



Universidad Nacional Autónoma de México

SECRETARIA DE SALUD

SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Título

**“Análisis comparativo de la Vigilancia Epidemiológica de la
Violencia Familiar en México 2000-2006, con otros países en
América Latina”**

**Tesis que para obtener el Grado como Especialista en
Epidemiología**

Presenta

Gerardo García Ruiz

Directora:

M. en C. Aurora del Río Zolezzi

México, D. F. Agosto de 2007





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional Autónoma de México

SECRETARIA DE SALUD

SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Título

**“Análisis comparativo de la Vigilancia Epidemiológica de la
Violencia Familiar en México 2000-2006, con otros países en
América Latina”**

**Tesis que para obtener el Grado como Especialista en
Epidemiología**

Presenta

Gerardo García Ruiz

Directora:

M. en C. Aurora del Río Zolezzi

México, D. F. Agosto de 2007



Agradecimientos

A Dios

Por permitirme existir, por todo lo que soy, porque gracias a ti todo es posible.

A mi Familia

A mis padres por su amor incondicional y ser las personas más importantes en mi vida.

A mis hermanos

Por ser parte fundamental en mi existir, por todo el amor y el apoyo en todas las formas existentes para llegar hasta esta etapa de mi vida.

A Patricia Moreno

Gracias por todos estos años de amistad, comprensión y cariño, no hay forma de agradecerte todo lo que has hecho por mí, te mereces un agradecimiento especial por que sin tu apoyo y el de tu familia esto no habría sido posible. Me has demostrado que existen grandes personas en la vida y el valor de la amistad. Sé que tu amistad es para siempre.

A la M. en C. Aurora del Río Zolezzi

Por sus brillantes aportaciones a esta investigación y por todo el tiempo y dedicación brindados en la elaboración de esta tesis.

A Celia Elizondo

Gracias por ser una de las personas más importantes en mi vida, por todo lo vivido hasta hoy, por compartir y ayudar a dar sentido a mi vida.

A Verónica Xochimitil

Por tu amistad incondicional, el apoyo, compañía y cariño proporcionado.

A Gabino Arreola

Por tu amistad y contribución a mi crecimiento y desarrollo personal.

A Marcelino Esparza y Mónica Cureño

Por todo el apoyo incondicional proporcionado, las experiencias y momentos compartidos durante estos tres años, demostrándome con ello su amistad y gran calidad humana. Gracias.

A Alfonso Vallejos, Mario Gómez e Ilse Herbas

Por su amistad y apoyo proporcionado en momentos de adversidad. Gracias.

A Dr. Pablo Kuri Morales

Por la oportunidad de desarrollo que me dio en mi formación profesional.

A Dr. Arturo Revuelta

Por proporcionarnos las condiciones necesarias para nuestro aprendizaje.

A Dra. Guadalupe Soto

Por el conocimiento y apoyo proporcionados para la realización de esta investigación.

A mis Profesores

Al Dr. Pablo Bautista y la Dra. Ma. Ángeles Montiel por su esfuerzo, dedicación y todo el conocimiento obtenido durante mi formación.

A mis Amigos

Gracias a mis amigos, Octavio Vergara, Jacqueline Lucio, Eduardo del Ángel, Cesar Pérez, Sonia Navarro, Martín Rivera, Luís Romero, José Ortiz, Benjamín, por su apoyo, comprensión y compañía en cada momento importante de mi vida.

A mis compañeros

Víctor, Raúl, Flor, Williams, David, a los Residentes de segundo y primer año por todos los momentos compartidos durante esta etapa de nuestras vidas.

A Lic. Rita Iglesias

Por su interés y facilidades proporcionadas para la realización de este trabajo.

A Cesar y Estela

Por su ayuda proporcionada.

INDICE

INTRODUCCIÓN	10
I EVALUACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	11
I.1.1 Definición y tipos de Evaluación	11
I.1.2 Vigilancia Epidemiológica	11
II VIOLENCIA FAMILIAR	13
II.2.1 Definición de violencia familiar	13
II.2.2 Tipos de Violencia	14
II.2.3 Causas de la Violencia	14
II.2.4 Modelo Ecológico	15
II.2.5 La Violencia desde las Perspectivas de Género y Social	16
II.2.6 La Violencia desde la Perspectiva del Ejercicio del Poder	16
II.2.7 Ciclo de la Violencia	17
II.2.8 Consecuencias de la Violencia	17
III MARCO JURÍDICO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR	19
III 3.1 Derechos Humanos y Violencia	19
III.3.2 Marco Jurídico Internacional	20
III.3.3 Marco Jurídico Nacional	21
IV PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO	24
IV 4.1 Panorama Mundial	24
IV.4.2 Panorama en México	27

V VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR	31
V.5.1 Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar a nivel Mundial	31
V.5.2 Lineamientos y Recomendaciones Internacionales para la Vigilancia Epidemiológica de la Violencia	39
V.5.3 Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar en México	41
V.5.3.1 Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar	42
V.5.3.2 Sistema Institucional de la Información de la Secretaría de Salud	44
V.5.3.3 Registro de Información	46
V.5.3.4 Implicaciones para el personal de salud por no cumplir con los lineamientos técnicos establecidos en la legislación vigente	47
VI PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	47
VII JUSTIFICACIÓN	48
VIII OBJETIVOS	49
VIII 8.1 General	49
VIII 8.2 Específicos	49
IX METODOLOGÍA	50
IX. 9. 1 Diseño de estudio	50
IX. 9.2 Marco Conceptual	50
IX. 9.3 Limite Temporo-Espacial	50
IX. 9.4 Universo de Estudio	51
IX. 9.5 Criterios de Selección	51
IX. 9.5.1 Criterios de Inclusión	51
IX. 9. 5.2 Criterios de Exclusión	51
IX. 9. 5.3 Criterios de Eliminación	51
IX. 9.6 Variables	51
IX. 9.7 Plan de Análisis	54
IX. 9.7.1 Obtención de la Información	54

IX. 9.7.2 Método de recolección de datos	54
IX. 9.7.3 Análisis Estadístico	55
X CONSIDERACIONES ÉTICAS	55
XI RESULTADOS	55
XI. 11. 1 Análisis descriptivo	55
XII DISCUSIÓN	74
XIII CONCLUSIONES	80
XIV LIMITES Y RECOMENDACIONES	82
XV REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
XVI GLOSARIO	86
XVII ÍNDICE DE FIGURAS	91
XVIII ÍNDICE TABLAS	92
XIX ANEXOS	93

RESUMEN

TITULO: Análisis comparativo de la Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar en México 2000-2006, con otros países en América Latina

ALUMNO: Gerardo García Ruiz

DIRECTOR: M. en C. Aurora del Río Zolezzi, Directora General Adjunta de Equidad de Género. SSA

RESUMEN FINAL DE LA TESIS

Objetivo: Describir los aspectos de subsistema de notificación semanal de casos nuevos de Violencia Familiar (VF) en México y compararlo con otros sistemas o subsistemas de vigilancia de violencia (SV) en América Latina, así como su apego a los lineamientos establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo a partir de los casos de VF notificados a través del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), registrados en el Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica de la violencia (SUAVE) durante el periodo 2000-2006. Y análisis comparativo de la Vigilancia Epidemiológica (VE) a nivel internacional a través de revisión documental de los SV de violencia de Colombia (1992), Costa Rica (2004), Nicaragua (2001), Ecuador (2001) y de México (2000-2006) y su apego a las guías para el diseño, implementación y evaluación de SV epidemiológica de lesiones de la Organización Panamericana de la Salud OPS (2001). **Resultados:** En el periodo estudiado los casos de VF se duplicaron de 2000 al 2006 alcanzando 15,507 casos para el año 2006, la diferencia porcentual entre el año 2000 y el 2006 fue positiva de 76.2 %. En el año 2003 la incidencia global de VF en México fue de 11.5 por 100 mil habitantes y para el año 2006 esta fue de 14.8 por 100 mil habitantes. Los estados que consistentemente se encontraron entre los de mayor incidencia en el periodo estudiado 2000-2006 fueron: Hidalgo, Jalisco, Baja California Sur y Campeche, mientras que los de menor fueron Guanajuato, Sinaloa y el Estado de México. El estado con mayor notificación de casos durante el periodo fue Jalisco, con máximo de 4,420 casos notificados en el año 2005. La SSA fue la institución que más casos de VF notificó. La razón hombre-mujer fue 1:4 en el año 2006. El sexo femenino y el grupo de edad de 25 a 44 años fueron los más afectados en todo el periodo estudiado. México cuenta con un subsistema de notificación semanal de casos nuevos de VF, que en comparación con Colombia, Ecuador, Costa Rica y Nicaragua; México sólo incluye los datos de identificación primarios del usuario (edad, sexo y lugar donde ocurrió el hecho violento), mientras que en los otros países indagan un poco más sobre el hecho violento. México, Ecuador y Costa Rica incluyen los datos de la institución que atiende o notifica el caso. Los países con SV de violencia mostraron un bajo apego a los lineamientos establecidos por la OPS. **Conclusiones:** Debido a que contamos con un subsistema de notificación semanal de casos nuevos, con un rubro de VF el cual se encuentra en vías de consolidación no es posible asegurar que tenemos una elevada incidencia de VF, sin embargo se observó que la notificación de casos va en aumento, siendo las mujeres en edad productiva las más afectadas. El subsistema de Vigilancia mostró ser sensible solo a las diferencias etarias, de género y estatales que operan en la distribución de la ocurrencia de VF. Hoy es una necesidad la conformación e implementación de SV epidemiológica sobre hechos de violencia, el cual requiere contar con claridad en cuanto al propósito común el beneficio de todas las instituciones y, principalmente la sociedad. Los SV de violencia se enfrentan a problemáticas como el temor de los prestadores de servicios de salud a problemas legales, deficiencias en la recolección de datos y en las metodologías para su análisis, fallas en el monitoreo y pérdida de oportunidades por inadecuado procesamiento de la información por ello el apego a lineamientos ya establecidos como los de la OPS, podrían ayudar a evaluar y dar seguimiento a la VE de la VF.

INTRODUCCIÓN

Los índices de la violencia familiar son altos, convirtiéndose en un problema de salud pública y un fenómeno social, con costos sociales, económicos y emocionales, que se reflejan en la calidad de vida de las personas que la padecen y de quienes están cerca de estas.

Hasta hace pocos años la violencia familiar no era objeto de dominio público, se mantenía en silencio o en privado, y quienes la padecían vivían las secuelas sin poder recibir ningún tipo de atención; tampoco preocupaba a los servicios de salud, asistencia social, ámbito legal y sector económico.

El tema de violencia se ha incluido en las agendas de discusión internacional como la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1995) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1994) señalando a la Violencia Familiar como un problema de salud pública que limita el desarrollo social y económico. En México como en otros países, la Violencia Familiar atraviesa fronteras étnicas, religiosas, educativas y socioeconómicas. Se ha documentado que la atención de las víctimas de la Violencia Familiar impacta a los servicios de salud, al repercutir en la organización, el funcionamiento, y los costos de los servicios de salud, y puede condicionar enfermedades de tipo física, mental o discapacitante, o bien redundar en desventajas física, económica o cultural. (1)

Es importante realizar investigaciones que nos muestren el panorama epidemiológico de la violencia familiar y su magnitud en México, así como evaluar el funcionamiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica para la prevención, atención y control de la violencia implementados por los sistemas de salud.

I. EVALUACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

I.1.1. Definición de Evaluación

La evaluación de una acción de salud se ha definido como la “determinación formal de la efectividad, eficiencia y aceptación de una intervención programada que busca alcanzar objetivos explícitos”. La eficacia responde a la pregunta “¿puede funcionar este procedimiento? considerando por lo general, a los individuos a los cuales se aplica el procedimiento en realidad”. Efectividad contesta la pregunta “¿funciona este procedimiento en la realidad?” refiriéndose al efecto producido en la población. (2)

Tipos Adicionales de Evaluación:

- ⇒ *Evaluación del proceso*; “Abarca las acciones que forman parte de un programa de salud mental comunitaria” o de forma más precisa “mide los servicios producidos y utilizados en el marco del programa”. En este tipo de evaluación se comparan las actividades programadas con las que se llevaron a cabo” (2)
- ⇒ *Evaluación del resultado*; “Este tipo de evaluación es la que permite concluir que el programa ha dado el resultado esperado”. (2)

I.1.2. Vigilancia Epidemiológica

“La Vigilancia Epidemiológica es un sistema que recolecta información sobre los diferentes eventos de interés médico epidemiológico, capaz de analizar la información y proporcionar un panorama sólido que permite iniciar, profundizar o rectificar acciones de prevención y control”. (3)

Todo sistema de salud desarrolla múltiples sistemas de información para apoyar los procesos de decisión, para ello se requieren componentes y atributos, de los cuales son por lo menos tres los mecanismos indispensables en dichos sistemas: mecanismos de recolección, de procesamiento y análisis e Interpretación, y

mecanismos para divulgar la información asegurándose que sea utilizada para la toma de decisiones para la prevención y control. (4)

En México las acciones de vigilancia epidemiológica están a cargo del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el cual tiene por objeto obtener conocimientos oportunos, uniformes, completos y confiables referentes al proceso salud-enfermedad en la población, a partir de la información generada en los servicios de salud en el ámbito local, intermedio y estatal, o sus equivalentes institucionales, para ser utilizados en la planeación, capacitación, investigación y evaluación de los programas de prevención, control, eliminación, erradicación y, en su caso, de tratamiento y rehabilitación. (4)

1.- La notificación en la Vigilancia Epidemiológica.

La Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica define a la notificación como la acción de informar acerca de la presencia de padecimientos o eventos, en la norma se dice que existe la notificación semanal, mensual, anual y la diversa, además esta puede ser también clasificada como vigilancia pasiva o activa. El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica SINAVE contempla en sus procedimientos ambos tipos de vigilancia. Un ejemplo de la vigilancia pasiva es la notificación semanal de casos nuevos, este subsistema se considera pasivo porque el epidemiólogo jurisdiccional recibe cada semana el formato SUIVE-1, a través del cual las unidades médicas le notifican los diagnósticos que los médicos realizaron durante la semana. Esto es lo que se define en la NOM-017 como notificación semanal. (5)

2.- Fundamentos legales de la Vigilancia Epidemiológica.

El marco legal que establece las atribuciones del SINAVE, le confiere competencia para coordinar las acciones en esta materia en los distintos ámbitos e instituciones del Sistema Nacional de Salud. La Ley General de Salud establece en su Artículo 105, título sexto de información para la salud, que la SSA integrará la información para elaborar estadísticas nacionales; el artículo 108 del mismo ordenamiento

refiere como otra de sus atribuciones es la función de sistematizar y divulgar la información para la vigilancia epidemiológica.

El reglamento interior de la Secretaría de Salud, es otro ordenamiento que establece que el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica a través de la Dirección General de Epidemiología, propondrá las bases para la conducción de la política nacional en materia de vigilancia epidemiológica; asimismo le señala la obligación de normar, operar, coordinar, supervisar y evaluar el SINAVE. (6)

En septiembre de 1995 a través del Acuerdo Secretarial No. 130 se establece “la creación del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE) y sus respectivos Comités Estatales, con el propósito de unificar y homologar los criterios, procedimientos y contenidos de la vigilancia epidemiológica en todas las instituciones del país, definiendo en las bases que orientan y delimitan las atribuciones legales en materia de vigilancia epidemiológica, prevención y control, en correspondencia con los objetivos y estrategias del Programa Nacional de Salud 2001-2006” (6)

II VIOLENCIA FAMILIAR

II. 2.1 Definición de Violencia Familiar

El término de Violencia ha sido motivo de diversas definiciones dentro de la legislación internacional, nacional y local. La Organización Mundial de la Salud la define 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 muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. (7)

Para el presente trabajo entenderemos por violencia familiar el concepto establecido en la *Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA-1999 “Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la Violencia Familiar”* y que a la letra dice:

“ Violencia Familiar: Al acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder, en función al sexo, la edad o la condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurre el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono”. (8)

Es importante señalar que esta definición no sólo daños físicos, sino también psicológicos y sexuales independientemente de la existencia de lesiones visibles, y no limita la violencia al ámbito del hogar sino que contempla la posibilidad de que la misma ocurra en lugares públicos como las calles, los medios de transporte, los centros de trabajo. (9)

II. 2.2. Tipos de Violencia

- ⇒ Violencia física
- ⇒ Violencia Psicológica
- ⇒ Abandono
- ⇒ Maltrato sexual
- ⇒ Violencia Económica

- ⇒ Violencia Patrimonial
- ⇒ Institucional

II. 2. 3 Causas de la Violencia

Los seres humanos de acuerdo a sus situaciones geográficas, políticas y culturales, con independencia de su condición económica, edad, sexo, usos y costumbres son objeto de violencia en sus múltiples expresiones cotidianas.

La violencia es un comportamiento aprendido que tiene sus raíces en la cultura, en la forma como se estructuran y organizan las sociedades. El uso de la violencia como un mecanismo para reducir los conflictos, se aprende desde la niñez y se transmite a través de la familia, los juegos, la educación, los medios de comunicación, etcétera, de una generación a otra. (9)

II. 2.4 Modelo ecológico

El modelo ecológico ayuda a la comprensión integral del problema de la violencia, la cual es multicausal siendo un problema que obedece a factores sociales, psicológicos, legales, culturales y biológicos: Este modelo enfoca a la violencia familiar desde la perspectiva de los diferentes contextos en los que se desarrolla una persona, y ayuda a identificar los distintos niveles en los que se manifiesta la violencia, los factores que influyen en ella, y proporciona un marco para explicar la interacción entre dichos factores. De acuerdo con este modelo los factores que influyen en la probabilidad de experimentar o cometer violencia interactúan en cuatro niveles:

- ⇒ *El nivel individual de las personas:* Se refiere a los antecedentes personales que influyen en el comportamiento del individuo y en sus relaciones. Se consideran en este ámbito las experiencias de maltrato sufrido en la niñez o de presencia de episodios violentos. (9)

- ⇒ *El nivel familiar/relacional:* Es el contexto de las relaciones más cercanas del individuo en el que el abuso tiene lugar, generalmente la familia u otra relación de trato íntimo, la pareja, las amistades. Se refiere a las relaciones familiares autoritarias que se expresan en el control masculino de los bienes y de la toma de decisiones dentro de la familia, y a los conflictos conyugales como factores predictivos de la violencia. (9)
- ⇒ *El nivel de la comunidad:* “Se refiere a la influencia de valores, usos, costumbres y dinámicas de organización comunitaria que establecen y refuerzan el aislamiento de las mujeres, la falta de apoyo social, la tolerancia y legitimación social de la violencia. En este nivel se encuentran las instituciones y estructuras sociales en las que se desarrollan las relaciones sociales y las características que incrementan el riesgo de actos violentos. (9)
- ⇒ *El nivel de la sociedad:* Es el contexto más amplio y se refiere a factores relativos al medio económico y social, a las formas de organización de la
- ⇒ sociedad, a las normas culturales y a las creencias que contribuyen a crear un clima en el que se propicia o inhibe la violencia. (9)

II 2.5 La Violencia desde las perspectivas de género y social.

Las construcciones sociales que se han realizado hacia hombres y mujeres a través del tiempo, tomando como referencia estas diferencias biológicas y cristalizándose en roles, actividades, actitudes, comportamientos e ideas claramente diferenciadas entre ambos sexos. (10) Estas diferencias enfatizan un enfoque patriarcal, en donde las construcciones han favorecido la concepción y práctica de dominio por parte de los varones. (11)

Un elemento que juega un papel importante en las relaciones es el poder, éste ha sido atribuido principalmente a los hombres, ya que mientras ellos aprenden a identificar las formas en que pueden desarrollar y enfatizar el poder, o como comportarse para mantenerlo, a las mujeres se le educa para aceptarlo. (12)

La Violencia desde la perspectiva del aprendizaje social se fundamenta en la experiencia de violencia que se vivió en la infancia, ya sea porque se fue testigo de la violencia que el padre ejerció hacia la madre, o porque experimentó violencia directa de los padres. (13)

II. 2. 6 Fenómeno de la Violencia desde la perspectiva del Ejercicio del Poder

Las diferentes formas de ejercer la violencia tiene como objetivo común el sometimiento y el control de la otra parte, es decir, el ejercicio del poder mediante la fuerza, las personas o grupos que detentan el poder poseen recursos superiores a los que tienen las personas que obedecen, recursos que éstos valoran y necesitan. (9)

La desigualdad en las relaciones familiares *esta basada principalmente en el género, pero atravesada por otras condiciones como la edad, la orientación sexual, la condición de salud, etc.* Es decir, socialmente existen valoraciones de cada una de esas condiciones, que determinan los derechos, las obligaciones, las conductas y en términos generales la posición ó el lugar de cada persona. Estas “características” son sociales y familiarmente valoradas, y en función de éstas es que se tiene mayor ó menor poder, se ejerce mayor o menor autoridad. (14)

II. 2. 7 Ciclo de la Violencia

El ciclo de la violencia, descrito y estudiado por Lenore Walker en 1983, comprender el fenómeno de la violencia en las relaciones de pareja y el porqué desde este punto de vista, las mujeres permanecen en este tipo de relaciones, describiendo tres fases: Acumulación de tensión, Episodio Agudo o Descarga Aguda de la Violencia y Luna de Miel Reconciliatoria.

⇒ Fase de la acumulación de la tensión

Es la producción de pequeños episodios repetidos que lleva a roces permanentes entre los miembros, con incremento constante de ansiedad y hostilidad. (12)

⇒ Fase de la descarga aguda de la violencia

Considerada la fase más corta, constituye la descarga incontrolada de las tensiones acumuladas de la anterior y se caracteriza por la explosión de violencia que puede variar en gravedad, desde un empujón hasta el homicidio. (12)

⇒ Fase de la luna de miel

Después de haberse presentado el hecho violento, comienza esta fase, que va desde la negación hasta las promesas de cambio, es también conocida como fase de arrepentimiento y ternura, tiene como fin culpar a la víctima, y el agresor intentará reconstruir la historia o amenazará con el suicidio, puede solicitar intercesores, quienes seguramente serán los hijos, también puede apelar la idea de que con el amor este tipo de problemas podrán solucionarse. Las amenazas y sobornos son comunes. (12)

II 2. 8 Consecuencias de la Violencia Familiar

De acuerdo con un reciente informe de la Organización Panamericana de la Salud, independientemente del tipo de violencia, los efectos del maltrato persisten mucho tiempo después que éste ha cesado, y con el transcurso del tiempo el daño que ocasiona se va acumulando y produce considerables padecimientos y consecuencias negativas para la salud. (15)

En la salud física; Produce en las personas que la reciben daños importantes que van desde heridas y hematomas hasta lesiones graves que pueden causar incapacidad transitoria, permanente y hasta la muerte. Favorece comportamientos nocivos, como el hábito de fumar, abuso de alcohol y uso de drogas, lo que provoca un daño físico directo en la salud. (15)

Salud sexual, reproductiva y violencia familiar durante el embarazo; La mujer que vive violencia familiar desarrolla un cuadro de estrés permanente que se asocia con la depresión, angustia, baja autoestima, aislamiento, que en algunas ocasiones puede terminar en suicidio. Las consecuencias físicas de la violencia familiar más comunes durante el embarazo son: Aumento de peso insuficiente, infecciones vaginales, cervicales o renales, sangrado vaginal, trauma abdominal,

hemorragia, exacerbación de enfermedades crónicas, complicaciones durante el parto retraso en el cuidado prenatal, aborto espontáneo, bajo peso al nacer, ruptura de membranas, placenta previa, infección uterina, fracturas y hematomas del feto y muerte de la madre e hijo”. (15).). En Chile se realizó un estudio respecto del impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal cuyo objetivo fue valorar las consecuencias de la violencia doméstica, emocional y/o física, sobre la salud reproductiva y neonatal en mujeres embarazadas controladas en centros de salud rurales. Los resultados de este estudio, confirmaron que la violencia doméstica es un factor psicosocial subyacente que condiciona respuestas maternas adversas en el embarazo, siendo el Síndrome Hipertensivo del Embarazo (preclamsia y eclampsia) su expresión física de mayor trascendencia biomédica. (16)

Trastornos ginecológicos; Estudios sobre el dolor pélvico crónico en mujeres, muestran que estos casos tienen más probabilidad de contar con antecedentes de abuso sexual en la niñez, agresión sexual, y abuso físico y sexual por parte del compañero. (15)

Infecciones de transmisión sexual; La violencia se constituye como un factor determinante ya que la capacidad de las mujeres para practicar o negociar el sexo seguro y/o protegido, se encuentra obstruida y las coloca en riesgo de embarazos

no deseados y de contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. (15)

Salud mental; El carácter permanente y crónico de la violencia hace que las consecuencias en la salud mental sean de gran magnitud, cuando la agresión es cíclica, como suele ser en la pareja, sus efectos en la salud mental son aún más serios que los efectos físicos, La experiencia del abuso destruye la autoestima de la mujer y exponiéndola a problemas como; depresión, trastorno de estrés post-traumático, abuso de alcohol y drogas y suicidio. (16)

III MARCO JURÍDICO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR.

Los instrumentos internacionales no regulan específicamente la violencia familiar, si no se enfoca a la violencia de género, correlacionándose con la legislación nacional y local para permitir su cumplimiento. La participación de México como parte de algunos instrumentos internacionales para erradicar la violencia contra las mujeres se presentó en 1975 con su participación en la “Declaración de México sobre la igualdad de la Mujer y su contribución al Desarrollo y la Paz” firmada en junio de 1975, da inicio a su participación en una serie de instrumentos internacionales que pretenden prevenir y erradicar la violencia contra la mujer, niñas, niños, adultos mayores, es decir, los grupos vulnerables. La regulación legal de la prevención, atención y sanción de la Violencia Familiar es un proceso que ha presentado cierto grado de dificultad para su ejecución y aplicación en México, debido a diversos factores culturales entre ellos la falta de sensibilización de las autoridades a esta problemática por considerarla una situación natural o normal en las familias, y el desconocimiento de la ley, al no conocerla no se puede exigir su cumplimiento. (17)

III 3.1 Derechos Humanos y Violencia

Con la Declaración Universal de 1948 se estableció que todos los seres humanos nacen libres e iguales por lo tanto hay un conjunto de derechos inalienables que

tienen por el solo hecho de ser personas. Estas prerrogativas abarcan la vida, la integridad física, la libertad, la igualdad ante la ley, entre otras. Con base en el principio de igualdad se intenta borrar toda diferencia de clase, raza, posición social, género, religión, etc. (12)

III 3. 2 Marco Jurídico Internacional

A partir de 1975 Naciones Unidas empieza a promover los derechos de las mujeres. Una de las primeras medidas fue recomendar a los países integrantes la supresión de los preceptos legales discriminatorios, tal como sugería *la*

Declaración para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en 1967, este documento adquirió el rango de *Convención en 1978*, como una de las actividades realizadas durante el decenio de Naciones Unidas para la Mujer, ha sido ratificado por 88 países.(18)

⇒ Declaración y Programas de Acción de Viena 1993.

En esta declaración se reconocieron los derechos humanos de mujeres, menores, migrantes, pueblos indígenas, entre otros, por primera vez se habló de la violencia de género como una trasgresión a los derechos humanos, en esta declaración se busca eliminar "cualquier acto de violencia basado en el género que dé por resultado un daño físico, sexual o psicológico o sufrimiento para las mujeres, incluyendo amenazas de tales actos, coerción o privación arbitraria de libertad, sea que ocurra en la vida pública o privada", se desarrollaron planes de acción que involucren a las organizaciones no gubernamentales (ONG). (18)

⇒ Convención Belem Do Pará 1994

La Convención de Belem do Pará es el documento internacional más completo sobre el tema de la violencia contra las mujeres, que incluye medidas de prevención, legislativas tanto de contenido como procesales, de asistencia a víctimas y de seguimiento. Lo más importante de esta Convención es que subraya que las mujeres tienen derecho a una vida libre de violencia y que el Estado debe garantizar ese derecho en todos los espacios. (18)

La Organización Mundial de la Salud, en su asamblea de 1996 en Ginebra, aprobó una resolución por la que se declaraba a la violencia uno de los principales problemas de salud pública.

III 3. 3 Marco Jurídico Nacional

El Marco Jurídico que regula a la Violencia en México tiene su fundamento en primer lugar en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Título Primero, Capítulo I de las garantías individuales y en los artículos 1 y 4.

Tratados Internacionales.

- ⇒ Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, ONU 1979.
- ⇒ Declaración de Erradicación de la Violencia Basada en Género por la Asamblea de las Naciones Unidas en 1993.
- ⇒ Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995.
- ⇒ Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer en Belem Do Pará en 1995.
- ⇒ Convención sobre los Derechos del Niño. ONU 1989, ratificada por México el 21 de Noviembre de 1990.
- ⇒ Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, y aprobado por la Asamblea General de la ONU en resolución 33/51, 3 de diciembre 1982.
- ⇒ Declaración de la Federación Internacional de la Vejez (FIV) sobre los derechos y las responsabilidades de las personas de edad.
- ⇒ Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad, ONU, 16 de diciembre de 1991.

Leyes

- ⇒ Ley General de Salud (DOF: 7-II-1984); REF. (DOF: 4 jun. 2002, 15 mayo 2003)
- ⇒ Ley General de Igualdad entre mujeres y hombres (DOF: 2 agosto 2006)

- ⇒ Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia. (DOF: 1 febrero 2007)
- ⇒ Ley Federal de Derechos (31 diciembre 1981), Ref. (DOF: 4 junio, 2002)

Reglamentos

- ⇒ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (DOF: 29 noviembre 2006).
- ⇒ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (DOF: 14-V-1986).

Normas

- ⇒ NOM-007-SSA2-1993, Norma Oficial Mexicana para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios. (DOF: 6 ene. 1995)
- ⇒ NOM-017-SSA2-1994. Norma Oficial Mexicana para la vigilancia epidemiológica. (DOF: 11 oct. 1999)
- ⇒ NOM-190-SSA1-1999 Norma Oficial Mexicana de la Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la Violencia Familiar.

Acuerdos

- ⇒ Acuerdo por el que se establecen las Reglas para la realización de proyectos para prestación de servicios (26 marzo 2003)
- ⇒ Acuerdo 130 por el cual se crea el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica. (DOF, 05 de Septiembre de 1995).

Manuales

- ⇒ Manual de Procedimientos de la Notificación Semanal de casos nuevos; Casos Sujetos a Notificación Obligatoria. SSA. 2006.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En el primer capítulo de nuestra Constitución Política se establecen las garantías individuales o derechos humanos de los que gozamos los ciudadanos mexicanos; El artículo primero señala que todas personas que se encuentren en México

gozaran de las garantías que otorga la constitución sin discriminación alguna, el cuarto especifica la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, aunque el énfasis en ese precepto legal refiere la protección de la ley a la familia, por lo que el estado debe ofrecer de manera accesible a cualquier integrante receptor de violencia, una serie de recursos que le permitan vivir en un esquema de seguridad y libertad, sancionando la conducta del generador o generadores.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Es la más avanzada de Ibero América, se trata de una ley general obligatoria para toda la República Mexicana, que crea un Sistema Nacional de Prevención, Protección, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y las Niñas, así como un programa integral que distribuye claramente las competencias y obligaciones para los tres niveles del estado y los tres órdenes de gobierno, federal, estatal y municipal, que obliga al estado a garantizar la seguridad e integridad de las víctimas, incluye además todos los tipos de violencia de género; psicológica, patrimonial, económica, física, laboral, institucional, sexual y de pareja que en conjunto constituyen la violencia feminicida.

La Secretaría de Salud y su competencia en materia de Prevención y Atención de la Violencia Familiar.

Con la publicación y entrada en vigor de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, se determinaron las acciones que deberían de llevarse a cabo entre la federación, las entidades federativas y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, entre estas acciones se determinaron en el artículo 46 las facultades y competencia de la Secretaría de Salud en materia de Prevención y Atención de la Violencia Familiar.

Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA-1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la Violencia Familiar.

Esta norma ofrece diversos lineamientos de atención a la violencia familiar, incluye la promoción de relaciones no violentas, la prevención de la violencia familiar, la detección y el diagnóstico de las personas que viven esa situación, la evaluación del riesgo en el que se encuentran, la promoción, protección y restauración de su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas, por lo que la norma es el instrumento jurídico que regula la atención médica en situaciones de violencia familiar. (8)

Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud.

Señalan en materia de Atención Médica, que la atención médica es una forma de garantizar el derecho a la protección de la salud. La prestación de los servicios de atención médica es una obligación legal establecida en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (9)

IV. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

IV 4.1 Panorama Mundial

En el año 2000 aproximadamente 1.6 millones de personas en todo el mundo murieron como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva, lo que representa una tasa de violencia general ajustada por edad de 28.8 por 100 mil habitantes. Las tasas de muerte violenta varían en función de ingreso de los países, siendo así que para el año 2000 dicha tasa para los países de ingreso bajo y medio fue de 32.1 por 100 mil habitantes, más del doble de la tasa en los países de ingresos altos 14.4 por 100 mil habitantes.

En el año 2000 hubo aproximadamente 520 mil homicidios, los varones representaron el 77% de los homicidios y tuvieron tasas tres veces mayores que el de las mujeres. La tasa mas alta de homicidios en el mundo corresponde al sexo masculino dentro del grupo de edad de 15 a 29 años, seguidos de cerca por los de

30 a 49 años. En todo el mundo el suicidio cobro la vida de 815 mil personas en el año 2000, más del 60% correspondió a los varones y más de la mitad de la víctima tenían entre 15 y 44 años de edad.

Las cifras de mortalidad antes mencionadas son casi con toda certeza subestimaciones de la carga verdadera de la violencia, las agresiones física y sexuales ocurren diariamente, aunque no se cuente con estimaciones nacionales e internacionales precisa, no toda agresión ocasiona lesiones suficientemente graves para requerir atención médica pero aun cuando dieran lugar a agresiones graves muchos países no disponen de sistemas de vigilancia para la notificación y recopilación de estas lesiones o estos sistemas empiezan a funcionar. Gran parte de lo que se sabe acerca de la violencia no mortal proviene de encuestas por ejemplo en encuestas nacionales de mujeres que informaron haber sido agredidas

físicamente por su pareja alguna vez, varió de 10% en el Paraguay y Filipinas, a 22.1% en los Estados Unidos, 29.% en Canadá y 34.4 % en Egipto (19)

En América Latina la violencia es extensa y tiene inmensos costos. En la región hay 140,000 homicidios cada año; cada latinoamericano pierde el equivalente a casi tres días anuales de vida saludable por causa de la violencia. La violencia medida por cualquiera de estos indicadores, es cinco veces más alta en esta región que en el resto del mundo. La violencia sobre los bienes y las personas representa una destrucción y transferencia de recursos, aproximadamente el 14.2 del PIB latinoamericano; es decir US \$168.000.000. Y en capital humano se pierde 1.9% del PIB, este porcentaje es equivalente al gasto en educación primaria de la región. (19)

La problemática de la Violencia varía en los países de Latinoamérica por ejemplo en el sur especialmente en “Chile y Uruguay y en Costa Rica se registran los menores índices de violencia, éstos son comparables al de los países europeos.

En los Estados Unidos, en el grupo que va de 15 a los 24 años, la mortalidad por homicidio de la población afroamericana fue, en 1999, dos veces superior a la de

los hispanos y más de 12 veces superior a la de los caucásicos no hispanos. Además de las lesiones físicas directas, las víctimas de la violencia corren mayor riesgo de sufrir problemas psicológicos como depresión, abuso del alcohol y otras sustancias, ansiedad y comportamiento suicida, además de problemas reproductivos como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y disfunciones sexuales. (7)

Según la Organización Mundial de la Salud la carga global de la enfermedad, de lesiones por todas las causas, incluyendo las violentas, causaron 11.9% de los años de vida saludables perdidos, ajustados por discapacidad, en el mundo. Esta realidad tiene un impacto directo en los servicios de salud, ya que repercute de manera significativa en la organización, funcionamiento y costos de los servicios de salud. Cuando se presentan lesiones físicas graves, los servicios pre-

hospitalarios y hospitalarios de urgencias son el primer sitio a donde acuden las víctimas. Las urgencias requieren una gran cantidad de suministros que exceden la planificación regular de los hospitales, y el uso de urgencia de los quirófanos ha retrasado en muchas ciudades la planificación de intervenciones quirúrgicas regulares de los distintos servicios. (20)

La violencia comprende una carga para las economías nacionales. El Banco Interamericano de Desarrollo patrocinó estudios sobre las repercusiones económicas de la violencia en seis países de América Latina; se calculó que los gastos en servicios de salud equivalían, por sí solos, al 1,9% del producto interno bruto en el Brasil, al 5,0% en Colombia, al 4,3% en El Salvador, al 1,3% en México, al 1,5% en el Perú y al 0,3% en Venezuela. (7)

Se ha estudiado que a lo largo de sus vidas las víctimas de violencia doméstica o sexual padecen más problemas de salud, generan costos de atención sanitaria significativamente más elevados y acuden con mayor frecuencia a los servicios hospitalarios de urgencia que las personas que no sufren maltrato. Lo mismo ocurre en el caso de los menores maltratados y desatendidos. Los costos de la violencia para la economía de una nación se calculan tomando en cuenta diversos

factores; los costos directos de la atención médica, la justicia penal y la provisión de refugios o de otros lugares que ofrezcan seguridad y atención de larga duración, los costos indirectos por ejemplo: las lesiones, las discapacidades de larga duración, el descenso de la calidad de vida, la alteración de la vida cotidiana debido al temor por la seguridad personal, entre otros. (7)

Diversos autores destacan lo inadecuado de la información señalando como prioridad mejorar los sistemas de información en la Región de las Américas. Por ello países como Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Perú y otros países se ha comenzado a trabajar en la solución de este tipo de problemas, además en muchos casos se recomienda elaborar una evaluación crítica del mayor número posible de fuentes de información con el propósito de verificar incongruencias, la epidemiología y la salud pública serán los instrumentos idóneos para conseguirlo. (7)

La incidencia real de la violencia familiar en España se desconoce, algunos estudios han demostrado que las cifras de violencia solo representan del 5 a 10% de los casos que se producen, los motivos de denuncia principal, son en primer lugar maltratos físicos y psíquicos. Una encuesta realizada por el Instituto de la Mujer de España en el año 2000 en mujeres mayores de 18 años, encontró que el 12.4% de las mujeres están en situación objetiva de violencia en el entorno familiar y solo una tercera parte se considera así misma víctima de maltrato. (20)

IV 4.2. Panorama en México.

El índice de mortalidad por homicidios que presenta el país es seis veces mayor al que presentan los países desarrollados, pero en algunos lugares de nuestro país es todavía mayor, por ejemplo, en el estado de Guerrero es de 50 por 100, 000 habitantes. (21)

Con la finalidad de dimensionar el problema de violencia en nuestro país se llevaron a cabo dos encuestas nacionales, una desarrollada por la Secretaría de

Salud en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública en octubre de 2002 y febrero de 2003, titulada “Encuesta Nacional sobre la Violencia contra las Mujeres, 2003” (ENVIM 2003), la otra realizada por el Instituto Nacional de las Mujeres en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática” en 2003, denominada “Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones Familiares (ENDIREH 2003). Hubo variaciones en las poblaciones de estudio y en los instrumentos de recolección de información de ambas encuestas; la ENVIM 2003 se realizó entre mujeres de 15 años y más, usuarias de los servicios de salud de las Instituciones: SSA, IMSS e ISSSTE, mientras que la ENDIREH-2003 se realizó en mujeres de 15 años de edad y mayores a las que se entrevistó en su hogar. Sin embargo a pesar de las diferencias, ambas encuestas presentaron datos consistentes en cuanto a la prevalencia de violencia física y sexual. La ENVIM 2003 reportó una prevalencia general de violencia de pareja en

los doce meses previos a la entrevista de 21.5%, la forma más frecuente de violencia fue la psicoemocional con 19.6% a la que le siguió la violencia física con 9.8% y la violencia sexual presentó el 7%, en cuanto a la violencia económica la encuesta arrojó el 5.1%. Los datos obtenidos por la encuesta ENDIREH 2003 señalaron a la violencia física con el 9.3%, a la violencia sexual con el 7.8%, la prevalencia de violencia psicoemocional fue mayor que la observada por ENVIM 2003, alcanzando un 38.4% y la violencia económica obtuvo el 29.3%, las anteriores diferencias se debieron a los instrumentos de recolección y las definiciones operacionales de caso. (22)

El Sector Salud a partir de 2002 diseñó un programa específico de prevención y atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres que inició por documentar, a través de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM 2003), la situación de violencia en nuestro país y de quienes deberían de aplicando lo previsto por la NOM-190-SSA1-1999, los resultados obtenidos se presentarían a las autoridades responsables de tomar de decisiones

en los distintos niveles de las instituciones del Sector Salud, y buscar apoyo para la instrumentación de las acciones del programa. (22)

La Coordinación del Programa Mujer y Salud y posteriormente el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva diseñaron un modelo de prevención y atención a la violencia, dirigido inicialmente a la violencia contra las mujeres, posterior a una fase piloto en cinco estados de la república, se publicó, en tres tomos, con el nombre de Modelo Integrado de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y Sexual, los tomos se citan a continuación:

1. Estrategia.- Dirigido a las autoridades institucionales del más alto nivel.
2. Planeación.-Dirigido a los responsables de la coordinación de las actividades relacionadas con la prevención y atención a la violencia familiar y sexual.

3. Operativo.- Dirigido a los profesionales de la salud en contacto directo con la población usuaria que vive en violencia y que incluye las herramientas que les permiten llevar al terreno de la práctica cotidiana los ordenamientos establecidos en la NOM-190-SSA1-1999 y les proporciona guías de acción ante diversas circunstancias de violencia.”
(21)

La Cámara de Diputados del año 2002 a 2006 destinó una partida para llevar a cabo la validación del modelo y extenderlo paulatinamente a los Servicios Estatales de Salud de las 32 entidades federativas del país; a través de la celebración de convenios de colaboración con las Secretarías Estatales de Salud, sus equivalentes han transferido recursos federales para la instrumentación de servicios de prevención y atención a la violencia familiar y sexual, para lo cual se incluyó en todas las unidades de salud la detección, la orientación, la consejería y la evaluación del riesgo en todas las personas afectadas, y la atención especializada en servicios o centros especializados de atención a la violencia establecidos en unidades de segundo nivel, donde se proporcionaría psicoterapia

breve entre otras modalidades de atención y la referencia a otras instituciones, dependiendo de los servicios que requiera cada caso. (21)

Impacto en los Servicios de Salud

En México en 1997 la tasa de homicidios era el 19.8 por 100, 000 habitantes, por abajo de Colombia 67.1, Brasil 27.7, Cuba 23.5, Puerto Rico 28.6 y Venezuela con 23.2. Para el año 2004 la tasa de muertes por homicidio en nuestro país bajó a 17.4 por cada 100, 000 habitantes, correspondiendo 87% de ellas al sexo masculino (INEGI 2004). En el grupo de jóvenes de 15 a 29 años de edad los estados de Chihuahua, Baja California y Sinaloa presentan la tasa más alta en el sexo masculino, para el sexo femenino, nuevamente el Estado de México reporta la tasa más alta en este grupo de edad. (21)

En el caso de los mayores de 60 años de edad el estado de Oaxaca presenta la tasa más alta para el sexo masculino y el de Quintana Roo para el femenino, con una tasa casi siete veces mayor que la media del estado y nueve veces más que la nacional.

La mortalidad por suicidio se observó que en el grupo de 5 a 14 años de edad, la tasa más alta se presenta en el estado de Aguascalientes, para el sexo masculino, y en el estado de Baja California Sur para el femenino. El grupo de edad de 15 a 29 años en Campeche presenta las tasas más altas para ambos sexos. En los grupos que van de los 30 y hasta los 59 años de edad es el estado de Tabasco el que reporta las tasas más altas en hombres, y Colima y Quintana Roo en las mujeres. Campeche tiene la tasa más alta para el sexo masculino después de los 60 años de edad y, en el mismo grupo, Tabasco presenta la tasa más alta para las mujeres.” (21)

Morbilidad por Violencia Familiar en México 2003.

En contraste con las encuestas nacional ENVIM 2003 y ENDIREH 2003, el anuario de morbilidad del año 2003 reportó que las instituciones del Sistema Nacional de Salud atendieron en ese año 12,073 casos de violencia familiar en la

población general con una incidencia de 11.5 por 100 mil habitantes. En el caso de las mujeres se atendieron a 7,843 casos de violencia lo que representó una incidencia de 14.9 por 100 mil habitantes.(23).

Al hablar de violencia familiar en México, es importante considerar a la violencia de de género, la que representa una problemática de gran magnitud e impacto en términos de seguridad social y salud pública, al tener como antecedente, la discriminación de género, en los casos emblemáticos de mujeres asesinadas en Ciudad Juárez, expresión de violencia contra la mujer, que según investigaciones recientes muestran ocurre en diversas entidades federativas que y no se trata de un fenómeno exclusivo de Chihuahua, abarcando otros estados como Guanajuato y el estado de México. (23)

V VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

V 5.1 Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar Mundial

Canadá

El gobierno de Canadá ha renovado su compromiso para atender la violencia familiar, el gobierno federal y la agencia de salud pública de Canadá coordina la iniciativa para la atención de la violencia familiar, la meta a largo plazo es reducir la violencia en el seno familiar el gobierno provee la atención de la Violencia Familiar con un financiamiento anual permanente de US \$7 millones. Las actividades que se llevan a cabo para ello se realizan a través de siete departamentos y agencias: la Agencia de Salud Pública de Canadá, Mortgage y Housing Corporation de Canadá, el Ministerio de Justicia Canadiense, la Herencia Canadiense, las Mujeres de Canadá, y las Estadísticas de Canadá.

Actividades departamentales

- ⇒ Canadá Mortgage y Housing Corporation; Ejecuta el programa de protección de personas que viven violencia proporcionando el financiamiento para su atención.

- ⇒ La herencia canadiense; Apoya los proyectos de la prevención de la violencia de la familia para las mujeres aborígenes, apoya las actividades de prevención, teniendo como objeto reducir la violencia.

- ⇒ La ciudadanía e inmigración de Canadá; Promueve el conocimiento de la violencia de la familia con la ciudadanía a través políticas públicas así como con programas de prevención en la población inmigrante.

- ⇒ El servicio correccional; Trabaja en la investigación de violencia familiar, programas de tratamiento y capacitación a personal de salud.

- ⇒ El Ministerio de Justicia; Revisa, investiga y reforma la legislación y la política criminales de justicia, apoya económicamente a los miembros de la familia que viven violencia y proporciona ayuda legal.

- ⇒ Recursos humanos y el desarrollo social; Recolectan e informan lo relacionado con la violencia familiar a la ciudadanía como parte de la política social.
- ⇒ La agencia de la salud pública; Investiga las consecuencias en la salud de la población cuando existe presencia de violencia familiar, desarrolla recursos y promueve políticas públicas, así como los programas y proyectos que contribuyen a la prevención de la violencia familiar.
- ⇒ La seguridad pública; Es responsable de proteger y mantener una sociedad pacífica y segura, promueve la conciencia pública de la sociedad con temas de violencia familiar.

La estadística de Canadá, trabaja para mejorar la información con respecto a la naturaleza y el grado de violencia familiar. (24)

España.

La Ley Orgánica 1/2004 aprobada el 28 de diciembre de 2004 establece las medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, abarca tanto los aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y de atención posterior a

las víctimas. Igualmente, aborda la respuesta punitiva que deben recibir todas las manifestaciones de violencia que esta Ley regula. (24)

Como parte del “II Plan Integral contra la Violencia Domestica 2000-2004”, el Grupo de la Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo, la Dirección General de Salud Pública y la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiológica contribuyen con la siguiente propuesta de actuación preventiva, legislativa, asistencial, y de intervención social e investigación en materia de violencia domestica. (26)

Al reconocer a la violencia familiar como un grave problema de salud pública es necesario implementar acciones enfocadas a su detección manejo y prevención en forma integral, por parte del profesional de atención a la salud, considerando para ello, los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, a través de los cuales, se dirigen las siguientes acciones propuestas para el manejo de la violencia familiar.(26)

Actuación del profesional de atención primaria ante la violencia familiar

- ⇒ Identificar situaciones de riesgo
- ⇒ Descifrar signos de maltrato
- ⇒ Establecer un diagnóstico lo más pronto posible
- ⇒ Identificar trastornos psicopatológicos de la víctima y el agresor
- ⇒ Identificar lesiones y evaluar magnitud del maltrato
- ⇒ Establecer plan de acción integral y coordinado
- ⇒ Enviar a servicios especializados
- ⇒ Hacer parte de lesiones y remitir al juez
- ⇒ Contactar al área de trabajo social
- ⇒ Informar de pasos legales en caso de denuncia
- ⇒

- ⇒ Informar y buscar estrategias de protección y plan de salida cuando exista riesgo físico
- ⇒ Registrar los hechos en la historia clínica.

Recomendaciones para la Administración Sanitaria

- ⇒ Facilitar a los profesionales actividades de formación para el abordaje profesional de la violencia familiar.
- ⇒ Garantizar las condiciones estructurales y organizativas que faciliten el abordaje del problema a través de entrevistas
- ⇒ Incluir en los planes de pregrado y postgrado de los profesionales sanitarios la enseñanza de la violencia familiar como problema de salud.

- ⇒ Implantar un sistema de casos de violencia familiar en los servicios sanitarios. (26)

Colombia

En 1992, se estableció en Cali, Colombia un programa integral dirigido a reducir los elevados niveles delictivos. (27)

Dicho programa se llamó DESEPAZ, “Desarrollo, Seguridad, Paz”. En un inicio se realizaron estudios epidemiológicos para identificar los principales factores de riesgo, relacionados con la violencia, para configurar las prioridades de acción. Se aprobaron presupuestos especiales para fortalecer la policía, el sistema judicial y la oficina local de derechos humanos. (27)

“El programa DESEPAZ emprendió la educación en materia de derechos civiles tanto de la policía como del público general, incluida la publicidad televisiva en las horas de máxima audiencia, haciendo hincapié en la tolerancia con respecto a los demás y en el control de uno mismo. En colaboración con organizaciones no gubernamentales locales, se organizaron una variedad de proyectos culturales y educativos para las escuelas y las familias, con el fin de promover debates sobre la violencia y ayudar a resolver los conflictos interpersonales. Se impusieron

restricciones a la venta de bebidas alcohólicas y se prohibió portar armas de fuego los fines de semana y en fechas especiales.” (27)

Se implantaron proyectos especiales para brindar a los jóvenes oportunidades económicas y medios de recreación seguros mientras el programa estuvo en funcionamiento, la tasa de homicidios de Cali descendió de un nivel máximo nunca visto de 124 por 100, 000 habitantes a 86 por 100, 000 habitantes entre 1994 y 1997; es decir, una reducción de 30%. (27)

Uno de los proyectos del DESEPAZ es la vigilancia epidemiológica de los homicidios, suicidios, muertes por accidentes de tránsito o de otra naturaleza, cuya información proviene instituciones que tienen que ver con los hechos

violentos: la policía metropolitana, la fiscalía, las secretarías de salud y de tránsito, la personería municipal y el instituto de medicina legal. (27)

Este grupo de trabajo utilizó una metodología que consistió en revisar cada semana los informes sobre los casos, para conciliar posibles divergencias sobre datos demográficos, móviles o algunas circunstancias relacionadas con el hecho. Las variables incluidas son: a) de la víctima: edad y sexo, nivel de alcoholemia, barrio y estrato socioeconómico de residencia, pertenencia a grupo especial de riesgo; b) del victimario: tipo (familiar, sicario, desconocido, miembro de las fuerzas armadas del estado), existencia o no de sindicato o presunto victimario (cuando se aplica), y c) del hecho: tipo de arma, fecha y hora, barrio y comuna (distrito) del suceso, otro delito conexo, sitio donde ocurrió. La información homogeneizada se presentaba en una tabla matriz, una para cada tipo de muerte, y se entrega al alcalde y demás autoridades interesadas, así como a la prensa y la comunidad.

Se han tomado algunas decisiones con base en este modelo: a) suspensión de la venta de licores a horas más tempranas y control de la alcoholemia a conductores en las noches de los fines de semana; b) prohibición de porte de armas de fuego y desarme de los que no acatan tal medida); c) realización de brigadas especiales de control en zonas de la ciudad identificadas como de mayor riesgo; d)

inversiones en obras para mejorar la capacidad de recreación, servicios públicos y educación en zonas (27)

Ecuador:

En la Alcaldía Metropolitana de Quito se inicio un plan de prevención y seguridad contra la violencia en el Centro Histórico de la ciudad. En sus inicios su prioridad fue la disminución de delitos contra las personas (violencia familiar y lesiones personales) y la propiedad. Se estableció un Comité Técnico entre la Alcaldía, comisarías de familia, hospital, seguro social y policía. Se creó un formulario

unificado como base para un estudio piloto en el que se identificaron fortalezas y debilidades del proceso de recolección de información. Posteriormente se extendió y aplicó en forma permanente al resto de la ciudad incluyendo a otras instituciones como medicina forense y las autoridades de tránsito como fuentes adicionales de datos. (28)

El formulario unificado contiene cuatro ejes

- 1) Datos institucionales;
- 2) Datos de identificación de la víctima (variables demográfico sociales de persona);
- 3) Características del hecho (variables de tiempo, lugar y circunstancias)
- 4) Datos de identificación del presunto agresor.

Las instituciones definidas para participar en esta prueba fueron: Policía Judicial, (PJ), Hospital Eugenio Espejo (HEE), Comisaría Sexta de la Mujer y la Familia (C6MF) Centro de Salud #1 (CS1), 5. Patronato (P) Dispensario del IESS (IESS). Todas instituciones que sirven a la población o transeúntes. (28)

Costa Rica

El Sistema Nacional de Salud establece cuales son las enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica .Los eventos sujetos a vigilancia se dividirán en aquellos contemplados en el subsistema de notificación obligatoria y los que forman parte de otros subsistemas El subsistema de notificación obligatoria incluye 45 eventos y el de otros subsistemas de vigilancia 14. Algunos eventos incluidos en los subsistemas de notificación obligatoria son: accidentes ofídicos, accidentes de tránsito, ántrax, infecciones de transmisión sexual, rubéola

congénita, brucelosis, sarampión, cólera, influenza, salmonelosis, dengue clásico, *violencia intrafamiliar etc.*

Otros subsistemas incluyen a los accidentes laborales, cáncer, diabetes enfermedad de Chagas.

Los datos que se deben recolectar en los eventos de notificación obligatoria son: Número del expediente clínico del (a) paciente, nombre completo del (a) paciente, fecha de inicio de los síntomas: días, mes y año, diagnóstico de la enfermedad o evento, fecha de diagnóstico: día, mes y año, sexo del (a) paciente, fecha de nacimiento, edad del (a) paciente: años, meses, días, nombre del (a) encargado del (a) paciente en caso de las personas menores de 18 años o personas con discapacidad mental, residencia del (a) paciente: provincia, cantón, distrito, otras señas, número de teléfono de la casa de habitación del (a), paciente, lugar de trabajo del (a) paciente, nombre del establecimiento que informa o notifica.

La frecuencia de recolección de los datos y notificación de los eventos que conforman el subsistema de notificación obligatoria, se realiza con base en la clasificación de los eventos en diferentes grupos de recolección y notificación, estos grupos se mencionan a continuación:

Grupo a; comprende las enfermedades que actualmente están erradicadas del país y que son objeto de vigilancia epidemiológica por parte de la OMS. y del Reglamento Sanitario Internacional,

Grupo b; comprende las enfermedades objeto de vigilancia por convenios internacionales y las medidas urgentes de vigilancia de la salud nacional.

Grupo c; comprende enfermedades cuya recolección de datos es individual pero su notificación es semanal, en este grupo es donde se ubica la notificación de violencia familiar.

Grupo d; que comprende enfermedades cuya notificación es semanal, en reporte colectivo. Posteriormente de de la detección del caso por la unidad, este debe registrarse y notificarse al nivel correspondiente para la recolección de los datos,

el análisis de los mismos y por último toma de decisiones en materia de salud por los programas de acción. (29)

Nicaragua

Cuenta con un Sistema de Vigilancia Hospitalario de Lesiones, el cual utiliza una cedula para la detección y notificación de casos, en esta cedula se desglosan la diferentes variables de tiempo lugar y persona, a investigar en los casos de pacientes con lesiones que acuden a unidades de atención hospitalaria, estos apartados son los siguientes: 1. Datos generales del paciente. (Ficha de identificación y datos sociodemográficos), 2. Datos generales del evento (mecanismo: eventos que desencadenaron la ocurrencia de la lesión e intencionalidad: función del ser humano en la ocurrencia de la lesión), 3. Datos específicos del evento (lesiones relacionadas a transporte violencia/agresiones, autoinfligida e intento de suicidio/suicidio) y Datos clínicos del paciente (sitio anatómico, naturaleza de la lesión, severidad y destino del paciente). Este sistema de notificación es de aplicación regional, sin embargo se están implementando proyectos para el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica de violencia a nivel nacional, el cual tendrá por objetivo la detección, manejo y prevención de la violencia en este país.(30)

V. 5. 2 Lineamientos y Recomendaciones Internaciones para la Vigilancia Epidemiológica de la Violencia.

En el ámbito internacional la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece criterios que se utilizan para la priorización de las enfermedades, y los factores que requieren vigilancia epidemiológica: estos criterios incluyen: Magnitud del daño, gravedad del daño, vulnerabilidad del daño, costo de la intervención, trascendencia comunal, importancia política en el ámbito nacional e internacional.

(31) Estos criterios para la vigilancia epidemiológica, en los países que conforman la región de las Américas se detalla en la (Tabla 1):

Tabla 1 Prioridades para la Vigilancia Epidemiológica en los países que conforman la Región de las Américas definidas por Organización Panamericana de la Salud (OPS)	
Criterios	Ejemplo
Enfermedades sujetas a vigilancia por el Reglamento Sanitario Internacional	Peste
Enfermedades sujetas a vigilancia por la OMS	Malaria, Influenza
Enfermedades que han sido parcial o totalmente erradicadas	Virus de la viruela, Poliomielitis
Enfermedades que se encuentran en fase de eliminación	Sarampión, Rubéola
Enfermedades transmisibles de corto período de incubación y alta mortalidad	Cólera
Enfermedades emergentes y reemergentes (que habían disminuido, desaparecido y volvieron a aumentar)	SIDA, Dengue, TB
Enfermedades no transmisibles de alta mortalidad no prematura	Cáncer Cervico-uterino
Daños a la salud provocados por sustancias tóxicas ambientales	Plomo, Órganos-fosforados
Factores de riesgo de alta prevalencia	Tabaquismo
Condiciones saludables o eventos de salud positivo	Lactancia Materna
Otros eventos de naturaleza social condicionantes de problemas de salud	Violencia, Desempleo

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

La OPS sugiere que en la planificación de sistemas de vigilancia, se deben considerar algunos atributos o características que faciliten su funcionamiento, y los cuales serán también la base para la evaluación de dichos sistemas, estos atributos son aplicables a los sistemas de vigilancia epidemiológica dirigidos al

monitoreo de la violencia. (28) Las características que dicho sistema debería considerar son:

Cobertura definida

- ⇒ Sistema de recolección activo o pasivo
- ⇒ Simplicidad
- ⇒ Flexibilidad
- ⇒ Aceptabilidad
- ⇒ Sensibilidad

- ⇒ Valor predicativo positivo
- ⇒ Representabilidad
- ⇒ Oportunidad.

Entre los objetivos del sistema de vigilancia se debería contar con los siguientes:

- ⇒ Brindar información confiable y oportuna
- ⇒ Identificar cambios y patrones
- ⇒ Generar hipótesis
- ⇒ Se ocupa para toma de decisiones
- ⇒ Evaluar programa de acción
- ⇒ En el aspecto metodológico se espera que dicho sistema cuente con una definición de caso.

En el diseño de un sistema de vigilancia de violencia, la OPS recomienda adoptar una metodología básica, la cual incluya objetivos, mecanismos de trabajo, una definición y registro del caso así como clasificación del mismo, para lo cual es recomendable utilizar códigos internacionales como el CIE 10 , una vez definido el caso también puede contribuir a identificar factores de riesgo que luego serán analizados en búsqueda de asociación, construcción de topologías y características bajo las cuales se dan los hechos violentos, en este sentido es necesario definir cuales serán los criterios para identificar y clasificar los riesgos.

Se establecen también un grupo de variables de tiempo, lugar y persona que debe de incluir un sistema de vigilancia, estas variables se describen en la (Tabla 2).

(28)

Tabla 2 Variables de persona, lugar y tiempo del hecho violento

Variable	Definición	Medición	Fuente	Utilidad
Edad	Años, meses o días cumplidos	Cuantitativa	Documento de identificación, informante, policía	Identificación de grupos de riesgo
Sexo	Masculino, femenino	Catagórica	Informante, policía, instituto de salud, forense	Identificación de riesgo
Fecha del hecho	Día-mes-año	Día-mes-año	Familia, policía, fiscalía, instituto de salud	Temporalidad, tendencias
Barrio	Lugar de residencia Lugar de ocurrencia	Catagórica Catagórica	Informante, policía, instituciones de salud	Agrupaciones, mapeo
Estado civil	Soltero/a, casado/a, viudo/a, separado/a, menor	Catagórica	Informante	Identificación de riesgos
Ocupación	Básica	Catagórica	Informante, policía, instituciones de salud	Identificación de riesgos
Estrato socioeconómico	Bajo, medio, alto Planeación local	Catagórica	Planeación local	Identificación de riesgos, agrupaciones ecológicas
Escolaridad	Años de estudios Nivel alcanzado	Cuantitativa Catagórica	Informante, policía, instituciones de salud	Identificación de riesgos
Tipo de arma	De fuego, blanca, explosivos, contundente, tóxico, ahorcamiento	Catagórica	Policía, fiscalía, forense	Identificación de riesgos
Alcoholemia	Nivel de alcohol en sangre en mg por ciento	Cuantitativa	Policía, fiscalía, tránsito, familia, forense	Identificación de riesgos
Móvil del hecho	Venganza, político, atraco, narcotráfico, otros	Catagórica	Policía, fiscalía, forense, familiar	Identificación de móviles, diseño de prevención
Sitio del hecho	Casa, calle, bar, lugar de trabajo	Catagórica	Policía, comunidad, familia	Definición de zonas de riesgo
Grupos humanos especiales	Drogadictos, indigentes, barurriegos, etc.	Catagórica	Policía, instituciones de salud, comunidad, familia	Identificación de grupos de riesgo

Tomado de Concha-Eastman A & Guerrero R. Rev Panam Salud Pública/Pan Ame J Public Health, 5(4/5),

V 5.3 Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar en México.

La información con respecto la violencia intrafamiliar tiene sus antecedentes en el año 2000 en el "Informe Semanal de Casos nuevos de Enfermedades" (SUIVE) cuando se comenzaron a notificar casos de violencia intrafamiliar con la clave Y07 (Otros síndromes por maltrato) y es a partir de 2003 cuando el padecimiento se reporta tomando en cuenta el género. Actualmente la Violencia Familiar reportada incluye las claves del mismo grupo de acuerdo a la CIE 10^a. (Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión); Otros síndromes de maltrato; y de estos se reportan específicamente las claves Y07.0; Por esposo o pareja; Y07.1 por padre o madre y Y07.2 por conocido o amigo. (32)

V 5.3.1 Norma Oficial NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar y el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual.

Todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud que presten servicios de salud deberán otorgar atención médica a las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, los cuales pueden ser identificados desde el punto de vista médico, como la o el usuario afectado; el que pudo haber realizado el maltrato, y el involucrado indirectamente en este tipo de situaciones, debido a que en algún momento pueden requerir la prestación de los servicios de salud, los cuales se deben de proporcionar bajo los siguientes lineamientos:

Incluye la promoción, protección y restauración de la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas.

Integrar y registrar en el expediente clínico el diagnóstico del probable caso de violencia familiar.(8)

Apoyar la detección de los probables casos de violencia familiar.

Tratamiento y la Rehabilitación.

Orientar el tratamiento de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar al otorgamiento de una atención médica integral y de las secuelas específicas, refiriéndolos para ello a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive, para proporcionar los servicios necesarios para los cuales estén facultados, conforme establecen las disposiciones aplicables y los manuales que al efecto emita la SSA. (8)

Aviso al Ministerio Público.

Avisar al Ministerio Público mediante el formato establecido por la norma oficial mexicana, en los casos donde las lesiones u otros signos sean presumiblemente vinculados a la violencia familiar y, en su caso, solicitar su intervención ante la

incapacidad médica o legal de la o el usuario o la existencia de riesgo en su traslado, para que acuda un médico legista a la unidad de salud y la o el usuario

afectado por violencia familiar, reciba servicios jurídicos, médico-legales y de asistencia social. (8)

El médico tratante podrá informar y orientar a la o el usuario afectado por violencia familiar o, en su caso, a su acompañante, sobre la posibilidad que tiene de denunciar ante la Agencia del Ministerio Público correspondiente, con la finalidad de ejercitar la acción legal que corresponda. (8) (Figura 1)

Registro de Información.

Para las unidades médicas de atención ambulatoria del Sistema Nacional de Salud, los probables casos nuevos de violencia familiar son de notificación obligatoria en el formato de vigilancia epidemiológica SUIVE-1-2000. A través de este registro se conocerá la frecuencia de probables casos por grupos de edad, institución notificante y entidad federativa. (8)

Para cada probable caso de violencia familiar atendido por las Instituciones del Sistema Nacional de Salud deberá llenarse además el formato estadístico denominado Registro de Atención en Casos de Violencia Familiar, el cual contiene variables sobre las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, el evento y la atención proporcionada.. Las instituciones podrán diseñar su propio formato, el cual deberá contener las variables señaladas. (8)

En caso que las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar fallezcan a causa de la misma, el modelo 2000 del certificado de defunción incluye en el apartado de circunstancias que dieron origen a la lesión, la leyenda atribuible a violencia familiar, especificando en caso de homicidio, si éste involucró la violencia familiar y en lo posible, lo relativo al parentesco del usuario probable agresor de violencia familiar. Esto permitirá la codificación de la posible causa de muerte a partir de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Y06 y Y07). (8) (Figura 1)

Con el fin de contribuir al mejor conocimiento de estos eventos podrán realizarse investigaciones especiales a través de encuestas, autopsias verbales, revisión de

expedientes clínicos y seguimiento de unidades centinela. Lo anterior en el contexto del diseño del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Accidentes y Lesiones (SIVEPAL). (8)

Las categorías, variables y clasificaciones de la información captadas por la diversas unidades médicas deberán responder a un marco conceptual único, a criterios comunes preestablecidos, nacionales estatales y locales, por institución y tipo de actividad y servicio, a fin de asegurar la integración y concentración de la información generada en distintas instituciones, así como la posibilidad de comparación y complemento e intercambio de información a nivel nacional, sea proveniente de otros sectores -como el de Administración de Justicia o de otras fuentes de información- encuestas sobre el tema. (8)

La autoridad sanitaria local es responsable de la recopilación inicial de la información y del envío de los resultados hacia el nivel estatal y nacional de acuerdo a los flujos y procedimientos definidos por los sistemas institucionales de información. La periodicidad de la información será continua para el registro, mensual para su concentración institucional y anual para la integración y difusión nacional. (8)

Es competencia de cada institución entregar a la Secretaría de Salud, a través de los canales ya establecidos para tal efecto, los reportes de concentración y la base de datos, correspondientes a los numerales 7.1 y 7.2 respectivamente. La SSA será responsable de la integración y difusión de la información que apoye el diagnóstico, el diseño de políticas y la toma de decisiones en materia de violencia familiar. (8)

V. 5. 3. 2 Sistema Institucional de la Información de la Secretaría de Salud

La estructura del Sistema Institucional de Información de la Secretaría de Salud se integra por cuatro componentes: el Sistema de Información en Salud (SIS); el Sistema Único de Información y Vigilancia Epidemiológica (SUIVE); El Sistema de

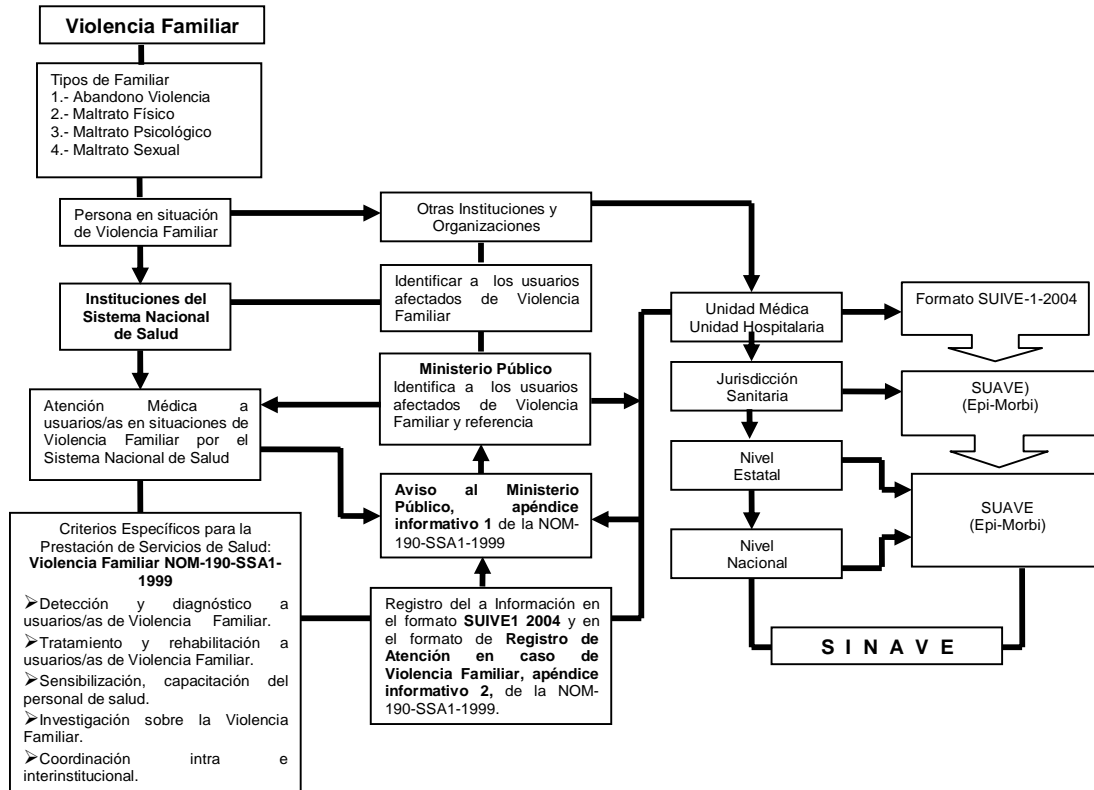
Información Administrativa, y otros sistemas de información, por ejemplo el Programa de Vacunación Universal (PROVAC), el Plan Estatal Maestro de

Infraestructura Física en Salud para Población No Asegurada (PEMISPA), el Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones (SEED) y el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH).

Las variables asociadas a la información sobre la violencia familiar, sexual y contra las mujeres se pueden ubicar en varios de los componentes de este Sistema en cuyos formatos se incluyen preguntas clave sobre el tema y éstos pueden ser capturados a partir del registro de datos en cuatro formatos: SUIVE -1-2002; SIS-SS-14P, 16P, 17P formatos de registro de lesiones en unidades de primer nivel de atención, hospitales y urgencias; SNS RAVF-2, formatos de registro de violencia intra familiar y en el Certificado de Defunción (Secretaría de Salud, Manual sobre lineamientos estratégicos, 2004). Cada uno de estos formularios se remite a diferentes componentes del Sistema Institucional de Información, con el inconveniente de dispersar la información.

La NOM-190-SSA1-1999 contempla en el *Apartado 7* el proceso de registro de información, e incluye un formato de registro de atención en caso de violencia familiar con las variables básicas recomendadas internacionalmente para registrar violencia familiar, sexual y contra las mujeres, lo que permite concentrar en un sólo documento los datos relevantes de cada caso. (Figura 1). (9)

Figura 1 Vigilancia de la Violencia Familiar en México



Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica.
Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de los servicios de Salud. Criterios para la Atención médica de la Violencia Familiar.

V. 5.3.3 Registro de la Información

“El procedimiento de registro de la información consiste en documentar todos los casos atendidos en la Secretaría de Salud y remitirlos al registro del programa correspondiente. La recomendación para los casos en los que las mujeres no están en los servicios de salud por motivos de violencia, pero responden afirmativamente al cuestionario de detección es referirse en el llenado del formato al evento más recientemente ocurrido. Los responsables de llenar los formatos son los médicos, los internos y residentes, las trabajadoras sociales o el técnico en atención primaria, dependiendo del tipo de unidad y servicio de que se trate”. (9)

V. 5.3.4 Implicaciones para el Personal de Salud por no cumplir con los Lineamientos Técnicos marcados en la Legislación Vigente.

Quienes presten servicios de salud tienen un marco de acción establecido por los lineamientos de atención contenidos en la Ley General de Salud, los reglamentos a la Ley General de Salud en sus diversas materias, las leyes locales, los reglamentos a las leyes locales, las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, los lineamientos técnicos de salud. “En el caso de los servidores públicos las leyes de la administración pública, y las establecidas por los códigos penales y civiles en materia de responsabilidad profesional del ejercicio de la profesión”. (9)

Resulta indispensable que el personal de salud conozca y realice las maniobras indicadas por los lineamientos técnicos, con el fin de evitar incurrir en responsabilidad, ya que la ignorancia, imprudencia, impericia o negligencia en la actuación, o bien, en donde el médico actúa de manera deliberada en forma distinta a la indicada en perjuicio de la o el usuario, implican sanción. (9)

“Los usuarios que resientan en su persona alguna afectación por un prestador de servicios de salud, ya sea en su integridad física, o moral, o que sean discriminados o consideren haber sufrido algún daño o perjuicio ocasionado por un prestador de servicios de salud, pueden reclamar ante diversas instancias el incumplimiento de una obligación por parte del personal de salud”. (9)

Otros Organismos.

Por mala atención médica es posible que se determine responsabilidad ante dos organismos, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, y las Comisiones de Derechos Humanos.

VI PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país las acciones de vigilancia epidemiológica se realizan a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), en el que participan las instituciones del Sistema Nacional de Salud, mediante el subsistema de notificación semanal de casos nuevos, administrado por el Sistema Único De Información Para La Vigilancia Epidemiológica. (SUIVE).

Estudios han señalado que la vigilancia de la enfermedad debida a la violencia debe de ir más allá de la cuantificación de víctimas o el recuento de las defunciones prematuras provocadas por la violencia, los costos de la incidencia y prevención de la violencia incluyen las pérdidas en salud, las pérdidas materiales, el deterioro del trabajo, utilizando el indicador de años de vida saludables perdidos asociados a violencia, se encontró que cada latinoamericano pierde anualmente casi tres días de vida saludable.(7)

Debido a las diferencias entre los datos reportados en la morbilidad por violencia familiar y los resultados de las encuestas específicas en la materia, surge la necesidad de revisar la eficiencia del desempeño por parte de las instituciones de atención médica en la detección y la notificación de casos de violencia familiar.

El trabajo realizado pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Que aspectos el subsistema de notificación semanal de casos nuevos de violencia familiar comparte con otros países de América Latina los cuales satisface y se apega a los criterios y recomendaciones establecidos por la Organización Panamericana de la Salud” OPS?

VII JUSTIFICACIÓN

La Constitución Política de México protege la organización e integración de las familias independientemente de su estructura, estableciendo el derecho a la protección a la salud. Es necesario actuar en la prevención y atención de la violencia familiar por su frecuencia y las consecuencias que genera, afectando la vida, la salud, la integridad y el desarrollo de las personas, las familias y las comunidades.

Para prevenir y atender la violencia familiar, es necesario diseñar y reforzar políticas de salud públicas que permitan promover la convivencia pacífica, fomentar la equidad entre los géneros y las personas. Es por ello importante contar con un eficiente sistema de vigilancia para conocer adecuadamente el panorama real de la violencia familiar en nuestro país con información fidedigna y que sea útil para la toma de decisiones y la generación de políticas públicas eficaces en materia de salud, que impacten positivamente el curso de esta problemática.

En México la notificación semanal de casos nuevos de violencia familiar se registra desde el año 2000, sin embargo, el análisis de la información resultante de la vigilancia epidemiológica de este problema se ha visto limitado por consideraciones y cuestionamientos hacia su sensibilidad, especificidad representatividad, oportunidad y validez interna y externa.

VIII OBJETIVOS

VIII. 8.1 Objetivo General:

Describir los aspectos del subsistema de notificación semanal de casos nuevos de violencia familiar y compararlo con otros sistemas o subsistemas de vigilancia de violencia así como su apego a los lineamientos establecidos por la Organización Panamericana de la Salud” OPS.

VIII. 8. 2 Objetivos Específicos:

- ⇒ Describir la Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar que se realiza en México.
- ⇒ Describir a la vigilancia epidemiológica de la violencia familiar dentro del SINAVE.
- ⇒ Describir el panorama epidemiológico de la de violencia familiar de los casos notificados de 2000 a 2006.
- ⇒ Comparar la Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar en México con la de otros países.
- ⇒ Observar su apego a los lineamientos establecidos para la vigilancia de hechos violentos por la Organización Panamericana de la Salud

- ⇒ Identificar los requisitos médicos y legales para la notificación de casos de Violencia Familiar.
- ⇒ Describir los elementos de la notificación de Violencia Familiar a través del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. (SUIVE)
- ⇒ Describir la notificación de casos de Violencia Familiar de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Medica de la Violencia Familiar.
- ⇒ Identificar puntos débiles en la notificación de la violencia familiar

- ⇒ Obtener información que sea útil para mejorar la notificación y vigilancia de casos de Violencia Familiar en México.

IX. METODOLOGÍA

IX. 9.1 Diseño del estudio:

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y observacional partir de los casos de Violencia Familiar notificados a través del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) registrados en el Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica durante el periodo de 2000 a 2006.

IX. 9.2 Marco Conceptual

IX. 9.3 Límite Temporo-Espacial:

El análisis de la notificación en México comprendió los registros de los años 200 a 2006.

El presente trabajo se realizará en una sola medición de los casos notificados a través del SUIVE 1 con el diagnóstico de violencia familiar Y registrados en la base de datos del SUAVE (Epi morbi) de los años 2000 a 2006. El periodo de realización de este estudio abarcara los meses de mayo al mes de agosto de 2007, el cronograma de actividades se puede observar en el anexo 1.

El análisis de la vigilancia a nivel internacional comprendió los sistemas de vigilancia documentados de Colombia, Cota Rica, Nicaragua, Ecuador y la propuesta de la OPS .

IX. 9.4 Universo de estudio

Se incluyeron todos los casos de violencia familiar en México que fueron notificados y registrados en el SUAVE con el diagnóstico del CIE 10ª. (Clasificación Internacional de enfermedades en su décima revisión) de síndromes de maltrato, específicamente con las claves Y07.0; por esposo o pareja; Y07.1 por padre o madre y Y07.2 por conocido o amigo del año 2000 a 2006.

IX. 9.5 Criterios de Selección

IX. 9.5.1 Criterios de inclusión

En el presente estudio se incluyeron solo los casos registrados en la base del Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) con el diagnóstico de violencia familiar con claves Y07.0; por esposo o pareja; Y07.1 por padre o madre y Y07.2 por conocido o amigo en el periodo 2000 a 2006.

IX. 9.5.2 Criterios de exclusión

Se excluyeron a los casos con el diagnóstico de violencia familiar que no fueron registrados en la base del SUAVE o que no se encontraban dentro del periodo de 2000 a 2006.

IX. 9.5.3 Criterios de eliminación

Los casos que se encontraran registrados en la base de datos del SUAVE que no contaran con el diagnóstico de violencia familiar y claves Y07.0; por esposo o pareja; Y07.1 por padre o madre y Y07.2 por conocido o amigo, en el periodo 2000 a 2006.

IX. 9.6 Variables de estudio:

- ⇒ Sexo de los casos registrados de Violencia Familiar
- ⇒ Grupo de edad de los casos registrados de Violencia Familiar
- ⇒ Semana epidemiológica en que notificó el caso de Violencia Familiar
- ⇒ Mes de la notificación de los casos de Violencia Familiar
- ⇒ Año de la notificación de los casos de Violencia Familiar
- ⇒ Entidad Federativa que notificó el caso de Violencia Familiar
- ⇒ Municipio que notificó el caso de Violencia Familiar
- ⇒ Jurisdicción que notificó el casos de Violencia Familiar
- ⇒ Institución que notificó el caso de Violencia Familiar

Tabla 3 Definición Operacional de las Variables

Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Definición Operacional
Edad	Edad cronológica en años desde el nacimiento hasta la atención médica.	Cuantitativa Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Años cumplidos • 99 se desconoce
Sexo	Características externas que diferencian al hombre de la mujer.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • 1 masculino • 2 femenino
Lugar de Notificación	Cada unidad geográfica de la división política de la República Mexicana que se compone de 31 entidades federativas y un Distrito Federal	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Aguascalientes • Baja California • Baja California Sur • Campeche • Chiapas



			<ul style="list-style-type: none"> • Chihuahua • Coahuila • Colima • Distrito Federal • Durango • Guanajuato • Guerrero • Hidalgo • Jalisco • México • Michoacán • Morelos • Nayarit • Nuevo León • Oaxaca • Puebla • Querétaro • Quintana Roo • San Luis Potosí • Sinaloa • Sonora • Tabasco • Tamaulipas • Tlaxcala • Veracruz • Yucatán • Zacatecas
--	--	--	---

Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Definición Operacional
Municipio o Delegación de notificación	Municipio registrado de cada unidad geográfica de la división política de la República Mexicana que se compone de 31 estados y un Distrito Federal	Cualitativa nominal politómica	• Municipios de los 31 estados y delegaciones del Distrito Federal
Jurisdicción	Jurisdicción registrada de cada unidad geográfica de la división política de la República Mexicana que se compone de 31 estados y un Distrito Federal	Cualitativa nominal politómica	• Jurisdicciones de los Municipios de los 31 estados y delegaciones del Distrito Federal

Institución notificante	Institución del Sistema Nacional de Salud que notificó el caso.	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Salud (SSA) • Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) régimen (Ordinario y Solidaridad) • Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) • Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) • Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) • Secretaría de Marina (SEDEMAR) • Petróleos Mexicanos (PEMEX) • Otras
Semana de notificación	Número de la semana epidemiológica en que se notificó el caso de Violencia Familiar	Cuantitativa Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • De la semana 1 a la semana 52
Mes de notificación	Mes del año en el que se presentó el caso de Violencia Familiar notificado.	Cualitativa Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Enero, • Febrero • Marzo • Abril • Mayo • Junio • Julio • Agosto • Septiembre • Octubre • Noviembre • Diciembre
Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Definición Operacional
Año de notificación	Fecha en que se ingresa el caso de Violencia Familiar al Sistema de vigilancia.	Cuantitativa Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • 2000 • 2001 • 2002 • 2003 • 2004 • 2005 • 2006

IX. 9. 7 Plan de Análisis:

IX. 9.7.1 Obtención de la información:

Se utilizó la base de datos del SUAVE para obtener el número de casos con el diagnóstico de violencia familiar de cada año a estudiar dentro del periodo 2000 al 2006.

IX. 9.7.2 Método de recolección e instrumento de recolección de la información:

Las bases de datos del SUAVE se construyeron a partir de los casos nuevos notificados semanal mente por cada unidad de atención médica. El instrumento para dicha información es el informe Semanal de Casos Nuevos en los formatos SUIVE 1- 2000, SUIVE 1-2002 y SUIVE 1- 2004.

Para recolectar las variables necesarias para el estudio se instaló el Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) se obtuvieron las bases de datos y se guardaron en formato DBF para cada año (2000 a 2006) las cuales incluían las variables a analizar.

Se efectuó búsqueda bibliográfica a través de Internet en los sistemas de recuperación Medline, Obid, Bireme con las palabras claves: violencia domestica, violencia intrafamiliar, violencia familiar, vigilancia epidemiológica, lesiones, Sistema de Vigilancia, para obtener la documentación de las características de los sistemas de vigilancia de violencia en los países: Ecuador Colombia, Nicaragua y Costa Rica.

IX. 9.7.3 Análisis estadístico:

La información referente a los casos notificados en México se analizó en los programas de cómputo Excel 2003 y en el paquete estadístico SPSS V.10.5 para Windows. Se calculó incidencia, razones y proporciones con la finalidad de resumir la información se elaboraron tablas y figuras.

El análisis de las características de los sistemas de vigilancia en los países estudiados fue comparativo descriptivo

X CONSIDERACIONES ÉTICAS BÁSICAS

Las bases de datos referentes a casos nuevos de violencia carecen de campos de identificación personal por lo que en ningún momento se comprometió su confidencialidad. El Análisis nunca implicó riesgo para las personas estudiadas.

XI RESULTADOS

XI 11.1 Análisis descriptivo

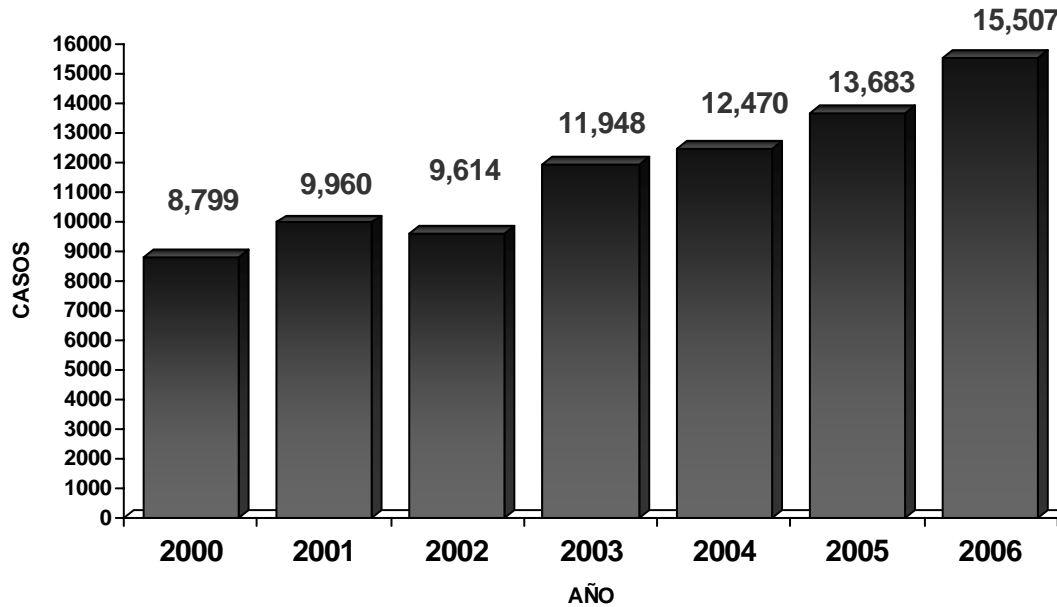
En el periodo de 2000 al 2006 el número de casos de violencia familiar notificados aumentó de 8,799 en el año 2000 a 15,507 en el año 2006 los cuales representan una diferencia porcentual positiva de 76.2. Además, de 2005 a 2006 solo se presentó un incremento en 1,824 casos con una diferencia porcentual positiva de 13.3. (Tabla 4 y Figura 2)

Violencia Familiar	Año							Diferencia %	Diferencia %
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2000 y 2006	2005 y 2006
Casos	8,799	9,960	9,614	11,948	12,470	13,683	15,507	+ 76.2	+ 13.3

Fuente: Información SUAVE 2000-2006, DGE/SS

Se puede apreciar que del año 2000 hasta el año 2002 no hubo variación importante en el número de casos notificados, se pudo observar que a partir del año 2003 incrementó el número de casos en forma gradual y constante hasta llegar al 2006. (Figura 2)

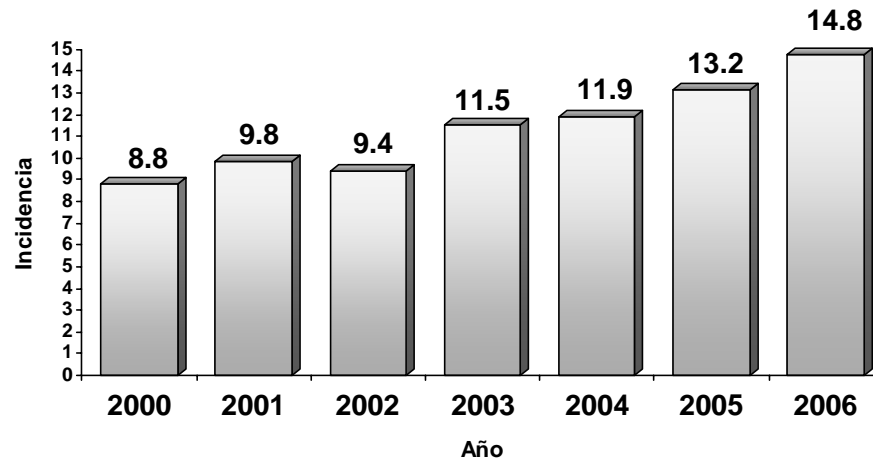
Figura 2 Casos de Violencia Familiar en México de 2000 - 2006



Fuente: Información SUAVE 2000 - 2006, DGE/SS

La violencia familiar durante el periodo estudiado se comporto de la siguiente forma; la incidencia mas baja fue de 8.8 casos por 100 000 habitantes en el año 2000, mientras que para el año 2003 la incidencia aumento ligeramente llegando hasta 11.5 casos por 100 000 habitantes y continua elevándose para alcanzar 14.8 casos por 100 000 en el año 2006. (Figura 3)

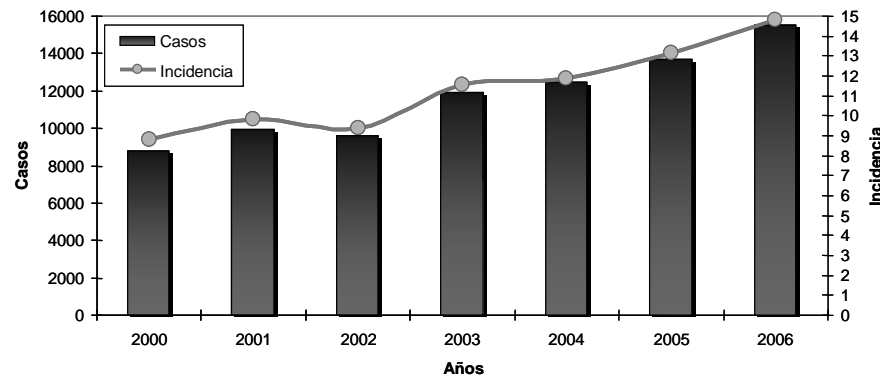
Figura 3 Incidencia de Violencia Familiar en México del 2000 - 2006



Fuente: Información SUAVE 2000 – 2006,DGE/SS
*Por 100 mil habitantes

Es importante mencionar que tanto los casos como la incidencia de violencia familiar han aumentando en forma conjunta a través de los últimos siete años. (Figura 3.1)

Figura 3.1 Casos e Incidencia de Violencia Familiar en México de 2000 - 2006



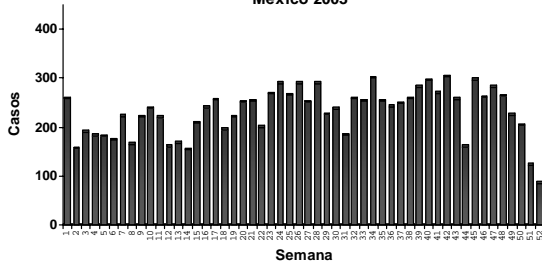
Fuente: Información SUAVE 2000 - 2006,DGE/SS
*Por 100 mil habitantes

Distribución de casos por semana epidemiológica

La distribución de los casos de violencia familiar por semana epidemiológica mostró que la notificación disminuyó al final de cada año estudiado principalmente desde la semana 50 en los años 2000-2006 como se observa en las (Figuras 4.0 y Figura 4.1)

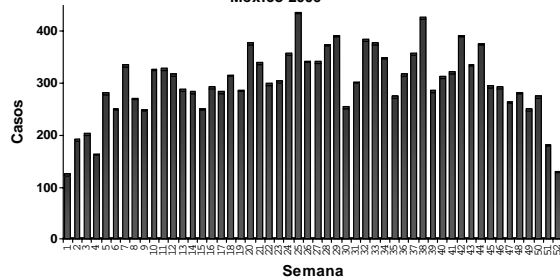
Además se encontró que la notificación de casos de violencia familiar por semana epidemiológica en los años estudiados 2001, 2005 y 2006 también disminuyó al inicio del año. (Figura 4.1)

Figura 4.0 Casos de Violencia Familiar por Semana Epidemiológica en México 2003



Fuente: Información SUAVE 2003,DGE/SS

Figura 4.1 Casos de Violencia Familiar por Semana Epidemiológica en México 2006



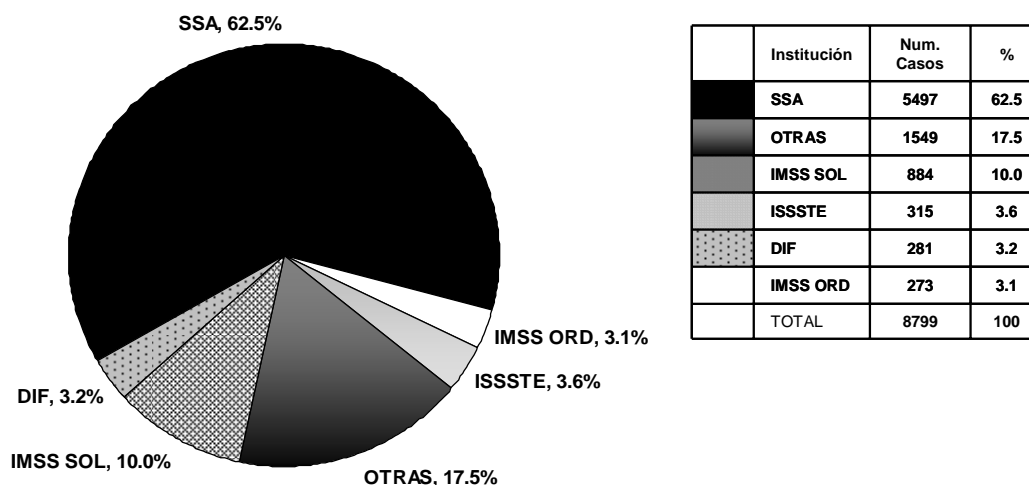
Fuente: Información SUAVE 2006,DGE/SS

Distribución de casos de violencia familiar por institución notificante.

Las instituciones del Sistema Nacional de Salud que notificaron casos fueron la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) régimen (Ordinario y Solidaridad), el Instituto de Seguridad Social al Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEDEMAR), Petróleos Mexicanos (PEMEX) y Otras (Cruz Verde, Privadas, etc.)

Todas las instituciones presentaron un incremento en el número de casos de Violencia Familiar durante el periodo comprendido de 2000 a 2006, la Secretaria de Salud (SSA) fue la institución que presentó el mayor porcentaje de casos en los años estudiados y el rubro de Otras instituciones ocuparon el segundo lugar en casos notificados. El DIF registró una notificación mayor al IMSS y de este IMSS solidaridad mostró una mayor proporción de casos notificados que el régimen ordinario de este el Mientras que las que presentaron menor notificación de casos fueron PEMEX, SEDENA Y SEDEMAR. (Figura 5.0)

Figura 5.0 Distribución de casos de Violencia Familiar por institución notificante México, 2000



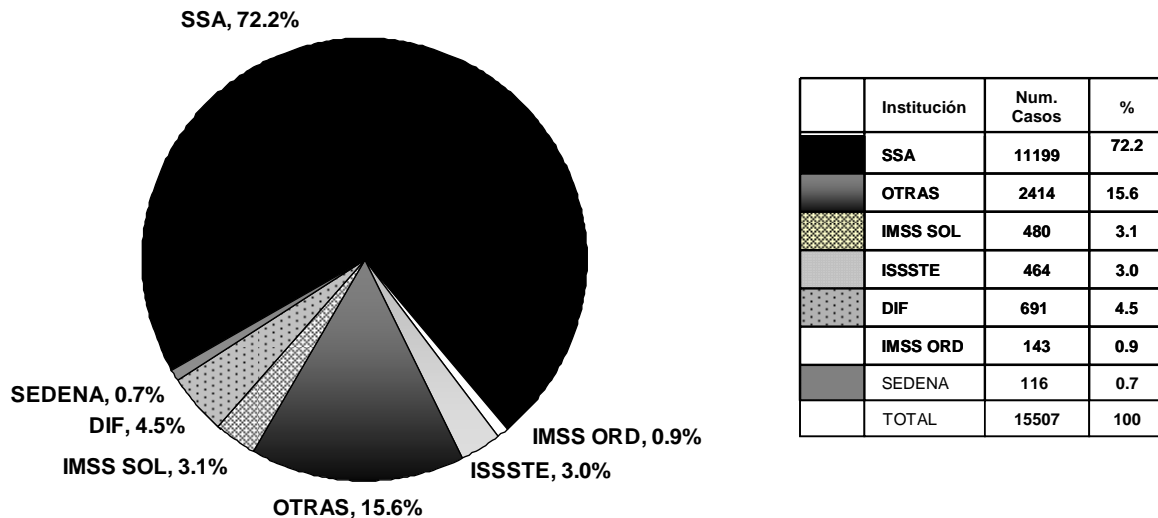
Fuente: información SUAVE,2000,DGE/SS

Los resultados obtenidos para el año 2003 mostraron que la distribución por institución notificante fue similar a la de los otros años estudiados, el numero de casos por institución se puede apreciar en la (Tabla 4) en la cual la SSA notificó el 43.8% de los casos de violencia familiar, seguida por Otras instituciones con un 35.2 %, el DIF notificó el 8.3 %, IMSS Solidaridad el 7.

Institución	Numero de Casos	%
SSA	5232	43.8
OTRAS	4201	35.2
IMSS SOL	797	6.7
ISSSTE	482	4.0
DIF	996	8.3
IMSS ORD	193	1.6
SEDENA	47	0.4
TOTAL	11948	100.0

En el último año estudiado (2006) la SSA notificó el 72.2% de los casos, seguida por el rubro de Otras instituciones con el 16.6%, DIF Nacional con el 4%, IMSS Solidaridad con el 3.1 % y el ISSSTE con el 3%. (Figura 5.1)

Figura 5.1 Distribución de casos de Violencia Familiar por institución notificante México, 2006

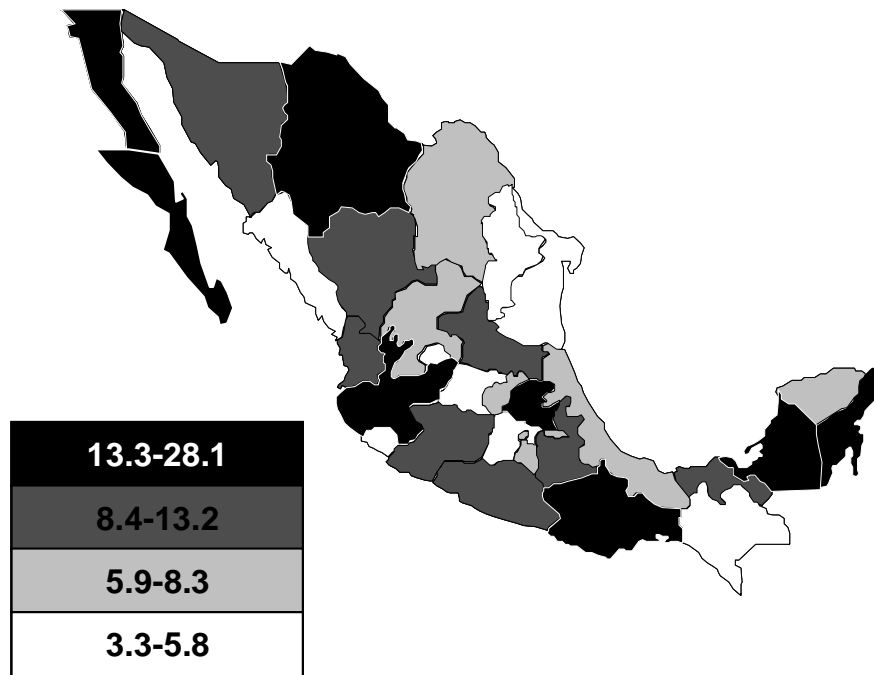


Fuente: información , SUAVE 2006,DGE/SS

Incidencia de violencia familiar

La distribución de la incidencia de violencia familiar por entidad federal mostró que los estados que presentaron consistentemente una incidencia ubicada en el cuartil superior durante el periodo estudiado 2000 a 2006 fueron Hidalgo, Jalisco, Baja California Sur y Campeche. (Figura 6.0).

Figura 6.0 Incidencia de Violencia Familiar por entidad federativa de 2000.



Fuente: información ,SUAVE 2000,DGE/SS.
*Incidencia por 100 000 habitantes.

Mientras que en el mismo periodo de tiempo los estados que presentaron la incidencia de violencia familiar más baja ubicados en el cuartil inferior fueron Guanajuato, Sinaloa y el Estado de México.

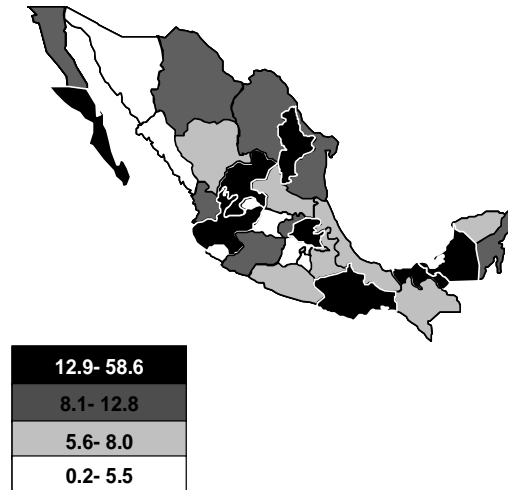
Sin embargo es importante mencionar que el Estado de México fue el único que se mantuvo consistentemente con una incidencia de violencia familiar baja, durante todo el periodo. (Tabla 6)

Tabla 6 Incidencia de Violencia Familiar por entidad federativa México 2000-2006							
ESTADO	INCIDENCIA						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Campeche	28.1	29.3	25.1	45.7	28.3	29.5	30.2
Jalisco	19.5	27.9	27.3	58.6	58.7	64.9	34.7
Chihuahua	18.0	17.9	13.8	12.8	43.7	34.7	37.0
Baja California	17.1	29.9	22.4	8.7	4.78	6.31	6.67
Oaxaca	16.8	11.9	10.1	13.0	9.39	10.68	14.2
Hidalgo	14.3	16.5	22.7	21.2	25.7	37.3	77.2
Baja California Sur	14.1	14.9	18.5	22.7	38.8	37.2	48.9
Quintana Roo	13.8	11.3	9.5	12.1	8.36	17.59	11.65
Guerrero	13.2	9.2	5.6	7.5	7.05	5.34	6.66
Tabasco	13.2	10.6	14.3	13.1	12.42	17.6	18.3
Nayarit	12.3	14.8	20.5	10.4	12.81	40.0	58.7
Michoacán	10.7	8.1	7.2	9.7	9.35	12.07	16.7
Sonora	10.6	12.6	19.7	0.2	2.61	3.58	11.24
Durango	10.4	9.0	7.3	7.8	5.23	5.40	8.42
Puebla	9.8	13.6	8.2	6.1	4.63	5.69	5.5
San Luis Potosí	8.5	6.7	4.8	7.9	5.75	3.74	4.5
Zacatecas	8.3	15.3	23.5	20.5	19.4	15.39	72.6
Tlaxcala	8.1	8.2	11.0	5.6	13.1	24.8	17.0
Morelos	7.5	4.9	3.6	2.9	9.42	17.41	19.3
Veracruz	6.9	6.9	6.4	5.6	3.85	3.34	4.3
Distrito Federal	6.8	3.7	3.6	6.9	6.21	8.52	11.04
Arteaga	6.6	5.7	6.7	11.0	5.91	5.43	6.39
Yucatán	6.5	3.3	3.1	7.2	7.57	8.69	25.4
Coahuila	5.9	16.1	17.1	9.4	3.62	2.67	4.7
Chiapas	5.8	7.5	5.8	8.0	9.46	9.33	8.99
Colima	5.7	3.6	2.6	3.1	6.68	8.46	36.5
Guanajuato	5.2	4.1	3.5	4.0	5.01	2.53	5.9
Nuevo León	4.1	5.3	4.5	13.8	16.8	9.52	16.2
Aguascalientes	3.9	2.1	2.9	3.5	3.01	7.09	28.9
México	3.5	3.5	2.7	4.1	3.13	4.00	3.5
Sinaloa	3.4	5.1	3.1	5.6	7.83	4.40	5.7
Tamaulipas	3.3	5.9	14.1	10.4	2.48	3.03	3.2

Fuente: Información SUAVE 2000-2006, DGE/SS

En el año 2003 la incidencia de violencia familiar que se observó en las entidades federativas de Jalisco, Campeche, Baja California Sur, e Hidalgo fue la mas alta, mientras que la menor incidencia registrada se presentó en los estados de Sinaloa, Estado de México, Guanajuato, Aguascalientes y Colima. (Figura 6.1)

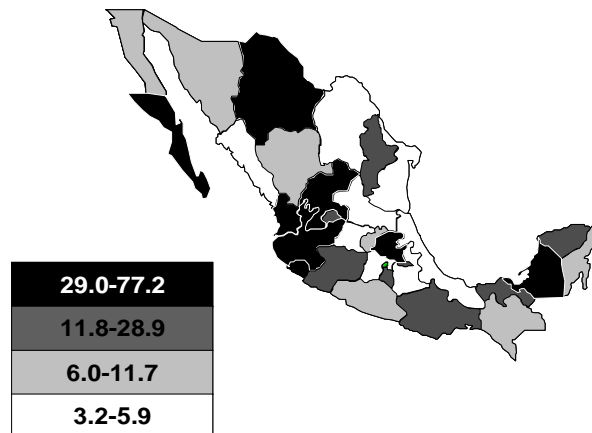
Figura 6.1 Incidencia de Violencia Familiar por entidad federativa de 2003.



Fuente: información SUAVE 2003,DGE/SS.
*Por 100 000 habitantes.

Y para el año 2006 la mayor incidencia de violencia familiar se observó en los estados de Hidalgo, Zacatecas, Nayarit, Baja California Sur, Chihuahua, Colima, Jalisco y Campeche y as entidades federativas de Guanajuato, Sinaloa, Puebla, Coahuila, San Luís Potosí, Veracruz, Estado de México y Tamaulipas presentaron la menor incidencia de violencia familiar. (Figura 6.2)

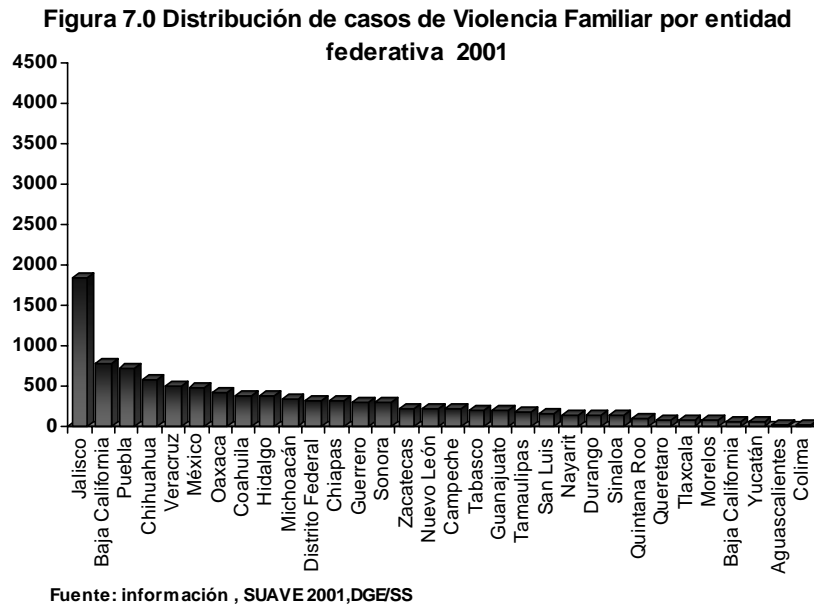
Figura 6.2 Incidencia de Violencia Familiar por entidad federativa de 2006.



Fuente: información SUAVE 2006,DGE/SS.
*Incidencia por 100 000 habitantes,

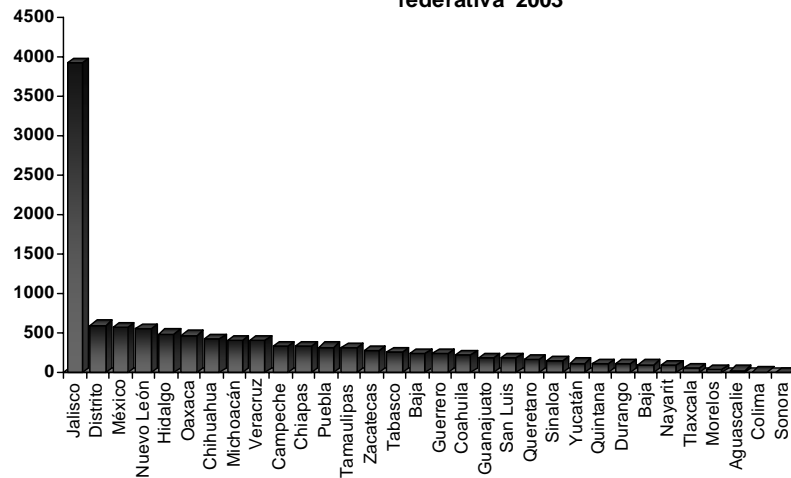
Casos de violencia familiar notificados

La distribución de los casos de violencia familiar durante los años 2000 a 2006 fue en ascenso siendo así que las entidades federativas con mayor notificación de casos en forma consistente en este periodo fueron: Jalisco, Chihuahua, Hidalgo, Distrito Federal, Nuevo León. (Figura 7.0)



En el 2003 los estados con mayor notificación de casos de violencia familiar fueron; Jalisco 3,923, Distrito Federal 608, Estado de México 580, Nuevo León 567, Hidalgo 498, Oaxaca 476, Chihuahua 425 y Michoacán 407 y los que presentaron menor; Durango 121, Baja California Sur 108, Nayarit 102, Tlaxcala 58, Morelos 48, Aguascalientes 35, Colima 18 y Sonora 5. (Figura 7.1)

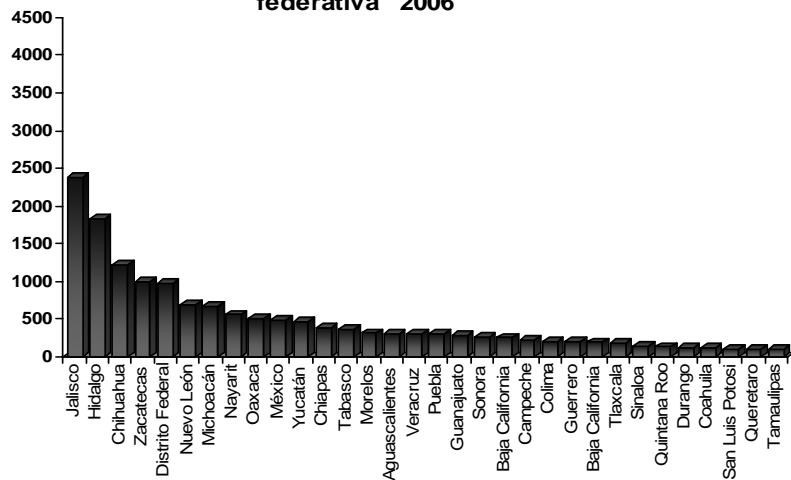
Figura 7.1 Distribución de casos de Violencia Familiar por entidad federativa 2003



Fuente: información , SUAVE 2003 DGE/SS

Las cifras registradas en el año 2006 presentadas observaron la siguiente distribución de casos notificados de violencia familiar; Jalisco 2,376, Hidalgo 1839, Chihuahua 1,217, Zacatecas 1,004, Distrito Federal 974, Nuevo León 692, Michoacán 1, 669 y Nayarit con 564, mientras que los que presentaron menor número de casos fueron; Tlaxcala con 185, Sinaloa 150, Quintana Roo 137, Durango 129, Coahuila 120, San Luís Potosí 109, Querétaro 104, Tamaulipas 98. (Figura 7.3)

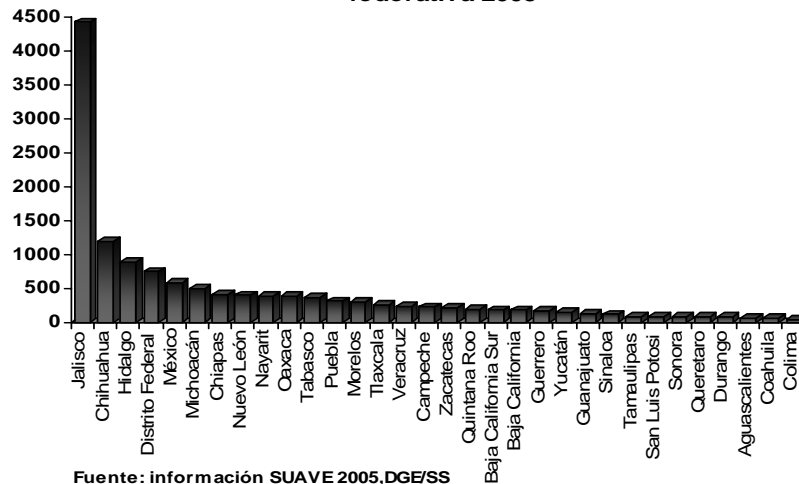
Figura 7.3 Distribución de casos de Violencia Familiar por entidad federativa 2006



Fuente: información SUAVE 2006, DGE/SS

Es importante resaltar que dentro de los resultados el estado de Jalisco presentó un número mayor de casos nuevos notificados de violencia familiar durante todos los años estudiados (2000-2006) con respecto a todas las demás entidades federativas. Se realizó una búsqueda en las base de datos que nos orientara que jurisdicción(es) institución(es) notificó o notificaron los casos de violencia familiar observados y se encontró que la Jurisdicción 12 Guadalajara reforma en el Municipio de Guadalajara, la Institución Cruz verde es la que más casos notificó en cada uno de los años estudiados.(Figura 7.2)

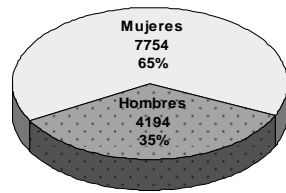
Figura 7.2 Distribución de casos de Violencia Familiar por entidad federativa 2005



Distribución de violencia familiar por sexo.

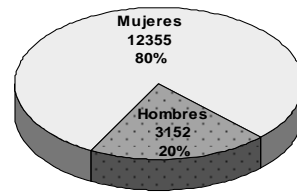
En el año 2003 se encontró que el 65% de los casos nuevos notificados correspondían al sexo femenino y el 35% al masculino, para el año 2005 el sexo femenino incrementó aun 71% de los casos, mientras que el masculino disminuyó observándose solo un 29% de casos, este aumento en la proporción por sexo se mantuvo hasta el año 2006, en donde el sexo femenino alcanzó el 80% de los casos de violencia familiar notificados en comparación con apenas el 20% del sexo masculino. (Figuras 8.0 y Figura 8.1)

Figura 8.0 Distribución porcentual de casos de Violencia Familiar por sexo en México 2003



Fuente: Información SUAVE 2003, DGE/SS

Figura 8.1 Distribución porcentual de casos de Violencia Familiar por sexo en México 2006



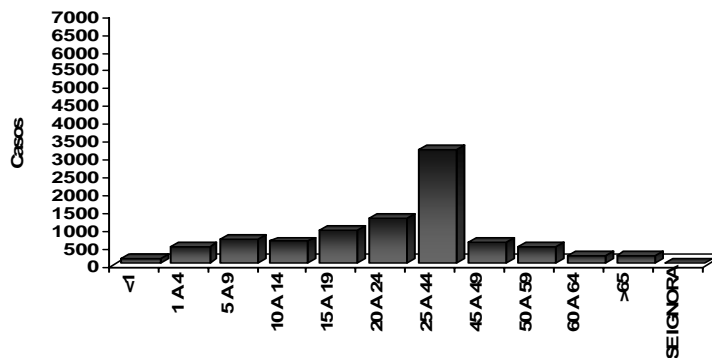
Fuente: Información SUAVE 2006, DGE/SS

La razón de violencia familiar hombre-mujer en el año 2003 fue de un hombre por dos mujeres (1:2), para el 2006 esta se duplico de (1:4), es importante resaltar que la razón por grupo de edad aumento conforme aumentó la edad de los casos, siendo el grupo más afectado el de 25 a 44 años donde la razón para el año 2003 fue (1:5) y para el año 2006 se ubicó de (1:7).

Distribución porcentual de violencia familiar por grupo de edad.

Los grupos de edad considerados en el estudio fueron los establecidos en las bases de datos del SUAVE (< 1 año, de 1 a 4, 5 a 9, de 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 44, 45 a 49, 50 a 59, 60 a 64, y >65 años). Los resultados revelaron que los casos de violencia familiar se incrementaron del años 2000 al 2006 y se observó un aumento a partir del grupo de 15 a 19 años, teniendo como grupo de edad más afectado el grupo de 25 a 44 años mientras que los grupos con menor número de casos notificados fueron los extremos de la edad (<1 año, de 60 a 64 años y <65). (Figura 9.0)

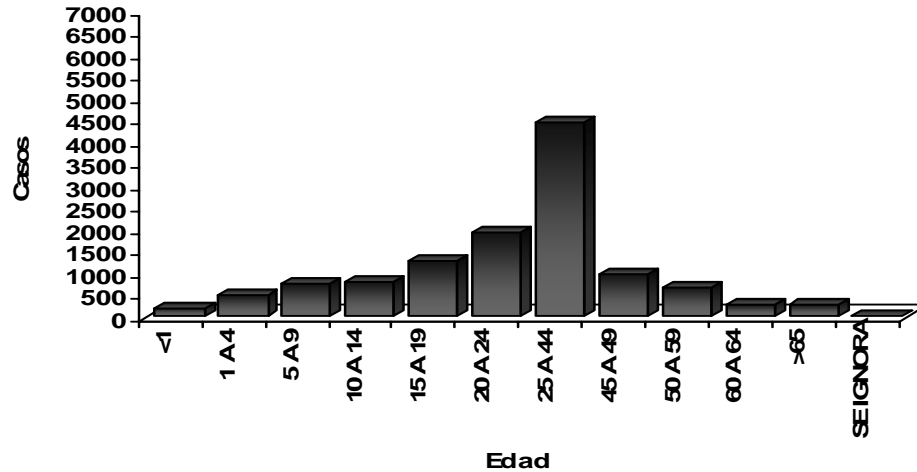
Figura 9.0 Distribución de casos Violencia Familiar por grupo de edad año 2000



Fuente: información SUAVE 2000, DGE/SS

En el año 2003 el grupo más afectado también fue el de 25 a 44 años con un total de casos en este grupo de 4, 426 y el grupo con el menor número de casos nuevos notificados fue el de menores de un año con 163 casos. (Figura 9.1)

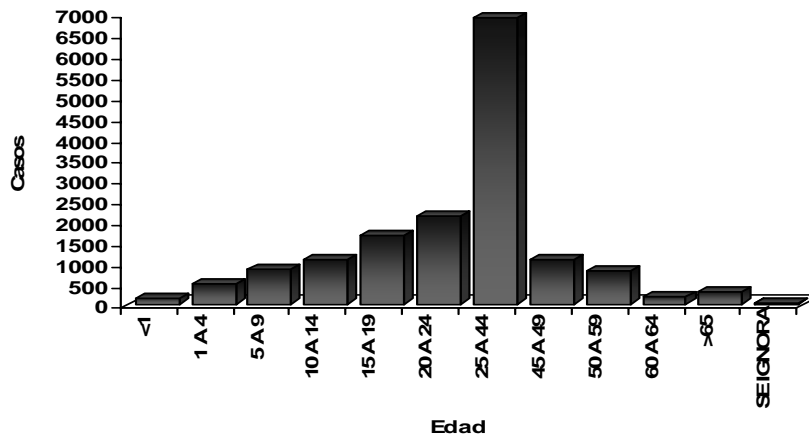
Figura 9.1 Distribución de casos Violencia Familiar por grupo de edad año 2003



Fuente: información SUAVE 2003,DGE/SS

Y para el año 2006 el grupo más afectado con mayor número de casos de violencia familiar continua siendo el de 25 a 44 años con 6, 887 casos y el grupo con menor número de casos es también el de menor de un año con 130 casos.(Figura 9.2)

Figura 9.2 Distribución de casos Violencia Familiar por grupo de edad año 2006

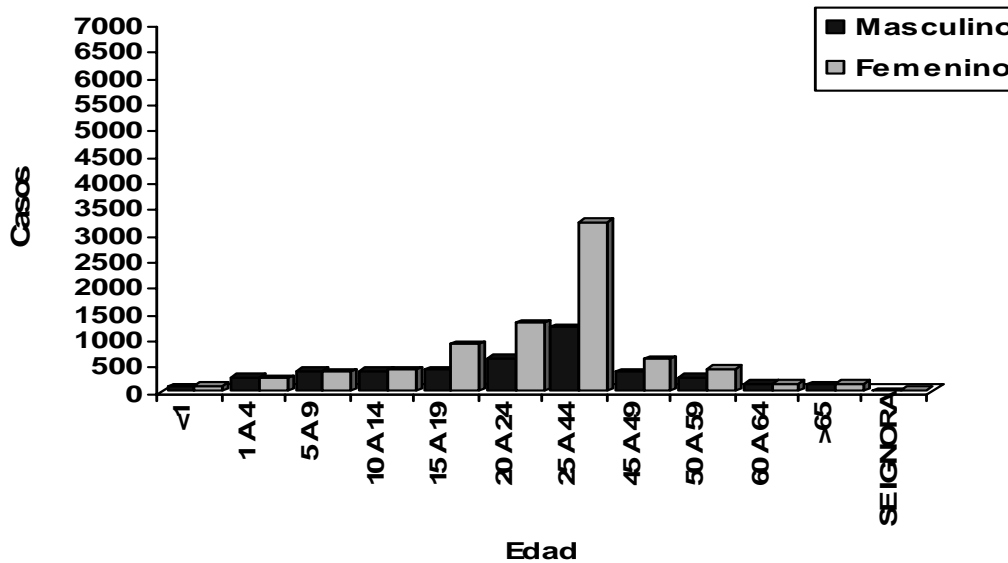


Fuente: información SUAVE 2006,DGE/SS

Distribución de casos de violencia familiar por grupo de edad y sexo.

Se observo que la notificación por sexo empezó a partir del año 2003 y los casos nuevos de violencia familiar notificados mostraron que el sexo mas afectado fue el sexo femenino el cual reportó el mayor número de casos de violencia familiar, en la mayoría de los grupos de edad antes mencionados durante el periodo 2003-2006 y continua siendo por edad y sexo el grupo más afectados el de 25 a 44 años y los grupos menos afectados son el de <1 año, 60 a 64 y mayor de 65 años. En el año 2003 el grupo de edad más afectado fue 25 a 44 años y el sexo femenino presentó 3,219 casos mientras que el grupo masculino solo 1,207 casos, y para el 2006 se reportaron 6,027 casos de violencia familiar en el sexo femenino y solo 806 casos en el sexo masculino. (Figura 10.0)

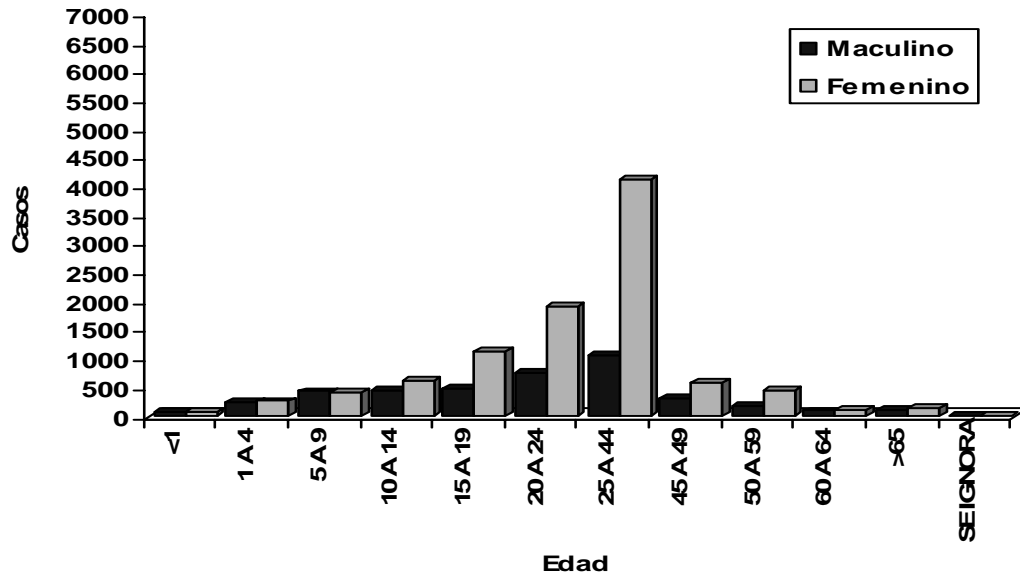
Figura 10.0 Distribución de casos de Violencia Familiar por grupo de edad y sexo 2003



Fuente: información SUAVE 2003,DGE/SS

Durante el periodo estudiado 2003 - 2006 es importante resaltar que en los grupos <1 año, de 1 a 4 y de 5 a 9 y de 10 a 14 años, el sexo no representó diferencia importante entre el numero de casos notificados.(Figura 10.1)

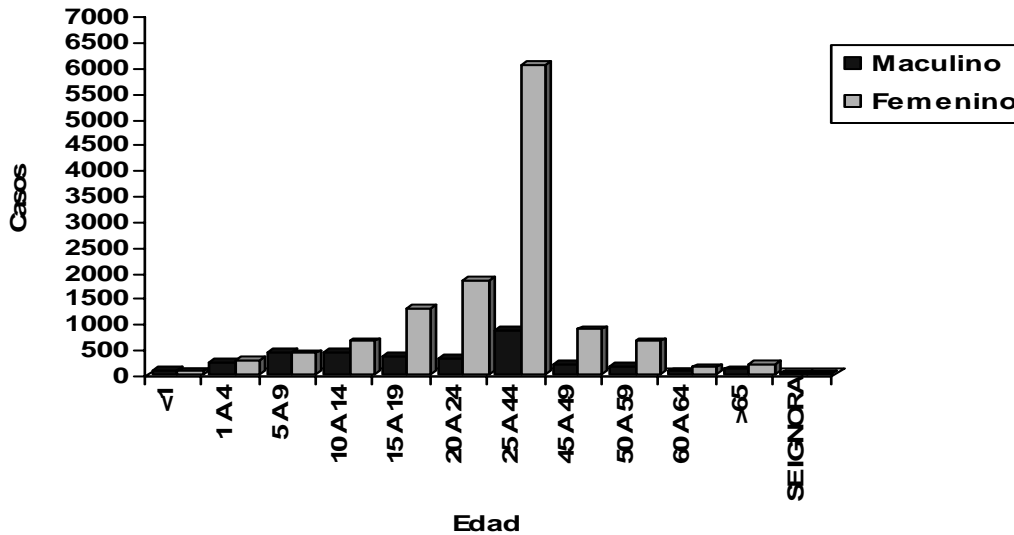
Figura 10.1 Distribución de casos de Violencia Familiar por grupo de edad y sexo 2005



Fuente: información SUAVE 2005, DGE/SS

Otro dato importante a considerar es que en el grupo de edad <1 año en los últimos dos años estudiados el sexo masculino presentó un mayor número de casos, teniendo así que el año 2005 se notificaron 63 casos en hombres y 62 casos en mujeres, mientras que en el 2006 fueron 71 casos en hombres y 59 en mujeres. (Figura 10.2)

Grafica 10.2 Distribución de casos de Violencia Familiar por grupo de edad y sexo 2006



Fuente: información SUAVE 2006, DGE/SS

Resultados encontrados en los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica en México y Países Latinoamericanos

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) como Institución de carácter internacional es adoptada como organización para la toma de decisiones en materia de salud, por esta razón se decidió considerar un documento propuesto por ella; las Guías para el Diseño, Implementación y Evaluación de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones como instrumento que serviría de parámetro para comparar los sistemas de vigilancia en los países estudiamos; México, Cali Colombia, Ecuador. Costa Rica y Nicaragua.

La OPS sugiere la existencia del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia y Lesiones como respuesta a la necesidad observada en distintos países de las Américas en los que el aumento de las lesiones intencionales y no intencionales se ha convertido en un apremiante problema social y de salud pública. El sistema propuesto pretende ser una herramienta de trabajo para ser utilizada por profesionales, técnicos y practicantes que estén involucrados en la

prevención de lesiones, y que sea incluido en el Programa de Enfermedades no Transmisibles. (28)

La OPS sugiere para el diseño, implementación y evolución del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia y Lesiones, las siguientes variables de persona, lugar y tiempo para caracterizar el hecho violento. (Tabla 7)

El motivo de estudio de estas variables es identificar grupos y zonas de riesgo, tendencias de los hechos violentos y así construir el sustento para la realización de diseños de prevención.

Tabla.7 Comparación entre las variables de persona, lugar y tiempo del hecho violento propuestas por la OPS y las empleadas en otros Países de América Latina.							
PAIS	OPS	México	Cali Colombia	Ecuador	Costa Rica	Nicaragua	
Denominación de la Vigilancia Epidemiológica	Guías para el Diseño, Implementación y Evaluación de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones	Subsistema de notificación semanal de casos nuevos	Vigilancia Epidemiológica de las muertes por hechos violentos. Programa Desarrollo Seguridad y Paz. (DESEPAZ)	Alcaldía Metropolitana de Quito Ecuador	Subsistema de notificación obligatoria	Sistema de Vigilancia Hospitalario de Lesiones	
VARIABLES	Edad	Grupo de edad	Edad	Identificación de la Víctima	Edad en año/mes/días	Edad	
	Sexo	Sexo	Sexo		Sexo del paciente	Sexo	
	Fecha del hecho	No	Fecha y hora del hecho	Tiempo del hecho	Fecha de inicio	Hora del hecho	
	Barrio	No	Entidad Federativa	Barrio	No	No	Departamento
			Jurisdicción				Municipio
			Municipio				Barrio
	Estado civil	No	No	No	No	No	
	Relación con agresor/a	No	Victimario parentesco con la víctima	No	No	SI	
	Ocupación	No	No	No	No	SI	
	Estrato socioeconómico	No	Estrato socioeconómico	No	No	No	
	Escolaridad	No	No	No	No	No	
	Tipo de arma	No	Tipo de arma	Circunstancias del hecho	No	Factores precipitantes	
	Alcoholemia	No	Nivel de Alcoholemia		No	SI	
	Móvil del hecho	No	No		No	SI	
Sitio del hecho	No	Sitio del hecho, barrio y distrito	Lugar del hecho	No	Lugar del hecho (municipio y departamento)		
Grupos humanos especiales	No	Pertenencia a grupo especial de riesgo	No	No	Grupos humanos especiales		

Fuente: Guías para el diseño, implementación y evaluación de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Violencia y Lesiones. México, Colombia, Ecuador, Costa Rica y Nicaragua

En la comparación de las variables estudiadas para la realización de la vigilancia epidemiológica en los países incluidos en este trabajo, se encontró que México incluye en su subsistema 3 variables de las catorce propuestas por la OPS; Colombia incluye 10 de catorce; Ecuador 4 de catorce; Costa Rica 3 de catorce y Nicaragua 7 de catorce. México cuenta con un subsistema de notificación semanal de casos nuevos de violencia familiar, que discrimina todos los demás casos de violencia. En comparación con Colombia, Ecuador, Costa Rica y Nicaragua; México sólo incluye los datos de identificación primarios del usuario (edad, sexo y lugar donde ocurrió el hecho violento), mientras que en los otros países si indagan un poco más sobre el hecho. (Figura 11)

Figura 11 Sistemas de Vigilancia de Violencia en Países de América Latina



Cabe mencionar que México, Ecuador y Costa Rica incluyen los datos de la institución que recibe la consulta o notificación. Nicaragua solicita tipo y sitio de la lesión. En Colombia una variable de estudio es la existencia o no de parentesco con el agresor, en Ecuador y Nicaragua se solicita la identificación del agresor.(28)(23)

XII DISCUSIÓN

En el periodo estudiado de 2000 al 2006 los casos de violencia familiar casi se duplicaron y la diferencia porcentual entre el año 2000 y el 2006 fue positiva de 76.2 %, sin embargo, no es posible decir que la tendencia de la violencia familiar en México va en aumento, ya que se debe considerar que el proceso de notificación depende de factores como la normatividad, la capacitación y la supervisión, factores que pudieron modificarse durante el periodo notificado, como de hecho ocurrió con el aspecto normativo.

Dentro de los resultados observados se encontró que del año 2000 hasta el año 2002 no hubo variación importante en el número de casos notificados, con un promedio de 9,300 casos anuales notificados. En estos años se presentó la notificación más baja del periodo estudiado, lo que podría deberse a que la violencia familiar no tenía una normatividad estructurada para su detección y notificación en nuestro país, y no es sino hasta el 8 de marzo del año 2000 que fue expedida la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA-1999 "Prestación de Servicio de Salud Criterios para la Atención de la Violencia Familiar", en donde se delimitan las responsabilidades de los profesionales e instituciones del Sistema Nacional de Salud para la atención de los casos de violencia familiar. Por otro lado, también se observó que, a partir del 2003, aumentó el número de casos notificados, y este aumento continuo hasta el 2006, lo cual también podría estar relacionado con el auge de organizaciones públicas y privadas que empezaron a brindar atención a la violencia familiar así como con el desarrollo del Programa de Prevención Y Atención de la Violencia Familiar y Contra las Mujeres, como parte de las acciones emprendidas por la Secretaría de Salud a través del Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Dicho programa incorporó 13 entidades federativas en la fase piloto desarrollada entre el año 2002 y 2003 y se extendió a las 19 restantes en el 2004. (ENVIM2003)

En el año 2003 la incidencia global de violencia familiar en México fue de 11.5 por 100 mil habitantes, mientras que la ENVIM 2003 estimó una prevalencia de violencia de pareja entre usuarias de servicios de salud de 21.5%. La falta de

correspondencia entre los datos de la encuesta y de la vigilancia se pueden explicar por el hecho de que por un lado la ENVIM 2003 nos habla únicamente de violencia de pareja y se limita a un grupo de población (mujeres entre 15 y más años de edad que fueron usuarias de los servicios de salud SSA, IMSS e ISSSTE en el 1° y 2° niveles de atención en el periodo comprendido de noviembre de 2002 a marzo de 2003). Otros estudios a nivel mundial han arrojado prevalencias que fluctúan entre el 28 y 72%. Por otro lado, con respecto a la incidencia calculada en nuestro estudio, hay que considerar que se obtuvo a partir de los datos obtenidos a través del SUIVE, que corresponde sólo a los casos atendidos en unidades de salud, y para los cuales no se cuenta con estudio de caso, por lo que únicamente se conocen las variables de sexo, grupo de edad, entidad federativa, municipio, jurisdicción sanitaria, mes y semana epidemiológico de notificación y la unidad notificante. Por estas razones es imposible conocer el tipo de violencia, la relación con el agresor, el móvil del hecho, la dimensión de las lesiones si es que las hay, y cuales fueron los criterios que se tomaron en cuenta para incluirlos en el diagnóstico de violencia familiar.

El análisis de la incidencia por entidad federativa mostró que los estados que constantemente se encontraron entre los de mayor incidencia fueron Hidalgo, Jalisco, Baja California Sur y Campeche, mientras las entidades federativas con las notificaciones menores fueron Guanajuato, Sinaloa y el Estado de México. En el año 2003 la incidencia de violencia familiar que se observó en las entidades federativas de Jalisco, Campeche, Baja California Sur, e Hidalgo fue la mas alta, mientras que la menor incidencia registrada se presentó en los estados de Sinaloa, Estado de México, Guanajuato, Aguascalientes y Colima. En relación con la prevalencia de violencia ejercida por la pareja actual en los últimos doce meses mostrada en la ENVIM 2003, los estados con prevalencias más altas fueron Baja California Sur, Coahuila, Nayarit, Distrito Federal, Puebla, Tlaxcala, Oaxaca y Quintana Roo, mientras que en los que se observó prevalencias menores fueron Durango, Zacatecas, Tamaulipas, Aguascalientes, Veracruz, Guerrero y Morelos. La poca correspondencia entre la ENVIM 2003 y el subsistema de vigilancia puede explicarse por los diferentes criterios utilizados para la inclusión de los casos, es

decir, mientras en el subsistema del SUIVE se consideran los casos que solicitaron atención médica como consecuencia de agresiones perpetradas por pareja, padres o conocidos, mientras que la ENVIM 2003 estudió mujeres usuarias de los servicios de salud de 15 o más años de edad con antecedente de violencia perpetrada solamente por la pareja.

Por otra parte, se observó que al final de cada año, principalmente a partir de la semana 50, la notificación de casos nuevos de violencia familiar disminuye, lo cual podría atribuirse a que al final de año en la mayoría de las instituciones parte del personal se encuentra de vacaciones, lo cual podría estar provocando un rezago en el proceso de la notificación.

Entre 2000 y 2006 las entidades federativas con la mayor frecuencia de casos de violencia familiar durante fueron Jalisco, Chihuahua, Hidalgo, Distrito Federal, Nuevo León. Específicamente, en 2003, el año de la ENVIM, los estados con mayor notificación de casos de violencia familiar fueron; Jalisco con 3,923, Distrito Federal 608, Estado de México 580, Nuevo León 567, Hidalgo 498, y los que presentaron menos casos fueron Durango con 121, Baja California Sur 108, Nayarit 102 y Tlaxcala 58. Cabe resaltar que el estado de Jalisco presentó durante todos los años estudiados el mayor número de casos nuevos de violencia familiar notificados con respecto a todas las demás entidades federativas; la investigación ulterior arrojó que dicha situación se debió exclusivamente a la Unidad Médica de la Cruz Verde en la Jurisdicción Sanitaria 12 de Guadalajara reforma, en el Municipio de Guadalajara, la cual, de manera inusualmente buena notificó una gran cantidad de casos durante todo el periodo.

En lo que toca a la distribución de violencia familiar por sexo, en el año 2006, las mujeres correspondieron al 80% de la totalidad los casos de violencia. Dicho fenómeno es consistente con lo reportado en la literatura nacional e internacional.

Con respecto a la distribución porcentual de violencia familiar por grupo de edad, se observó un aumento en la frecuencia y el a incidencia a partir del grupo de 15 a 19 años, siendo el grupo más afectado el de 25 a 44 años, mientras que los grupos con menor número de casos notificados fueron los extremos de la edad (<1 año, de 60 a 64 años y <65). Como lo refiere Yamileth Ortiz en su artículo

“Una aproximación a la medicación de la Violencia Familiar” en Santiago de Cali Colombia 2003-2005, observándose que el grupo de edad más afectado es de los 25 a 35 años. (28) Un dato interesante es que en el grupo de menores de 1 año en los últimos dos años estudiados, los hombres presentaron el mayor número de casos, notificándose en el año 2005 63 casos en hombres y 62 en mujeres, mientras que en el 2006 se presentaron 71 casos en hombres y 59 en mujeres. No obstante, dada la magnitud pequeña de dicha ocurrencia de casos es probable que las diferencias se deban a fluctuaciones esperables más que a un patrón propio de la violencia ejercida por discriminación de género.

Con respecto a la distribución de casos de violencia familiar por institución del Sistema Nacional de Salud la Secretaría de Salud fue, durante todo el periodo, la que notificó más casos de violencia familiar alcanzando un 72.2% en el año 2006, seguida por el rubro de Otras instituciones con 16.6%. Esto podría deberse a que la Secretaría de Salud es la que administra el Sistema de Vigilancia y el Programa contra la Violencia Familiar, y en consecuencia podría estar ejerciendo mayor presión a sus unidades para la notificación. Otro punto relevante es que IMSS solidaridad notificó más casos que el régimen ordinario del IMSS. Sería importante identificar las probables diferencias en sus sistemas de notificación para homogeneizar criterios en dicho instituto. El ISSSTE y las otras instituciones presentaron un porcentaje muy bajo de notificación, lo cual podría significar la existencia de una población no detectada ni atendida por esta problemática. Lo anterior concuerda con los que señala Pablo Méndez Hernández en su artículo “Violencia contra la Mujer: Conocimiento y actitud del personal médico del IMSS, Morelos México” debido a que de la aplicación de un cuestionario relacionado con el tema de violencia de género respecto de su atención a médicos generales, especialistas, y estudiantes de pre y pos grado que laboran en centros de atención de primero y segundo nivel, el 90% nunca ha recibido capacitación respecto de la atención médica de la violencia de género, a pesar de ello tuvieron una actitud cooperadora, es decir, desconocían la forma de atención de personas que viven violencia razón por la cual no notificaron adecuadamente. (27)

En Colombia las políticas para la prevención de la violencia deben basarse en información, seguimiento, investigación y análisis, con el propósito de que las intervenciones que se ejecuten tengan mejores posibilidades de éxito y puedan ser evaluadas apropiadamente. El establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica de esta naturaleza es un proceso gradual que implica un enfoque multisectorial que, de ser posible, debe estar dirigido por una autoridad local o nacional. Bogotá, Cali y Medellín son las tres ciudades más grandes de Colombia y las tres cuentan con sistemas de información estadística para identificar patrones de criminalidad y delincuencia; se han llevado programas intersectoriales de prevención, los índices delictivos se han reducido, mientras que en el resto de las ciudades capitales de Colombia se ha seguido observando un ascenso. (27)

Para que las intervenciones en salud sean efectivas, es indispensable contar con un sistema de información mediante el cual, los diferentes actores sociales que participan en el proceso de vigilancia de la salud, y por ende en el de vigilancia epidemiológica, puedan identificar con claridad los elementos o aspectos sujetos de vigilancia y conocer los indicadores que advierten sobre la necesidad de intervenir.

Pero de la oportunidad y la calidad de los datos que alimenten al sistema de información que da soporte al sistema de vigilancia epidemiológica depende, sin lugar a dudas, la intervención efectiva, no solo de los servicios de salud, sino de los demás actores sociales que participan en el proceso de producción social de la salud.

En Costa Rica los eventos de violencia intrafamiliar pertenecen al subsistema de notificación obligatoria, establecido así por criterios de priorización (magnitud, gravedad, costo, trascendencia e importancia política). La recolección de datos es individual pero su notificación es semanal. (33)

Cuantificar la violencia o construir indicadores precisos de magnitud para cada una de sus múltiples manifestaciones presenta dificultades importantes. Algunas fuentes de información son los organismos de seguridad, estadísticas judiciales y las estadísticas de salud, las cuales presentan notable subregistro. Para algunos

tipos de violencia doméstica, resulta apropiado un sistema de vigilancia epidemiológica de carácter “centinela”, en el cual una o más instituciones escogidas determinan las tendencias de ese tipo de violencia y las reportan a la comunidad y al resto de los organismos dedicados a la prevención de la violencia. La OPS y el Banco Interamericano de Desarrollo enfatizan el rol de los municipios como unidad base para programas de vigilancia, prevención y control de la violencia en América Latina con la coordinación y apoyo necesarios a nivel regional y nacional. Los representantes políticos tienen más incentivos para implantar acciones contra la violencia si los resultados pueden notarse durante su período de ejercicio de funciones.

Un aspecto importante con respecto a los datos obtenidos por encuestas es que estos se basan en gran parte en información comunicada espontáneamente. Lo cual dificulta saber si estas firmas representan una subestimación o sobreestimación del grado real de las agresiones físicas y sexuales en los grupos de la población estudiada. Sin duda en los países sometidos a fuertes presiones culturales para mantener la violencia oculta es probable que la violencia no mortal se subestime. Por otro lado las víctimas de violencia quizá se rehúsen a hablar de sus experiencias no solamente por vergüenza y a causa de los tabúes si no también por temor. Además admitir que se ha sido de violencia puede ocasionar la muerte en algunos países por sus tradiciones

Los profesionales de la salud no pueden permanecer ajenos a la violencia familiar como problema de una gran magnitud en problemas de salud pública y su intervención es necesaria en la prevención, en la detección, en el tratamiento y en la orientación de esta en el cual es imprescindible un abordaje integral, coordinado con otros profesionales e instituciones.

XIII CONCLUSIONES

- ⇒ El subsistema de notificación semanal de casos nuevos, en el rubro de violencia familiar se encuentra en fase de desarrollo, es decir en vías de consolidación.
- ⇒ En el periodo estudiado dicho subsistema mostró ser sensible a las diferencias etarias, de género y estatales que operan en la distribución de la ocurrencia de violencia familiar, siendo consistente con reportes nacionales e internacionales.
- ⇒ El subsistema de notificación semanal de casos nuevos no presenta correspondencia con los resultados de la ENVIM 2003 debido a los aspectos metodológicos de esta y los operativos de aquel.
- ⇒ Hoy es una necesidad la conformación e implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica sobre hechos de violencia, el cual requiere contar con claridad en cuanto al propósito común: el beneficio de todas las instituciones y, en primer término, de la sociedad. Es importante saber que el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica es un proceso gradual. Por lo cual se requiere de un buen seguimiento y evaluaciones del de la vigilancia epidemiológica de la violencia familiar en nuestro país así como de las intervenciones adoptada.
- ⇒ Es una necesidad informar sobre los frutos de este tipo de actividades ya que no son de corto plazo. La forma en que se analizó debe estar respaldada por una revisión técnica y científica de la información obtenida.
- ⇒ Implementar políticas de salud simples eficaces, en el área de vigilancia y seguimiento epidemiológico de los hechos violentos tomando en consideración el control del consumo del alcohol y otras drogas, restricción al uso de armas de fuego, y la adecuada atención de urgencias en los servicios de salud, que permitirían reducir sustancialmente tanto la incidencia de la violencia como sus costos. Más y mejor educación, así como un crecimiento económico equitativo que

permita reducir la pobreza, resultan antídotos de enorme eficacia para la agresión sobre el hombre y sus bienes.

- ⇒ Es importante considerar que es necesario trabajar de forma permanente los programas diseñados por el sector salud para consolidar los servicios de atención a la violencia, con la finalidad que cada persona que sufra de violencia reconozca en las instituciones de salud un recurso para su atención de manera respetuosa, que no cuestione la veracidad de los hechos que reporta y que le ofrezca alternativas para acceder a una vida sin violencia como parte de sus derechos humanos básicos, coadyuvando con el estado para el diseño de las políticas públicas necesarias para atender este grave problema de salud pública.
- ⇒ La demanda a los servicios de salud es de acuerdo a la gravedad de las lesiones ocasionadas, limitándose a la salud física por lo que la búsqueda de casos en los otros tipos de violencia con una vigilancia activa ayudaría a una detección y atención eficiente y eficaz con un impacto positivo en la notificación y por ende en la toma de decisiones por los programas responsables.
- ⇒ Mejorar la vigilancia epidemiológica con una evaluación profunda evaluando costo beneficios del manejo de los casos a nivel local estatal y nacional.
- ⇒ Necesidad de capacitar y sensibilizar al personal médico sobre la materia;
- ⇒ Incorporar esta capacitación en los planes de estudio de medicina, enfermería, trabajo social, psicología y áreas afines a la salud pública.
- ⇒ Por último, el fenómeno de la violencia familiar, en particular, va más allá de las lesiones físicas e incluye el maltrato psicológico, el abandono y el maltrato sexual entre otros

XIV LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

- ⇒ La notificación de casos de violencia familiar inicio a partir del año 2000 pero aún no incluía la variable sexo por lo cual los años 2000, 2001 y 2002 no cuentan con análisis de dicha variable y no se pueden comparar con los años subsecuentes ni con información reportada en la bibliografía.
- ⇒ La información sobre los sistemas de vigilancia en otros países fue mínima y difícil obtención.
- ⇒ Al no contar la violencia familiar con un sistema especial para la notificación de casos y realizarse en forma semanal a través del SUIVE 1, no se cuenta con información detallada de los casos, lo cual es importante para conocer el comportamiento de los casos de violencia y obtener un análisis epidemiológico que sirva para diseñar estrategias para su atención en el sector salud.
- ⇒ Brindar capacitación al personal medico y de la salud son insuficientes para identificar y manejar adecuadamente los casos de violencia familiar.
- ⇒ Es necesario definir mejor el papel que ha de desempeñar el sector salud, tanto en la prevención como en las respuestas a las necesidades de las víctimas de la violencia
- ⇒ Apoyar la modificaciones a la NOM 190 que nos ayuden a agilizar los procedimientos para la actualización y validación del Ante proyecto de norma
- ⇒ Por ello es importante implementar capacitación al personal de salud y actividades eficaces en el área de promoción de la salud para crear vínculos afectivos entre los usuarios que eviten se dificulte el reporte de las lesiones, por el temor a una represarías.
- ⇒ Realizar una investigación minuciosa en el estado de Jalisco, donde la Cruz Verde es la unidad de salud que más casos de violencia familiar ha notificado en el periodo de 2000 a 2006, siendo de gran importancia corroborar dicha información, estudiar su metodología y rescatar procedimientos útiles para su aplicación en el ámbito nacional.

XV REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdez Santiago R, Higar-Medina, del silencio privado a las salas de urgencias: **La Violencia Familiar como un Problema de Salud Pública**. Gac Med México, p.159. 2002
2. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No 19, **Temas de Salud Mental en la Comunidad**, Organización Panamericana de la Salud, p.51. 1992.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la **Vigilancia Epidemiológica**. Secretaria de Salud, p 3. 1994.
4. Ferran Martínez Navarro, **Vigilancia Epidemiológica**, McGraw-Hill-Interamericana, pp. 16-18. 2004.
5. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Sistema único de Información, **Tópicos sobre la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmisibles**. Boletín 41, p. 2. 2005
6. Programa de Acción, **Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica**, SINAVE, segunda edición. Secretaría de Salud, p. 19. 2001
7. Organización Panamericana de la Salud, **Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud**, OPS-OMS, pp. 7-10. 2003.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, **Prestación de los servicios de Salud. Criterios para la Atención médica de la Violencia Familiar**. Secretaria de Salud, p. 7. 1999
9. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Manual Operativo, **Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual**, Secretaría de Salud, pp. 12-1, 19-21. 2006
10. Golder, V., Penn, P., Sheingberg, M. & Walker, G. Loved and Violence: **Gender Paradoxes in Volatile Attachments**. Family Process, pp 343-364 1990.
11. Vírveda, J. A. **La Familia y la Violencia Intrafamiliar**. Psicología Iberoamericana, 50-65. 2000.

12. Corsi J, **Violencia Familiar una mirada interdisciplinaria**, Buenos aires Argentina, Paidos, p. 15. 1994
13. Andersen, S. M., Ramírez T., and Shwartz, A. H. Psychological maltreatment of spouses. En Ammerman, R. T . & Hersen, M (Eds). **Case studies in family violence**. New York, EE.UU: Plenum Press. 1991
14. Calveiro Garrido Pilar. **Redes Familiares de Sumisión y Resistencia**. Universidad de la Ciudad de México, p.45. 2003
15. Dirección General Adjunta de Equidad de Género, **Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra Mujeres**. Secretaría de Salud, pp. 14-16.
16. ARCOS G, Estela, UARAC U, Myrna, MOLINA V, Irma et al. **Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal**. Revista. Médica, Chile, pp. 11-12. 2001
17. Whaley, J. A. Violencia Intrafamiliar. **Causas Biológicas, Psicológicas, Comunicacionales e Interaccionales**. México Plaza y Valdés, p. 21. 2001
18. Torres Falcon Martha, La Violencia en Casa, Paidos, p.25. 1999
19. Juan Luís Londoño, Rodrigo Guerrero, Violencia en América Latina Epidemiología y Costos. **Red de Centros de Investigación de la Oficina del Economista Jefe Banco Interamericano de Desarrollo (BID)**, pp 3, 4 y 5.1999
20. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y Ministerio de Sanidad y Consumo, **Violencia Domestica** pp 1-58. 2003
21. Secretaría de Salud, **Informe Nacional sobre la Violencia y Salud**, pp. 7-10, 19-26.
22. Secretaría de Salud, **Informe Nacional sobre la Violencia y Salud**, pp. 7-10, 19-26.
23. Secretaria de Salud **Información Epidemiológica de Morbilidad 2003**. Tomo I y II México: Dirección General de Epidemiología, Secretaria de Salud. Noviembre 2004.
24. A statistical profile, Family violence in Canada. p. 1. 2006

25. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. **Secretaría General de Políticas de Igualdad**. España. pp. 6 y 7. 2004
26. Secretaria General de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiológica **Violencia Domestica** .España. pp 1-69.2004
27. Alberto Concha-Eastman A., Guerrero-Rodrigo. **Vigilancia Epidemiológica para la Prevención y el Control de la Violencia en las Ciudades**. Panam Am J Public Health pp. 4 y 5. 1999.
28. Organización Panamericana de la Salud, **Guías para el Diseño, Implementación, de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Violencia y Lesiones**. pp.1-45.2001
29. Centro e desarrollo Estratégico e información en salud y seguridad social. **Vigilancia Epidemiológica**. Costa Rica. pp 1-69.2004
30. Sistema de Vigilancia Hospitalario de Lesiones [Monografía en Internet] Nicaragua: Minsa/Cdc/Ops. Disponible en:
http://64.233.167.104/search?q=cache:6z0nHR34aJwJ:www.cdc.gov/nchs/data/ice/nicaragua03-05_patient_form.pdf+SISTEMA+DE+VIGILANCIA+HOSPITALARIO+LESIONES+NICARAGUA&hl=es&ct=clnk&cd=4&gl=mxCURSO DE GESTION
31. Centro de desarrollo Estratégico e información en salud y seguridad social. **Vigilancia Epidemiológica**. Costa Rica. pp 1-69.2004
32. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud Capítulo I, **“La Violencia un Problema de Salud Pública”** Organización Mundial de la Salud. 2004.
33. Buvinic-Mayra, Morrison-Andrew, Orlando-María B. **Violencia, Crimen y Desarrollo Social en América Latina y el Caribe**. Papeles de Población, enero-marzo, número 043. Universidad Autónoma del Estado de México.

Glosario

Es necesario adoptar definiciones claras y precisas sobre los hechos que se van a incluir, de tal forma que se puedan hacer comparaciones, análisis y seguimiento, aun cuando es recomendable que las definiciones sean comparables con los patrones internacionales. Se presentan a continuación algunas definiciones de uso común:

Abandono: al acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.

Atención Médica de la Violencia Familiar: al conjunto de servicios que se proporcionan con el fin de promover, proteger y restaurar la salud física y mental, de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar. Incluye la promoción de relaciones no violentas, la prevención de la violencia familiar, la detección y el diagnóstico de las personas que viven esa situación, la evaluación del riesgo en que se encuentran, la promoción, protección y restauración de su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas.

Consejería: al proceso de análisis y apoyo, mediante el cual la o el prestador de servicios de atención médica, con los elementos que se desprenden de la información recabada, ofrece alternativas a la o el usuario respecto de su situación.

Detección de Probables Casos: a las actividades que en materia de salud están dirigidas a identificar a las o los usuarios que se encuentran involucrados en situación de violencia familiar, entre la población en general.

Discapacitado o Persona con Discapacidad: al ser humano que presenta de manera temporal o permanente una disminución en sus facultades físicas, mentales o sensoriales que le limitan realizar una actividad considerada como normal.

Grupos Vulnerables: a las niñas, niños, adolescentes; mujeres embarazadas o personas en situaciones especialmente difíciles; adultos mayores; hombres y

mujeres con enfermedad física o mental discapacitante, o en desventaja física, económica o cultural.

Homicidio: Es el acto por el cual una persona mata a otra. Por lo común es el ejecutado ilegítimamente y con violencia.

Indicadores de Abandono: a los signos y síntomas, físicos o psicológicos, debidos al incumplimiento de obligaciones entre quien lo sufre y quien está obligado a su cuidado y protección, que pueden manifestarse en la alimentación y en la higiene, en el control o cuidados rutinarios, en la atención emocional y el desarrollo psicológico o por necesidades médicas atendidas tardíamente o no atendidas.

Identificación del Grado de Riesgo: a la valoración que a través de un interrogatorio mínimo, permite identificar la presencia del maltrato, la probabilidad de incremento de la frecuencia y la gravedad del mismo debido a violencia familiar, entre las o los usuarios en situación de riesgo o entre la población en general.

Indicadores de Maltrato Físico: a los signos y síntomas hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefálicos, trauma ocular, entre otros-, congruentes o incongruentes con la génesis de los mismos, recientes o antiguos, con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes.

Indicadores de Maltrato Psicológico: a los síntomas y signos, indicativos de alteraciones a nivel del área psicológica -autoestima baja, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación, entre otros- o de trastornos psiquiátricos como del estado de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad; abuso o dependencia a sustancias; ideación o intento suicida, entre otros.

Indicadores de Maltrato Sexual: a los síntomas y signos, físicos -lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales- o psicológicos -baja autoestima, ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales, del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimentaría, por estrés postraumático; abuso o

dependencia a sustancias, entre otros-, alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual.

Maltrato Físico: al acto de agresión que causa daño físico.

Maltrato Sexual: Acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir. Se incluye todas las formas de coerción sexual, por ejemplo: el hostigamiento, la imposición forzada de determinadas prácticas sexuales tales como el manoseo, la exposición a la pornografía, etcétera. La violencia sexual es la que permanece más oculta, particularmente la que ocurre en la familia contra las mujeres y niños o niñas.

Móvil-Motivo: Razón posible o establecida por la cual se presentó el hecho violento.

Muerte: (o lesión) en accidente de tránsito, u homicidio (o lesión) culposo, no intencional. Es la muerte (o lesión) que se produce como consecuencia de una colisión o atropellamiento por un vehículo de transporte. Aun cuando pueden existir eventos agravantes como el consumo de alcohol u otras drogas, generalmente es sin intención.

Participación Social: al proceso que promueve y facilita el involucramiento de la población y las autoridades de los sectores público, social y privado, en la planeación, programación, ejecución y evaluación de programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

Prestadores de Servicios de Salud: a los profesionales, técnicos y auxiliares que proporcionan servicios de salud en los términos de la legislación sanitaria vigente y que son componentes del Sistema Nacional de Salud.

Resumen Clínico: al documento elaborado por un médico, en el cual se registran los aspectos relevantes de la atención médica de una o un usuario, contenidos en el expediente clínico.

SINAVE: Es el conjunto de relaciones formales y funcionales en el cual participan coordinadamente las instituciones del Sistema Nacional de Salud a través de su

estructura, para llevar a cabo, de manera oportuna y uniforme, la vigilancia epidemiológica.

SUIVE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica

SUAVE: Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica

SV: Sistema de Vigilancia

Usuaría o usuario: a toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

Víctima: Es toda persona que individual o colectivamente ha sufrido daño físico, mental, emocional, pérdida económica, o sustancial desmejora de sus derechos fundamentales, debido a actos u omisiones que violan las leyes que operan en ese Estado.

Violencia: Es la amenaza o uso intencional de la fuerza, la coerción o el poder, bien sea físico, psicológico o sexual, contra otra persona, grupo o comunidad, o contra sí mismo, y produce, o tiene alta probabilidad de producir, daño en la integridad física, psíquica, sexual, en la personalidad, y aun en la libertad de movimiento de la víctima.

Violencia contra la Mujer: “Cualquier acto de fuerza verbal o física, o depravación que atente contra la vida, dirigida a una mujer o niña y que le cause daño físico o psicológico, humillación o depravación arbitraria de su libertad o que perpetúe la subordinación femenina”.

Violencia contra el Niño o Maltrato Infantil: Es un acto de fuerza que produce daño físico o emocional, temporal o permanente, que limita el desarrollo del niño. Puede consistir en castigo físico o verbal, negligencia, privación de la libertad o relación con otros niños, subvaloración de su capacidad y otras formas de falta de apoyo al desarrollo individual.

Violencia Económica: Control del dinero, a no informar el monto de los ingresos familiares y a impedir el acceso a ellos.

Violencia Familiar: al acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder en función del sexo, la edad o la condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono.

VF: Violencia Familiar

Violencia Física: Se refiere al uso de la fuerza física o de armas en ataques que lesionan o hieren como golpear, asfixiar, morder, arrojar objetos contra la otra persona, patear, empujar, utilizar un arma, como un revólver, cuchillo u objeto punzo cortante.

Violencia Patrimonial: Es el control del patrimonio, herencia o bienes materiales de la pareja o hijos. **Violencia Institucional:** Abuso que las instituciones, privadas o públicas, cometen hacia las personas, se genera en dos niveles y puede causar daño físico o emocional

Violencia Psicológica: La NOM 190 la reconoce como “la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos. Es la que se da en mayor medida, y está presente en todos las demás tipos de violencia.

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Figura 1 Vigilancia de la VF* en México (diagrama de flujo) _____
2. Figura 2 Casos de VF en México de 2000-2006 _____
3. Figura 3.0 Incidencia de VF en México de 2000-2006 _____
4. Figura 3.1 Casos e Incidencia de VF en México de 2000-2006 _____
5. Figura 4. 0 Casos de VF por Semana Epidemiológica en México 2003 _____
6. Figura 4.1 Casos de VF por Semana Epidemiológica en México 2006 _____
7. Figura 5. 0 Distribución de Casos de VF por institución notificante 2000 _____
8. Figura 5. 1 Distribución de Casos de VF por institución notificante 2006 _____
9. Figura 6. 0 Incidencia de VF por entidad federativa de 2000 _____
10. Figura 6. 1 Incidencia de VF por entidad federativa de 2003 _____
11. Figura 6. 2 Incidencia de VF por entidad federativa de 2006 _____
12. Figura 7. 0 Distribución de casos de VF por entidad federativa 2001 _____
13. Figura 7. 1 Distribución de casos de VF por entidad federativa 2003 _____
14. Figura 7. 2 Distribución de casos de VF por entidad federativa 2005 _____
15. Figura 7. 3 Distribución de casos de VF por entidad federativa 2006 _____
16. Figura 8. 0 Distribución Porcentual de casos de VF por sexo en 2003 _____
17. Figura 8. 1 Distribución Porcentual de casos de VF por sexo en 2006 _____
18. Figura 9. 0 Distribución de casos de VF por grupo de edad año 2000 _____
19. Figura 9. 1 Distribución de casos de VF por grupo de edad año 2003 _____
20. Figura 9. 2 Distribución de casos de VF por grupo de edad año 2006 _____
21. Figura 10.0 Distribución de casos de VF por grupo de edad y sexo 2003 _____
22. Figura 10.1 Distribución de casos de VF por grupo de edad y sexo 2005 _____
23. Figura 10.2 Distribución de casos de VF por grupo de edad y sexo 2006 _____
24. Figura 11. Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Violencia en países de América Latina _____

*VF: Violencia Familiar

ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla 1 Prioridades para la Vigilancia Epidemiológica, en los países que conforman la región de las Américas definidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) _____
2. Tabla 2 Variables de Persona , lugar y tiempo del hecho violento sugeridas por la organización panamericana de la salud (OPS) _____
3. Tabla 3 Definición Operacional de las Variables _____
4. Tabla 4 Diferencia porcentual de casos de VF en México 2000-2006 _____
5. Tabla 5 Distribución de casos de VF por institución notificante México 2003 _____
6. Tabla 6 Incidencia de VF por entidad federativa México 2000-2006 _____
7. Tabla 7 Comparación entre las variables de persona, lugar y tiempo del hecho violento propuestas por la OPS y las empleadas en otros países _____

ÍNDICE DE ANEXOS

1. Anexo 1 Formato SUIVE 1. Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades ____

2. Anexo 2 Aviso al Ministerio Público (Violencia Familiar

3. (apéndice informativo 1) _____

4. Anexo 3 Registro de Atención en caso de Violencia Familiar

5. (apéndice informativo 2) _____

6. Anexo 4 Anexo 4 Sistema de Vigilancia Hospitalario de Lesiones. Nicaragua/MINSA _

7. Anexo 5 Cronograma de actividades _____



SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Informe semanal de casos nuevos de enfermedades

Instrucciones: Llena a máquina preferentemente, sólo al escribir en el reverso colócale papel carbón y siga el orden del original y copia; remita el original al nivel jerárquico inmediato superior y conserve la copia

Unidad: _____ Clave: _____ Semana No. _____ del _____ de _____ de _____ de 20 _____ SUVE-1-2004

Localidad: _____ Municipio: _____ Jurisdicción: _____ Entidad o Delegación: _____

Instalación: Secretaría de Salud 1 IMSS 2 ISSSTE 3 Otras (especifica) 4 _____ IMSS-Oportunidades 5 DIF 6 PEMEX 7 SEDENA 8 SEMAR 9

Grupo	Diagnóstico y Código CIE 10a Revisión	EPI Clave	Número de casos según grupo de edad y sexo																Total		TOTAL						
			< de 1 año		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 44		45 - 49		50 - 59			60 - 64		65 Y >		Ign.	
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F	M	F	M	F
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN	MEMBRITA TUBERCULOSA (*) J11.0	44																									
	TETANOS (*) J24.435	85																									
	TETANOS NEONATAL (*) J23	86																									
	DIFTERIA (*) J25	82																									
	TOS FERVA (*) J27	83																									
	SARAMPIÓN (*) J05	87																									
	RUBOLA (*) J06	32																									
	PAROTIDITE INFECCIOSA B28	42																									
	HERPES AGUDO TIPO 8 (*) B25	38																									
	RUBOLA CONGÉNITA (-) P30.0	100																									
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS DEL APARATO DIGESTIVO	COLEERA (*) A02	61																									
	FIEBRE TIFOIDEA A01.5	66																									
	PARATIFOIDEA Y OTRAS SALMONELOSIS A01.1-A02	11																									
	SHIGELOSIS A02	65																									
	INF. INT. POR OTROS ORGANISMOS Y LESIONES DEFINIDAS A04.435-A04	69																									
	INFECCIÓN ALIMENTARIA BACTERIANA A05	68																									
	ANEMIASG INTESTINAL A06.5-A06.3, A06.9	62																									
	DISPEPSIAS A07.1	67																									
	OTRAS INF. INT. DEBIDAS A PROTOZOARIOS A07.2, A07.3, A07.9	63																									
	TRINAGIS (-) B86	12																									
	ASCARIASIS B71	64																									
	ENTEROBIOSIS B86	13																									
	OTRAS HELMINTIASIS B65-B67, B70-B74, B76, B78, B81-B83	14																									
PRINCIPALES DEL APARATO RESPIRATORIO	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA (-) A15-A18	19																									
	OTITIS MEDIA AGUDA HES.4-HES.1	10																									
	FARINGITIS Y FARINGALITIS ESTREPTOCOCCAS J02.0, J02.1	15																									
	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS J05.00, J05.01, J05.02, J05.03, J05.04, J05.05, J05.06, J05.07, J05.08, J05.09, J05.10, J05.11, J05.12, J05.13, J05.14, J05.15, J05.16, J05.17, J05.18, J05.19, J05.20, J05.21, J05.22, J05.23, J05.24, J05.25, J05.26, J05.27, J05.28, J05.29, J05.30, J05.31, J05.32, J05.33, J05.34, J05.35, J05.36, J05.37, J05.38, J05.39, J05.40, J05.41, J05.42, J05.43, J05.44, J05.45, J05.46, J05.47, J05.48, J05.49, J05.50, J05.51, J05.52, J05.53, J05.54, J05.55, J05.56, J05.57, J05.58, J05.59, J05.60, J05.61, J05.62, J05.63, J05.64, J05.65, J05.66, J05.67, J05.68, J05.69, J05.70, J05.71, J05.72, J05.73, J05.74, J05.75, J05.76, J05.77, J05.78, J05.79, J05.80, J05.81, J05.82, J05.83, J05.84, J05.85, J05.86, J05.87, J05.88, J05.89, J05.90, J05.91, J05.92, J05.93, J05.94, J05.95, J05.96, J05.97, J05.98, J05.99, J06.00	16																									
	NEUMONÍAS Y BRONCOINFECCIONES J12.0-J12.9, excepto J12.2 y J12.3	17																									
INFLUENZA (*) J10-J11	80																										

ANEXO 1 FORMATO SUIVE-1. INFORME SEMANAL DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDADES



**ANEXO 2 AVISO AL MINISTERIO PUBLICO
(VIOLENCIA FAMILIAR, APENDICE INFORMATIVO 1)**

Folio: _____

Nombre, razón o denominación social del establecimiento _____						
Institución	Localidad	Municipio				
C.P.	Entidad Federativa					
Servicio elaboración	Cama	Fecha	de	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
				día	mes	
U S U A R I O D O (A) (A)	Nombre	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Edad	
					Años	Sexo
						1. Masculino 2. Femenino
Domicilio						
Calle		Número exterior	Número interior	Barrio o colonia	Código postal	
Localidad		Municipio		Entidad Federativa		
Fecha de atención médica				Hora de recepción del usuario(a) afectado(a)		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	día	mes	año	horas	minutos	
Motivo de atención médica						
Diagnóstico(s)						
Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte:						
Plan:						
a) Farmacoterapia						
b) Exámenes de laboratorio y gabinete						
c) Canalización						
				Referencia		
Seguimiento del caso:						
Area de trabajo social						
Area de psicología						
Area de medicina preventiva						
Area de asistencia social						
Pronóstico						
Notificación						
ha	Fec	<input type="text"/>	Agencia del Ministerio Público	Nombre y cargo del receptor		
	día mes año		Presidencia Municipal			
			Jurisdicción Sanitaria	No. y nombre de Agencia del Ministerio Público.		
			Otra Instancia	Especificar		
				Especificar		
Médico	Notificante:				Firma	
Nombre						

Anexo 4 Sistema de Vigilancia Hospitalario de Lesiones. Nicaragua/MINSA

I- DATOS GENERALES DEL PACIENTE.	
Hora:	
Día:	
Sexo: Masculino: Femenino	
Nombre y apellidos:	
Fecha de nacimiento: día/mes/año	
Ocupación:	
Dirección donde vive el paciente:	
Barrio/Comarca:	
Municipio	
Departamento:	
Si es lesión, complete los siguientes datos:	
Lugar exacto donde ocurrió el evento:	
Municipio:	
Departamento:	
Fecha: Día/mes/ año	
Hora:	
Relación del acompañante:	
Nombre del Admisionista:	
II. DATOS GENERALES DEL EVENTO	
(Marque solo uno en cada variable)	
Mecanismo: Eventos que desencadenaron la ocurrencia de la lesión Intencionalidad: función del ser humano en la ocurrencia de la lesión	
1. No intencional (accidentes)	
2. Autoinfligida (suicidio/intento)	
3. Intencional (agresiones)	
8. Otros	
9. No se sabe	
Lugar: ¿Dónde ocurrió la lesión?	
1. Casa	
2. Escuela/ lugar estudio	
3. Calle	
4. Trabajo	
5. Bar y/o similares	
8. Otros	
9. No se sabe	
1. Transporte (en movimiento)	
2. Agresión sexual	
3. Caída: mismo nivel otro nivel	
4. Golpe/fuerza contundente	
5. Objeto cortante/punzante	
6. Disparo arma fuego	
7. Quemadura: fuego humo, calor, líquidos calientes	
8. Estrangulamiento	
9. Inmersión/ Ahogamiento	
10. Envenenamiento: fármacos, plaguicidas, hidrocarburos otros	
11. Explosión: minas artefacto explosivo	
12. Mordedura: Persona animal cual	
13. Descarga eléctrica	
14. Desastre natural	
15. Cuerpo extraño	
98. Otros.	
99. No se sabe	
Actividad ¿Qué estaba haciendo la persona cuando se lesionó?	
1. Trabajando	
2. Estudiando	
3. Practicando deporte	
4. Viajando	
5. Jugando/ Recreación/descanso	
6. Tomando licor/otras drogas	
8. Otros	
9. No se sabe	
III. DATOS ESPECIFICOS DEL EVENTO	
(Marque solo uno en cada variable)	
Lesiones relacionadas a transporte Violencia/Agresiones Autoinfligida Intento de suicidio/Suicidio	
Tipo Usuario:	
1. Peatón	
2. Conductor	
3. Pasajero/a	
8. Otros	
9. No se sabe	
Elementos de seguridad (Usuario)	
1. Cinturón: Si/No/ NS	
2. Casco : Si/No/ NS	
3. Porta bebé: Si/ /NS	
Tipo Transporte:	
1. Bicicleta	
2. Motocicleta	
3. Carro	
4. Camioneta tina	
5. Camión	
6. Autobús	
7. Carreta/animal	
98. Otros	
99. No se sabe	
CONTRAPARTE:	
1. Peatón	
2. Vehículo no motorizado, cual	
3. Vehículo motor, cual	
4. Objeto fijo (árbol, poste)	
8. Otros...	
9. No se sabe	
Relación Agresor con Víctima:	
1. Pareja actual o ex	
2. Padres/Padrastrós	
3. Otros familiares	
4. Amigos/as conocidos	
5. Desconocido	
6. Otros	
9. No se sabe	
Sexo de agresor(es)	
1. masculino	
2. femenino	
9. No se sabe	
Contexto:	
1. Riña, pelea	
2. Robo, asalto	
3. Drogas	
4. Agresión Sexual.	

Continúa Anexo 4 Sistema de Vigilancia Hospitalario de Lesiones. Nicaragua/MINSA

5. grupos juveniles (Pandillas)	11. Manos/dedos
6. Violencia intrafamiliar/pareja	12. Abdomen
8. Otros	13. Pelvis/genitales
9. No se sabe	14. Muslos
Número de agresores:	15. Piernas
1. Único	16. Pies/dedos
2. Dos o más	17. Espalda
Factores precipitantes:	18. Múltiples
1. Conflicto familiar	98. Otros
2. Enfermedad física	99. No se sabe
3. Problemas psicológicos	1. Fractura
4. Problemas financieros	2. Torcedura/desgarro
5. Problemas justicia	3. Corte, herida abierta/mordedura
6. Muerte familiar	4. Hematoma/lesión superficial
7. Abuso sexual o físico	5. Quemaduras
8. Probl. Pareja/novio/a	6. Trauma craneoencefálico
9. Fracaso escolar	7. Lesión de órganos sistémicos
10. Embarazo no previsto	8. Contusión tejidos blandos
98. Otros	9. Intoxicación
99. No se sabe	98. Otros
1. Primera vez	99. No se sabe
2. Subsecuente	1. Leve o superficial
Bajo efectos del alcohol:	2. Moderada (requiere algún tratamiento como, lavado gástrico, observación, fractura cerrada)
1. Si hay evidencia	3. Severa (requiere manejo médico avanzado como, cirugía mayor o UCI)
2. No hay evidencia	Condición al egreso
Drogas:	1. Fallecido
1. Si hay evidencia	2. Vivo
2. No hay evidencia	Fecha: Hora atención:
Fecha: día/mes/año	Tiempo espera _____ Hr / Mn.
IV. DATOS CLINICOS	Urgencia real: SI ___ NO ___ día /mes/ año
Sitio anatómico	Signos vitales :
Naturaleza de la lesión	P/A _____
Severidad	Fc _____
Destino del paciente	Fr _____
1. Tratado y enviado a casa	T° _____
2. Hospitalizado	Motivo Consulta (Queja principal):
3. Referido	Historia actual de la Enfermedad o Lesión:
4. Fuga	Examen Físico:
5. Abandono voluntario	Impresión diagnóstica (CIE-10):
6. Fallece en emergencia	Plan Tratamiento:
7. Llega fallecido	Nombre del médico/a:
1. Cabeza	Código:
2. Ojos	
3. Oídos	
4. Nariz	
5. Boca	
6. Cuello	
7. Tórax	
8. Mamas	
9. Brazos	
10. Antebrazos	Firma:

Fuente: Sistema de Vigilancia Hospitalario de Lesiones [Monografía En Internet] Nicaragua: MINSA/CDC/OPS. Disponible en: http://64.233.167.104/search?q=cache:6z0nHR34aJwJ:www.cdc.gov/nchs/data/ice/nicaragua03-05_patient_form.pdf+SISTEMA+DE+VIGILANCIA+HOSPITALARIO+LESIONES+NICARAGUA&hl=es&ct=clnk&cd=4&gl=mx

ANEXO 5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TAREAS A REALIZAR	MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO	
	Ene-15	16-31	Ene-15	16-30	Ene-15	16-31	Ene-15	13-27
DEFINIR E IDENTIFICAR TEMA	■							
IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES		■						
REVISIÓN DE LA LITERATURA		■	■	■	■			
FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS		■						
RECOLECCIÓN DE LAS BASES DEL SUAVE		■	■					
PLANEACIÓN DE LOS RECURSOS			■	■	■			
OBTENCIÓN DE LOS DATOS			■	■				
CODIFICACIÓN DE LOS DATOS				■	■			
REPRESENTACIÓN TABULAR, GRAFICA DE LOS RESULTADOS						■		
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS						■	■	
REDACCIÓN DE INFORME CIENTÍFICO						■	■	
IMPRESIÓN Y ENTREGA FINAL DE TESIS								■