

REPERFILAMIENTO DE LOS EQUIPOS DE REFERENCIA EN VIOLENCIA DOMESTICA

Lineamientos conceptuales y operativos para el reperfilamiento de los Equipos de Referencia en Violencia Domestica a mujeres mayores de 15 años, en Equipos de Referencia en Violencia Doméstica y Violencia Sexual a Mujeres, Niños, Niñas, Adolescentes y personas Adultas Mayores.

DIRECCION GENERAL DE LA SALUD

ÁREA PROGRAMÁTICA DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y GENERACIONES

Marzo 2017

Contenido

1. OBJETIVOS DEL DOCUMENTO.....	3
2. POBLACIÓN OBJETIVO.....	3
3. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA.....	3
3.1. Género y Generaciones.....	3
3.2. Prevalencia de la VD y VS hacia Mujeres, Niñas, Niños y Adolescentes en nuestro país.	4
3.3. Definiciones Violencia Doméstica y Violencia Sexual	7
4. JUSTIFICACION	7
5. FUNCIONES DE LOS EQUIPOS DE REFERENCIA en VD y VS:.....	9
6. INTEGRACIÓN DE LOS EQUIPOS REFERENTES.....	10
7. ACTIVIDADES	11
8. CARGA HORARIA:	12

1. OBJETIVOS DEL DOCUMENTO

1. Brindar herramientas que permitan apoyar la organización y el funcionamiento de los Equipos de Referencia en Violencia Doméstica y Violencia Sexual (ERVDyVS) de manera de que puedan dar respuesta a las situaciones de Violencia Doméstica (VD) y Violencia Sexual (VS), a lo largo de todo el ciclo vital¹, asegurando la accesibilidad territorial.
2. Contribuir al cumplimiento de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, en consonancia con el *Plan de acción 2016-2019 por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional*, elaborado y aprobado por el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica, Decreto 306/015

2. POBLACIÓN OBJETIVO

El presente documento tiene la finalidad de orientar a Direcciones técnicas de las Instituciones que integran el SNIS, integrantes de los ERVDyVS y todo el personal de salud que participa en el proceso de atención de usuarios/as en situación de violencia doméstica y sexual a lo largo del ciclo vital (equipos del primer nivel de atención, de salud mental, de salud sexual y reproductiva, espacios adolescentes, entre otros).

3. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

3.1. Género y Generaciones.

Para el abordaje a la VD y VS proponemos un modelo de atención integral, basado en los principios rectores del SNIS que se establecen en la Ley 18211, que busque hacer énfasis en la promoción y prevención, incluyendo los determinantes sociales que

¹ Por respuesta a las situaciones de la VD y VS a lo largo del ciclo vital, se hace referencia a niños, niñas, adolescentes, mujeres y personas adultas mayores en esa situación.

afectan la salud de las personas, abordando los problemas desde un enfoque interdisciplinario, que tome en cuenta los factores psicosociales y que integre el tema en todos los niveles de atención, de acuerdo a la evaluación de afectación, riesgo y necesidad de cada caso.

Atender a la salud en forma integral requiere dar respuesta al motivo de consulta pero no limitar el análisis de situación y las acciones a ese problema. Es evaluar la condición de salud considerando las dimensiones familiares, comunitarias, sociales, que intervienen tanto en la génesis como en la construcción de la respuesta. Por eso es importante incorporar una perspectiva de derechos humanos, de género y generacional pues condiciona a que las respuestas se articulen tomando como eje a las personas.

La violencia contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, es una violación a los derechos humanos y tiene sus raíces estructurales en los procesos de socialización de las personas sustentados en un modelo patriarcal de sociedad.

“Todo fenómeno humano, incluida la sexualidad, la violencia o la intervención psicosocial, está sujeto a las construcciones culturales de las masculinidades y femineidades.”²

El enfoque de interseccionalidad de las discriminaciones, constituye una herramienta útil para comprender el fenómeno de la Violencia Basada en Género y Generaciones (VBGG), evita priorizar una forma de dominación/discriminación/subordinación sobre otra, para concentrar la mirada en identificar las formas en que los diversos mecanismos de dominación/subordinación/discriminación actúan reforzándose entre sí.

3.2. Prevalencia de la VD y VS hacia Mujeres, Niñas, Niños y Adolescentes en nuestro país.

Los resultados de la **Encuesta de prevalencia de Violencia Doméstica en mujeres mayores de 15 años, atendidas en los Servicios de Salud (MSP 2013)**^{3 4 5} revelan situaciones que merecen particular atención:

² Presentación Dra. Magdalena García Trovero “Hacia el Reperfilamiento de los Equipos de Referencia en VD”. RED Equipos Referencia. Mayo 2016.

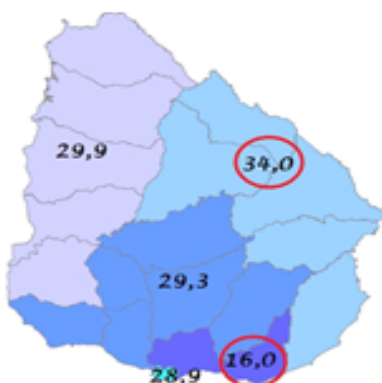
³ Programa Violencia y Salud, M.SP. Departamento de Sociología, Médica Facultad de Medicina, UDELAR. Instituto Nacional de Estadística.

⁴ Las Encuestas especializadas, tienen vigencia estadística de 5 años de acuerdo a “Directrices para la elaboración de Estadísticas sobre la violencia contra las mujeres”, 2013, Naciones Unidas.

- Más de 1 cada 4 mujeres de 15 y más años usuarias del servicio de salud público o privado en localidades urbanas del país, manifiesta haber vivido episodios de VD en alguna de sus expresiones en los últimos 12 meses (27,7%).
- Más de un tercio de estas mujeres han experimentado tales situaciones con frecuencia semanal o diaria y aproximadamente una cada cuatro lo ha vivido una sola vez en los últimos 12 meses.
- En algo más del 40% de los casos el agresor es su pareja actual (esposo o compañero permanente). Si además se consideran novios, ex novios o ex esposos, este guarismo supera el 60% del total de casos.
- En 7 de cada 10 situaciones de violencia doméstica la mujer declara convivir con el agresor y en 8 de cada 10 casos el agresor es del sexo masculino.
- Se registra una mayor prevalencia de VD entre las mujeres adolescentes entre 15 y 18 años (35,4%) y una menor prevalencia entre las más adultas, con 65 y más años (22,0%).
- Entre las diferentes formas de violencia doméstica, la violencia psicológica es la que registra la mayor prevalencia, seguida de la física y la sexual, estas últimas con guarismos muy similares.

⁵ La encuesta toma los diferentes tipos de violencia especificadas en la Ley de Violencia Doméstica (Ley N°17.514) en su artículo 3ero.

Prevalencia de Violencia Doméstica entre mujeres usuarias de Servicios de Salud, por tipo de violencia y por región				
Sistema	Doméstica	Física	Psicológica	Sexual
Público	34,4	8,2	29,6	8,5
Privado	24,5	5,5	21,2	5,1
Total	27,7	6,3	23,9	6,2



Fuente: Encuesta de prevalencia de Violencia Domestica en mujeres mayores de 15 años, atendidas en los Servicios de Salud (MSP 2013)

Asimismo se dispone de información sobre las **Situaciones de maltrato y abuso sexual hacia NNA, Infome de Gestion SIPIAV 2015⁶**.

- 1908 situaciones en todo el país reflejando un 10% más que en 2014.
- 21% de estas situaciones correspondieron a abuso sexual y 19% a maltrato físico.
- Sólo 1 de cada 10 de estas situaciones ingresa a SIPIAV en una etapa de inicio.

⁶ El SIPIAV esta integrado por: Instituto Nacional del Niño y del Adolescente del Uruguay, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública, Administración de Servicios de Salud del Estado, Ministerio del Interior, Administración Nacional de Educación Pública y con el apoyo de UNICEF. Datos del Informe de Gestión 2015.

3.3. Definiciones Violencia Doméstica y Violencia Sexual

La **Ley 17514**, en su Artículo 2 expresa que: “Constituye violencia doméstica toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho”.

La OMS define violencia⁷ como, “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga mucha probabilidad de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

La violencia sexual se define en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud⁸ como todo “acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.

4. JUSTIFICACION

¿Por qué reperfilar los Equipos de Referencia?

Para dar cuenta del abordaje del tema a lo largo del ciclo de vida desde un enfoque de género y DDHH de forma de, por un lado, dar continuidad al proceso iniciado en el año 2005 que se traduce en el documento “Abordaje de situaciones de VD hacia la mujer. Guía de procedimientos en el Primer Nivel de Atención” y por otro, de las recomendaciones de la OMS, que se sustentan en los fundamentos que se detallan a continuación.

En mayo de 2014, la sexagésima séptima Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA67.15, para el “Fortalecimiento de la función del sistema de salud para

⁷ Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. OMS. 2002.

⁸ Krug, 2003:161, OMS

hacer frente a la violencia, en particular contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes”.

La violencia contra las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes tienen en común⁹:

- los agresores suelen tener una relación íntima con las víctimas
- la aceptación social
- barreras a la búsqueda de ayuda
- invisibilidad del problema
- falta de sanciones penales y débil aplicación de protección legal
- la violencia contra las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes tiene consecuencias intergeneracionales

Las funciones del sector salud frente a las situaciones de violencia basada en género y generaciones (VBGG) definidas por la OMS¹⁰ son:

- Ofrecer servicios de salud integrales a quienes vivieron o viven situaciones de violencia.
- Reunir datos sobre la prevalencia, los factores de riesgo y las repercusiones sanitarias.
- Desarrollar políticas orientadas a hacer frente a la violencia contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes.
- Prevenir la violencia, fomentando y dando a conocer los programas de prevención.
- Promover el reconocimiento de la violencia contra la mujer como problema de salud pública.

Se entiende que en nuestro país hemos tenido avances sustanciales en la integración de esta problemática como tema de salud, estando actualmente la pesquisa de VD integrada a la práctica clínica en los controles de salud a lo largo de todo el ciclo vital, y en el seguimiento longitudinal frente a elementos de sospecha, por lo que la obligatoriedad de la misma, ha cumplido su función. Es así que deja de estar incluida

⁹ “Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres”. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Diciembre 2014.

¹⁰ “Violencia contra la mujer. Respuesta del sector salud”. OMS-2013

como meta prestacional, lo que no implica que deje realizarse según buenas prácticas clínicas.

De acuerdo a lo precedentemente expuesto, el Área Programática de Violencia Basada en Género y Generaciones del MSP de la DIGESA, ha definido los lineamientos (conceptuales y operativos) para el reperfilamiento de los Equipos de Referencia de VD (hacia mujeres mayores de 15 años) en Equipos de Referencia en VD y VS hacia MNNA.

5. FUNCIONES DE LOS EQUIPOS DE REFERENCIA en VD y VS:

- 5.1. Realizar la atención y seguimiento a las situaciones de VD y VS a lo largo del ciclo vital, de alto riesgo y/o daño (de acuerdo a las pautas del CNCLVD, 2017. Ver Anexo 1).
- 5.2. Identificar barreras existentes en la Institución para el abordaje de la temática y proponen estrategias adecuadas para superarlas.
- 5.3. Favorecer la articulación de la respuesta a lo largo de todos los niveles de atención, asegurando la adecuada referencia, contrarreferencia y seguimiento longitudinal.
- 5.4. Asesorar a las Direcciones Técnicas en todo lo que atañe a la problemática como referentes técnicos de la Institución.
- 5.5. Transversalizar este tema en todo el proceso de atención que se brinda en la Institución de manera que la atención a la VD y VS a lo largo del ciclo vital se integre como un tema de salud, de acuerdo con las pautas y recomendaciones de la OMS y del Ministerio de Salud Pública, sensibilizando y capacitando a todo el personal de la Institución.
- 5.6. Promover y participar en espacios de articulación intra e interinstitucional e intersectorial trabajando en redes territoriales o temáticas (Comités de Recepción local de SIPIAV si son requeridos/as, instituciones educativas, entre otras), ya sea para seguimiento o abordaje de situaciones complejas, como para participar en el diseño e implementación de actividades de promoción, prevención, y planificación local.
- 5.7. Asesorar y apoyar en la Institución para cumplir con el envío de la información solicitada por el Área Asesora Programática de VBGG a través de la JUNASA.

6. INTEGRACIÓN DE LOS EQUIPOS REFERENTES

El **Equipo Central** quedará integrado en forma interdisciplinaria, por un mínimo de tres profesionales y/o técnicos, de los cuales por lo menos uno debe ser médico/a, para las instituciones con 20.000 afiliados/as o menos.

Para asegurar la atención oportuna y la accesibilidad territorial, se deberá fortalecer el Equipo Central implementando una red de referentes locales de modo que:

- Se asegure la presencia de un **referente local** en cada sede secundaria ubicada en una ciudad diferente a la de la sede principal, en la que la Institución tenga más de 5000 afiliados/as, que garantice el abordaje adecuado de la VD y VS a lo largo de todo el ciclo vital.¹¹
- Este referente local puede ser un recurso propio de la Institución o en acuerdo de complementación.
- Se garantice la posibilidad de acceder a una consulta presencial con el referente local en un plazo no mayor a 72 horas hábiles en las situaciones de alto riesgo.

No menos de 2/3 de los integrantes del Equipo Central y la red de referentes, debe cumplir funciones en el área asistencial, pudiendo hasta 1/3 de los mismos pertenecer a sectores administrativos (jurídico, atención al usuario, registros médicos, secretaría, entre otros).¹²

Los integrantes del Equipo y los referentes, deberán acreditar tener formación específica y/o experiencia probada de trabajo en el tema desde un enfoque de DDHH y Género. Dicha formación debe ser avalada por el Área Asesora Programática de VBGG del MSP. Por lo menos uno de los integrantes del Equipo debe tener formación y/o experiencia en abordaje a situaciones de abuso y maltrato hacia niños, niñas y adolescentes.

A efectos de facilitar la evaluación de plan de perfilamiento que elabore cada prestador del SNIS, será necesario incluir un capítulo de caracterización de la institución que presente al menos:

- La distribución por departamentos de la población de afiliados de la institución por departamento, según edad y sexo.

¹¹ En lo sucesivo en el presente texto, toda vez que se haga mención a el/la y los/las y sus respectivas declinaciones, se utilizará el genérico masculino a los efectos de facilitar la lectura.

¹² Se sugiere que los médicos que se desempeñan con Cargo de Alta Dedicación puedan destinar parte de su horario para cumplir funciones en el Equipo de Referencia.

- Localización de la Sede Principal y la distribución de las sedes secundarias de la institución según departamento.
- Distribución de los efectores de atención de la institución en localidades con más de 5.000 afiliados.
- Distribución del total de efectores de atención de la institución por localidad y departamento.

7. ACTIVIDADES

Las instituciones son responsables de asegurar que los integrantes del Equipo Central y la red de referentes, tengan condiciones y medio ambiente laboral adecuado para cumplir con las siguientes que se detallan a continuación. Ello debe reflejarse a texto expreso en el plan de perfilamiento institucional.

- 7.1. Asistencia de las situaciones de mediano y alto riesgo, que lo requieran en forma ambulatoria (con horario establecido y difundido a la interna de la institución) o con pacientes internados.
- 7.2. Apoyo en la atención a los equipos de salud en general, evacuando dudas y consultas.
- 7.3. Asesoramiento telefónico disponible 24 horas (modalidad retén) para situaciones graves y urgentes, que apoye la actuación en los Servicios de Urgencia y Emergencia de manera de asegurar una primera respuesta adecuada y una adecuada derivación cuando corresponda.
- 7.4. Orientación y apoyo en el adecuado registro y codificación en la HC ya sea en modalidad papel o electrónica, de todas las situaciones de VD y VS atendidas.
- 7.5. Análisis de los datos y la información solicitada por el MSP de manera de monitorizar los avances de la estrategia de abordaje al tema en la institución y hacer los ajustes pertinentes.
- 7.6. Coordinación y realización de informes para la Dirección Técnica en los casos que requieran judicialización,
- 7.7. Reuniones programadas y periódicas de coordinación, planificación, evaluación y supervisión de situaciones clínicas a la interna del equipo en su totalidad (como mínimo una vez al mes), con otras dependencias de la institución y con los espacios intersectoriales.
- 7.8. Participación en las reuniones bimensuales de la Red de Equipos Referentes en VD y VS convocadas y coordinadas por el Área Programática Asesora del MSP.
- 7.9. Diseño e implementación de actividades de promoción y prevención en todas las sedes secundarias de la institución.

- 7.10. Participación en la planificación e implementación de todas las actividades de Desarrollo Profesional Continuo que se realicen en la Institución, vinculadas al tema,
- 7.11. Implementación y coordinación de espacios de atención grupal para mujeres mayores de 15 años víctimas de VD o VS,
- 7.12. Asesoramiento para la implementación de servicios de atención a hombres que ejercen violencia hacia sus parejas o ex parejas cuando sea requerido por la institución o por el MSP.

8. CARGA HORARIA:

El trabajo remunerado de los Equipos de Referencia incluye las horas de asistencia, coordinación, supervisión y trabajo en red.

Los integrantes del equipo no necesariamente deben cumplir funciones exclusivas en el mismo, sino que es deseable que destinen un horario parcial, no menor a 20 horas semanales acumuladas, de las cuales, de 4 a 6 deben ser de trabajo conjunto, en el caso de los Equipos con 3 integrantes.

Aquellos integrantes del Equipo, que se desempeñen como referentes en una sede secundaria o localidad, deberán dar atención y seguimiento a las situaciones de alto riesgo, constituirse en la contraparte institucional local en el trabajo intersectorial y tener disponibilidad horaria para reunirse en forma periódica con el resto de los integrantes del Equipo Referente.

La Institución deberá publicar en su página web la forma de acceder al Equipo Referente ante situaciones de VD y VS con horarios y lugares de atención.

Para facilitar la evaluación del plan de reperfilamiento deberá estar explicitada la conformación de los equipos, la carga horaria fija para actividades de VD y VS, y la forma de contactarse con los mismos. Las modificaciones en este aspecto deberán ser comunicadas al Área programática de VBG de DIGESA.

Dra. Irene Petit
Lic. TS Carla Bellini
Ed. DDHH Estela De Armas
Área Programática de

Violencia Basada en Género y Generaciones

