

## **CONSULTORIA**

# **ESTUDIO NACIONAL SOBRE RESPUESTA INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD FRENTE A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

## **DOCUMENTO FINAL**

### **Autores**

Ps. Alejandra López Gómez  
Téc. Lilián Abracinskas  
Dr. Carlos Güida  
Est. Ramón Alvarez.

**Montevideo, julio de 2010**

## **Introducción**

El documento que se presenta fue elaborado por un equipo técnico de MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) a solicitud de la oficina de OPS en el país. Fue elaborado entre los meses de mayo y julio de 2010 y tiene como principal cometido presentar una propuesta técnica para la realización de un estudio nacional que permita conocer la respuesta del sistema institucional de atención a la salud frente al problema de la violencia contra las mujeres, su detección oportuna y abordaje.

Para ello se tomó especialmente en cuenta, las políticas nacionales definidas en la materia para el sector salud y los instrumentos que éstas contienen, así como antecedentes de estudios realizados en otros países de la región y del mundo que puedan oficiar de insumos para la investigación que se propone. Se realizó también un análisis conceptual de las categorías teóricas utilizadas en los documentos de política pública nacional, en las recomendaciones de organismos internacionales y en las investigaciones disponibles, a los efectos de realizar una opción teórica sobre la categoría a utilizar en la presente propuesta.

Finalmente señalar que este documento incluye los aportes recogidos en instancias de intercambio con la Dra. Beatriz Rivas y el Dr. Eduardo Levcovitz de OPS en Uruguay.

## **Antecedentes y justificación**

La Violencia contra las Mujeres (VCM) es un grave problema de violación de derechos humanos y de salud pública, reconocido a nivel mundial.

La Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), califica la VCM como un obstáculo para el logro de los objetivos de igualdad, desarrollo y paz y subraya que ésta viola y menoscaba o anula el goce de los derechos humanos y de las libertades fundamentales de las mujeres. La VCM es un asunto que implica la responsabilidad del Estado en su prevención, erradicación y reparación / protección de las mujeres que viven actos de violencia, ya sean éstos perpetrados por el propio Estado o por particulares.

La VCM es un grave problema de salud pública, reconocido en la 49ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1996, por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En su resolución 49.25, dicha Asamblea manifiesta que la violencia es una prioridad en salud pública en todo el mundo, enfatizando en la VCM y haciendo suyas las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994) y la IV Conferencia sobre la Mujer (Beijing, 1995).

La VCM compromete no sólo la salud física y psicológica de las mujeres afectadas, sino que también repercute en sus posibilidades laborales, afectando directamente a sus seres próximos, en particular sus hijos. A los

elementos agudos, debe sumarse la cronificación de los síntomas en las mujeres sobrevivientes, siendo éstos génesis de otros problemas de salud, muchas veces solapados en otras entidades nosológicas como depresión, dolores crónicos, discapacidad física, abuso de sustancias psicoactivas, entre tantas otras (OMS, 2005).

Se cuenta con suficiente evidencia que permite afirmar que mujeres con antecedentes de abuso físico o sexual presentan mayores riesgos de embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual y abortos espontáneos (Ellsberg y Heise, 2007).

A su vez, estudios realizados en Australia, Canadá, Israel, África del Sur y Estados Unidos muestran que entre 40% y 70% de los asesinatos de mujeres fueron llevados a cabo por sus parejas (OMS, 2009).

La creación de las Naciones Unidas y el funcionamiento de sus diversos organismos, constituyeron un impulso fundamental para la promoción de la igualdad de género y paulatinamente, para instalar a la VCM como un problema grave para el desarrollo de las naciones y la consolidación de los derechos humanos.

“La primera conferencia mundial sobre la condición jurídica y social de la mujer se convocó en México D.F. para que coincidiera con el Año Internacional de la Mujer, en 1975, observado para recordar a la comunidad internacional que la discriminación contra la mujer seguía siendo un problema en buena parte del mundo. La Conferencia, conjuntamente con el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1976-1985) proclamado por la Asamblea General cinco meses después a instancias de la Conferencia, inició una nueva era de esfuerzos a escala mundial para promover el adelanto de la mujer al abrir un diálogo de alcance mundial sobre la igualdad entre los géneros” (ONU, 2000).

La denuncia a nivel nacional e internacional, la búsqueda de respuestas sociales y políticas, la visibilidad lograda sobre la VCM ha sido un mérito prácticamente exclusivo de las mujeres organizadas en casi todas las sociedades. En la conferencia de México, para tomar un ejemplo entre cientos, fueron las mujeres quienes jugaron un papel fundamental en la orientación de los debates, ya que de las 133 delegaciones de Estados Miembros presentes, 113 estaban encabezadas por mujeres. A su vez, las mujeres también organizaron paralelamente un foro de organizaciones no gubernamentales, la Tribuna del Año Internacional de la Mujer, que contó con unas 4.000 participantes (ONU, 2000).

En el reciente informe “¡Ni una más! Del dicho al hecho: ¿cuánto falta por recorrer?” (CEPAL, 2009) se señala que “el estudio a fondo del Secretario General (Naciones Unidas, 2006a) y el informe regional interinstitucional de 2007 (CEPAL, 2007a) pusieron de manifiesto que para erradicar la violencia de género (VBG) es necesario avanzar hacia una política pública que subraye el deber de diligencia que tiene el Estado para proteger a las mujeres contra la

violencia. Como se señala a lo largo del texto, este concepto desarrollado por la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias (Naciones Unidas, 2009a) se refiere a las obligaciones de prevenir, proteger, castigar y reparar los daños ocasionados por la violencia contra las mujeres. En este informe se entiende la debida diligencia como la obligación de prevenir y ahondar en sus causas estructurales. Si bien la región dispone de un marco normativo considerado suficiente por especialistas para enfrentar esta violencia, los poderes del Estado muestran debilidades, falta de recursos técnicos, financieros y humanos, exponiendo en algunos casos una vacilante voluntad política. En este ámbito destacan el esfuerzo y la labor desplegados por los Mecanismos para el Adelanto de la Mujer, los que en los últimos años han asumido la responsabilidad de proponer normas en alianza con parlamentarios y la sociedad civil. Se observa también que el progreso en materia de igualdad de género, en un contexto de baja inversión en políticas sensibles al género, ha sido lento”.

En Uruguay, los avances legislativos comienzan a producirse con la aprobación de la ley N° 15.164 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (1981) adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su XXXIV Período de Sesiones; transcurren 20 años para la aprobación del Protocolo Facultativo de la CEDAW (ley N° 17.338, 2001). A través de la ley N° 16.735, se aprueba en 1996, en el parlamento uruguayo la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará). En julio de 2002, se aprueba la ley N° 17.514, que apunta a la prevención, detección temprana, atención y erradicación de la violencia doméstica (VD). Esta ley permitió la creación del Consejo Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica, el cual elaboró el Primer Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica para el período 2004 - 2010.

En marzo de 2005, en el marco del primer gobierno progresista, el MSP declaró su compromiso de atender la grave problemática de la violencia doméstica (VD), entendiéndola como un problema de salud pública.

En noviembre de 2006, el Poder Ejecutivo promulgó el Decreto 494/2006 del MSP, comprometiendo a las instituciones públicas y privadas en salud a prestar atención y asistencia a las mujeres en situación de VD. Posteriormente se publicó la “Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud para el Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer”, iniciativa del Programa Nacional Salud de la Mujer y Género (PNSMG) del MSP. Se difunde el cuestionario para la detección, abordaje oportuno y primera respuesta, elaborado por el mismo programa ministerial. Estas iniciativas del PNSMG fueron validadas en instancias ad hoc que contaron con la participación de organizaciones especializadas, direcciones departamentales de salud, prestadores públicos y privados, entre otros actores.

## Marco conceptual

---

Un aspecto sustantivo para definir el alcance de un estudio en esta materia es definir con claridad, precisión, fundamento y rigor las categorías conceptuales que serán utilizadas. En el campo que nos ocupa se utilizan (a veces de manera indistinta o poco precisa) un conjunto de términos que remiten a conceptos diferentes: violencia basada en género (VBG), violencia contra las mujeres (VCM), violencia doméstica (VD), violencia doméstica y sexual (VDS), violencia conyugal (VC), violencia intrafamiliar (VIF), por mencionar las más referidas.

En este apartado, se realizará una presentación de las categorías mencionadas a los efectos de fundamentar la opción que se ha utilizado para elaborar esta propuesta.

La falta de una terminología acordada a nivel internacional ha conspirado durante décadas para la sistematización y la formulación de estrategias de abordaje comparables. Asimismo, términos utilizados como sinónimos pueden encubrir significados disímiles en distintas culturas basadas en teorías y marcos éticos no necesariamente coincidentes.

Ellsberg y Heise (2007) en el documento “Investigando la violencia contra las mujeres. Una guía práctica para la investigación y la acción”, buscan delimitar el alcance conceptual de los términos que se utilizan frecuentemente para referir distintas formas de violencia contra las mujeres, así como su genealogía. Dicen las autoras:

“la definición oficial de las Naciones Unidas para la violencia basada en el género se presentó por primera vez en 1993, cuando la Asamblea General aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres. Según esa definición, la violencia basada en el género incluye un conjunto de comportamientos nocivos dirigidos a las mujeres y a las niñas en razón de su sexo, tales como el maltrato de la esposa, la agresión sexual, el asesinato relacionado con la dote, la violación sexual en el matrimonio, la mala nutrición selectiva de las niñas, la prostitución forzada, la mutilación genital femenina y el abuso sexual de las niñas. Aún si el abuso de las mujeres por parte de parejas masculinas se conceptualiza como violencia basada en el género, los términos que se utilizan para describir este tipo de violencia carecen de coherencia. En muchas partes del mundo el término “violencia doméstica” se refiere al maltrato de las mujeres por parte de parejas masculinas íntimas actuales o anteriores. Sin embargo, en ciertas regiones, entre ellas América Latina, “violencia doméstica” se refiere a cualquier violencia que tenga lugar en el hogar e incluye violencia contra la niñez y las personas de la tercera edad. El término “mujeres maltratadas” surgió en la década de 1970 y en Estados Unidos y Europa se utiliza ampliamente para describir a las mujeres que viven un patrón de dominación sistemática y de agresión física por parte de sus parejas masculinas. Los términos “violencia conyugal”, “violencia sexualizada”, “violencia de pareja íntima” y “maltrato hacia la esposa” generalmente se

utilizan de forma intercambiable, aunque cada uno tiene sus debilidades. En los términos “violencia conyugal” y “violencia de la pareja íntima”, no queda explícito de que, por lo general, las víctimas son mujeres, mientras que “el maltrato hacia la esposa” y “la agresión hacia la esposa” pueden interpretarse como que excluyen las uniones libres y la violencia que ocurre durante el cortejo”.

Las autoras plantean la distinción entre VBG y Violencia Intrafamiliar (VIF) en la figura que se presenta a continuación:



Una de las primeras dificultades en la definición de la VBG es la traducción inapropiada del idioma inglés al idioma español en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la resolución 48/104 del 20 de diciembre de 1993. En su artículo 1º, la declaración define en inglés:

“For the purposes of this Declaration, the term "violence against women" means any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life”.

En la traducción oficial al español (A/RES/48/104, del 23 de febrero de 1994):

“A los efectos de la presente Declaración, por "violencia contra la mujer" se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

En la traducción realizada, “gender - based violence” se interpreta como “violencia basada en la pertenencia en el sexo femenino”. Esto puede generar diversas confusiones:

- desde el punto de vista conceptual, equiparar “género” con “pertenencia a sexo femenino”;
- sexo y género aparecen como sinónimos, deslizando una categoría biológica solapada con una categoría de análisis político y social; y
- favorece la confusión que durante años ha imperado en torno a que la comprensión de los estudios/políticas de género se entiendan como estudios/políticas hacia la mujer.

Esta traducción permanece durante años. En la 83a. sesión plenaria del 17 de diciembre de 1999, publicada luego como A/RES/54/134 el 7 de febrero de 2000, donde la Asamblea General declara el 25 de noviembre como “Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer”, la definición continúa basándose en la pertenencia al sexo femenino. En dicho texto, tampoco aparece el término género en ninguno de sus párrafos. A pesar de ello, el carácter de desigualdad histórico - social está presente:

“Reconociendo que la violencia contra la mujer constituye una manifestación de unas relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a que el hombre domine a la mujer y discrimine contra ella, impidiendo su adelanto pleno, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se reduce a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre”.

En documentos posteriores, comienza a aparecer el término “géneros” en las traducciones oficiales al español, por ejemplo en el documento A/RES/54/142, “Preparativos del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General” titulado “La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI” del 16 de febrero de 2000, lo que constituye un avance, aún cuando “géneros” parezca remitir a “sexos”, por paralelismo y determinación social. En inglés, el término mantiene su carácter de categoría relacional: “Preparations for the special session of the General Assembly entitled “Women 2000: gender equality, development and peace for the twenty-first century”.

En definitiva, se puede entender la VBG como una de las modalidades específicas y sistemáticas de violación de los derechos humanos de las mujeres, en el marco de relaciones sociales, culturales, jurídicas, institucionales y políticas profundamente desiguales entre mujeres y varones, en detrimento de las mujeres. Las diferentes manifestaciones de violencia contra las mujeres descansan en los procesos de naturalización de las diferencias percibidas entre los sexos, adjudicando superioridad simbólica a “lo masculino”, encarnado en el cuerpo de los hombres, sobre “lo femenino”, encarnado en el cuerpo de las mujeres. Estas relaciones de desigualdad basadas en el sexo de pertenencia, operan en el sentido de estructura estructurante e instala en el universo simbólico, la desigualdad y la violencia, en nombre de una realidad del orden de lo natural, empobrecida en un ordenamiento dicotómico de la realidad.

En otro pasaje de la mencionada declaración de las Naciones Unidas (1993) se señala que la VCM<sup>1</sup> es “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”.

Detalla las modalidades y contextos de la misma: la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, la trata de mujeres y la prostitución forzada; la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

La declaración reconoce que ciertos grupos de mujeres son particularmente vulnerables a la violencia, por ejemplo las mujeres que pertenecen a determinadas etnias y grupos raciales, las refugiadas, las que emigran, las mujeres que habitan en comunidades rurales o distantes, las mujeres indigentes, las mujeres internadas en instituciones o reclusas en cárceles, las niñas, las mujeres con discapacidades, las mujeres en situaciones de conflicto armado.

Por su amplitud, la definición que brinda dicha declaración constituye un buen marco conceptual que favorece el estudio de la VCM. Sin embargo, como los tipos de violencia varían enormemente en sus características, es necesario precisarlos para poder ahondar en su conocimiento y así poder definir el mejor abordaje. En tal sentido, los métodos para recopilar datos sobre la violencia deben adaptarse al tipo de violencia que se esté estudiando. Es preciso prestar particular atención al tratamiento de las formas de VCM menos visibilizadas para poder avanzar en su detección y poder conocer y evaluar su prevalencia.

Para comprender la VCM no puede prescindirse del enfoque de género. Es decir, al género como categoría de análisis de las relaciones construidas y consolidadas socialmente. La VCM es un problema social de gran magnitud, producto de estructuras sociales basadas en la desigualdad de género, siendo la violencia uno de los dispositivos - aunque no el único - que regula las relaciones de dominación entre varones y mujeres. Sagot (2008) señala que, a nivel mundial, se han identificado tres factores asociados a la VBG:

- A- Las normas sociales que justifican en los hombres un sentido de posesión sobre las mujeres.
- B- Control de los hombres de los recursos materiales y de la toma de decisiones en la familia.

---

<sup>1</sup> A partir de la resolución 48/104 de la Asamblea General, del 20 de diciembre de 1993, artículo 1<sup>a</sup>.

## C- Concepciones de la masculinidad asociadas al control, el dominio y el honor.

Estas consideraciones son indicativas para analizar el fuerte enlace conceptual y político entre las definiciones de VBG y de VCM que se basan en una perspectiva de género. Considerar la VCM con el aporte de las teorías de género, es lo que permite ahondar en el problema desde la identificación de las modalidades de dominación masculina que se expresan con enorme frecuencia tanto en el espacio social como en aquel que –paradójicamente- es idealizado culturalmente como un espacio de protección, calidez afectiva e intimidad: el hogar. De esta forma puede entenderse cómo el hogar y el ámbito “doméstico” se constituyen en un cautiverio para las mujeres que están en situación de violencia.

Las definiciones sobre las diversas modalidades o tipos de VCM se presentan en numerosos documentos internacionales. En la “Propuesta de estandarización de indicadores sobre violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe” (Concha, A. et. al, 2008), se elaboraron definiciones operativas en base a las utilizadas en un estudio multicéntrico realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre violencia de pareja y salud de las mujeres (2005) y fueron complementadas por las utilizadas en los países que participaron del diagnóstico encomendado por el Observatorio Regional sobre Violencia contra las Mujeres y Salud en las Américas de la OPS<sup>2</sup>:

**a. Violencia física** – “Es el uso intencional de fuerza física con la posibilidad de causar la muerte, lesiones o daño”<sup>3</sup>. La violencia física incluye, pero no es limitada a: bofetadas, empujones, tirones de cabello, golpes con el puño u con otra cosa que pudiera herir, lanzamiento de algún objeto que pueda herir, golpes con el pie y otras agresiones físicas con el cuerpo (arañazos, mordeduras, rodillazos, cabezazos, pisotones, etc.), sujeción y paralización con el uso de ataduras, arrastramientos, estrangulamiento, quemaduras intencionales, amenazas o uso de armas (pistola, cuchillo u otros objetos similares).

**b. Violencia sexual** – “Cualquier acto en que una persona en una relación de poder usa la fuerza, la coerción o intimidación psicológica para forzar a otra persona a hacer actos sexuales en contra de su voluntad, participar en relaciones sexuales no deseadas, o ser obligada a realizar algún acto sexual que considera degradante o humillante. Otras manifestaciones incluyen ser tocado/a, penetración oral, anal o vaginal con el pene contra su voluntad;

---

<sup>2</sup> No constituye una descripción exhaustiva de las agresiones que encierra cada tipo de violencia, sino sólo las más comúnmente utilizadas de acuerdo a la experiencia internacional. Se busca que estas sirvan de instrumento a los operadores de servicios para identificar y clasificar el ejercicio de violencia contra la mujer.

<sup>3</sup> Gúezmes, Palomino y Ramos. “Violencia Sexual y Física contra las Mujeres en el Perú”. Estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres. Centro Flora Tristán/ Universidad Peruana Cayetano Heredia/ OMS. Lima, 2002. Pág. 26.

penetración anal o vaginal con otros objetos contra su voluntad y el ser expuesta/o de manera obligatoria a material pornográfico”<sup>4</sup>.

**c. Violencia emocional o psicológica** – “Comprende un conjunto de acciones que de manera sistemática atacan la esfera psicosocial de la persona. Los actos específicos pueden ser los siguientes: “Ser insultada o hacerla sentir mal sobre ella misma; ser humillada delante de los demás, ser intimidada o asustada a propósito (por ejemplo, gritando o tirando las cosas); ser amenazada con daños físicos (de forma directa o indirecta, mediante la amenaza de herir a alguien importante para esta persona)”<sup>5</sup>. Otras manifestaciones incluyen indiferencia, rechazo, desvalorización, destrucción de cosas del hogar o cosas personales de la víctima. También debe considerarse, dentro del maltrato psicológico, el comportamiento dominante de la pareja de una mujer, el cual incluye los actos siguientes: “impedirle ver a sus amigas; limitar el contacto con su familia carnal; insistir en saber dónde está en todo momento; enojarse con ella si habla con otros hombres; acusarla constantemente de serle infiel; controlar su acceso a la atención para la salud”<sup>6</sup>.

En el referido informe “¡Ni Una más!” (CEPAL, 2009), se presta atención a formas de VCM aún no reconocidas plenamente, que son identificadas en la Ley Orgánica de la República Bolivariana de Venezuela sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2006). Entre las 19 formas de violencia reconocidas en esta ley, se destaca a la violencia obstétrica, como apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud; la violencia mediática, como la exposición, a través de cualquier medio de difusión, de la mujer, niña o adolescente, que de manera directa o indirecta explote, discrimine, deshonne, humille o que atente contra su dignidad con fines económicos, sociales o de dominación; y la violencia simbólica por medio de los mensajes, valores, íconos, signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad”<sup>7</sup>.

MYSU (2008) coloca en la consideración otras dos modalidades de presentación de la violencia contra las mujeres, a saber:

**Violencia Legal:** es cuando el sistema jurídico legal no genera la protección necesaria o actúa en función de prejuicios y mitos y no aplica la normativa que protege a las mujeres en estas situaciones, afectando particularmente aquellas que no pueden ejercer plenamente sus derechos humanos, se encuentran en

---

<sup>4</sup> Idem

<sup>5</sup> OMS. “Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia”. Suiza, 2005. Pág. 10.

<sup>6</sup> OMS. Op. Cit. Pág. 11

<sup>7</sup> Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, Caracas, lunes 23 de abril de 2007, N ° 38.668 [en línea] <http://web.laoriental.com/leyes/L111n/L111nT0Cap1.htm>.

situación de especial vulnerabilidad y/o no tienen garantizados los procedimientos efectivos para el acceso en tiempo y forma al sistema judicial o a otras instituciones regidas por leyes y normativas nacionales.

**Violencia Económica:** la violencia e incluso la amenaza de violencia, puede ser causa de marginación. Esta situación puede tener un impacto en los ingresos económicos de las mujeres como también puede llevar a las personas a trabajar en situaciones menos protegidas obteniendo menor remuneración (ej. trabajadoras sexuales).

En el informe multipaís de OMS se plantea que el término “violencia doméstica” está siendo sustituido actualmente por “violencia infligida por la pareja” (García Moreno, C; 2005).

Se han utilizado términos como violencia patriarcal y violencia sexista para nominar otras modalidades de VCM (Amorós, 1991).

Lo que resulta indudable es que la VCM es cometida fundamentalmente por varones, en un marco de desigualdad social y con distintos grados de impunidad por parte de los diversos mecanismos sociales que deberían estar a cargo de garantizar el ejercicio de una vida sin violencia, de la prevención y el control.

La VCM incluye una modalidad específica, el feminicidio, en tanto asesinato masivo o sistemático y definido como “una expresión de violencia que tiene diversas manifestaciones según el espacio social en que ocurra y los rasgos del perpetrador, ya sea por parte de una pareja o ex pareja en el espacio privado o como punto final de la violencia sexual en el ámbito público” (CEPAL, 2007a).

En la actualidad, en la mayoría de las sociedades, el ejercicio de la VCM no cuenta con respaldo legal, aunque la misma está legitimada a través de múltiples mecanismos presentes en la configuración de las identidades, de la vida política, de la economía, del lenguaje, de las prácticas sexuales, entre otros dispositivos sociales y culturales. Esto se produce con diferentes grados de complicidad de los organismos del Estado y de la propia sociedad civil y se refleja en las cifras de morbilidad y mortalidad de mujeres por causas violentas, aún con un importante subregistro.

Los estudios realizados por la Red Mujer y Hábitat de América Latina muestran cómo las violencias y discriminaciones hacia las mujeres limitan su vida en los espacios públicos, en el marco de un *continuum* que tiene lugar tanto en el mundo privado como en el mundo público: en el hogar, en el trabajo, en las escuelas, en la calle, en el transporte público. En la coexistencia de estos espacios, la violencia se hace presente a través del cuerpo, del sentir o del miedo de las mujeres hasta transformarse “en social y política y permite develar y comprender otras discriminaciones, como las vinculadas a opción sexual, origen étnico, edad, condición social o lugar de residencia, que signan la vida de las personas en las ciudades” (Falú, 2009, citada por CEPAL, 2009).

Estudios recientes muestran la alta vulnerabilidad de las mujeres de pueblos originarios de América Latina al no contar siquiera con mecanismos de registro identitario así como la mayor incidencia de la VCM en mujeres afrodescendientes dada la desigualdad social y étnica persistente en América Latina (CEPAL, 2009).

Por su parte, el término “pareja” utilizado para nominar al varón con el cual se mantiene o mantuvo un vínculo afectivo, supone entender que hay paridad y/o igualdad, cuando la misma no existe. Pareja, según la Real Academia Española proviene del latín: *paricūlus*, que deriva de *par*, *paris*, igual, y se usa para nominar entre otros: 1. adj. Igual o semejante. 2. adj. Liso, llano. 3. f. Conjunto de dos personas, animales o cosas que tienen entre sí alguna correlación o semejanza, y especialmente el formado por hombre y mujer. 4. f. Cada una de estas personas, animales o cosas considerada en relación con la otra.

Provoste (2007) señala que “la violencia sexista no es uno más entre otros problemas de derechos humanos, sino una barrera al pleno disfrute del conjunto de los derechos humanos”. Al respecto, Castressana (2006) llama la atención sobre la Recomendación XIX (1992) del Comité de la CEDAW, donde se reconoce que a las mujeres “de poco les sirve que se proclamen sus libertades civiles y políticas, su derecho a la educación o a la salud, si no se garantiza previamente su derecho a la vida, a la libertad, a la integridad física y psíquica”. En ese sentido, señala que el Comité equipara violencia y discriminación. Esta observación pone de relieve el carácter integral e interdependiente de los diferentes derechos conquistados por la humanidad y la forma en que la VBG es una traba para el ejercicio de todos ellos por las mujeres. Siguiendo esta perspectiva de análisis, la VBG debe ser vista también como una falencia democrática y de ciudadanía, sostenida por las relaciones jerárquicas entre los géneros. Como argumenta Birgin (1996) “analizar el tema en términos de ciudadanía, nos permite encontrar el fundamento mismo de la violencia, que reside en la exclusión de las mujeres y la fragmentación de sus derechos ciudadanos, así como en la manera en que las mujeres se incorporan al orden político”. Sólo una “ciudadanía reducida que niega a las mujeres el carácter de sujeto de derecho” explica -para esta autora- que la VCM se haya mantenido por siglos en la invisibilidad.

Más allá de las tipificaciones sobre los grados, niveles, tipos y espacios donde se procesan las relaciones de dominación y violencia, es necesario que sean profundamente cuestionados los procesos sociales que estructuran las relaciones de género, en base a la subordinación de las mujeres.

### **Antecedentes de estudios a nivel internacional**

A los efectos de relevar información disponible sobre modelos de investigación a nivel internacional se realizó una búsqueda sistemática de 30 estudios publicados<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Ver anexos

Uno de los aspectos más importantes para poder transformar una realidad determinada es disponer de información sistematizada, de calidad y construida con rigor científico. La Plataforma de Acción de la Conferencia de Beijing establece que “la falta de suficientes estadísticas y datos desagregados por sexo sobre el alcance de la violencia dificulta la elaboración de programas y el seguimiento de los cambios. La documentación e investigación insuficientes de la violencia doméstica, el acoso sexual y de la violencia contra mujeres y niñas, en privado y en público, incluido en el lugar de trabajo, obstaculizan los esfuerzos encaminados a preparar estrategias concretas de intervención” (1995).

Según el documento emanado de la Reunión de Expertos “Violencia contra la mujer: panorama estadístico, desafíos y lagunas en la recopilación de datos, y metodología y enfoques para superarlos” (DAW, 2005) la Conferencia de Beijing (1995), “dio gran impulso a la recopilación de datos y a la investigación sobre la violencia contra la mujer. Específicamente, señaló la falta de datos sobre la violencia contra la mujer y exhortó a los gobiernos a fortalecer la capacidad nacional en materia de estadísticas para la recopilación de esos datos y la diseminación de las conclusiones, y a promover la investigación de las causas y consecuencias de las diferentes formas de violencia contra la mujer. Asimismo, alentó a los gobiernos a trabajar con universidades y otras organizaciones de la sociedad civil en el desarrollo de políticas y de reformas institucionales sobre la violencia contra la mujer (objetivos estratégicos D2 y H3, párrafos 129 y 206). Desde el surgimiento de la violencia contra la mujer como un importante campo de estudio, los investigadores y recopiladores de datos han enfrentado el problema de desarrollar técnicas confiables y válidas para definir y medir la violencia contra la mujer. Tanto la delimitación de las diversas formas de la violencia contra la mujer como los instrumentos para medirla varían enormemente de estudio a estudio y de un país a otro”.

Las estrategias han sido variadas, pero pueden distinguirse al menos dos grandes vertientes en los estudios estadísticos sobre VCM. Según DAW (2005) una de ellas son las investigaciones que se centran en obtener información detallada sobre la magnitud de las diferentes modalidades de VCM; otra en incluir ítems o módulos sobre la problemática en estudios demográficos o poblacionales cuya finalidad no es específicamente la VCM. La Encuesta Canadiense sobre la Violencia contra la Mujer (1993) fue pionera<sup>9</sup> y ofició de modelo para el desarrollo de encuestas en países como Alemania, Australia, Estados Unidos, Finlandia, Francia y Suecia.

El esfuerzo de varios países e instituciones internacionales ha permitido desarrollar estudios o integrar módulos en estudios, de los cuales se destacan:

1) las encuestas internacionales sobre violencia contra la mujer (IVAWS), coordinadas por el Instituto Europeo para la Prevención y Control del Delito, afiliado a las Naciones Unidas, con aportaciones de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), Estadísticas de Canadá y el

---

<sup>9</sup> <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/women-femmes/violence-eng.php>

Instituto Interregional de las Naciones Unidas para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia;

2) el estudio multicéntrico realizado por OMS (2005);

3) el módulo sobre violencia doméstica contra las mujeres (VDCM) de las Encuestas de Demografía y Salud realizadas en diversos países.

Los grados de especificidad de estos estudios y el alcance de las encuestas poblacionales que incluyen módulos sobre VCM contienen ventajas relativas.

A fines de los 90, estudios comparativos de las encuestas sobre VCM señalaban los obstáculos de las diferentes generaciones de encuestas que exploraban esta problemática con especificidad creciente (Walby, 1999). Por ejemplo, la incidencia decreciente en la declaración de VCM cuando otra persona ingresaba en algún momento de la entrevista o el aumento en el porcentaje de VCM declarada cuando quienes entrevistaban eran mujeres. En este sentido, Sorenson et al (1987, citado por Walby), encontraron que las entrevistadas que reportaron haber sido víctimas de agresión sexual fueron 1,27 veces más, si eran entrevistadas por una mujer.

Es necesario tener en cuenta en los estudios los grupos específicos de mujeres como las migrantes o las pertenecientes a minorías étnicas, así como las modalidades de VCM en contextos críticos (conflictos armados, desastres socio-naturales), en los sistemas penitenciarios o realidades como el tráfico de mujeres y la explotación sexual. Por otra parte, la VCM puede manifestarse conjuntamente con otras expresiones de la violencia social (pobreza extrema, exclusión social, por ejemplo) donde otras situaciones deben ser estudiadas para observar su vinculación y proponer soluciones integrales. La situación de mujeres con VIH –sida y de aborto inducido en contextos de clandestinidad e ilegalidad también requiere de consideraciones específicas.

Es necesario tomar en cuenta aspectos que pueden subestimar la verdadera incidencia de VCM, cuando no se consideran los refugios y albergues en las muestras estadísticas, donde la frecuencia de mujeres en condición de sobrevivientes de maltrato es más elevado (Walby cita los estudios de Dobash y Dobash, 1979; Okun, 1986; Strauss, 1990).

A su vez, pueden existir sesgos a la hora de definir investigaciones, como cuando se ha pretendido validar - en algunos estudios - la violencia contra los hombres por parte de las mujeres.

La forma de nominar las situaciones de violencia en la entrevista o cuestionario y las consecuencias de utilizar o no determinada terminología, pueden constituir sesgos que también han sido motivo de análisis y debate (Walby, 1999).

Existen múltiples fuentes en los diferentes países desde las cuales se puede lograr información de calidad sobre la incidencia de la VCM: registros del Poder Judicial, servicios telefónicos de recepción de denuncia y orientación, servicios

de salud, servicios sociales. La calidad de dicha información estará condicionada por el nivel de involucramiento de los distintos niveles jerárquicos institucionales, por la calidad de los datos y la capacidad de sistematización de la información; por contar con sistemas de indicadores unificados o por registros únicos; por el contexto de confidencialidad garantizada para las mujeres; por la formación específica del personal cargo de la tarea, entre otros factores.

Específicamente en los servicios de salud, se ha observado el recelo en registrar por parte de los técnicos. Son múltiples los motivos identificados entre los cuales se destacan, el no querer involucrarse con instancias judiciales posteriores, la adherencia a marcos culturales sexistas, el considerar que la VCM no es un tema de los servicios de salud, entre los más destacables (DAW, 2005).

El Comité de Expertos reunidos por DAW (2005) con el cometido de mejorar la calidad y utilidad de los datos que puedan estar disponibles a través de los servicios de salud, recomendó que:

- la recolección de datos no sea considerado el principal objetivo de los servicios de salud y que la misma no se realice de manera separada del suministro de servicios de calidad a las sobrevivientes de la violencia. El fortalecimiento de la capacidad institucional no sólo debe asegurar la calidad de la información sino debe incorporar esfuerzos para elevar la sensibilidad y la capacidad de los trabajadores de la salud, para reconocer, tratar y derivar a las sobrevivientes de la violencia;
- los sistemas de salud deben observar normas internacionalmente acordadas: la Clasificación Internacional de las Enfermedades y problemas conexos de la salud, décima revisión (CIE – 10); la Clasificación Internacional de las Causas Externas de las Lesiones (ICECI) y la Clasificación Internacional de la Discapacidad Funcional y la Salud (ICF)) para codificar las enfermedades y las consecuencias para la salud, incluida la muerte;
- es necesario fortalecer la capacidad de los servicios de salud para que puedan poner en práctica sistemas de vigilancia de lesiones y asegurar que el tipo de relación entre la víctima y el perpetrador se incluya como una de las variables obligatorias;
- los servicios de salud que, de forma rutinaria, hacen preguntas sobre la violencia contra la mujer (por ejemplo, en la atención prenatal, la salud mental, etc.) deben registrar esos datos de manera completa y exacta, al mismo tiempo que aseguren la confidencialidad. Los informes sobre VCM deben incorporarse a los sistemas de uso de los servicios y de vigilancia, en lugar de presentarse como un proceso de información autónomo.

El instrumento de la OMS sobre la violencia contra las mujeres contiene dos series de preguntas diseñadas para captar información que permita evaluar la

prevalencia, frecuencia y severidad de diferentes formas de VCM, ejercidas tanto por las parejas íntimas como por otros. El propósito de elaborar el protocolo y el cuestionario, al igual que otros materiales de apoyo (manuales de capacitación y de sistema de ingreso de datos) favorece la recopilación de datos estandarizados y, por ende, facilita la sistematización internacional (Ellsberg, M; Heise, L; 2007).

El diseño muestral para estudios sobre VCM es un tema a resolver en varios ámbitos. Si se toma como ejemplo un estudio realizado en España, donde se aplicó un instrumento reconocido en EEUU - el Index of Spouse Abuse (ISA) (Hudson y McIntosh, 1981) y otros instrumentos que miden el grado de afectación de salud de las mujeres (dimensión de percepción de la salud general del SF-36, la Escala de Autoestima de Rosenberg y el Cuestionario de Salud General de Goldberg – 12 ítems (GHQ-12), es posible observar algunas de las dificultades asumidas críticamente por el equipo de investigación. Se trata del estudio sobre “Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario” llevado adelante por la Unidad de Apoyo a la Investigación de la Escuela Andaluza de Salud Pública, para el Observatorio de Salud de la Mujer (2006):

“La muestra estuvo constituida por mujeres entre 18 y 70 años asistentes a estos centros de salud. Dada la metodología del estudio (cuestionario autoadministrado), se excluyeron las mujeres analfabetas, aquellas que no entendían el español, aquellas con un grave deterioro cognitivo y aquellas que acudían acompañadas por su pareja. Dada la ventana temporal del instrumento, tampoco fueron elegibles las mujeres que no habían tenido pareja en el último año. Esta muestra fue utilizada para el estudio de la estructura factorial del cuestionario, su fiabilidad y validez de constructo, así como para la obtención de los puntos de corte. Para un nivel de confianza del 95%, una prevalencia de violencia esperada en el último año del 20% y un error muestral de  $\pm 4\%$ , se estimó un tamaño muestral de 384 mujeres. La selección de las mujeres se realizó de manera sistemática hasta obtener el tamaño muestral requerido. Se pidió la colaboración de 742 mujeres. De éstas, 69 refirieron no poder leer, bien porque no sabían hacerlo o porque no llevaban las gafas de lectura; 52 mujeres no habían tenido pareja en el último año y 93 refirieron no tener tiempo para completar los cuestionarios. De las 528 mujeres elegibles, 138 afirmaron expresamente no querer colaborar en el estudio (tasa de respuesta del 74%). La muestra final estuvo constituida por 390 mujeres”.

Justamente, en las mujeres no reclutadas para ser entrevistadas, probablemente existe mayor vulnerabilidad ante situaciones de VCM. Estas situaciones, también pueden contener otras dificultades, como la aplicación del formulario en un contexto en el cual se brindará un servicio, por más que no haya otras personas presentes.

Un estudio en base a instrumentos cualitativos que significó un nuevo enfoque en investigación fue la Ruta Crítica de las Mujeres Víctimas de Violencia

Doméstica (Velzeboer, M. et al, 2003). Se comprende por Ruta Crítica el proceso que “se construye a partir de decisiones tomadas y acciones ejecutadas por las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar y las respuestas encontradas en su búsqueda de soluciones. Este es un proceso interactivo constituido tanto por los factores impulsores e inhibidores relacionados con las mujeres afectadas y las acciones emprendidas por éstas, como por la respuesta social encontrada, lo que a su vez se convierte en una parte determinante de la Ruta Crítica. En ese sentido, con este concepto se reconstruye la lógica de las decisiones, acciones y reacciones de las mujeres afectadas, así como la de los factores que intervienen en ese proceso”.

El citado estudio multipaís de la OMS (García Moreno, C; 2005) también constituye un hito en la documentación sobre la VCM. Una de las recomendaciones del informe plantea que es necesario “apoyar las investigaciones sobre las causas, las consecuencias y los costos de la violencia contra la mujer y sobre medidas de prevención eficaces”. Para ello, hay que comprender los factores de riesgo, realizar estudios longitudinales y comparativos sobre la evolución del comportamiento violento de las parejas, investigar las actitudes y creencias masculinas que contribuyen a la violencia infligida por la pareja y también sobre el diseño y la necesidad de las intervenciones y acompañadas de estudios de evaluación sobre los efectos a corto y largo plazo de los programas para prevenir y responder a la violencia de la pareja, incluidos los programas escolares, los cambios políticos y legislativos, los servicios dirigidos a las víctimas de la violencia, los programas destinados a los autores de la violencia y las campañas dirigidas a modificar las normas sociales.

### **Las definiciones adoptadas en las políticas nacionales**

En el ítem sobre aspectos conceptuales se dio cuenta de las dificultades para lograr consensos para definir y delimitar la VCM, desde la perspectiva de género y derechos. Algunas de dichas consideraciones pueden visualizarse en el documento “Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud”, elaborado por el Ministerio de Salud Pública, donde se explicita que la violencia doméstica hacia la mujer es una de las formas de presentación de la violencia de género (MSP, 2006: pp. 13).

La definición de violencia doméstica (VD) utilizada en esta guía, se basa en el texto de la Ley de Violencia Doméstica (Nº 17.514, 2002). La legislación establece que la 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”

Este concepto de VD abarca el conjunto de las relaciones familiares, afectivas y de convivencia, entre cualquiera de sus miembros. La idea de doméstico no se restringe al espacio físico, al hogar, sino que se refiere al *domus*, como espacio simbólico, como ámbito de las relaciones íntimas. En el artículo 3º, la ley describe las manifestaciones de VD:

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

Violencia psicológica o emocional. Toda acción u omisión dirigida a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una persona, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte la estabilidad psicológica o emocional.

Violencia sexual. Toda acción que imponga o induzca comportamientos sexuales a una persona mediante el uso de: fuerza, intimidación, coerción, manipulación, amenaza o cualquier otro medio que anule o limite la libertad sexual.

Violencia patrimonial. Toda acción u omisión que con ilegitimidad manifiesta implique daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, distracción, ocultamiento o retención de bienes, instrumentos de trabajo, documentos o recursos económicos, destinada a coaccionar la autodeterminación de otra persona” (Ley 17.514, pp.20).

Por otra parte, el formulario que definió el MSP para su aplicación en los servicios de salud, está basado en un cuestionario validado en Argentina para detección de Violencia Basada en Género (VBG) en la consulta clínica (Majdalani et.al; 2005). La VBG incluye muchas modalidades y dimensiones de violencia hacia las mujeres, que la definición de violencia doméstica no contempla. El formulario de VD elaborado por el MSP, incluye a través de las preguntas planteadas, formas de VBG que trascienden la definición de VD. Ello puede generar dificultades a la hora de evaluar su incidencia y/o su prevalencia o de intervenir desde los equipos de salud en su prevención, detección oportuna, derivación o atención. Por ejemplo, una de las formas de VBG que puede presentarse o no en modalidad de VD, es la violencia sexual. El formulario del MSP indaga sobre ésta; algunas de las preguntas abarcan situaciones de violencia sexual, que se pueden concretar en contextos domésticos o extra domésticos. En el formulario, se le realiza a la mujer las siguientes preguntas:

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

¿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. ¿Sucede actualmente?”

Ante este solapamiento, sería necesario indicar en el instructivo cómo proceder ante situaciones de violencia sexual en un contexto no doméstico. Es importante recordar que el sistema de registro para las historias clínicas de las mujeres, está basado en el CIE 10 (tipificado el abuso sexual como T74.2).

Tomando en consideración la definición conceptual consagrada en la legislación y en la normativa sanitaria nacional, así como la revisión de la literatura internacional más significativa, se propone utilizar el concepto de **violencia doméstica** desde un enfoque de género tal como ha sido definido por la política pública, como opción conceptual para el estudio a realizarse.

La definición del tipo de estudio a realizarse sobre violencia doméstica y servicios de salud en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay es fundamental para dar continuidad a las políticas de prevención, detección oportuna y atención, así como para evaluar críticamente los avances y las estrategias desarrolladas hasta el momento. Para ello, se realizan una serie de consideraciones respecto a la delimitación conceptual del objeto de estudio así como sobre el alcance, cometidos y posibles diseños para la investigación a realizarse.

Tomando en cuenta el contexto legislativo y normativo uruguayo y las iniciativas programáticas del Ministerio de Salud Pública, el equipo consideró inicialmente dos alternativas o modelos de estudio con objetivos y alcances diferentes: a) un estudio para conocer la prevalencia de la VD en usuarias de servicio de salud del subsector público y privado<sup>10</sup> y b) un estudio para conocer la respuesta institucional del sector salud a nivel de los servicios de atención en base a las normativas vigentes en el país.

A partir del análisis sobre la información disponible y considerando los avances institucionales en las estrategias y acciones de rectoría de la atención a la VD, se consideró pertinente y necesario desarrollar un estudio que permita evaluar la respuesta institucional del sistema de salud, en el marco de las definiciones establecidas por el MSP desde el año 2005 y tomando como herramienta clave la “Guía de Abordaje de Situaciones de VD en el primer nivel de atención” elaborada por la autoridad sanitaria<sup>11</sup>.

La Guía propone que “cada institución introducirá cambios progresivos en la organización, que posibiliten acciones para la atención integral y aseguren un ambiente de apoyo en todos los niveles de la asistencia”. Este señalamiento permitiría a cada institución transitar progresivamente hacia una atención integral de la problemática.

Para cumplir con este cometido la Guía plantea que los servicios de salud deberán prever la capacitación del personal; la creación de dispositivos especializados de acuerdo a las necesidades y posibilidades; la incorporación

---

<sup>10</sup> Esta posibilidad fue desestimada por entender que la otra opción brindaría mayores insumos para valorar el impacto de la implementación de las políticas públicas en salud respecto a la VD.

<sup>11</sup> El estudio sobre prevalencia de VD fue considerado inicialmente por el equipo técnico y por OPS y finalmente se optó por un estudio sobre respuesta institucional del sector salud.

de la VD en el sistema de registro e información y la vigilancia de la provisión de los insumos necesarios para el desarrollo de la estrategia, material informativo general para usuarias/os, cuestionarios impresos y otros.

La Guía establece la estrategia a desarrollar a nivel de los proveedores de salud: detección de rutina; tratamiento de las consecuencias directas e indirectas; documentación en la historia clínica de acuerdo a las pautas; contención, orientación; información; vinculación a servicios comunitarios y referencia a servicios especializados, de ser necesario.

Se explicita en dicho documento que el MSP ejercerá la auditoría y seguimiento de las prestaciones y difundirá la puesta al día de los avances en este tema. Asimismo, manifiesta su voluntad política y técnica de detectar las situaciones de VD, evaluar el impacto de la VD en la situación de salud de la mujer y su relación con los motivos de consulta; atender y prevenir las consecuencias de la VD; prevenir que se inicie, se mantenga o se reitere la VD.

Al plantear que “todos los técnicos del primer nivel de atención deberán abordar la VD en su trabajo cotidiano, incorporando la investigación de rutina, la documentación en la historia clínica, la contención y respuesta inicial, la información y orientación”, el MSP otorga la posibilidad de evaluar a los técnicos para aproximarse al grado y modalidad de cumplimiento de la norma. Tomando en consideración que se determinó que la meta prestacional vinculada a VD, en una primera etapa, es la capacitación de los recursos humanos (Meta 2.1, 2008), los aspectos vinculados a la medición del grado de desempeño en la asistencia a la VD, es un aspecto importante a considerar.

En base a lo establecido por la política sanitaria, un estudio que permita evaluar el desempeño institucional en VD por parte de los servicios del SNIS, debería, por lo menos, incluir:

*a) La evaluación de las modalidades de capacitación, con énfasis en los programas aplicados, carga horaria, perfil curricular de los docentes responsables, perfil de los técnicos capacitados y grado de compromiso de los servicios de salud en el desarrollo de estas actividades.*

La Guía de Abordaje del MSP hace especial hincapié en señalar la trascendencia de la capacitación de los recursos humanos, así como su relación con el vínculo laboral:

“Todos los técnicos deben participar en instancias de sensibilización y capacitación” (...) “Las autoridades de la institución deberán sostener y promover estas actividades, facilitando su organización y el compromiso de los técnicos. Se propone incluir actividades formativas y de planificación como parte de la tarea habitual incorporando los cambios imprescindibles que la atención al tema requiere” (...) “La VD como tema de competencia de los técnicos en su labor cotidiana requiere incluir la capacitación en las horas de trabajo o remuneración de esas horas si la capacitación se realiza fuera de horario. Remuneración y control para el

equipo de referencia de acuerdo a las formas habituales (precio hora, ordenes por horas dedicadas a la tarea, etc).”

El Instructivo de Metas Asistenciales del MSP – JUNASA (2009), establece las modalidades de evaluación de la capacitación en VD, tomando en consideración aspectos tales como definición de la población objetivo, carga horaria, objetivos y metodología utilizada.

Por otra parte, es necesario tener en cuenta que los técnicos que integran los servicios de salud tienen –en general- un déficit importante de formación en esta problemática. La currícula universitaria de grado y posgrado de las distintas profesiones de la salud, han comenzado a incluir recientemente en sus contenidos asuntos vinculados a la VCM y la mayoría de las instituciones no forma para la atención en VD de manera integral, interdisciplinaria y con enfoque de género, en el primer nivel de atención.

Sería necesario conocer cuál es el grado de articulación de los profesionales que operan en el marco de las emergencias de los servicios y el primer nivel de atención de sus mismas instituciones y en qué medida ha influido la participación de los equipos técnicos que se desempeñan en emergencias, luego de haber participado en instancias de capacitación/sensibilización.

*b) La evaluación de los equipos de referencia: integración, modalidades de intervención, marcos conceptuales que sostienen sus prácticas, sistema de valores sobre género y violencia y el impacto del apoyo técnico por parte del MSP.*

La Guía de Abordaje plantea que:

“En cada servicio o institución (según el tamaño y las condiciones de trabajo) se formarán equipos de referencia en VD. El equipo se puede constituir a partir de la identificación de personal capacitado e interesado para la tarea. Se informará al Programa de Salud de la Mujer y Género del MSP (PNSMG-MSP) la constitución del equipo. El Área de Violencia de Género del PNSMG apoyará la red de equipos de referencia en instancias de capacitación y acompañando la instrumentación de los procedimientos en forma apropiada a la realidad de cada institución.”

*c) Análisis de las estrategias de información y comunicación de los servicios de salud del primer nivel, incluyendo la disponibilidad de recursos informativos para ello (carteleras con información sobre VD, sobre recursos comunitarios, folletería sobre VD y sobre equidad de género y otros recursos audiovisuales).*

La Guía de Abordaje del MSP delega en cada institución la elaboración y distribución de material informativo específico, tal como afirma la Guía:

“La institución deberá asegurar la disponibilidad de material informativo para la población general en sala de espera y en los consultorios. Esto

incluye información acerca de derechos, de recursos comunitarios generales y específicos y de planes de seguridad”.

*d) Evaluación de la calidad los registros sobre VD en los servicios de salud y la trazabilidad de la información.*

La calidad de los registros constituye un desafío para las instituciones de salud en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Ello es de particular importancia con relación a la atención de la VD. Se podría evaluar el grado de trazabilidad de la información y su correspondiente reporte al MSP. Entre otros aspectos, sería necesario conocer:

- la información brindada por parte de las instituciones del SNIS a la DIGESA;
- la participación de la División de Epidemiología – Departamento de Vigilancia en Salud (MSP) en el procesamiento y generación de de información sobre VD;
- el reporte sobre el cumplimiento de metas prestacionales del SNIS sobre VD (programas de capacitación autorizados de acuerdo a carga horaria, formación de los técnicos, número de técnicos capacitados por institución, evaluación de los aprendizajes, etc.).

*d) Evaluación del sistema de referencia - contrarreferencia en el sistema de salud y la coordinación de acciones intersectoriales de atención de VD.*

Es necesario conocer la eficacia y la efectividad de las coordinaciones interinstitucionales y con recursos comunitarios especializados, tomando en cuenta su existencia en el área de influencia del servicio, la capacidad técnica, humana y material para la atención, entre otros aspectos.

“Los operadores deben contar con un registro actualizado y fácilmente accesible de los servicios con los que es posible coordinar para la atención específica en VD. La organización y actualización de este registro puede estar a cargo del equipo de referencia.”

“El equipo debe establecer vínculos ágiles con estas organizaciones e instalar mecanismos de referencia y contrarreferencia que aseguren el seguimiento de la evolución de las situaciones detectadas”.

## **Objetivos**

### *Generales*

Caracterizar y analizar la respuesta institucional de los servicios de salud frente a la VD, en el marco de las medidas prestacionales del SNIS y de las normativas sanitarias vigentes en el país en esta materia.

Generar insumos que permitan identificar fortalezas y barreras institucionales para implementar de manera integral y con calidad técnica y humana, las medidas definidas desde la autoridad sanitaria para el abordaje de la problemática de la VD desde los servicios de salud.

### *Específicos*

1. Describir y analizar la eficiencia y eficacia de la trazabilidad y reporte de los datos generados en los servicios de salud sobre VD.
2. Describir y analizar el cumplimiento de la meta prestacional 2.1 sobre capacitación en VD en los servicios de salud.
3. Identificar y caracterizar los equipos de referencia en VD de los servicios de salud conformados según, lo establece la normativa vigente.
4. Analizar el desarrollo de estrategias de información y comunicación institucional sobre VD hacia población usuaria de los servicios de salud.
5. Elaborar un conjunto de recomendaciones que permitan fortalecer la capacidad de respuesta institucional del sistema de salud frente a la VD.

## **Consideraciones metodológicas**

Antes de proceder a establecer posibles abordajes metodológicos para este estudio que permita cumplir con el objetivo principal establecido, es necesario establecer algunas definiciones básicas:

- a. Información disponible para definir la línea de base
- b. Unidad de análisis
- c. Alcance del estudio

A los efectos de tomar una decisión metodológica se deberá realizar una valoración sobre el tipo, cobertura y calidad de información disponible en el MSP (reportada por los servicios de salud) y la información existente en tipo, calidad y cantidad en los servicios de salud del SNIS.

Se podría evaluar el funcionamiento del sistema de denuncia epidemiológica por parte de los servicios al MSP, para lo cual existe un modelo de referencia y contrarreferencia de información epidemiológica de denuncia, establecida en la Guía de Abordaje.

Si las unidades de análisis son los servicios de salud es necesario tener una definición exacta acerca de la categoría “servicios de salud” en función de la Guía de Abordaje, es decir si se incluyen exclusivamente servicios del primer nivel de atención y/u otros niveles de atención, incluidas las emergencias médicas. Además, si la respuesta considerará al subsector de atención público y privado, la localización de los establecimientos (Montevideo – interior, áreas urbanas, suburbanas, rurales, etc.) En ese caso, es necesaria una definición ulterior de la unidad de análisis ya que muy probablemente a la interna de cada servicio de salud privado o público existan diferentes modelos organizacionales para realizar la gestión de la atención y por tanto realizar la gestión de la denuncia epidemiológica.

Para poder medir y hacer comparaciones es fundamental homogeneizar la información que se genera desde cada servicio y conocer si existen protocolos propios de denuncia en cada servicio de salud que servirían luego para alimentar la información que se establece reportar al MSP en la Guía de Abordaje. Este aspecto parece importante porque si bien finalmente lo que se necesita es poder contar con la información que está contemplada en la hoja de denuncia propuesta por el MSP, si existen protocolos de denuncia diferentes en los servicios, los datos finales pueden diferir bastante frente a poblaciones de usuarias similares.

Con la definición que se tenga de la unidad de análisis interesa también establecer si es importante considerar distintas desagregaciones para la información, considerando algunos estratificadores como sector (público/privado) y región (Montevideo/ Interior). Si para el monitoreo se pretende tener resultados desagregados por algunos de estos descriptores, el volumen de la información necesaria es bien diferente, pensando especialmente en trabajar con la información que tienen los servicios de salud y que habría que generarla.

Todas estas definiciones pueden llevar a tener una idea mas clara de cual sería el fenómeno que se desea analizar, la unidad de análisis que permite saber qué población está bajo estudio. Con esos conceptos se puede construir un marco muestral, sobre el que se puede luego aplicar una encuesta por muestreo.

Si se decide trabajar mediante una encuesta por muestreo probabilístico, el tamaño muestral considerado será en función del diseño muestral que se use y según los niveles de desagregación considerados. Ello implicaría un aumento del tamaño muestral si los resultados a generar deben ser inferenciables a nivel de cada subpoblación o dominio (cada una de las categorías de los estratificadores considerados). Es esperable que el marco muestral que se construya permita trabajar a nivel de las unidades finales de muestreo ya que para generar luego cuadros para su posterior análisis es necesario conocer la probabilidad de inclusión de cada unidad de muestreo.

La recomendación técnica a adoptar es tener un diseño autoponderado, donde no haya que preocuparse por considerar ponderadores o pesos muestrales

diferentes para cada observación. Si el marco muestral construido es exhaustivo y permite hacer muestreo directo de elementos, ese problema estaría resuelto. Otra recomendación es trabajar con un diseño en más de una etapa, donde lograr ponderadores constantes, lo que se puede obtener eligiendo en la primera etapa UPM mediante muestreo  $\pi$ -ps (proporcional al tamaño) y en la segunda etapa, un número constante de unidades finales de muestro, lo que facilita a su vez el trabajo de recolección de datos. En este sentido, si se decide trabajar con la información que está disponible en los servicios de salud, la recomendación técnica es la aplicación de un diseño muestral pero siempre y cuando exista un equilibrio entre el nivel de desagregación y los costos de conseguir la información que dependen del tamaño muestral necesario y la distribución territorial de la muestra.

El equipo técnico considera que en una primera instancia, al ser éste el primer estudio nacional con estos cometidos, hay que sacrificar niveles de precisión y confianza construyendo tipologías de unidades de análisis, mediante la aplicación de técnicas estadísticas descriptivas multivariadas que se describirán en la metodología de análisis.

Respecto a trabajar con la información disponible en el MSP, se recomienda no realizar una muestra de la misma sino considerarla en su totalidad, aplicando la aproximación que se presenta en metodología de análisis.

### *Metodología de análisis*

La metodología que se propone es mediante la aplicación de técnicas de estadística multivariante, en particular el Análisis Factorial y el Análisis de clusters, la creación de un número reducido de grupos que responden a la tipología creada y que son nuevos estratificadores empíricos que muestran la heterogeneidad del comportamiento de las unidades de análisis usadas y que funciona como generadores de hipótesis para los siguientes estudios a llevar a cabo dentro de la vigilancia epidemiológica que supone este monitoreo.

En esta lógica de análisis no interesa encontrar diferencias significativas entre subpoblaciones ni poder hacer inferencia sino encontrar patrones de comportamiento, que luego si se considera pertinente, se podrá usar adecuadamente para contrastar niveles de precisión con otro tipo de diseño de estudio, usando diseños muestrales adecuados.

Es también fundamental definir si en este tipo de estudio se desea hacer una trazabilidad de la información reportada, evaluando los mecanismos de referencia y contrarreferencia. Este aspecto sería de suma importancia para dimensionar cómo está funcionando el sistema de denuncia, donde se podría comparar, triangulando entre las prestaciones pagas, la información que surge de los servicios y solicitada en la Guía de Abordaje.

A su vez, es importante considerar que trabajar solamente con la información disponible en el MSP, vinculada directamente a la hoja de denuncia, la misma no contempla los aspectos demográficos de los profesionales de la salud como

sexo, edad, tipo de profesión, entre otros, que pueden ayudar a explicar un diferencial en el comportamiento de denuncia.

La evaluación de la respuesta institucional a la VD puede abarcar el grado y aplicabilidad de acuerdos institucionales para la prevención, atención oportuna, tratamiento en situaciones críticas y rehabilitación. Para ello, sería necesario tener en cuenta los avances en la coordinación con el Poder Judicial, el Ministerio del Interior, el MIDES (e INMUJERES), gobiernos municipales, organizaciones de la sociedad civil especializadas.

## **Conclusiones y recomendaciones**

En función de lo presentado en este documento, el equipo técnico entiende que a los efectos de avanzar en la definición, implementación y evaluación de políticas de salud sobre el problema de la VD, es importante realizar un estudio nacional que permita conocer y analizar el tipo y calidad de la respuesta institucional de los servicios de salud frente al problema de la VD, en base a los lineamientos programáticos y las medidas establecidas por el MSP.

Asimismo, entiende que la opción conceptual más acertada sobre las definiciones operacionales a ser utilizadas en el estudio, es tomar aquellas adoptadas en los documentos de políticas nacionales. Por ello, se recomienda utilizar el concepto de Violencia Doméstica con un enfoque de género, tal como ha sido considerado en las medidas definidas.

A los efectos de realizar un diseño del estudio nacional que responda al objeto y objetivos definidos en este documento, es necesario contar con información sobre las siguientes cuestiones:

- a) El MSP ¿dispone de información reportada por los servicios del SNIS sobre la aplicación del formulario de VD?
- b) ¿Cuál (es) dependencia (s) del MSP tienen esa información?
- c) Si los servicios de salud han reportado la aplicación del VD, la información disponible, ¿es de calidad? ¿es completa? ¿incluye a una muestra de servicios representativa de los efectores del SNIS?
- d) ¿Existe algún tipo de procesamiento de la información reportada por los servicios?
- e) Respecto al cumplimiento de la meta prestacional 2.1, la JUNASA ¿cuenta con reportes elevados por los servicios de salud en base a los criterios establecidos? Esa información ¿tiene una cobertura representativa?
- f) El MSP ¿dispone de información sobre la creación e integración de equipos de referencia en VD en los servicios y estrategias de comunicación y promoción desarrolladas por los servicios? Esa información ¿tiene cobertura amplia?

Avanzar en estas definiciones permitirá realizar un diseño metodológico ajustado que responda a los objetivos que persigue el estudio. En principio y en base a los objetivos definidos, se trataría de una investigación con una

metodología mixta cuanti-cualitativa que permita combinar distintas fuentes de información.

## **Bibliografía consultada**

Amorín, D; Graña; F; Güida, C; Rondán, J. (2008): El papel de los varones en el diseño e implementación de estrategias para la atención de la violencia basada en el género, en el contexto de la Reforma del Sistema de Salud en Uruguay, Documento elaborado por el Área de Condición del Varón del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del MSP. Montevideo, UNFPA.

Amorós, C. (1991): *Hacia una crítica de la razón patriarcal*, Anthropos. Barcelona.

Bermúdez, V. (2006): *La violencia contra la mujer y los derechos sexuales y reproductivos: develando conexiones*. Reunión de expertos sobre población, desigualdades y derechos humanos. Celade – División de Población de la CEPAL, Naciones Unidas. Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Fondo de Población de las Naciones Unidas. 26 y 27 de octubre de 2006. Santiago de Chile

Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P.(2004): Abuse During Pregnancy in Industrialized and Developing Countries. *Violence Against Women*, 10(7):770-789.

CEPAL (2009): *¡Ni Una más! Del dicho al hecho: ¿Cuánto falta por recorrer?* Santiago de Chile.

\_\_\_\_\_ (2007) *El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile.

Concha, A.; Jara, L; Luciano, D; Güida, C. (2008): *Propuesta de estandarización de indicadores sobre violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe*. OPS/OMS: Equipo de Seguridad Humana y Salud Urbana (AD/SDE). Oficina Género, Etnicidad y Salud (AD/GEH). Observatorio Regional sobre Violencia contra las Mujeres y Salud en las Américas. Auspiciada por OMS, AECI, ASDI, y NORAD. Washington.

Concha-Eastman, A; Villaveces, A. (2001): *Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones*. Documento inédito. OPS.

DAW (2005): *“Violencia contra la mujer: panorama estadístico, desafíos y lagunas en la recopilación de datos, y metodología y enfoques para superarlos”*. Reunión del grupo de expertos. Organizado por DAW, en colaboración con CEPE y OMS. 11 – 14 abril, 2005. Ginebra, Suiza.

Emakunde (2009): *“Respuesta Institucional ante el Maltrato Doméstico contra las Mujeres en el ámbito Psicológico en la CAPV. Evaluación de los Recursos Psicológicos en materia de Maltrato Doméstico contra las Mujeres”*. País Vasco.

Ellsberg, M; Heise, L: (2007): *Investigando la violencia contra las mujeres. Una guía práctica para la investigación y la acción*. OMS. Managua.

Dobash, R.E. and Dobash, R.P. (1979): *Violence Against Wives: A Case Against the Patriarchy*. (Shepton Mallet: Open Books). en Walby, S. (1999): *Comparing*

methodologies used to study violence against women University of Leeds, United Kingdom.

Falu, A. (2009), "Violencias y discriminaciones en las ciudades", en Ana Falu (ed.), *Mujeres en la ciudad: De violencias y derechos*. Red Mujer y Hábitat de América Latina, Ediciones SUR. Santiago de Chile.

García-Moreno, C. (coord.) (2005): Estudio multi país de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Resumen del informe. Ginebra.

Hudson, W.W., & McIntosh, S.R. (1981): The Assessment of Spouse Abuse: Two Quantifiable Dimensions. *Journal of Marriage and the Family*, November, 873-88.

Milosavljevic, V. et al. (2002): Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe. Una propuesta para medir su magnitud y evolución" .Unidad Mujer y Desarrollo de CEPAL. Santiago de Chile.

MSP – JUNASA (2009): Instructivo de Metas Asistenciales. Montevideo.

MSP (2006): Instructivo del formulario sobre VD Área de Violencia de Género -

MYSU (2008): Cuadernos de Divulgación sobre Derechos y Salud Sexual y Reproductiva. Época II / N ° 4 / 25 de Noviembre de 2008. Montevideo.

MYSU (2009) Informe 2009. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. MYSU, Montevideo.

Naciones Unidas (2000): Violencia contra la mujer "Nota informativa N° 4" basada en "Examen y evaluación de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing: informe del Secretario General" (E/CN.6/2000/PC/2). <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/fs4.htm>

Naciones Unidas (2009a), 15 años hacia atrás (1994-2009) de trabajo de la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Nueva York. <http://www.un.org/spanish/women/endviolence/happening.shtml>

\_\_\_\_\_ (2009b), Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo, Yakin Ertürk (A/HRC/11/6), Nueva York.

\_\_\_\_\_ (2008a), Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Indicadores sobre la violencia contra la mujer y la respuesta de los Estados, Yakin Ertürk (A/HRC/7/6), Nueva York.

\_\_\_\_\_ (2008b), "Global Framework for Action: Secretary-General's Campaign to End Violence against Women 2008-2015", Documento de trabajo.

\_\_\_\_\_ (2006a), Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Informe del Secretario General, A/61/122/Add.1.

\_\_\_\_\_ (2006b), Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, con inclusión de sus causas y consecuencias. La norma de la debida diligencia como

instrumento para la eliminación de la violencia contra la mujer, Yakin Ertürk (E/CN.4/2006/61), Nueva York, [en línea], <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4169.pdf>

\_\_\_\_\_ (2000), Declaración del Milenio, Resolución A/RES/55/2 de la Asamblea General, Nueva York [en línea], <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552s.htm>.

\_\_\_\_\_ (2000), Resolución de la Asamblea General sobre Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (A/RES/54/134)

\_\_\_\_\_ (1995), Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995 (A/CONF. 177/20), Nueva York.

\_\_\_\_\_ (1994), Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5 al 13 de septiembre) (A/CONF.171/13/), Nueva York.

\_\_\_\_\_ (1993a), Declaración y Programa de Acción de Viena. Nota de la Secretaría (A/CONF.157/23, [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp?Opendocument)

\_\_\_\_\_ (1993b), Declaración de la Asamblea General sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Resolución 48/104, de 20 de diciembre de 1993.

\_\_\_\_\_ (1979), Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>.

OMS (2009): Women and health : today's evidence tomorrow's agenda. Ginebra.

Okun, L. (1986): Woman Abuse: Facts Replacing Myths. (Albany: State University of New York Press) en Walby, S. (1999): Comparing methodologies used to study violence against women University of Leeds, United Kingdom.

OPS/OMS (2002): Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002. Washington, D.C.

OPS/OMS (2001): Sistemas de vigilancia de la violencia doméstica en Centroamérica. Documento de la 19.a sesión del subcomité sobre la mujer, la salud y el desarrollo del comité ejecutivo. Washington, D.C.

Poder Legislativo (2002) Ley 17.514 – Violencia doméstica. Uruguay

Provoste, P. (2006): Violencia contra la mujer en la pareja: respuestas de la salud pública en Santiago de Chile. Serie Mujer y Desarrollo N° 85. Unidad Mujer y Desarrollo. CEPAL. Santiago de Chile.

Ribeiro, M (2008): Las mujeres negras en la lucha por sus derechos, en Nueva Sociedad N° 218, nov.-diciembre. [http://www.nuso.org/upload/articulos/3576\\_1.pdf](http://www.nuso.org/upload/articulos/3576_1.pdf)

Romano, S. et al. (2006): Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud. Ministerio de Salud Pública. Montevideo.

Sagot, M. (2008): Estrategias para enfrentar la violencia contra las mujeres: reflexiones feministas desde América Latina. Universidad de Costa Rica. Atenea Digital N<sup>o</sup> 14. 215- 228.

Sorenson, S.B., Stein, J.A., Siegel, J.M., Golding, J.M. and Burnham, M.A. (1987) 'The Prevalence of Adult Sexual Assault - The Los Angeles Epidemiologic Catchment Area Project', American Journal of Epidemiology, 126, 6:1154-1164. en Walby, S. (1999): Comparing methodologies used to study violence against women University of Leeds, United Kingdom.

Strauss, M.A. and Gelles, R.J. (eds) (1990) Physical Violence In American Families. (New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers). en Walby, S. (1999): Comparing methodologies used to study violence against women University of Leeds, United Kingdom.

UNIFEM (2009): "National Accountability Framework to End Violence Against Women and Girls: 10-point Checklist".

Walby, S; Myhill, A. ( 2001): New survey methodologies in researching violence against women. The Centre for Crime and Justice Studies. Brit. J. Criminol. 41, 502 – 522.

Walby, S. (1999): Comparing methodologies used to study violence against women, University of Leeds, United Kingdom.

Velzeboer, M; Ellsberg M; Clavel-Arcas, C; García – Moreno, C. (2003): La violencia contra las mujeres. Responde el sector de salud. OPS.

## ANEXO

### Breve revisión sobre investigación a nivel internacional en salud, VCM y servicios de salud.

---

**1) Castro, R; Ruiz, G; Arenas, M; Juárez, S; Barrios, N. (2002): "Violencia contra mujeres embarazadas del Instituto Mexicano de Seguro Social: un estudio sobre determinante, prevalencia y severidad". Papeles de Población. Universidad Autónoma del Estado de México. Centro de Investigación y Estudios Avanzados de Población. Toluca, México.**

Encuesta realizada a: mujeres usuarias del IMSS. Morelos, México

Muestra: 446 usuarias del IMSS cursando tercer trimestre del embarazo

Disponible:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=11203110>

**2) Agoff C. et.al. (2006). "Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México". Salud Pública; 48(2):307-314.**

Encuesta realizada a: mujeres usuarias de los servicios de Coahuila, Quilatan Ro y Distrito Federal

Muestra: 26 mujeres, entrevistas narrativas

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48s2/31387.pdf>

**3) Orozco González MI, Valdés García LE, Fuentes Sánchez N, García Gutiérrez J, Palú Orozco A. (2003) "Ruta Crítica y percepción de la violencia intrafamiliar contra la mujer en el Consejo Popular "Los Maceo" MEDISAN.**

Encuesta realizada a: usuarias del sistema de salud en Los Maceo

Muestra: Modalidad Ruta Crítica. 72 mujeres. Municipio de Santiago de Cuba

Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7\\_4\\_03/san02403.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_4_03/san02403.htm)

**4) SERNAM (2009) Documento de Trabajo N° 107 "Análisis y Evaluación de la Ruta Crítica en Mujeres Afectadas por Violencia en la Relación de Pareja"**

Encuesta realizada a:

Muestra: Modelo Ruta Crítica. Metodología cualitativa. Grupos focales y entrevistas. Usuarias pero no entrevistadas en servicios de salud

Disponible en:

[http://www.feim.org.ar/pdf/blog\\_violencia/chile/Ruta\\_Critica\\_de\\_mujeres\\_con\\_Violencia\\_SERNAM.pdf](http://www.feim.org.ar/pdf/blog_violencia/chile/Ruta_Critica_de_mujeres_con_Violencia_SERNAM.pdf)

**5) Pontecorvo, C. (2004): Violencia domestica contra la mujer. Una encuesta en consultorios de atencion primaria. Buenos Aires**

Encuesta realizada a: mujeres que se atienden en el Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas. Buenos Aires.

Muestra: Se utilizó la encuesta para detección de VBG desarrollada por la *International Planning Parenthood Foundation*. La mitad de la población completó la encuesta en forma anónima y a solas, y a la otra mitad el médico tratante le entregó el cuestionario al final de la consulta. Se repartieron 360 encuestas, se recuperaron 270. La edad promedio de la población fue 45.4 años, el 33 % poseía mas de 7 años de educación formal, el 48% no convivía en situación de pareja, el 56% tenía trabajo.

Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v64n6/v64n6a03.pdf>

**6) López, M. S. (2008): Violencia contra la mujer. Análisis en el Instituto Materno Infantil de Bogotá. Colombia, 2005. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 59. N° 1.**

Encuesta realizada a: 215 mujeres hospitalizadas en Instituto Materno Infantil de Bogotá

Muestra: mujeres hospitalizadas, salvo analfabetas, que no desearan ser encuestadas o en estado de salud que lo impidiese.

Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v59n1/v59n1a02.pdf>

**7) Culay Pérez, A et. al. (2000): Mujer y violencia: ¿un problema de salud comunitario? Revista Cubana Med Gen Integr 2000;16(5):450-4**

Encuesta realizada a: mujeres usuarias del primer nivel, Cuba

Muestra: estudio descriptivo transversal, al policlínico docente "Tula Aguilera" del municipio Camagüey, en el período comprendido desde agosto de 1997 a enero de 1998. De un universo de 1088 mujeres entre 15 y 49 años se le realizó una encuesta a 310 mujeres.

Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n5/mgi05500.pdf>

**8) Castro, R y Agustín Ruíz (2004): Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. Rev Saúde Pública 2004;38(1):62-70. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Universidad Autónoma de México (UNAM).Cuernavaca, Mor., México.**

Encuesta realizada a: usuarias de servicios de salud en Morelos.

Muestra:

Encuesta realizada a una muestra de 468 mujeres atendidas en consulta prenatal en su tercer trimestre de embarazo por los servicios de la Secretaría de Salud del estado de Morelos (México). Se exploró violencia emocional, física y sexual. Se construyó un índice para valorar la severidad

Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18453.pdf>

**9) Olaiz G, Rojas R, Valdez R, Franco A, Palma O. (2006): Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. Salud Pública Mex 2006; 48 supl 2:S232-S238.**

Encuesta realizada a: En 2003 se levantó la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM 2003) en usuarias de los servicios médicos de primer y segundo nivel.

Muestra: El esquema de muestreo se basó en una muestra probabilística estratificada en dos etapas: a) de un listado de unidades médicas elegibles, se seleccionaron aquellas con probabilidad proporcional al número de consultorios de la unidad; b) mediante muestreo sistemático se seleccionó a mujeres de 15 años y más que acudieron a la unidad médica. Se realizó un análisis univariado y posteriormente uno bivariado. Participaron 26 042 mujeres de 15 a 92 años de edad.

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48s2/31379.pdf>

**10) Valdez-Santiago R, Juárez-Ramírez C, Salgado-de Snyder VN, Agoff C, Avila-Burgos L, Híjar M.(2006): Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. Salud pública Méx vol.48 suppl.2 Cuernavaca.**

Encuesta realizada a: 26.042 entrevistas a usuarias de los servicios de salud de la SSA.

Muestra: base de datos de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres en México, Se utilizó la Escala de Salud Personal (ESP) para medir malestar emocional; también se usó una escala de 19 reactivos que explora tipos de violencia y severidad de la misma. Mediante un modelo de regresión logística binaria se determinó la relación entre la presencia de malestar y la violencia de género, condiciones socioeconómicas y otras variables demográficas.

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48s2/31381.pdf>

**11) Rivera-Rivera L, Allen B, Chávez-Ayala R, Avila-Burgos L. (2006) Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. Salud Pública Mex 2006;48 supl 2:S268-S278.**

Encuesta realizada a: mujeres que acudieron a consulta a los servicios públicos de salud entre octubre de 2002 y marzo de 2003, en los 32 estados de la República

Muestra: datos provenientes de una encuesta nacional, con una muestra de 26 042 mujeres mayores de 14 años. Se utilizaron dos modelos: a) Modelo de regresión logística polinómica múltiple para explorar las asociaciones entre violencia física y sexual por parte de la pareja y violencia durante la niñez. b) Modelo de regresión logística múltiple para evaluar la asociación entre violación durante la edad adulta y violencia durante la niñez.

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48s2/31383.pdf>

**12) Gómez-Dantés H, Vázquez-Martínez JL, Fernández-Cantón SB (2006): La violencia en las mujeres usuarias de los servicios de salud en el IMSS y la SSA. Salud Publica Mex 2006;48 supl 2:S279-S287.**

Encuesta realizada a: mujeres usuarias de los servicios de salud del IMSS y de la población femenina sin servicios de seguridad social SSA y seguro popular.

Muestra: Se analizó la información sobre violencia doméstica de la ENVIM notificada. El análisis bivariado y multivariado se realizó en STATA V.7.

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48s2/31384.pdf>

**13) Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R. (2006) Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. Salud Pública Mex 2006;48 supl 2:S239-S249.**

Encuesta realizada a: 1.949 mujeres entre 15 y 50 años de edad, que alguna vez estuvieron embarazadas y que demandaron atención en los servicios de primer y segundo nivel de atención de la SSA, IMSS e ISSSTE de los estados de Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Chiapas durante el periodo noviembre 2002-marzo 2003

Muestra: datos de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Con base en ésta se realizó un estudio transversal. Mediante regresión

logística simple y múltiple, se evaluó la asociación entre las variables de interés y la violencia en el embarazo

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48s2/31380.pdf>

**14) Klevens, J. (2001): Violencia física contra la mujer en Santa Fe de Bogotá: prevalencia y factores asociados. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health 9(2), 2001.**

Encuesta realizada a: mujeres consultantes en servicios pediátricos y ginecológicos.

Muestra: entrevistas de las 3 971 mujeres con niños menores de 6 meses de edad, que solicitaron consulta por diversas causas pediátricas (control del niño sano, vacunación o morbilidad del menor) o fueron atendidas por parto en la red de servicios de salud pública en la localidad de Suba, Santa Fe de Bogotá, Colombia. De la muestra indicada, 10 mujeres rehusaron participar y 804 no tenían compañero, por lo cual se excluyeron de los análisis.

**15) Unidad de Apoyo a la Investigación Escuela Andaluza de Salud Pública ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE UN INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO Y OTRO DE CRIBADO PARA DETECTAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA PAREJA DESDE EL ÁMBITO SANITARIO.**

Encuesta realizada a: 390 mujeres servicios de salud, España.

Muestra: A mujeres seleccionadas, aplicación ISA, escalas para el estudio de la validez de constructo, dimensión de percepción de la salud general del SF-36, la Escala de Autoestima de Rosenberg y el Cuestionario de Salud General de Goldberg – 12 ítems (GHQ-12). Excluidas: mujeres analfabetas, aquellas que no entiendan el español, con grave deterioro cognitivo, aquellas que vayan acompañadas de su pareja. Si la mujer va acompañada de la madre o la hija o alguna persona y creemos que eso va a influir en su respuesta o va a poner en peligro su seguridad, descartar.

Disponible en:

[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero\\_vg\\_02.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_02.pdf)

**16) Schraiber, Lilia B. et al. (2000): A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. Saude soc., Dez 2000, vol.9, no.1-2, p.3-15.**

Encuesta realizada a: mujeres usuarias deserviciso de Salud Pública – Sao Paulo.

Muestra: Primer estudio por técnicas de observación participante, seguida de estudio de historias clínicas, con 142 mujeres sendo acompañadas; segundo estudio, muestra de 322 usuarias, aplicándose entrevista. En actividades grupales relatos espontáneos y en registros médicos, las demandas espontáneas.

Disponibile en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902000000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902000000100002&lng=pt&nrm=iso)

**17) Lourenço, Márcia Aguiar and Deslandes, Suely Ferreira Experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. Rev. Saúde Pública, Ago 2008, vol.42, no.4, p.615-621.**

Encuesta realizada a: 11 mujeres víctimas de violencia conyugal durante la gravidez, de 16 e 41 años, reclutadas en un hospital del Municipio de Río de Janeiro entre enero y marzo de 2005.

Muestra: estudio cualitativo. Entrevistas en profundidad, historia de vida tópica.

Disponibile en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6914.pdf>

**18) Marinheiro, A; et. al. (2006): Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. Rev. Saúde Pública, Ago 2006, vol.40, no.4, p.604-610.**

Encuesta realizada a: mujeres usuarias sde servicios de Salud de Riberáo Preto. Sao Paulo.

Muestra: 265 mujeres, de 18 a 49 anos, entrevistada utilizando cuestionário. Estadísticas utilizadas: regresión logística exacta y test exacto de Fisher.

Disponibile en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/08.pdf>

**19) Olaiz, G; Rico; B; Del Río, A. (2003): Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. México.**

Encuesta realizada a: mujeres usuarias de los servicios de salud públicos (1º y 2º nivel de atención) en el territorio nacional que demandaron atención a los mismos en el momento del relevamiento.

Muestra: probabilística estratificada en dos etapas. En la primera etapa se seleccionaron unidades médicas con probabilidad proporcional al número de consultorios de la unidad entre un listado de las unidades seleccionables proporcionado por la Secretaría de Salud para cada una de las instituciones participantes. La segunda etapa consistió en la selección de mujeres de 15 años cumplidos y mayores que acudieran a la unidad médica con la finalidad

de recibir atención médica (preventiva o curativa). La selección de las mujeres se realizó mediante muestreo sistemático.

**20) Ortiz, M; Morrales; I: ¿La violencia doméstica es percibida por mujeres de mediana edad?**

Encuesta realizada a: mujeres en etapa de climaterio consultantes del Policlínico "Dr. Manuel Fajardo", Jaimanitas, Playa, Ciudad de La Habana.

Muestra: 33 mujeres que refieren y perciben violencia hacia el interior de la familia. Los datos se obtuvieron mediante técnicas cualitativas y cuantitativas de la investigación. Se utilizó un cuestionario elaborado al efecto y se registraron variables psicosociales, trastornos neurovegetativos y psicológicos de la etapa climatérica y manifestaciones de la violencia, así mismo se aplicó el test de Zung que mide nivel de depresión. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(5):503-8

**21) Abracinskas, L; López Gómez, A. - MYSU (2009) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2009, MYSU. Montevideo.**

Encuesta realizada a: mujeres usuarias de servicios de gineco – obstetricia del sector público y privado, ubicados en departamentos seleccionados de Uruguay. El estudio en su totalidad también abarca a técnicos/as y autoridades sanitarias.

**Muestra:** Se consideró inicialmente una muestra de 1500 mujeres (puérperas y usuarias de ginecología). El criterio seguido por el equipo técnico en virtud de los acuerdos alcanzados con las autoridades sanitarias correspondientes, fue considerar 4 departamentos del interior (Paysandú, Rivera, Soriano, Cerro Largo), algunas policlínicas de la red de atención en salud de la IMM, algunos centros de salud de la RAP de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y el Hospital Canzani del BPS en Montevideo. Muestra probabilística representativa de los servicios incluidos en el estudio.

**22) Abracinskas, L; López Gómez, A. (coord.) - MYSU (2008) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2008, MYSU. Montevideo.**

**Encuesta realizada a:** Usuarias que concurrían a la consulta de gineco-obstetricia e ingresadas durante el puerperio. El estudio en su totalidad también abarca a técnicos/as y autoridades sanitarias.

**Muestra:** estudio descriptivo con componentes cualitativos (entrevistas y observación) y cuantitativos (encuestas). Se diseñó una muestra de conveniencia, no estrictamente representativa de la población, es decir que los resultados no son generalizables al total de las mujeres o los profesionales del país. Se buscó que la muestra contemplara una buena inclusión de las diferentes instituciones existentes en los departamentos por subsector. Se propuso abordar un número aproximado de 48 usuarias y 48 puérperas en cada centro (con excepción del Hospital Pereira Rossell en el que se encuestaron 94 puérperas dado el alto número de partos que allí se asisten). instituciones públicas y privadas de los siguientes departamentos: Artigas, Canelones, Maldonado, Montevideo y San José.

**23) Burstin, V.; Abracinskas, L; López Gómez, A. MYSU (2009): Violencia contra las mujeres y VIH – sida en cuatro países del Mercosur. Informe Uruguay.** Estadísticas, políticas públicas, legislación y estado del arte/. Montevideo.

Encuesta a mujeres usuarias de los servicios de salud a mujeres que viven con VIH.

Muestra: En primer lugar se realizó una encuesta a mujeres con VIH. La encuesta estuvo organizada en cuatro módulos, el primero con datos sociodemográficos; el segundo dirigido a obtener información sobre el diagnóstico de VIH y dimensiones de la salud sexual y reproductiva; en tercer lugar un cuestionario para la detección de situaciones de violencia de género - elaborado en base a modelos de IPPF y validado por Majdalani MP et al y por último un apartado para administrarse sólo a aquellas mujeres que refirieran haber sido víctimas de violencia de género y con el cual explorar sobre los tipos de lesiones sufridas. En segundo lugar, se realizaron entrevistas en profundidad a mujeres que respondieron positivamente en la encuesta haber sido víctimas de violencia de género. Su cometido fue profundizar en el tema siguiendo una serie de preguntas orientadoras. El estudio fue realizado en la capital del país, debido a que en Montevideo se ubica el Instituto de Higiene del Ministerio de Salud Pública, que es la principal institución encargada de atender a nivel público a pacientes con VIH de todo el país. El trabajo de campo se realizó entre los meses de octubre y noviembre de 2008 donde se encuestó a 100 mujeres con HIV que reciben atención en dicha institución. La selección de las mujeres para la aplicación de la encuesta fue al azar en el propio Instituto y fueron realizadas en el servicio por dos médicas especialmente entrenadas, previo consentimiento informado y firmado de las encuestadas.