

MINISTERIO DE SALUD
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

**Protocolo de
Vigilancia de la
Violencia
Intrafamiliar y
el Abuso Sexual
Extrafamiliar**

COSTA RICA 2002



PUBLICACIÓN A CARGO DE

Consejo Directivo de Violencia Intrafamiliar del Sector Salud
Ministerio de Salud
Caja Costarricense de Seguro Social
Instituto Nacional de las Mujeres

CONDUCCIÓN TÉCNICA

Marielos Rojas. Dirección Desarrollo de la Salud. Ministerio de Salud
Floencia Castellanos. Mujer Salud Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud

DISEÑO DE PORTADA E IMPRESIÓN Corporación
Litográfica Internacional, S.A.

Esta edición consta de 1000 ejemplares San José, Costa
Rica, junio 2002

Auspiciada por los gobiernos de Suecia (ASDI) y Noruega (NORAD)

Participaron en la elaboración de este documento:

Ministerio de Salud

NIVEL CENTRAL:

Marielos Rojas Espinoza	Dirección Desarrollo de la Salud, Ministerio de la Salud
Rosibel Méndez Briceño	Coordinadora, Comisión Interinstitucional de la Niñez y Adolescencia
Darlyn Castañedas López	Dirección Desarrollo de la Salud
Francis Mata Rojas	Integrante, Comisión Institucional de la Niñez y Adolescencia
Azálea Espinoza	Dirección Vigilancia de la Salud
Edda Quirós Rodríguez	Dirección Servicios de Salud
Lisbeth Guevara Gómez	Dirección Vigilancia de la Salud
Willie Carrillo Angulo	Dirección Vigilancia de la Salud
Rosa Vargas Alvarado	Dirección Vigilancia de la Salud

NIVEL REGIONAL:

Sandra Salazar Murillo	Unidad Desarrollo de la Salud y Regulación de Servicios, Región Central Sur
Ivania Reyes	Unidad Desarrollo de la Salud y Regulación de Servicios Región Central Sur
María Ethel Trejos S.	Unidad Desarrollo de la Salud y Regulación de Servicios Región Central Norte
Alba Nidia Sánchez	Unidad Desarrollo de la Salud y Regulación de Servicios Región Central Norte
Felicitas Barquero	Unidad Desarrollo de la Salud y Regulación de Servicios Región Chorotega
María Elizondo	Unidad de Desarrollo de la Salud y Regulación de Servicios Región Chorotega. Integrante, Red de Violencia de Liberia.
María Ester Pérez	Unidad Desarrollo de la Salud y Regulación de Servicios Región Central Occidente
Rodrigo Fernández	Unidad de Desarrollo de la Salud y Regulación de Servicios Región Brunca
Jorge Araya	Unidad Desarrollo de la Salud y Regulación de Servicios Región Huetar Norte

Tabla de Contenido

Angelina Asenjo Unidad Desarrollo de la Salud y Regulación de Servicios
Región Central Este

Rafael González Unidad Desarrollo de la Salud y Regulación de Servicios
Región Central Est

Sara Vargas Rosales Unidad Desarrollo de la Salud y Regulación de Servicios
Región Central Est

NIVEL LOCAL:

Grettel Balmaceda García Área Rectora Belén (Integrante, Red de Violencia de Belén)

Yalile Contreras Área Rectora Alajuelita.
Coordinadora de la Red de Violencia de Alajuelita

María del Carmen Fallas Área Rectora Turrialba, Integrante de la Red de Violencia de
Turrialba

Xinia Flores Jiménez Área Rectora Quepos, Integrante de la Red de Violencia de
Quepos

Norma Fernández Área Rectora Puriscal, Integrante Red de Violencia Puriscal

Leda Charpantier Área Rectora Goicoechea

Caja Costarricense de Seguro Social

Sonia Mora Rodríguez Coordinadora Programa Violencia Intrafamiliar

Jessica McDonald Quiceno Integrante Comisión Interinstitucional de Violencia Intrafamiliar

Rita Flores Astorga Coordinadora, Comisión de Violencia Intrafamiliar, Hospital
México

Ana Irene González Integrante de la Comisión de Violencia Intrafamiliar Hospital
México

Hellen Ulloa Coordinadora de la Comisión de Violencia Intrafamiliar Clínica
Jiménez Núñez

Ligia Moya Jefa de Sección de Información Biomédica

Landeline Monge Comité del Niño(a) agredido Hospital Nacional de Niños

Ana Virginia Quesada Coordinadora Comité del Niño(a) agredido Hospital
Nacional de Niños

Ligia Calvo Comité de Estudio Integral del Anciano(a) Agredido(a) y
Abandonado(a) CENAAA Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes

Elizabeth Valverde Clínica de Puriscal Red de Violencia Intrafamiliar de Puriscal

Tabla de Contenido

Angelina Asenjo	Unidad Desarrollo de la Salud y Regulación de Servicios Región Central Este
Rafael González	Unidad Desarrollo de la Salud y Regulación de Servicios Región Central Est
Sara Vargas Rosales	Unidad Desarrollo de la Salud y Regulación de Servicios Región Central Est

NIVEL LOCAL:

Grettel Balmaceda García	Área Rectora Belén (Integrante, Red de Violencia de Belén)
Yalile Contreras	Área Rectora Alajuelita. Coordinadora de la Red de Violencia de Alajuelita
María del Carmen Fallas	Área Rectora Turrialba, Integrante de la Red de Violencia de Turrialba
Xinia Flores Jiménez Quepos	Área Rectora Quepos, Integrante de la Red de Violencia de
Norma Fernández	Área Rectora Puriscal, Integrante Red de Violencia Puriscal
Leda Charpantier	Área Rectora Goicoechea

Caja Costarricense de Seguro Social

Sonia Mora Rodríguez	Coordinadora Programa Violencia Intrafamiliar
Jessica McDonald Quiceno	Integrante Comisión Interinstitucional de Violencia Intrafamiliar
Rita Flores Astorga México	Coordinadora, Comisión de Violencia Intrafamiliar, Hospital
Ana Irene González México	Integrante de la Comisión de Violencia Intrafamiliar Hospital
Hellen Ulloa	Coordinadora de la Comisión de Violencia Intrafamiliar Clínica Jiménez Núñez
Ligia Moya	Jefa de Sección de Información Biomédica
Landeline Monge	Comité del Niño(a) agredido Hospital Nacional de Niños
Ana Virginia Quesada	Coordinadora Comité del Niño(a) agredido Hospital Nacional de Niños
Ligia Calvo	Comité de Estudio Integral del Anciano(a) Agredido(a) y Abandonado(a) CENAAA Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes
Elizabeth Valverde	Clínica de Puriscal Red de Violencia Intrafamiliar de Puriscal

Mireya Cordero Clínica de Puriscal, Coordinadora Red de Violencia Intrafamiliar de Puriscal

Lisbeth Barrantes Consejo Nacional de Rehabilitación

Instituto Nacional de las Mujeres

Ana Hidalgo Solís Coordinadora Área de Violencia de Género

Teresita Ramellini C. Área de Violencia de Género

Organización Panamericana de la Salud

Florencia Castellanos Programa Mujer, Salud y Desarrollo

Revisado técnicamente por:

Subcomisión de Indicadores del Sistema Nacional de Violencia Intrafamiliar

Ana Carcedo CEFEMINA

Maritza Ortiz Ministerio de Justicia

Cristina Bonilla MIDEPLAN

Tabla de Contenido

Presentación.....	9
Introducción.....	10
Metodología.....	10
 Capítulo I Situación de la Violencia Intrafamiliar y el abuso extrafamiliar.....	 12
 Capítulo II Marco jurídico y técnico de la violencia intrafamiliar en Costa Rica.....	 15
 Capítulo III Definiciones.....	 16
 Capítulo IV Principios que deben regir la atención integral a la violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar.....	 18
 Capítulo V Sistema de información y descripción del proceso..	21
 Capítulo VI Responsabilidades según nivel.....	 24
 Capítulo VII Indicadores de Violencia Intrafamiliar y Abuso Sexual Extrafamiliar.....	 27
 Anexos	
Anexo 1 Inciso adicionado al decreto ejecutivo sobre Enfermedades de declaración obligatoria.....	 28

Anexo 2 Indicadores de situaciones de Violencia Intrafamiliar y Abuso Sexual Extrafamiliar Instrumento de valoración de factores de riesgo del abuso del(la) adulto(a) mayor en el hogar.....	30
Anexo 3 Boleta de declaración obligatoria.....	37
Anexo 4 Boleta de registro de violencia intrafamiliar y/o Abuso Sexual Extrafamiliar.....	38
Anexo 5 Boleta de referencia violencia intrafamiliar e Instructivo de la boleta.....	41
Anexo 6 Boleta de contrarreferencia e Instructivo de la boleta.....	44
Anexo 7 Tabla de reporte mensual de violencia intrafamiliar.....	46
Anexo 8 Tabla de reporte mensual según sexo y grupo étnico.....	47
Anexo 9 Tabla de reporte mensual por área, tipología y sexo.....	48
Bibliografía.....	49

Presentación

Tomando en consideración que la violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar representan un problema de salud pública y de seguridad ciudadana, por su elevado número de víctimas y por sus graves consecuencias, las instituciones del sector salud nos hemos abocado a la tarea de diseñar instrumentos para normar, tanto la atención a las personas afectadas por esta problemática, como el proceso a seguir para una adecuada vigilancia de la misma.

Es de vital importancia conocer la dimensión de la problemática de la violencia intrafamiliar y sus causas, para definir planes de intervención para el abordaje integral de la violencia intrafamiliar. Por ello, es necesario establecer con claridad los procedimientos de recolección, análisis y gestión de la información que garanticen la toma de decisiones oportuna.

Asegurar que las personas involucradas en estas tareas las realicen con pleno conocimiento de su importancia y que todos los funcionarios y funcionarias de salud sean conscientes de las responsabilidades que les competen es fundamental para garantizar el funcionamiento de un sistema de vigilancia permanente que opera en los niveles local, regional y nacional.

Esperamos que el presente documento, producto de un esfuerzo colectivo interinstitucional e interdisciplinario, se convierta en una herramienta valiosa en el quehacer diario del personal de salud, que, cada vez con mayor conciencia, asume el reto de trabajar al lado de las personas afectadas por este grave problema social.

***Dra. Rocío
Sáenz Ministra
de Salud***

Protocolo de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar

Introducción

Al ser la violencia intra familiar (VIF) y el abuso sexual extrafamiliar (ASE) problemas en los que inciden factores de índole cultural, social, económica y política, surge el reto de iniciar un proceso reflexivo de construcción conjunta en el sector salud a efecto de promover una visión epidemiológica de esta problemática, que contemple los determinantes y expresiones de la salud colectiva y promueva la comunicación con los actores sociales involucrados alrededor de procesos críticos estratégicos.

Las políticas de atención integral en salud de la VIF y ASE. deben basarse en información, seguimiento y análisis con el propósito de poner en marcha el sistema de vigilancia y que se genere información confiable y oportuna. Es importante que este sistema disponga de variables que, cruzándolas, permitan conocer la realidad del problema a nivel nacional en los diferentes sectores de la población.

El propósito primordial de este protocolo es aportar herramientas metodológicas que contribuyan a unificar criterios en el Sector Salud en torno a la recolección de información confiable para los tomadores de decisiones. Se espera que la misma, se convierta en un insumo importante para las redes de atención integral a la violencia intrafamiliar y que se promuevan procesos de discusión interinstitucional e interdisciplinaria que propicien el apropiamiento colectivo e individual de la información y la elaboración de planes de acción que respondan a la problemática de cada contexto en particular.

Metodología

La elaboración de este Protocolo se llevó a cabo en forma participativa con los diferentes actores sociales que están involucrados(as) en la atención de la problemática.

Se consideró de suma importancia integrar en este proceso de construcción colectiva a las compañeras y compañeros del Ministerio de Salud destacados en los diferentes niveles de gestión (Nacional-Regional-Local), tomando como criterio de selección de los(as) participantes el que estuvieran desempeñando funciones relacionadas con la vigilancia epidemiológica, o bien, participando en el nivel local en la Red de Violencia Intrafamiliar.

Con respecto a las compañeras de la Caja Costarricense de Seguro Social, el criterio de selección que prevaleció fue su inserción en la Comisión Nacional e Institucional de Violencia Intrafamiliar, o que estuvieran destacadas en alguno de los tres niveles de atención.

La metodología principal consistió en la realización de 9 talleres con el fin de promover una participación activa y la colectivización de saberes. El primer paso en este proceso fue el análisis de la viabilidad de un sistema de vigilancia en Violencia Intrafamiliar y Abuso Sexual Extrafamiliar y las fortalezas y debilidades para su aplicabilidad.

Asimismo, fue necesario construir un marco teórico común en torno a la vigilancia social para poder clasificar el ámbito de intervención (sectorial/ intersectorial). Durante el desarrollo de los talleres fueron empleadas guías de trabajo a través de las cuales los participantes definieron el accionar que competía según nivel de gestión (Nacional-Regional y Local).

Una vez elaborado el borrador del Protocolo, se llevó a cabo una validación del mismo, ampliando el número de compañeros(as) participantes en el proceso. Se solicitó al INAMU, específicamente al Área de Violencia de Género, revisado desde el punto de vista técnico, quedando incorporadas las sugerencias planteadas en la versión final.

El presente documento de ninguna manera puede considerarse como acabado. Por el contrario, es de esperar que una vez que sea puesto en práctica, surjan nuevas observaciones y recomendaciones las cuales deberán ser acogidas e incorporadas en futuras versiones.

CAPITULO I

Situación de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar

La violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar constituyen un problema social de grandes dimensiones que afecta sistemáticamente a importantes sectores de la población, especialmente mujeres, niñas, niños, adolescentes, ancianos, ancianas y personas con discapacidad.

El abuso contra los niños y las niñas se halla muy extendido en prácticamente todas las sociedades. Los registros al respecto, sin embargo son limitados. Por una parte, la tolerancia social hacia la violencia física contra los niños y las niñas, es un obstáculo para que esta sea percibida como un problema. Con respecto al abuso sexual, en tanto es considerado como un tema tabú, es difícil obtener estadísticas sobre su prevalencia. Algunos estudios realizados en diversos países sugieren que este tipo de abuso está muy difundido. En Nueva Zelanda (1977), en un estudio de cohortes de 520 niñas, estudiadas desde su nacimiento hasta los 18 años de edad, el 14% de las niñas declaró haber experimentado abuso sexual con contacto y el 17% se refirió a abuso sexual de todo tipo.¹ En Ginebra, Suiza, en un estudio realizado a través de la administración de un cuestionario respondido por 1193 estudiantes de noveno grado, el 20% de las niñas y el 3% de los varones declararon haber experimentando abuso sexual con contacto, el 34% de las niñas y el 11% de los varones declararon haber sufrido abuso sexual de todo tipo.² También en Suiza, en una encuesta realizada a nivel nacional con 3993 niñas y adolescentes de 15 a 20 años de edad, el 19% de las entrevistadas declaró haber experimentado abuso sexual. Aunque tanto los niños como las niñas pueden ser víctimas del abuso sexual, la mayor parte de los estudios informaron que la prevalencia del abuso entre los niñas es, por lo menos, 1,5 a 3 veces mayor que entre los varones.³

En Costa Rica no se dispone de información que permita hacer una estimación adecuada del número de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia, abuso y explotación sexual. La información que está al alcance proviene de diversas fuentes, originadas principalmente en el reporte de casos atendidos. En 1997, el Patronato Nacional de la Infancia atendió 23139 niños, niñas y adolescentes de los cuales 1299 resultaron ser casos de maltrato físico, 1575 casos de maltrato sexual y 64 de maltrato psicológico y verbal. En suma, 12.7% de la población total de niñas, niños y adolescentes atendidos por el PAÑI, evidenció maltrato y abuso.⁴

La línea telefónica "Rompe el silencio" recibió un promedio de 43 llamadas diarias en 1998, de las cuales 1 de cada 10 fue hecha por un niño, niña o adolescente.⁵ En el primer trimestre del 2001 se atendieron 88 menores de edad afectados por abuso, de los cuales un 68% son de sexo femenino y un 32% son de sexo masculino. El 39% fue víctima de abuso por parte de uno de sus progenitores o de ambos y los tipos de abuso que más prevalecieron fueron el sexual con un 45% y el físico con un 25%. El sitio en el cual se llevó a cabo el mayor número de abusos fue en el hogar, con un 79%. El Comité del Niño(a) Agredido(a) del Hospital Nacional de Niños informa que en el 2001 mensualmente el promedio de niños(as) atendidos fue de 22, habiendo fallecido 5 niños(as) en ese centro hospitalario por ser víctimas de violencia intrafamiliar.⁶

¹ Center for Health and Gender Equity. "Para acabar con la violencia contra la mujer", en Population Reports, Vol. XXVII, Número 4, Diciembre 1999. The John Hopkins School of Public Health., Baltimore, MD. USA. P.12 ² Center for Health and Gender Equity. Op. Cit.

³ Center for Health and Gender Equity. Op. Cit.

⁴ UNICEF, Universidad de Costa Rica, FLACSO. Estado de los derechos de la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica. 1». Ed San José Costa RicaPp. 103-104.

⁵ UNICEF. Op. Cit.

⁶ Datos del Comité del Niño Agredido, Hospital Nacional de Niños, 2002.

Una forma endémica de la violencia intrafamiliar es el abuso a las mujeres por parte de su pareja. Mundialmente, de acuerdo con los resultados de casi 50 encuestas de población realizadas en diferentes países, por lo menos una mujer de cada tres ha sido golpeada, forzada a tener relaciones sexuales, o maltratada de alguna manera en el transcurso de su vida. Entre el 10% y más del 50% de las mujeres entrevistadas declararon haber sido víctimas de violencia física, golpes o maltratos.⁷ En América Latina, entre un cuarto y más de la mitad de las mujeres informan haber sido abusadas por sus parejas.⁸

"La violencia hacia la mujer es el crimen encubierto más numeroso del mundo", esta dramática afirmación realizada por las Naciones Unidas en 1980, pretendía llamar la atención sobre una dolorosa situación que afecta a millones de personas en el mundo entero. Paradójicamente, aunque por diversas razones, tradicionalmente ha existido la tendencia a guardar silencio sobre las situaciones de violencia intrafamiliar, no significa que sea un hecho que no se perciba. La violencia contra las mujeres, especialmente la que ocurre en el hogar, es una práctica que se lía legitimado durante siglos, se ha "naturalizado".⁹

La violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar aparecen como una causa significativa de discapacidad y muerte entre mujeres en edad reproductiva. Además de heridas, hematomas, fracturas, pérdida de capacidad auditiva, desprendimiento de retina, enfermedades de transmisión sexual, abortos e incluso femicidios. Las mujeres blanco de la violencia pueden padecer de estrés crónico y por consecuencia de enfermedades tales como la hipertensión, diabetes, asma y obesidad; frecuentemente como consecuencia del abuso tanto físico como psicológico, las mujeres sufren dolores de cabeza en forma crónica, trastornos sexuales, depresiones, fobias y miedos prolongados.¹⁰

La violencia intrafamiliar hacia la mujer tiene un alto costo económico y social para el Estado y la sociedad, y puede transformarse en una barrera para el desarrollo socioeconómico. Algunos estudios estiman que el abuso sexual y maltrato físico en la mujer baja su ingreso entre un 3% y un 20% por el impacto sobre el logro educativo y sobre la salud, que a su vez repercuten en su actividad laboral.¹¹ En las economías de mercado, la violencia intrafamiliar representa casi un año de vida perdido por mujeres de 15 a 44 años por cada cinco años de vida saludable.¹²

En Costa Rica existen registros parciales sobre diferentes manifestaciones de la VIF. El número de femicidios (mujeres asesinadas por violencia doméstica y sexual) que en la década de los 90 ha sido de 191 (entre 1991 y 2000)¹³, supera a las muertes de mujeres por SIDA (70 en el mismo período)¹⁴ y es similar a la mortalidad materna (con un total de 183 casos reportados).¹⁵

Por cada mujer asesinada hay muchas personas de todas las edades que están siendo maltratadas en sus hogares. Al aprobarse la Ley Contra la Violencia Doméstica, en 1996, se abrió un espacio para que esta problemática fuera abordada desde la perspectiva de los derechos humanos, facilitando la adopción de medidas de protección.

⁷ Center for Health and Gender Equity. Op. Cit.. P.5

⁸ Heise, Lori, 1994. Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud. Washington D.C., OPS

⁹ Larrain, Soledad y Rodríguez, Teresa. 1993. "Origen y Control de la Violencia contra la Mujer". En Género, Mujer y Salud de las Américas, Washington D.C. OPS.

¹⁰ Heise, Lori. Op. Cit.

¹¹ Nelson, Toni, 1996. Violence Against Women". World Watch, July, August

¹² Heise, Lori, 1994. Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud. Washington D.C., OPS

¹³ Carcedo, Ana. Femicidio en Costa Rica 1990-1999. Consejo Directivo de Violencia Intrafamiliar del Sector Salud, San José, 2001.

¹⁴ Información proporcionada por Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2001.

¹⁵ Información proporcionada por Dirección de Servicios de Salud, Ministerio de Salud, 2001

Así, en 1999, el Poder Judicial tramitó alrededor de 26,437 solicitudes de medidas de protección en todo el país, resolviéndose 25.023 casos. Esto significó un aumento considerable en comparación con el número del año anterior, que fue de 21.000 denuncias. En el 2000 ingresaron 32.643 casos, de los cuales se resolvieron 30.825..¹⁶

La línea 800-300-3000 "Rompamos el Silencio" que opera en el Instituto Nacional de la Mujeres (INAMU) desde 1997, recibió en el año 2000 un total de 12,304 llamadas y en el 2001 recibió 64.311 llamadas, siete veces más que las recibidas en 1999. En el 2002, hasta el 4 de junio, se han recibido 35.652 llamadas. La Delegación de la Mujer en el 2001 atendió 5.404 casos y hasta abril del 2002, 1.651 llamadas.¹⁷

Si bien estas cifras son altas no recogen todas las situaciones de VIF que se dan en el país. Sin embargo, aunque no se conozca con exactitud su dimensión, es claro que la VIF en Costa Rica, al igual que en el resto del mundo, es un problema de grandes dimensiones y graves consecuencias.

El Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado (CENAAA) atendió, entre enero y noviembre del 2000, a 55 mujeres y 20 varones. Las mujeres fueron mayormente afectadas por abuso psicológico, seguido por el abandono. Entre los varones el abandono fue el tipo de abuso que tuvo mayor presencia.¹⁸

La discapacidad es un tema de relevancia social y sabemos que, día a día, crece el número de personas afectadas. En Europa, se calcula que el 10% de la población presenta algún tipo de discapacidad. Estudios internacionales (PNUD, 1992) consideran que en algunos países en desarrollo, la población discapacitada alcanza el 20%, pero -aún con este número tan significativo- este grupo de personas, en muchos ámbitos es tratado como un colectivo de "*ciudadanos invisibles*". En el mundo existen alrededor de 250 millones de mujeres con algún tipo de discapacidad que se enfrentan a una doble discriminación y a múltiples barreras que dificultan la consecución de objetivos de vida considerados como esenciales.

Cuotas mayores de desempleo, salarios inferiores, menor acceso a los servicios de salud, mayores carencias educativas, escaso o nulo acceso a programas y servicios dirigidos a mujeres y un mayor riesgo de padecer abuso sexual y físico son algunos de los rasgos sociales que rodean a las mujeres con algún tipo de deficiencia sensorial, física o de desarrollo intelectual. A ello se suma su menor capacidad para defenderse físicamente, mayores dificultades de comunicación para expresar los malos tratos, mayor dependencia de la asistencia y cuidados de otras personas y muchas otras situaciones. Todos estos factores convierten a las mujeres con discapacidad en un grupo con altísimo riesgo de sufrir algún tipo de violencia (mayor que el de las demás mujeres).

Pero quizá, por encima de todas estas circunstancias, está la discriminación y un acentuado prejuicio social hacia este grupo de mujeres. La discriminación por razón de la mayor o menor capacidad física o intelectual de las personas, es un acto violento en sí mismo que genera, a su vez, frustración y violencia en las personas que la padecen.

Informe El Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, N° 6. San José, 2000 INAMU, junio 2002.

Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado (CENAAA), Hospital "Dr. Raúl Blanco Cervantes", marzo 2001.

CAPITULO II

Marco jurídico y técnico de la violencia intrafamiliar en Costa Rica

Costa Rica viene trabajando en el marco legal de la VIF con una gran fuerza desde el inicio de la década de los 90. En marzo de 1990 se promulga la Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer. En junio de 1994, el estado costarricense, ratificó la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belem Do Para) adoptada por la Organización de Estados Americanos (OEA). En diciembre de 1994 se aprobó la Ley contra el Hostigamiento Sexual en el Empleo y la Docencia y, por último, en abril de 1996, se aprobó la Ley contra la Violencia Doméstica. Se debe incluir en este esfuerzo la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño de 1990 y la adopción del Código de la Niñez y la Adolescencia (1998) y la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor (1999). También en 1999 se adoptó la Ley contra la Explotación Sexual de las Personas Menores de Edad y la Ley 7600 de Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad.

La ley contra la Violencia Doméstica faculta como ente rector de ésta problemática al Instituto Nacional de las Mujeres, mientras que la Ley General de Salud establece la rectoría del Ministerio de Salud con respecto a la notificación y control de todas las enfermedades y daños a la salud del individuo. Esto plantea la necesidad de que exista una coordinación estrecha entre ambas entidades a fin de concertar las acciones en el marco de legalidad establecido y evitar los traslapes innecesarios.

El 22 de abril de 1998 se modificó el Decreto Ejecutivo de Enfermedades de Denuncia Obligatoria¹⁹, adicionando un nuevo inciso al artículo primero del decreto donde se consigna a la **Violencia Intrafamiliar** con el número **1.71** como un daño de denuncia obligatoria. Asimismo se adiciona un párrafo en el artículo segundo que llevará la **letra "d"**, de las enfermedades del **Grupo C**, que aparecen como **Anexo #1** en este Protocolo.

También establece el artículo octavo de este decreto que: "*...en el caso de las enfermedades del grupo C, el médico tratante y el director del servicio de salud, pueden encargar a los funcionarios de Registros Médicos y estadísticas de los establecimientos de salud de efectuar las notificaciones de las enfermedades, siguiendo las normas establecidas en este decreto, siendo responsables de velar para que las notificaciones sean debidamente efectuadas. Asimismo, los médicos en el ejercicio privado de la profesión son responsables personalmente de cumplir con la obligación de la notificación, de todos los casos de enfermedades de denuncia obligatoria atendidos privadamente.*"

El Ministerio de Salud para clasificar la Violencia Intrafamiliar, asumió lo que establece la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIÉ), publicadas por la OPS en 1995, en la sección de **Síndrome del Maltrato**, que va desde la **174.0** hasta la **T.74.9**. Además de esta codificación se debe agregar la Causa Externa del Maltrato en la sección de **AGRESIONES**²⁰, que van desde la **X85** hasta la **Y09**²¹, por lo que este daño llevará doble codificación: Las causas primarias por el **T74** y las causas secundarias (Causa Externa del Maltrato) desde la **X85** a la **Y09**.

¹⁹ Este Decreto Ejecutivo se había modificado desde su promulgación, por decretos ejecutivos Nos. 16055-S del 20 de febrero de 1985; 17187-S del 12 de setiembre de 1986; 19161 -S del 24 de agosto de 1989; 25897-S del 24 de enero de 1997 y el 26412-S del 10 de octubre de **1997**.

²⁰ Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión, 1995. Tomo II, Págs. 1033-1036

²¹ La sección de AGRESIONES comprende desde el código **X85**, hasta la **Y09**

CAPITULO III

Definiciones

Violencia Intrafamiliar²²

Es toda acción u omisión ejercida contra un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción que produzca como consecuencia daños a la integridad física, sexual, psicológica o patrimonial, violando su derecho al pleno desarrollo y bienestar.

Abuso sexual extrafamiliar

Acción de obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza, o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Incluye entre otros, exhibicionismo, acoso sexual, exposición o participación en pornografía, sexo oral, penetración genital o anal. Implica la acción de una persona hacia otra en contra de su voluntad, sea conocida o desconocida y no integrante de su familia.

Tipos de violencia intrafamiliar

Violencia psicológica

Acción u omisión destinada a degradar o controlar acciones, comportamientos, creencias, y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, humillación", aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio a la salud psicológica, autodeterminación o el desarrollo personal.

Violencia física

Acción u omisión que arriesga o daña la integridad corporal de una persona.

Violencia sexual

Acción que obliga a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza, o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Incluye entre otros, exhibicionismo, acoso sexual, exposición o participación en pornografía, sexo oral, penetración genital o anal.

Violencia patrimonial

Acción u omisión que implique daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las personas.

²² Con base en Plan Nacional de Atención a la Violencia Intrafamiliar (PLANOFI) y "Normas de Atención en Salud a las Personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar" elaborada por la CCSS, Ministerio de Salud, 2000. Pp. 11-14..

Violencia por negligencia

Acción de descuido contra un pariente en situación de dependencia en aquellas actividades básicas de la vida diaria, tales como: baño, vestido, alimentación, movilización, medicación, atención a los problemas de salud, que lleven al deterioro en la calidad de vida de la persona.

Definición de caso de violencia intrafamiliar

Toda persona que manifieste signos o consecuencias de haber sido o estar siendo víctima de violencia ya sea, física, psicológica, sexual, patrimonial o por negligencia,²³ ejercida por un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el tercer grado inclusive, por vínculo jurídico o de hecho o por una relación de guarda, tutela o curatela. Se considerará que existe un caso de violencia intrafamiliar cuando este sea reportado por la persona afectada o haya sido confirmado por un funcionario de salud debidamente capacitado.

Definición de caso de abuso sexual extrafamiliar

Toda persona que manifieste signos o consecuencias de haber sido afectada por violencia sexual ejercida por otra persona no integrante de su familia, sea conocida o desconocida, en contra de su voluntad, haciendo uso de la fuerza, la intimidación o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Se considerará que existe un caso de abuso sexual extrafamiliar cuando este sea reportado por la persona afectada o haya sido confirmado por un funcionario de salud debidamente capacitado.

Vigilancia en salud pública

La vigilancia en salud pública se entiende como la recopilación, el análisis y la interpretación, en forma sistemática y constante, de información en salud para utilizarla en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la Salud Pública.²⁴

Objetivo de la vigilancia en violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar

Mantener un monitoreo sistemático que permita la detección oportuna de las situaciones de VIF y ASE para producir información que contribuya a la toma de decisiones para el abordaje integral de esta problemática social.

23 Ver Anexo No. 2

24 Tomado de Teutsch, Steven y Churchill, R. Elliot. Principles and Practice of Public Health. Oxford University Press, 2000.

25 Plan Nacional de Atención a la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI) y Normas de Atención en Salud a las Personas Afectadas por la Violencia Intrafamiliar

CAPITULO IV

Principios que deben regir la atención integral a la violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar

1. Toda persona tiene derecho a vivir con dignidad en un ambiente de relaciones interpersonales pacíficas y libres de agresiones psicológicas, sexuales, físicas y sociales y sin discriminación (por edad, sexo, género, grupo étnico, zona geográfica, creencias religiosas, políticas, estilos de vida).
2. Toda persona tiene derecho a la defensa de la vida y a vivir en condiciones que le permitan una calidad de vida adecuada.
3. Toda persona tiene el derecho a ser protegida por el Estado contra cualquier forma de abandono o abuso intencional o negligente que afecte su desarrollo integral.
4. Toda persona tiene el derecho de aprender formas no violentas de resolver conflictos. La sociedad debe promover formas de vida no violentas.
5. Toda persona tiene el derecho a una atención integral oportuna, expedita, eficaz, confiable, eficiente, de calidad, para eliminar la violencia intrafamiliar y sus secuelas.
6. Las personas están influidas por factores legales, biológicos, económicos, sociales, espirituales, psicológicos, culturales, por lo tanto todos deben ser tomados en consideración para que se pueda entender y enfrentar la violencia familiar en forma integral e interinstitucional.
7. Nada justifica la violencia.
8. La violencia es una construcción histórica que se modela y aprende, por lo tanto deben revisarse los mensajes que emiten los diferentes agentes socializadores que la refuerzan: la familia, el sistema educativo, los medios de comunicación, las iglesias, el sistema de salud, el sistema judicial y otros.
9. La violencia intrafamiliar es problema de salud pública por el impacto que causa en la población.
10. La atención integral a la violencia intrafamiliar debe estar regida por el principio de confidencialidad para garantizar la integridad de las personas afectadas.
11. La atención integral a la violencia intrafamiliar se fundamenta en el derecho de las mujeres y hombres, niñas y niños, adolescentes y personas mayores a vivir con dignidad, libertad, justicia y paridad.
12. La atención integral a la violencia intrafamiliar sólo se podrá dar cuando esté basada en el principio de solidaridad.

Conforme a los anteriores principios, una atención integral a la violencia intrafamiliar debe comprender los siguientes aspectos:

²⁵ Plan Nacional de Atención a la Violencia Intrafamiliar (PLANNOVI) y "Normas de Atención en Salud a las Personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar"

- Ser accesible, continua, eficaz, ágil, oportuna, confiable, confidencial, segura, de calidad, que garantice la integridad de las personas afectadas.
- Que contemple la atención de los diferentes tipos de violencia (psicológica o emocional, física, sexual, patrimonial, abuso sexual extrafamiliar y testigos de la violencia intrafamiliar).
- Dirigida a romper el ciclo de la violencia.
- Con espacios para la retroalimentación y la contención individual y grupal para las personas responsables de la atención.
- Con mecanismos sistemáticos de registro y análisis de la situación de las personas y familias afectadas por la violencia intrafamiliar que permitan valorar el cumplimiento e impacto de las acciones. Todo esto dentro de un sistema de vigilancia permanente tanto a nivel local, regional como nacional.

La atención a la violencia intrafamiliar debe fundamentarse en²⁶:

1. **Enfoque de género:** reconoce, con propósito transformador, todas aquellas condicionantes sociales que establecen formas diferenciadas de ser, de pensar y de hacer para hombres y mujeres, que históricamente han posibilitado y perpetuado relaciones de dominio y control, a través de una socialización que responde a representaciones de lo masculino y lo femenino que legitiman relaciones de discriminación, desigualdad y vulnerabilidad en forma diferente frente a la violencia.
2. **El enfoque de riesgo:** Permite identificar circunstancias personales, de grupo o de ambiente social, así como procesos institucionales, que incrementan la probabilidad de que se presenten situaciones de violencia intrafamiliar o abuso sexual extrafamiliar. La detección del nivel de riesgo (identificando factores protectores y desprotectores) facilita la toma de decisiones para adecuar las acciones a las necesidades y prioridades de las personas o grupos afectados. Este enfoque ha permitido evidenciar que los grupos más vulnerables son: las niñas(os), las mujeres, las personas mayores y las personas con necesidades especiales o con discapacidad.
3. **El abordaje interdisciplinario:** para ofrecer una atención integral que incorpore los componentes sociales, biológicos, legales y psicológicos, se requiere de la interrelación entre los saberes de todas las disciplinas existentes en salud. Una sola disciplina no podrá dar cuenta de un problema con un nivel de complejidad como el de la violencia intrafamiliar, de ahí, la necesidad de un trabajo interdisciplinario. Al mismo tiempo, cada disciplina debe **definir** sus acciones de intervención específica, tomando en consideración esa complejidad.
4. **La intersectorialidad:** para enfrentar el problema de la violencia intrafamiliar, se requiere de acciones concertadas entre comunidad, sociedad civil y Estado. Es importante incorporar a todos los actores sociales en la planificación, ejecución y evaluación de la atención a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar a desarrollar en los niveles locales, y promover el compromiso de la ciudadanía en la erradicación del problema. Así, en la interacción entre ciudadanos(as), sociedad civil organizada e instituciones, se encontrarán respuestas más efectivas y se desarrollará una auténtica participación social. Una estrategia fundamental aquí es la creación de redes locales de atención integral a la violencia intrafamiliar.

²⁶ Con base en "Normas de Atención en Salud a las Personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar " y elaboración del **Taller de operacionalización conceptual "Política pública para la intervención de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar contra personas menores de edad"** ICAES, Coronado 21 y 22 de junio 2001. Costa Rica.

5. **Integralidad de los derechos:** Los derechos humanos son integrales, interdependientes, interrelacionados, inalienables, irrenunciables y de la misma jerarquía.
6. **El enfoque generacional:** toma en consideración el momento de desarrollo de la persona en su ciclo vital en función de sus posibilidades, expectativas, necesidades y prioridades y relativizar las formas de relación entre los grupos etéreos. Este enfoque obliga a que las intervenciones institucionales se ajusten en todos sus alcances a la identidad y características de cada grupo.
7. **El enfoque contextual:** reconoce las características de cada grupo etéreo, así como sus potencialidades y necesidades, las cuales varían de acuerdo con las condiciones históricas, socioculturales y económicas de cada sociedad. Es necesario tomar en cuenta que la heterogeneidad de realidades y condiciones de vida plantea la necesidad de dar respuesta a demandas específicas.

Recomendaciones Éticas

El abordaje de la temática de Violencia Intrafamiliar conlleva retos éticos y metodológicos importantes, no es similar a otras áreas de investigación dado que por su naturaleza, los temas de seguridad, confidencialidad son aspectos fundamentales de abordar. En este sentido es importante salvaguardar:

- a) Respeto a la persona
- b) Secreto profesional
- c) La seguridad física y psicológica de las (os) entrevistadas (os) ante toda violencia potencial en forma de represalia por el agresor tiene importancia primordial.
- d) La confidencialidad de la información recopilada durante una entrevista es básica.

CAPITULO V

Sistema de Información

FUENTES DE NOTIFICACIÓN

Sector Salud

Todos los establecimientos públicos y privados del Sector Salud (CCSS, Ministerio de Salud, clínicas, hospitales y consultorios públicos y privados).

Otros sectores e instituciones

Toda información que se genere en forma escrita por parte de la Medicatura Forense (Poder Judicial) y otros ministerios, instituciones, Ong's y grupos comunales que cuenten con personal calificado.

INSTRUMENTOS

Los instrumentos básicos a utilizar en el Sistema de Información son: la Boleta de Notificación Obligatoria (ver Anexo N° 3)²⁷ y la Boleta de Registro de Violencia Intrafamiliar y Abuso Extrafamiliar (Anexo N° 4), Boleta de Referencia (Anexo N° 5), Boleta de Contra Referencia (Anexo N° 6), Reporte Mensual de VIF y ASE según CIE-10 (Anexo N° 7), Reporte Mensual de VIF según tipo, sexo y grupo étnico (Anexo N° 8), Reporte Mensual de VIF por área de salud y sexo (Anexo N° 9).

Los anteriores instrumentos podrán ser modificados o podrá crearse otros nuevos, de acuerdo con las necesidades, siempre y cuando contengan las variables básicas de interés contenidas en la sección "Indicadores para Violencia intrafamiliar y Abuso sexual extrafamiliar"

FLUJO DE NOTIFICACIÓN

Se realiza la notificación del caso a la dirección de área rectora del Ministerio de Salud de acuerdo al flujo de información establecido por el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Los hospitales nacionales notificarán a la región que le corresponda de acuerdo a su ubicación geográfica. Las áreas notificarán semanalmente los casos a la oficina regional del Ministerio de Salud y esta a su vez al nivel central.

ANÁLISIS Y TOMA DE DECISIONES

El procesamiento y el análisis de los datos se realizará en las comisiones de vigilancia epidemiológica de los tres niveles de gestión.

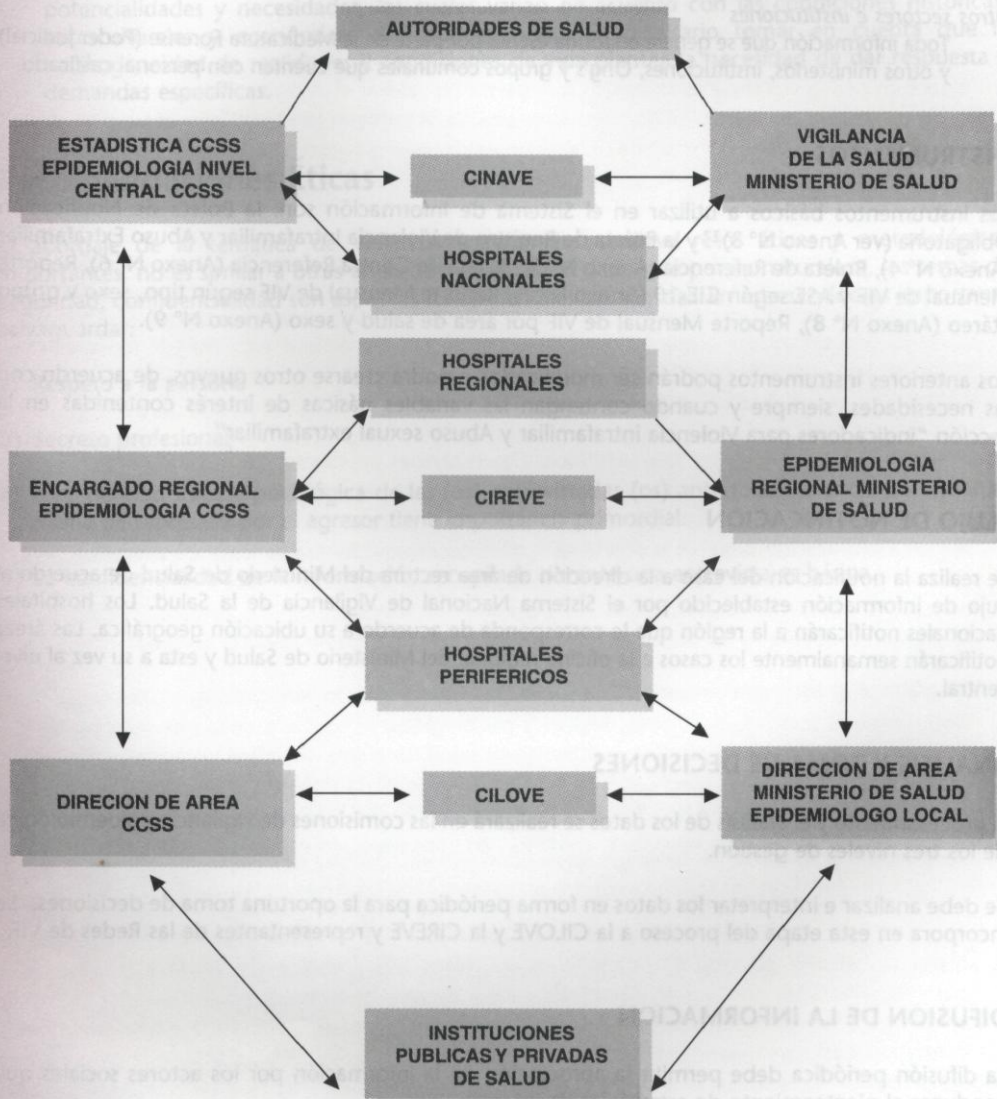
Se debe analizar e interpretar los datos en forma periódica para la oportuna toma de decisiones. Se incorpora en esta etapa del proceso a la CILOVE y la CIREVE y representantes de las Redes de VIF.

DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

La difusión periódica debe permitir la apropiación de la información por los actores sociales que conduzca al planteamiento de estrategias de intervención.

²⁷ La Boleta de Declaración Obligatoria, en los casos de violencia intrafamiliar, deberá llenarse omitiendo el nombre de la persona afectada y consignando únicamente el número de identificación.

ABUSO SEXUAL EXTRAFAMILIAR



Descripción del proceso de vigilancia de la violencia intrafamiliar

A PARTIR DE	RESPONSABLES	QUÉ SE NOTIFICA	TIEMPO NOTIFICADO	A QUIEN NOTIFICA	QUE ACCIONES DE CONTROL SE REALIZA
Servicios públicos de salud de atención de las personas.	Funcionarios de Salud	Casos	- Inmediata a la confirmación de un caso. - Reporte Semanal.	Al EBAIS Al Area rectora del Ministerio de Salud, Al Area de salud CCSS, A la Region del Ministerio de Salud	Referencia de casos Monitoreo de acciones. Procesamiento y análisis de datos. Participación en la definición de estrategias de intervención. Evaluación de cumplimiento de normas

CAPITULO VI

Responsabilidades según nivel de acción

NIVEL DE GESTIÓN LOCAL:

ACCIONES	INSTANCIAS PARTICIPANTES	CÓMO	INSTRUMENTO
1.- El área rectora facilita la negociación y concertación con los actores sociales involucrados en la captación y registros de las situaciones de Violencia Intrafamiliar.	Área rectora (MS) Área de salud (CCSS)	Reuniones con diferentes instancias para sensibilizar en torno a la importancia y oportunidad de la notificación.	- Ley General de Salud - Decreto de notificación obligatoria - Boleta de notificación obligatoria. - Reuniones de negociación - Convocatoria escrita y oral. - Normas de atención en violencia intrafamiliar
2.- Detección y registro de situaciones de violencia intrafamiliar	Área rectora MS Área de salud CCSS	Llenado de Boleta de Declaración Obligatoria según criterios de detección y exploración establecidos.	- Ficha familiar - Boleta de declaración obligatoria. - Criterios de detección y exploración incorporados en normas de VIF - Normas VIF. - Boletas de las diferentes instituciones
3.- Asegurar el envío al área rectora respectiva de las boletas de notificación obligatoria.	Área rectora (MS) Área de salud (CCSS)	Medio electrónico o boleta original.	- Protocolo de VIF y ASE. - Flujograma de envío de datos. - Enlace institucional (nivel de cada institución).
4.- Procesamiento estadístico de casos detectados.	CILOVE CIREVE	Programa Epi-Info y otros.	- Boletas de notificación.
5.- Envío de la información a instancias competentes para análisis.	Redes y responsables del sistema de información de otras instituciones.	Consolidado de los registros.	- Informe con indicadores - Boletas
6. - Análisis interinstitucional de los datos	Red Violencia Intrafamiliar CILOVE Otros actores.	-Reuniones trimestrales de evaluación de la información -Reuniones ampliadas	- Informe del área rectora.
7. - Devolución de la información y planteamiento de estrategias de intervención con los diferentes actores sociales.	Área rectora Red VIF CILOVE Líderes comunales Instituciones ONG'S Grupos de apoyo	-Reuniones -Talleres	- Instrumentos y guías
8. - Monitoreo de la respuesta social a los casos de VIF y estrategias planteadas.	CILOVE Red VIF Área rectora	-Análisis de casos priorizados y muestreados -Revisión de avances del plan.	- Instrumentos de monitoreo.
9. - Evaluación de procesos y resultados	Área rectora CILOVE Red VIF	-Aplicar metodología de evaluación.	- Guía de evaluación. - Informes - Talleres y Memorias

NIVEL DE GESTIÓN REGIONAL

ACCIONES	INSTANCIAS PARTICIPANTES	CÓMO	INSTRUMENTO
1- Recibir y consolidar información de las comisiones locales interinstitucionales de vigilancia epidemiológica.	CIREVE Redes de VIF	- Informes mensuales de cada área de salud	- Informes según formato establecido. - Epiinfo
2- Análisis de información	CIREVE Redes de VIF	- Reuniones - Foro de análisis	- Epiinfo
3- Evaluación y capacitación a comisiones locales.	CIREVE Redes de VIF	- Reuniones - Talleres	- Guías de trabajo - Elaboración de instrumentos de evaluación
4- Preparar y enviar informes a los diferentes niveles de gestión.	CIREVE Redes de VIF	- Informes semestrales y trimestrales - Reuniones en el nivel local - Envío a los diferentes niveles de gestión.	- Diseño de instrumentos.
5- Promover y participar en investigaciones.	CIREVE Redes de VIF CILOVE	- Coordinación de acciones aplicando los protocolos de investigación.	- Protocolos de investigación.
6- Apoyar las estrategias de intervención de niveles locales.	CIREVE Redes de VIF Unidad de Desarrollo de la Salud	- Asesoría - Capacitación - Talleres	
7- Gestionar recursos para la implementación de vigilancia epidemiológica de la VIF.	CIREVE	- A través de proyectos que justifiquen el presupuesto.	- Instrumentos requeridos según fin institucional
8- Evaluación de procesos y resultados	Área rectora CIREVE Red cantonal Red VIF	- Reuniones - Visitas - Foros	- Instrumentos indicadores - Informes - Datos recopilados
9- Negociar y concertar acciones con otros actores sociales.	CIREVE PANI MEP INAMU	- Reuniones de negociación y concertación.	

NIVEL DE GESTIÓN CENTRAL

ACCIONES	INSTANCIAS PARTICIPANTES	CÓMO	INSTRUMENTO
1.- Recibir y procesar la información de las comisiones regionales de vigilancia de la salud	CIREVE CINAVE	Informes mensuales de cada región	Informes según formato establecido
2.-Análisis de la información al nivel nacional	CINAVE Consejo Directivo de Violencia Intrafamiliar	Informes	Epiinfo
3.- Monitorear la información.	CINAVE CIREVE	Reunión	Aplicación de instrumento de evaluación
4. Divulgación nacional de la información en VIF.	CINAVE Sistema Nacional de VIF	Informes Reuniones	Informes
5.- Promover y participar en investigaciones	CINAVE Consejo Directivo de Violencia Intrafamiliar	Coordinación con entes públicos y privados	Protocolos de investigación
6.- Gestionar recursos para la información de vigilancia de la VIF.	CINAVE Consejo Directivo de Violencia Intrafamiliar	Reuniones	Actas

CAPITULO VII

Indicadores para violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar

Los indicadores que se utilizarán son:

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	UTILIDAD
Lugar (permite conocer la magnitud del evento y su distribución en unidades espaciales de interés)	Tasa general del evento en el cantón	Número de casos ocurridos en el cantón x / total de personas del cantón a mitad del período. $*K$	Permite conocer la magnitud del evento en el cantón
	Tasa general del evento en la región	Número de casos ocurridos en la región / total de personas de la región a mitad del período. $*K$	Magnitud del evento en la región.
	Tasa general del evento en el país	Número de casos ocurridos en el país / población total del país $*K$	Magnitud del evento en el país.
	Número de casos del evento por distrito.	Numero absoluto de casos del evento por distrito	Al comparar las tasas obtenidas es posible estimar un mayor o menor riesgo lo cual permitiría realizar estratificación epidemiológica de riesgo
	Proporción de caso por distrito	Número de casos ocurridos en personas de x barrios/total de casos ocurridos $*K$ (100).	
Tipo de violencia	Número de casos ocurridos por tipo, según area, región y país	Número de casos distribuidos según tipo (físico, psicológico, sexual, patrimonial y negligencia)	Permite identificar la frecuencia de cada tipo, para definir los recursos necesarios
Sexo y edad (Identificará los grupos poblacionales más expuestos al evento).	Tasa específica del evento por edad y sexo	Número de casos ocurridos en personas de x edad/ total de personas de x edad en el área de referencia a mitad del periodo $*K$, según sexo	Al comparar las tasas obtenidas para diferentes grupos de población es posible identificar grupos de mayor riesgo para los cuales sea necesario intensificar la acción.
Parentesco	Proporción de casos según parentesco con el agresor	Número de casos ocurridos en personas con x parentesco con el agresor / Total de casos ocurridos $*K$ en el período Casos según parentesco / Total de casos.	Permite identificar el tipo de parentesco más frecuente entre los casos lo cual es útil para identificar los vínculos más problemáticos sobre los cuales hay que enfocar acciones
Escolaridad de la víctima y del (a) agresor(a)	Proporción de casos según escolaridad de la víctima y del(la) agresor(a)	Número de casos de escolaridad x /total de casos: a-Víctima b-Del(la) agresor(a)	Aclarar posibles diferencias en la frecuencia del evento en los grupos de nuestra sociedad.
Nacionalidad del (la) agresor(a) y de la víctima	Proporción de casos según nacionalidad	Número de casos del país de nacimiento/total de casos por 100: a-Víctima b-Del agresor	Permite aclarar posibles diferencias en la frecuencia del evento en los diferentes grupos de la sociedad.
Tiempo (día de la semana y mes)	Número casos según día de ocurrencia del evento	Número de casos por día/total de casos $* 100$	Identificar la tendencia para reforzar las medidas preventivas en los días críticos

Indicadores de impacto

Tasa específica de mortalidad por VIF, según edad y sexo

Defunciones por VIF por edad en el período definido (1.000)

Población en edad "y" a mitad del período

Indicadores de evaluación

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	UTILIDAD
Cobertura por cantón y región	Proporción de unidades notificando	Número de unidades notificando/total unidades * 1000	Definir el avance de la atención integral a la VIF
Oportunidad de notificación a la CILOVE	Porcentaje de unidades informando al día a la CILOVE	Unidades informando a tiempo/unidades que deben informar (total de unidades que la conforman)	Alimentar el accionar de la CILOVE
	Número de casos confirmados	Idem	Idem
	Número de casos en seguimiento	Idem	Idem
	Porcentaje de registros con información completa, desagregada por variable	Por ejemplo: registros con edad completa entre total de registros * 100	Datos reflejen la realidad
Cumplimiento	Veracidad del dato	Visita periódica para comprobación	
	- Periodicidad de las reuniones de la CILOVE	Tiempo transcurrido entre una reunión y la siguiente.	Verificar si la CILOVE se reúne.
	- Número de reuniones de la CILOVE con la Red	Por lo menos uno al año	Verificar si la CILOVE interactúa con la Red
	- Existencia de un plan de intervención integral		Idem.

ANEXOS

Anexo N° 1

Inciso adicionado al Decreto Ejecutivo sobre enfermedades de declaración obligatoria

AL-3262-98

N° _____ SALUD

**EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA Y
EL MINISTRO DE SALUD**

Con fundamento en las atribuciones conferidas por los artículos 140 incisos 3) y 1B) de la Constitución Política; ²⁸ párrafo segundo inciso b) de la Ley N° 6227 de 2 de mayo de 1978 "Ley General de la Administración Pública"; 1, 2, 13, 14, 158 y 342 de la Ley N° 5395 de 30 de octubre de 1973 "Ley General de Salud"

CONSIDERANDO:

1°. Que la violencia intrafamiliar es hoy día en Costa Rica, por sus dimensiones e impactos en la población, un problema de Salud Pública.

2°. Que parte fundamental de cualquier iniciativa para erradicar y prevenir la violencia intrafamiliar es el conocimiento de su manifestación a lo largo y ancho del país.

3°. Que el Ministro de Salud debe velar por una efectiva y amplia protección de la salud de los ciudadanos.

4°. Que la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en su décima edición, publicada por la Organización Panamericana de la Salud en 1995, contempla las formas de violencia familiar dentro de las causas de Morbilidad y Mortalidad, capítulo XX en los puntos del Y-05 al Y-09.

5°. Que la Dirección General de Salud ha solicitado la declaración de dichos eventos con carácter de importancia epidemiológica, como enfermedades de denuncia obligatoria.

POR TANTO,

DECRETAN,

Artículo 1°.- Adiciónese un inciso al artículo 1 del Decreto Ejecutivo N° 14496 SPPS de 29 de abril de 1983, reformado por Decretos ejecutivos Nos. 16055-S de 20 de febrero de 1985, 17187-S de 12 de setiembre de 1986, 19161 de 24 de agosto de 1989, 25897-S de 24 de enero de 1997 y 26412-S de 10 de octubre de 1997, que se leerá así:

*k:: Constante de ponderación por 100, 1000, 10.000, 100.000

"1.71) Violencia Intrafamiliar"

ARTICULO 2º.- Agréguese un párrafo más, que llevará la letra d), al C del artículo 2 del Decreto Ejecutivo N° 14496 SPPS de 29 de abril de 1983, reformado por Decretos Ejecutivos Nos. 16055-S de 20 de febrero de 1985, 1 7187—S de 12 de setiembre de 1986, 19161 de 24 de agosto de 1989, 25897-S de 24 de enero de 1997 y 26412-S de 10 de octubre de 1997, que se leerá así:

"d) Enfermedades de especial importancia epidemiológica en el área de la salud de la familia:

Agresión Sexual con Fuerza Corporal

Negligencia y Abandono

Otros Síndrome de Maltrato

Agresión por Medios No Especificados"

ARTICULO 3º.- Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República, San José, a los veintidós días del mes de abril de mil novecientos noventa y ocho.

JOSE MARÍA FIGUERES OLSEN

DR. HERMÁN WEINSTOK W.
MINISTRO DE SALUD

Anexo N° 2

Indicadores de situaciones de Violencia Intrafamiliar y Abuso Sexual Extrafamiliar

I.- En cualquier persona

Signos y síntomas que hacen sospechar situaciones de *violencia física*:

- La persona afectada admite el maltrato
- La persona afectada niega el maltrato físico, pero presenta quemaduras, laceraciones, fracturas inexplicables o daños múltiples de varios niveles de severidad. Los focos más comunes donde se producen daños en los casos de violencia doméstica son: cara, cabeza pecho, senos, abdomen y genitales. Las mujeres embarazadas a menudo muestran daños en los pechos y abdomen.
- La gravedad o el tipo de golpe o daño es inconsistente con la explicación que da la persona afectada
- La persona afectada describe de forma renuente, avergonzada o evasiva las circunstancias que rodearon el alegado accidente
- Se aprecia una dilación de tiempo entre el momento en que ocurre el maltrato y el momento en que se acude en busca de ayuda médica y de otra índole.
- Algún miembro de la familia o amigo acompaña a la persona afectada o insiste en estar al lado de ella.
- La persona afectada presenta viejos golpes no tratados.
- Tiene historial de abuso físico previo, ya sea como persona afectada o como testigo.
- Tiene golpes y moretones en áreas del cuerpo generalmente cubiertas por ropa.
- Se queja de dolores crónicos
- Existe historial psiquiátrico o de abuso de drogas y/o alcohol en la persona afectada o su cónyuge o compañero.
- Manifiesta no tener deseos de regresar al hogar
- Intentos de suicidios previos.

II.- En un niño, una niña y/o adolescente:

Signos y síntomas que hacen sospechar situaciones de *violencia familiar*.

- Problemas de salud recurrentes (afecciones de la piel, problemas del habla, asma, alergias, úlceras)
- Trastornos de la alimentación
- Retraso en el desarrollo

- Enfermedades psicosomáticas
- Retraimiento, apatía, inmadurez, comportamientos regresivos
- Extrema dependencia y obediencia
- Movimientos rítmicos repetitivos (conductas autoestimulatorias)
- Actitudes o comportamientos autodestructivos
- Tendencias suicidas
- Hemorragia retiniana (por sacudida)
- Policonsulta
- Convulsiones

Signos y síntomas que hacen sospechar situaciones de *violencia física*:

- Golpes o heridas, quemaduras, laceraciones o abrasiones que no concuerdan con la causa alegada
- Fracturas sin explicación coherente
- Moretones
- Daños en distintas partes del cuerpo
- Vestimenta inadecuada para el clima (ocultando las lesiones)
- Trastornos alimentarios
- Disminución en el rendimiento académico
- Ausentismo escolar
- Agresividad
- Hiperactividad
- Pasividad excesiva, retraimiento, sumisión
- Cambios repentinos de conducta
- Tendencias autodestructivas o suicidas
- Convulsiones
- Hemorragia retiniana
- Policonsulta

Signos y síntomas que hacen sospechar situaciones de *violencia sexual*

- Problemas en el dormir
- Problemas en la alimentación (anorexia, bulimia)
- Retraimiento
- Agresividad
- Problemas en el desempeño académico
- Llanto excesivo o sin razón aparente
- Comportamiento o ideas autodestructivas
- Fugas del hogar
- Miedo a ser dejado(a) con un adulto en particular
- Conocimientos o conductas sexuales no acordes a la edad (hipersexualidad o inhibición)
- Abusos de drogas/alcohol
- Actividades incendiarias (principalmente en varones)
- Infecciones o problemas recurrentes en el área genital (vagina, ano)
- Embarazo
- Enfermedades de transmisión sexual
- Exposición a material pornográfico

Signos y síntomas que hacen sospechar situaciones de *violencia por negligencia*

- Patrón de crecimiento deficiente
- Desnutrición
- Falta de cumplimiento de atención de la salud (vacunación, talla y peso)

- Reingresos hospitalarios por la misma causa
- Carencia de vestimenta adecuada o necesaria
- Constante falta de atención y supervisión (caídas repetidas, ingestión frecuente de sustancias tóxicas, niñas o niños cuidando solos a otros niños o niñas, deambulación)
- Abandono
- Falta de estimulación para el desarrollo
- Constante fatiga, sueño o hambre
- Higiene personal deficiente
- Parasitosis
- Conflictos con la ley
- Retraimiento, depresión, apatía
- Madurez no acorde con la edad
- Extremada complacencia
- Deserción escolar
- Procesos de callejización
- Discriminación por género o edad

Factores que aumentan el riesgo en los(las) menores de edad

- Cuando la (el) niña (o) o la (el) adolescente convive con la persona ofensora.
- Cuando existe una madre debilitada y violentada por el mismo agresor en tal forma que disminuye su capacidad para tomar medidas de protección hacia la(el) niña(o) o la(el) adolescente.
- Cuando existe en la(el) niña(o) o la(el) adolescente algún tipo de discapacidad mental o física que lo vulnerabiliza especialmente ante la situación de agresión.
- Cuando la persona afectada manifiesta ideas o conductas suicidas.
- Lesiones en menores de tres años

En estos casos es imprescindible que el niño o la niña reciba atención oportuna por parte de personal capacitado. Asimismo se debe garantizar que la persona menor de edad cuente con la contención requerida en forma inmediata. Paralelo a ello es necesario identificar recursos alternativos de ubicación con el fin de proteger a la víctima e interponer denuncia judicial.

III.- En una mujer:

Signos y síntomas que hacen sospechar situaciones de *violencia física*:

- Moretones en diferentes partes del cuerpo
- Quemaduras
- Laceraciones
- Heridas
- Fracturas
- Problemas crónicos de salud
- Múltiples hospitalizaciones
- Embarazos no deseados
- Intentos o ideas suicidas
- Tímpanos perforados
- Enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA
- Trastornos alimentarios
- Lesiones cervicales
- Policonsulta

También se debe tomar en cuenta en este tipo de violencia, si esta mujer **reporta** al profesional de la salud que la atiende:

- Pellizcos
- Bofetadas
- Golpes
- Empujones, sacudidas
- Amenazas con armas
- Tirones de cabello
- Mordidas
- Puñetazos
- Patadas
- Lanzamiento de objetos

Signos y síntomas que hacen sospechar situaciones de *violencia emocional o psicológica*:

- Dolencias crónicas (dolores de cabeza, molestias gastrointestinales, dolores de espalda)
- Trastornos del sueño
- Trastornos de la alimentación
- Angustia, ansiedad, temores
- Depresión
- Recuerdos dolorosos revividos con gran intensidad (flashbacks)
- Frigidez, trastornos sexuales
- Pasividad, introversión
- Irritabilidad
- Aislamiento (pocos contactos sociales)
- Justifica la agresión que sufre
- Se culpa por la agresión que vive
- Dificultad para la toma de decisiones
- Busca soluciones mágicas
- Sentimientos de impotencia
- Baja autoestima

También se debe tomar en cuenta en este tipo de violencia, si esta mujer **reporta** al profesional de la salud que la atiende:

- Insultos verbales comunes
- Cestos insultantes
- Gritos
- La ridiculiza
- Rechazo
- Comparaciones
- Manipulaciones
- Críticas constantes
- Culpabilizaciones
- Distancia afectiva por parte del ofensor
- Amenazas de golpearla, abandonarla, quitarle la ayuda económica, quitarle los hijos (as), matarse, matarla, matar a los hijos
- Le cuenta sus aventuras con otras mujeres
- Promesas o esperanzas falsas
- Controla las actividades de la víctima
- Prohíbe que la persona víctima realice ciertas actividades (trabajar, estudiar, tener amistades, visitar a la familia)
- Impide que controle sus embarazos

- Destruye objetos de la persona víctima
- Creación de un ambiente de miedo

Signos y síntomas que hacen sospechar situaciones de *violencia sexual*

- Desórdenes de la alimentación (anorexia, bulimia) y el sueño (insomnio, pesadillas)
- Pobre imagen corporal
- Adicciones
- Automutilaciones / autodestructividad
- Miedos, temores, fobias
- Desórdenes afectivos
- Problemas relacionados al establecimiento de la confianza de los límites personales
- Culpa, vergüenza
- Revictimizaciones
- Amnesia psicogénica, disociación
- Sentimiento de impotencia y abandono
- Estigmatización
- Negación, minimización o justificación del abuso
- Patrón de relaciones conflictivas
- Problemas en el área de la sexualidad (anorgasmia, vaginismo, otros)
- Trastornos físicos (gastrointestinales, ginecológicos) recurrentes, embarazos no deseados
- Problemas para la expresión del enojo
- Limitada tolerancia a la felicidad (inconformidad)

También se debe tomar en cuenta en este tipo de violencia, si esta mujer *reporta* al profesional de la salud que la atiende:

- Manoseos o caricias no deseadas
- Actos sociales no deseados
- Penetración anal
- Violación marital
- Pareja exige sexo con amenazas
- Obligación de presenciar o realizar actividades sexuales con otras personas
- Exposición obligatoria a material pornográfico
- Relaciones emocionales sexualizadas
- Obligación de realizar actos sexuales no deseados
- Provocación de dolor durante el acto sexual como estímulo excitante para la pareja
- Burlas y críticas al comportamiento sexual de la mujer
- Exige sexo después de una discusión o después de haber golpeado a la persona víctima
- Obligación de ejercer la prostitución

Indicadores de riesgo de muerte

☐ agresor/a está aumentando:

- La frecuencia del uso de la violencia
- Las manifestaciones de violencia se han agravado
- Frecuentemente se intoxica con alcohol y usa drogas
- Amenaza con lastimar a los hijos o hijas
- Hace amenazas de muerte
- Usa la fuerza o amenazas para tener relaciones sexuales
- Hay amenazas o intentos de suicidio
- Antecedentes de problemas psiquiátricos
- Alta proximidad de la pareja (si trabajan o viven juntos)
- Necesidad de controlar el contacto con los niños y niñas

- Historia criminal previa
- Hay armas en la casa o son accesibles

En estos casos se requiere la toma inmediata de medidas de protección para la o las personas afectadas, tanto en el ámbito legal como personal, lo que en muchos casos implicará la búsqueda de recursos de reubicación temporal (vecinos, familiares, albergues) mientras se ejecutan las medidas legales correspondientes.

IV. En **un(a) adulto(a) mayor**

Signos y síntomas que hacen sospechar situaciones de *violencia física*

Fracturas o traumas cerrados
 Lesiones en zonas como muñecas y glúteos
 Lesiones en zonas cubiertas por ropa
 Lesiones abrasivas
 Quemaduras inexplicables
 Torceduras o dislocaciones
 Laceraciones o escoriaciones en boca, labios, encías o piel
 Marcas de mordeduras
 Moretones en los labios
 Ausencia de cabello en zonas de presión
 Evidencia de sangrados recientes o antiguos en cuero cabelludo
 Lesiones en ojos
 Dientes rotos
 Retardo en la búsqueda de atención médica de una lesión
 La víctima se muestra indecisa o evasiva al describir la causa de las lesiones
 Excesiva preocupación ante las lesiones que parecen no ser tan importantes
 La explicación de las lesiones no coincide con la historia de la persona mayor y del acompañante o cuidador principal

Signos y síntomas que hacen sospechar situaciones de *violencia emocional o psicológica*

- Alteraciones del estado anímico
- Depresión
- Deterioro cognoscitivo

Signos y síntomas de sospecha de *violencia sexual*

- Lesiones en los genitales
- Presencia de leucorrea

Signos y síntomas que hacen sospechar situaciones de *violencia por negligencia*

Deshidratación
 Malnutrición
 Mala higiene
 Descuido en la vestimenta
 Presencia de úlceras por presión o mal cuidado de heridas
 Descompensaciones frecuentes de algún padecimiento crónico sin explicación clara
 Intoxicación medicamentosa
 Descuido de higiene bucal
 Infecciones urinarias frecuentes

Instrumento de valoración de factores de riesgo de abuso del(la) adulto(a) mayor en el hogar*

Si el(la) anciano(a) valorado(a) presenta algunos de los siguientes factores, el(la) evaluador(a) debe intervenir de acuerdo al nivel de riesgo.

	FACTORES DE RIESGO	SÍ	No
1	Persona mayor de 75 años		
2	Deterioro cognitivo de la persona mayor		
3	Incapacidad mental o intelectual de la persona mayor		
4	Requiere de mucha ayuda para realizar tareas como bañarse, vestirse, comer, caminar y usar el servicio sanitario		
5	El proceso de cuidado es responsabilidad básicamente de una sola persona		
6	La persona más allegada al(la) adulto(a) mayor, es quien decide, si el o ella pueden realizar visitas, participar en fiestas, reunirse con amigos o conversar con vecinos.		
7	Se observa en el o la acompañante de la persona mayor actitudes ya sea autoritarias, demandantes, hostiles, o se muestra poco(a) comunicativo(a), desinteresado(a)		
8	Existen problemas de alcoholismo en el hogar de la persona		
9	El cuidador refiere: cansancio, tensión, angustia o por deseos de reubicación por las actividades que realiza con la persona mayor		
10	Se observa incapacidad mental o intelectual del acompañante		
11	Se observa en la persona mayor descuido en el aseo personal, en el vestido, con moretones o heridas aparentes		
12	Preguntar a la persona mayor: ¿Usted es bien tratada por su acompañante?		
13	A la persona mayor se le impide manejar su dinero a pesar de tener capacidad para hacerlo		
14	Presencia de depresión, ideas suicidas o intentos autodestructivos		
15	Retención indebida de documentos (cédula, pasaporte, escrituras, tarjetas de crédito)		
16	Se presiona a tomar decisiones con relación a sus bienes en forma repentina		
17	Ser mujer		

*Modificación del Protocolo de Valoración Integral de Factores de Riesgo de Abuso en la Persona Mayor, por Comité Estudio de Violencia al Adulto Mayor del Hospital Nacional "Dr. Raúl Blanco Cervantes", en agosto 2001.

Anexo N° 3

Boleta de Declaración Obligatoria

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	
DE NOTIFICACION INDIVIDUAL	
NUMERO DE EXPEDIENTE	
DIAGNOSTICO	
CASO:	NUEVO ☐ 1 REINGRESO ☐ 2
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:	
FECHA DEL DIAGNOSTICO:	
DIA MES AÑO	
ESTABLECIMIENTO QUE INFORMA:	
Sexo:	HOMBRE ☐ 1 MUJER ☐ 2
FECHA DE NACIMIENTO:	
DIAS MESES AÑOS	
EDAD:	
DIAS MESES AÑOS	
TELEFONO:	
NOMBRE DE PADRES★:	
RESIDENCIA EXACTA DEL PACIENTE:	
PROVINCIA:	
CANTON:	
DISTRITO:	
REGION:	
OTRAS SEÑAS EXACTAS DE LA CASA:	
CODIGOS	
NOMBRE DEL QUE INFORMA FIRMA	
★ EN CASOS DE MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD FORM. V.E. 01	

M.S. - 367/C/29/98

234-020-007500

Boleta de Registro de Violencia Intrafamiliar y/o Abuso Extrafamiliar

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL															N° PROGRESIVO									
BOLETA DE REGISTRO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y/O ABUSO EXTRAFAMILIAR																								
IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AGREDIDA																								
1- NOMBRE DEL PACIENTE					2- N°. DE CÉDULA O PASAPORTE			2- N°. DE EXPEDIENTE (CÉDULA O PASAPORTE)																
3- CENTRO MÉDICO DE ATENCIÓN					4- REFERIDO DE:			3- CENTRO ATENCIÓN				4- REFERIDO DE:												
5- FECHA DE NACIMIENTO			6- EDAD EN UNIDAD CRONOLÓGICA				EDAD EN N°.		7- SEXO				6- EDAD		7- S									
1- HORAS			2- DÍAS		3- MESES		4- AÑOS		1- MASCULINO 2- FEMENINO															
8- PAÍS DE NACIMIENTO					9- ESTADO CONYUGAL							8- PN		9- E										
1- CR 2- NIC. 3- PAN 4- C.A 5- OTRO					1- SOLT 2- CAS 3- VIU 4- DIV 5- U.LIB																			
10- ESCOLARIDAD																								
1- PRIM. COMP.					2- PRIM. INCOMP.				3- SECUND. COMP.				4- SECUND. INCOMP.				10- E							
5- UNIVER. COMP.					6- UNIV. NCOMP.				7- PARAUNIVERS				8- NINGUNA				9- PREESCOLAR							
11- RESIDENCIA HABITUAL																								
PROV.					CANT.				DIST.				PAÍS				PRO CANT DIST PAÍS							
13- TIPO DE VIOLENCIA																								
1- física					2- PSICOL.		3- SEXUAL		4- PATRIM		5- NEGLIG.		14- LUGAR DE LOS HECHOS					13- T 14- L						
15- CONSECUENCIA DE LA VIOLENCIA																								
1- LESIÓN FÍSICA					2- LESIÓN SEXUAL				PROBLEMA MENTAL				4- OTRO				15- C 16- DIAGNÓSTICO							
17- NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE																								
18- RELACIÓN																								
19- TELÉFONO																								
DATOS DEL (A) PRESUNTO (A) AGRESOR (A)																								
20- NOMBRE DEL (A) PRESUNTO (A) AGRESOR (A)																								
21- RELACIÓN																								
22- TELÉFONO																								
23- SEXO		24- EDAD		25- ESTADO CONYUGAL DEL (A) PRESUNTO (A) AGRESOR (A)													23- S		24- E		25- E			
1- MAS		2- FEM		24- EDAD		25- ESTADO CONYUGAL DEL (A) PRESUNTO (A) AGRESOR (A)																		
						1- SOLT 2- CASAD VI 3- VIUD 4- DIVORC 5- U. LIBRE																		
26- PAÍS DE NACIMIENTO DEL (A) PRESUNTO (A) AGRESOR (A)																								
1- C.R.		2- NICAR.		3- PANAMÁ		4- OTRO C.A.		5- U.S.A		6- EUROPÁ		7- OTRO					26- P							
27- RESIDENCIA HABITUAL DEL (A) PRESUNTO (A) AGRESOR (A)																								
PROV					CANT				DIST				PAÍS				27- P. CAN T. DIS P							
28- ESTRATEGIA APLICADA																								
A- DETECCIÓN					B- CAPTACIÓN				C- ORIENTACIÓN				D- HOSPITALIZ				28- E							
E- ATENC. PSICOLÓG.					F- ATENC. FÍSICA				G- ATENC. SOCIAL				H- ATENC. PSIQUIATR				I- OTRA							
29- FECHA					30- REFERIDO A				29- FECHA DE ENTREVISTA				30- REFERIDO A											
OBSERVACIONES																								
FIRMA DEL REGISTRADOR																								

Instructivo

Boleta de registro e investigación de violencia intrafamiliar y/o abuso extrafamiliar

- 1- Anotar nombre completo con sus respectivos apellidos
- 2- Número de cédula o expediente: Anotar el número de cédula o expediente. El número de cédula de identidad lo puede encontrar en la libreta que le dan a la madre padre cuando la niña o niño nace en el hospital, o en el documento llamado cédula y el número de expediente en el carné de asegurado o el número que le asigne la institución prestadora del servicio.
- 3- Anotar centro médico de atención
- 4- Anotar el lugar de donde fue referido el caso
- 5- Fecha de nacimiento: anotar día, mes y año de nacimiento
- 6- Edad: anotar la edad en días, meses o años cumplidos
- 7- Sexo: marcar con una X si es masculino o femenino
- 8- Anotar con una X el país de nacimiento
- 9- Estado conyugal: anotar el estado conyugal: casado(a), soltero(a), unión libre, viudo(a), divorciado(a) o separado(a)
- 10- Escolaridad: anotar preescolar, primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, universitaria completa, parauniversitaria, ninguna
- 11- Residencia habitual: consignar la residencia habitual, según se solicita: país, provincia, cantón, distrito, dirección exacta
- 13- Tipo de violencia intrafamiliar
- 14- Lugar en donde se desarrolló la agresión
- 15- Consecuencias de la violencia: si es lesión física, lesión sexual, problema mental u otro
- 16- Anotar el diagnóstico de acuerdo a la Clasificación de Enfermedades
- 17- Consignar el nombre del (la) acompañante
- 18- Consignar relación del (la) acompañante con la persona afectada
- 19- Anotar número de teléfono si tiene, o un número de teléfono donde se pueda localizar

DATOS DEL(LA) PRESUNTO(A) AGRESOR(A)

20- Anotar el nombre del(la) agresor(a)

21- Anotar el parentesco o relación de los(as) probables responsables de la violencia con el(la) afectado(a)

22- Consignar número de teléfono donde se pueda localizar

23- Marcar con una X el sexo del(la) presunto(a) agresor(a) si es femenino o masculino

24- Anotar edad del(la) presunto(la) agresor(a)

25- Anotar el estado conyugal del(la) presunto(a) agresor(a)

26- Anotar con una X el país de nacimiento del (a) presunto (a) agresor (a)

27- Consignar residencia habitual según se solicita: país, provincia, cantón, distrito

28- Marcar con una X la estrategia de intervención aplicada

29- Escribir el día, mes, año de cuando se llena la boleta

30- Anotar el servicio de donde se refiere el caso

Observaciones: anotar información relevante

Anotar firma del(la) registrador(a)

Anexo N° 5

REFERENCIA: Violencia Intrafamiliar y Abuso Sexual Extrafamiliar

FECHA: ____/____/____

REFERENCIA ____/____/____

Para uso de oficina

PARA: _____

DE: _____ CARGO: _____

INSTITUCION U ORGANIZACIÓN QUE REFIERE: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA REFERIDA: _____

EDAD: ____/____/____ # CED: ____/____/____/____/____ SEXO: Masc. ____ Fem: ____

ESTADO CIVIL _____ OCUPACION: _____ TELEF: _____

RESIDENCIA: PROVINCIA _____ CANTON _____ DISTRITO _____

DIRECCION EXACTA: _____

NOMBRE DEL (LA) ACOMPAÑANTE: _____

RELACIÓN DE ACOMPAÑANTE CON PERSONA AFECTADA: _____

NOMBRE PRESUNTO(A) AGRESOR(A): _____

SEXO: MASC: ____ FEM: ____ RELACION CON LA PERSONA AFECTADA _____

ESTADO CONYUGAL: 1-SOLTERO(A) ____ 2-CASADO(A) ____ 3- VIUDO(A) ____ 4- DIVORCIADO(A) ____

5- UNIÓN LIBRE ____

RESIDENCIA HABITUAL PRESUNTO (A) AGRESOR(A): _____

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: _____

RECOMENDACIONES: _____

CC: Expediente

Nombre y apellidos completos y sello

Instructivo de Boleta de Referencia de Violencia Intrafamiliar y Abuso Sexual Extrafamiliar

Fecha: anotar la fecha en que hace la referencia, día, mes y año

Número de referencia: dejarla en blanco, es exclusivo para el uso de la oficina.

Para: anotar claramente a donde esta usted remitiendo la referencia.

De: anotar el nombre y apellido de la persona que esta haciendo la referencia.

Cargo: Anotar cargo o puesto de la persona que refiere.

Institución u organización que refiere: anotar el nombre completo de la institución u organización que representa usted como funcionario o como miembro.

Apellidos y nombre de la persona referida: anotar el nombre y apellidos de la persona que se refiere.

Edad: anotar la edad en años cumplidos. En meses o días cumplidos si es menor de un año.

Número de Cédula: anotar el número de cédula de la persona referida. Se puede adquirir de la cédula de identidad o de la libreta de recién nacido.

Sexo: Anotar si la persona referida es de sexo masculino o femenino.

Estado civil: anotar si la persona referida es divorciada(o), viuda(o), unión libre, soltera(o), casada(o).

Ocupación: anotar la ocupación de la persona referida, independientemente de la edad. Si es menor y no tiene ocupación anotar si es preescolar (menor de 6 años), escolar (7 a 12 años) o estudiante de secundaria.

Teléfono: anotar el número telefónico de su casa o donde se pueda localizar a la persona referida

Residencia: anotar la residencia en provincia, cantón, distrito y la dirección exacta.

Nombre del acompañante: En caso de menores de edad anotar el nombre y apellidos del padre la madre del acompañante. Si es una persona mayor, anotar el nombre del acompañante.

Relación del acompañante con la persona afectada: Anotar el parentesco o relación del(la) acompañante con la persona afectada.

Nombre del presunto agresor: Anotar el nombre del presunto agresor(a) con la persona afectada.

Relación con la persona afectada: Anotar la relación o parentesco del presunto agresor(a) con la persona afectada..

Sexo: Anote el sexo del(la) presunto(a) agresor, si es masculino o femenino

Estado conyugal: Anote estado conyugal del supuesto agresor (soltero, casado, viudo, etc.)

Residencia habitual del presunto(a) agresor(a): Anote dirección completa del presunto agresor(a)

Descripción de la situación: Describir detalladamente la situación por la que usted refiere. Si necesita hojas suplementarias adjúntelas a la referencia.

Recomendaciones: Indique todo lo que usted considere pertinente para el manejo integral del caso referido.

Nombre y apellidos y sello: Nombre y apellidos completos de quien llena la boleta. Ponerle sello si la institución lo tiene.

Anexo N° 6

Contra referencia: Violencia Intrafamiliar y Abuso Sexual Extrafamiliar

REFERENCIA # ____/____/____

PARA: _____

FECHA: ____/____/____ DE: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA AFECTADA (O)

DIRECCION EXACTA: _____

ACCIONES PLANEADAS Y REALIZADAS:

RECOMENDACIONES: _____

Nombre y apellidos, sello

CC: Expediente

Instructivo de Boleta de Contra Referencia de Violencia Intrafamiliar y Abuso Sexual Extrafamiliar

Referencia # : anotar el número de referencia que corresponde según registro Para:

Anotar claramente a donde usted esta remitiendo la referencia.

Fecha : Anotar la fecha en que se hace la contrarreferencia, (día, mes y año)

De: Nombre de la persona e institución que esta devolviendo la contrarreferencia .

Nombre y apellidos de la persona afectada: anotar el nombre completo y los dos apellidos de la persona que esta siendo remitida.

Dirección exacta: anotar el lugar donde vive actualmente, agregando específicamente la dirección exacta.

Ejemplo: Provincia Alajuela, Cantón San Ramón, Distrito Piedades Sur. Otras señales: La Guaría
Calle Fernández, de la pulpería 300 al oeste casa verde de madera.

Acciones planeadas y realizadas: Se explica las acciones planeadas que se realizaron durante la atención a la persona afectada.

Recomendaciones : Anotar todas las recomendaciones que se consideren pertinentes para el adecuado manejo del caso y la posible solución.

Nombre, apellidos: Nombre y apellidos completos de quien llena la boleta. Ponerle sello si la institución lo tiene.

Anexo N° 7

REPORTE MENSUAL SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y ABUSO SEXUAL EXTRAFAMILIAR SEGUN CIE-10

Unidad notificadora _____ CCSS _____ Otra _____

Cantón _____ Región: _____ Mes: _____

CÓDIGO CIE-10	TIPOS DE AGRESIONES	ESTE MES	ACUMULADO
	Total de notificaciones		
T74.0	Negligencia y abandono		
Y06.0	Por esposo o pareja		
Y06.1	Por padre o madre		
Y06.2	Por conocido o amigo		
Y06.8	Por otra persona especificada		
Y06.9	Por otra persona no-especificada		
T74.1	Abuso físico		
Y07.0	Por esposo o pareja		
Y07.1	Por padre o madre		
Y07.2	Por conocido o amigo		
Y07.3	Por autoridades oficiales		
Y07.8	Por otra persona especificada		
Y07.9	Por otra persona no-especificada		
T74.2	Abuso sexual		
Y05.0	Agresión sexual con fuerza corporal		
Y07.0	Por esposo o pareja		
Y07.1	Por padre o madre		
Y07.2	Por conocido o amigo		
Y07.3	Por autoridades oficiales		
Y07.8	Por otra persona especificada		
Y07.9	Por otra persona no-especificada		
T74.3	Abuso psicológico		
Y07.0	Por esposo o pareja		
Y07.1	Por padre o madre		
Y07.2	Por conocido o amigo		
Y07.3	Por autoridades oficiales		
Y07.8	Por otra persona especificada		
Y07.9	Por otra persona no-especificada		
T74.8	Otros Síndromes del maltrato		
X85	Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas		
X94	Agresión con disparo de arma corta		
X95	Agresión con disparo de armas de fuego y las no especificadas		
X99	Agresión con objeto cortante (puñalada)		
Y00	Agresión con objeto romo o sin filo		
Y04	Agresión con fuerza corporal (lucha o pelea sin armas)		
Y08	Agresión por otros medios especificados		
T74.9	Síndrome del maltrato no especificado		
Y09	Agresión por medios no-especificados, que incluye: Agresión por medios no especificados, asesinatos (intento) SAI, homicidios (intento) SAI, homicidio premeditado (intento) SAI, homicidio casual (no accidental)		

Fuente: Departamento de Estadística del Ministerio de Salud

Anexo N° 8

Reporte mensual de casos de violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar según tipo, sexo y grupo etáreo

ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____ MES _____ AÑO _____

GRUPOS EDAD	TIPO DE VIOLENCIA										ABUSO SEXUAL			
	FISICA		PSICOLOGICA		SEXUAL		NEGLIGENCIA		TOTAL		ASE		TOTAL	
	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM
TOTALES <1 año														
1-4 años														
5-9 años														
10-14 años 15-19 años														
20-49 años														
50-64 años														
65 y más														



Bibliografía

Carcedo Ana, **Femicidio en Costa Rica 1990-1999**-Consejo Directivo de Violencia Intrafamiliar del Sector Salud, San José, 2001.

Center for Health and Gender Equity: "Para acabar con la violencia contra la mujer". En **Population Reports**, Vol XXVII, número 4 diciembre 1999.

Heise, Lori, 1994. **Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud**. OPS. Washington D.C.,

Larain, Soledad y Rodríguez, Teresa, 1993. "Origen y control de la Violencia contra la mujer". En **Género, Mujer y Salud en las Américas**, OPS. Washington D.C.

Nelson, Toni, 1996. Violence Against Women. **World Watch**, July, August.

El Estado de la Nación. **Informe del Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible N° 6**, San José, 2000.

Costa Rica. **Ley Contra la Violencia Doméstica**, la Edic, San José. Instituto Nacional de las Mujeres, 1999.

Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social. **Normas de Atención en salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar**; Costa Rica 2000.

Ministerio de Salud. Enfermedades de denuncia obligatoria. Publicado en **La Gaceta** N° 92, lunes 16 de mayo 1983. San José, Costa Rica.

Teutsch, Steven y Churchill, R. Elliot. **Principles and Practice of Public Health Surveillance**. Oxford. University Press, 2000.

UNICEF, Universidad de Costa Rica, FLACSO. **Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Costa Rica**, 1ª edición. San José, Costa Rica, 2001.

