

**MANUAL DE NORMAS  
Y PROCEDIMIENTOS  
PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL  
DE LA VIOLENCIA  
INTRAFAMILIAR Y LA  
PROMOCIÓN DE FORMAS  
DE CONVIVENCIA  
SOLIDARIA EN EL SISTEMA  
NACIONAL DE SALUD**



**REPÚBLICA DE PANAMÁ  
MINISTERIO DE SALUD/CAJA DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**



**REPÚBLICA DE PANAMÁ**  
**MINISTERIO DE SALUD/CAJA DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN NACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE CONDUCTA HUMANA**  
**SECCIÓN MUJER, GÉNERO, SALUD Y DESARROLLO**

**MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS**  
**PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL**  
**DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**  
**Y LA PROMOCIÓN DE FORMAS DE**  
**CONVIVENCIA SOLIDARIA EN EL SISTEMA**  
**NACIONAL DE SALUD**



**Título:**

Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar y la Promoción de Formas de Convivencia Solidaria en el Sistema de Salud.

**Colaboradoras:**

Dra. Livia Arosemena Jaén.

Mgter. Zanya Villalobos Ruiz.

**Bajo la Coordinación y Supervisión de:**

La Sección Mujer, Género, Salud y Desarrollo.

Departamento de Atención Integral a la Población.

Departamento de Análisis y Tendencias.

Bajo la Cooperación Técnica y Financiera de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (O.P.S. / O.M.S.) en Panamá.  
Programa Mujer, Salud y Desarrollo

**Donantes:**

Gobiernos de Noruega y Suecia.

**Levantado de Texto:**

Patricia López, Sara Rodríguez y Temístocles León.

**II Edición. 2002.**

**Ministerio de Salud  
Autoridades Nacionales**

Dr. Fernando Gracia

**Ministro de Salud**

**Vicepresidente de la Comisión Nacional  
para la Elaboración del Plan Nacional  
Contra la Violencia Intrafamiliar y Políticas  
de Convivencia Ciudadana**

Dr. Alexis Pinzón

**Viceministro de Salud**

Licda. María Victoria Enríquez

**Directora Nacional de Promoción de la Salud**

Licdo. Juan Jované

**Director General de la Caja del Seguro Social**

Dr. Rolando Villalaz

**Subdirector de la Caja del Seguro Social**

## Presentación

"La violencia familiar debe colocarse a la altura del cáncer, las enfermedades cardiovasculares y otros esfuerzos de investigación bien financiados. Muchos investigadores indican que hasta que traduzcamos la violencia y la agresión, en cómo lesionan a las personas, cuánto dinero nos cuesta a los contribuyentes, cómo afectan la moralidad y cómo amenazan nuestra misma civilización, entonces sencillamente estaremos golpeando nuestras cabezas contra una pared de ladrillos".

Karil Klingbeil,  
M.S.W.A.C.S.W.

La violencia Intrafamiliar es un problema de Salud Pública y una violación a los Derechos Humanos que afecta directa e indirectamente a la población en la región de las Américas, especialmente a mujeres, niños, niñas, adolescentes y adultos(as) mayores.

Ante esta problemática el Ministerio de Salud de Panamá ofrece el Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar y la Promoción de Formas de Convivencia Solidaria en el Sistema Nacional de Salud, como un instrumento que proporciona las guías y criterios básicos para el abordaje de la violencia Intrafamiliar en las instalaciones de salud del I, II y III Nivel de Atención con la perspectiva de ejecutar el Plan Institucional para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar, las Normas Integrales de Atención y dar cumplimiento

to a las responsabilidades que compete al sector salud en el cumplimiento de la Ley N°27 de 1995, reformada por la Ley No. 38 del 2001, que tipifica los delitos de Violencia Intrafamiliar (VIF).

Este trabajo constituye un esfuerzo interdisciplinario e interinstitucional del sector salud, especialmente del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, de la Dirección General de Salud Pública, de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, por medio de la Sección Mujer, Género, Salud y Desarrollo, y del Departamento de Análisis y Tendencias, de la Dirección Nacional de Políticas del Ministerio de Salud.

Además se contó con la participación de la Caja del Seguro Social y el apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS en Panamá.

# Índice

|                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| INTRODUCCIÓN .....                                                   | 1         |
| Antecedentes legales de la violencia intrafamiliar .....             | 2         |
| <b>I PARTE: NORMAS .....</b>                                         | <b>11</b> |
| <b>1. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN .....</b>             | <b>13</b> |
| Estructura y campo de aplicación (Niveles de responsabilidad) .....  | 14        |
| Responsabilidad del nivel nacional .....                             | 14        |
| Responsabilidad del nivel regional .....                             | 15        |
| Primer nivel de atención .....                                       | 16        |
| Segundo nivel de atención .....                                      | 16        |
| Tercer nivel de atención .....                                       | 16        |
| Normas de procedimiento .....                                        | 17        |
| Promoción de formas de convivencia solidaria .....                   | 18        |
| Actividades de prevención de la VIF .....                            | 19        |
| Actividades de capacitación .....                                    | 20        |
| Participación social .....                                           | 20        |
| Acciones de investigación .....                                      | 21        |
| Atención a las víctimas sobrevivientes de la VIF .....               | 22        |
| Aspectos generales de la atención .....                              | 23        |
| El equipo básico .....                                               | 23        |
| Equipo complementario .....                                          | 23        |
| Equipo especializado .....                                           | 23        |
| Función básica del equipo de atención de VIF .....                   | 23        |
| Perfil de las personas que atienden .....                            | 23        |
| Medidas de autocuidado para el equipo de salud que atiende VIF ..... | 25        |
| <b>2. ATENCIÓN INTEGRAL .....</b>                                    | <b>26</b> |
| Calidad de la atención .....                                         | 27        |
| Privacidad y confidencialidad .....                                  | 28        |
| Actividades básicas para la atención .....                           | 29        |
| <b>3. EXAMEN FÍSICO .....</b>                                        | <b>30</b> |
| Criterios a considerar en el examen físico .....                     | 30        |
| Observación de signos y síntomas .....                               | 30        |
| <b>4. ATENCIÓN HOSPITALARIA .....</b>                                | <b>31</b> |
| Atención en los cuartos de urgencias .....                           | 31        |

|                                                                                                                       |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Procedimientos para la atención de la persona afectada<br>en situaciones de crisis en el cuarto de urgencia . . . . . | .32        |
| El Tratamiento de urgencia . . . . .                                                                                  | .32        |
| Ingreso a la sala . . . . .                                                                                           | .33        |
| Egreso del hospital . . . . .                                                                                         | .34        |
| <b>5. PRESERVACIÓN DE PRUEBAS . . . . .</b>                                                                           | <b>.35</b> |
| Preservación de pruebas físicas . . . . .                                                                             | .35        |
| Procedimientos para la preservación de prueba . . . . .                                                               | .35        |
| Procedimientos para el fotografiado de víctimas de<br>violencia intrafamiliar . . . . .                               | .36        |
| <b>6. MANEJO LEGAL DE CASOS DE MALTRATO EN<br/>LA POBLACIÓN MENORES DE 18 AÑOS . . . . .</b>                          | <b>.38</b> |
| Protección . . . . .                                                                                                  | .38        |
| Formulario de investigación por sospecha de VIF . . . . .                                                             | .39        |
| Pacientes ambulatorios con antecedentes de maltrato . . . . .                                                         | .39        |
| <b>7. ATENCIÓN PARA OFENSORES(AS)<br/>EN CUARTO DE URGENCIA . . . . .</b>                                             | <b>.40</b> |
| Evaluación del potencial de violencia del(a) agresor(a) . . . . .                                                     | .40        |
| Objetivos de tratamiento de ofensores(as) . . . . .                                                                   | .41        |
| Criterios para la atención del(a) ofensor(a) . . . . .                                                                | .42        |
| Medidas de protección para el personal de salud, la víctima y la<br>persona ofensora . . . . .                        | .43        |
| Rehabilitación integral, farmacológica y autoayuda de personas<br>identificadas como agresores(as) . . . . .          | .44        |
| Guía en el tratamiento de ofensores(as) . . . . .                                                                     | .45        |
| Anamnesis . . . . .                                                                                                   | .46        |
| Otros factores a considerar . . . . .                                                                                 | .46        |
| <b>8. EVALUACIÓN DE LA LETALIDAD EN CASOS DE VIF . . . . .</b>                                                        | <b>.47</b> |
| Letalidad . . . . .                                                                                                   | .48        |
| <b>9. DIAGNOSTICO INTEGRAL . . . . .</b>                                                                              | <b>.48</b> |
| <b>10. TRATAMIENTO INTEGRAL . . . . .</b>                                                                             | <b>.48</b> |
| Tratamiento físico . . . . .                                                                                          | .49        |
| Tratamiento emocional y social . . . . .                                                                              | .49        |
| Tratamiento emocional según los niveles de atención . . . . .                                                         | .49        |
| <b>11. REHABILITACIÓN . . . . .</b>                                                                                   | <b>.51</b> |
| <b>12. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA . . . . .</b>                                                                    | <b>.52</b> |



|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| <b>13. NORMAS DE SEGUIMIENTO</b> | <b>.53</b> |
|----------------------------------|------------|

|                                                                                   |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>14. EL SISTEMA DE VIGILANCIA PARA EL CONTROL DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR</b> | <b>.53</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|

|                                                    |     |
|----------------------------------------------------|-----|
| Tipos de sistema de vigilancia                     | .56 |
| Actores del sistema de vigilancia                  | .57 |
| Ministerio de Gobierno y Justicia                  | .59 |
| Ministerio de Educación                            | .59 |
| Organizaciones no gubernamentales y sociedad civil | .59 |

|                                                        |            |
|--------------------------------------------------------|------------|
| <b>15. ACTIVIDADES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</b> | <b>.61</b> |
|--------------------------------------------------------|------------|

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| Registro                   | .61 |
| Notificación               | .61 |
| Procesamiento de los datos | .62 |
| Análisis                   | .62 |
| Divulgación                | .63 |
| Evaluación                 | .64 |

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| <b>16. CUADRO DE INDICADORES</b> | <b>.65</b> |
|----------------------------------|------------|

|                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Cuadro de etapas del sistema de vigilancia Epidemiológica de la VIF                     | .66 |
| Cuadro de flujograma de atención de casos de VIF                                        | .67 |
| Cuadro de esquema para la atención y seguimiento de casos de VIF en el sistema de salud | .68 |

|                                                                                                         |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>II Parte: "INSTRUCTIVO PARA LA UTILIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE PERSONAS AFECTADAS POR VIF"</b> | <b>.69</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|

|                                                          |            |
|----------------------------------------------------------|------------|
| <b>1. HISTORIA CLÍNICA DE PERSONAS AFECTADAS POR VIF</b> | <b>.71</b> |
|----------------------------------------------------------|------------|

|                                           |     |
|-------------------------------------------|-----|
| Datos generales                           | .72 |
| Antecedentes personales y familiares      | .72 |
| Evaluación médica                         | .72 |
| Evaluación del estado mental              | .79 |
| Actitud, apariencia y actividad motora    | .80 |
| Estructura del pensamiento y del lenguaje | .80 |
| Estado de ánimo y afecto                  | .80 |
| Contenido del pensamiento y del lenguaje  | .80 |
| Percepción                                | .81 |
| Sensorio y cognición                      | .81 |
| Potencial de destrucción                  | .81 |
| Nivel de letalidad                        | .81 |
| Insight y motivación                      | .81 |
| Evaluación social                         | .82 |
| El Cuadro de composición familiar         | .82 |

|                                                                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Relaciones familiares . . . . .                                                                                                          | 82  |
| Problemas de la familia . . . . .                                                                                                        | 82  |
| Relaciones con la comunidad . . . . .                                                                                                    | 82  |
| Situación económica . . . . .                                                                                                            | 83  |
| Situación de la vivienda . . . . .                                                                                                       | 83  |
| Situación escolar y laboral . . . . .                                                                                                    | 83  |
| Otros problemas psicosociales y ambientales . . . . .                                                                                    | 83  |
| Diagnóstico Integral . . . . .                                                                                                           | 83  |
| Formularios de historia clínica de violencia intrafamiliar . . . . .                                                                     | 99  |
| Anexo I "Población, objeto y acciones a desarrollar en promoción" . . . . .                                                              | 113 |
| Anexo II "Población, objeto y acciones a desarrollar en Prevención" . . . . .                                                            | 119 |
| Anexo III "Guía de referencia para la atención de casos de VIF" . . . . .                                                                | 131 |
| Anexo IV "Guía para el diagnóstico y tratamiento emocional y social" . . . . .                                                           | 141 |
| Anexo V "Formulario e instructivo para el llenado del formulario<br>de investigación por sospecha de VIF y maltrato al menos " . . . . . | 155 |
| Anexo VI "Instrumento para tamizaje de la violencia conyugal" . . . . .                                                                  | 165 |
| Glosario . . . . .                                                                                                                       | 173 |
| Participantes . . . . .                                                                                                                  | 181 |
| Bibliografía . . . . .                                                                                                                   | 184 |

# INTRODUCCIÓN

La Violencia Intrafamiliar (VIF) es un fenómeno social con serias implicaciones en el área de la salud, porque afecta las condiciones de vida de las personas. En la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS en 1993 los países miembros, Panamá entre ellos, consideraron a la VIF como "un problema de salud pública de gran magnitud y relevancia en la región de las Américas y se estimó, que el sector salud debe contribuir a la búsqueda de soluciones y la aplicación de medidas para promover una cultura de paz, de prevención y control de todas las formas de violencia". <sup>1</sup>

El Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Centro América ha impulsado en los países de la subregión la priorización del tema de la Violencia Intrafamiliar, para su incorporación en las políticas, planes, programas y acciones de salud, ofreciendo la cooperación técnica para el abordaje de este problema medico-legal. En este sentido, los Ministros (as) de Salud en Centro América y Presidentes Ejecutivos de la Seguridad Social; en la reunión del Sector Salud en Centro América (ISCA) en 1994, emitieron una resolución para integrar la perspectiva de género en las políticas y programas de salud y el desarrollo de estrategias y mecanismos para la atención de las víctimas de violencia y la promoción de la cultura de paz en el seno de la familia. <sup>2</sup>

La elaboración de normas y procedimientos para la atención de la violencia Intrafamiliar busca uniformar criterios y definir las pautas

---

<sup>1</sup> La Ruta Crítica que siguen las mujeres víctimas de VIF, Panamá, 1998 Pag. 29.

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Subcomité sobre la mujer, la salud y el desarrollo. Febrero, 1999.

generales de acción del equipo de salud en los componentes de Promoción, Prevención, Atención y Rehabilitación, en toda la red de los servicios de salud, estableciendo la coordinación con los diferentes sectores del país, incluyendo organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

## **Antecedentes de la violencia intrafamiliar**

### **Legales**

Debido a las repercusiones sociales, culturales, políticas y económicas de la Violencia Intrafamiliar que interfieren en el desarrollo humano sostenible, este tema ha sido impulsado por los movimientos de mujeres a nivel mundial y nacional, en su lucha por la igualdad y equidad de género en el contexto jurídico, político y socioeconómico, factores vinculados al derecho a una vida digna y feliz.

Por medio de la Organización de las Naciones Unidas se logró aprobar la convención "Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra La Mujer" (CEDAW) en 1977, la cual ha sido ratificada por la mayoría de los Estados; y en el caso de Panamá, fue adoptada mediante la Ley N°4 del 22 de marzo de 1980. En 1984 se da la aprobación de la Convención, contra la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En este mismo contexto se unen los esfuerzos que plantean estos temas en las convenciones de: Viena 1993, Cairo 1994, Belén Do Para en Brasil 1994, que conlleva esta última a la realización de la Convención Interamericana para "Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer", aprobada por la Asamblea General de los Estados Americanos el 9 de Junio de 1994, y ratificada en Panamá mediante la Ley N° 12 del 20 de abril de 1995; en ese año, se celebra la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing 1995.

En materia de los derechos de la niñez el movimiento para la defensa de los Derechos del Niño(a) tiene una gran trayectoria en la historia de este siglo, cuya iniciativa comenzó en 1924 con la Declaración de Ginebra de los Derechos del Niño, y culminó con la Convención de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, cuando se aprobó de manera unánime; Panamá país signatario, la ratificó mediante la Ley N°15 del 6 de noviembre de 1990. También en 1990 con la Declaración de Caracas se promueve los derechos humanos del enfermo mental quienes son víctimas de VIF y de Violencia Institucional.

Por otro lado la Ley N°4 del 29 de enero de 1999, por la cual se instituye la Igualdad de Oportunidades para las Mujeres, establece en el capítulo VI, la política social del Estado en materia de violencia contra las mujeres.

Estas Convenciones han generado el compromiso de Panamá de crear y/o modificar normas como el Código de la Familia y la Ley de Violencia Intrafamiliar, N° 38 de junio de 2001 que modifica a la Ley N° 27 de 16 junio de 1995.

**"Por la cual se tipifican los delitos de violencia intrafamiliar y maltrato a menores, se ordena el establecimiento de dependencias especializadas para la atención de víctimas de estos delitos, se reforman y adicionan artículos al Código Penal y Judicial, y se adoptan otras medidas."**

**Además, establece la utilización del Formulario de Investigación por Sospecha de Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor, como un requisito legal para el personal de salud.**

En el artículo 6 de la Ley N°27 establece lo siguiente:

Artículo 6. Adiciónese al artículo 215 D al Código Penal así:

**Artículo 215 D.**

"El funcionario público o el particular que tenga conocimiento de la ejecución de un hecho tipificado como Violencia Intrafamiliar o maltrato de niños y niñas y no ponga en conocimiento a las autoridades la comisión del delito, será sancionado con 50 a 150 días multa.

En caso de no probarse la comisión del delito, el funcionario público o el particular quedará exento de cualquier responsabilidad legal por razón de la denuncia".

El capítulo tercero de la Ley N°27 en el artículo 18 señala lo siguiente:

**Artículo 18.**

"Los médicos, paramédicos y el personal administrativo que laboran en las instituciones de salud mencionadas en el artículo anterior, deberán documentar, mediante formulario distribuido por el Ministerio de Salud, el historial médico, los hallazgos clínicos, el diagnóstico y la incapacidad provisional de la persona afectada, que declara haber sido víctima de violencia intrafamiliar o maltrato de niños y niñas. El formulario en mención será enviado al Instituto de Medicina Legal, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la atención de la persona afectada, para que el instituto evalúe el informe médico y continúe el trámite que corresponda para las sumarias que al efecto se realicen. El certificado de incapacidad final deberá indicar la incapacidad laboral y la incapacidad física total hasta su recuperación, o las lesiones permanentes que resultaren de la agresión".

Luego de cinco años de vigencia y seguimiento a la Ley N°27 se promulga la Ley N°38 del 10 de julio de 2001, "que modifica artículos al Código Penal y Judicial, sobre violencia doméstica y maltrato al niño, niña, adolescente..."

La Ley N°38 representa una segunda etapa jurídica-social en materia de atención a la violencia intrafamiliar en nuestro país. La norma jurídica mencionada es una reforma de la Ley N°27, es decir, no se trata de una especial, sino que continúa adscrita al Código Penal. Por el contrario, en ella se amplía el contenido y se eliminan algunos obstáculos aparecidos en la disposición anterior.

Los avances fundamentales registrados en la Ley N°38 pueden resumirse en ocho puntos:

1. Se amplía el marco de protección a las víctimas sobrevivientes, estableciéndose que esta será aplicable, además de lo señalado en la Ley N°27 a las siguientes relaciones:

- De pareja que no hayan cumplido los cinco años, cuya intención de permanencia puedan acreditarse.
- De hijos e hijas menores de edad no comunes que convivan o no dentro de la familia.
- De personas que hayan procreado entre sí un hijo o hija.

La ley será aplicable incluso cuando las relaciones señaladas hayan finalizado al momento de la agresión.

2. Se aumenta la sanción de los delitos de violencia intrafamiliar y de maltrato al niño, a la niña y a los y las adolescentes.

3. Uno de los puntos de mayor importancia es la creación de medidas de protección entre las que destacan:

- Arresto provisional del agresor o agresora por un término que sobrepase las 24 horas.
- Desalojo del presunto agresor o agresora de la casa o habitación que comparte con la víctima.
- Reintegro de la persona agredida que haya tenido que salir del hogar, si así lo solicita.

4. Otro de los logros es la inclusión del servicio comunitario supervisado como una pena accesoria y la posibilidad de que en la aplicación de penas de prisión para los delitos de violencia doméstica y maltrato al niño, la niña o la/el adolescente, el juez o la jueza de la causa podrá disponer que esta se haga efectiva los fines de semana.

5. Se amplía el marco de disponibilidad de la ley, cubriendo mayor cantidad de personas del grupo familiar.

Artículo 3: Las medidas y preceptos consagrados en esta ley, son aplicables a:

- Matrimonios
- Uniones de hecho
- Relaciones de pareja que no hayan cumplido los cinco años, cuya intención de permanencia pueda acreditarse.
- Parentesco por consanguinidad, afinidad o adopción.
- Hijos e hijas menores de edad no comunes que convivan o no dentro de la familia.
- Personas que hayan procreado entre sí un hijo, o una hija.

Igualmente se aplicarán a las situaciones señaladas en



los numerales anteriores, aún cuando hayan finalizado al momento de la agresión.

6. Se reconoce la violencia patrimonial como violación, incorporándola en las acciones de delito. Al definirla como:

**"Acción u omisión dolosa que implica daños, pérdidas, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, derechos u otros recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades básicas de las personas comprendidas dentro del Artículo 3 de la presente Ley.**

**La limitación injustificada al acceso y manejo de bienes comunes también será considerada como violencia patrimonial".**

7. Se amplía la competencia de políticas públicas a los siguientes ministerios y organizaciones de la sociedad civil, las que, en primera instancia, deben responder la aplicación y seguimiento de la Ley a nivel nacional

- Ministerio de Salud
- Ministerio de Educación
- Ministerio Público
- Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia
- Asamblea Legislativa (Comisión de Asuntos de la Mujer)
- Ministerio de Gobierno y Justicia.

8. Se señala en el Artículo 34, que para la ejecución de los planes y programas de divulgación, así como para la promoción de esta

Ley, se asignarán las partidas presupuestarias correspondientes en el Presupuesto General del Estado para el año 2002.

La identificación de estas nuevas disposiciones no significa que nos encontraremos con la Ley deseada, no obstante, es indiscutible que representa un avance respecto a la Ley N°27. Se reconoce desde ahora, entre otros, dos aspectos que deben ser motivo de análisis y solución a corto plazo:

- Delitos sexuales
- Apelación

En el primer caso, es necesario realizar una revisión, de los delitos sexuales, los que no se contemplan en los artículos de la Ley N°38, pero que están en el Código Penal. Aún los señalamientos de los delitos sexuales contienen discriminación contra niños, niñas/adolescentes y mujeres y este es un asunto pendiente por atender. Este asunto debe ser motivo de estudio para posterior revisión.

Por otro lado, en la actual Ley N°38 de 2001, existen vacíos respecto a la figura del derecho de apelación a que tiene derecho el o la agresor(a) en los casos de violencia intrafamiliar.

### **Institucionales**

El Ministerio de Salud continuó el proceso de fortalecimiento de la atención de la violencia intrafamiliar, mediante la concertación del Plan Institucional de Atención y Prevención de la VIF, como una respuesta a la demanda por el movimiento de mujeres .

A partir de allí, se integran a la oferta de servicios de salud aspectos promocionales, de prevención, atención y rehabilitación de la

VIF, se diseñan instrumentos técnicos, iniciales para asegurar la intervención integral de las víctimas y agresores (as).

En el año 1997 se inició el desarrollo del modelo de atención integral de la violencia intrafamiliar y consolidación de la intersectorialidad y coordinación interinstitucional con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo y otros.

Además, el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva publicado por el Ministerio de Salud en febrero de 1999, tiene como fin mejorar la equidad e igualdad de la salud sexual y reproductiva con enfoque de género, y prioriza entre otras áreas la violencia sexual.

El mayor impacto de la violencia es sobre la vida humana, como lo señalan las tasas de mortalidad por homicidio y suicidio y otros tipos de expresión de la violencia.

Además, la violencia como productora de enfermedad, amenaza la integridad personal y el funcionamiento orgánico, emocional y social, trayendo como consecuencia discapacidad, minusvalía física, mental, social y laboral, a la vez que afecta la calidad de vida de las personas directa e indirectamente involucradas.

Por otra parte, la violencia provoca una carga considerable en los Servicios de Salud, comparable al gasto que plantean otras enfermedades prioritarias de tipo crónico degenerativas, tales como las enfermedades cardiovasculares y de salud sexual y reproductiva (VIH/ITS) y salud mental (depresión) entre otras.

En el año 2000, se ratifica el compromiso institucional de incorporar la perspectiva de género, en los programas de salud como eje transversal, en seguimiento a la propuesta regional de Género, Reforma y Violencia.



**I PARTE**

---

# **NORMAS**





# **I. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN**

## **Objetivo general**

- Insertar al modelo general de Atención de Salud el modelo Integral de Atención y Prevención de la VIF con enfoque de riesgo.
- Establecer reglas y lineamientos básicos y uniformes, que orienten la intervención integral del equipo de salud de la red de servicios, para el desarrollo de acciones de promoción, prevención, atención, y recuperación de las personas afectadas por violencia intrafamiliar.

## **Objetivos específicos**

- Proporcionar criterios, procedimientos técnicos y bases legales uniformes que faciliten la acción del personal de salud, mediante una atención integral oportuna, eficaz, cálida, equitativa y de calidad en la Red de Servicios de Salud.
- Definir las responsabilidades y funciones en el ámbito de la prevención y la atención de la violencia intrafamiliar, y promoción de formas de convivencia solidaria, para el abordaje integral e interdisciplinario por niveles de atención en el Sistema Nacional de Salud.
- Estructurar e implementar un sistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, para la toma de decisiones.
- Establecer el sistema de referencia y contrareferencia intrasectorial e intersectorial, para la atención de los casos de violencia intrafamiliar.

- Desarrollar conocimientos, métodos y estrategias para promover la cultura de la no violencia, prevenir y reducir la violencia en Panamá.

## **Estructura y campo de aplicación (Niveles de responsabilidad)**

### **Objetivo**

Identificar actividades específicas de atención de la Violencia Intrafamiliar que permitan el desarrollo de las Políticas Nacionales, el Plan Nacional de Salud y el Plan Institucional de Atención y Prevención de la Violencia y la Promoción de Formas de Convivencia Solidaria.

### **Responsabilidad del nivel nacional**

El Ministerio de Salud institucionalizará la temática de la VIF por medio del Plan Institucional para la Prevención y Atención de la Violencia y Promoción de Formas de Convivencia Solidaria, el Programa y las Normas y Procedimientos para la Atención Integral de la VIF y la Promoción de Formas de Convivencia Solidaria.

El Nivel Nacional, a través de la Dirección de Promoción de Salud, Dirección General de Salud Pública, Provisión de Servicios y la Sección Mujer, Género, Salud y Desarrollo desarrollará la regulación y hará cumplir el Plan, Programa y las Normas de la VIF en el Sistema de Salud.

El Nivel Nacional es responsable de coordinar con otras instituciones nacionales e internacionales las macroestrategias para:

- Coordinar con la oficina correspondiente para implementar el sistema de información estadística.



- Monitorear y evaluar el cumplimiento de las normas.
- Proponer la integración de la promoción de formas de convivencia solidaria y la atención integral de la violencia intrafamiliar como política nacional de salud.
- Divulgar las Normas y Procedimientos para la Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Promoción de Formas de Convivencia Solidaria.

### **Responsabilidad nivel regional**

El Nivel Regional, es la instancia operativa, responsable de la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación del Plan Institucional, el Programa y las Normas de Prevención y de Atención de la VIF y la Promoción de Formas de Convivencia Solidaria en su espacio-población de responsabilidad.

El Nivel Regional también es responsable de:

- Operativizar las estrategias expresadas en el Plan Nacional de Atención y Prevención de la Violencia y Promoción de Formas de Convivencia Solidaria.
- Recolectar y analizar toda la información que con enfoque de género se genera de las acciones efectuadas producto del cumplimiento de la norma.
- Supervisar periódicamente la ejecución de estas normas y evaluar el impacto de la misma en su región.
- Retroalimentar al nivel central de los resultados de la operativización y cumplimiento de las estrategias y las normas.

En las regiones de salud se desarrollarán actividades de concertación, negociación y coordinación con alcaldes,

policías, sector legal y otros actores de presencia local dirigida a establecer un abordaje integral de la problemática de Violencia Intrafamiliar.

- **Primer Nivel de Atención**

En el primer nivel de atención se desarrollarán acciones de promoción de formas de convivencia solidaria, de prevención y atención básica de la VIF con oportunidad, equidad, calidez y calidad.

- Ejecución de las actividades y procedimientos expresados en la norma y en el plan.
- Incluir en las programaciones operativas la prevención y la atención de la Violencia Intrafamiliar y Promoción de las Formas de Convivencia Solidaria a través de la formación de redes comunitarias.

- **Segundo Nivel de Atención**

En el segundo nivel de atención se brindará atención, física, emocional, sexual y social, hospitalaria y ambulatoria oportuna a problemas de VIF que correspondan a un segundo nivel de complejidad, mediante el sistema de referencia y contrarreferencia de la red primaria. Se desarrollarán acciones de atención, prevención y rehabilitación.

- **Tercer Nivel de Atención**

El tercer nivel de atención hospitalario y ambulatorio, brindará servicios con oportunidad, calidez y equidad a problemas de violencia intrafamiliar que afectan la salud física, emocional, sexual y social, que correspondan al ter-

cer nivel de complejidad, mediante el sistema de referencia y contrarreferencia de I y II nivel de atención.

## **Normas de procedimientos**

### **Norma 1**

El Ministerio de Salud por medio de la Dirección Nacional de Recursos Humanos coordinará con las Universidades, la inclusión del tema de violencia intrafamiliar con per-

spectiva de género en las currículas de Pregrado y Postgrado de las carreras afines a salud.

La Dirección de Recursos Humanos y/o Planificación, incluirá el tema de violencia intrafamiliar y género en sus programaciones anuales, dotando de presupuesto y algunas

guías metodológicas, para las capacitaciones del personal.

### **Norma 2**

deberá dotar al equipo de salud de los recursos necesarios para el desarrollo de actividades de prevención, atención y promoción de formas de convivencia solidaria, incluyendo los formularios de registro de investigación por sospecha de VIF y Maltrato al Menor.

#### **Norma 4**

Todo director(a) o gerente(a) le corresponde promover espacios de capacitación y actualización sobre la temática, dirigido al personal de salud a su cargo.

#### **Promoción de formas de convivencia solidaria**

#### **Norma 5**

El equipo de Salud en general deberá promover las acciones de información, comunicación y educación, así como los procesos de capacitación en forma sostenida, impulsados con el esfuerzo multisectorial y de la comunidad, para fortalecer las condiciones personales, familiares y sociales que propicien estilos de relaciones sociales solidarias, democráticas, fundamentadas en la igualdad de oportunidades y el respeto a las diferencias.

#### **Norma 6**

En todos los niveles de atención de la Red de Servicios de Salud se realizarán acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria de la VIF con participación social.

## **Norma 7**

Capacitar al personal de salud, personas afectadas, familiares y a la comunidad en general sobre los mecanismos de prevención de la VIF.

### **Actividades de prevención de la violencia intrafamiliar**

Sensibilización pública para reconocer y abordar el problema de la violencia intrafamiliar

- Orientar sobre los tipos de violencia intrafamiliar, sexual, física, económica, emocional y social, así como las conductas violentas reconocidas y no reconocidas.
- Movilización de las organizaciones comunitarias y establecimiento de redes de apoyo para la promoción. Identificación y canalización de los casos de VIF.
- Estrategia de información, educación y capacitación (IEC) sobre la VIF en cintillos y propagandas a través de la televisión hacia todos los grupos de la población.
- Elaboración de panfletos, folletos y afiches.
- Capacitación del personal docente (orientadores escolares), sobre temas de derechos sexuales y reproductivos, violencia sexual, género y otras.
- Capacitación a padres y madres de familia sobre la orientación a niños(as) y adolescentes en relación a la VIF, y su vinculación con otros problemas de salud reproductiva y la temática de género.

- **Actividades de capacitación**

- Desarrollar los conocimientos y las habilidades de los Recursos Humanos en Salud y de las diferentes organizaciones e instituciones relacionadas con la atención del problema de VIF.
- Promover y desarrollar actividades de capacitación coordinadas con: instituciones públicas y organizaciones privadas.

Ministerio de Salud, Caja del Seguro Social, Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia, Ministerio de Educación, Ministerio de Gobierno y Justicia, Ministerio Público, Órgano Judicial y otras.

- Instituciones de Salud Privadas como: Instituciones superiores formadoras de recursos humanos en salud, como: Salud Pública, Medicina, Trabajo Social, Psicología, Orientación, Terapia Familiar, Sociedades de Médicos(as) Generales, Especialistas y otras.
- Formar facilitadores(as) multiplicadores(as) a nivel institucional y comunitario, tomando en cuenta a: sector salud, sector educación, juntas comunales y locales, iglesias, ONGS's especializadas y otros.

- **Participación social**

Conjugar los esfuerzos interinstitucionales y comunitarios en la lucha contra la violencia intrafamiliar, y la promoción de formas de convivencia solidaria.

- 1- Identificar a los actores sociales para la organización de redes de atención y prevención de la violencia intrafamiliar.

- 2- Contactar con los actores sociales, organizaciones comunitarias.
  - Juntas Comunales.
  - Sectores Locales.
  - Sector Policial.
  - Sector Legal-Jurídico.
  - Sector Educativo.
  - ONG's.
  - Promover ambientes saludables.
  - Medios de comunicación.
  - Líderes comunitarios.
  - Fomentar estilos de vida saludables.
  - Grupos religiosos.
- 3- Organización de la participación social de acuerdo a las iniciativas particulares de los grupos.

- **Acciones de investigación**

- Evaluar la magnitud de la violencia intrafamiliar.
- Analizar y evaluar la situación local y conocer la ruta crítica de las víctimas-sobrevivientes.
- Desarrollar investigaciones operativas según necesidades y niveles.
- Diseño de cambios y nuevas intervenciones en base a los resultados de las investigaciones realizadas.
- Divulgación de los resultados.

## **Atención a las víctimas de VIF**

### **Norma 8**

Todas las instalaciones de Salud del primero, segundo y tercer nivel, públicos o privados, deberán atender los casos de violencia intrafamiliar y maltrato de niños y niñas dentro de sus horarios regulares. Ley N° 38 de 10 de julio de 2001 que modifica a la Ley N° 27 de 16 de junio de 1995.

### **Norma 9**

Todo el personal de salud que labore en instalaciones de primero, segundo y tercer nivel de atención tiene la responsabilidad de identificar y prestar atención y tratamiento ambulatorio u hospitalario inmediato a las víctimas de violencia doméstica y maltrato de niños y niñas.

### **Norma 10**

La atención de violencia doméstica se realizará mediante un equipo interdisciplinario capacitado en estos temas con un enfoque biopsicosocial con perspectiva de género desarrollando acciones de atención, rehabilitación, prevención y promoción de formas de convivencia solidaria.

### **Norma 11**

Todo caso de sospecha de violencia física y sexual, debe ser atendido como caso de urgencia.

### **Norma 12**

Todo caso que presente criterios posibles de VIF, debe ser interrogado mediante la historia clínica por sospecha de VIF, y esta debe colocarse en el expediente.



## **Norma 13**

Para la detección temprana de la violencia de pareja, el personal de salud deberá aplicar el instrumento de VIF (Hoja de Tamizaje) a toda mujer en edad reproductiva que llegue a consulta, según los criterios expresados en su protocolo de utilización (ver anexo).

### **Población objeto:**

- Víctimas o sobrevivientes de la VIF.
- Ofensores(as).

## **Aspectos generales de la atención**

### **El equipo Básico:**

- Médico(a) General.
- Enfermeras(os).
- Auxiliar de Enfermería.
- Ayudante de Salud.

### **Equipo complementario:**

- Servicios de apoyo (Laboratorios, rayos x y otros).
- Equipo de salud mental: Trabajo social, psiquiatría, psicología y enfermería.

### **Equipo especializado:**

- Especialidades básicas (Psicología, Psiquiatría, Ginecología, Pediatría, Obstetricia).
- Recursos especializados en VIF.

### **Función básica del equipo de atención de VIF:**

- Atención o intervención en crisis.
- Realizar el diagnóstico.
- Aplicar la historia clínica de sospecha de VIF.
- Tratamiento físico, psicológico y social.
- Registrar y notificar la VIF por medio del formulario de investigación de sospecha de VIF.
- Realizar referencia y contra referencia si amerita.
- Identificación y capacitación de la víctima/sobreviviente.

### **Perfil de las personas que atienden:**

- Reconocer la violencia como una violación a los derechos humanos.
- Tener un marco ideológico claro. (Condenar cualquier forma de violencia).
- Tener capacitación y entrenamiento en la perspectiva de género.
- Clara comprensión de las teorías sobre el trauma y las relaciones de poder y control.

- Conocimiento de los estándares éticos y legales relacionados con violencia sexual, abuso físico y mental.
- Habilidades personales, tales como la asertividad y la capacidad de confrontar.
- Tener una actitud empática, congruente y usar la connotación positiva.
- No tener historia de comportamiento físico, psicológico y sexual abusivo.
- Tener capacidad para trabajar con niños/as, adolescentes jóvenes y tener conocimientos generales en psicología del desarrollo.
- Manejar los casos sin una actitud o posición revictimizante.
- Entrenamiento en el manejo y expresión de sentimientos.
- Entrenamiento especializado en el tema del abuso físico, psicológico y sexual.
- Experiencia en el trabajo de orientación y terapia con víctimas/sobrevivientes de agresión y agresores/as.

### **Medidas de autocuidado para el equipo de salud que atiende VIF**

- Trabajar la historia personal, identificar las situaciones que aumentan el riesgo de peligro para su integridad física: la experiencia de maltrato o su amenaza; las ideas suicidas y las conductas autodestructivas.
- Conocimientos y aceptación de su propio ser.
- Identificación de las motivaciones que les llevan a trabajar con VIF.

- Manejo apropiado de crisis personales, familiares y laborales que facilitan la expresión de las emociones.
- Manejo asertivo de la comunicación y espacios para intercambio de experiencias.
- Promoción de estilos de vida saludable (ejercicios de relajación, ejercicio físico, adecuada alimentación, sueño y descanso, algunas prácticas para la relajación, sanación, valorización profesional de su condición física).
- Evaluación del estrés por agotamiento asociado al manejo de la VIF, utilizando técnicas que permitan la identificación de los límites y los espacios personales, desarrollado de habilidades sociales distantes del entorno del trabajo.

## **2. ATENCIÓN INTEGRAL**

### **Norma 14**

El(la) funcionario(a) de salud que atienda un caso de VIF debe llenar el Formulario de Investigación por sospecha de VIF y Maltrato al Menor.

### **Norma 15**

Identificado y evaluado el caso de VIF, se notificará a las autoridades judiciales (Tribunal Superior de Niñez y Adolescencia, Corregiduría, Medicatura Forense/Fiscalía de Familia).

## **Calidad de la atención**

### **Norma 16**

Toda persona afectada por la violencia intrafamiliar debe ser atendida en todas las instalaciones de la red de los Servicios de Salud en coordinación con otras instancias que atienden VIF, con oportunidad, calidez y calidad, sin discriminación, ni distinción de grupo étnico, edad, sexo, religión o condición socioeconómica y cultural.

### **Norma 17**

Todo personal de salud garantizará a la persona afectada de VIF un ambiente de confidencialidad, seguridad, respeto, calidez, empatía y objetividad; libre de actitudes censurantes y revictimizantes.

### **Norma 18**

Todo establecimiento de salud debe disponer del recurso humano capacitado en VIF, materiales educativos sobre VIF, directorio de instituciones y/o organizaciones (policial, legal, grupos de autoayuda y otro) vinculados a la prevención y atención de la VIF y la promoción de convivencias solidarias.

### **Norma 19**

Se evaluará el desarrollo del programa de la atención de la VIF, considerando las siguientes áreas:

- 1- Aplicación de la Norma (protocolos de evaluación).
- 2- Registro, investigación y notificación de casos de VIF.

- 3- Suministro de información de los recursos y servicios.
- 4- Referencia y contrarreferencia (auditorias de expedientes).

La Atención Integral comprende una serie de acciones, que incluyen los siguientes servicios:

- Orientación.
- Asistencia biomédica, emocional, psicosocial y de sexología.
- Asesoría Legal.
- Integración a grupos de víctimas/sobrevivientes y ofensores(as).
- Acompañamiento.
- Protección.

Estos servicios serán coordinados en las diferentes instalaciones de la Red de los Servicios que atienden a la VIF.

## **Privacidad y confidencialidad**

### **Norma 20**

Todo el personal de salud mantendrá la privacidad y el carácter confidencial de la información, el que está sujeto a sanciones administrativas y legales según el contenido de la Ley N° 27 de 16 de junio de 1995 y de normas complementarias.

### **Norma 21**

La ruptura de la confidencialidad sólo puede ser quebrantada para proteger a la persona afectada o a posibles terceras personas que se encuentren en riesgo grave o inmi-

## **Actividad básica para la atención**

### **Norma 22**

Para obtener el diagnóstico debe realizarse una completa anamnesis a las víctimas y a los ofensores(as), así como otros exámenes complementarios en caso necesario.

### **Norma 23**

Para entrevistar a los niños(as) y adolescentes sobrevivientes de la VIF se requiere una completa anamnesis y el conocimiento de técnicas de entrevistas específicas para este equipo y de acuerdo con las diferentes etapas en el desarrollo.

El propósito del interrogatorio es reunir la mayor información confiable posible. Por lo que, la forma en que las preguntas son hechas, debe permitir evaluar la violencia. La sensibilidad para interrogar, no requiere que se sacrifique la objetividad y no debe someter a la persona sobreviviente de VIF a un segundo trauma (revictimización).

- **Nivel del niño(a) y adolescente**

Las técnicas para entrevistar a los niños(as) y adolescentes sobrevivientes requieren de actitudes y técnicas de entrevistas específicas, como por ejemplo, cuando se explora el abuso sexual hay que tomar en cuenta los nombres que utiliza el y la menor para identificar sus genitales así como los efectos y consecuencias en los niños(as) y adolescentes. Se requiere del conocimiento de las diferentes etapas del desarrollo, lo que permite a quien entrevista, conocer las conductas, emociones, sentimientos y necesidades propias de cada edad.

### **3. EXAMEN FISICO**

#### **Criterios a considerar en el examen físico**

- Examinar a la víctima sobreviviente sin la presencia de familiares o acompañantes (si es adulta(o), si es menor de edad debe estar acompañada(o) preferiblemente por un personal de salud.
- Considerar espacios físicos separados y tiempos diferentes, para la atención de el(la) agresor(a) y la víctima/sobreviviente de VIF.
- Tomar fotografías con el consentimiento de la víctima/sobreviviente, bajo los reglamentos establecidos por el Instituto de Medicina Legal.
- Preservar evidencias (balas, ropa, etc.) y coordinar con la PTJ, Corregiduría y/o Policía Nacional por el tiempo convenido con las autoridades, según las leyes del país, para entregar las evidencias a las autoridades competentes en cada caso.

#### **Observación de signos y síntomas**

- Los síntomas y signos que se encuentran en el examen físico pueden ser muy variados.
- Las lesiones de las personas sobrevivientes van desde moretones, golpes, huesos rotos, heridas con cuchillo o con arma de fuego.
- Las lesiones graves como fracturas y las lesiones internas a menudo son complicadas por el retraso en la búsqueda del tratamiento.



- Las personas maltratadas pueden quejarse de dolor o de ansiedad, pero no presentar pruebas físicas o lesiones menores.

Estas personas pueden necesitar ayuda aún cuando no se encuentren evidencias físicas significativas.

## **4. ATENCIÓN HOSPITALARIA**

### **Atención en los cuartos de urgencias**

#### **Norma 24**

El personal que labora en los servicios de urgencia de los establecimientos de salud debe estar capacitado para la detección y atención de crisis que requieren intervención inmediata o para salvar la vida y confrontar la VIF.

#### **Norma 25**

A toda persona que llega al cuarto de urgencia con signos de VIF se le debe aplicar el formulario de investigación por sospecha de VIF.

#### **Norma 26**

La persona afectada que tenga alguno de los signos y síntomas de VIF y sea diagnosticada, debe ser atendida inmediatamente, se debe elaborar la historia clínica de VIF y tener el formulario de sospecha de VIF.

## **Procedimiento para la atención de la persona afectada en situación de crisis en el cuarto de urgencia:**

### **Evaluar interdisciplinariamente**

- Se debe evaluar integralmente a la víctima/sobreviviente de VIF, por un equipo interdisciplinario utilizando la historia clínica de VIF.
- Tratar la situación de crisis emocional que presenta.
- Tratar las lesiones físicas.
- Evaluar el ciclo de VIF y el riesgo de letalidad vs peligrosidad.
- De acuerdo al nivel de peligro de suicidio u homicidio, o la gravedad de las lesiones se decidirá si necesita o no ser internada(o).
- Llenar el Formulario de Investigación por Sospecha de VIF.
- Notificar el caso sospechoso, remitiendo el formulario en el término de 48 horas al Ministerio Público; en el caso de menores, para efecto de protección, informar a los Juzgados de Niñez y Adolescencia en un término no mayor de 24 horas.
- Referir el caso sospechoso al correspondiente Nivel de Atención, para su seguimiento.
- Referir el caso sospechoso al albergue disponible.

### **El tratamiento de urgencia**

- Tratamiento de las lesiones físicas (si existen).

- Intervención de la crisis encaminada a disminuir el impacto emocional del evento.
- Coordinación con las instancias legales (Fiscalía de Familia, Instituto de Medicina Legal, entre otras).
- Referencia a los diferentes componentes del sistema de atención o red de servicios acompañados de una copia de la Historia Clínica de VIF que exige la intervención del equipo interdisciplinario (médico, enfermera, trabajador(a) social y psiquiatra) responsables de la evaluación integral.
- El formulario de sospecha de violencia intrafamiliar debe ser enviado al Juzgado Seccional de Menores, Medicatura Forense/Ministerio de la Familia (según sea el caso).

## **Norma 27**

A nivel de los cuartos de urgencias de los hospitales, los casos que se identifican como sospecha de violencia intrafamiliar deben recibir una evaluación integral que permita la conducta a seguir y el manejo del caso y referencia para su tratamiento.

## **Ingreso a la sala**

### **Norma 28**

Las personas víctimas de violencia deben ser hospitalizadas basándose en los criterios médicos y criterios de protección preventiva en los casos de personas afectadas con potencial de letalidad.

## **Norma 29**

A nivel de los Hospitales Especializados, se debe instaurar el Programa de Intervención en Crisis.

Criterios para la hospitalización:

- Porque la condición física o mental lo amerita.
- Por el riesgo de peligrosidad y muerte.  
(Ver criterios de letalidad).

## **Egreso del hospital**

### **Norma 30**

Los egresos hospitalarios de los niños, niñas y adolescentes seguirán los criterios de protección según el nivel de atención en salud serán coordinados con las autoridades legales.

### **Norma 31**

A la salida del hospital, el personal de salud interdisciplinario coordinará con las autoridades legales la supervisión, para garantizar el tratamiento de los(as) menores y los familiares.

### **Norma 32**

Los servicios especializados de salud mental de la consulta externa de los hospitales, de las policlínicas, policentros y centros de salud, donde existan, son los responsables de brindar tratamiento integral que asegure la funcionalidad de la actividad psicosocial de los(as) menores.

## **5. PRESERVACIÓN DE PRUEBAS**

### **Preservación de pruebas físicas**

#### **Norma 33**

Todo médico(a) que trabaje en instituciones públicas de salud, tiene la obligación de extender el certificado médico de incapacidad y mantener las evidencias de la violencia intrafamiliar sin requerirse la especialidad o la intervención de un médico(a) forense de acuerdo al artículo No. 18 de la Ley N°27 del 16 de junio de 1995.

#### **Norma 34**

Debe preservarse toda probable evidencia física (ropa con sangre, cabellos y otros líquidos corporales) en bolsas de nylon o en otros materiales que garanticen el aislamiento de las presuntas pruebas. Dichas pruebas deberán entregarse a las autoridades competentes en caso de requerirse.

### **Procedimiento para la preservación de prueba:**

- Ponga la ropa manchada de sangre o desgarrada en una bolsa o sobre sellado.
- Guarde cualquier ropa que pueda contener pruebas de un asalto sexual.
- Rotule la bolsa con el nombre de la persona afectada, la fecha y el nombre de la persona que colocó los elementos en la bolsa.

- Si la persona afectada tiene el objeto que fue usado para hacer las lesiones, debe manejarse en forma similar.
- Estos artículos deben mantenerse en un mueble bajo llave hasta que se entreguen a la Fiscalía de Familia en turno o Fiscalía Auxiliar o Personería según la región del país.
- Estas pruebas físicas deben ser enviadas junto con el Formulario de Investigación por sospecha de VIF.
- Dado que el fiscal debe mostrar que los elementos no fueron alterados, éstos deben ser manejados por pocas personas, si es posible.
- Una persona, debe extraer los elementos (o testificar su remoción), según las Normas de Manejo suministrada por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público.
- Es importante reconocer la prueba física de inmediato en el caso de los delitos contra la libertad sexual, violación carnal, estupro, actos libidinosos y delitos contra el orden jurídico familiar, el incesto, se debe enviar a la Fiscalía de Familia, o a la Oficina de Investigación de Delitos Sexuales, aún cuando se trate de niños y niñas.

## **Procedimiento para el fotografiado de víctimas de violencia intrafamiliar**

A todas las personas afectadas con lesiones visibles se les ofrecerá fotografiar las mismas. Explicar a las víctimas/sobrevivientes que:

- Esto es un procedimiento rutinario, pero importante.

- El permiso por escrito de la víctima es importante antes de la toma de las fotografías (si es adulto(a)). En el caso de niños/niñas y adolescentes debe ser autorizado por el(la) adulto(a) que le represente, siempre y cuando no sea la persona que agrede. Debe ser realizado por el personal capacitado para tal tarea.
- Las fotografías se convertirán en parte del registro médico de la persona afectada y sólo pueden entregarse al Fiscal de Familia en turno o la Fiscalía Auxiliar o Personería según la región del país.
- Una buena cámara de tipo Polaroid con película a color y bombillas para el flash, debe mantenerse en un lugar designado en los cuartos de urgencias, centros de salud y policlínicas. Las fotografías deben tomarse con la luz más brillante posible. Aunque la fotografía debe tomarse lo más cerca posible de la lesión específica, debe tratarse de que cada imagen tenga una característica identificable de la persona afectada, como la cara o una mano.
- Si esto no es posible, debe indicársele a la persona afectada la importancia de las fotografías por el medio que sea más idóneo.
- Si se espera que aparezca un moretón más profundo en una fecha posterior, debe recomendársele a la persona afectada, que regrese en una fecha posterior o que se le hagan fotografías adicionales en otro sitio.
- Debe indicársele a la persona afectada la importancia de las tomas fotográficas lo más pronto posible.

## **6. MANEJO LEGAL DE CASOS DE MALTRATO EN LA POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS**

Los pacientes hospitalizados seguirán los siguientes pasos:

### **Protección:**

- Al hospitalizar al paciente que tenga diagnóstico de VIF se refiere a Trabajo Social para efecto de protección del niño(a).
- La o el Trabajador(a) Social entrevista al cuidador(a) primario, familiares o personas que denuncian el caso.
- La o el Trabajador(a) Social, previa evaluación por el equipo de VIF, hace el informe y refiere al caso al Juzgado de Niñez y Adolescencia en término de las 24 horas siguientes a su ingreso, con miras a su protección.
- La o el Trabajador(a) Social informa a los padres, madres, cuidadores(as) o guardadores(as) y les orienta al Juzgado de Niñez y Adolescencia.
- La o el Trabajador(a) Social o el o la funcionario(a) designado debe anotar en la en la cuadrícula del o la paciente, que el(la) menor está bajo las ordenes del Juzgado de Niñez y Adolescencia. No se entregará al paciente sin el consentimiento del Juzgado de Niñez y Adolescencia, pero cumpliendo con los criterios clínicos. Generalmente los jueces de Niñez y Adolescencia envían oficios a la Dirección Médica comunicando que los(as) menores están bajo la responsabilidad del Juzgado.
- Al ordenarse salida de la sala, debe avisarse a la oficina de Trabajo Social, el o la funcionario(a) designado



deberá enviar un fax o memorándum notificando los egresos a los Juzgados de Niñez y Adolescencia.

- El Juez de Niñez y Adolescencia enviará un Oficio a la Dirección Médica en el que se señala quién retirará al menor.
- La Dirección Médica coloca el Visto Bueno en el Oficio y se le entrega copia a diferentes instancias. Una queda en el expediente, otra en Trabajo Social y se devuelve una copia al Juzgado de Niñez y Adolescencia con el Visto Bueno de la Dirección Médica.
- El o la Trabajador(a) Social o Funcionario(a) de la Sala en ausencia del primero, procede a entregar al paciente, ya sea, a los familiares o a funcionarios(as) del Juzgado de Niñez y Adolescencia.

### **Formulario de investigación por sospecha de VIF:**

- Todo funcionario(a) que atienda y reciba el caso debe enviar dicho formulario al Instituto de Medicina Legal en un término no mayor de 24 horas.
- Si la salida del(la) menor se da en ausencia del o la Trabajador(a) Social, este al día siguiente retirará copia del oficio.

### **Pacientes ambulatorios con antecedentes de maltrato:**

- Evaluación por equipo VIF (Trabajador(a) social y médico(a), enfermero(a) y otros) se requiere utilizar la historia clínica de atención a la VIF.

- Llenar el formulario de sospecha de VIF a todos los pacientes de VIF.
- Referencia al equipo de salud mental para evaluación y tratamiento.

## **7. ATENCIÓN PARA OFENSORES(AS) EN CUARTO DE URGENCIA**

### **Norma 35**

Las personas identificadas como "agresor(a)" deben recibir una evaluación integral según los criterios para evaluar el potencial de violencia, y así recibir el tratamiento que le asegure restablecer las funciones mentales y sociales.

### **Evaluación del potencial de violencia del(a) agresor(a):**

- Estado mental actual de la persona afectada: calidad del juicio, estado actual de excitación, alteración de la conciencia, evidencia de psicosis.
- Grado de impulsividad demostrada por su conducta anterior (p. ej., infracciones de tráfico, antecedentes laborales, gastos monetarios, relaciones sociales/ sexuales y conductas de riesgo).
- Uso y acceso a armas, práctica de artes marciales, entrenamiento militar, deportes o aficiones agresivas.
- Uso de sustancias tóxicas.

- Antecedente de actividad violenta y sus circunstancias, antecedentes de actividad autodestructiva, antecedentes de atentado contra la propiedad.
- Antecedentes criminales.
- Enfermedad médica o psiquiátrica actual, antecedentes de traumatismo craneal y epilepsia.
- Rasgos o trastornos de la personalidad que propician la conducta agresiva (p. ej., paranoide, antisocial, límite).
- Exposición a la violencia en la niñez, historia de abuso (físico o sexual) o niñez «caótica» con cuidadores(as) negligentes o diversos.
- Capacidad de la persona afectada para expresar su frustración o rabia por medios no violentos, considerar la capacidad verbal, inteligencia, recursos anteriores, red actual de apoyo social.

## **Objetivos del tratamiento de ofensores(as)**

- La persona ofensora debe lograr reconocer la violencia como una expresión de la lucha del poder en las relaciones y aceptar el daño que originó a la víctima.
- El o la ofensor(a) pueda desarrollar la capacidad de empatía que le permita ponerse en lugar de la víctima y compartir su sufrimiento. Aprender a reconocer y aceptar la necesidad de recibir ayuda por medio de un tratamiento.
- En relación con los mecanismos de afrontamiento, es importante la superación de los mecanismos de racionalización; que le lleva a la justificación de los

hechos de violencia y que obstaculizan el tratamiento del(a) ofensor(a).

- A través de la Evaluación del Funcionamiento de la Actividad Global (EEAG), la persona afectada debe haber logrado un mejor ajuste psicológico y social, que le permita ser referido(a) a los Centros de Salud y participar de los grupos de auto ayuda.

## **Criterios para la atención del(a) ofensor(a)**

La atención del(a) ofensor(a) se produce en cualquier servicio y su entrada al sistema se produce por: 1. Vía legal como medida curativa, 2. Captación a través de la víctima y 3. Demanda espontánea del(a) ofensor(a).

La preocupación principal del(a) psiquiatra examinador(a) o en su defecto, médico(a) general en este medio, es la seguridad de la persona afectada y los demás (incluido él(ella)). Las personas afectadas potencialmente violentas deben ser abordadas de manera tranquilizadora y sin amenazarlas. Muchas personas afectadas agitadas se tranquilizan con la presencia de un(a) examinador(a) sereno(a) y realmente interesado(a) en comprender su experiencia.

Puntos que se han de recordar:

- Evitar que la persona haga daño a terceros y a sí mismo(a).
- Abordarlo(a) sin amenazas.
- Restricción sólo en los casos extremos, como por ejemplo cuando exista la amenaza a la vida del personal tratante o a sí mismo(a).

- Asegúrese de la presencia de un ayudante, dentro o fuera de la sala, hasta que la situación esté controlada.
- Verificar si existe algún arma y requisarla si es posible.
- A veces, el ofrecimiento de un vaso de agua o de algo para tomar tranquiliza a la persona afectada.
- Mantener un ambiente tranquilo.
- No censurar.
- No apresurarse.
- Evaluar la posibilidad de administrar sedantes o tratamiento antipsicótico. Puede administrarse un neuróléptico, un benzodiacepina o ambos. Por ejemplo, haloperidol, 5-10 mg. IM o por vía oral, o lorazepam, 1-2 mg IM ó por vía oral, pueden administrarse juntos o separados.
- Ofrecer la medicación primero de forma voluntaria. La administración forzada de la medicación debe ser el último recurso.

## **Medidas de protección para el personal de salud, la víctima y la persona ofensora**

La confidencialidad en el manejo de la información de sospecha de VIF es básica en la preservación de la seguridad del personal de salud que hace la denuncia o atiende el caso.

Si se observa conducta agresiva:

- El(la) profesional de salud debe llamar al guardia o seguridad si se presentan señales de peligro.

- Prohibición de visitas en el área de tratamiento.
- Garantizarle la protección a la víctima no dando información por teléfono.
- Brindar una oportunidad de salida o escape si la víctima/sobreviviente lo solicita.

### **Rehabilitación: integral, farmacológica y autoayuda de personas identificadas como agresores(as):**

Se utilizará el Formulario de Historia Clínica de VIF que comprende la evaluación integral.

El equipo interdisciplinario que participa en la evaluación Integral de la persona agresora, debe considerar si el caso lo amerita, aplicar las siguientes evaluaciones:

- Evaluación neurológica para descartar organicidad cerebral (EEG, CAT, otros).
- Evaluación neuropsicológica.
- Evaluación psiquiátrica para descartar patología psiquiátrica.
- Evaluación psicológica del perfil de personalidad y coeficiente intelectual.
- Historia de traumas físicos, psicológicos, historia de abuso, historia de los episodios de agresividad desde niño(a).
- Historia de conducta infractora, delitos mayores.

- Historia de alcoholismo y drogadicción.
- Evaluación de los factores psicosociales condicionantes y precipitantes.
- Escala de evaluación de la actividad global (EEAG).
- Otros exámenes complementarios (Genético, de laboratorio, según el caso).

La evaluación integral nos permitirá realizar un Plan de Tratamiento que comprende:

- Internamiento a ofensores(as) de alta peligrosidad. Se dará en hospitales o Centros de Rehabilitación Penal, que contemplen los requisitos para el tratamiento y que garantice un sistema de vigilancia y seguridad.
- Tratamiento ambulatorio.

### **Guía en el tratamiento de ofensores(as):**

- El(la) ofensor(a) deberá reconocer su diagnóstico y hacer un contrato de tratamiento que se comprometa a cumplir.
- En el contrato deberá aparecer, en detalle las obligaciones y limitaciones que pueda tener el programa de tratamiento, así como alguna otra consideración que a juicio del equipo tratante sea pertinente establecer.
- Se debe establecer una estrecha coordinación con el *sistema judicial competente*.
- *Niveles de atención en las personas identificadas como ofensores(ras).*

- El Nivel III Atención especializada de Salud Mental es responsable de los estudios especializados complementarios requeridos en la evaluación de la VIF y de los casos de maltrato grave o moderado con alto nivel de letalidad que ingresan por vía de urgencia o sean referidos del I y II Nivel de atención.

## **Anamnesis**

- Para un adecuado diagnóstico se deben evaluar los efectos de la VIF en las áreas psicológica, social, física, sexual y económica.
- Evaluar los diferentes tipos de VIF.
- Nivel de intensidad de la VIF.
- Riesgo de letalidad.
- Incongruencia en la explicación de las lesiones.
- Factores de riesgos condicionantes y/o precipitantes.

## **Otros factores a considerar son:**

- Tendencias a la somatización (hipertensión arterial, problemas Ginecológicos, gastrointestinales y otros).
- Antecedentes de fracturas y politraumatismos.
- Desórdenes de sueño.
- Consumo frecuente de tranquilizantes/analgésicos y otras drogas.
- Antecedentes de intentos de suicidio.
- Consultas repetidas sin diagnóstico claro.
- Antecedentes de cualquiera de los tipos de violencia.



### **Norma 36**

El diagnóstico se realizará tomando en consideración la tipificación de la violencia intrafamiliar de acuerdo a los criterios clínicos legales (Ver Glosario).

## **8. EVALUACIÓN DE LA LETALIDAD EN CASOS DE VIF**

### **Objetivo:**

Reconocer el riesgo de muerte en los casos de VIF y brindar protección a la víctima.

### **Norma 37**

En todos los contactos con la persona víctima/sobreviviente de VIF debe evaluarse el Nivel de letalidad. En caso que se determine que la vida de la víctima corre peligro se debe hacer uso de la Red de Apoyo existente y elaborar un Plan de Seguridad Personal, para garantizar su seguridad física.

- Es importante familiarizar a la(el) sobreviviente plenamente con la probable progresión de una situación violenta.
- Escuche seriamente la percepción de la situación que la(el) sobreviviente tenga y respete la evaluación de los riesgos y la seguridad del ambiente que ella(el) tenga.
- Bajo ninguna circunstancia, minimice la posibilidad de peligro.
- Si la víctima reporta que la persona que agrede ha hecho amenazas concretas tome sus palabras como indi-

cadores de peligro, oriéntela(lo) y exhórtela(lo) a elaborar un plan de seguridad personal y acudir a la red de apoyo.

## **Letalidad**

En la evaluación de Riesgo de Letalidad se hace necesario considerar los siguientes aspectos expresados por la(el) sobreviviente:

- Reporte de arma(s) en el hogar.
- Reporta haber sido atacada(o) con arma(s) o un ataque potencialmente mortal.
- Refiere temor por su vida o amenazas a su vida hechas por el o la agresor(a).
- Reporta el comportamiento agresivo de el o la agresor(a) hacia otros.
- Reporta que han sido amenazados o heridos los(as) hijos(as) u otros familiares.
- La pareja se ha separado recientemente.

## **9. DIAGNÓSTICO INTEGRAL**

### **Norma 38**

El diagnóstico integral y sexual se apoyará en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10), vigente en Panamá y utilizará el esquema de diagnóstico multieje (Del DSM IV ).

## **10. TRATAMIENTO INTEGRAL**

### **Tratamiento físico**

#### **Norma 39**

Toda persona víctima de violencia debe ser sometida al tratamiento de las lesiones físicas de acuerdo a las características, gravedad, morbilidad según el nivel de complejidad de los servicios de salud.

### **Tratamiento emocional y social**

#### **Norma 40**

El tratamiento de la persona víctima de VIF debe incluir el abordaje emocional y social para la cual se utilizará el procedimiento básico de consejería de salud y la organización de grupos de apoyo y de autoayuda.

#### **Norma 41**

En el tratamiento a las personas víctimas de violencia intrafamiliar debe incluir el abordaje emocional dirigido a fortalecer la autoestima en las diferentes modalidades de tratamiento.

### **Tratamiento emocional según los niveles de atención**

#### **Norma 42**

En el tratamiento emocional es importante considerar los criterios de referencia y contrarreferencia, para mantener

una red dinámica y coordinada con los diferentes niveles de atención y sus equipos interdisciplinarios.

| ABORDAJE EMOCIONAL SEGÚN<br>LOS NIVELES DE ATENCIÓN                  |                                                                        |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nivel                                                                | Objetivo                                                               | Criterios de Atención                                                                                                                                 | Acciones                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <u>Nivel I</u><br><br>Equipos Básicos<br>Complementarios             | Brindar información y orientación para fortalecer la autoestima.       | Población afectada del VIF con mecanismo de afrontamientos que les permite buscar ayuda. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) 100 a 70. | Consejería en crisis emotiva, referir a grupos de apoyo.                                                                                                                                                                                                     |
| <u>Nivel II</u><br><br>Especialidades Básicas                        | Establecer la autoestima y fortalecer los mecanismos de afrontamiento. | Mecanismo de afrontamiento les permite mantener el sentido de realidad. EEAG = 70 a 50                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejería.</li> <li>- Intervención en crisis.</li> <li>- Grupo de autoayuda.</li> <li>- Apoyo psicológico</li> </ul>                                                                                               |
| <u>Nivel III</u><br><br>Servicios más Especializados de Salud Mental | Restablecer las funciones psicológicas y sociales.                     | Mecanismo de afrontamiento de tipo psicótico. EEAG = menos de 50.                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicofármacos</li> <li>- Psicoterapia:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Individual.</li> <li>Grupal.</li> <li>Familiar.</li> </ul> </li> <li>- Referencia a los grupos de autoayuda.</li> </ul> |

## 11. REHABILITACIÓN

El objetivo de la rehabilitación es restablecer las funciones físicas psicológicas y sociales.

### **Norma 43**

Todo personal de salud tiene la responsabilidad de la identificación de la víctima/sobreviviente y definir las estrategias de rehabilitación independientemente de estar expuesto(a) a la situación de maltrato.

### **Norma 44**

El equipo interdisciplinario debe desarrollar un Plan de Rehabilitación con la finalidad de restablecer las funciones físicas, mentales, sociales y sexuales de las personas sobrevivientes.

### **Norma 45**

*Promover grupos de autoayuda en los diferentes niveles de atención y en la comunidad con la participación de otras instancias gubernamentales y no gubernamentales.*

### **Norma 46**

El equipo interdisciplinario de rehabilitación será responsable de dar de alta al(la) agresor(a).

### **Norma 47**

El(la) agresor(a) que ingrese a un programa de rehabilitación deberá permanecer en el mismo de 6 meses

a 2 años y no deberá salir del programa hasta que observe conducta no violenta por un periodo de 6 meses.

## **12. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

### **Norma 48**

El tratamiento integral debe complementarse con las referencias y contrarreferencias en la Red de Servicios de Salud según el nivel de complejidad y a otros actores o instancias institucionales u organizaciones disponibles en la comunidad como: la policía, corregidurías, Juzgados de la Niñez y Adolescencia, Fiscalías de Familia, ONG's, grupos comunitarios de autoayuda y otros.

- Debe referirse a las(os) sobrevivientes, a aquellas instancias que puedan garantizarle protección y seguridad, al igual que sus hijos(as).
- Los(as) funcionarios(as) deben orientar a la víctima sobre los recursos y servicios disponibles para ofrecerle apoyo (ONG's y otras Organizaciones).
- Es conveniente que el personal de salud mantenga contacto con todos los programas de Violencia Intrafamiliar de su área.
- La información actualizada, la capacitación y la asistencia técnica entre los diferentes programas de Violencia Intrafamiliar y los establecimientos de atención de salud potenciarán la calidad de los servicios, que cada uno es capaz de proporcionar a las víctimas de agresión.

## **13. NORMAS DE SEGUIMIENTO**

### **Norma 49**

A toda víctima de VIF se le dará seguimiento por parte del equipo de salud hasta que logre una mayor funcionalidad familiar, laboral, social para enfrentar y superar la VIF.

- A las personas afectadas, se les dará citas de control durante el período que dure el tratamiento, según lo indicado por el personal o equipo tratante.
- La víctima/sobreviviente recibirá atención integral de acuerdo a la necesidad que presente, estableciéndose un mínimo de dos veces al mes durante los meses que sea necesario según criterio médico.
- La víctima/sobreviviente se le integrará a los grupos de apoyo o a los grupos de autoayuda.
- Cuando la situación lo requiera, será atendido el núcleo familiar.
- Las visitas domiciliarias se harán según el avance o condición de la víctima: niños(as), adolescentes, adultos(as) mayores y discapacitados(as) por parte del equipo de salud (trabajador(a) social, enfermera(o), médico(a), psicólogo(a), entre otros).

## **14. SISTEMA DE VIGILANCIA PARA EL CONTROL DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Se define como Violencia Intrafamiliar (VIF), a la violencia física, sexual, emocional, patrimonial y la negligencia entre los miembros

de la familia, incluye el abuso infantil, la violencia conyugal, el abuso de adolescentes, de adultos(as) mayores y personas con discapacidad. Se manifiesta generalmente como consecuencia de condiciones culturales.

La vulnerabilidad de ciertos grupos humanos está relacionada con el sexo; la edad, la étnia, la condición de discapacidad y el género. En muchos casos se observa que la mujer enfrenta una situación de vulnerabilidad frente a la VIF, más alta que el hombre, esto conlleva a que ella exprese su situación con actos violentos dirigidos hacia sus hijas e hijos tanto a nivel físico como psicológico.

La VIF es difícil de cuantificar, ya que la persona ofensora casi siempre amenaza a la víctima con más violencia si habla del problema; la víctima no habla para evitar daño social para ella y su familia.

Teniendo en cuenta que el Sistema de Vigilancia es información para la acción, se pretende apoyar todas las acciones dirigidas al control de la VIF con el objetivo de reducir sus consecuencias.

La implementación de este sistema se enmarca en la coordinación interinstitucional e intersectorial entre las diferentes fuentes de información y de ejecución de las acciones de intervención.

El montaje de un sistema de vigilancia, (no es lo mismo que un sistema de información) se sustenta en que:

- Las violencias son el problema de Salud Pública más importante en la actualidad, que atenta contra el derecho a la vida.
- Hay necesidad de determinar los factores que favorecen una cultura de violencia en las familias.



- Hay que evaluar las intervenciones tendientes a disminuir y erradicar los hechos violentos en el marco de la familia.

Con este sistema se pretende:

- Mejorar el registro de los hechos violentos para medir el problema y su evolución, así como el impacto de las acciones de control.
- Fomentar la investigación operativa como medida para mejorar el conocimiento sobre la dinámica de las violencias y sus mecanismos de control.
- Ayudar a la búsqueda de medidas de prevención al generar hipótesis sobre los factores causales prevenibles.

Existen algunos factores que afectan el montaje útil de un sistema de vigilancia para la violencia intrafamiliar, como son:

- La definición de qué eventos o sucesos se vigilarán dentro del marco de la información disponible y útil.
- Cómo se presentarán las salidas del sistema para que sean interpretables por los tomadores de decisiones en todos los niveles.
- Cada qué tiempo se recopilará la información para que sus salidas sean oportunas y útiles.
- Las dificultades operativas para la recolección de los datos, como por ejemplo: cuando se recurre a instrumentos de gran magnitud, difíciles de operar y que pretenden recoger toda la información de una sola vez, (pueden darse tiempos o momentos diferentes de

recolección de información tales como ventanas). Como consecuencia de ello se produce un subregistro del incidente y de algunas de las variables a recoger.

- El diseño centralizado de los sistemas de información del sector salud.
- Parte de la necesidad sentida en la VIF, alcanza a demandar atención de los organismos de seguridad, y se sustenta en la denuncia y notificación de los diferentes eventos.
- Que no toda la demanda de atención por medio de la denuncia o notificación alcanza a ser atendida, ya que en muchas ocasiones las instituciones no disponen de los recursos necesarios para la atención de la necesidad demandada, principalmente la estructura horaria de servicios, etc.
- La necesidad atendida no se convierte necesariamente en una necesidad resuelta, debido a la acción de tipo judicial o administrativa que se desarrolla y que conlleva retrasos en las intervenciones, absoluciones, sobreseimientos y otros.
- Que es en base a la necesidad resuelta que se ha tratado de hacer interpretaciones de la necesidad sentida por las comunidades y el resultado generalmente es la elaboración de políticas y planes de intervención apartados de la realidad.

## **Tipo de sistema de vigilancia**

El sistema que se propone es de tipo pasivo, basado en los casos que llegan a las instalaciones de salud o de las diferentes instan-

cias judiciales o policiales, producto de la demanda espontánea. Sin embargo, un componente importante es la búsqueda activa de casos que deberá ser articulado en forma periódica, bien sea por medio de ventanas epidemiológicas o por investigaciones específicas, que surjan como necesidades complementarias de la información generada por la vigilancia pasiva.

## **Actores del sistema de vigilancia**

Se propone como actores principales a las diferentes instancias donde están las fuentes de información sobre las violencias existentes en Panamá, estructurados operacionalmente como cuatro subsistemas autónomos, que de alguna manera cubren las necesidades básicas de información en un municipio o área geográfica en su conjunto, y lo que se persigue es sistematizar ese potencial de información y canalizarlo con fines de aumentar y fortalecer la capacidad institucional.

### **Ministerio de Salud y CSS**

En las instituciones de salud la VIF se registrará en los sistemas rutinarios de información y debe ser convertida en una entidad de notificación e investigación obligatoria por niveles.

El registro de las acciones, tanto de atención de casos como de acciones de promoción de la convivencia solidaria, se realizará en los instrumentos actuales del Sistema de Información de Salud, con la adecuada utilización de la Décima Clasificación de Enfermedades (CIE). Para ello se recurrirá a los registros diarios de consulta, a las boletas de egreso hospitalario y a los instrumentos de registro de las actividades de educación y promoción de la salud.