

INSTRUCCIONES

Diseño de un sistema de vigilancia contra la violencia intrafamiliar

Design of a surveillance system against the intrafamily violence

Dra. Imilsy Delgado Matos, Dra. Miriam Gómez Dorado y Dra. Maribel Alcaraz Martínez

Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una investigación teórica, descriptiva y transversal, con vistas a diseñar un sistema de vigilancia contra la violencia intrafamiliar en el área de salud "Julián Grimau García" de Santiago de Cuba, durante el 2014. Se utilizaron técnicas cualitativas, tales como entrevista formal e informal, observación no participante, observación indirecta y opinión de grupo de expertos. Entre las condiciones significativas predominantes figuraron: familias disfuncionales, baja escolaridad, hacinamiento y situación económica crítica; todo ello permitió profundizar en los elementos y factores de riesgo que influyeron en la génesis de la violencia.

Palabras clave: sistema de vigilancia, factor de riesgo, violencia intrafamiliar, atención primaria de salud.

ABSTRACT

A theoretical, descriptive and cross-sectional investigation aimed at designing a surveillance system against the intrafamily violence in "Julián Grimau García" health area was carried out in Santiago de Cuba, during the 2014. Qualitative techniques, such as formal and informal interview, non participative observation, indirect observation and opinion of experts' group were used. Among the predominant significant conditions there were: dysfunctional families, low school level, hacination and critical economic situation; all this allowed to deepen in the elements and risk factors influencing on the genesis of violence.

Key words: surveillance system, risk factor, intrafamily violence, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La consolidación de la iniciativa para la reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria de salud y su integración a la salud mental, unido al incremento de la participación comunitaria, han posibilitado que la violencia intrafamiliar sea un problema importante a resolver.

A la salud pública le toca desempeñar un papel importante, pues detecta o registra preferiblemente la violencia cuando tiene connotaciones; sin embargo, no posee registros de esta cuando se produce en la cotidianeidad del hogar, que no mata, pero perjudica la calidad de vida y el estado de salud de los individuos. Este es uno de los factores por los cuales los registros de morbilidad por violencia son escasos.¹

Un enfoque integral de intervención hacia la conducta violenta debe tomar en cuenta no solo los componentes biológicos, psicológicos y sociales, sino también las peculiaridades sociales, grupales e individuales, históricas y culturales. Aunque se dispone de datos de calidad, la información puede ser inadecuada para fines de investigación, así como para diseñar estrategias de prevención, debido a que los organismos e instituciones llevan registros para sus propios fines y sus datos pueden estar incompletos o carecer de la información necesaria.^{2,3}

Diversos estudios^{4,5} sobre vigilancia de la violencia intrafamiliar señalan que la vinculación con los datos de las diversas fuentes es uno de los problemas más difíciles en la investigación sobre este tema, puesto que existe una variedad de organizaciones que actúan independientemente unas de otras y, generalmente, no pueden vincularse los datos recopilados por cada una de ellas, por ejemplo: la información que recoge la policía con la de los médicos o forenses. Además, se adolece en la forma de recolectarlos; por tanto, resulta difícil realizar comparaciones.

Por otra parte, en la bibliografía médica consultada sobre el tema se profundiza en los conocimientos con respecto a la verdadera situación de la violencia y se ofrecen enfoques más objetivos, pues se trata de un mundo y una realidad mucho más compleja, donde todo es multicausal y requiere de un punto de vista multidimensional, teniendo en cuenta los contextos: económico, político, social, cultural y ético.⁶⁻⁸

NECESIDAD DE VIGILANCIA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN SALUD MENTAL

- La reorientación de la psiquiatría y la salud mental hacia la comunidad introduce nuevos estatutos y acciones no contemplados en el sistema habitual.
- Las características propias de la salud mental en el campo de la salud, están dadas por la conducta del hombre como ser social en los ámbitos individual, familiar y social, donde va a manifestar tanto el estado de salud como la enfermedad mental.
- Trasciende los límites de las enfermedades no transmisibles con énfasis en situaciones que afectan la salud, la protegen y promueven.
- Es necesario contar con la información que permita una evaluación sistemática del accionar del subsistema de salud mental, a partir de eventos seleccionados como garantía de calidad.
- Se considera como importante problema de salud por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Los servicios de salud atienden las consecuencias de la violencia.
- En elevada proporción se atienden solamente las lesiones físicas sin relacionarlas con su base psicosocial.
- El subregistro de la demanda asistencial de todo tipo originado por la violencia no permite conocer la real magnitud del problema.
- La violencia simbólica, psicológica y aún la física (cuando no necesita atención médica) solo en pocas ocasiones demandan atención.
- La violencia trasciende los límites del sector salud, tanto en su prevención, como en la atención al daño y rehabilitación.
- Elevados costos directos por atención a víctimas y victimarios e indirectos por consecuencias sobre integración y producción social (laboral, educacional) de víctimas y victimarios.⁷⁻⁹

Sobre la base de las consideraciones anteriores y teniendo en cuenta los resultados obtenidos a través de las técnicas utilizadas, se decidió diseñar un sistema de

vigilancia contra la violencia intrafamiliar en el área de salud "Julián Grimau García" de Santiago de Cuba.

MODALIDADES A UTILIZAR

- Vigilancia demográfica
 - A nivel individual: permite la entrada de casos y su incorporación al programa.
 - A Nivel poblacional: para realizar el cálculo de tasa e indicadores.
- Vigilancia del estado de salud: es la observación continua del estado de salud de la población mediante la actualización del diagnóstico comunitario.
- Monitoreo: consiste en la observación continua del cumplimiento del programa.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA

El funcionamiento del sistema requiere de la participación integrada de toda el área de salud, asistencia médica, higiene y epidemiología, medicamentos, servicios básicos, entre otros. Desempeñan un papel fundamental los departamentos de atención primaria, hospitales, estadísticas y el responsable de los programas de salud mental.

De hecho, el sistema está concebido por 2 subsistemas (comunitario y hospitalario), que funcionan interrelacionados y aportan información diferente como:

- Eventos de vigilancia
- Alcoholismo en la familia
- Familia disfuncional
- Baja escolaridad
- Situación económica crítica
- Hacinamiento

Además, en la génesis de la violencia intrafamiliar se tienen en cuenta importantes factores de riesgo, tales como deserción escolar, individuos que no trabajan ni estudian y conductas delictivas. Estos factores de riesgo se recogen a través del médico de la familia mediante el modelo 5444 (historia clínica familiar).

También se tienen en cuenta otros indicadores:

- Incidencia
- Prevalencia
- Mortalidad

Con respecto a los indicadores de morbilidad, prevalencia y mortalidad, se analizan variables demográficas, entre las cuales figuran: tipo de violencia, sexo y edad.

Las definiciones de casos a utilizar están determinadas por aquellas que han sido estandarizadas por los criterios de expertos nacionales e internacionales:

- Violencia física: definida como las agresiones que causan lesiones internas y externas o cualquier tipo de violencia que afecta la integridad física de la persona.
- Violencia psicológica: entendida como las conductas que perturban emocionalmente a la víctima y perjudican su desarrollo tanto psíquico como emotivo.
- Abuso sexual: referido a todas las conductas, amenazas o intimidaciones que afectan la integridad sexual de las víctimas.⁹⁻¹²

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Historias clínicas familiares e individuales
- Registros de estadísticas continuas, codificación diaria de egresos y de consultas externas (lesiones de causas externas)
- Análisis de la situación de salud
- Hojas de cargos de consulta de médico de la familia, cuerpo de guardia de los policlínicos y consultas especializadas de los hospitales (geriatría, pediatría, ginecología)
- Trabajadores sociales
- Información extrasectarial comunitaria (Federación de Mujeres Cubanas (FMC), Comités de Defensa de la Revolución (CDR) y Policía Nacional Revolucionaria (PNR))
- Registros de fallecidos
- Formularios especiales (requiere definiciones claras de los datos a recoger)
- Información recogida en el departamento de medicina legal
- Líderes formales e informales
- Estudios epidemiológicos de evaluación rápida (cuestionarios, estimaciones puntuales, encuestas)

Por consiguiente, las principales unidades que aportan información a los sistemas son:

- Unidades de salud: incluyen los consultorios médicos y los hospitales.
- Consultorio del médico de la familia: proporcionan información sobre factores de riesgo, morbilidad y mortalidad de eventos seleccionados a través de: informe de actividades de consulta externa, hojas de cargo, notificación de eventos especiales como las enfermedades de declaración obligatoria (EDO), sistema de información directa (SID), certificados de defunción, historias clínicas individuales, familiares, epidemiológicas y diagnóstico de salud.
- Hospitales: aportan la información sobre morbilidad y mortalidad hospitalaria.
- Instituciones gubernamentales: entre las cuales se encuentran CDR, FMC y PNR.
- Otras entidades que puedan aportar elementos importantes son las escuelas, instituciones sociales, culturales, laborales y deportivas.
- Departamento de estadísticas: brindará la mayor parte de la información sobre morbilidad y mortalidad de eventos seleccionados.

FRECUENCIA DE LA INFORMACIÓN

Los indicadores que se recogen a través del sistema alerta - acción (suicidio, homicidio, accidente, intentos suicidas, ingestión de sustancias psicoactivas) se informan con frecuencias diaria y semanal; los restantes, cuyos registros se obtienen de los informes de egresos y otras fuentes, se notifican trimestralmente.

TRASMISIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez obtenidos los datos, las vías definidas para la información son: teléfonos, escritorios telegráficos, correos electrónicos, plegables y boletines.

Entre los diferentes niveles de sistemas deberá existir un flujo de información (retroalimentación) que permita la consolidación, el procesamiento y el análisis de los datos desde el nivel local de los resultados, para el conocimiento y diseminación a todo el sistema.

RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES

- A nivel de las unidades de salud
 - Director del área de salud u hospital: es el máximo responsable del funcionamiento y desarrollo del sistema de vigilancia, evalúa el cumplimiento de las actividades globales de este sistema y adopta las medidas pertinentes.
 - Departamento de estadísticas: colecta, procesa y presenta la información requerida en el sistema; comunica y envía esta información al grupo responsable de realizar su análisis y al nivel municipal o provincial, según corresponda.

PROPUESTAS DE ACCIONES PARA FACILITAR LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

1. Incorporar la violencia intrafamiliar dentro de la vigilancia epidemiológica.
2. Conducir el proceso para integrar dentro del sistema de información estadística indicadores que permitan caracterizar este tipo de violencia.
3. Analizar, interpretar y retroalimentar a los niveles locales sobre la violencia intrafamiliar.
4. Conducir con los actores sociales el análisis de la información cuyo resultado sirva para orientar planes y proyectos, que permitan prevenir esta violencia.
5. Divulgar normas y procedimientos para la atención a la violencia en la familia.
6. Promover la creación y adopción de estrategias que estimulen y fortalezcan la participación de la sociedad en la toma de decisiones con la relación a la violencia intrafamiliar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrientos G. Vigilancia en salud Mental. Camagüey: Hospital psiquiátrico de Camagüey; 2002.
2. Rodríguez H. Violencia intrafamiliar. *Bohemia* 2000;92(9):27-30.
3. Álvarez Pérez MS. Violencia intrafamiliar. 2012 [citado 8 Nov 2014].
4. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. La violencia, un problema mundial de salud pública. En: Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y técnica No. 588. Washington, DC: OPS; 2003 [citado 8 Nov 2014].
5. Caballero Rodríguez T, Guzmán Miranda O. Violencia familiar: propuesta de una Metodología para el trabajo preventivo de los trabajadores sociales desde el enfoque del género. *Rev Santiago*. 2010 [citado 8 Nov 2014]; 121.
6. Fernández Alonso MC, Herrero Velásquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, García Campayo J, et al. Violencia Doméstica. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003 [citado 8 Nov 2014].
7. Ley contra la violencia intrafamiliar. Decreto No. 902, República del Salvador; 2004 [citado 8 Nov 2014].

8. Organización Panamericana de la Salud. Las formas y contextos de la violencia En: Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, DC: OPS; 2002. [citado 8 Nov 2014].
9. Armando M. Salud y violencia intrafamiliar. Manual para personal de salud. Bolivia: Ministerio de Salud; 2012.
10. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Maltrato de las personas mayores. En: Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y técnica No. 588. Washington, DC: OPS; 2003. p. 135-55.
11. Cuellar A. Informe de evaluación subregional. Proyecto hacia un modelo de atención integral para la violencia intrafamiliar: Ampliación y consolidación de la intervención coordinada por el estado y la sociedad civil. Washington, DC: OPS/OMS; 2012.
12. Ochoa M, Caballero D. Vigilancia epidemiológica para el control de la violencia intrafamiliar. Guía para el personal de la salud. La Paz: OPS/OMS; 2012.

Recibido: 13 de febrero de 2015.

Aprobado: 27 de abril de 2015.

Imilsy Delgado Matos. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, avenida Cebreco entre 1ra y 3ra, reparto Ampliación de Terrazas, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: imilsi@cphem.scu.sld.cu