

Caracterización de problemas priorizados

Violencias en las diferentes etapas de la vida

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁾ define violencia 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.

A la vez, en el Informe sobre la situación mundial de prevención de la violencia se señala la relación entre violencia y una mala salud a lo largo de la vida:⁽²⁾

La violencia contribuye a que la mala salud se prolongue durante toda la vida (especialmente en el caso de las mujeres, niñas, niños y adolescentes) y a una muerte prematura, puesto que muchas de las principales causas de muerte, como las enfermedades coronarias, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer y el VIH/sida, entre otras están estrechamente vinculadas con experiencias de violencia (...) Asimismo, la violencia impone una pesada carga en los sistemas de salud y de justicia penal, los servicios de previsión y asistencia social y el tejido económico de las comunidades.

Es por esto que se entiende la importancia de trabajar *las violencias en las diferentes etapas de la vida*. En particular, hay tres etapas que merecen una consideración especial: niños, niñas y adolescentes (NNA), personas jóvenes y personas mayores.

Situación en Uruguay

Niños, niñas y adolescentes

Se hace necesario la mirada al núcleo familiar y conviviente ya que, según el informe del Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) de 2020,⁽³⁾ en el 80 % de las situaciones intervenidas la persona agresora pertenecía a la familia o grupo de convivencia.

Durante el año 2020 en total se detectaron, se intervino y se registraron 4.911 situaciones de violencia hacia niñas, niños y adolescentes, lo que implica la intervención en más de 13 situaciones diarias.⁽³⁾

Debemos también realizar un análisis de la violencia en las masculinidades. Se incluyen dentro del capítulo *Causas externas de morbilidad y mortalidad* de la Clasificación

Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) ⁽⁴⁾ los siniestros de transporte, los homicidios, los suicidios, lesiones autoinflingidas intencionalmente: caídas, disparo de arma de fuego, ahogamiento y sumersión, exposición a la corriente eléctrica, envenenamiento.

Homicidio

El homicidio fue la primera causa de fallecimientos en adolescentes y jóvenes en Uruguay en el año 2019. El 94 % de los homicidios fue en hombres, con una tendencia sostenida al aumento los últimos 10 años. En el 2019 la tasa de homicidios casi triplicó la tasa del 2009, pasando de 5,6 a 14,9 por 100.000 habitantes. En este incremento contribuyó fundamentalmente el sexo masculino.⁽⁵⁾

La violencia hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes continúa siendo un grave problema. Uruguay presenta elevadas cifras de maltrato y abuso sexual hacia niños, niñas y adolescentes. Sus causas, múltiples y complejas, hacen que su abordaje requiera la intersectorialidad, la multidisciplina, la integración de estrategias y, sin duda, recursos. Dentro de los datos más relevantes que reflejan esta situación se encuentran los que desarrolla el Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia,⁽³⁾ y que se detallan a continuación.

Tipos de violencia registrados: Maltrato Emocional (34 %), Negligencia (26 %), Abuso Sexual y Maltrato físico con 19 % cada uno y Explotación sexual (2 %). Se destaca que el 17 % del total de NNA tenían entre 0 y 5 años de edad.

Poco más de la mitad de las situaciones, 56 %, corresponden a niñas y/o adolescentes mujeres, siendo el 55 %, menores de 13 años.

El 91 % de las personas agresoras corresponden a *familiares directos o integrantes del núcleo de convivencia*, porcentaje que se mantiene estable desde que se comenzó a contar con esta variable.

Las situaciones detectadas e intervenidas continúan siendo crónicas y recurrentes con una baja visualización por parte de NNA como víctimas de violencias. Sólo 1 de cada 3 NNA logra visualizar la situación de violencia y en general corresponde a aquellas que tiene más correlato físico (abuso sexual y maltrato físico).

En la mayoría de las situaciones abordadas, niños, niñas y adolescentes vivían en hogares monoparentales (42 %). En 2 de cada 3 del total de situaciones se incluyó a la familia en los procesos de intervención.

Particularmente, en cuanto a *abuso sexual*, se intervino en más de 900 situaciones (más de 2 por día). De estas, 3 de cada 4 eran niñas o adolescentes mujeres y casi la mitad (44 %) tenían entre 13 y 17 años. Se destaca que de todas las violencias analizadas fue la que tuvo una recurrencia y cronicidad menor, así como una mayor visualización por parte de NNA.

Salvo en abuso sexual, los principales agresores son padre y madre, seguidos de la pareja de la madre. En los casos de explotación sexual los principales agresores son otro familiar, padre y pareja de la madre, en ese orden.

Principal persona que agrede. En cuanto al relacionamiento de las personas agresoras con NNA se mantiene el porcentaje de los últimos años: el 91 % de las personas agresoras son familiares directos o integrantes del núcleo de convivencia. Se debe tener en cuenta que una misma persona puede agredir a más de un/a NNA y a su vez un/a NNA puede haber sufrido agresiones por más de una persona.

Convivencia. En lo que respecta a convivencia de la persona agresora con NNA, en el 2020 a diferencia de años anteriores no se registraron diferencias significativas respecto del sexo de la persona agresora que convive con NNA en situaciones de violencia. Sí se registraron diferencias en cuanto al sexo de la persona agresora conviviente, siendo en esta oportunidad un poco mayor las personas agresoras de sexo femenino que conviven con NNA, y en caso de sexo masculino, se reparten en partes iguales.

La inclusión de la familia o de un referente adulto es parte del Modelo de Atención del SIPIAV como forma de favorecer la generación de cambios en pautas de crianza no violentas y mecanismos de protección a NNA.

En 2020 se registró un descenso de las familias incluidas en los procesos de intervención, al incluirse un 67 %, comparado con el 71 % en 2019. Se podría pensar que la situación de emergencia sanitaria hubiera afectado negativamente las intervenciones más integrales con las familias.

Adolescentes y jóvenes

El 70 % de las causas de morbimortalidad en adolescentes y jóvenes es prevenible.

En 2019, el 70 % de las muertes entre los 10 y 24 años fue por causas externas (intencionales o no intencionales), lo que para la población en general corresponde al 7

%.⁽⁶⁾ Estas muertes en adolescentes y jóvenes son 10 veces más frecuentes que en la población general: homicidios, suicidios y siniestros de tránsito, entre otras.

El 47 % de las mujeres de 15 años y más declaró haber vivido situaciones de violencia por parte de la pareja o expareja a lo largo de toda la vida, y el 19,5 % en el último año. La mayor prevalencia corresponde a la violencia psicológica (44,6 %), que se registra en mayor medida en mujeres afro respecto de las no afro (60,5 % y 44,6 %, respectivamente, para toda la vida).⁽⁷⁾

En la segunda encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones se incorporó la violencia digital o mediática, además de los otros tipos de violencia relevados en 2013, encontrando que el 5,5 % de las mujeres vivió situaciones de violencia digital por parte de la pareja en 2019 en Uruguay.⁽⁷⁾ Por otra parte, ONU Mujeres estima que el 73 % de las mujeres en el mundo ha estado expuesta a algún tipo de violencia en línea, lo que esta organización considera se ha agravado durante la pandemia por la Covid-19, ya que las mujeres y niñas necesitan utilizar con mayor frecuencia las tecnologías de la información y comunicación como resultado del confinamiento.⁽⁸⁾

Personas mayores

La vejez es una etapa vital donde con frecuencia se acumulan discriminaciones y problemas (edad feminizada, viudez y aislamiento, se cuida, pero luego es infrecuente quien le cuida, etcétera).

Para la convención ⁽⁹⁾ que ya rige en Uruguay,⁽¹⁰⁾ la persona mayor tiene derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, a recibir un trato digno y a ser respetada y valorada, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la cultura, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen social, nacional, étnico, indígena e identidad cultural, la posición socioeconómica, discapacidad, la orientación sexual, el género, la identidad de género, su contribución económica o cualquier otra condición.

Las tipologías de violencia incluyen el abuso, incluso el financiero y el patrimonial, y el maltrato físico, sexual, psicológico, la explotación laboral, la expulsión de su comunidad y toda forma de abandono o negligencia que tenga lugar dentro o fuera del ámbito familiar o

unidad doméstica o que sea perpetrado o tolerado por el Estado o sus agentes dondequiera que ocurra.

En cuanto a las causas del problema, los factores predisponentes o de riesgo mencionan que los agresores suelen tener una relación íntima o de confianza con la víctima y que por ello predomina en el ámbito intrafamiliar. Si bien esto sigue prevaleciendo en términos globales, existen particularidades generacionales, donde el cuidado está tercerizado y la relación de confianza predominante no es familiar sino contratada.

En el caso de las personas mayores existen factores identificados desde la evidencia científica, tales como: la presencia en el adulto mayor/víctima de deterioro funcional y déficits sensoriales, las alteraciones de funciones cognitivas/demencia en la víctima, el aislamiento social (vive solo y carece de contactos sociales, es viudo/a), la convivencia con el abusador (de común acuerdo), quien cuida tiene enfermedades mentales o adicciones, quien cuida tiene sobrecarga o es la única persona que puede cuidar o está obligada a hacerlo, ambiente familiar perturbado por causas externas (déficit económico, desocupación, divorcio), historia familiar previa de violencia doméstica.

Según la OMS, se estima que el 15,7 % de las personas mayores son víctimas de violencia en el ámbito comunitario, y el 64,2 % de los trabajadores reportó situaciones de violencia en el entorno institucional.⁽¹¹⁾ Estudios realizados en países desarrollados, basados en sistemas de vigilancia, concluyen que 36 % del personal de enfermería ha sido testigo de algún incidente de maltrato físico hacia ancianos, 10 % reconoce haber cometido al menos un acto de maltrato hacia mayores, 80 % dice haber observado alguna forma de maltrato psicológico hacia adultos mayores en su ámbito de trabajo y 40 % reconoce haber abusado verbalmente de residentes mayores en instituciones de larga estadía en el último año.⁽¹²⁾ En el Uruguay no existe información sobre las situaciones de violencia, tanto para el ámbito institucional como en el entorno comunitario.

Es por tanto necesario contar con información oportuna y fiable, para lo que se debe desarrollar un sistema de información que integre a los prestadores del SNIS, así como la inclusión de preguntas adecuadas en herramientas de vigilancia poblacional como censos y encuestas de hogares.

De acuerdo con el Instituto Nacional de las Personas Mayores (INMAYORES) del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y de la información de que dispone su Servicio de atención a personas mayores en situación de abuso y/o Maltrato (Montevideo y Área

Metropolitana, personas asistidas en un servicio ambulatorio, 2020), las principales tipologías registradas en cuanto violencia sobre personas mayores incluyen:⁽¹³⁾

- 75 % de las víctimas eran mujeres.
- 64 % padecían abuso psicológico.
- 44 % de abuso patrimonial.
- 25 % por maltrato físico.
- 20 % por negligencia en los cuidados.

Cabe señalar que la información se basa en consultas en un servicio situado en Montevideo centralizado y no comprende información del interior. Tampoco abordamos información del Ministerio del Interior, y en servicios sanitarios, aquella que fuese posible con base en certificados de defunción o egreso hospitalarios. En el mismo sentido, puede considerarse la información disponible en el Poder Judicial, Fiscalía o la Institución Nacional de Derechos Humanos. Aunque es probable que exista falta de información también la existente está fragmentada, desagregada con múltiples y diversos criterios.

Desde el análisis de las políticas destinadas a la prevención y abordaje de la violencia

Desde la salud se ha avanzado mucho en el desarrollo de equipos y estrategias que permiten la prevención, detección, evaluación, asistencia de los aspectos vinculados con la salud y la coordinación de estrategias vinculadas con su abordaje holístico. Sin embargo, el problema persiste y continúa impactando a corto, mediano y largo plazo en distintos ámbitos de la vida y el desarrollo de las personas.

Para poder abordar dichos temas, entre otras cosas, se debe tener una cobertura territorial más amplia, fortaleciendo la capacidad de respuesta de la salud y, fundamentalmente, llegar a localidades pequeñas (con menos de 5.000 habitantes) y a zonas rurales. Los equipos de referencia que ya existen deben estar en territorio o tener un referente en dichas zonas, logrando también un trabajo interinstitucional y descentralizado.

Es necesario que la autoridad sanitaria tenga la capacidad de asesorar a las direcciones técnicas en todo lo que atañe a la problemática a tratar, mediante información y capacitación. Además se debe seguir trabajando institucionalmente para monitorear la

información de situaciones de violencia en el curso de la vida. A la vez, transversalizar este tema en todo el proceso de atención que se brinda en la institución de manera que la atención a la violencia doméstica (VD) y violencia sexual (VS) a lo largo del curso de vida 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 las instituciones.

La institución deberá asegurar el acceso al equipo de referencia en violencia de género y generaciones (ERVBGG) en cada localidad diferente a la de la sede principal, en la que la institución tenga menos de 5.000 afiliados/as, y en zonas rurales, que garantice el abordaje adecuado de la VD y VS a lo largo de todo el curso de vida.

Por otra parte, es necesario profundizar en las acciones para la atención humanizada y respetada del nacimiento, previniendo la violencia obstétrica, y promover buenas prácticas asistenciales desarrollando estrategias para el abordaje holístico de los individuos que ejercen violencia basada en género y generaciones como forma de evitar la reiteración de estas situaciones.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2002. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf
2. Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014 [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2014. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/
3. Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV). Informe de Gestión 2020. Montevideo: SIPIAV; 2021
4. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. En: CIE-10 [Internet]. OMS/OPS; 2008. Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
5. Ministerio del Interior. Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior [Internet]. Montevideo: MI; 2021. Disponible en: <https://www.minterior.gub.uy/index.php/82-observatorio/presentacion#:~:text=El Observatorio Nacional Sobre Violencia,gestión policial en nuestro país.>

6. Ministerio de Salud Pública. Estadísticas Vitales. Montevideo: MSP; 2020.
7. Semblat F, Reynaud C, Pieri D, Eiris N, Moreira D, García R, et. al. Segunda encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones. Montevideo, Uruguay: INE, Inmujeres/MIDES, Consejo Nacional Consultivo por una vida libre de violencia de género; 2019.
8. ONUMujeres. Violencia contra mujeres y niñas en el espacio digital. México D.F.; ONU Mujeres; 2021.
9. Organización de Estados Americanos. Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. [Internet]. Washington, D.C.: OEA; 2015. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-internacional/19430-2016>
10. Uruguay. Aprobación de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores [Internet]. Montevideo, Uruguay; Ley n.º 19.430, Oct 18, 2016. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19430-2016>
11. Organización Mundial de la Salud. Maltrato de las personas mayores [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
12. Ministerio de Salud Pública. Guía para la prevención, diagnóstico y abordaje integral de la violencia hacia las personas adultas mayores. Montevideo: MSP; 2019.
13. Ministerio de Desarrollo Social. Personas mayores [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/personas-mayores>