



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
HÉCTOR ABAD GÓMEZ

Perfil de proyecto comuna 12-La América

PREVENCIÓN TEMPRANA DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA FRANCISCO ANTONIO ZEA

Gestión Territorial de Salud basado en Comunidad

Autores

Carolina Flórez Palacio
e-mail: carolina.fpalacio@gmail.com
Marta Cecilia Silva Arango
e-mail: marta70silva@hotmail.com
Luz Elena Pérez Granados
e-mail: cax221@hotmail.com
Diana Marcela Agudelo
e-mail: diana22871@hotmail.com

Convenio interadministrativo número: N° 4600071793 DE 2017

Objeto: Contrato inter-administrativo para desarrollar acciones de fortalecimiento de la gestión territorial en salud basado en Comunidad

Medellín, mayo de 2018

Contenido

Código	Página
1	Plataforma de Gestión 3
2	Planteamiento del problema. 6
2.1	Análisis Etiológico del Problema 9
3	Marco teórico 10
3.1	La Familia, una institución fundada en el pluralismo. 10
3.2	Violencia..... 13
3.3	Factores causales de la violencia de pareja 15
4	Justificación..... 17
5	Productos y objetivos 18
5.1	Objetivos en el Proyecto 18
	Objetivo General 18
	Objetivo Global 18
	Producto Final Esperado..... 18
	Objetivos Específicos del Proyecto 19
	Productos Específicos Finales para el Proyecto 19
6	Bibliografía..... 20
7	Anexos..... 21
7.1	Anexo 1 Árbol de problemas 21
7.2	Anexo 2 Árbol de Soluciones 22

Contenido de tablas e ilustraciones

Tabla 1 Número de estudiantes por Institución Educativa y nivel escolar, ubicadas en la comuna 12 8
Gráfico 1 Clasificación de la Violencia de acuerdo con la OMS..... 14

1 Plataforma de Gestión

La presente propuesta de proyecto se enmarca en objetivos y estrategias de políticas públicas internacionales, nacionales, departamentales y locales, que promueven la salud y la autogestión de individuos y comunidades para establecer sus prioridades de desarrollo y buen vivir.

Además de la Constitución de 1991, la Ley 100 de 1993 promovió la participación social. Definió como uno de sus principios el de participación social en salud, y este fue reglamentado por el Decreto 1757 de 1994, por medio del cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud; define la participación social como: “el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.”

La participación social se divide, según el citado Decreto, en: “participación ciudadana” cuando es ejercida por el ciudadano individualmente considerado, en defensa de los derechos de la persona, la familia y la comunidad; y “participación comunitaria” cuando se ejerce en forma colectiva, lo cual tiene diferentes expresiones territoriales, sectoriales y en las instituciones del Sistema General de Seguridad Social y se define como “el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud”.

La participación de los usuarios organizados en las diferentes instituciones del SGSSS ha sido prevista y reglamentada, mediante los Comités de Participación Comunitaria-COPACOS, las asociaciones, ligas o alianzas de usuarios de las IPS y EPS del SGSSS; representantes de los usuarios en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud-CTSSS, en las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, en Comités de Ética Hospitalaria, y las defensorías de los usuarios en los diferentes espacios del SGSSS. La participación comunitaria en el control social se da a través de las veedurías ciudadanas del sector Salud, las Mesas Ampliadas y Centrales del sector salud en los territorios, etc.

En este sentido, la participación de la comunidad permite racionalizar los objetivos de las instituciones y las metas de éstas, las cuales a su vez deben priorizar las expectativas de la colectividad. Así mismo, la participación comunitaria debe ser real en todas las etapas del proceso, desde la planeación hasta la ejecución de los programas, de manera que consultadas las necesidades e investigadas las realidades de todo orden, con un enfoque derechos, las instituciones se conviertan en facilitadoras de soluciones.

La participación comunitaria en salud se fortalece además desde la Ley 1438 de 2011, artículo 6º, al establecer que el Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012-2021 y los planes territoriales de salud se harán con la participación de las comunidades. Así, el PDSP se presenta como una apuesta política por la equidad en salud, entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas” (Whitehead, 2006). Esto implica que la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independiente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. Y para lograr esto, la participación comunitaria es fundamental.

En este contexto, el trabajo articulado entre las instituciones y las comunidades organizadas es indispensable para lograr acuerdos mínimos, discusión sobre sus retos en salud, sobre la forma de afrontarlos, sobre el papel de cada uno de los actores, entre otros. Pero además la comunidad asume responsabilidad en la garantía del goce efectivo de sus derechos, en especial los referentes a la salud y la vida, porque tiene la oportunidad de intervenir en cualquier etapa del proceso y ayudar a construir sus sueños de salud.

Es por ello que las políticas públicas de salud juegan un papel fundamental para proporcionar equidad sanitaria, en la medida que ellas determinan las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan o se enferman. En este contexto, la OMS/OPS reconocen que el gran reto de la salud es reducir las desigualdades y las inequidades sociales (OMS, 2008).

Por su parte, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS, 2014) de Colombia involucra la participación comunitaria como eje principal de la atención en salud y hace énfasis en la Atención Primaria en Salud (APS). Esta política se llevó a un modelo operacional

denominado Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el cual las comunidades organizadas se convierten en actores clave para la definición y puesta en funcionamiento del sistema de salud.

Otras normas que promueven la participación social en salud son: Ley 154 de 1994 – Orientaciones de planeación territorial-, Ley 715 de 2001 – Competencia y asignación de recursos territoriales-, Ley 1122 de 2007 – Define la salud pública y su ámbito de acción, Artículo 32-, Ley 1450 de 2011 –Plan Nacional de Desarrollo-, Ley 1454 de 2011 –Norma orgánica de ordenamiento territorial-, entre otras.

Dado lo anterior, cobra relevancia la gestión de procesos pensados por y para las comunidades, que den respuesta a las necesidades en salud identificadas desde las vivencias cotidianas de las realidades sociales en las que se circunscriben sus prácticas en salud. De ahí que este perfil de proyecto obedece a un proceso de gestión territorial de la salud que pretende viabilizar una ruta de intervención a los problemas identificados, discutidos, analizados y validados con la institucionalidad local.

Dando aplicación a estos preceptos, en la comuna 12 la América, se priorizaron a través de Presupuesto Participativo, recursos para desarrollar una herramienta de gestión en salud a nivel local. Para ello se llevaron a cabo diferentes espacios de discusión a los que se citaron y concurrieron actores con intereses y experiencias diversas, lo que permitió a través de diferentes enfoques, determinar los principales problemas y las alternativas para resolverlos.

Así el proyecto que se presenta a continuación es el resultado de un ejercicio de auto reconocimiento en el que se trabajaron en la comuna tres mesas de diálogo que convocaron a organizaciones y líderes dedicados a diversas actividades y provenientes de distintos barrios que se dieron a la tarea de pensar en los problemas de salud de la Comuna y que definieron algunas apuestas que podrían contribuir a mejorar la calidad de vida de sus habitantes.

Dentro de los problemas planteados se definieron tres, el primero, la ausencia de acompañamiento integral a la familia como motor para mitigar las problemáticas de aumento de embarazo de adolescentes, alto consumo de sustancias psicoactivas, baja adherencia en estilos de vida saludables y débil salud mental de los habitantes; el

segundo, la inadecuada infraestructura para el acceso a los diferentes escenarios públicos recreo deportivos para las personas con discapacidad y población en general; y el tercero, el inadecuado manejo de residuos sólidos.

Se instauró así mismo, un Comité Gestor conformado por diferentes actores de la comuna que incluían a personas que trabajan el tema de la salud como Comité de Participación Comunitaria en Salud - COPACOS, Junta Administradora Local, Secretarías de la Administración Municipal, mesa de discapacidad, mesa ampliada de salud y que, a partir de un proceso comprometido de participación, aportaron mucho desde su experiencia y conocimiento a la construcción de un instrumento de diagnóstico que sirvió para precisar la violencia intrafamiliar y particularmente la violencia de pareja como la principal problemática de salud en el territorio, base sobre la cual se funda el proyecto y se incorpora al Plan de Desarrollo Local en Salud de la Comuna 12.

2 Planteamiento del problema.

La violencia Intrafamiliar aparece como un problema relevante de salud pública en tanto afecta todos los sectores de la sociedad, pues aun cuando es menos visible que otras clases de violencia, es la forma de violencia más generalizada.

De acuerdo con las valoraciones médico-legales reportadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal, en 2017 se denunciaron en Colombia 77.610 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales el 35% corresponde a violencia perpetrada sobre niños, niñas y adolescentes; adultos mayores y otros familiares y el 65% corresponde a aquella que se presenta en las parejas.

Hoy a pesar de la visibilidad que ha adquirido la violencia intrafamiliar como problema social y particularmente la violencia de pareja, solo una minoría de personas busca ayuda proveniente de instituciones o servicios oficiales, lo que impide determinar con un mayor grado de certeza la magnitud de la situación (Organización Mundial de la Salud, 2005).

La mayoría de las personas que se encuentran en una condición de vulneración de sus derechos e integridad física por parte de sus parejas, buscan ayuda en redes informales de amigos, familiares y vecinos y muchas otras, solo la interiorizan como consustancial a la condición humana y sus formas de relacionamiento.

Entre 2008 y 2016 el promedio de casos reportado para violencia de pareja en el país por mes era de 4.396 casos, en el año 2017 este mismo indicador se encontraba en 4.171 casos reportados, manteniéndose casi inalterado por al menos 10 años.

En Medellín, de acuerdo con las cifras reportadas por el Centro de Atención e Investigación Integral contra la Violencia Intrafamiliar, en 2017 se reportaron 4.093 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales el 68% correspondió a violencia perpetrada por la pareja en el que el 85% de las víctimas fueron mujeres.

En la Comuna 12 - La América, de acuerdo con el informe la Comisaria de Familia de la Comuna, los barrios en los que se dan más casos de violencia intrafamiliar en los tres últimos años son la América con 43 casos, Santa Mónica con 34 casos, Calasanz y Floresta cada uno con 29 casos y Simón Bolívar y Santa Lucía con 15 casos ambos.

Por su parte, el Sistema de Información para la Seguridad y la Convivencia (SISC) de la Secretaría de Seguridad de la Alcaldía de Medellín, reporta que solo en 2017 se denunciaron 26 casos de violencia intrafamiliar en la Comuna; aunque esto apenas representa el 2% del total de casos que se presentan en la ciudad, el subregistro puede ser muy superior en tanto los niveles mas altos en la escala de jerarquización económica tienden a ocultar en mayor proporción estos hechos, situación reconocida por los líderes sociales en el territorio. La mayor concentración de víctimas de esta clase de violencia se presentó en las edades de 18 a 24 años, con un total de 755 casos reportados para el año 2017 en toda la ciudad.

De acuerdo con la Encuesta de demografía y salud de 2015, realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, el inicio del periodo reproductivo de las mujeres estaba iniciando para entonces en los 11.8 años y la primera relación sexual de los hombres en promedio ocurría a los 16 años, mientras en las mujeres se producía a los 17 años, con una tendencia de inicio de relaciones cada vez más temprano y el agravante que gran parte de ellos inicia relaciones sexuales y de pareja con personas al menos 10 años mayores, lo que constituye un factor de riesgo en las relaciones de poder y una posibilidad mas alta de sufrir algún tipo de violencia.

En este sentido las instituciones educativas juegan un papel preponderante como espacios de formación del ser y el hacer de las personas, son los entornos educativos quienes pueden contribuir de mejor manera a propiciar acciones integrales de promoción de la salud y el desarrollo humano sostenible de las niñas, los niños y los adolescentes.

La Comuna 12, La América cuenta con 19 Instituciones educativas de las cuales trece son de carácter oficial, cinco son no oficiales y una de cobertura, la mayor concentración de estudiantes se encuentra en las Instituciones públicas y aquella que tiene un mayor número de estudiantes en secundaria y con mayor proporción de la misma comuna es la Institución Francisco Antonio Zea.

Tabla 1 Número de estudiantes por Institución Educativa y nivel escolar, ubicadas en la comuna 12

	NOMBRE SEDE	PRESTACION DEL SERVICIO	Prejardín - Jardín	Transición	Básica Primaria	Básica Secundaria	Media	Adultos	Total 2017 corte 28 feb
1	Liceo Salazar Y Herrera	No Oficial	9	66	1.011	1.458	1.031	-	3.575
2	Institución Educativa Concejo De Medellín	Oficial	-	-	-	1.216	542	163	1.921
3	Institución Educativa Lola González	Oficial	-	-	-	1.107	517	-	1.624
4	Col Corazonista	No Oficial	-	47	628	644	259	-	1.578
5	Institución Educativa Benedikta Zur Nieden	Oficial	-	60	539	584	130	-	1.313
6	Institución Educativa Samuel Barrientos Restrepo	Oficial	-	-	-	765	271	245	1.281
7	Col Calasanz	No Oficial	27	103	571	395	115	-	1.211
8	Institución Educativa Francisco Antonio Zea	Oficial	-	26	210	610	264	-	1.110
9	Institución Educativa La Piedad	Oficial	-	97	523	371	117	-	1.108
10	Institución Educativa Cristóbal Colon	Oficial	-	-	494	458	118	-	1.070
11	Institución Educativa Santa Rosa De Lima	Oficial	-	19	228	462	159	105	973
12	Seccional Escuela Clodomiro Ramírez	Oficial	-	110	792	-	-	-	902
13	Seccional Escuela Santa Lucía	Oficial	-	117	702	-	-	-	819
14	Col Creadores Del Futuro	Cobertura	-	-	-	-	-	741	741
15	Institución Educativa Rafael Uribe Uribe	Oficial	-	-	-	436	211	71	718
16	Seccional Escuela Pichincha	Oficial	-	82	611	-	-	-	693
17	Instituto Ferrini - Sede Calasanz	No Oficial	-	-	-	-	-	658	658
18	Institución Educativa América	Oficial	-	-	-	504	134	-	638
19	Col De La Presentación - Medellín	No Oficial	-	21	252	289	60	-	622

Esta Institución educativa reporta que no cuenta con un programa de prevención temprana de violencia intrafamiliar, pero tiene algunas herramientas para la gestión de problemas de convivencia al interior de la institución, entre ellas la profesional de psicología, asignada por el proyecto de Entornos Protectores de la Alcaldía de Medellín.

A pesar de los más de 20 años de reconocimiento de la violencia doméstica como violación a los derechos humanos, la problemática poco se ha transformado, debido en gran medida a que en el nivel de prevención la tarea ha sido insuficiente, circunscribiéndose en muchos casos a la ejecución de actividades aisladas, que generalmente responden más a políticas de difusión, que a programas y proyectos medibles con la posibilidad de ser evaluados.

2.1 Análisis Etiológico del Problema

A partir del ejercicio de análisis de información y el diagnóstico contextual se ha priorizado en la Comuna 12-La América, el siguiente problema de intervención:

La institución educativa Francisco Antonio Zea, tiene insuficientes herramientas para la prevención temprana de la violencia de pareja, en niños, niñas y adolescentes entre 10 y 14 años.

Esta situación encuentra explicación en los siguientes factores, definidos en los diálogos mantenidos en los diferentes espacios de participación del proyecto en la comuna:

- La priorización de asuntos sociales más urgentes quita espacio y reduce significativamente los recursos destinados a la prevención temprana de la violencia de pareja. En el país y particularmente en la ciudad se han privilegiado estrategias que apuntan a la prevención de violencias asociadas al conflicto interno y la producción de la paz, dejando al haber de las instituciones educativas las formas de implementarlo sin que se ejerza ninguna clase de control.
- Esos asuntos más urgentes implican también una mayor destinación de recursos a estrategias de atención del problema, que a la prevención temprana; en una sociedad que además se niega a reconocer que sus niños, niñas y adolescentes actúan en una dinámica totalmente distinta frente a la constitución de una pareja; y que en promedio a la edad de 19 años las mujeres y 22 años los hombres, ya han constituido una unión conyugal o marital.
- La dinámica de formación para la prevención temprana de pareja no tiene un enfoque o contenido que satisfaga las expectativas de los niños, niñas y adolescentes, quienes finalmente son quienes deben sentirse identificados con el proceso.
- El recurso humano que se destina para la implementación de estas iniciativas en las instituciones educativas no cuenta con la información y formación suficiente para tratar el tema de la prevención temprana de violencia de pareja o carece de tiempo para ejecutarla, lo que implica falta de continuidad en el proceso o la ejecución de actividades aisladas que en realidad no hacen parte de ningún programa.

Los efectos desfavorables se reflejan sobre:

- La reproducción y perpetuación de la violencia que pasa de una generación a otra y que además trasciende el espacio del hogar para ocupar espacios comunitarios.
- Una mayor respuesta de las personas agredidas con violencia, en tanto quienes son víctimas corren un mayor riesgo de perpetrar acciones violentas sobre otros.
- Una mayor propensión a las tendencias suicidas y otros problemas de salud como la depresión, el alcoholismo o la drogadicción.
- Un mayor costo económico derivado del mayor nivel de intervención requerido para la atención de víctimas de este tipo de violencia.
- Bajo rendimiento escolar y deserción educativa.

3 Marco teórico

3.1 La Familia, una institución fundada en el pluralismo.

La Corte Constitucional como máximo órgano de defensa de los derechos fundamentales se ha dedicado a través de su jurisprudencia¹ a precisar el concepto de familia, introduciendo nuevos elementos a aquella definición contenida en el artículo 42 de la Carta Constitucional que expresa:

Art. 42: La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla. El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia.

En principio el concepto de familia estaba estrechamente ligado con el matrimonio heterosexual. Luego, con el reconocimiento a través de la ley 54 de 1990 de la unión marital de hecho y la sociedad patrimonial de hecho, este se amplió, sujetándose así a la interpretación literal del inciso primero del citado artículo, que restringía la definición, al contrato celebrado por un hombre y una mujer con ánimo de convivir, vínculo jurídico

¹ Sentencia T 572 de 2009, T 716 de 2011, C 577 de 2011 T 292 de 2016.

determinado por el matrimonio; o por la voluntad de un hombre y una mujer que sin vínculos sanguíneos o contractuales conviven, vínculo natural.

Actualmente la definición de familia responde al pluralismo en que se funda la Constitución y la evolución de las relaciones humanas, se ha reconocido la existencia de diversos tipos de familia que no solo responden a la familia formada por lazos de sangre o afinidad, es decir aquella concebida tradicionalmente, sino aquellas derivadas de la adopción, de la crianza, las familias monoparentales y las ensambladas².

La familia entonces aparece como una construcción cultural, cuya definición se deriva de las diferentes formas de relacionamiento social que han modificado su estructura y que solo puede entenderse bajo el principio del pluralismo, situación a la que se refiere la Corte Constitucional de Colombia en la Sentencia C 577 de 2011 en los siguientes términos:

“La doctrina ha puesto de relieve que “la idea de la heterogeneidad de los modelos familiares permite pasar de una percepción estática a una percepción dinámica y longitudinal de la familia, donde el individuo, a lo largo de su vida, puede integrar distintas configuraciones con funcionamientos propios. Así, una mujer casada con hijos que se divorcia experimenta el modelo de familia nuclear intacta; luego, cuando se produce la ruptura, forma un hogar monoparental; más tarde, puede constituir un nuevo núcleo familiar (familia ensamblada) y, al fallecer el cónyuge o compañero, de nuevo transitar por la monoparentalidad originada en la viudez”, lo que se ha denominado “cadena compleja de transiciones familiares”. A este fenómeno se ha referido la Corte al indicar que “en su conformación la familia resulta flexible a diversas maneras de relacionarse entre las personas, a las coyunturas personales que marcan el acercamiento y el distanciamiento de sus integrantes, o a los eventos que por su carácter irremediable determinan la ausencia definitiva de algunos de sus miembros”, de manera que “la fortaleza de los lazos que se gestan en el marco

² Familias derivadas de la adopción: Aquellas que nacen de un vínculo jurídico y que permite “prohijar como hijo legítimo a quien no lo es por lazos de la sangre”; Familias de Crianza: surgen cuando “un menor ha sido separado de su familia biológica y cuidado por una familia distinta durante un período de tiempo lo suficientemente largo como para que se hayan desarrollado vínculos afectivos entre [este] y los integrantes de dicha familia”; Familias Monoparentales: Conformadas por un solo progenitor y sus hijos; Familias ensambladas: originada en el matrimonio o unión de hecho de una pareja, en la cual uno o ambos de sus integrantes tiene hijos provenientes de un casamiento o relación previa.

de la familia y la interrelación y dependencia que marcan sus relaciones entre cada uno de sus miembros hace que cada cambio en el ciclo vital de sus componentes altere el entorno familiar y en consecuencia a la familia”. El “carácter maleable de la familia” se corresponde con un Estado multicultural y pluriétnico que justifica el derecho de las personas a establecer una familia “de acuerdo a sus propias opciones de vida, siempre y cuando respeten los derechos fundamentales”, pues, en razón de la variedad, “la familia puede tomar diversas formas según los grupos culturalmente diferenciados”, por lo que “no es constitucionalmente admisible el reproche y mucho menos el rechazo de las opciones que libremente configuren las personas para establecer una familia”

En este sentido, la Corte Constitucional a través de la citada Sentencia, da estatus jurídico a las uniones de las parejas del mismo sexo y resalta la importancia del reconocimiento de derechos más allá de los meramente económicos o patrimoniales. Así, actualmente se reconoce que la condición sexual de los individuos no es un elemento determinante para formar una familia y que:

“El vínculo familiar se logra a partir de diversas situaciones de hecho, entre ellas la libre voluntad de conformar la familia, al margen del sexo o la orientación de sus integrantes. Por lo tanto, resulta claro que la heterosexualidad o la diferencia de sexo entre la pareja, e incluso la existencia de una, no es un aspecto definitorio de la familia, ni menos un requisito para su reconocimiento constitucional”

La familia no puede entenderse únicamente como un vínculo entre un hombre y una mujer pues esto desconoce la existencia de otros modelos que hoy en día tienen gran presencia en la construcción del aparato social, como las familias conformadas por un solo progenitor y sus hijos; de ahí que, si se reconoce que la existencia de la institución familiar no está sujeta a la existencia de la pareja, no puede estarlo tampoco a la orientación sexual de quienes la integran.

Datos que sustentan esta tesis se encuentran contenidos en la Encuesta de Demografía y Salud en Colombia, realizada cada 5 años por el Ministerio de Salud y Protección Social y que sirve de referente para hacer monitoreo al Plan Decenal de Salud.

De acuerdo con este instrumento, las familias pueden ser nucleares, extensas o compuestas. Un tercio de los hogares en el país están conformados por familias nucleares biparentales, es decir, ambos padres e hijos; 12.6% está conformado por familias nucleares monoparentales en las que falta el padre o la madre; un 9.8% está conformada por parejas sin hijos; un 12.8% por familias extensas biparentales en las que conviven pareja, hijos solteros, otros parientes e hijos con pareja y/o con hijos; 9.8% son extensas monoparentales lo que implica que hay un jefe en el hogar sin cónyuge o compañero permanente, con los hijos solteros o casados y otros parientes; un 2.9% son parejas sin hijos que conviven con otros parientes y el 4.5% de los hogares del país vive el jefe con otros parientes.

Así las cosas, la familia debe entenderse como:

Un conjunto de personas emparentadas por vínculos naturales o jurídicos, unidas por lazos de solidaridad, amor y respeto, y caracterizadas por la unidad de vida o de destino.

La familia se piensa entonces como una institución de carácter social derivada de la naturaleza que impulsa al ser humano a hacer parte de algo, en ese sentido toda la comunidad se beneficia de sus virtudes, como también se perjudica por los conflictos que surgen al interior de esta institución (Sentencia T 292, 2016).

Las relaciones de poder que se dan entre sus integrantes pueden suscitar conductas individuales o colectivas que, de forma deliberada, aprendida o imitada, causan daño o representan amenaza o peligro para otros miembros.

3.2 Violencia

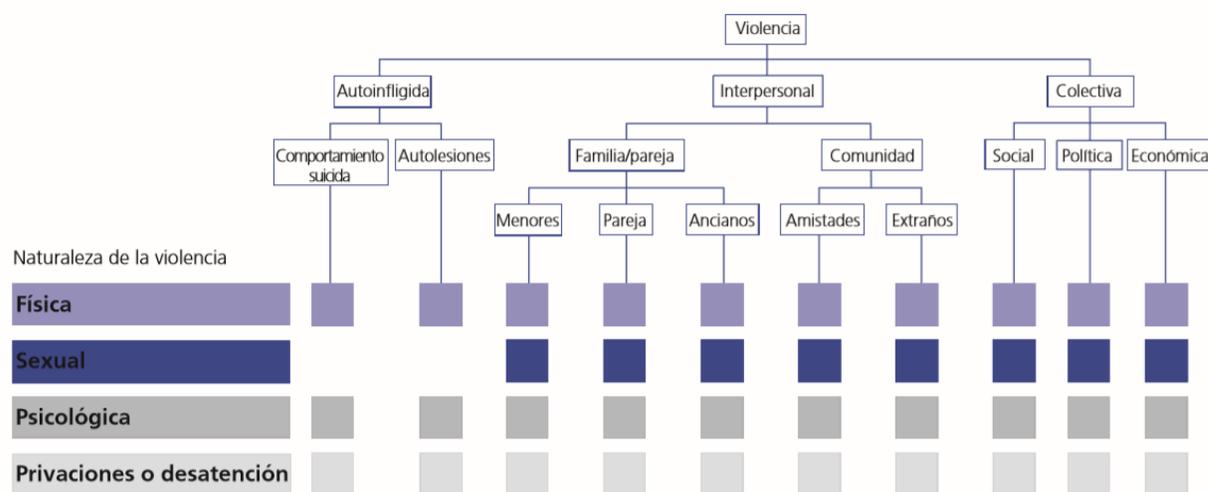
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como:

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La violencia tiene varias formas, de acuerdo con el autor del acto violento la OMS la ha clasificado en tres grandes categorías:

- **Violencia autoinfligida:** aquella que una persona se causa a sí misma y que se traduce en comportamiento suicida y autolesiones
- **Violencia interpersonal:** aquella que se causa entre diferentes personas y que puede ocurrir al interior de la familia, en la pareja, hacia menores de edad, adultos mayores o en personas que no tienen ninguna relación de parentesco o afinidad
- **Violencia colectiva:** aquella que se usa como instrumento por parte de personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo contra otro grupo o conjunto de individuos, para lograr objetivos políticos, económicos o sociales.

Gráfico 1 Clasificación de la Violencia de acuerdo con la OMS



Fuente: Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud OMS 2002

Concentrándonos en la Violencia interpersonal esta se subdivide en dos categorías más específicas, la violencia intrafamiliar o de pareja, que se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales y suele acontecer en el hogar; y la violencia comunitaria, que se produce entre individuos no relacionados entre sí y que ocurre de forma general por fuera del hogar.

También pueden clasificarse los actos de violencia por su naturaleza, así, la violencia puede ser:

- Violencia física y sexual: Aquella que se causa por el contacto directo del cuerpo con otra persona.
- Violencia psíquica o Psicológica: Aquella acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento.
- Violencia producida por privaciones, descuido o abandono

Las anteriores definiciones sirven para concretar el concepto de violencia intrafamiliar como aquellos comportamientos que constituyen acciones u omisiones que intencionalmente, aprendidos o imitados, causan daño o representan una amenaza para las personas con quien se comparte un vínculo natural o jurídico y que forman una unidad de vida o de destino.

Esta clase de violencia aparece en cuatro diferentes contextos: violencia contra niños niñas y adolescentes, violencia contra la pareja, violencia contra el adulto mayor y violencia entre otros familiares.

3.3 Factores causales de la violencia de pareja

La violencia que se ejerce en el entorno de la convivencia familiar aparece como un fenómeno social complejo atravesado por aspectos culturales, históricos, económicos y de salud, que reviste múltiples expresiones y modalidades.

La violencia de pareja es una de las formas más comunes de violencia, esta se produce en todas las sociedades, en todas las culturas, en todos los países y en todos los niveles de jerarquización socioeconómica; situación que no impide la presencia con mayor regularidad u ocurrencia de este fenómeno, sobre individuos con una estructura de oportunidades menor, afectados por una mayor escasez de recursos físicos o sociales.

En términos generales la violencia física y sexual ejercida sobre la pareja, se concentra entre las mujeres y los hombres que alcanzaron la secundaria y en los quintiles de riqueza bajo y medio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Lo anterior implica que a menores niveles de bienestar social, mayor es la estructuración del riesgo hacia la violencia.

Pero la educación o el nivel socioeconómico no son los únicos determinantes de la violencia de pareja, las reproducciones culturales, aquello que se aprende o se imita, particularmente las representaciones sociales del poder atraviesan cada una de las estructuras colectivas, normalizando comportamientos que se convierten en formas de vida, en hábitos que pasamos de unas generaciones a otras.

El poder se filtra como un concepto articulador de diferentes fenómenos sociales que afectan los principales espacios de producción de sentido: la familia, la escuela, la política, y es en esos espacios en que se concretan los comportamientos dominantes que se reproducen a sí mismos a medida que los niños, niñas y adolescentes aprenden la violencia de las generaciones anteriores, las víctimas aprenden de sus agresores y se permite que perduren las condiciones que la originan.

La violencia doméstica aparece en este contexto como uno de los principales problemas de salud pública, un problema que acarrea grandes costos sociales y económicos y al que debe hacerse frente en tres dimensiones, la prevención, la atención y la reparación.

La prevención debe estar enfocada en la reducción de factores de riesgo y el aumento de factores de protección, en asegurar medidas, acciones y procedimientos de manera anticipada, para evitar la propagación de la violencia.

Una acción fundamental dentro de esta estrategia es involucrar al sector educativo, el Plan Decenal de Salud, habla de los centros educativos como el espacio geográfico en donde habita la comunidad educativa; donde se construye y reproduce la cultura, se desarrolla el pensamiento, la afectividad y los comportamientos básicos para producir nuevos conocimientos, se buscan alternativas, mejores formas de vivir y relacionarse con el entorno.

La OMS y otras organizaciones de carácter multilateral han insistido en que la enseñanza basada en aptitudes constituye un modo eficaz para que los estudiantes y el personal escolar reduzcan los conflictos potenciales y participen en medidas comunitarias dirigidas a reducir la violencia y promover los comportamientos pacíficos. Los programas escolares sobre violencia de pareja deben empezar antes de que esta se constituya, en los niños, niñas y adolescentes; para que se fortalezca en ellos una conducta de reconocimiento y ejercicio de derechos que son propios pero que también se deben respetar y asegurar en los otros, como la integridad física y psicológica, de expresión, autonomía y respeto de la identidad.

4 Justificación

El programa de prevención de la violencia de pareja en la Institución Francisco Antonio Zea, pretende contribuir de forma efectiva a la reducción de los casos de violencia intrafamiliar en la comuna 12 y de esa forma mejorar las condiciones de vida de las familias que habitan el territorio. Esto dará lugar a la reducción de muertes que se originan en la violencia y conducirá al mejoramiento de la salud mental.

Los sistemas tradicionales de salud y de justicia enfocados en los niveles de atención y reparación han demostrado capacidad insuficiente para responder a los desafíos que representa un problema generalizado al que además se le ha restado importancia frente a otros que trascienden lo público y que es poco denunciado.

Dado que la violencia de pareja se presenta en un 73% de hombres hacia mujeres en las edades comprendidas entre los 18 y los 24 años, es necesario trabajar la prevención y el fortalecimiento de relaciones saludables en edades previas.

En este sentido, un programa con enfoque preventivo resulta en la disminución de factores de riesgo, anticiparse al problema de violencia de pareja antes de la constitución de relaciones, a través de acciones que reduzcan la probabilidad de aparición de esta y el fortalecimiento de factores protectores, minimizan o evitan los daños que pueden producirse.

Involucrar a los niños, niñas y adolescentes en construcciones de sentido distintas a las preestablecidas promueve un cambio cultural que termina con la normalización de

comportamientos violentos ejercidos hacia miembros con los que forman una unidad de vida y pretende que estos en un futuro no trasladen a sus descendientes esas conductas.

La sociedad en concreto se beneficiará de la reducción de costos sociales y económicos derivados de la atención a personas violentadas, los trastornos psicológicos que esto representa y la disminución de otros problemas de salud pública como las tendencias suicidas, la depresión, el alcoholismo o la drogadicción.

Para ello es importante vincular al sector educativo, que concentra gran cantidad de la población en edades previas a la constitución de parejas y que además a través de un espacio geográfico concreto permite medir, hacer evaluación y seguimiento a los resultados que pueden obtenerse con el proyecto, posibilitando además servir como plataforma para formar alianzas estratégicas zonales que puedan ampliar el alcance inicialmente pretendido.

5 Productos y objetivos

5.1 Objetivos en el Proyecto

Objetivo General

Reforzar las herramientas para la prevención temprana en niños, niñas y adolescentes entre los 10 y 14 años en la institución educativa Francisco Antonio Zea; mediante el diseño e implementación de un programa actualizado en su contenido y metodología; una capacitación del recurso humano acorde con el nuevo contenido y metodología; ajustes a los mecanismos de evaluación, control y seguimiento más cercanos a la problemática y un fortalecimiento del recurso humano en términos de calidad y cantidad. Para el año 2020.

Objetivo Global

Mejorar las condiciones de vida de las familias de la comuna 12 la América, que se encuentran en riesgo de sufrir violencia intrafamiliar y particularmente violencia de pareja.

Producto Final Esperado

La institución educativa Francisco Antonio Zea, tiene herramientas suficientes para la prevención temprana de la violencia de pareja, en niños niñas y adolescentes entre 10 y 14 años.

Objetivos Específicos del Proyecto

- Diseñar e implementar un programa actualizado de prevención temprana de la violencia intrafamiliar y de pareja en su contenido y metodología.
- Promover la coordinación de recursos, esfuerzos institucionales y comunales que contribuyan a la prevención temprana de la violencia intrafamiliar, particularmente la violencia de pareja.
- Capacitar el recurso humano disponible para la implementación del programa.
- Reforzar en cantidad y calidad el personal (psicólogo, trabajador social, profesional especializado en violencia intrafamiliar) para hacer posible la ejecución del programa en el tiempo.
- Realizar evaluación, control y seguimiento a la estrategia más ajustados a las características del problema y la población.

Productos Específicos Finales para el Proyecto

- La institución Francisco Antonio Zea cuenta con un programa con contenido actualizado para la prevención temprana de la violencia intrafamiliar y de pareja que se aplica entre los estudiantes de 10 a 14 años.
- El programa de prevención temprana de la violencia intrafamiliar y de pareja cuenta con el apoyo de diferentes instituciones y organizaciones que trabajan de forma coordinada para ejecutar el programa.
- El programa de prevención temprana de la violencia intrafamiliar y de pareja en la Institución Educativa Francisco Antonio Zea cuenta con un recurso humano capacitado que lo ejecuta.
- El programa de prevención temprana de la violencia intrafamiliar y de pareja en la Institución Educativa Francisco Antonio Zea cuenta con el recurso humano que hace posible su permanencia en el tiempo.
- El programa de prevención temprana de la violencia intrafamiliar y de pareja en la Institución Educativa Francisco Antonio Zea tiene un sistema de evaluación control y seguimiento que permite determinar el alcance de la estrategia.

6 Bibliografía

Constitución Política de Colombia (1991).

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense. (2017). *Forensis Datos para la Vida*. Bogotá.

Ley 54 de 1990 (Congreso de la República 28 de Diciembre de 1990).

Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud 2012-2021*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer*. Ginebra.

Ribero, R., & Sánchez, F. (Noviembre de 2004). *Cede*. Obtenido de Universidad de los Andes.

Rioseco, L. (Septiembre de 2005). *Buenas prácticas para la erradicación de la violencia doméstica en la región de América Latina y el Caribe*. Obtenido de Naciones Unidas CEPAL: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5795-buenas-practicas-la-erradicacion-la-violencia-domestica-la-region-america-latina>

Secretaría de Seguridad y Convivencia de Medellín. (2017). *Informe Estadístico de Violencia Intrafamiliar*. Medellín.

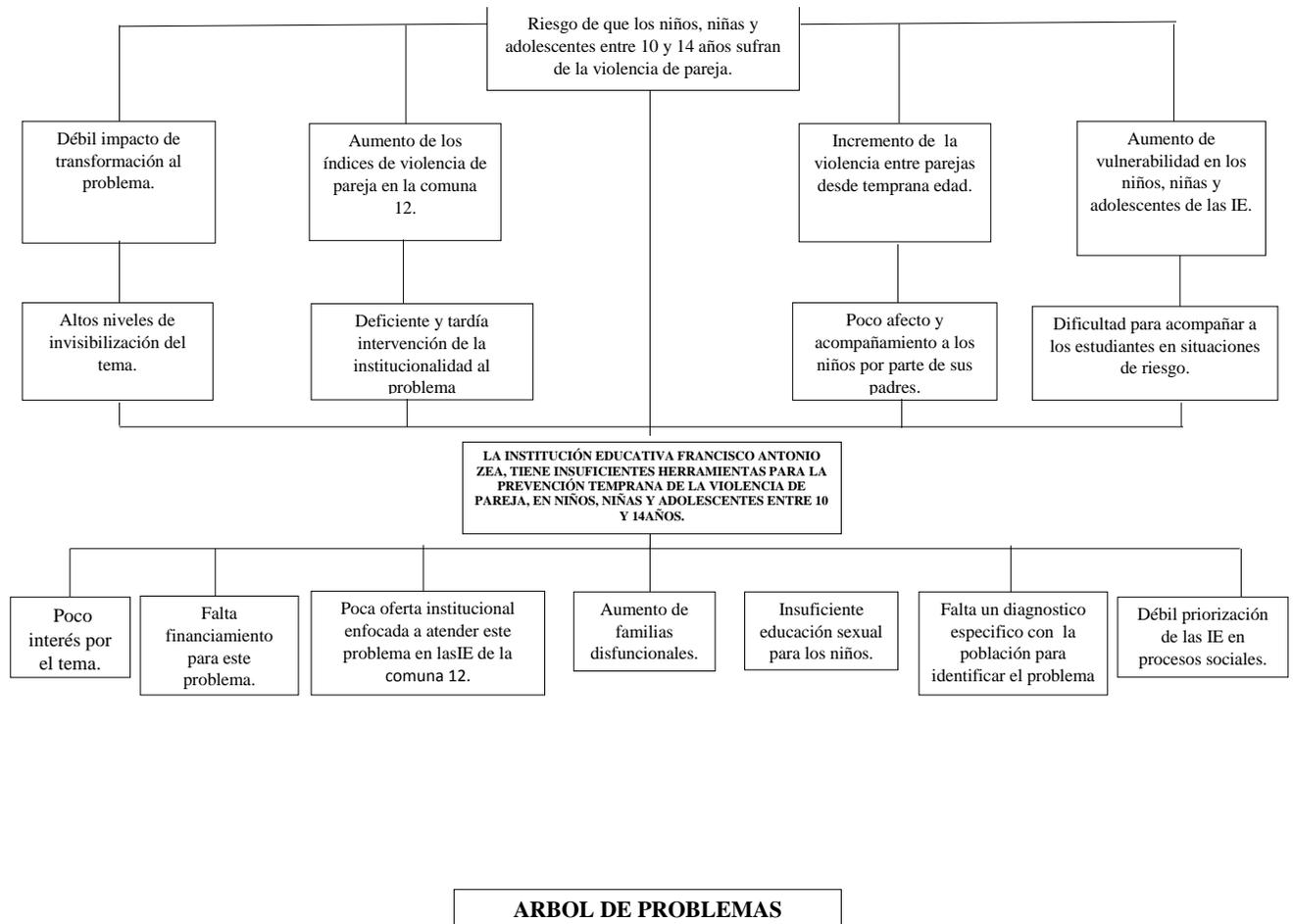
Sentencia C 577 (Corte Constitucional de Colombia 26 de Julio de 2011).

Sentencia T 292 (Corte Constitucional 2 de Junio de 2016).

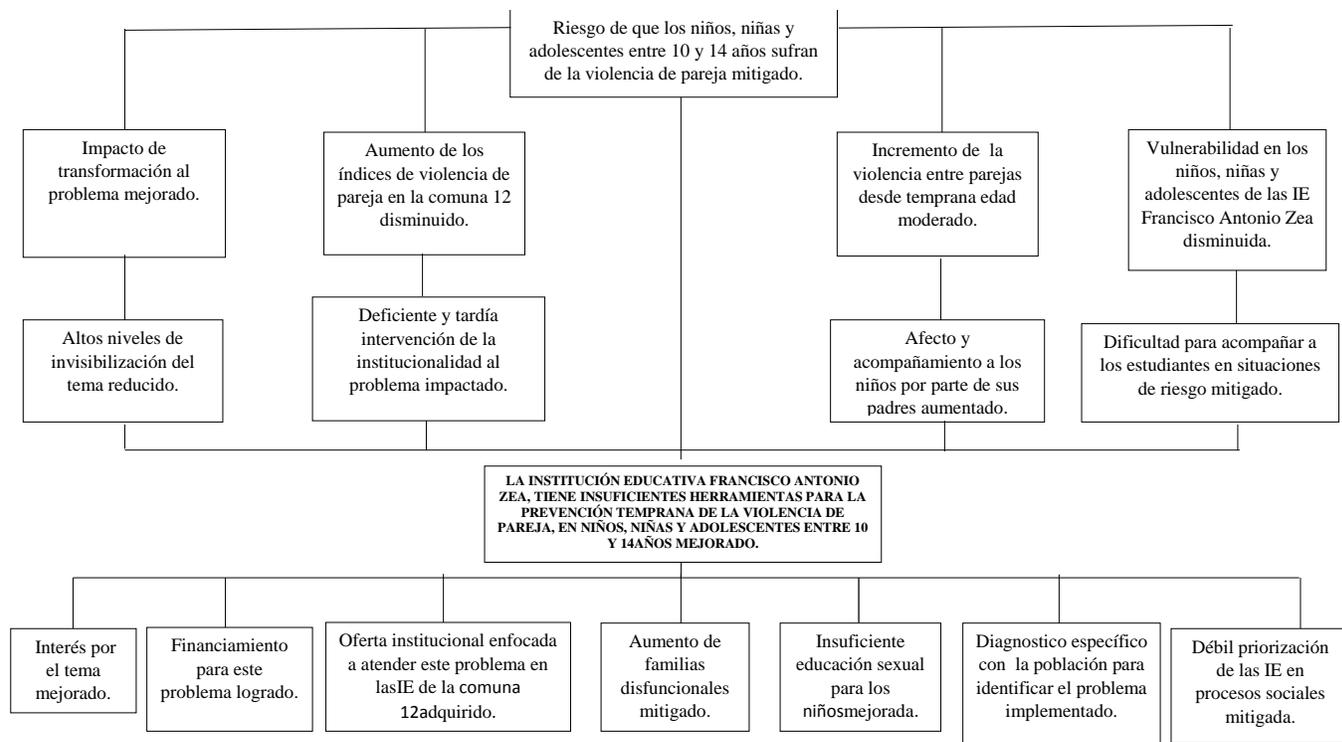
Sentencia T 716 (Corte Constitucional 22 de Septiembre de 2011).

7 Anexos

7.1 Anexo 1 Árbol de problemas



7.2 Anexo 2 Árbol de Soluciones



ARBOL DE SOLUCIONES