

PROCOLO DE VIGILANCIA
EN SALUD PÚBLICA

VIOLENCIA DE GÉNERO
E INTRAFAMILIAR

Código 875



DOCUMENTO ELABORADO POR

Maira Ortiz

Luz Janeth Forero

Equipo de Enfermedades crónicas no transmisibles
Subdirección de Prevención,
Vigilancia y Control en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

DOCUMENTO ACTUALIZADO POR

Gloria del Pilar Cardona Gómez

Línea de Violencias de Género
Ministerio de Salud y Protección Social

Nidia Esperanza González Toloza

Equipo de Salud Mental y Lesiones de Causa externa
Subdirección de Prevención,
Vigilancia y Control en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

Martha Lucía Ospina Martínez

Director General INS

Franklyn Edwin Prieto Alvarado

Director de Vigilancia y
Análisis del Riesgo en Salud Pública

Óscar Eduardo Pacheco García

Subdirector de Prevención,
Vigilancia y Control en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla

Subdirector de Análisis del Riesgo
y Respuesta Inmediata en Salud Pública

Tabla de contenido

1	Introducción	4
	1.1. Comportamiento del evento	4
	1.2. Estado del arte	5
	1.3. Justificación para la vigilancia	6
2	Objetivos específicos	7
3	Definiciones operativas de casos	7
4	Fuentes de los datos	7
	4.1. Definición de las fuentes	7
	4.2. Periodicidad de los reportes	8
	4.3. Flujo de información	9
	4.4. Responsabilidades por niveles	9
5	Recolección y procesamiento de los datos	10
6	Análisis de la información	10
	6.1. Indicadores	11
7	Orientación de la acción	11
	7.1. Acciones individuales	11
	7.2. Acciones colectivas	11
8	Comunicación del riesgo	12
9	Referencias bibliográficas	12
10	Control de revisiones	17
11	Anexos	17

1. Introducción

Las violencias de género y entre ellas, las violencias sexuales, son violaciones sistemáticas y masivas de los derechos humanos que afectan la vida, la salud física, mental y social, la integridad, la libertad e igualdad de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, mujeres, hombres y personas con orientaciones diferentes a la heterosexual, en particular a las de la comunidad LGBT.

Estas violencias se constituyen en una problemática de salud pública por varias razones: primero, debido a las graves afectaciones en el bienestar y la salud física y emocional de las víctimas, sus familias y la sociedad en general, y por los años de vida saludables perdidos. Segundo, por su magnitud, es decir, la cantidad de población afectada, principalmente niñas, niños, adolescentes, jóvenes y mujeres; lo cual evidencia que la violencia de género es un asunto social y de interés público y no meramente un problema psicológico circunscrito al ámbito de lo privado, por lo tanto, requiere una acción coordinada por parte del Estado, y tercero, porque son evitables ya que sus causas son culturales y sociales, y no biológicas y hereditarias.

Este documento presenta la metodología para la vigilancia en salud pública del evento violencia de género e intrafamiliar en Colombia, a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - Sivigila.

Es importante aclarar, que de acuerdo con las características de la víctima, se considera población en riesgo para violencia de género (entre otras) a los niños, niñas y adolescentes, las mujeres y las personas con identidades de género no normativas, en este sentido, la vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar incluye adicionalmente la notificación de casos de violencia física y psicológica en niños niñas y adolescentes y de casos de negligencia y abandono, que aunque ocurren en el ámbito familiar pueden configurar violencia de género dado que se dan en el marco de relaciones de poder y autoridad con los padres o cuidadores.

1.1. Comportamiento Mundial y Regional del evento

De acuerdo con el informe estimaciones globales y regionales de violencia contra las mujeres, 35 % de las mujeres en el mundo han sido víctimas de violencia física o sexual perpetrada por su pareja o por personas diferentes a su pareja. La prevalencia de violencia física o sexual ejercida por la pareja varía de 30 a 38 % en diferentes regiones del mundo y aproximadamente en 38 % de los asesinatos de mujeres fueron cometidos por la pareja de la víctima. Adicionalmente se documentó que las mujeres que han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja tienen mayor probabilidad de presentar problemas de salud: 16 % más probabilidad de tener hijos con bajo peso al nacer, el doble de probabilidad de sufrir abortos o depresión e incluso 1,5 veces la probabilidad de contraer VIH. Se estima que en el mundo aproximadamente 7 % de las mujeres han sido víctimas de violencia sexual por personas diferentes a su pareja en quienes se ha documentado 2,3 veces más probabilidad de sufrir trastornos de abuso de alcohol y 2,6 probabilidades de trastornos depresivos y ansiedad (1).

De acuerdo con el documento violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe, que realiza un análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países (recogidos entre el 2003 y 2009), en Latinoamérica existe gran variabilidad en las cifras de violencia contra las mujeres; entre el 17 % y el 53 % de las mujeres reportan haber sufrido alguna vez violencia de pareja, entre el 41 % y el 81 % de las mujeres víctimas de violencia manifestó haber sufrido lesiones durante la agresión, las lesiones más frecuentes fueron: contusiones, huesos rotos, quemaduras y heridas por arma cortopunzante, entre el 23 % y el 31 % de las mujeres víctimas de violencia en Colombia y el Salvador respectivamente, manifestaron haber experimentado ideación suicida.

El análisis multivariado en esta investigación permitió identificar además: que la exposición a la violencia en la niñez (como víctima o como testigo) aumenta el riesgo de sufrir otras formas de violencia en etapas



posteriores de la vida, la aceptabilidad de pegarle a la esposa en circunstancias especiales de “descuido de sus obligaciones” varía del 2,9 % al 38 % en las mujeres encuestadas, y existe una especie un acuerdo generalizado que disuade a las mujeres de buscar ayuda cuando son víctimas de violencia o de aceptar la intervención de terceros cuando son maltratadas por sus esposos.

“Un paso esencial para prevenir la violencia en la región es enfrentar las normas y las actitudes que respaldan la desigualdad de género, que aprueban la violencia contra las mujeres o la consideran como asunto privado. Esas normas están generalizadas en muchas partes de la región y pueden disuadir a las mujeres de solicitar ayuda o desalentar a los miembros de la familia y la comunidad a ayudar a quienes sufren maltrato. Cambiar estas normas y actitudes puede contribuir a la prevención y a la respuesta a la violencia contra las mujeres, así como a promover más ampliamente la igualdad de género” (2).

En Colombia, en 2016 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 91.445 casos de violencia de género de los cuales el 78,5% (71 799) fueron por violencia física, sexual y psicológica, afectando en un 76,6% a las mujeres. La violencia física se notificó con mayor frecuencia en los grupos de edad de 20 a 24 y 25 a 29 años, la violencia sexual en el grupo de 10 a 14 años y la violencia psicológica en los grupos de 25 a 29 y 15 a 19 años.

Según características del agresor se observó que de los agresores con vínculo familiar con la víctima, la pareja es el perpetrador más frecuente de violencia física (41,7%), sexual (19,4%) y psicológica (35,2%), de los agresores sin vínculo familiar los perpetradores más frecuentes son desconocidos, conocidos sin ningún trato y vecinos, en el 19,5% de los casos de violencia sexual y en el 15,3 % de los casos de violencia física el agresor fue un desconocido. En el 71,7% (65.638) de los casos de violencia de género notificados en 2016 el escenario de ocurrencia fue la vivienda, seguido de la vía pública con el 15,8% (14.452) (3).

1.2. Estado del arte

1.2.1. Descripción del evento

La violencia puede producirse en todas las etapas de la vida: la infancia, la adolescencia, la adultez y la vejez. Todo acto de violencia contra cualquier persona de ambos sexos puede acarrear consecuencias negativas para la salud que deben ser abordadas por los sistemas sanitarios. Sin embargo, es imperioso que se preste especial atención a la violencia contra las niñas y las mujeres, por las siguientes razones: la invisibilidad de este tipo de violencia en las estadísticas nacionales e internacionales, su aceptabilidad social, los obstáculos económicos y sociales para la búsqueda de ayuda (como la vergüenza y el estigma), el poco efecto de las sanciones legales y la limitada capacidad de los sistemas de salud para detectar y brindar atención a las sobrevivientes (4).

Es importante especificar que la violencia contra la mujer no es igual a violencia de género, las personas con orientaciones sexuales e identidades de género no normativas también son víctimas de violencia de género, dada por relaciones asimétricas que se generan por la sobrevaloración de lo masculino y la subvaloración de lo femenino; discriminando las diferentes formas de orientación sexual e identidades de género no heteronormativas.

La perspectiva de género destaca el patriarcado, las relaciones de poder y las construcciones jerárquicas de la masculinidad y la feminidad como motor predominante y generalizado del problema. Estos elementos se aducen como condiciones necesarias para dominar a las mujeres y dan lugar a una desigualdad estructural de género. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de los Derechos del Niño señalan sistemáticamente que las prácticas nocivas están profundamente arraigadas en las actitudes sociales según las cuales se considera a las mujeres y las niñas inferiores a los hombres y los niños sobre la base de funciones estereotipadas. También ponen de relieve la dimensión de género de la violencia e indican que las actitudes y estereotipos por razón de sexo o de género, los desequilibrios de



poder, las desigualdades y la discriminación perpetúan la existencia generalizada de prácticas que a menudo implican violencia o coacción (5).

Durante 2016 se realizó en el marco del subcomité de sistemas de información de violencias de género el documento marco conceptual, normativo y operativo del Sistema Integrado de Información de Violencias de Género – SIVIGE, donde se avanzó en la homologación de las definiciones de violencia de género, que se utilizarán por los diferentes sectores. Para revisar las definiciones relacionadas con violencia de género puede consultar:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/VS/PP/sivigedocumento.pdf>

1.3. Justificación para la vigilancia

Desde comienzos del año 2000, con la Declaración del Milenio (55/2) y la posterior Cumbre Mundial del 2005, los gobiernos se han comprometido a reforzar las iniciativas para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer, ya que ésta limita la participación activa de la mujer en el desarrollo, lo que se considera un grave obstáculo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de los Objetivos Desarrollo Sostenible. En 2016 Los Objetivos Desarrollo Sostenible incluyeron dos objetivos relacionados con la violencia:

- Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas, donde se incluye como unas de las metas, eliminar todas las formas de violencia contra las niñas y las mujeres.
- Objetivo 16: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles, donde podamos comenzar a disminuir las diferentes formas de violencia.

En 1994 en América Latina y el Caribe, los países miembros de la región firmaron y ratificaron la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, (Convención de Belém do Pará) la cual busca establecer un marco normativo para enfrentar la violencia de género que sea válido tanto a nivel internacional como regional (6).

En este marco el INS con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social ha priorizado la vigilancia de la violencia de género por tratarse de una vulneración de los derechos humanos y un evento de interés en salud pública para poder aportar a la política pública de la violencia de género dirigida especialmente a mujeres, niñas y personas con identidad de género y orientaciones sexuales no heteronormativas.

La creación e implementación del sistema de vigilancia en salud pública de la violencia de género, es reciente (2015) y está en etapa de implementación y ajuste, se creó en el año 2012 como vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, violencia contra la mujer y violencia sexual, para dar respuesta a las recomendaciones y compromisos internacionales, así como al cumplimiento de normas nacionales, entre las que podemos mencionar las siguientes:

- Ley 1146 de 2007, “Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente”, establece que el Comité Interinstitucional Consultivo para la prevención de la violencia sexual y la atención integral a víctimas de violencia sexual, debe proponer y gestionar con el Ministerio de la Protección Social, lo relativo a la vigilancia epidemiológica de la violencia sexual (7).
- Ley 1257 de 2008 “Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención, y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres” la cual establece: artículo 9, “las entidades en el marco de la presente ley aportarán la información referente a violencia de género al sistema de información que determine el Ministerio de Protección Social y a la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, a través del Observatorio de Asuntos de Género, para las labores de información, monitoreo y seguimiento” (8).
- Ley 1639 de 2013 ‘por medio de la cual se fortalecen las medidas de protección a la integridad de las víctimas de crímenes con ácido (9).
- Ley 1719 de 2014 “Por la cual se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones” (10).

- Ley 1761 de 2015 “por la cual se crea el tipo penal de feminicidio como delito autónomo y se dictan otras disposiciones” (Rosa Elvira Cely) (11)
- Decreto 1033 de 2014 establece: artículo 14, “los reportes de información, monitoreo y vigilancia que alimentan el Sistema Nacional de Vigilancia

en Salud Pública - SIVIGILA y el administrado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, serán fortalecidos para caracterizar con mayor calidad los eventos relacionados con ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas (12).

2. Objetivos de la vigilancia del evento

- Describir el comportamiento de la notificación del evento según variables de persona, lugar, tiempo.
- Analizar el evento según las características de la violencia, de la víctima y del agresor.

3. Definición del evento

Tabla 1. Definición operativa de caso

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso sospechoso violencia de género e intrafamiliar	<p>Todas las violencias sexuales, físicas, psicológicas o por negligencia y abandono resultado de acciones o conductas agresivas basadas en relaciones de poder y asimétricas o relacionadas con la sobrevaloración de lo masculino y subvaloración de femenino.</p> <p>Deben notificarse:</p> <ul style="list-style-type: none">• Todas las violencias sexuales y ataques con agentes químicos (independientemente del sexo o la edad de la víctima)• Todas las violencias físicas y psicológicas contra niños, niñas y adolescentes, mujeres y personas con identidades de género y orientaciones sexuales no normativas (en el contexto de la definición de caso)• Todos los casos de negligencia y abandono contra niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Nota: no se deben notificar los casos de violencia interpersonal como: las riñas callejeras entre personas sin vínculos afectivos o familiares, ni actividades delincuenciales como robos, atracos, peleas entre pandillas, peleas por territorios, ajustes de cuentas, bala perdida, entre otros.

4. Fuentes de los datos

4.1. Definición de la fuente

La vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar, se realiza mediante vigilancia regular:

- Identificación rutinaria de casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar en Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) de diferentes niveles de complejidad e Unidades Informadoras (UI).
- Notificación individual de los casos identificados a través del Sivigila, usando la ficha de notificación individual “Violencia de género e intrafamiliar”, código INS 875.

4.2. Periodicidad del reporte

4.3 Flujo de información

Notificación	Responsable
Notificación semanal	Las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) deben realizar notificación semanal de 100% de los casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar al Sivigila a través de las fichas de datos básicos y complementarios (código INS 875), garantizando la calidad del dato.
	Las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) deben revisar la notificación de las UPGD de su territorio, (verificando la calidad del dato) consolidar los datos y realizar notificación semanal a las Unidades Notificadoras Departamentales.
	Las Unidades Notificadoras Departamentales o Distritales (UND) deben revisar la notificación de los municipios o localidades de su territorio (verificando la calidad del dato), consolidar los datos y notificar al Instituto Nacional de Salud.
	El Instituto Nacional de Salud (INS) estará encargado de consolidar y analizar la información de los departamentos, brindará apoyo técnico a las entidades territoriales en el desarrollo del proceso de notificación, realizará verificación y depuración de los datos notificados al Sivigila, y realizará realimentación de información a las entidades territoriales departamentales y distritales.
Notificación inmediata	Se debe notificar manera inmediata a las UNM y UND los casos de alto riesgo o mal pronóstico (Víctima en gestación, víctima que ha presentado un evento similar en los últimos tres meses y que también ameritó atención por el servicio de salud, uso de arma de fuego, arma corto punzante o medio potencialmente letal para la perpetración de la violencia, lesiones requieren hospitalización para su manejo, violencia sexual en menor de 14 años y quemaduras por ácido, álcalis y sustancias corrosivas) para que se active la ruta de atención intersectorial y para que se realice el respectivo seguimiento a las acciones implementadas.
	Se debe realizar notificación inmediata al INS de todos los casos de víctimas de quemaduras por agentes químicos independientemente del sexo o edad de la víctima.
	Las responsabilidades de las UPGD, UNM, UND e INS son las mismas definidas para la notificación semanal.

Para consultar el flujo de la información general avalado por la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo de Salud Pública remítase al documento Manual de usuario sistema aplicativo Sivigila (disponible en www.ins.gov.co)

4.4. Responsabilidad por niveles

Son responsabilidades de los integrantes del sistema de vigilancia en salud pública, además de las establecidas en el decreto 3518 de 2006, (por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública) el decreto 780 de 2016, (por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social) y en el documento: “Metodología de la operación estadística de vigilancia rutinaria” del INS, las siguientes:

Activar la ruta de atención integral e intersectorial de las víctimas de violencia, que incluye atención en salud, protección y justicia, de acuerdo a sus competencias y según lo establecido en la normatividad vigente:

Violencia contra las mujeres:

- Ley 1257 de 2008 por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.
- Decreto 4796 de 2011 el cual define las acciones necesarias para detectar, prevenir y atender integralmente a través de los servicios que garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las mujeres víctimas de violencia e implementar mecanismos para hacer efectivo el derecho a la salud.
- Decreto 2734 de 2012 por el cual se reglamentan las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia.

Víctimas de ataques con agentes químicos:

- Ley 1639 de 2013 por medio de la cual se fortalecen las medidas de protección a la integridad de las víctimas de crímenes con ácido.
- Resolución 4568 de 2014 por la cual se adopta el protocolo de atención de urgencias a víctimas de ataques con agentes químicos.
- Decreto 1033 de 2014 por medio de la cual se



fortalecen las medidas de protección a la integridad de las víctimas de crímenes con ácido y se adopta la ruta de atención integral para las víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano.

Violencia sexual:

- Ley 985 de 2005 por medio de la cual se adoptan medidas contra la trata de personas y normas para la atención y protección de las víctimas de la misma.
- Decretos 1069 de 2014 y 1066 de 2015 que reglamentan las competencias, beneficios, procedimientos y trámites que deben adelantar las entidades responsables en la adopción de las medidas de protección y asistencia a las personas víctimas del delito de la trata de personas.
- Decreto 1066 de 2015 por medio del cual se reglamentan las competencias, beneficios, procedimientos y trámites que deben adelantar las entidades responsables en la adopción de las medidas de protección y asistencia a las personas víctimas del delito de la trata de personas.
- Ley 1146 de 2007 por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.
- Resolución 0459 de 2012 por la cual se adopta el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.

Unidades Primarias Generadoras de Datos

- Activar la ruta de atención integral e intersectorial de las víctimas de violencia de acuerdo a sus competencias, según lo establecido en la normatividad vigente.
- Ante un caso sospechoso de trata de personas notificar de forma inmediata al Ministerio del Interior de acuerdo a lo establecido en el decreto 1066 de 2015.
- Informar a las autoridades la ocurrencia de hechos punibles, si la persona afectada no lo ha realizado, o sus condiciones de salud se lo impiden, o cuando la evaluación del contexto de ocurrencia de la lesión puede advertir grave amenaza a la vida de la víctima, igualmente, la aplicación de los procedimientos relacionados con la investigación de la ocurrencia de hechos punibles, preservación de elementos materia de prueba, evidencia física y cadena de custodia, según la normatividad vigente.

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

- Realizar monitoreo seguimiento y control de los

casos afiliados a su entidad, con énfasis en los casos de alto riesgo o mal pronóstico, con el objetivo de verificar que se brinde atención integral y se active la ruta interinstitucional de atención a la víctima según lo establecido en la normatividad vigente, e identificar y solucionar barreras de acceso en la prestación de servicios de salud.

Entidades territoriales de orden municipal

- Verificar la activación de la ruta de atención integral e interinstitucional de las víctimas de violencia de género e intrafamiliar notificadas en su territorio (según lo establecido en la normatividad vigente), en trabajo conjunto con los programas de salud mental y salud sexual y reproductiva (de acuerdo a sus competencias), mediante el monitoreo, seguimiento y control de los casos notificados, con énfasis en los casos de alto riesgo o mal pronóstico, identificando y solucionando barreras de acceso en la prestación de servicios de salud.

Entidades territoriales de orden Departamental o Distrital

- Verificar la activación de la ruta de atención integral e interinstitucional de las víctimas de violencia de género e intrafamiliar notificadas en su territorio (según lo establecido en la normatividad vigente), en trabajo conjunto con los programas de salud mental y salud sexual y reproductiva (de acuerdo a sus competencias), mediante el monitoreo, seguimiento y control de los casos notificados, con énfasis en los casos de alto riesgo o mal pronóstico, identificando y solucionando barreras de acceso en la prestación de servicios de salud.
- Integrar los datos resultantes del proceso de notificación, con los datos recaudados en otras fuentes o sectores, para complementar la información disponible en el departamento y distrito para el análisis de la violencia de género e intrafamiliar en su territorio.
- Los departamentos o distritos que han implementado sistemas de vigilancia de hechos violentos deben seguir avanzando en sus procesos y homologarlos para nutrir el SIVIGILA de acuerdo a los parámetros definidos en este protocolo.

Nivel Nacional Instituto Nacional de Salud

- Participar en los espacios intersectoriales con el Ministerio de Salud y Protección Social que permita definir el análisis de la información y la gestión del conocimiento en el tema.

5. Recolección y procesamiento de datos

El flujo de datos de notificación de eventos de interés en salud pública se puede consultar en el documento: “Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila” que puede ser consultado en el portal web del INS:

http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Documentos%20SIVIGILA/_Manual%20Sivigila%202017.pdf

Ajustes a los casos notificados:

- Ajuste al tipo de caso: teniendo en cuenta que los casos de violencia de género e intrafamiliar ingresan y permanecen en el sistema como casos sospechosos el único ajuste al tipo de caso permitido es el ajuste D: “error de digitación”.
- Ajuste de actualización de otros campos: el ajuste 7: “otro ajuste”, se usa para actualizar los datos de cualquier variable de la ficha de notificación excepto el tipo de evento, la UPGD, el número de identificación y la fecha de notificación.

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control, podrán modificar, reducir o adicionar los datos, ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias, las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso.

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información según lo dispuesto en la ley 1273 de 2009 (para la protección de la información y bases de datos) y la ley estatutaria 1266 de 2008 (por la cual se dictan las disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales).

6. Análisis de la información

Con base en los datos obtenidos de la notificación al Sivigila, se realiza caracterización del evento a través de estadística descriptiva, mediante el cálculo de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central, de las variables de persona, lugar y tiempo y análisis del comportamiento y tendencia del evento por semana y año epidemiológico.

Se sugiere realizar el análisis según las características de la violencia, (física, sexual, psicológica y negligencia y abandono) las características de la víctima, del agresor y el ámbito en el que se produjo el hecho. El

análisis de la violencia debe realizarse desde un enfoque de género haciendo análisis comparativos por sexo, edad y grupos étnicos, lo que permitirá:

- Establecer el tipo de violencia con mayor incidencia
- Establecer el comportamiento de la violencia de género e intrafamiliar de acuerdo a las características de la víctima y del agresor
- Identificar factores de vulnerabilidad
- Identificar los ámbitos de ocurrencia donde se establece la relación del agresor con la víctima. (Familiar, pareja, laboral, escolar, conflicto armado)

6.1. Indicadores

Nombre del indicador	Incidencia de violencia de género e intrafamiliar en población general
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Se define como el número de casos nuevos que se resentan en una población durante un periodo de tiempo determinado
Periodicidad	Anual
Propósito	Evaluar la magnitud del evento
Definición operacional	Numerador: número de casos notificados Denominador: población general
Coefficiente de multiplicación	100.000
Fuente de información	Sivigila Proyecciones de población DANE
Nivel	Según tipo de violencia: física, psicológica, sexual y negligencia y abandono. Nacional, departamental, municipal

7. Orientación de la acción

7.1. Acciones a Nivel Individual

- Prestar atención en salud a la víctima de acuerdo a lo establecido en las guías, protocolos y lineamientos vigentes para la atención integral en violencia de género e intrafamiliar: Protocolo y modelo de atención Integral en salud para víctimas de violencia sexual, protocolo de atención de urgencias a víctimas de ataques por agentes químicos, entre otros.
- Activar la ruta de atención integral e interinstitucional a la víctima de violencia de género e intrafamiliar definida en el municipio o distrito.
- Informar a las autoridades la ocurrencia de hechos punibles, si la persona afectada no lo ha realizado, o sus condiciones de salud se lo impiden.
- Manejo de evidencia y cadena de custodia de los elementos materia de prueba recolectada durante el proceso de atención integral en salud.
- Canalizar a la víctima a los servicios de salud y complementarios que requiera.
- Diligenciar la ficha de notificación de la violencia de género e intrafamiliar y realizar notificación individual del caso.
- Psicoeducación orientada al empoderamiento, auto-reconocimiento y a la autodeterminación para transformar a las nuevas generaciones en sujetos libre de violencia.

7.2. Acciones a nivel colectivo

La información producto de la vigilancia en salud pública del evento en los territorios es insumo para el trabajo que se realiza en los observatorios de violencia, del delito, en la mesa intersectorial de subsistemas de información de la violencia de género y en los Comités de Vigilancia Epidemiológica que operen en las diferentes entidades territoriales, permitiendo:

- Verificar la activación de la ruta de atención integral e interinstitucional de las víctimas de violencia de género e intrafamiliar con el fin de realizar los ajustes necesarios para garantizar el ejercicio de sus Derechos.
- Fortalecer el trabajo intersectorial entre los sectores salud, protección, justicia y con organizaciones sociales de víctimas de la violencia de género e intrafamiliar que ofrecen apoyo y acompañamiento para la planeación de las acciones y toma de decisiones oportunas.
- Realizar investigación epidemiológica de la ocurrencia, caracterización y tendencia, de la violencia de género e intrafamiliar en cada entidad territorial.
- Georreferenciar los casos para identificar áreas críticas, y definir acciones a desarrollar con la comunidad.
- Identificar poblaciones en riesgo para orientar acciones de prevención.

- Calcular indicadores para monitorear las tendencias y emitir alertas epidemiológicas.
- Desarrollar líneas de investigación en violencia de género e intrafamiliar.
- Sensibilizar a los actores sociales para que se involucren y participen en la atención y prevención de la violencia de género e intrafamiliar, para lo cual es necesario que las personas estén dispuestas a conocer sobre esta problemática y venzan algunas resistencias o supuestos frente a este evento.
- Divulgar de información relacionada con la violencia de género e intrafamiliar haciendo uso de estrategias de comunicación en medios de difusión masiva como radio, televisión, afiches, plegables, cartillas, redes sociales entre otros.
- Realizar actividades pedagógicas para prevenir la violencia de género e intrafamiliar orientada a la cero tolerancia y a su reconocimiento como una violación a los derechos humanos.
- Realizar procesos pedagógicos que busquen modificar las conductas y actitudes frente a la violencia, promuevan la tolerancia y generen un cambio en el imaginario que considera a la violencia como “natural” y no como una construcción cultural y social.

8. Comunicación del riesgo

La divulgación de la información de la vigilancia de violencia de género e intrafamiliar se realizará mediante informes epidemiológicos de periodo y mensualmente a través de boletines epidemiológicos. Es importante la inclusión de este tema en los comités operativos de vigilancia departamentales, así como en comités de política social y comités de primera infancia.

9. Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women [Internet] Italia: World Health Organization 2013 [Consultado 29 oct 2017] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud, Center of Disease Control and Prevention. Resumen de informe de violencia contra la mujer en América latina y el Caribe: análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. [Internet] Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud. 2013. [Consultado 29 oct 2017] Disponible en: <http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/paho-vaw-exec-summ-spa.pdf>
3. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento violencia de género en Colombia 2016. [Internet] Colombia. 2017 [Consultado 29 oct 2017] Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiologico/VIOLENCIA%20DE%20G%C3%89NERO%202016.pdf>
4. Organización Panamericana de la Salud. La Violencia contra la Mujer. [Internet] Washington, D.C. 2015. [Consultado mar 2015] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_ics&view=article&id=424&Itemid=41004&lang=es
5. GcCC, GcCRCC. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer Convención sobre los Derechos del Niño Mujer y observación general núm . 18 del Comité nocivas, adoptadas de manera conjunta. 2014
6. Organización de Estados Americanos. Convención Interoamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belém do Pará.” [Internet] 1996. [Consultado 29 oct 2017] Disponible en: <http://www.oas.org/>

- juridico/spanish/tratados/a-61.html
7. Congreso de Colombia. Ley 1146 de 2007. [Internet] Colombia. 2007. [Consultado 29 oct 2017] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=25669>
 8. Congreso de Colombia. Ley 1257 de 2008. [Internet] Colombia. 2008. [Consultado 29 oct 2017] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=34054>
 9. Congreso de Colombia. Ley 1639 de 2013. [Internet] Colombia. 2013. [Consultado 29 oct 2017] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=53627>
 10. Congreso de Colombia. Ley 1719 de 2014. [Internet] Colombia. 2014. [Consultado 29 oct 2017] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=57716>
 11. Congreso de Colombia. Ley 1761 de 2015. [Internet] Colombia. 2015. [Consultado 29 oct 2017] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=62278>
 12. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1033 de 2014. . [Internet] Colombia. 2014. [Consultado 29 oct de 2017] Disponible en: <https://www.invima.gov.co/images/pdf/%C3%81cidos-%C3%A1calis/DECRETO%201033%20DEL%2029%20DE%20MAYO%20DE%202014.pdf>

10. Control de revisiones



VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
01	2015	02	16	Publicación del protocolo	Analidys Armenta, Andrea Medina, Natalia Gutiérrez
02	2017	10	30	Publicación del protocolo	Gloria del Pilar Cardona Gómez Nidia Esperanza González Toloza

REVISÓ	APROBÓ
Oscar Eduardo Pacheco García	Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Subdirector de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

11. Anexos

