

PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR

Código 875



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



La salud
es de todos

Minsalud

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

Diana Marcela Walteros Acero

Subdirectora 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 de lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI).

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 el 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 2018 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 109 699 casos de violencia de género e intrafamiliar; 52 548 (47,9 %) de violencia física, 29 804 (27,2 %) de violencia sexual, 18 647 (17,0 %) de negligencia y abandono y 8 700 (7,9 %) de violencia psicológica. En el 79,9 % (87 699) de los casos la víctima fue una mujer, según la edad de la víctima se observaron mayores incidencias de violencia física en personas entre los 15 y 44 años, de violencia psicológica entre los 25 y 49 años, en violencia sexual de cinco a 14 años, (el grupo de edad de 10 a 14 años es el más afectado) y de negligencia y abandono en los menores de cinco años (3).

En el 75,7 % de los casos el agresor tenía un vínculo familiar con la víctima, la pareja es el agresor más frecuente en los casos de violencia física (41,2 %) y psicológica (37,8 %) y es el segundo más frecuente en los casos de violencia sexual (12,5%), los agresores con vínculo familiar más frecuentes en violencia sexual son otros familiares como padrastros, tíos, primos, hermanos, etc., responsables del 21,9 % de

las agresiones sexuales. En el 24,3 % de los casos el agresor no tenía vínculo familiar con la víctima, los más frecuentes son; desconocidos (5,8 %), conocidos sin ningún trato (4,0 %) y vecinos (3,2 %), los agresores no familiares son responsables del 55,3 % de los casos de violencia sexual, 15,5 % de los casos de violencia física y 10,4 % de los casos de violencia psicológica. En el 73,1 % (80 148) de los casos de violencia de género notificados en 2018 el escenario de ocurrencia fue la vivienda, seguido de la vía pública con el 11,6 % (12.705) (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 domi-

nar 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

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).

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(7). 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 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 (8).
- 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” (9).

- Ley 1719 de 2014 establece en el artículo 31 la incorporación del sistema unificado de información sobre violencia sexual al sistema de información de violencia de género establecido en la ley 1257 de 2008 (10).
- Ley 1761 de 2015 establece en el artículo 12 la creación de un sistema nacional de estadísticas sobre violencia basada en género (11).
- Decreto 1033 de 2014 establece en el 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).

1.4. Usos de la vigilancia para el evento

El propósito de la vigilancia del evento es generar información periódica del comportamiento de la notificación de la violencia de género e intrafamiliar a nivel nacional, que permita orientar la toma de decisiones para su prevención y control. Los usuarios de esta información serán; el Ministerio de Salud y Protección Social, direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), organizaciones no gubernamentales interesadas en el estudio de asuntos de género y profesionales del área de la salud, entre otros.

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	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. Deben notificarse: • 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.

Actualmente el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género SIVIGE, lleva a cabo un proceso de interoperabilidad de fuentes de información,

el cual consiste la integración de los registros administrativos de las entidades que capturen información relacionada con violencias de género; cada institución debe transferir sus bases de datos al MSPS para que sean integradas al SIVIGE.

Teniendo en cuenta lo anterior no se continuará realizando caracterización de Comisarías de familia ni de defensorías o centros zonales del ICBF para la notificación de casos de violencia de género e intrafamiliar. En cuanto a las Comisarías de Familia se mantendrá de forma temporal, la notificación de casos de las que se encuentran caracterizadas actualmente en el Sivigila, hasta que se defina el mecanismo a través del cual puedan reportar la información directamente al MSPS.

Respecto al ICBF, dado que cuenta con un sistema de información propio, le corresponde a esta institución enviar sus bases de datos al MSPS para que sean integradas al SIVIGE, por lo tanto no se debe caracterizar ni requerir el reporte de casos identificados por el ICBF a través del Sivigila.

4.2. Periodicidad del reporte

Tabla 2. Periodicidad y responsabilidades en la notificación de casos violencia de género e intrafamiliar, Colombia, 2020

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 realizar notificación inmediata de todos los casos de víctimas de ataques con agentes químicos independientemente del sexo o edad de la víctima y de los casos de mutilación genital.
	Las responsabilidades de las UPGD, UNM, UND e INS son las mismas definidas para la notificación semanal.

4.3 Flujo de información

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.
- 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 pronóstico¹ 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.

¹Se consideran 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 agresión con ácido, álcalis y sustancias corrosivas.

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.
- Realizar por lo menos una vez al año un Comité Operativo de Vigilancia Epidemiológica (COVE) en el tema de violencias de género e Intrafamiliar, se recomienda la invitación y participación de instituciones y autoridades intersectoriales con competencias en la ruta de atención integral de las víctimas de violencia.

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.
- Realizar por lo menos una vez al año un Comité Operativo de Vigilancia Epidemiológica (COVE) en el tema de violencias de género e Intrafamiliar,

se recomienda la invitación y participación de instituciones y autoridades intersectoriales con competencias en la ruta de atención a las víctimas de violencia.

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:

http://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/1.%20Manual%20Sivigila%202018_2020.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, etc)

6.1. Indicadores

Tabla 3. Incidencia de violencia de género e intrafamiliar en población general. Colombia.

Definición	Se define como el número de casos nuevos que se desarrollan en una población durante un período 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	Archivos planos (Sivigila) Proyecciones de población DANE
Nivel	Según tipo de violencia: física, psicológica, sexual y negligencia y abandono. Nacional, departamental, municipal
Meta	No aplica

Hasta el año 2018 la semana epidemiológica del evento se calculó a partir de la fecha de ocurrencia del hecho (variable “fecha del hecho”); con el fin de permitir la notificación de casos ocurridos en vigencias anteriores es necesario cambiar la validación del evento, por lo tanto a partir de 2019 el cálculo de la semana epidemiológica se hará a partir de la fecha de consulta. Es importante tener en cuenta esta modificación para el análisis de la información, especialmente cuando se quiera comparar los datos con años anteriores.

El cierre de la base de datos se continuará haciendo anualmente, quedando registrados los casos que según la fecha de consulta correspondan a cada año epidemiológico, sin embargo según fecha del hecho quedarán registrados casos ocurridos en diferentes vigencias, sin que esto signifique la modificación de las bases de datos oficiales de años anteriores.

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 con 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.
- Denunciar los casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes e 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 en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud.
- Diligenciar la ficha de notificación de la violencia de género e intrafamiliar y realizar notificación individual del caso. Realizar notificación inmediata de los casos de ataques con agentes químicos y mutilación genital.
- 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 la 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 comportamientos frente a la violencia, que 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 en salud pública de las violencias de género e intrafamiliar se realizará mensualmente mediante infografías, informes o boletines epidemiológicos. Es importante la inclusión de este tema en los COVES departamentales y municipales, así como en comités de política social y comités de primera infancia, espacios y mecanismos de articulación intersectorial, entre otros.

9. Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women [Internet] Italia: World Health Organization 2013 [Consultado el 14 de julio de 2019] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=D95667C0C133E73939EB-CA89EF6EF17D?sequence=1

2. Organización Panamericana de la Salud, Center of Disease Control and Prevention. Reumen de informe de violencia contra la mujer en america latina y el caribe: análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. [Internet] Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud. 2013. [Consultado el 29 de octubre de 2017] Disponible en: <http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/paho-vaw-exec-sum-spa.pdf>

3. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento violencia de género e intrafamiliar, colombia 2018. [Internet] Colombia. 2018 [Consultado el 14 de julio de 2019] Disponible en: http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informes-deevento/VIOLENCIA%20DE%20G%C3%89NERO%20E%20INTRAFAMILIAR_2018.pdf

4. Organización Panamericana de la Salud. La Violencia contra la Mujer. [Internet] Washington, D.C. 2015. [Consultado en marzo de 2015] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=424&Itemid=41004&lang=es

5. Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Convención sobre los Derechos del Niño.

Recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta. [Internet] 2014. [Consultado el 14 de julio de 2019] Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9925.pdf>

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 el 29 de octubre de 2017] Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

7. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de desarrollo sostenible. [Internet] 2015. [Consultado el 14 de julio de 2019] Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

8. Congreso de Colombia. Ley 1146 de 2007. [Internet] Colombia. 2007. [Consultado el 14 de julio de 2019] Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=25669>

9. Congreso de Colombia. Ley 1257 de 2008. [Internet] Colombia. 2008. [Consultado el 14 de julio de 2019] Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34054>

10. Congreso de Colombia. Ley 1719 de 2014. [Internet] Colombia. 2014. [Consultado el 14 de julio de 2019] Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=57716>

11. Congreso de Colombia. Ley 1761 de 2015. [Internet] Colombia. 2015. [Consultado el 14 de julio de 2019] Disponible en: <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/leyes/Documents/LEY%201761%20DEL%2006%20DE%20JULIO%20DE%202015.pdf>

12. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1033 de 2014. [Internet] Colombia. 2014. [Consultado el 14 de julio de 2019] Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=57506>

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
03	2020	02	06	Actualización de contenido	Nidia Esperanza González Toloza Profesional especializado Grupo de Salud Mental y Lesiones de Causa Externa. Instituto Nacional de Salud INS

REVISÓ	APROBÓ
Diana Marcela Walteros Acero	Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Subdirectora de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

11. Anexos