones especializadas

En algunas situaciones la afectación del estado de salud requiere atención especializada de diversas disciplinas. Se planificará las acciones a considerar en los distintos niveles, evaluando situaciones de particular vulnerabilidad y riesgo.

La derivación sistemática a profesionales de la salud mental no responde necesariamente a la necesidad de la mujer, ni es en muchas ocasiones la indicación más adecuada. La indicación de instancias psicoterapéuticas individuales o grupales debe evaluarse en relación a cada caso en particular.

Se preverán instancias de capacitación específica en violencia doméstica contra las mujeres para los diversos especialistas.

Se plantearán pautas para los procedimientos en las diferentes áreas y niveles.

Pautas para procedimientos en el Primer Nivel de Atención

Objetivos

- Detectar las situaciones de violencia.
- Evaluar el impacto de la violencia en la situación de salud de la mujer y su relación con los motivos de consulta.
- Atender y prevenir las consecuencias de la violencia.
- Prevenir que se mantenga o se reitere la violencia.

Procedimientos desde el servicio

Al momento de implementar la estrategia de atención, el servicio debe tener definido con claridad los roles, funciones y responsabilidades de sus integrantes. Esto se realizará en reuniones previas, consecutivas a las instancias de capacitación.

Estarán previstas posibles coordinaciones con recursos comunitarios y otros servicios necesarios.

Se deberá contar con el material informativo general en sala de espera y en los consultorios y con material para entregar, acerca de derechos, de recursos comunitarios generales y específicos y de planes de seguridad.

Deberá estar decidida la forma de registro y la trayectoria prevista para la atención de la mujer, de manera que todo el personal lo realice de igual manera.

Referimos como trayectoria la coordinación y mecanismos de referencia, contrarreferencia y seguimiento entre distintos servicios intrainstitucionales, interinstitucionales y comunitarios.

Esta coordinación debe tener definidas y claras para uso de los operadores y de las usuarias, las funciones y formas de acceso de los diferentes recursos.²²

Detección

Estrategia de detección

Existe evidencia de que la existencia de políticas y de protocolos sobre la V.D. aumenta la identificación en las consultas de las mujeres agredidas.

²² En el capítulo acerca de recursos comunitarios Indicación y oportunidad se desarrolla este aspecto

No es suficiente esperar que las mujeres revelen la situación de violencia por cuenta propia.

La experiencia ha indicado que muchas mujeres están dispuestas a hablar de la violencia, pero para ello es necesario que el personal de salud tome la iniciativa.

Investigación de rutina

- El técnico que realiza la consulta debe investigar la presencia de violencia doméstica de forma rutinaria:
 - Siempre en caso de sospecha.
 - A todas las mujeres, en el momento que considere oportuno del proceso de atención.

Las estrategias para preguntar son muy variadas, algunos técnicos prefieren una aproximación directa, otras aproximaciones indirectas.

Como y cuando

- La investigación de rutina se debe realizar:
 - En el contexto de la consulta habitual o control.
 - Como parte de una estrategia de abordaje.
 - En un ámbito de confidencialidad.
 - En forma cálida y respetuosa.
- Se incorpora un cuestionario breve de 5 preguntas.
- Se debe documentar en la historia clínica la fecha de realización de la indagación.

Se destaca la importancia de selección del momento adecuado, la actitud y lenguaje corporal, la importancia de la comodidad del técnico en la aplicación de la técnica de detección, de forma que esta respete su propio estilo. Se menciona como muy importante la adecuación a las diferencias étnicas y culturales.

Motivos de Consulta frecuentes

Lesiones reiteradas de entidad variable, “accidentales”.
Quejas somática múltiples inespecíficas, malestar.
Fatiga crónica.
Demanda de calmantes y sedantes
Crisis de angustia y ansiedad.
Cuadros de intoxicación, IAE.
No explicita la situación de violencia.
Llamados reiterados a domicilio por “crisis emocionales”.

Si bien no hay indicadores seguros de la existencia de violencia algunas circunstancias y motivos de consulta pueden alertar sobre su posible existencia.

En la relación de la usuaria con el servicio de salud existen algunos comportamientos que son frecuentes y deben ser tomados en cuenta para realizar la investigación.

Actitud de la consultante:

- Desamparo, autoestima baja, miedo.
- En ocasiones hostilidad y/o desconfianza
- Si concurre la pareja, permanece en el consultorio con ella.
- Antecedentes de no cumplimiento de los tratamientos
- En la evolución es frecuente la falta a las citas concertadas y la discontinuación de los tratamientos.

En la atención a las mujeres que sufren violencia la mayoría de los operadores del área de la salud presentan diversos grados y modalidades de movilización afectiva. Esto conlleva en ocasiones dificultades para operar tanto a nivel individual como de equipo.

Dificultades de los equipos

División de opiniones y actitudes:

- Sobreinvolucramiento
- Hostilidad
- Agresividad como respuesta a la pasividad
- Frustración

La experiencia indica que es necesario dar a los equipos tiempo y espacios específicos para trabajar estas dificultades. El cuidado de los operadores mejora la calidad de atención.

Cuestionario

La inclusión en la estrategia de atención de un cuestionario estandarizado como herramienta de detección ha demostrado ser de utilidad. Mejora la visibilidad del problema por parte del personal de salud, facilita la detección y es bien recibido por las mujeres. Se promueve su presentación en el contexto de una evaluación de rutina junto a otros problemas de salud.

El instrumento seleccionado para ser empleado en Uruguay es una adaptación de un Cuestionario breve validado en Argentina²³.

El cuestionario propone una breve presentación que introduce el tema y tiende a facilitar su aplicación.

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. Si usted prefiere no responder a estas preguntas esto no alterará la relación con su médica o médico. El contenido de las respuestas será absolutamente confidencial y nadie tomará ninguna medida por el mismo.

PREGUNTAS

1) ¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño emocional o psicológico en forma repetida?

¿Sucedo actualmente?

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?

¿Sucedo actualmente?

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

4) ¿Alguna vez en su vida ha sido obligada a tener relaciones o contacto sexual?

¿Sucedo actualmente?

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

En el caso de las preguntas 1, 2 y 3 se acompaña el texto con una aclaración que orienta la pregunta pero no se plantea su uso obligatorio:

Para la pregunta 1: Por ejemplo 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: cuáles:

²³ Majdalani, Alemán, Fayanás, Guedes, Mejía, en Argentina, Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(2), 2005. Tiene como antecedente el cuestionario propuesto por OPS y adaptado por IPPF.

Para la pregunta 2: Por ejemplo: empujones, golpe de puños, quemaduras, zamarreos, mordeduras, ahorcamiento, pellizcos, palizas, golpes c/objetos, tirón de pelo patadas, daño con armas, cachetadas, otra forma: cuál:

Para la pregunta 4: Por ejemplo: empleo de la fuerza física, de intimidación o amenaza para mantener prácticas sexuales no deseadas.

Se proponen dos procedimientos para el registro, completo y mínimo.

El registro completo incluye en cada pregunta indicar:

SI NO DESEA CONTESTAR Quien o quienes.....

Registrando en las preguntas 1, 2 y 4 en que periodo de la vida ocurrió:

Niñez Adolescencia Juventud Adulthood Mayor de 65 años Embarazo y/o postparto

Otra opción de registro es mediante un sello previamente colocado en la Historia Clínica, según el formato que figura a continuación²⁴:

REGISTRO MINIMO			
Edad		Fecha entrevista / /	
En riesgo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INCIERTO <input type="checkbox"/>			
Aceptó ayuda SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
	Alguna vez	Último año	Pareja (X = si)
1) PS			
2) FI			
3) ASI			
4) SX			

El empleo de la estrategia de detección requiere de una actitud género sensitiva, empática y respetuosa.

Cada técnico buscará el momento y la forma de aplicación más adecuada, considerando el contexto, sus preferencias y posibilidades personales y las características de la consultante.

²⁴ Sello propuesto por IPPF

Se requiere de un espacio físico que asegure la confidencialidad.

Quienes se sienten impedidos de realizarlo recurrirán a otro miembro del equipo de atención para realizar la entrevista relativa a violencia.

Capacitación

La aplicación de la estrategia de detección será precedida por una instancia de capacitación que permita ubicar el instrumento de detección en una acción de atención a la mujer en situación de violencia.

La capacitación favorece la visualización y reflexión acerca del tema, mejora los resultados, apoya al profesional de la Salud y favorece la aplicación de criterios de confidencialidad y seguridad.

Registro

Sistematizar el registro permite el seguimiento de los casos, la evaluación de la frecuencia en las consultas, aporta a la planificación de la atención y puede ser de utilidad médico legal.

Los problemas que se citan con mayor frecuencia se refieren a la confidencialidad de la historia clínica y al procesamiento de los datos.

Pauta para Registro

En lugar visible y acordado en la historia clínica. Se registrará siempre la fecha de realización del cuestionario.

Si la paciente está de acuerdo, registro del resultado, en la consulta del día.

Se plantea una forma de registro completa en el formulario de registro o una mínima en un sello que se ubicará en lugar acordado.

Se preverá la inclusión del registro en el sistema de información según las realidades locales e institucionales.

La institución Informará a la autoridad sanitaria del porcentaje de personas tamizadas sobre el total de consultas y los resultados acumulados.

Primera Respuesta

Llevar a cabo el tamizaje activo para la violencia, sin ninguna respuesta al problema es poco ético y es también un desecho de recursos y esfuerzo.

No es necesario tener personal especializado en salud mental para prestar atención de calidad a las víctimas. Lo que es esencial es que las mujeres que necesitan apoyo reciben tratamiento con calidad humana y en el momento adecuado.

La escucha y orientación cálida, que no enjuicia y permite que el tema se trate con naturalidad y respeto, es en muchos casos suficiente como primera respuesta.

Es necesario que los técnicos que brindan la asistencia asuman la responsabilidad directa de esta primera respuesta. Muchos de los motivos de consulta pueden relacionarse con la situación de violencia. El develar la situación frente a un técnico implica una actitud de confianza hacia esa persona. La derivación sistemática a dispositivos especializados no responde a las necesidades detectadas.

La mayor dificultad es la actitud hacia el problema, las emociones vinculadas al tema y los juicios establecidos a partir del desconocimiento de la violencia doméstica como asunto de salud.

Etapas

Detección

Contención

Abordaje del cuadro médico

- consecuencias de la VD,
- situaciones de vulnerabilidad,
- evaluación de riesgo.

En sucesivas entrevistas completar el diagnóstico de situación de violencia doméstica.

Evaluar la indicación de abordaje específico o especializado.

Diseñar una estrategia de abordaje apropiada al contexto y a la situación clínica:

- Oportunidad de la intervención
- Tipo de propuesta, técnico encargado, lugar de atención.
- Coordinaciones intrainstitucionales.
- Coordinaciones intersectoriales.

Entrevista a la mujer en situación de V.D.

Las características de la entrevista dependerán del técnico, pero es posible establecer lineamientos generales que favorecen una atención con calidad y calidez.

Es imprescindible considerar el contexto de atención, pues este determina lo posible y en ocasiones algunas de las características del vínculo que se establece con la consultante.

Algunos de los aspectos del contexto de atención que influyen son:

- Posibilidades de un ámbito físico adecuado
- Posibilidades de dedicar el tiempo necesario.
- Contactos previos de la consultante con la institución y con el técnico
- Intentos previos de solicitar ayuda sin resultados.
- Capacitación del profesional que recibe la consulta.
- Existencia de una estrategia institucional explícita de atención al problema.

La incorporación a la atención de una perspectiva de DDHH implica:

- Integrar al ejercicio profesional la revisión de posturas personales y técnicas desde una perspectiva de derechos humanos, como un aspecto inherente al buen ejercicio de la profesión.
- Informar a la consultante acerca de sus derechos.
- Establecer con ella un vínculo en el que se enfatice el respeto de sus derechos.

Mantener una escucha y cálida que no enjuicie y permita que el tema se trate con naturalidad y respeto. Esto no implica la naturalización de la situación de violencia, sino la naturalidad de hablar del sufrimiento asociado a esta experiencia, en el contexto de la consulta.

Informar sobre los recursos comunitarios y legales, a los que la mujer puede recurrir en caso de necesitarlos.

Brindar la información y una orientación oportuna acorde a los tiempos y decisiones personales.

Elementos para el diagnóstico de situación

El diagnóstico de situación se fundamenta en el modelo ecológico, implica valorar los factores vinculados a la situación de la consultante, en los diferentes niveles explicitados: individual, relacional, comunitario, social.

Estos niveles se deben analizar desde la situación particular de la persona que se está atendiendo.

Orienta para la planificación del abordaje y para el trabajo en red.

En la primer entrevista en que se detecta la situación se debe evaluar el riesgo, el diagnóstico completo se realizará en sucesivas instancias.

Diagnóstico de Violencia Doméstica

Frente a la detección de Violencia es necesario conocer su modalidad y forma de manifestación. En particular conocer si se restringe al ámbito doméstico o no.

Es característico de la violencia doméstica vinculada a factores socio – culturales, y sus implicancias relacionales, la manifestación exclusiva o principal, en el ámbito de las relaciones íntimas y no en el ámbito público.

El comportamiento violento al azar, que se reitera en diversos ámbitos puede estar fuertemente condicionado a factores individuales, como características de personalidad y consumo intenso de sustancias, y puede revestir mayor riesgo.

Es frecuente la concomitancia de más de una forma de violencia doméstica, violencia conyugal, maltrato infantil, maltrato a ancianos, maltrato a discapacitados. Identificar estas situaciones permitirá un abordaje más integral y específico a ese grupo familiar.

Las manifestaciones de la violencia que se pueden dar abarcan:

- Abuso emocional: trato humillante u ofensivo, desconocimiento de necesidades y deseos, inequidad.
- Violencia física, someter por la fuerza física con el resultado de daño.
- Violencia sexual, violación con o sin empleo de fuerza física, imposición de prácticas sexuales no deseadas.

Valorar la presencia de abuso emocional presenta mayores dificultades tanto a los técnicos como a las personas directamente implicadas.

Las siguientes son algunas de las formas que se pueden presentar.

- Intimidación: Provocar miedo con miradas, acciones, gestos, romper objetos, maltrato a otras personas o animales, mostrar armas
- Privilegio: Determinar el deber ser, decidir sobre las cosas importantes sin considerar a los demás, ser servido siempre
- Desvalorización: considerar al otro incapaz e inútil, demostrarlo por actos, gestos, despreciar su trabajo y esfuerzos
- Amenazas: daño físico, muerte, abandono, suicidio, internación psiquiátrica
- Manipulación de los niños: culpar por su mal comportamiento, usarlos como intermediarios, amenazar con quitárselos, abusos en las visitas.
- Indiferencia: negarse a hablar y/o al contacto físico, ignorar preocupaciones y necesidades, no demostrar afecto
- Aislamiento: controlar que hace con quien habla, que lee, donde va; limitar su vida social y familiar por celos u otros motivos
- Abuso económico: ocultar los ingresos, control exclusivo del dinero, gastar primero el salario del otro.

Constitución del grupo familiar

Conocer la integración del grupo familiar y algunas de las características de sus miembros aporta al conocimiento de la situación y a la planificación de una estrategia. La construcción del Genograma²⁵ y ecomapa pueden ser una herramienta para el seguimiento. Describe la relación entre los individuos en orden jerárquico, da idea de la complejidad de la estructura familiar, de la dinámica familiar y su influencia en los patrones de toma de decisiones y vulnerabilidad

Se debe indagar acerca de los antecedentes personales y familiares de situaciones de violencia doméstica en las familias de origen y en parejas anteriores, de violencia en otros contextos, la presencia de alcoholismo, abuso de drogas, tratamiento psiquiátrico y psicológico de los integrantes del grupo familiar.

Recursos

La evaluación de los recursos presentes permitirá diseñar, junto a la mujer, una estrategia de búsqueda de alternativas.

Los recursos pueden agruparse en:

²⁵ Watts C. H. Shrader E., How to do (or not to do)... The genogram: A new research tool to document patterns of decision-making, conflict, and vulnerability within households. Health Policy and Planning, 13:459-464. 1998.

- Personales, intelectuales, afectivos, posibilidad de emprender un proceso de modificación de actitudes y de cuestionamiento de valores.
- Materiales, vivienda, ingresos, etc.
- Familiares, existencia de familia extensa, con buenos vínculos, cercana geográficamente.
- Sociales, grupos de referencia, amistades, compañeros, vecinos.

Evaluación de riesgo

Las acciones a implementar estarán determinadas por el riesgo que presenta la situación. En primera instancia es necesario valorar la existencia de riesgo vital, para tomar en caso de ser necesario medidas de seguridad.

En el cuestionario se incluye una pregunta que informa acerca de la percepción subjetiva de la mujer en relación a su seguridad. El técnico debe evaluar si existen otros elementos que alerten sobre riesgo vital inminente.

En los recuadros se indican algunas circunstancias que si bien no dan certeza, alertan sobre la necesidad de prever en conjunto con la mujer estrategias para protegerse en caso de ser necesario. Las medidas de seguridad se plantean como una necesidad para la prevención del daño, no solo del riesgo de muerte.

Riesgo de homicidio

- Aumento en la intensidad y/o frecuencia de los episodios de violencia.
- Importante asimetría en la relación.
- Acceso a medios letales.
- Consumo intenso de sustancias.
- Patología psiquiátrica.
- Intento de separación frustrado.

Medidas de seguridad personal

Frente a la presencia de varios de estos factores analizar junto a la mujer la posibilidad de contar con el apoyo de personas cercanas, a las que comunicar su situación.

Plantearle la posibilidad de recurrir a ellos de ser necesario, y de guardar en su casa copia de documentos que pueda llegar a necesitar.

Evitar las situaciones de confrontación con su agresor en espacios cerrados de los que no pueda salir fácilmente en caso de necesidad.

Evitar la presencia de armas y objetos letales en la casa y alejarse de ellos en caso de discusiones.

Establecer estrategias de comunicación y pedido de ayuda, con familiares o vecinos.

Prever a donde ir en caso de que necesite abandonar su hogar, o asegurar la no accesibilidad al hogar del agresor en caso de que no convivan.

Se entregará a la mujer un folleto con el detalle de las diferentes medidas de seguridad personal.
--

Se jerarquiza la coordinación con un servicio especializado que brinde asesoramiento legal y apoyo especializado. El técnico que inició la atención mantendrá contacto con la mujer aunque se inicie una atención específica con otro recurso intra o extrainstitucional.

En casos en que se considere que la mujer no está en condiciones de asumir medidas de seguridad se tomarán los resguardos para protegerla, buscar una alternativa de alojamiento para ella y sus hijos, solicitar apoyo legal y evaluar la realización de la denuncia desde la institución en que se realiza la atención.

Se propone que la responsabilidad de la denuncia pase del operador de atención directa a la autoridad institucional. Cada institución preverá la vía mas efectiva para llevar a cabo la denuncia, designación de una autoridad responsable por turno, diseño de formularios tipo desde el departamento jurídico, acceso facilitado al departamento jurídico, etc.

Como se mencionó en el capítulo de marco legal, existe una figura penal de violencia doméstica. El procedimiento para esta vía de intervención judicial se puede iniciar por la denuncia policial.

Los procedimientos vinculados a la Ley de Violencia Doméstica se realizan directamente en los Juzgados de Familia competentes, especializados en Montevideo y Juzgados de Paz en los demás departamentos. El empleo de esta vía requiere asistencia letrada.

En caso de evaluar que existe riesgo de suicidio se deberá coordinar la atención de la mujer por siquiatra, preferiblemente con capacitación en violencia doméstica y tomar las medidas de protección de urgencia indicadas, incluyendo internación

Riesgo de suicidio.

- Aumento en la intensidad y/o frecuencia de los episodios de violencia.
 - Antecedentes previos.
- Aislamiento.
- Anestesia afectiva, embotamiento.
 - Cuadro depresivo grave.
 - Acceso a medios letales.

Procedimientos en casos en que no hay riesgo inminente

Integrar el problema de la violencia como un asunto pertinente a la consulta, preguntando con cuidado en las sucesivas consultas, aportando información y orientación.

Ubicar la violencia como una situación no aceptable para la que puede haber salida.

Favorecer la expresión de los afectos vinculados a esta situación, en particular el malestar y el sufrimiento frente al abuso ayudando a superar la anestesia y la naturalización que habitualmente acompañan estas situaciones.

Acompañar a la mujer en el reconocimiento de las formas de actuar que tiene en la situación de violencia, facilitando la identificación y empleo de los recursos personales en la búsqueda de alternativas.

En la medida que se va trabajando sobre los objetivos anteriores se favorecen cambios a nivel de la autopercepción que la revalorizan.

Orientar a servicios comunitarios que favorezcan el desarrollo personal y la participación. Informar acerca de los recursos institucionales y comunitarios específicos en violencia doméstica a los que puede recurrir.

El tiempo que este proceso implica es propio a cada mujer y generalmente no es lineal. Son frecuentes los abandonos y muchas veces con retorno meses después.

Prevención y promoción de salud

La comprensión de la violencia doméstica desde un modelo ecológico y una perspectiva de derechos humanos ubica a las estrategias comunitarias de promoción de salud, de participación y de ejercicio de la ciudadanía en un lugar importante en una propuesta de atención a la violencia doméstica.

Los espacios que promueven el desarrollo personal, la interacción con otros, la creación de vínculos de solidaridad y cooperación, la participación en la toma de decisiones, favorecen cambios en la autovaloración y en las formas de relación. Mejoran la autoestima y las asunción de responsabilidades y decisiones.

El sector salud en el primer nivel de atención participa en estrategias comunitarias junto a otros sectores. Se propone planificar e implementar las actividades considerando factores relacionados con la aparición y mantenimiento de la violencia doméstica.

La revisión de las prácticas que los operadores tienen hacia y con la comunidad, desde una perspectiva de derechos humanos, promueve cambios desde la acción y desde la propuesta de situaciones.

De acuerdo al contexto y al objetivo de la actividad se debe valorar la pertinencia y forma de tratar temas como:

Los modelos de socialización, proponiendo a la reflexión y analizando aquellos aspectos que evidencian una práctica de discriminación, por género, por edad, por raza, etc.

La naturalización de las relaciones de desigualdad, que favorecen los comportamientos abusivos.

La naturalización de la violencia, al ubicarla como inevitable, ligada a características inherentes a determinadas personas o grupos.

La naturalización de los estereotipos de género. Muchas veces manifestada a través de la sanción de comportamientos y actitudes no prescritos para su género. A modo de ejemplo los comportamientos activos y de participación en niñas y mujeres y aquellos vinculados a los afectos y el cuidado de los otros en varones.

Los Recursos, su indicación y oportunidad

El abordaje de la Violencia Doméstica desde la perspectiva de derechos humanos y género requiere una mirada interdisciplinaria e intersectorial. Necesita respuestas integrales que tomen cada situación en su especificidad y en su contexto y que tengan como parámetro ineludible a la persona que vivencia esa problemática.

Desde esta perspectiva no es adecuado, tomar decisiones que sustituyan a los/as involucrados/as; salvo que se evalúen situaciones de riesgo.

Acelerar o precipitar decisiones que luego no pueden ser sostenidas se convierte en una nueva frustración y refuerza el sentimiento de inevitabilidad que rodea a las personas que lo sufren.

Un aporte sustancial desde los Equipos de Salud, para acompañar el proceso de salida es orientar e informar de forma precisa, sobre los diferentes recursos existentes a los cuales puede apelar cuando se transita una situación de violencia doméstica

Conocer los Recursos facilita el diseño de estrategias institucionales y desde los operadores. Tener información de las características del Servicio, de las formas de acceso y las posibilidades de coordinación y articulación de acciones es muy importante dado que errores en la derivación pueden determinar el retroceso de los pasos dados a la hora de pedir apoyo.

Existen varios tipos de Recursos que no son excluyentes y que se complementan e interactúan entre sí. Podemos hablar de Recursos Institucionales, Comunitarios, Familiares y Personales.

Recursos Institucionales:

Ministerio de Interior:

Es la institución que más frecuentemente se visualiza como respuesta a este tipo de problemas. Sin embargo debemos tener en cuenta que no en todos los casos es aconsejable realizar una denuncia policial. Es necesario evaluarlo con la involucrada y pensar posibles estrategias a seguir en caso de realizarla.

En situaciones de riesgo se sugiere llamar al patrullero 911 dado que es el único que interviene en la emergencia y que cuenta con los recursos para hacer frente a la crisis.

La denuncia policial debe realizarla en forma escrita y firmarla. En caso de estar en condiciones de trasladarse se sugiere radicarla en la Comisaría de la Mujer y la Familia dado que tiene como función específica intervenir en las situaciones de Violencia Doméstica. De no ser posible, puede hacerla en la Seccional Policial correspondiente.

En la Denuncia deben aparecer todos los datos personales del agresor y muy especialmente la o las direcciones donde se lo puede encontrar. Debe

describir con la mayor precisión y de manera sintética los hechos, especificando si existen amenazas y si tiene armas. Debe poner especial atención a los elementos de prueba, tales como los certificados médicos, denuncias anteriores, testigos, etc.

Poder Judicial:

Es posible radicar directamente la denuncia en el Juzgado pero para hacerlo necesita de la anuencia de un/una abogado/a defensor de oficio o privado. En los Juzgados especializados de Violencia Doméstica cuentan con defensores de oficio que dan el respaldo jurídico necesario.

Instituciones Públicas y Privadas que brindan Servicios específicos:

En la órbita de lo Público se cuenta con Servicios Específicos casi exclusivamente en Montevideo, si bien en todo el país existen profesionales sensibles y formados en el tema que brindan orientación y apoyo desde las Instituciones de Salud, INAU, Socaf, etc.

Desde la Intendencia Municipal de Montevideo, se desarrollan los *Programas Comuna Mujer* en la órbita de los Centros Comunales Zonales, N^o 8, N^o9, N^o10, N^o 11, N^o 12, N^o14, N^o17 y N^o 18. En ellos se brinda atención psico-social y/o jurídica.

Funciona además el Servicio Telefónico de Atención a las Víctimas de Violencia Doméstica: **0800.41.41** que tiene *Cobertura Nacional*. Este Servicio no queda registrado en la Factura y es *gratuito*. Atiende los 365 días del año de 8 a 24 horas.

El Instituto Nacional de las Mujeres cuenta con un Servicio de Atención a situaciones de Violencia Doméstica en Montevideo en la Calle Colonia 1013 Piso 11 y sus teléfonos son: 902.99.50 o 903.16.57.

La *Dirección Nacional de Prevención del Delito* dependiente del Ministerio del Interior, cuenta con el Centro de Asistencia a las Víctimas de Violencia Familiar en la Calle San Martín 2533, teléfonos 200.96.60 o 200.46.74.

En la órbita de lo Privado existen ONGs que brindan Servicios orientación y atención específicas a esta problemática siendo necesario contar con una guía de recursos actualizada en la cual se especifique el tipo de Servicio que brindan (jurídico, psicológico, social, grupos de auto-ayuda) y los horarios y días de atención.

Recursos Comunitarios:

Los espacios locales concebidos como espacios de trabajo, de formación, de socialización política y de integración socio-cultural, no son solamente espacios geográficos o urbanos sino ámbitos en los cuales es posible construir nuevas formas de relacionamiento y promover el respeto a los derechos de sus habitantes en toda su dimensión.

Los Centros Educativos, los Clubes Sociales, las Comisiones Fomento, los grupos de mujeres, son recursos muy valiosos a la hora de definir una estrategia que contribuya a salir de la violencia doméstica. Romper con cerco del aislamiento es de por sí un paso importante a dar, pero más aún si existen profesionales o vecinos/as sensibles a este tema que puedan apoyar estos procesos y colaborar en el caso de ser necesarias redes de protección cuando existen situaciones de riesgo.

Recursos Familiares y Personales:

Apelar a las fortalezas de cada mujer, ayudarla a encontrar o recuperar los aspectos positivos de su vida y contribuir a que pueda recomponer sus vínculos afectivos o familiares son ejes imprescindibles en todo proceso de salida de estas situaciones.

La derivación a un Servicio debe darse en el marco de una evaluación y una primera respuesta que posibilite a la persona volver a la consulta aunque no haya cumplido con la indicación brindada. Se debe habilitar a la mujer a que sea ella misma la que defina los tiempos que necesita y a no sentirse cuestionada por no haber podido avanzar.

Es de buena práctica que la orientación y la información que se aporta sean visualizadas como una herramienta que puede emplear cuando lo necesite o lo elija. Esta posibilidad de elección se debe explicitar tanto en el discurso como en la actitud del técnico.

Es necesario actualizar con frecuencia las Guías dado que se producen cambios en los Servicios, para ello es necesario que una persona cumpla con la función de mantener al día la información y mantener activos los vínculos con los recursos.

En cada institución de salud, debe haber una persona que cumpla la función de mantener al día la información y activos los vínculos con los recursos.

La coordinación debe explicitar las formas de referencia y contrarreferencia de las mujeres al servicio, y las formas de dar seguimiento a las mismas.

En cada caso se establecerán acuerdos operativos, adaptados a la práctica cotidiana y a las necesidades identificadas. Estas acciones se deben explicitar y dejar por escrito de forma que sean claras y accesibles a todos los operadores.

El conocimiento de los recursos mejorará la indicación de acuerdo a las características de cada situación y cada persona.

Mecanismos de referencia y contrarreferencia explícitos, escritos y accesibles a todos los operadores. Guía de recursos y coordinación actualizadas. Persona responsable de la actualización.

Comentarios finales

La Violencia Doméstica contra la mujer es un problema de salud pública invisibilizado, muy frecuente.

Su atención es una responsabilidad social y profesional que requiere una revisión de actitudes personales con implicancias para el ejercicio profesional.

La mayoría de las situaciones no tienen riesgo vital inmediato, pero si graves consecuencias en salud y calidad de vida.

En aquellas situaciones de riesgo la acción de los profesionales de la salud en la evaluación, contención, orientación y diseño de un plan de seguridad puede ser crucial.

La experiencia acumulada en la atención a la violencia contra la mujer en el área de la salud, ha permitido la resignificación del rol del personal de salud en la atención a este problema. La acción a favor de la no violencia, ubicar la violencia como un problema de salud pública y promover la consulta, muchas veces no conduce a resultados inmediatos que el profesional de la salud pueda evidenciar como un cambio en la situación, pero alivia y atiende el sufrimiento y puede ser el inicio del proceso de mejora de la calidad de vida de esa persona.

INDICE

ANUNCIOS MINISTERIALES.....	3
PRESENTACIÓN:.....	5
SALUD, VIOLENCIA DE GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS	5
INTRODUCCIÓN	7
MARCO CONCEPTUAL	8
<i>Definiciones</i>	8
Violencia.....	8
Violencia de Género	8
Violencia Doméstica	9
<i>La Violencia Doméstica como problema de Salud Pública</i>	9
Tratamiento del tema en los Organismos internacionales	9
Dimensión del Problema; algunas cifras	10
Consecuencias de la V.D. en la salud de las mujeres	11
Impacto económico	12
Afectación de la sociedad	12
<i>Modelo Ecológico</i>	13
MARCO JURÍDICO.....	13
<i>Ámbito internacional</i>	13
<i>Legislación Nacional</i>	14
<i>Aspectos pertinentes al personal de salud</i>	14
<i>Plan Nacional de Lucha contra la V.D. y Sexual</i>	15
ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA: INTERSECTORIALIDAD	16
ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN EL SECTOR SALUD	17
<i>Rol del Sector Salud</i>	17

<i>Rol del primer nivel de atención en la atención</i>	18
Intervenciones específicas	18
Intervenciones especializadas.....	19
PAUTAS PARA PROCEDIMIENTOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	20
<i>Objetivos</i>	20
<i>Procedimientos desde el servicio</i>	20
<i>Detección</i>	20
Estrategia de detección.....	20
Cuestionario.....	22
<i>Registro</i>	25
<i>Primera Respuesta</i>	25
<i>Entrevista a la mujer en situación de V.D.</i>	27
<i>Elementos para el diagnóstico de situación</i>	28
Diagnóstico de Violencia Doméstica	28
Constitución del grupo familiar	29
Recursos	29
Evaluación de riesgo.....	30
Medidas de seguridad personal.....	30
Procedimientos en casos en que no hay riesgo inminente	32
Prevención y promoción de salud.....	32
COMENTARIOS FINALES.....	37

Impreso en Gráficos del Sur
en Febrero de 2006
Martínez Trueba 1138
Telefax 413 7370
E-mail: pedrocop@adinet.com.uy
Montevideo - Uruguay
Amparado al Decreto 218/96
Comisión del Papel
Depósito Legal 337.023/06