

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

DIRECCIÓN
DE
SALUD PÚBLICA

BIA

BOLETÍN INFORMACIÓN
PARA LA ACCIÓN



PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

1. ENTRADA

La Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar (VIF) incluye la vigilancia del maltrato físico, la violencia sexual y el abuso sexual; en el monitoreo se busca, no sólo identificar los eventos, sino estudiar los factores generadores y perpetuadores de la violencia en la familia y orientar la toma de decisiones en torno a la prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar en todas las instituciones y sectores de tal manera que se busque el impacto positivo en la salud y bienestar de la población afectada.

1.1 DEFINICIÓN DEL EVENTO A VIGILAR*

Los comportamientos que constituyen violencia en la familia, son todos aquellos realizados al interior de esta por uno de sus miembros, que lesionen o amenacen la vida, la integridad personal, la autonomía personal, la libertad individual, la libertad sexual y la dignidad humana de quienes la integran.

En consecuencia, son actos de violencia los que producen daños físicos o psíquicos, la tortura y el trato cruel, intimidatorio o degradante, la agresión sexual, el maltrato, la restricción de la libertad de locomoción por la fuerza, la amenaza, el ultraje, el agravio y cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro de su grupo familiar. Dentro del sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar los eventos de vigilancia estricta lo constituyen el maltrato físico, el abuso sexual y la violencia sexual.

Maltrato Físico (MF): Toda persona que presenta un conjunto de signos y síntomas físicos, emocionales o sociales de haber vivido una situación de violencia física

*Adaptado de Modelo de Vigilancia en Salud Pública, Lineamientos Haz Paz, Colombia 2001

representada por el uso intencional de la fuerza física con potencial para causar la muerte, discapacidad, lesión o daño o sufrimiento, cuya ocurrencia se relaciona con un agresor o agresora perteneciente al núcleo familiar o encargado(a) del cuidado dentro o fuera del hogar o que convive sin ser miembro de la familia o que tiene una relación de pareja o íntima con la persona agredida. Es la forma de maltrato más frecuente en los niños y las niñas.

Son actos de maltrato físico: golpear, patear, rasguñar o escupir, morder, cortar, quemar, estrangular, empujar, estrujar, zarandear, lanzar cosas hacia otra persona, detener, sujetar, amarrar o impedir el movimiento de otra persona contra su voluntad, amenazar o lastimar con una arma (arma de fuego, cuchillo u otro objeto), obligar físicamente al otro a vivir situaciones peligrosas y que le producen temor, destruir objetos que tienen valor sentimental o material para el otro, destruir los objetos de la casa o del espacio de convivencia.

Abuso Sexual (AS): Es toda persona menor de 14 años, obligada a través del uso de la fuerza, la manipulación, el engaño, la intimidación o el chantaje a realizar acto sexual, para satisfacer los deseos sexuales del abusador, quien es miembro de la familia, un conviviente o un cuidador dentro o fuera del hogar. Siempre se debe sospechar un delito sexual en los casos de menores de 14 años, embarazadas, o con enfermedades de transmisión sexual.

Violencia Sexual (VS): Toda persona de 14 años o más obligada por la pareja, un miembro de la familia, un conviviente o un cuidador dentro o fuera del hogar a realizar acto sexual, a través del uso de la fuerza, la manipulación, el engaño, la intimidación o el chantaje.

Son actos sexuales, la penetración genital o anal con el pene, la mano, los dedos u otros objetos. Contacto físico con los genitales, el ano, el pecho y la boca, con cualquier parte del cuerpo, incluyendo el manoseo intencional.

Son categorías de la violencia sexual: a) el uso de la fuerza física para forzar a la

persona a participar en un acto sexual contra su voluntad, independiente de si este se completa; un intento o completo acto sexual que involucra a una persona que no puede entender la naturaleza o condición del acto, o declinar su participación, o comunicar su no-disposición a realizar el acto sexual (por ejemplo: por enfermedad, discapacidad, la influencia de alcohol u otras drogas, o por intimidación o presión); b) Contacto sexual abusivo entendido como el manoseo intencional, directo o a través de la ropa, de los genitales, el ano, la ingle, las mamas, el lado interior de las piernas o las nalgas de una persona, contra su voluntad.

Factores de Riesgo: Los Factores Asociados a la conducta violenta son múltiples y existen complejos y diversos modelos para explicarla. Se reconoce que, como fenómeno mediado por el comportamiento humano, en su ocurrencia influyen factores propios de los individuos; del sistema de creencias, valores, normas implícitas y explícitas que determinan las relaciones entre las personas y grupos y de las circunstancias concretas en que se da esta interrelación.

Factores Biológicos y de la historia personal: asociados a la conducta violenta se tiene, el sexo masculino, la edad entre 20 y 40 años, baja tolerancia a las frustraciones, el menor nivel de instrucción y de ingresos, desconocimiento de los derechos de la familia, trastornos psicológicos y patologías que favorecen el descontrol de impulsos, abuso de alcohol y drogas, así como antecedentes de haber sufrido maltrato. También existen factores que aumentan la vulnerabilidad para sufrirla, como son el sexo femenino, la hiperactividad y conducta difícil en las/os niñas/os, ser anciana/o o discapacitada/o, confianza excesiva hacia personas adultas (parientes, amigos), falta de información sexual, labilidad emocional, los bebés prematuros o con hospitalización prolongada, el retraso mental o parálisis cerebral, la deformidad física, el síndrome de Down, las enfermedades crónicas, los niños hiperkinéticos, con alteraciones en el desarrollo psicomotor y ser menor de tres años.

Factores Sociales: Como el tipo de

relaciones más cercanas, con la familia, pareja, amigos, compañeros; los contextos comunitarios en que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, trabajo, vecindario, en los que influye la densidad poblacional, el nivel de desempleo o el tráfico de drogas. La primacía de los derechos de los padres sobre los derechos de los hijos, dominación masculina sobre mujeres y niños, tabúes, mitos y creencias erradas frente a la sexualidad, pérdida de legitimidad en la aplicación de la ley, aislamiento de la familia respecto de los recursos del Estado y de la comunidad, influencias nocivas de medios de comunicación que promueven la pornografía, falta de centros especializados de recepción y atención de casos de delitos sexuales y la valoración social (aceptación) de los comportamientos agresivos.

Distribución: La violencia se constituye en un problema de salud pública ya que tiene una alta incidencia en la morbilidad y mortalidad de la población colombiana. Los datos reportados por el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses, demuestran que durante el año 2003, se realizaron 62.431 dictámenes de violencia intrafamiliar, con una tasa de 184 casos por 100.000 habitantes, perdiéndose por este evento 79.796 años de vida saludable (avisa).

En cuanto a maltrato infantil durante este mismo año se realizaron 7379 siendo la población más afectada la correspondiente al grupo etáreo entre los 5 y 14 años; El 78% de los casos reportados de violencia corresponden al grupo de edad e 15 a 44 años.

Medicina Legal reportó haber practicado un total de 14.165 dictámenes relacionados con delitos sexuales. En la distribución por edad del total de dictámenes el 61% (8.588 casos) corresponde al grupo de 5 a 14 años.

Con relación a costos generados por la violencia, el Centro de Investigaciones sobre Salud y Violencia CISALVA, reportó que los costos directos ocurridos por violencia significaron la pérdida del 0.05% del Producto Interno Bruto, para 1995 (US\$40.214.001). Los costos indirectos sumaron 1.5% del PIB.

El estudio también estimó que el costo de la atención médica de las lesiones intencionales para 1995 fue de 0.076% del PIB (US\$61.125.1282).

Los anteriores datos, aunque son alarmantes, reflejan en parte el impacto social y económico que tiene la violencia intrafamiliar en la sociedad colombiana debido al subregistro de la totalidad de casos que se presentan en la realidad familiar.

Recientes estimaciones del Banco Mundial sobre la carga global de enfermedad, indican, que, en las economías de mercado establecidas, la victimización de género es responsable por uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva. La carga de salud por victimización de género es comparable a la correspondiente a otras condiciones de alta prioridad en la agenda mundial.

Dentro de las consecuencias no fatales de la violencia de género tenemos (Guía Técnica mujer maltratada, 2000):

- Para la Salud Física: E.T.S., Lesión, Inflamación Pélvica, Embarazo no Deseado, Aborto Espontáneo, Dolor Pélvico Crónico, Dolores de Cabeza, Problemas Ginecológicos, Abuso de Drogas/alcohol, Asma, Síndrome de Intestino Irritable, Conductas Nocivas para la Salud, (Tabaquismo, Sexo sin Protección), Discapacidad Permanente o Parcial.
- Para la Salud Mental: Desorden de Estrés Postraumático, Depresión, Ansiedad, Disfunción Sexual, Desórdenes de la Alimentación, Desorden de Personalidad Múltiple, Desorden Obsesivo-Compulsivo.
- Dentro de las consecuencias fatales tenemos: Suicidio, Homicidio.

1.2 DEFINICIONES OPERATIVAS

Caso Sospechoso de Maltrato Físico

- Persona con evidencia física de lesiones sugestivas de violencia.

- Persona relacionada con una situación de violencia intrafamiliar y con testimonio de ser víctima de uno o más de los actos de violencia física enunciados o con evidencia física de lesiones.
- Persona clasificada como sospechoso a través de una estrategia de detección temprana.
- Persona con trastornos somáticos, emocionales o del comportamiento no explicados por otra causa y para la cual personal debidamente calificado sospecha una situación de violencia física.

Caso confirmado de Maltrato Físico: Todo caso sospechoso de maltrato físico para el cual, después de evaluación e investigación por personal calificado, se conoce que los daños sufridos o la muerte se relacionan con actos de violencia física ejecutados por una persona perteneciente a la familia o que convive con el agredido o agredida o un cuidador o cuidadora dentro o fuera del hogar.

Caso sospechoso de Abuso sexual

- Persona menor de 14 años con evidencia física de haber sido abusada sexualmente
- Persona menor de 14 años relacionada con un testimonio de ser víctima de abuso sexual o que se refiere haber sido abusada sexualmente
- Persona menor de 14 años con trastornos somáticos, emocionales o del comportamiento no explicados por otra causa y para la cual personal debidamente calificado sospechosa una situación de abuso sexual.

Caso confirmado de Abuso Sexual: Todo caso sospechoso para el cual, después de evaluación e investigación por personal calificado, se conoce que los daños sufridos o la muerte se relacionan con abuso sexual producido por una persona perteneciente a la familia o que convive con el agredido o agredida o un cuidador o cuidadora dentro o fuera del hogar.

Caso sospechoso de Violencia Sexual

- Persona de 14 años o más con evidencia física de haber sido víctima de alguna forma de violencia sexual.
- Persona de 14 años o más relacionada con un testimonio de ser víctima de violencia sexual o que refiere haber sido víctima de alguna forma de violencia sexual.
- Persona de 14 años o más con trastornos somáticos, emocionales o del comportamiento no explicados por otra causa y para la cual personal debidamente calificado sospecha una situación de violencia sexual.
- Persona de 14 años o más clasificada como sospecha a través de una estrategia de detección temprana.

Caso Confirmado de Violencia Sexual:

Todo caso sospechoso de violencia sexual para el cual, después de evaluación e investigación por personal calificado, se conoce que los daños sufridos o la muerte se relacionan con violencia sexual ejercida por la pareja, una persona perteneciente a la familia o que convive con el agredido o agredida o un cuidador o cuidadora dentro o fuera del hogar.

1.3 DEFINICIÓN DE OBJETIVOS, METAS Y ESTRATEGIAS

Objetivos

- Proveer continuamente información sobre la ocurrencia y magnitud del maltrato físico, la violencia sexual y el abuso sexual en la familia o en los espacios sustitutos de la vida familiar.
- Establecer la existencia de grupos de alto riesgo de sufrir maltrato físico, violencia sexual y abuso sexual y caracterizar su dinámica.
- Identificar y caracterizar factores generadores y perpetuadores del maltrato físico, la violencia sexual y el abuso sexual en la familia o en los espacios sustitutos de la vida familiar.
- Contribuir al mejoramiento y calidad de la atención de casos de maltrato físico, abuso sexual y violencia sexual.

Metas

- Implementación en el 100% de los

municipios del Departamento la vigilancia epidemiológica del maltrato físico, abuso sexual y violencia sexual.

- Investigación y caracterización del 100% de casos sospechosos de maltrato físico, abuso sexual y violencia sexual.
- Configuración o confirmación del 100% de casos sospechosos de maltrato físico, abuso sexual y violencia sexual.
- Garantizar la atención en salud al 50% de los casos reportados en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de acuerdo a las guías de atención.

Estrategias

- Implementación de la vigilancia de la Salud pública en el evento de Violencia Intrafamiliar (MF, AS, VS) para la identificación e intervención temprana de factores de riesgo individual y familiar.
- Coordinación y articulación interinstitucional para la atención de los casos de Violencia Intrafamiliar.
- Conformación de redes de apoyo social, que realicen planeación, ejecución y seguimiento de acciones en prevención de la Violencia Intrafamiliar, de acuerdo a los recursos y espacios de participación social existentes en los municipios.
- Diseño y Desarrollo de las acciones de promoción del trato no violento y prevención del trato violento y violencia sexual formuladas en el Plan de Atención Básica y Plan Obligatorio de Salud.
- Diseño y Ejecución de proyectos en los municipios que incorporen el tema de la perspectiva de derechos.

1.4 RECURSOS DISPONIBLES Y RESPONSABILIDADES

- La Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar debe ser impulsada y monitoreada por las direcciones locales de salud, quienes son las responsables de mantener y optimizar el proceso de vigilancia dentro y fuera del sector salud en cada municipio.
- Las Instituciones que participan dentro del sistema de Vigilancia (ICBF, Comisaría, Fiscalía, Juzgado, Instituciones de Bienestar Social, Unidades de Fiscalía.) tienen la responsabilidad de garantizar la operación de la vigilancia, deben impulsar todos los ajustes necesarios para lograr la

participación efectiva de su institución, tienen que proveer sistemáticamente la información que construye y de acuerdo con la metodología definida debe hacer fluir a las diferentes instancias establecidas dentro de las estrategias

- Definición de una franja común de información de Violencia Intrafamiliar integrada al Sistema de Vigilancia en Salud Pública en el Departamento de Antioquia.
- Adaptación y adopción del protocolo de Vigilancia Epidemiológica del maltrato físico, abuso sexual y violencia sexual nacional, para el Departamento de Antioquia.

1.5 PLANEACIÓN Y SELECCIÓN DE DATOS

Fuentes de información

- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS, ESE)
- Centros Zonales del ICBF
- Unidades municipales de Fiscalía
- Juzgados
- Comisaría de Familia
- Comunidad
- Centros educativos.
- Servicios de atención integral.
- Inspecciones de policía.

Registros

- Registro individual de prestación de servicios de salud- RIPS
- Historia clínica única.
- Registros de laboratorio.
- Ficha única de notificación e investigación epidemiológica de casos de maltrato físico, abuso sexual y violencia sexual. (versión Antioquia)
- Ficha de unidades primarias generadoras de datos de Casos sospechosos de Violencia Intrafamiliar
- Registros de otras instituciones configuradoras de casos como ICBF, unidades municipales de fiscalía, comisarías de familia entre otros. (expedientes, registro de atención, etc)
- Resultado de necropsia.

1.6 FLUJOGRAMA

Notificación

- De la unidad primaria generadora de datos a la unidad notificadora

Inmediata e individual de casos sospechosos de maltrato físico, abuso sexual y violencia sexual, mediante el envío de la ficha de unidades primarias generadoras de datos de casos sospechosos de Violencia Intrafamiliar con las variables básicas de identificación diligenciadas.

- De la Unidad Notificadora a la Unidad Receptora Municipal:

Semanal individual de casos confirmados de Violencia Intrafamiliar con los datos completos de la ficha única de notificación en medio magnético, electrónico o en papel

- De la Unidad Receptora Municipal a la Unidad Receptora Departamental:

Semanal de casos confirmados de Violencia Intrafamiliar con los datos completos de la ficha única de notificación mediante el envío de la base de datos del SIVIGILA

- De la Unidad Receptora Departamental a la Unidad Receptora Nacional.

Semanal de casos confirmados de Violencia Intrafamiliar con los datos completos de la ficha única de notificación mediante el envío de la base de datos del SIVIGILA departamental.

2. PROCESO

2.1 DECISIONES POLÍTICAS

- Existencia de una política y un protocolo a nivel nacional (*POLÍTICA NACIONAL DE CONSTRUCCIÓN DE PAZ Y CONVIVENCIA FAMILIAR HAZ PAZ*)
- Existencia de las guías de atención a nivel nacional de Menor y Mujer Maltratados.

- Existencia de un proyecto de Salud Mental con u componente de Violencia Intrafamiliar en la Dirección Seccional de Salud como parte del Plan Sectorial de Salud y del Plan de Desarrollo Departamental.
- Inclusión de las acciones de promoción del buen trato, prevención y detección de casos de Violencia Intrafamiliar en los Planes de Atención Básica Municipal y Departamental en respuesta a los lineamientos nacionales.
- Concertación con el sector educativo el reporte de casos sospechosos de Violencia Intrafamiliar para su confirmación por las unidades notificadoras.
- Concertación con el ICBF y otros sectores que atienden estos eventos, el reporte a nivel municipal de todos los casos confirmados de Violencia Intrafamiliar que son atendidos por estas instituciones.

2.2 DEFINICIÓN DE ACCIONES TÉCNICAS

A nivel individual

- Notificación inmediata e individual de todo caso sospechoso de maltrato físico, abuso sexual y violencia sexual.
- Diligenciamiento de la ficha individual de caso y envío a la unidad receptora municipal.
- Evaluación y atención médica inmediata e integral del agredido(a), en la cual se deben tener en cuenta mínimo los siguientes aspectos:

Valoración del caso de VIF por equipos interdisciplinarios, sensibilizados en el tema, adecuadamente capacitados para su manejo, y que puedan dar respuesta a las demandas médicas, psicológicas y del ambiente social y familiar, en todas las fases del proceso. Incluye Historia Clínica completa y codificación en RIPS, como síndrome de maltrato (Ver CIE 10 código T74).

Intervención en crisis si procede buscando atender los síntomas que aparecen y bajar la tensión.

Definir si es necesaria la hospitalización. Esta decisión es muy importante ya que puede hacer la gran diferencia entre la vida y la muerte, especialmente si el agresor ha tratado de poner en riesgo la vida e integridad del agredido.

- Remisión del agredido y su familia a las instancias pertinentes:

En caso de menores de 18 años de edad, la institución debe remitirlo(a) a las instituciones de atención y/o protección y asegurar que sea recibido y debidamente atendido en las mismas.

En todos los casos se debe dar información sobre los servicios locales disponibles para la atención y protección de víctimas, así mismo un listado con nombres y números telefónicos de personas o sitios a los que puede acudir en un momento de emergencia (ICBF, Comisarías de Familia, Policía, Fiscalía).

- Denuncia

El representante legal de la IPS que atiende al agredido(a), debe denunciar ante la fiscalía, directamente o a través del ICBF, o de las Comisarías de Familia, todo caso de posible delito cometido contra menores de 18 años de edad.

En los casos de adultos agredidos se requiere ofrecer información sobre sus derechos y la opción de la denuncia en los casos de presuntos delitos contra ellos.

- Seguimiento

En todos los casos reportados se hace necesario el seguimiento de los mismos con el fin de evaluar el impacto de la intervención, evitar la repetición del problema, mantener comunicación con el agredido y su familia.

- Evaluación y atención médica e integral del agresor (a).

La consulta con el agresor, debe hacerse por profesionales debidamente capacitados, capaces de brindar atención psicológica y de realizar una intervención que minimice los riesgos de nueva agresión al agredido. En este proceso es pertinente:

Informar sobre los daños físicos y psicológicos causados al agredido(a).

Plantear alternativas de diálogo para resolver las diferencias; Recordar los derechos en las familias

Para intervenir integralmente el problema, se deben realizar entrevistas con el agresor cada 15 días durante los 2 primeros meses, como mínimo.

En todos los casos se deberá estimular la demanda de consulta especializada para el agresor, para lo cual se le brindará al mismo la información respectiva de acuerdo con su afiliación al sistema.

La institución de salud debe remitir la información necesaria a la EPS de la víctima y esta a su vez hará contacto con la EPS del agresor y remitirá los datos sobre el caso.

La EPS del agresor, deberá hacer búsqueda activa del caso y valorar e instaurar el tratamiento adecuado.

A Nivel familiar

A nivel familiar se debe complementar aspectos relacionados con:

- El agredido o agredida y su condición de vulnerabilidad
- El episodio de violencia más reciente
- El agresor o agresora y los factores generadores de violencia
- La familia y sus interacciones

A Nivel comunitario

- Desarrollo de acciones de promoción del trato digno o no violento con las comunidades más afectadas y en riesgo.
- Fomento y difusión de los deberes y derechos en las familias, con énfasis en los derechos de la niñez y los deberes y

- derechos en salud sexual y reproductiva.
- Inclusión de proyectos que fomenten la perspectiva de derechos.
- Fortalecimiento de procesos de apoyo con base comunitaria, asociaciones presentes en los municipios, asesoría a grupos conformados que permitan la detección de casos de Violencia Intrafamiliar y su atención respectiva.

2.3 DEFINICIÓN DE MECANISMOS OPERATIVOS

- Asunción de acciones de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar por parte del coordinador de Vigilancia en Salud Pública de cada dirección local de salud y en la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.
- Inclusión del evento Violencia Intrafamiliar en la agenda de trabajo de los comités de Vigilancia en Salud Pública municipal e institucional y de los Consejos Municipales de Política Social – COMPOS- y fortalecimiento de formas organizativa que trabajen el tema de niñez y prevención de la Violencia Intrafamiliar a nivel local. En el departamento inclusión del tema de VIF en la agenda del COMPOS Departamental, COVE departamental.
- Asesoría, asistencia técnica, evaluación y control al proceso de vigilancia realizada por las direcciones locales por parte de la DSSA y a las instituciones prestadoras de Salud por parte del ente local.

3. PRODUCTO

3.1 EVALUACIÓN DE IMPACTO

- Tendencia de casos de Violencia Intrafamiliar por tipo de Violencia (Abuso Sexual, Violencia Sexual y Maltrato Físico)
- Proporción de casos de Violencia Intrafamiliar específica por edad, sexo y procedencia por agredido y agresor
- Proporción de casos de Violencia Intrafamiliar según Parentesco del agresor con el agredido,
- Casos de Violencia Intrafamiliar según tipo (Abuso Sexual, Violencia Sexual y

Maltrato Físico) con antecedentes de Violencia Intrafamiliar de agredido y agresor

- Casos de Violencia Intrafamiliar según tipo (Abuso Sexual, Violencia Sexual y Maltrato Físico) e intervención realizada al agredido y agresor
- Proporción general por evento en el municipio.
- Proporción específica por evento y tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.2 EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

- Porcentaje de casos sospechosos y confirmados según evento.
- Porcentaje de casos investigados y atendidos.
- Porcentaje de casos con seguimiento.
- Porcentaje de casos sospechosos notificados oportunamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Cuartas A., MC.; Oliveros C., A. Y Valencia S., MB. Modelo de Vigilancia en Salud Pública de la violencia intrafamiliar. Diseño General del modelo parte 1. Santa fe de Bogotá. 2000.
- Cuartas A., MC.; Oliveros C., A. Y Valencia S., MB. Modelo de Vigilancia en Salud Pública de la violencia intrafamiliar. Vigilancia del maltrato Físico, el Abuso Sexual y la Violencia Sexual parte 2. Santa fe de Bogotá. 2000.
- Cuartas A., MC.; Oliveros C., A. Y Valencia S., MB. Modelo de Vigilancia en Salud Pública de la violencia intrafamiliar. Vigilancia del abandono en población infantil parte 3. Santa fe de Bogotá. 2000.
- Presidencia de la República. Consejería Presidencial para la política social. Política de construcción de paz y convivencia familiar haz paz. Santa fe de Bogotá. 2000.
- Vargas T., C.; Vargas T., E.; y Mejía de C., S. Intervención del Abuso sexual en estado de crisis. Santa fe de Bogotá. 1996.
- Vargas T., C.; Vargas T., E.; y Mejía de C., S. Guía para la detección precoz del abuso sexual infantil. Santa fe de Bogotá. 1996.
- Quiroz A., MI.; Restrepo G., VJ.; Restrepo F., Cl.; y Suárez G., J. Et al. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Prevención y atención de la violencia intrafamiliar. Medellín. 1995.
- Quiroz A., MI. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Plan Nacional para la supervivencia y el Desarrollo infantil en Antioquia. Prevención del maltrato al menor. Medellín. 1993.
- Consejería Presidencial para la política social. Política de construcción de paz y convivencia familiar haz paz. Derechos humanos y violencia intrafamiliar. Santa fe de Bogotá. 2000.
- Galeano M., LA.; Tabares M., Z del C., y Vélez L.,LM. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Protocolo de vigilancia epidemiológica. Guías integrales de atención. V edición. Medellín. 2001.

- Guía de Atención de Mujer y Menor Maltratado, Resolución 412 de 2000

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Unidades primarias de generación de datos: Son instituciones responsables de generar datos básicos sobre la ocurrencia de hechos de interés y sobre las personas relacionadas. Dichos datos se generan a través de procesos rutinarios de atención y no se requieren procedimientos especiales de vigilancia. Dentro de este grupo se encuentran: las instituciones prestadoras de servicios de salud, las instituciones de educación, las instituciones de protección, los servicios de atención integral y las estaciones de policía, que por sus características prestan atención a los usuarios y la relación que se establece a través de la misma, permite sospechar la ocurrencia de algún evento bajo vigilancia.

Es responsabilidad de la unidad primaria de generación de datos, la identificación y recolección de datos de casos sospechosos de maltrato físico, abuso sexual y violencia sexual mediante el diligenciamiento del registro de vigilancia establecido para tal fin e informar diariamente la ocurrencia de casos y transferirlos a las unidades notificadoras para la configuración o confirmación de los casos.

Unidades notificadoras: Son instituciones de mayor capacidad instalada para la investigación y confirmación o configuración de casos de maltrato físico, abuso sexual y violencia sexual, en donde el recurso humano conoce el problema y se encuentra capacitado para la atención y la institución conoce los procesos y ha adaptado su funcionamiento para dar respuesta a la misma.

Son Unidades Notificadoras las instituciones prestadoras de servicios de salud, el centro zonal de ICBF, las comisarías de familia, las unidades municipales de fiscalía, y los departamentos de bienestar social.

Es responsabilidad de la unidad notificadora la definición un mecanismo para recibir la información proveniente de las

Unidades primarias de generación de datos, verificación, validación, depuración, almacenamiento y evaluación de la calidad de estos datos, planificación de la atención e investigación del caso para su confirmación o descarte y notificación de todo caso confirmado a la Unidad Receptora Municipal que en este caso será la Dirección Local de Salud o quien realiza sus funciones.

Unidades receptoras municipales: Son instituciones encargadas de recibir la información enviada mensualmente por las unidades notificadoras de los casos confirmados de maltrato físico, abuso sexual y violencia sexual. En los municipios la unidad receptora será la Dirección Local de Salud o quien realice sus funciones.

Es responsabilidad de la Unidad Receptora Municipal (DLS), la gerencia de la vigilancia epidemiológica del maltrato físico, abuso sexual y violencia sexual en el municipio, lo que implica la definición un mecanismo para recibir la información proveniente de las Unidades notificadoras, verificación, validación, depuración, almacenamiento y evaluación de la calidad y oportunidad de estos datos; generar los reportes necesarios para el análisis de datos; elaboración y transferencia de informes consolidados de casos de acuerdo con la estructura definida para el nivel departamental.

Unidades receptoras departamentales: Son instituciones encargadas de recibir la información enviada por las unidades receptoras municipales de los casos confirmados de maltrato físico, abuso sexual y violencia sexual. En el departamento la unidad receptora será la Dirección de Salud Pública de la DSSA a través del SIVIGILA y en coordinación con el programa de Salud Mental.

Es responsabilidad de la Unidad Receptora Departamental (DSSA), la gerencia de la vigilancia epidemiológica del maltrato físico, abuso sexual y violencia sexual en el Departamento, lo que implica la definición un mecanismo para recibir la información proveniente de las Unidades receptoras municipales, verificación, validación, depuración, almacenamiento y evaluación de

la calidad y oportunidad de estos datos; generar los reportes necesarios para el análisis de datos; elaboración y transferencia de informes consolidados de casos de acuerdo con la estructura definida para el nivel nacional, así como la Asesoría, asistencia técnica, evaluación y control al proceso de vigilancia realizada por las direcciones locales y las instituciones prestadoras de este servicio.

Unidades receptoras nacionales: Son instituciones encargadas de recibir la información enviada por las unidades receptoras departamentales de los casos confirmados de maltrato físico, abuso sexual y violencia sexual. A nivel Nacional actualmente le corresponde al Ministerio de Protección Social.

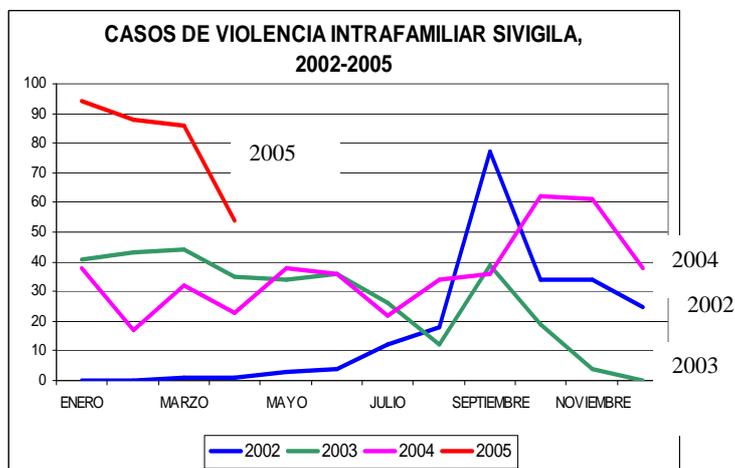
Configuración o confirmación de casos: Es un proceso a través del cual es posible establecer si la sospecha informada por las unidades primarias de generación de datos, corresponde a un caso o si por el contrario este se descarta.

CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR REPÓRTADOS POR SIVIGILA, ANTIOQUIA 2002- 2005

MES	2002	2003	2004	2005
Enero	0	41	38	94
Febrero	0	43	17	88
Marzo	1	44	32	86
Abril	1	35	23	54
Mayo	3	34	38	
Junio	4	36	36	
Julio	12	26	22	
Agosto	18	12	34	
Septiembre	77	39	36	
Octubre	34	19	62	
Noviembre	34	4	61	
Diciembre	25	0	38	
Total	209	333	437	322

Fuente: SIVIGILA, DSSA 2004

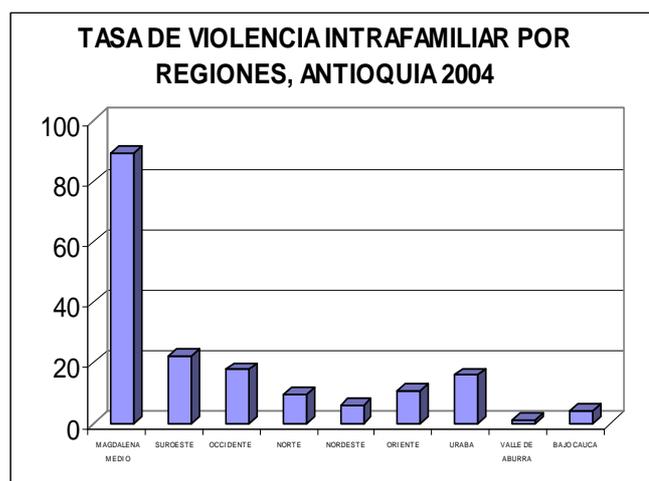
CASOS REPORTADOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR POR SIVIGILA ANTIOQUIA 2002- 2005



TASA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR POR REGIONES, ANTIOQUIA 2004

REGION	Tasa por 100.000 hab. 2004
MAGDALENA MEDIO	89
SUROESTE	22
OCCIDENTE	18
NORTE	9
NORDESTE	6
ORIENTE	11
URABA	16
VALLE DE ABURRA	1
BAJO CAUCA	4

Fuente: SIVIGILA, DSSA 2004



En el año 2004, notificaron dentro del sistema regular de Vigilancia en Salud Pública para el departamento de Antioquia SIVIGILA. Casos de Violencia Intrafamiliar, 45 municipios, la región que más casos reportó fue Magdalena Medio y la que menos casos el Valle de Aburra. Esta información sobre Violencia Intrafamiliar incluye las categorías de Abuso Sexual, Violencia Sexual y Maltrato Físico; las cuales son diferentes a las utilizadas por los sistemas de información de Policía Nacional, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Medicina Legal. Por lo anterior, se hace necesario considerar un sistema unificado de información y de Vigilancia del evento denominado Violencia Intrafamiliar a fin de dar cumplimiento a las competencias establecidas por el programa Haz Paz del nivel nacional, el cual determina que la administración del sistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar es responsabilidad del sector salud y que corresponde a los demás sectores generar los dispositivos necesarios para garantizar la operación del sistema unificado, haciendo los ajustes y adaptaciones necesarias.

MUNICIPIOS QUE REPORTARON CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL SIVIGILA 2004	Tasa por 100.000 hab. 2004
MACEO	788
TAMESIS	242
EL RETIRO	153
PTO TRIUNFO	121
CAICEDO	118
PUEBLORRICO	102
ANZA	79
FRONTINO	76
MUTATA	64
CAREPA	59
YARUMAL	52
GUARNE	50
SAN LUIS	49
EBEJICO	41
LA UNION	41
ANDES	39
CISNEROS	38
APARTADO	37
SABANETA	34
TARSO	29
LA PINTADA	28
REMEDIOS	23
CAÑASGORDAS	22
LIBORINA	20
SAN JUAN DE URABA	18
BETULIA	17
JERICO	17
ALEJANDRIA	17
CAUCASIA	15
ANORI	13
ITUANGO	11
COCORNA	9
DON MATIAS	7
BELLO	5
PTO BERRIO	5
SAN ROQUE	5
FREDONIA	4
SANTA BARBARA	4
SAN PEDRO DE URABA	3
BARBOSA	3
RIONEGRO	2
CALDAS	1
TURBO	1

TASA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR REPORTADOS POR SEDES DE MEDICINA LEGAL EN ANTIOQUIA, AÑO 2004

MUNICIPIO	CASOS	TASA POR 100.000 HAB
PUERTO BERRIO	79	203
CHIGORODO	191	322
APARTADO	227	231
ANDES	41	106
SANTAFE DE ANTIOQUIA	25	110
YARUMAL	38	110
BARBOSA	65	169
CAUCASIA	122	184
ITAGUI	154	57
MEDELLIN	2611	127
TURBO	1891	1.560
RIONEGRO	118	126
BELLO	240	63
ENVIGADO	89	54
ANTIOQUIA	5891	170

Fuente: Regional Noroccidente Medellín, 2004

COMPARATIVO DE CASOS REPORTADOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, ANTIOQUIA 2004

MES	ICBF	DSSA	POLICIA NACIONAL
ENERO	19	38	46
FEBRERO	91	17	38
MARZO	109	32	48
ABRIL	60	23	55
MAYO	113	38	38
JUNIO	90	36	54
JULIO	105	22	55
AGOSTO	104	34	53
SEPTIEMBRE	118	36	49
OCTUBRE	131	62	55
NOVIEMBRE	205	61	40
DICIEMBRE	46	38	39
TOTAL	1191	437	570

Fuente Secundaria: DSSA, 2005