 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 1 de 37

## 1. OBJETIVO

### 1.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer los parámetros aplicables a la vigilancia y el control en Salud Pública de la violencia contra la mujer (VCM), la violencia intrafamiliar (VIF) y la violencia sexual (VSX), algunos de sus factores de riesgo, los principales daños, y la atención desde los servicios de salud, con el propósito de caracterizar el fenómeno y contribuir al diseño de las políticas públicas para la prevención y la intervención oportuna de sus consecuencias.

### 1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS


- Avanzar en la caracterización, desde el sector salud, de los hechos de VCM, VIF Y VSX en cuanto a las variables sociodemográficas relacionadas con las víctima y victimario, algunos factores de riesgo y daño.
- Contribuir con otros sectores a la complementación e integración<sup>1</sup> de la información sobre los casos de VCM, VIF Y VSX que ocurren en Colombia y acceden a la Institucionalidad.
- Calcular indicadores de incidencia, prevalencia y reincidencia o repetición de eventos sobre las mismas personas, así como otros que contribuyan a esclarecer los potenciales efectos de las acciones preventivas.
- Describir la carga de enfermedad asociada a la atención del evento en los servicios de salud.
- Identificar la morbilidad asociada y otros problemas de salud que coexisten con estas tipologías violentas.
- Activar la ruta de manejo intersectorial y/o especializado de las víctimas de estas formas de violencia, especialmente en los casos con factores de mal pronóstico o alto riesgo<sup>2</sup>.

## 2. ALCANCE

Los procedimientos señalados son de aplicación nacional y definen la metodología para la vigilancia de la VCM y la VIF de naturaleza física, psicológica, sexual y por privación y negligencia; y la violencia sexual ocurrida por fuera del ámbito de la familia que resulta excluida en las categorías anteriores; desde la recolección, procesamiento, análisis y divulgación de la información, en los distintos Departamentos y Municipios del país donde

<sup>1</sup> La integración y complementariedad entre fuentes es una de las apuestas más importantes del proceso, cuyo propósito es contribuir a la disminución de las tasas de subregistros, por ello, el diseño acoge definiciones y categorías utilizadas en otros ejercicios de vigilancia desarrollados en el país, lo que permitirá posteriormente y a través de desarrollos en sistemas, integrar bases de datos para contar con la trazabilidad del registro.

<sup>2</sup> Se considerará caso de violencia de alto riesgo si reúne uno o más de los siguientes criterios: Víctima en gestación, víctima que ha presentado un evento similar en los últimos tres meses que también ameritó atención por el servicio de salud, uso de arma de fuego, arma cortopunzante o medio potencialmente letal para la perpetración de la violencia, las lesiones requieren hospitalización para su manejo y la violencia sexual en menor de 14 años. Estos casos deben ser notificados de manera inmediata y requieren movilización intersectorial para evitar otros desenlaces.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 2 de 37

quiera que una víctima entre en contacto con cualquier dependencia del Sistema de Atención en Salud.


### 3. RESPONSABILIDAD

**LA FICHA DE NOTIFICACION ES PARA FINES DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA 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.**

#### **Nivel Nacional Instituto Nacional de Salud (INS):**

Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud, por intermedio de la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud, según el parágrafo 4° del artículo 33 de la ley 1122 del 2007: *“Definir e implementar el modelo operativo del Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”*, por lo tanto, entre sus funciones se destaca emitir los parámetros para realizar la vigilancia de los diferentes eventos de interés en salud pública, que para el caso concreto de la VCM, VIF y VSX quedarán plasmados en este documento a través de las siguientes actividades:

- Asesorar y apoyar a las entidades territoriales en la Vigilancia en Salud Pública de las lesiones de causa externa (LCE), especialmente las violentas ya definidas.
- Integrar los datos resultantes del proceso de notificación, con los datos recaudados en otras fuentes o sectores, para complementar la información disponible en el país y retornar la información “completa” a las Entidades Territoriales para los análisis.
- Publicar anualmente un documento analítico que resuma la situación, tendencias y comportamientos de las distintas formas de VCM, VIF y VSX registradas en el país por diferentes instituciones, con desagregación nacional, departamental y municipal, que complemente los esfuerzos de otras Entidades.
- Retroalimentar a los Departamentos sobre los resultados del análisis de la información.
- El Instituto Nacional de Salud retroalimentará a los departamentos o distritos y notificará al Ministerio de Salud y Protección Social y al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar según su competencia para que se realice y verifique las acciones en el cumplimiento de la ruta de atención según lo normado en la resolución 459 del 2012.


 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 3 de 37

- Apoyar las investigaciones de evaluación de impacto resultante de la aplicación de intervenciones para prevenir la ocurrencia de la VCM, VIF y VSX, y las que sean necesarias, de carácter científico, para el estudio de las causas y consecuencias de las mismas.

**Dirección o Secretaria Departamental o Distritales de Salud:** la cual debe desarrollar las siguientes funciones:


- Velar por el adecuado registro en el departamento o distrito de otras fuentes de información como los RIPS, el certificado de defunción del DANE y las fichas de notificación implementadas.
- 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 para los análisis.
- Realizar el proceso de depuración y validación de la calidad del dato e implementar estrategias de monitoreo a la calidad en su territorio.
- Realizar análisis periódicos del comportamiento del evento.
- Socializar en espacios departamentales como el COVE u otros los hallazgos y resultados de los análisis realizados al evento.
- Retroalimentar a los Municipios sobre los resultados del análisis de la información.
- Asesorar y capacitar a los Municipio en el diseño de estrategias para la detección e intervención de la VCM, VIF Y VSX.
- Los departamentos o Distritos que ya 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.
- La secretaria departamental de salud debe gestionar y apoyar a las unidades notificadoras municipales en el análisis de casos, clasificación de los casos y en la estrategia de difusión y formación de los profesionales de la salud en el fortalecimiento de la vigilancia de este evento.
- Hacer seguimiento y verificación a las acciones en el cumplimiento de la ruta de atención según lo normado en la resolución 459 del 2012 en los casos de Violencia Contra la Mujer, Violencia intrafamiliar y Violencia Sexual, que se presenten en los municipios de su jurisdicción.

**Dirección o Secretaria local de salud:** la cual debe desarrollar las siguientes actividades:

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 4 de 37

- Velar por el adecuado registro en el municipio de otras fuentes de información como los RIPS, certificado de defunción del DANE y las fichas de notificación implementadas.
- Implementar estrategias de monitoreo a la calidad del dato en su territorio.
- Coordinar las acciones con las diferentes UPGD para que éstas identifiquen los casos.
- Realizar el proceso de depuración, validación de la calidad del dato y análisis de la información generada de la notificación del evento.
- Realizar análisis periódicos del comportamiento del evento.
- Socializar en espacios departamentales como el COVE u otros los hallazgos y resultados de los análisis realizados al evento.
- Retroalimentar a las UPGD sobre los resultados del análisis de la información.
- Coordinar la realización de la investigación de campo, para profundizar en el conocimiento del contexto de ocurrencia de algunas formas de VCM, VIF Y VSX y sus principales factores de riesgo, (se anexa guía de orientación para el trabajo de campo, la cual se recomienda realizar en la primera semana de ocurrencia del hecho, siempre y cuando la capacidad instalada de los sectores intervinientes o las condiciones de seguridad lo permitan).
- Apoyar en la implementación de medidas de protección, encaminadas a salvaguardar la vida del afectado(a) u otras intervenciones a que hubiere lugar.
- Realizar búsqueda activa, tanto institucional como comunitaria de casos probables de VCM, VIF Y VSX, a partir de la revisión de RIPS u otras herramientas de recolección de información, y derivar los casos reconocidos al sector salud, justicia o protección donde serán canalizados y atendidos.
- Diseñar e implementar los programas de prevención de la violencia de alcance comunitario.
- Hacer seguimiento y verificación a las acciones en el cumplimiento de la ruta de atención según lo normado en la resolución 459 del 2012 en los casos de Violencia Contra la Mujer, Violencia intrafamiliar y Violencia Sexual que se presenten en las UPGD de su jurisdicción.

**Institución prestadora de servicios de salud (IPS) quienes actúan como Unidades primarias generadoras de datos (UPGD):** las cuales tendrán el contacto inicial con el caso y prestarán el manejo asistencial, médico y/o psicológicos requerido de

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 5 de 37

acuerdo a la naturaleza, tipo y gravedad de la lesión, ya sea a nivel de urgencias, hospitalización, consulta externa, áreas de psicología o de trabajo social o servicio forense. Como parte integral del proceso de atención deben:

- Diligenciar adecuadamente los datos requeridos en los RIPS y las fichas de notificación implementadas, (anexa a este protocolo).
- Realizar el proceso de depuración, validación de la calidad del dato y análisis de la información generada de la notificación del evento.
- Socializar en espacios locales como el COVE u otros, los hallazgos y resultados de los análisis realizados al evento.
- Las IPS que ya 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.
- Implementar estrategias de monitoreo a la calidad del dato en la IPS.
- Informar a las autoridades judiciales y activar la ruta de atención interinstitucional definida para que se realicen las intervenciones a que hubiere lugar.
- Acatar los procedimientos relacionados con la investigación criminal de hechos punibles, en cuanto a la preservación de evidencia física, elementos materia de prueba y cadena de custodia.
- Activar y garantizar el cumplimiento de la ruta de atención según lo normado en la resolución 459 del 2012 en los casos de Violencia Contra la Mujer, Violencia intrafamiliar y Violencia Sexual que se atiendan en sus servicios.


#### 4. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

Las contenidas en el Decreto 3518 de octubre 9 de 2006 del Ministerio de la Protección Social por el cual se crea y reglamenta el Sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones.

**Violencia contra la mujer (VCM):** cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Ley 1257 de 2008

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 6 de 37

**Violencia intrafamiliar:** toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman el grupo familiar; el cual puede ser por afinidad, consanguinidad o afiliación, incluidas las exparejas; y causa daño físico, psicológico, sexual y económico entre otros<sup>4</sup>.

**Violencia Sexual:** toda acción que vulnere los derechos sexuales de la otra persona, le impide o limita la satisfacción de necesidades sexuales e inhibe el pleno desarrollo de su personalidad. Se configura con o sin contacto. Se refiere a obligar a una persona a tener contacto físico o verbal de tipo sexual o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas (Ley 1257, 2008). Si la ocurrencia se relaciona con agresor(es) pertenecientes al núcleo familiar, encargado del cuidado dentro o fuera del hogar, conviviente sin ser familiar o quien tiene una relación de pareja íntima con la persona agredida se constituye una violencia intrafamiliar sexual.

**Violencia Física:** uso intencional de la fuerza física con potencial para causar muerte, discapacidad, lesión, daño o sufrimiento. Si la ocurrencia se relaciona con agresor(es) pertenecientes al núcleo familiar<sup>5</sup>, encargado del cuidado dentro o fuera del hogar, conviviente sin ser familiar o quien tiene una relación de pareja íntima con la persona agredida se constituye una violencia intrafamiliar física<sup>6</sup>.

**Violencia psicológica:** 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 o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal (Ley 1257, 2008). Si la ocurrencia se relaciona con agresor(es) pertenecientes al núcleo familiar, encargado del cuidado dentro o fuera del hogar, conviviente sin ser familiar o quien tiene una relación de pareja íntima con la persona agredida se constituye una violencia intrafamiliar psicológica.

**Privación y Negligencia:** acciones orientadas a la privación de los elementos básicos necesarios para garantizar el desarrollo armónico e integral de los miembros de la familia, tales como: alimentación, educación, salud, cuidado, seguridad, afecto entre otros<sup>7</sup>.

**Abuso sexual:** aprovechamiento, por parte del sujeto activo del delito o agresor, de circunstancias que lo ubican en una situación ventajosa frente a la víctima, tales como la superioridad manifiesta, las relaciones de autoridad dadas por la edad, el poder o autoridad (jefe, maestro, médico, sacerdote, pastor, funcionario público, militar, etc.); incapacidad física o psicológica de la víctima, entre otras. La característica de esta forma de violencia es el aprovechamiento de la condición de ventaja o de la condición de


<sup>4</sup> LEMAITRE, JULIETA (2002), Compendio Normativo y Diccionario de Violencia Intrafamiliar. Bogotá, Política HAZ PAZ : Consejería presidencial para la Política Social y PNUD. Volumen 1. Versión Interdisciplinaria.

<sup>5</sup> Considerar el núcleo familiar en sentido amplio, convivan o no bajo el mismo techo.

<sup>6</sup> HAZ PAZ

<sup>7</sup> <http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Cali/02NinezMaltratada.htm>



 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 7 de 37

vulnerabilidad de la víctima como mecanismo utilizado por el agresor para cometer el delito sexual. El abuso sexual para fines operativos son los actos sexuales sin penetración del pene u otra parte del cuerpo o elemento, con o sin contacto directo, realizados mediante fuerza, engaño, sobornos, amenazas, seducción, manipulación. Incluye manosear, masturbar, realizar prácticas exhibicionistas y otras<sup>8</sup>.

**Acoso sexual:** El que en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de su superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona (Ley 1257 de 2008)

**Asalto sexual:** Es una forma de violencia sexual en la que el agresor, conocido o desconocido, utiliza la fuerza o la amenaza de usarla como mecanismo impositivo para realizar cualquier tipo de práctica sexual con la víctima de cualquier edad y sexo. Son entonces actos de naturaleza sexual no deseados y caracterizados por la violencia física y psicológica. Para los fines operativos se trata de un ataque consciente para someter a las víctimas con el uso de la fuerza física, las armas, la intimidación, el engaño, y penetrarlas con el pene o con otra parte del cuerpo u objetos en la vagina, el ano, la boca. Es conocida comúnmente como violación, donde el perpetrador puede actuar solo o en grupo. La violación por parte de esposos o compañeros esta penalizada en Colombia. (Resolución 459 de 2012)

**Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes:** violencia sexual en la cual el medio utilizado por el agresor es la cosificación de la víctima, es decir, es convertida en una mercancía y utilizada sexualmente. Se comete contra una persona menor de 18 años, en el que a la víctima o a un tercero se le ofrece pagar o se le paga en dinero o en especie. Algunas formas en las que se manifiesta esta explotación son: la pornografía, la utilización de niñas, niños y adolescentes en la prostitución, el matrimonio servil, la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes por parte de actores armados y la explotación sexual asociada. En conclusión aplica a los menores de 18 años a quienes se utiliza como objeto sexual, mercancía negociable a cambio de una transacción monetaria o en especies (Ley 1336 de 2009).

**Pornografía con NNA (niños, niñas y adolescentes):** producción, distribución y tenencia de “toda representación, por cualquier medio de comunicación, de un niño o niña menor de 18 años de edad, o con aspecto de niño o niña, involucrado en actividades sexuales reales o simuladas, de manera explícita o sugerida, con cualquier fin”<sup>9, 10</sup>.

Ésta se divide, según los materiales o contenidos, en pornografía blanda y dura. La primera hace referencia a imágenes desnudas y seductoras de niños o niñas, mientras que en la segunda se exhiben imágenes de acceso carnal<sup>11</sup> y actos sexuales<sup>12</sup> con niños o niñas.


<sup>8</sup> Resolución 459 de 2012

<sup>9</sup> <http://www.unicef.org/colombia/pdf/pinfantil.pdf>

<sup>10</sup> 1336 de 2009

<sup>11</sup> Código Penal. Art.212. *Acceso Carnal Violento*. Se entenderá por Acceso Carnal la penetración del miembro viril por vía anal, vaginal u oral, así como la penetración vaginal o anal de cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto.

<sup>12</sup> Código Penal. *Actos Sexuales Violentos*. Toda acción sexual diversa del Acceso Carnal Violento.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 8 de 37

**Trata de personas para explotación sexual:** forma de explotación sexual a través de la captación, transporte, traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o el uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra. Es la manifestación contemporánea de esclavitud que equipara a los seres humanos a la condición de objetos. Se configura cuando el agresor capta a la víctima con la intención de trasladarla dentro o fuera de su ciudad, departamento, país con la finalidad de explotarla sexualmente<sup>13</sup>.

**Turismo sexual:** utilización de una niña, niño o adolescente en actividades sexuales por personas que viajan de su país o ciudad de origen a otro u otra. Se da en el contexto del turismo por lo tanto, predomina en los lugares cuya economía depende de este sector (Ley 1336 de 2009)

## 5. CONTENIDO

### 5.1. IMPORTANCIA DEL EVENTO

#### 5.1.1. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

Se cuenta con el reconocimiento social universal de que la violencia en cualquiera de sus modalidades es un atentado contra los derechos humanos y un importante problema de salud pública<sup>14</sup>.

“La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, demuestra el reconocimiento y la comprensión internacionales de que la violencia contra la mujer es una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra la mujer. En la Plataforma de Acción adoptada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, se define la violencia contra la mujer como una de las 12 esferas de especial preocupación que deben ser objeto de particular hincapié por parte de los gobiernos, la comunidad internacional y la sociedad civil”<sup>15</sup>.

Se ha documentado la coexistencia de otras formas de violencia como la psicológica y la sexual en los casos de violencia intrafamiliar especialmente la de pareja<sup>16</sup>.


<sup>13</sup> Convención de la ONU contra la Delincuencia Organizada Transnacional, ley 679/01

<sup>14</sup> Idem. Pg 89

<sup>15</sup> <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/fs4.htm>

<sup>16</sup> Idem



 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 9 de 37

Los estudios han demostrado que la agresión intrafamiliar no son actos aislados, sino procesos repetitivos a lo largo de la historia de la pareja, y que puede darse una transmisión intergeneracional de la misma<sup>17</sup>.

Los factores culturales, el cambio en los patrones de agresión tanto en frecuencia como en gravedad o intensidad y la disponibilidad de armas en el medio hablan del pronóstico del hecho y define el perfil de las muertes en el contexto de VIF<sup>18</sup>

La violencia intrafamiliar impacta significativamente la salud física y mental de todos los miembros del núcleo familiar. Las consecuencias físicas se configuran desde las lesiones o el incremento en el riesgo de otros problemas de salud general o la sexual y reproductiva, específicamente la gestación y complicaciones ginecológicas y las enfermedades de transmisión sexual en corto y largo plazo<sup>19</sup>. Igualmente, en los niños repercute en el retardo en el desarrollo físico y/o cognitivo entre otros.

La afectación de la salud mental a partir de la vivencia de episodios de violencia intrafamiliar, incluye desordenes de personalidad, depresión, estrés pos trauma, somatización, abuso de alcohol, tabaco y drogas, hasta el aislamiento social y el suicidio<sup>20</sup>.

La violencia intrafamiliar es un fenómeno complejo por sus múltiples formas y contextos de ocurrencia y muchas de sus causas coinciden con las de otras formas de violencia como la sexual<sup>21</sup> o la violencia social.

En el manejo integral de la violencia intrafamiliar, de naturaleza física, emocional y especialmente la sexual se debe contemplar prevención secundaria de otras patologías con las que coexisten, especialmente las relacionadas con la anticoncepción de emergencia y profilaxis para ITS<sup>22</sup>.

## Factores de Riesgo

**Edad:** la edad determina el tipo de violencia intrafamiliar, y al interior de cada uno de ellos también se configuran subgrupos de riesgo, por ejemplo en la juventud se aumenta la probabilidad de ser víctimas de violencia perpetrada por su pareja<sup>23</sup>, al igual que las mujeres jóvenes presentan más riesgo de un ataque sexual que las mujeres mayores<sup>24</sup>

**Sexo:** las mujeres presentan mayor riesgo de ser víctimas, aunque este sexo también desempeña el rol de victimario, especialmente en el maltrato a los niños donde la madre o

<sup>17</sup> Idem

<sup>18</sup> WHO. World report on violence and health. Pg 93

<sup>19</sup> WHO. World report on violence and health. Pg. 149


<sup>20</sup> Idem pg 163

<sup>21</sup> Idem pg 157

<sup>22</sup> Idem 167

<sup>23</sup> WHO. World report on violence and health. Pg 97

<sup>24</sup> Idem. Pg 157

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 10 de 37

madrastras son responsables del 29% de las agresiones y los padres o padrastros del 43%<sup>25</sup>. El maltrato infantil y contra el adulto mayor son los único tipo de violencia intrafamiliar donde los hombres con un 53% para el primero y 51% para el segundo, son mas afectados que las mujeres<sup>26</sup>. En la VIF de pareja, aunque las mujeres pueden agredir a sus parejas masculinas, y la violencia también se da a veces en las parejas del mismo sexo, la violencia en la pareja es soportada en mayor proporción por las mujeres e infligida por los hombres<sup>27</sup>. La violencia sexual, repite el mismo esquema descrito en precedencia, en consecuencia es afectada la mujer e infligida por los hombres<sup>28</sup>.

**Consumo de alcohol y otras sustancias:** en relación con las víctimas, las sustancias embriagantes limitan la posibilidad de autoprotección, de interpretar y actuar de manera efectiva ante signos de amenaza o alarma, consumir alcohol también ubica a las víctimas

en lugares donde los potenciales perpetradores encuentran oportunidades para los ataques<sup>29</sup>. Entre el 32 y el 65% de los agresores se encontraban bajo efectos de sustancias embriagantes, se ha demostrado que el uso o abuso de alcohol es un factor de riesgo para violencia de pareja<sup>30, 31</sup>. En relación con los agresores, las investigaciones han demostrado que individuos con patrones de consumo de alcohol y sustancias tienden

a ser violentos aun cuando no se encuentran bajo los efectos de estas, si bien la relación entre sustancias y crimen no es lineal es extremadamente compleja<sup>32</sup>

**Discapacidad:** los niños con discapacidad aumentan 3,7 veces su probabilidad de sufrir negligencia, 3,8 veces más de sufrir maltrato físico y emocional y 4 veces más de sufrir abuso sexual<sup>33</sup>. la vulnerabilidad de las personas con discapacidad a la violencia sexual se debe entre otros a la dependencia de los cuidadores, su poco reconocimiento de derechos, el desdibujar su cuerpo como privado por los tratamientos y terapia a las que son sometidas, y su indefensión<sup>34</sup>.

**Antecedentes personal y/o familiar de exposición a la violencia:** experiencias de violencia previas son un fuerte factor de riesgo para la revictimización en un contexto intrafamiliar, la prevalencia de estos antecedentes en las víctimas oscila entre un 25 y 47%<sup>35</sup>. Personas que fueron violadas antes de los 18 años, aumentan dos veces la

<sup>25</sup> Forensis, Datos para la vida 2009 pg 122

<sup>26</sup> Idem pg 122 y 125

<sup>27</sup> Idem pg 2009

<sup>28</sup> Idem pg pg 167

<sup>29</sup> WHO. World report on violence and health. Pg 158

<sup>30</sup> Idem. Pg 98


<sup>31</sup> [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/factsheets/fs\\_intimate\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_intimate_es.pdf)

<sup>32</sup> Augusto Pérez Gómez, Basic Protocol for Calculating Fractions Attributable to Crime, CICAD 2004

<sup>33</sup> Sullivan et al., 2000, citado en <http://www.makinglifeasafeadventure.eu/download/Infancia.pdf>. Publicación de la Unión europea sobre infancia, discapacidad y violencia.

<sup>34</sup> Consejería para la Igualdad y Bienestar social. Mujeres con discapacidad y violencia sexual. Guía para profesionales, En: [http://sid.usal.es/idos/F8/FDO20906/Violencia\\_sexual.pdf](http://sid.usal.es/idos/F8/FDO20906/Violencia_sexual.pdf)

<sup>35</sup> Marie-Hélène Gagné, Francine Lavoie and Martine Hébert, Victimization during childhood and revictimization in dating relationships in adolescent girls, Child Abuse & Neglect, Volume 29, Issue 10, October 2005, Pages 1155-1172

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 11 de 37

probabilidad de ser violadas en la edad adulta.<sup>36</sup>. Personas que han estado expuestas en su infancia a la violencia en la familia tienen un especialmente fuerte factor de riesgo para

la agresión a la pareja<sup>37</sup>. Los conflictos maritales y desacuerdos en la relación tienen una relación de moderada a severa con la violencia de pareja<sup>38</sup>

**Desordenes de personalidad:** los agresores son dependientes, inseguros, con baja autoestima y dificultad para el control de impulsos. Además, muestran alto puntaje en las escalas de medición de personalidad antisocial, agresiva o limítrofe<sup>39</sup>, pueden mostrar rasgos de impulsividad con tendencia antisocial<sup>40</sup>.

**Hacinamiento:** asociado especialmente a la violencia sexual en el contexto familiar<sup>41</sup> y más como consecuencia de la pobreza, convivencia con familia extensa y necesidad de compartir la cama<sup>42, 43, 44</sup>.

**Familia Disfuncional:** uno de los más consistentes marcadores de la probabilidad de aparición de violencia entre cónyuges son los conflictos y desacuerdos en la relación de pareja<sup>45</sup>. Situación que se revierte a los otros miembros de la familia.

**Cultura patriarcal o machista:** donde la mujer cuenta con un alto estatus, ellas probablemente alcanzan suficiente poder colectivo para cambiar los roles tradicionales de género<sup>46</sup>. Comunidades que creen en la superioridad masculina incrementan su probabilidad de que la violencia sexual tenga lugar, en estas circunstancias el ideal de masculinidad se fundamenta en la misoginia, abuso de sustancias y participación en crímenes<sup>47</sup>.

**Tolerancia y débil sanción social frente a la violencia y bajo capital social:** comunidades con bajos niveles de violencia son las que sancionan socialmente ese tipo de conductas<sup>48</sup>. La no intervención aun cuando se es testigo de un acto de agresión social, o cuando las autoridades deciden no intervenir incluso ante una denuncia, si el agresor es la pareja de la víctima o un familiar<sup>49</sup>, debilita la importancia social del evento. Igualmente las comunidades que cuentan con medidas de protección de la víctima o buen soporte social y familiar muestran menor probabilidad de esta violencia<sup>50</sup>. La violencia de

<sup>36</sup> WHO. World report on violence and health. Pg 158

<sup>37</sup> Idem. Pg 98

<sup>37</sup> Idem. Pg 98

<sup>38</sup> Idem. Pg 99

<sup>39</sup> Idem. Pg 99

<sup>40</sup> Idem. Pg. 160

<sup>41</sup> <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/nicaraguasp.pdf>. Pg 1

<sup>42</sup> <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/nicaraguasp.pdf>. Pg 1

<sup>43</sup> WHO. World report on violence and health. Pg. 159

<sup>44</sup> MPS, Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. Pg 88

<sup>45</sup> WHO. World report on violence and health. Pg 99


<sup>46</sup> WHO. World report on violence and health Pg 99

<sup>47</sup> Idem. Pg. 161

<sup>48</sup> Idem. Pg 99

<sup>49</sup> Idem. Pg. 161

<sup>50</sup> Idem Pg 99

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 12 de 37

pareja ocurre con mayor frecuencia en sociedades donde el hombre tiene el poder económico, no hay fácil acceso al divorcio, y rutinariamente se usa la violencia para resolver conflictos<sup>51</sup>. Normas sociales que legitiman la violencia como medio para conseguir los objetivos se asocian con alta prevalencia de violación<sup>52</sup>.

**Varios Compañeros sexuales:** aunque no es claro si tener varios compañeros es una causa o consecuencia del abuso sexual<sup>53</sup>.

## Marco legal


Actualmente en Colombia rigen Leyes y ratificaciones de Convenios Internacionales sobre diferentes formas de violencia. Conocerlas y aplicarlas es también parte del múltiple esfuerzo y proceso para prevenir, atender y controlar su ocurrencia. A continuación se destacan las siguientes:

- Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de la Mujer, CEDAW, ratificada en Colombia por la Ley 51 del 2 de junio de 1981 y su Decreto reglamentario 1398 del 13 de junio de 1990.
- Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer
- Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, ratificada por Colombia mediante la Ley 248 del 29 de diciembre de 1995
- Resolución A/RES/55/2 de la ONU sobre Objetivos del Milenio
- Ley 294 de 1996, que desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política, dicta normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar
- Ley 575 del 2000, que modifica la anterior.
- Ley 012 de 1991 que aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.
- Ley 100 de 1993 Artículo 177, garantía red de servicios, y artículo 168, garantía de los servicios POS.
- Ley 360 de 1997 y sus modificaciones en la Ley 599 de 2000 Nuevo Código Penal en el título “Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales”, artículos 205 a 219.
- Ley 470 de 1998 que aprueba la Convención Interamericana sobre Tráfico Internacional de Menores, México D. F. 18 de marzo de 1994.
- Acuerdo 117/98 del CNSSS y la Resolución 412 del MS declaran el maltrato a la mujer y los niños como un evento de interés para la salud pública.
- Ley 679 de 2001 que expide un estatuto para prevenir y contrarrestar la explotación, la pornografía y el turismo sexual con menores, en desarrollo del artículo 44 de la Constitución Política.

<sup>51</sup> Idem. Pg 100

<sup>52</sup> Idem. Pg. 100


<sup>53</sup> Idem. Pg 158

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 13 de 37

- Ley 704 de 2001 que aprueba el Convenio 182 sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación, adoptado por la 87ª Reunión de la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, OIT, Ginebra, Suiza, el 17 de junio de 1999.
- CONPES 3144 del 2001 que establece que el ICBF debería asumir la coordinación de la política nacional de HAZ PAZ, hasta el momento en cabeza de la Consejería Presidencial para la Política Social.
- Ley 747 de 2002 que hace unas reformas y adiciones al Código Penal (Ley 599 de 2000) y crea el tipo penal de trata de personas.
- Ley 765 de 2002 que aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño, relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía, Nueva York, el 25 de mayo de 2000.
- Ley 800 de 2003 que aprueba la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional y el Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 15 de noviembre de 2000.
- Ley Nacional de Educación y Plan Nacional de Educación 2002-2006 que obliga la educación sexual, la prevención del maltrato y la violencia, e incluyen proyectos dirigidos a la promoción de la salud sexual, la convivencia en equidad y el desarrollo de habilidades para la vida.
- Normatividad Legal como el Código Penal donde en el capítulo VI tipifica y sanciona los delitos contra la Familia<sup>54</sup> y en el capítulo IV tipifica y sanciona los delitos contra la libertad, integridad y formación sexual<sup>55</sup>. Ley 906 de 2004 que expide el Código de Procedimiento Penal, especialmente en su artículo 67, 250 y 383.
- Resolución 0-6394/2004 de la Fiscalía General de la Nación sobre Cadena de Custodia.
- Ley 1098 de noviembre 8 de 2006 que expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.
- Ley 1010 de 23 de enero de 2006 que avanza frente al acoso laboral
- Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006, mediante la cual se despenaliza en el país el aborto en tres casos particulares, uno de ellos, cuando la gestación es producto de una violación.
- Decreto 3518/06, crea y reglamenta el SVSP.
- Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 Adoptado por el Ministerio de la Protección Social, mediante el Decreto 3039 de 2007, que reconoce como problemas críticos de salud pública las diferentes formas de VCM, VIF Y VSX y recomienda la realización de acciones de prevención y promoción del buen trato.
- Ley 1146 de 2007 por la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.

<sup>54</sup> <http://www.derechos.org/nizkor/colombia/doc/penal.html>

<sup>55</sup> <http://www.derechos.org/nizkor/colombia/doc/penal.html>

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 14 de 37

- La ley 1257 de 2008 por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres<sup>56</sup> y sus decretos reglamentarios para el sector Salud No. 4796, Justicia No. 4799, Educación No. 4798 y Trabajo No. 4463.
- Decreto 3039/08 define Vigilancia en Salud y Gestión del conocimiento, contempla que se deberá incluir acciones orientadas a la prevención de la Salud Mental y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato.
- Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014, donde en el eje estratégico de convivencia y seguridad ciudadana propone: prevenir la violencia intrafamiliar y sexual. En el componente que toca con la niñez propone: desarrollar estrategias para la prevención de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y el abuso sexual de menores. En cuanto a las políticas de género decreta Crear el Observatorio Nacional de Violencias, con el objetivo de investigar, analizar, visibilizar, y hacer seguimiento a esta problemática, con especial énfasis en las violencia de género intrafamiliar y sexual.
- Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva<sup>57</sup>
- CONPES 140/2011, que modifica COMPES 91, en relación con los Objetivos del Milenio (ODM). En el marco de los objetivos del milenio, se establece como Meta de país en cuanto al objetivo del Milenio No. 3 en relación con la igualdad de género: Implementar y mantener operando una estrategia intersectorial de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, específicamente de la violencia de pareja contra la mujer<sup>58</sup>.
- Modelo de atención integral para las víctimas de violencia sexual del MPS 2011.
- Decreto 4109/11, artículo 4 el Instituto Nacional de Salud tiene dentro de sus funciones el de diseñar e implementar, en lo de su competencia, el modelo operativo del Sistema de Vigilancia y Seguridad Sanitaria en el Marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 458 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ley estatutaria 1266/08 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.
- Ley 1273/09 por la cual se crea un nuevo bien jurídico tutelado denominado de la protección de la información y de los datos.

### 5.1.2. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA


Cada una de esas formas de violencia objeto de vigilancia entrañan una gravedad especial, no solo porque merman la salud física y mental de cada mujer o víctima que las padece, sino también por su afectación a la vida social y de relación. Una de las formas más frecuentes de agredir a una mujer, es a través del ejercicio de la fuerza física, la cual puede traer como consecuencia muerte, lesiones, discapacidad y secuelas permanentes.

<sup>56</sup> [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2008/ley\\_1257\\_2008.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2008/ley_1257_2008.html)

<sup>57</sup> <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Forms/AllItems.aspx>

<sup>58</sup> [http://www.pnud.org.co/img\\_upload/9056f18133669868e1cc381983d50faa/igualdad\\_de\\_genero\\_y\\_autonomia\\_de\\_la\\_mujer.pdf](http://www.pnud.org.co/img_upload/9056f18133669868e1cc381983d50faa/igualdad_de_genero_y_autonomia_de_la_mujer.pdf)



 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 15 de 37


En este sentido, los datos muestran como con el pasar de los años la mujer, al igual que los hombres, se ve cada vez más comprometida en eventos fatales, los cuales pueden bien ocurrir en el contexto de la violencia comunitaria o intrafamiliar.

Durante el período comprendido entre el 2007 y el 2011, cerca de 6.700 mujeres murieron de manera homicida en Colombia, de las cuales el 23% se registraron en el año 2009, seguida de 21% en 2010. Si bien los dos últimos años han sido de tendencia al descenso, a partir de la mitad del quinquenio, no obstante, se percibe un aumento de 8% en homicidio de mujeres si se compara 2010 con 2007. El 9% de los homicidios en Colombia se perpetra contra mujeres, lo que equivale a que por cada 11 hombres asesinados, también lo es una mujer. Esta información merece ser contrastada con la Fuente DANE, que nos permite ajustar los casos de acuerdo al nivel de subregistro de Medicina Legal. En este sentido, se encuentra que en promedio cada año 160 homicidios de mujeres no son registrados en la fuente forense.

Continuando con la fuente forense, en el 75% de los homicidios de los hombres y en el 72% de los homicidios de mujeres no se cuenta con información, al momento de la necropsia, sobre las circunstancias que motivaron los hechos. En el 7% de la muerte de mujeres se argumentó violencia intrafamiliar, 6% venganzas, 5,4% acciones derivadas del conflicto, 3% riña, 1% violencia sexual y 0,1% intolerancia. Mientras que el 61% de las mujeres son asesinadas por arma de fuego, en el 76% de los hombres se recurre a este mismo mecanismo. El Arma blanca predomina en las mujeres con 20% de la distribución frente al 15% en hombres. Desafortunadamente en Colombia, la información sobre los homicidas es limitada, y en el asesinato de las mujeres esto no es la excepción, de tal manera que se desconoce el actor en más de la mitad de los casos.

Atendiendo a la definición, no jurídica, sino sociológica para clasificar como “feminicidio” a la muerte de mujeres en manos de su pareja o expareja íntima, encontramos que en los últimos 5 años el Sistema Médico Forense Colombiano, valoró la ocurrencia de 554 homicidios ocurridos en estas circunstancias, presentándose el mayor número en el 2010 cuando se concentra el 23% de los hechos. Si bien el año 2011 registra un descenso del 19% con relación al 2010, la cifra para el último año se ubica en el mismo nivel de casos ocurridos en 2009, lo que hace suponer en un comportamiento relativamente estable para el quinquenio. En las mujeres entre 20 y 39 años se concentra el 72% de los feminicidios, de los cuales 23% corresponden al quinquenio 25 a 29 años y 21% al de 20 a 24 años. Este patrón de presentación según grupo etéreo, reproduce las tendencias generales de la muerte homicida en el país, que compromete principalmente a las personas jóvenes. La mayoría de los homicidios de mujeres perpetrados por sus parejas íntimas ocurrieron en los departamentos del Valle del Cauca 13,2%, Bogotá 12,1% y Antioquia 10,3 % que totalizan el 35,6% de los casos.

En los últimos cinco años más de 61.000 niños, niñas y adolescentes sufrieron agresiones físicas que fueron objeto de valoración médico legal, de las cuales mas de 32.654 fueron mujeres. Así mismo, se registraron 261.583 personas víctimas de violencia de pareja, de las cuales el 89%, es decir 232.362 eran mujeres. La mayoría de las víctimas eran jóvenes, de tal manera que en el grupo de 20 a 39 años concentra el 76% de las mujeres agredidas por su pareja.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 16 de 37

Entre 2008 y 2011, 2.762 mujeres mayores de 60 años fueron afectadas por violencia física. En este grupo etáreo es en el único momento del ciclo de vida donde la mujer no es la víctima mayoritaria en cualquiera de las formas de violencia intrafamiliar. La violencia física contra la mujer, ya sea en las relaciones de pareja, maltrato a las niñas o las adultas mayores fue especialmente reconocida en Bogotá y los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca y Santander, escenarios geográficos que concentran el 58% de los casos que contaron con valoración forense. De toda la violencia intrafamiliar registrada en cada uno de los tipos el 61% afecta a las mujeres, de las cuales el 80% se ejerce a través de mecanismos contundentes y 11% por medio de armas cortante 1% cortopunzantes.

Una de las formas más extremas de agresión de la que son víctima las mujeres es la violencia sexual, la cual conjuga e la mayoría de los casos violencia física y psicológica de manera simultánea. Desafortunadamente, persiste el desconocimiento de la verdadera magnitud del fenómeno, la baja denuncia de los casos, el poco reconocimiento por parte de las mismas víctimas de las múltiples y complejas formas de violencia sexual y el tabú que históricamente ha rodeado el tema, impiden que esta sea completamente visibilizada, prevenida, o atendida. Las valoraciones forenses de las mujeres que deciden denunciar, muestra como el evento se comporta de manera estable en los últimos cinco años. Es así como en este período alrededor de 83.000 mujeres y en el último año cerca de 17.000 fueron sometidas a examen sexológico con el propósito de recabar evidencia de la ocurrencia de los hechos. En 2011 hay un aumento de 0,4% con respecto al 2010. Por cada hombre con valoración forense por violencia sexual, cinco mujeres son examinadas.

El 24% de las mujeres víctimas de violencia sexual contaban con 5 a 10 años y 36% con 10 a 15 años, lo que indica una afectación predominante de niñas y adolescentes. La tendencia histórica ha demostrado que lo perpetradores, de la violencia sexual son desconocidos en el 20% de los casos; personas con la cual la mujer tiene o ha tenido algún vínculo de consanguinidad, afinidad o civil 43% y otros conocidos 31%. Para 2010 las mujeres reconocieron como agresores a miembros de la fuerza pública en 34 casos y a miembros de grupos ilegales en 12 casos. La mayoría de las valoraciones forenses son registradas en el Distrito Capital, seguido de los departamentos de Antioquia, Valle, Cundinamarca, Santander, Atlántico, Bolívar y Meta donde se concentra el 64% de las víctimas atendidas.

Como elemento de contraste y alternativa para contemplar la real dimensión del problema se explora los datos recaudados por el sector salud en relación con la violencia sexual que son evidenciados en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Desde que se inicia este registro y hasta el año 2009, cerca de 100.000 personas buscaron atención médica, cuyo diagnóstico clínico se definió como “sospecha de abuso sexual y sospecha de violencia sexual” de las cuales más de 66.000 pacientes, que representan el 70% fueron mujeres.

Desafortunadamente, no se dispone de importante información frente a la violencia psicológica, probablemente derivada de su difícil reconocimiento o diagnóstico, o porque es subsumida por la violencia física o la misma violencia sexual. Hasta el año 2009 en los RIPS registraron 7.876 casos atendidos por el sector salud, clasificados como maltrato emocional de los cuales 63%, es decir 4.579 eran mujeres.

Los años de vida saludables perdidos por violencia ascienden a 123.637 años para la VIF. Según el estudio de carga de enfermedad en las mujeres entre 15 y 29 años, por causa de agresiones se pierden 5.811 AVISAS por 1.000 personas<sup>59</sup>.

Los niños expuestos a violencia intrafamiliar, muestran mayores problemas en otras dimensiones de su salud<sup>60</sup>

Se ha planteado que la violencia intrafamiliar se presenta como un continuum a lo largo de la vida y soporta las teorías de la transmisión intergeneracional de la VIF. Las hipótesis de bidireccionalidad de este tipo de violencia podría explicar un tercio de los casos analizados<sup>61</sup>. En Colombia el 49% de las mujeres con historia de violencia intrafamiliar, reconocen maltratar a sus hijos<sup>62</sup>

En el contexto nacional se ha encontrado que los determinantes más relevantes de la violencia son haber sido víctima o testigo de violencia en el hogar materno y el consumo frecuente de alcohol de la pareja. Los ingresos laborales mensuales de la mujer son 40% menos de lo que serían si no hubiera VIF. Los costos de oportunidad de la VIF alcanzan por lo menos 4.2% del PIB<sup>63</sup>.

Finalmente, podría decirse que en Colombia es posible dibujar un mapa de la VCM, VIF Y VSX donde se describe el riesgo de ocurrencia de las diferentes tipologías según los departamentos. En este sentido, la tasa por 100.000 habitantes señala de manera comparativa, los principales problemas que se registran en cada región del país.

**Tasa Departamental por 100.000 habitantes de las principales formas de violencia, Colombia 2009**

Departamento	Violencia intrafamiliar	Violencia sexual	Departamento	Violencia intrafamiliar	Violencia sexual
Amazonas	383	158,73	Huila	227	46,22
Antioquia	165	51,14	La Guajira	79	23,01
Arauca	294	57,67	Magdalena	169	31,75
Atlántico	137	32,56	Meta	270	97,72
Bogotá	347	59,14	Nariño	103	33,22

<sup>59</sup> Jesús Rodríguez García et al, Carga de enfermedad en Colombia 2005, Documento Técnico Universidad Javeriana – CENDEX.

<sup>60</sup> Judee E. Onyskiw, Health and Use of Health Services of Children Exposed to Violence in Their Families, Revue canadienne de santé publique, Vol 93, No. 6

<sup>61</sup> Izaskun Ibabe, Joana Jaureguizar\*, & Óscar Díaz, Adolescent violence against parents. Is it a consequence of gender inequality?, The European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 2009, Vol. 1 No. 1 2009

<sup>62</sup> Blanco C. Marginalidad y violencia. Instituto de Estudios Sociales Juan Pablo II, Bogotá, 1992.

<sup>63</sup> Rocio Ribero, Fabio Sánchez, Determinants, effects and costs of domestic violence, Universidad de los Andes, documento CEDE 2005-38.



<b>Bolívar</b>	121	4,28	<b>Nte Santander</b>	219	51,29
<b>Boyacá</b>	350	47,46	<b>Putumayo</b>	63	25,41
<b>Caldas</b>	150	62,98	<b>Quindío</b>	194	83,06
<b>Caquetá</b>	84	35,07	<b>Risaralda</b>	172	56,33
<b>Casanare</b>	493	104,85	<b>San Andrés</b>	410	70,12
<b>Cauca</b>	138	23,39	<b>Santander</b>	243	61,6
<b>Cesar</b>	193	45,08	<b>Sucre</b>	156	40,24
<b>Chocó</b>	68	33,71	<b>Tolima</b>	173	37,59
<b>Córdoba</b>	70	22,4	<b>Valle</b>	172	43,92
<b>Cundinamarca</b>	338	72,5	<b>Vaupés</b>	7	14,6
<b>Guainía</b>	66	7,96	<b>Vichada</b>	87	66,12
<b>Guaviare</b>	69	41,26	<b>TOTAL</b>	209	48,05

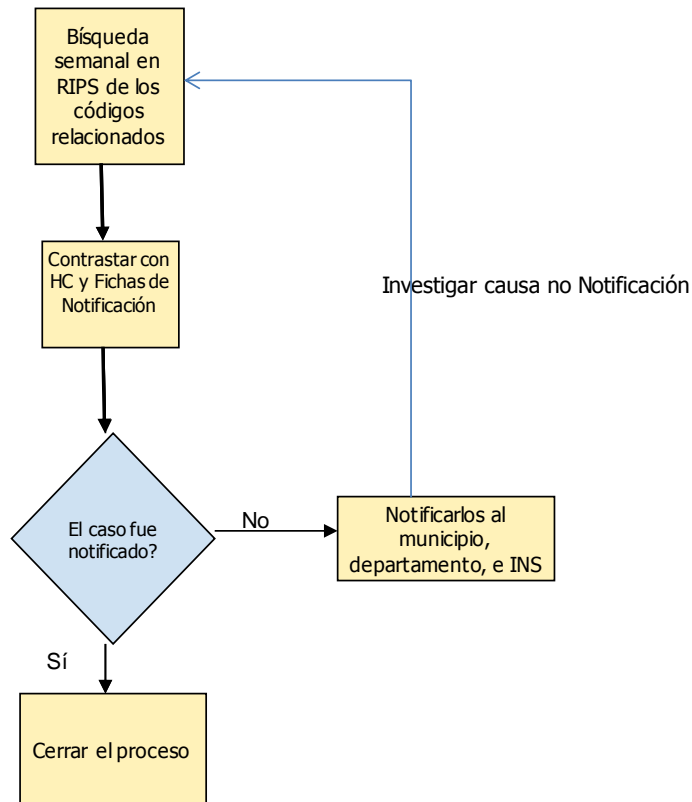
Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal, Forensis 2009, INMLCF

## 5.2. ESTRATEGIA

Establecer la vigilancia pasiva a través de las siguientes actividades:

Notificar la VCM, VIF Y VSX a través de la ficha única (anexa).


Implementar la búsqueda activa institucional de casos de VCM, VIF Y VSX a través de registros rutinarios como RIPS.



Los códigos RIPS para la búsqueda activa de casos y que pueden ser relacionados con violencia intrafamiliar, violencia contra la mujer ocurrida en ámbito familiar y no familiar son:

Descripción	Código
Privación, Negligencia, Abandono	T738 - T740, Y060 - Y069, 7625
Violencia Física	T741, T748 - T749, X850-Y049, Y070-Y099, Y100-Y349, Y350-Y369, Z616, Z630-Z631
Violencia psicológica	T743, Z601, Z610-Z613, Z617-Z619, Z624, Z632
Violencia sexual (violación o asalto)	Y050 - Y059, Z044
Violencia sexual (abuso)	T742, Z614- Z615

Implementar la búsqueda activa comunitaria de casos de violencia intrafamiliar en los diferentes ámbitos del municipio donde el sector salud desplegué algún tipo de actividad comunitaria en salud. (Ver anexo ficha para BAC)

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 20 de 37

Investigar en campo y abordaje interinstitucional en los casos de alto riesgo o mal pronóstico según los criterios definidos.

Sensibilizar y capacitar a los funcionarios del sector salud, en cada nivel de responsabilidad, sobre la importancia de reconocer y diagnosticar estos eventos.

Asesorar y capacitar a la comunidad en prevención y mitigación de los factores de riesgo relacionados con la VCM, VIF Y VSX.

Establecer alianzas estratégicas con Alcaldías, Policía, Sector Justicia, Sector Salud, ONGs que operen en los distintos departamentos y municipios del país, para el planeamiento de las intervenciones de prevención y control de la violencia.

### 5.3. INFORMACIÓN Y CONFIGURACIÓN DEL CASO

#### DEFINICIÓN OPERATIVA DEL CASO

La complejidad de la violencia, requiere una importante sensibilidad de los profesionales de la salud, inicialmente para la detección del caso y posteriormente para su clasificación y registro en los RIPS y/o en las fichas de notificación:

#### Definición de caso

TIPO DE CASO	CARACTERÍSTICAS DE LA CLASIFICACIÓN
<b>Casos Sospechoso de Violencia contra la Mujer</b>	Mujer viva o muerta de cualquier edad y sexo que ingrese a un servicio de atención de urgencias, consulta externa, psicología, trabajo social, programas especiales, o servicio forense, con una lesión física y/o afectación psicológica ocasionada por un agresor(a) conocido(a) o desconocido(a) y que no es miembro de su familia.
<b>Casos Sospechoso de Violencia Intrafamiliar</b>	Persona viva o muerta de cualquier edad y sexo que ingrese a un servicio de atención de urgencias, consulta externa, psicología, trabajo social, programas especiales, o servicio forense, con una lesión física, psicológica, o por negligencia o privación ocasionada por un miembro de la familia, cuidador(a), conviviente o persona con la que sostiene o sostuvo una relación íntima de pareja.
<b>Casos Sospechoso de Violencia sexual</b>	Persona viva o muerta de cualquier edad y sexo que ingrese a un servicio de atención de urgencias, consulta externa, psicología, trabajo social, programas especiales, o servicio forense por violencia sexual tipo abuso, acoso, asalto, explotación sexual comercial de niños niñas y adolescentes, turismo sexual y pornografía con menores, trata de personas para explotación sexual, y otras formas de violencia sexual ocasionada por un miembro de la familia, cuidador (a), conviviente o persona con la que sostiene o sostuvo una relación íntima de pareja o por alguien ajeno a la familia, incluidos de manera especial los actores legales e ilegales del conflicto armado.

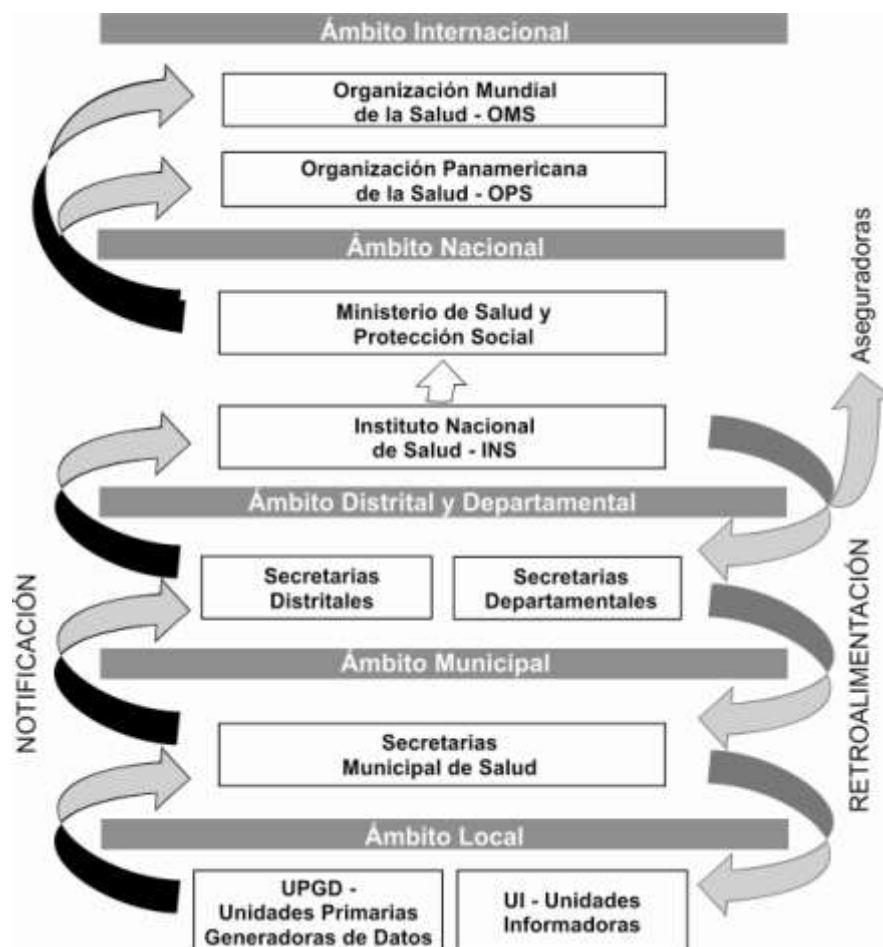



Es importante aclarar que la combinación de ciertas variables recaudadas, como el tipo de agresor y la edad de las víctimas permitirá la descripción y análisis de las diferentes tipologías violentas como maltrato infantil, la violencia de pareja, o contra el adulto mayor.

La anamnesis, la información del contexto de ocurrencia del hecho y su coherencia con los hallazgos clínicos y/o psicológicos permitirán la clasificación del caso sospechoso de acuerdo a los diferentes tipos, formas o eventos en que se categoriza la violencia. Es necesario precisar que en la vigilancia de la violencia los casos notificados siempre tendrán en estatus de “sospechoso” y no se requiere los ajusten de confirmación del caso, ya que este proceso, que en muchos casos es de larga duración, es competencia de las instituciones del sector justicia.

## 5.4. PROCESO DE VIGILANCIA

### 5.4.1. FLUJO DE INFORMACIÓN



 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 22 de 37

La información fluye desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) hacia el nivel municipal, de este al departamental y del departamento hasta el nivel nacional (INS). Desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios, así como desde cada nivel se envía información a los aseguradores. Si el caso es de alto riesgo o mal pronóstico se debe realizar una notificación inmediata al nivel municipal para que se activen los mecanismos de abordaje intersectorial; y al nivel departamental y nacional para los procesos de seguimiento.

#### **5.4.2. NOTIFICACIÓN**

Las (UPGD), que para este caso son las Instituciones prestadoras de salud de acuerdo con la normatividad vigente, son las encargadas de captar los casos relacionados con violencia y registrarlos en las fichas de notificación y los RIPS de acuerdo a la estructura establecida, la ocurrencia del evento y las definiciones operativas de caso contenidas en el protocolo.

En consecuencia las UPGD deberán:

- Conocer, difundir y aplicar los protocolos nacionales de vigilancia en salud pública de la violencia.
- Identificar y clasificar el caso de acuerdo a los criterios establecidos en el protocolo.
- Recolectar las variables mínimas necesarias para la vigilancia y el análisis en relación con el caso, ya sea a través de las fichas de notificación, el diligenciamiento de los RIPS y otros registros rutinarios.
- Remitir los datos básicos al municipio en los plazos y formatos definidos y en ausencia de eventos, realizar la notificación negativa en los mismos plazos y formatos.
- Analizar la información clínica y epidemiológica obtenida en su interacción con la víctima.
- Efectuar búsqueda activa Institucional de casos

No debe olvidarse la responsabilidad que le puede asistir al personal sanitario y/o a la Entidad Prestadora del Servicio de Salud de 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, así mismo, la activación de la ruta de atención interinstitucional. 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 del Código de Procedimiento Penal.

Las unidades notificadoras municipales (UNM):

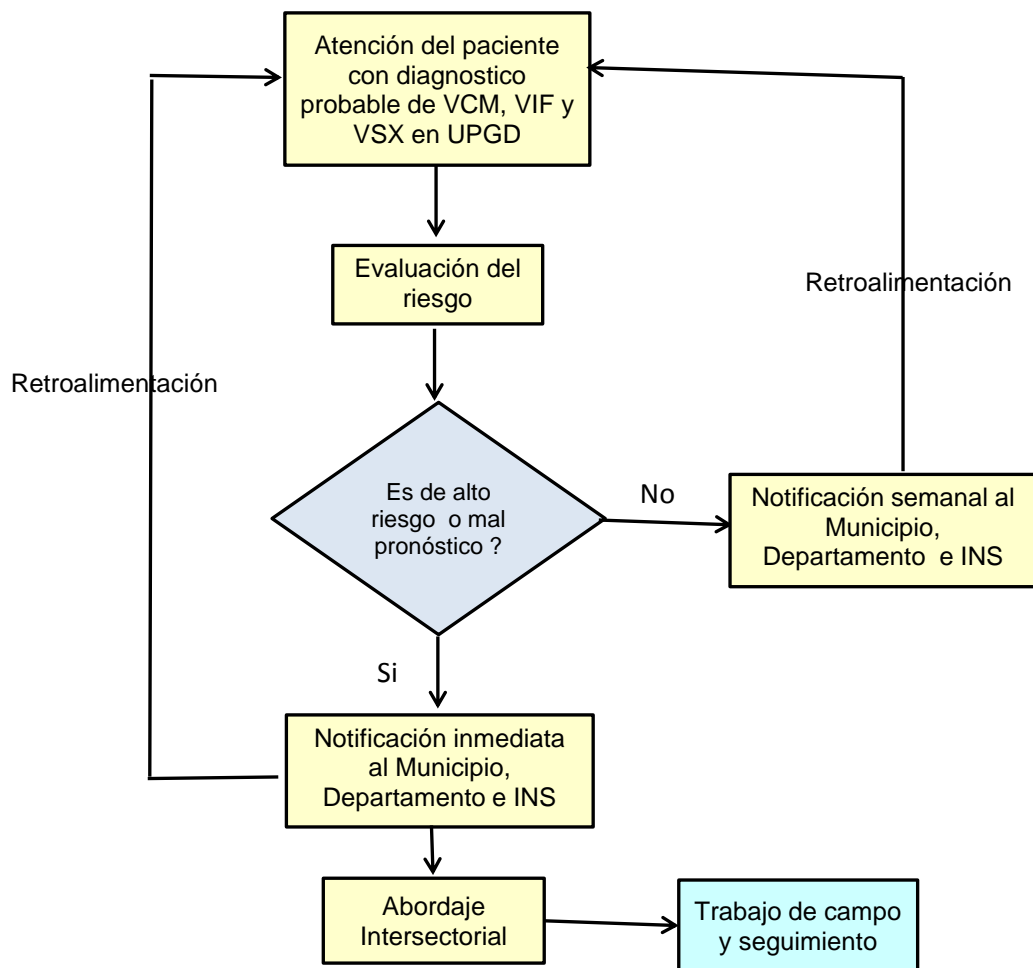
- Revisar la información procedente de las UPGD
- Remitir con periodicidad semanal, o inmediata según el caso, la información de sus UPGD a la unidad notificadora departamental o distrital (UND) correspondiente para que se adopten las decisiones a que hubiere lugar.

- Realizar búsqueda activa comunitaria de casos
- Promover las unidades de análisis intersectorial de casos individuales caracterizados por su alto riesgo y de la información consolidada.


Las direcciones o secretarías departamentales o distritales deben:

- Revisar la información procedente de sus municipios.
- Remitir con periodicidad semanal, la información de sus municipios al INS.
- Realizar el seguimiento a las acciones implementadas en los casos que cumplieron los criterios de notificación inmediata en cada uno de los municipios.
- Promover las unidades de análisis intersectorial en su departamento.

El flujograma de notificación se acoge a la siguiente lógica:



**Nota:** se recuerda que un caso es de alto riesgo o mal pronóstico cuando cumple uno de los siguientes criterios: Víctima en gestación; víctima que ha presentado un evento similar en los últimos tres meses que también ameritó atención por el servicio de salud; uso de arma de fuego, arma cortopunzante o medio potencialmente letal para la perpetración de la violencia; las lesiones requieren hospitalización para su manejo; violencia sexual en menor de 14 años. Estos casos deben ser notificados de manera inmediata a la secretaría local de salud para que se active la movilización intersectorial para evitar otros desenlaces y a la secretaria departamental de salud para el respectivo seguimiento a las acciones implementadas.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 24 de 37

## 5.5 ANALISIS DE DATOS

El análisis de la VCM, VIF Y VSX en ámbito no familiar se desarrollará en dos dimensiones una que llamaremos agregada o consolidada y otra individual cuyos productos indistintamente serán un plan de mejoramiento:

Con la primera se realizará una caracterización sociodemográfica, espacial, temporal y circunstancial de los hechos que permita responder las preguntas: ¿quién es el lesionado(a), que lo(a) afectó?, ¿cuándo, dónde y cómo sucedieron los hechos?, ¿cuáles son los factores de riesgo predominantes?, ¿qué respuesta recibió desde los servicios de atención en salud?, y de ser posible un análisis georreferenciado de la concentración de los fenómenos. Es de anotar que el conjunto de variables recaudadas permite un importante juego de combinaciones para análisis univariados, bivariados y multivariados, no obstante, en las fases iniciales de construcción del dato se tendrá en cuenta una batería básica de indicadores que se resumen en los anexos de este protocolo.

Lo anterior se facilita con la inclusión del análisis de VCM, VIF Y VSX en los observatorios del delito y Comités de Vigilancia Epidemiológica que operen en las diferentes entidades territoriales, donde se pueden desarrollar las siguientes funciones:

- Investigación epidemiológica de la ocurrencia, caracterización y tendencia, de la VCM, VIF Y VSX en cada entidad territorial.
- Georreferenciación de los casos para identificación de las áreas o puntos críticos, así como las acciones a desarrollar con la comunidad.
- Análisis de los datos por grupos específicos para identificar poblaciones de riesgo y orientar acciones de prevención.
- Cálculo de indicadores para monitorear las tendencias y emitir alertas epidemiológicas.
- Monitoreo a la atención recibida por los lesionados o sus familiares, en cualquiera de los puntos de la ruta de atención con el fin de realizar los ajustes necesarios para garantizar el ejercicio de sus Derechos.
- Desarrollo de líneas de investigación sobre la VCM, VIF Y VSX.

En la dimensión individual se propone establecer unidades de análisis de caso, donde se abordarán de manera prioritaria los eventos calificados como de alto riesgo o mal pronóstico, o aquellos cuyo desenlace sea la muerte de la víctima. Este escenario debe ser concebido de toma de decisiones intersectoriales con el fin de que el caso puntual no aumente su nivel de vulnerabilidad, se adopten medidas de protección o se evalúe la ruta de atención o impacto de la intervención en crisis. Insumo indispensable de esta unidad de análisis es la investigación o trabajo de campo para evaluación de riesgo.

## INDICADORES

Nombre del indicador	<b>Cobertura de unidades primarias de generación de datos</b>
Definición operacional	Números de unidades primarias de generación de datos que reportaron en la semana/número de unidades primarias de generación de datos existentes en la red *100
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia - Ficha única notificación SIVIGILA
Utilidad	Control del nivel de cobertura y detección de las unidades que no participan activamente en la vigilancia, para implementar acciones de mejoramiento.
Nivel	Municipal y Departamental
Meta	Lograr una cobertura superior al 80% de UPGD que notifican de manera oportuna y que participan en otras fases del proceso.


### Indicador de Calidad Aparente

Nombre del indicador	<b>Porcentaje de registros con información completa</b>
Definición operacional	Número de registros correspondientes a casos confirmados en el mes con información completa/total de registros correspondientes a casos en el mes *100. Se entiende un registro como completo cuando todas las variables necesarias para la vigilancia contienen los datos necesarios.
Fuente de información	Sistema Nacional de Vigilancia - Ficha única notificación SIVIGILA
Utilidad	Control del nivel de calidad aparente del proceso de notificación, para implementar acciones de mejoramiento.
Nivel	Municipal y Departamental
Meta	Lograr una calidad aparente en el diligenciamiento superior al 90%, para que la información construida sea confiable.

## 5.6 ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN

### 5.6.1 ACCIÓN INDIVIDUAL

- Manejo inicial y avanzado del paciente de acuerdo a las guías y protocolos de atención y las políticas del Ministerio de Salud.
- Manejo de evidencia y cadena de custodia de los elementos materia de prueba recolectados durante el proceso de atención.
- Orientación sobre medidas de prevención de VCM, VIF Y VSX.
- Diligenciamiento de la ficha de notificación de la VCM, VIF Y VSX ocurrida en ámbito no familiar.
- Activar la ruta de atención de la VCM, VIF Y VSX en ámbito no familiar definida en el municipio. Los entes locales que no cuenten con este mecanismo de articulación intersectorial pueden iniciar su organización, siguiendo las orientaciones que para el efecto se encuentran definidas en el protocolo para la atención integral de la violencia sexual adoptado para el sector por el MPS.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 26 de 37

## 5.6.2 ACCIÓN COLECTIVA

Fortalecer la coordinación intersectorial compuesta por la Alcaldía y su Dirección o Secretaría Local de Salud, Autoridad Policial, Entidades del Sector Justicia, Sector Educativo, ICBF y ONG's que operen en la región, entre otras, para la planeación de las acciones y toma de decisiones oportunas.

Educación para la minimización del riesgo de sufrir un hecho violento, mediante la sensibilización y construcción de una cultura de comportamientos seguros y autocuidado, a partir de la divulgación de información relevante y básica de protección con estrategias mediáticas de radio, televisión, afiches, plegables, cartillas, Internet entre otros.


Las anteriores actividades deben ser superadas con procesos pedagógicos de mayor alcance donde se de transferencia de saberes que busquen cambiar los conocimientos, actitudes y prácticas frente a conductas de riesgo y promover la adopción de comportamientos seguros.

Finalmente, la generación de redes sociales, de utilidad demostrada en la prevención de la VCM, VIF Y VSX, lo cual parte del reconocimiento de las capacidades de la comunidad para el fomento del auto cuidado y el desarrollo de estrategias locales de reducción del riesgo. Ello puede lograrse si se incentiva la participación comunitaria en la detección de casos, la denuncia y en los programas de prevención e intervención. Acompañado de la difusión masiva de la normatividad vigente.


## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Álvarez, LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 8 (17): 69-79, junio-diciembre de 2009
- Cendex – Universidad Javeriana. Carga de la Enfermedad Colombia 2005. Documento Técnico ASS/1502-08. Bogotá, octubre de 2008
- Concha-Eastman, A y Guerrero, R. Vigilancia epidemiológica para la prevención y el control de la violencia en las ciudades. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 5(4/5), 1999.
- Cuartas MC, Valencia M, Oliveros A. Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar. Consejería Presidencial para la Política Social. Bogotá, Diciembre de 2001.
- DANE. Caracterización de la Información sobre Derechos Humanos. Bogotá, 2005
- Forensis (2009). Forensis Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención del hecho violento en Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. División de Referencia de la Información Pericial. Volúmen 11 – Número 1 – Mayo 2010.
- Frenk J. La Salud de la Población, Hacia una nueva Salud Publica. Segunda Edición. México: Ed. La Ciencia Para Todos. México; 2000.



 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 27 de 37

- Frenk, J. Bobadilla, JL. Stern C. Lozano, R. Elements for a Theory of the Health Transition. Health Transition Review. 1991; 1:21-38.
- Haz Paz, Política Nacional de Construcción de Paz y Convivencia Familiar. Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar. Colombia, 2001.
- Klaus Thielmann, Determinantes de salud. Potencial investigativo y estratégico de la Medicina General Integral. Proyectos Internacionales de la Unión Europea.
- Henao, J. La prevención temprana de la violencia: una revisión de programas y modalidades de intervención. Pontificia Universidad Javeriana – Universidad de los Andes. Bogotá, Abril de 2005.
- Ministerio de la Protección Social, documentos técnicos del SIVIGILA
- Ministerio de la Protección Social, Decreto 3518 de 2006 por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Ministerio de la Protección Social - Organización Panamericana de la Salud. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública. Aspectos Generales. Documento Técnico. Bogotá – Diciembre de 2005.
- Ministerio de la Protección Social - Organización Panamericana de la Salud. Modelo de vigilancia de las lesiones de causa externa y la violencia en Colombia. Documento Técnico. Bogotá 2007.
- Ministerio de la Protección Social y Fundación FES-Social. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003.
- Murray CJL. Cuantificación de la carga de enfermedad: la base técnica del cálculo de los años de vida ajustados en función de la discapacidad. Bol. Oficina Sanit Panam 118 (3), 1995.
- Organización Panamericana de la Salud. Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de lesiones. <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/guidelines-5-sp.PDF>
- Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos. Salud ambiental en el desarrollo urbano. Organización Mundial de la Salud. 1991. Madrid. ES.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: OPS, 2002
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: OPS, 2003.
- Organización Mundial de la Salud – OMS/WHO. Reseña del año 2005. www.who.int
- Revisión del observatorio de Observatorio Nacional de Seguridad Vial – Colombia <http://www.osvcolombia.org/index.html> Documento Estructuración del observatorio nacional de seguridad vial primera fase del proyecto Resumen ejecutivo de revisión de referencias

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 28 de 37

- Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución Número 000459 de 2012, Diario Oficial
- Rodríguez, H y Rueda, C. Sistema de Información para la Vigilancia en Salud Pública: propuesta conceptual y tecnológica. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Documento sin publicar. Julio 2005.
- Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems. Recommendations from the Guidelines Working Group. CDC. 1998

## 7. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN
	AA	MM	DD	
00	2012	06	22	Elaboración del documento

## 8. ANEXOS

### Anexo 1. Ficha De Notificación De Caso

(Remítase a la ficha de notificación 875 Violencia Contra La Mujer, Violencia Intrafamiliar y Violencia Sexual, datos básicos y complementarios)

### Anexo 2 – Guía de Investigación de Campo

La investigación de campo tiene como objetivo profundizar en las circunstancias en que se producen la violencia, pero sobre todo valorar el nivel de riesgo y grado de amenaza de las víctimas que requeriría intervenciones urgentes como el establecimiento de medidas de protección.

Esta debe ser realizada por personal o equipo entrenado en técnicas de observación cualitativa y de entrevista, que además deben precaver las condiciones de seguridad que posibiliten la práctica de la investigación, con el mínimo nivel de riesgo para su vida o integridad personal. Se recomienda que la investigación de campo sea practicada por un equipo intersectorial liderado y articulado desde la secretaría municipal de salud con la participación de profesionales de la UPGD que notifica el caso.

Dada la alta frecuencia de presentación de estas formas de violencia, se reconoce la falta de capacidad para practicar investigación de campo a todos los casos detectados, no obstante se recomienda que como mínimo se aplique a aquellos catalogados de alto riesgo o mal pronóstico y a los que el criterio médico o del profesional de la salud que detecta el caso lo estime conveniente.

Puede decirse que se trata a su vez de un proceso de Prevención terciaria, orientado a evitar la repetición de formas de violencia física, psicológica y sexual o de privación y negligencia, sobre todo en la familia o en escenarios como el escolar y laboral entre otros, al igual que la violencia autoinfligida y la revictimización, ofreciendo a las víctimas la posibilidad de disminuir las secuelas físicas o psicológicas derivadas de la lesión y el restablecimiento de sus derechos vulnerados.

Dimensiones de observación		Observaciones del investigador
<b>Caracterización de la víctima</b>		
Nombre del Lesionado (a)		
Dirección de residencia		
Estrato		
Nivel educativo		
Ocupación u oficio		
Esta es una zona de conflicto armado		
El hecho se relaciona con las lógicas de control propias del conflicto armado?		
En este vecindario hay violencia y criminalidad		
Antecedentes de violencia	Física	
	Sexual	
	Psicológica	
	Privación	
Factores de vulnerabilidad	Tiene conocimiento de sus Derechos como persona	
	Consume de alcohol	
	Consume de otras SPA	
	Es discapacitado físico	
	Es discapacitado mental	
	Es desplazado	
	Sufre problemas emocionales o de expresión de sus sentimientos	
	Se encontraba en Gestación?	



	Hay Presencia de armas de fuego en casa		
	Muestra poca confianza en lo que es y baja autoestima		
	Tiene pocos amigos, parientes o vecinos de confianza o redes sociales		
<b>Caracterización del hecho de violencia</b>			
Número de agresores			
Severidad de la lesión	Tratamiento médico		
	Intervención quirúrgica		
	Días de incapacidad médica		
	Secuelas		
	Gestación		
	Enfermedad transmisible		
Concurrencia de varias formas de violencia	Si		
	No		
Número de víctimas relacionadas	Niños		
	Adultos		
Frecuencia de hechos similares en el último mes			
El último episodio de violencia comparado con otros fue?	Más serio y grave		
	Igual de serio y grave		
	Menos serio y grave		
Ha sentido que su vida está en riesgo o peligro a causa de un hecho de violencia	Si		
	No		
Alguna vez ha buscado ayuda	Si		
	No		
A quién?			
<b>AGRESOR</b>			
Edad			




Sexo			
Ocupación u oficio			
Nivel educativo			
Relación o vínculo			
Convivencia y No. de años	Si		
	No		
Dirección de residencia			
Factores de vulnerabilidad	El agresor presenta antecedentes de haber sido víctima de violencia		
	Consume alcohol		
	Consume otras SPA		
	Usa armas de fuego		
	Usa otras armas		
<b>Familia y condiciones de vida</b>			
Tipo de familia y No. de integrantes que viven bajo el mismo techo	Nuclear		
	Extensa		
	Monoparental		
	Compuesta		
Situación económica	Ingresos excedentes		
	Ingresos suficientes para cubrir gasto		
	Ingresos insuficientes para cubrir gasto		
Casa	Propia		
	Arriendo		
	Servicios públicos		
Otros estresores familiares	Enfermedad		
	Problemas judiciales/criminales		
	Dificultades escolares		
	Pérdida económica reciente		
	Pérdida de un familiar		
Se da un alto valor de la figura masculina en la familia			



Existe acuerdo sobre quién manda en casa o ejerce la autoridad			
Se reconocen problemas de comunicación familiar			
Mecanismo de solución de conflictos			
Identificar institucional presencia	Policía		
	Ejercito		
	Organismos de justicia		
	Iglesia		
	Escuelas		
	Otras organizaciones		
Existe aprecio y respeto por las instituciones			
Conclusiones y Recomendaciones:			



 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 33 de 37

## Instrucciones para el desarrollo de la investigación de campo

Dado que uno de los principales objetivos de la investigación de campo es la valoración del riesgo, este trabajo debe centrarse en la víctima y su contexto para describir las circunstancias o factores que la colocan en situación de vulnerabilidad. En este sentido el riesgo depende de las amenazas y de la vulnerabilidad a dichas amenazas<sup>64</sup>:

$$\text{Riesgo} = \text{amenazas} \times \text{vulnerabilidad}$$

Las **amenazas** son la posibilidad de que alguien cause un daño físico o psicológico, mediante una acción deliberada y generalmente violenta<sup>65</sup>. La evaluación de una amenaza es el análisis que se hace para intentar determinar las probabilidades de que se cumpla.

La **vulnerabilidad**: grado en que un (a) persona está expuesto(a) a un ataque o daño de cualquier tipo. Es una dimensión relativa y cambiante en el tiempo y en los escenarios.

Las **capacidades** son las fortalezas y recursos que una persona tiene para conseguir un grado razonable de seguridad o de respeto por sus derechos humanos.

El riesgo producido por las amenazas y por la vulnerabilidad se puede reducir con la adquisición de **capacidades**.

$$\text{Riesgo} = \frac{\text{amenazas} \times \text{vulnerabilidad}}{\text{capacidades}}$$

En conclusión para reducir el riesgo hasta niveles aceptables es necesario:

- Disminuir las amenazas.
- Actuar sobre los factores de vulnerabilidad.
- Aumentar las capacidades


A ello se deben orientar las recomendaciones derivadas de la investigación de campo, toda vez que el riesgo es un concepto dinámico, que cambia a lo largo del tiempo, según se transformen las amenazas, vulnerabilidades y capacidades.

Por ello, la investigación de campo debe concentrarse en:

1. Análisis del escenario y del contexto.
2. Análisis del riesgo a través de la identificación y descripción de :
  - a. Amenazas: probabilidad de repetición de un hecho violento similar al que originó la lesión.
  - b. Vulnerabilidades: de diversos matices para violencia, pero que se pueden resumir en: baja educación y conocimiento en Derechos, poca autoestima, escasas habilidades sociales y posibilidad en la generación de redes,

<sup>64</sup> Ver Koenraad van Brabant y REDR en la bibliografía.

<sup>65</sup> Dworken (1999).

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 34 de 37

inadecuada expresión de las emociones y privación afectiva, problemas de comunicación, desacuerdos en el ejercicio de la autoridad, sobrevaloración de la figura masculina, pobreza y desplazamiento forzado, vivir en zonas de conflicto armado, hacinamiento, vecindarios con altos índices delincuenciales y poco seguros, establecimiento de fácil contacto con extraños, consumo de alcohol y sustancias, discapacidad, historia de violencia, debilidad institucional, entre muchas.


- c. Capacidades: la educación para el ejercicio adecuado de los derechos, formación en seguridad o en defensa legal, la capacidad de tejer lazos sociales o de trabajar como equipo, en otras palabras estimular el empoderamiento y la resiliencia.
3. Análisis de las estrategias de afrontamiento de la víctima.
  4. Análisis de la posibilidad de actuaciones o respuesta de otras instituciones.
  5. Análisis de las actuaciones de otros actores como la comunidad, el vecindario y las organizaciones sociales.
  6. Evaluación del impacto de las actuaciones en protección.

Para concluir, con el anterior referente teórico, la guía para la investigación de campo ofrece una lista de chequeo que orientará la entrevista semiestructurada a aplicar por los investigadores en los casos particulares, pero en ningún momento limitará el estilo individual de preguntar o abordar los interrogantes propio de cada investigador, ni la posibilidad de exploración o profundización en otras esferas, que el profesional de la salud pública consideren pertinente en las situaciones concretas de violencia que les corresponda evaluar.

Una vez recolectada la información y analizada en contexto deberá determinar el riesgo para la víctima y realizar las recomendaciones con destino a la autoridad o sector competente. Si se detecta una amenaza concreta contra la vida del lesionado, la recomendación de medidas de protección debe remitirse de manera inmediata, documentada y entregada de manera personal a la autoridad.

### Anexo 3 – Ficha de Búsqueda activa comunitaria de casos

Instituto Nacional de Salud Ficha para la búsqueda activa de casos de Violencia Contra la Mujer, intrafamiliar y violencia sexual			
Ciudad y Fecha			
Institución que notifica			
Persona que reporta el caso			
Teléfono de contacto			
Nombres y Apellidos de la víctima			
Edad y sexo	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input checked="" type="radio"/>	
Identificación tipo y No.			
Evento Reportado	Violencia Contra la Mujer	Violencia Intrafamiliar	Se trata de violencia sexual no clasificable en las anteriores?  Si <input checked="" type="radio"/>
	Física <input checked="" type="radio"/>	Física <input checked="" type="radio"/>	
	Sexual <input checked="" type="radio"/>	Sexual <input checked="" type="radio"/>	
	Psicológica <input checked="" type="radio"/>	Psicológica <input checked="" type="radio"/>	
	Privación/Negligencia <input checked="" type="radio"/>	Privación/Negligencia <input checked="" type="radio"/>	
Posible agresor (parentesco si lo hay y nombre)			
Dirección de ubicación de la víctima			
Teléfono de contacto de la víctima			
Fecha de ocurrencia del evento reportado			

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 36 de 37

## Anexo 4 – Indicadores

### Caracterizar:


- (Número de personas atendidas por el evento/Total población para el período) \*100.000
- Número de personas atendidas por VCM, VIF Y VSX en el sector salud / Total de personas atendidas durante el período.
- Número de personas atendidas por VCM, VIF Y VSX desagregadas por las diferentes variables de caracterización / Total de personas atendidas por VCM, VIF Y VSX durante el período
- Número de personas atendidas por VCM, VIF Y VSX con identificación de los principales factores de riesgo como reincidencia en la agresión / Total de personas atendidas por VCM, VIF Y VSX durante el período
- Número de personas atendidas por VCM, VIF Y VSX con sospecha de alto riesgo / Total de personas atendidas por VCM, VIF Y VSX

### Complementar:

- (Número de personas atendidas por VCM, VIF Y VSX en el sector salud + Número de personas atendidas por VCM, VIF Y VSX en el sector justicia) – (Número de personas atendidas por VCM, VIF Y VSX en el ambos sectores/2) / Población para el período.

### Detectar Complicación

- Número de personas con antecedentes de atención por VCM, VIF Y VSX en el último año que fallecen de manera homicida como consecuencia de este tipo de violencia / Total de personas atendidas por VCM, VIF Y VSX
- Número de personas con antecedentes de atención por VCM, VIF Y VSX en el último año que fallecen de manera homicida como consecuencia de este tipo de violencia / Total de personas atendidas por VCM, VIF Y VSX de pareja con sospecha de alto riesgo
- Número de personas con antecedentes de atención por VCM, VIF Y VSX con conductas suicidas durante el primer año posterior al hecho / Total de personas atendidas por VCM, VIF Y VSX
- Número de mujeres atendidas por violencia sexual a quien se le aplica anticoncepción de emergencia / Total de mujeres atendidas por violencia sexual
- Número de personas atendidas por violencia sexual a quien se le aplica profilaxis / Total de personas atendidas por violencia sexual
- Número de mujeres atendidas por violencia sexual embarazadas como consecuencia del hecho / Total de mujeres atendidas por violencia sexual
- Número de personas atendidas por violencia sexual a quien se les detecta ITS en los \_\_ meses posterior al hecho / Total de personas atendidas por violencia sexual

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL.</b>	<b>Versión 00</b>
			2012 – 06 – 22
		<b>PRO-R02.0000-042</b>	Página 37 de 37

- Número de mujeres atendidas por violencia sexual a quien se les practica IVE / Total de mujeres atendidas por violencia sexual

#### Calcular carga de enfermedad


- AVISAS
- AVPP

#### Identificar Morbilidad asociada

- Número de personas atendidas por VIF de pareja quienes consultan por otras patología catalogadas como inespecíficas, durante los tres meses anteriores al evento, detectadas a través del seguimiento en los RIPS<sup>66</sup> / Total de personas atendidas por VIF de pareja.

#### Acceso al manejo intersectorial y/o especializado

- Número de personas atendidas por VCM, VIF Y VSX en el sector salud que recibieron algún tipo de intervención en salud / Total de personas atendidas por VCM, VIF Y VSX
- Número de personas atendidas por VCM, VIF Y VSX en el sector salud que fueron también atendidas por el sector justicia / Total de personas atendidas por VCM, VIF Y VSX.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	ELABORO	REVISO	APROBO
	Luz Janeth Forero M	Maritza González	Danik Valera Antequera
	Contratista Médica Forense Epidemióloga	Coordinadora Grupo de Enfermedades No Transmisibles	Subdirectora de Vigilancia y Control en Salud Pública

<sup>66</sup> Es posible mediante la integración de bases de datos derivadas del SIVIGILA y RIPS, donde se buscará la coincidencia de consultas por patologías inespecíficas, en personas notificadas por VIF.