

**Intervención integral frente a la violencia intrafamiliar y de género en Villa de Leyva  
Boyacá 2024**

Julieth Alexandra Montenegro Avendaño

Asesor

Clara María Garzón Rodríguez

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias de la Salud ECISA

Administración en Salud

2026

## Resumen

La propuesta constituye una intervención integral en salud pública para reducir la violencia intrafamiliar y la violencia contra la mujer en Villa de Leyva, Boyacá, problemática priorizada con puntaje máximo (17/17) en el ASIS 2024, organizada en diez componentes que incluyen diagnóstico situacional con análisis crítico de determinantes sociales, justificación epidemiológica, objetivos orientados a resultados, marco teórico-normativo ampliado, actores intersectoriales, árboles de problemas y objetivos, estrategias, metodología por fases, fichas técnicas de indicadores y sistema de evaluación de impacto, todo ello inscrito en el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, los ODS 3, 5 y 16, y el modelo de Atención Primaria en Salud, con un presupuesto estimado de \$297 millones de pesos colombianos a 24 meses.

**Palabras clave:** Violencia intrafamiliar, salud pública, atención primaria en salud, violencia de género.

### **Abstract**

The proposal constitutes a comprehensive public health intervention aimed at reducing domestic violence and violence against women in Villa de Leyva, Boyacá—an issue that received the highest score (17/17) in ASIS 2024, organized into ten components that include a situational assessment with a critical analysis of social determinants, epidemiological rationale, results-oriented objectives, an expanded theoretical and regulatory framework, intersectoral stakeholders, problem and objective trees, strategies, a phased methodology, technical indicator sheets, and an impact assessment system, all of which are aligned with the 2022–2031 Ten-year Public Health Plan, ODS 3, 5, and 16, and the Primary Health Care model, with an estimated budget of 297 million Colombian pesos over 24 months.

***Keywords:*** Domestic violence, public health, primary health care, gender violence.

## Tabla de Contenido

Introducción .....	7
Justificación.....	8
Objetivos .....	10
Objetivo General .....	10
Objetivos Específicos.....	10
Diagnóstico Situacional del Territorio .....	12
Condiciones Demográficas .....	12
Condiciones Sociales y Ambientales .....	13
Determinantes Sociales de la Salud: Análisis Crítico.....	14
Determinantes Estructurales.....	14
Determinantes Intermedios .....	15
Problemática Priorizada .....	16
Árbol de Problemas y Árbol de Objetivos .....	17
Árbol de Problemas.....	17
Árbol de Objetivos.....	18
Marco Teórico y Normativo.....	20
Fundamentos Conceptuales.....	20
Marco Normativo.....	21
Actores Sectoriales y Transectoriales.....	23
Análisis Epidemiológico .....	25
Tasas de VIF y VCM: Contexto y Tendencia.....	25
Componentes Estratégicos .....	27

Acceso y Equidad .....	27
Coordinación Intersectorial.....	27
Participación Comunitaria y Empoderamiento .....	28
Promoción de Capacidades Locales.....	29
Metodología .....	30
Fase 1: Formulación y Preparación (Meses 1–3).....	30
Fase 2: Implementación (Meses 4–18) .....	30
Fase 3: Monitoreo y Ajuste (Meses 7–18, permanente) .....	31
Fase 4: Evaluación de Impacto y Sostenibilidad (Meses 19–24).....	31
Resultados Esperados e Indicadores .....	32
Tabla de Indicadores .....	32
Fichas Técnicas de Indicadores Prioritarios.....	33
Cronograma y Recursos .....	36
Análisis de Impacto y Sostenibilidad .....	38
Sistema de Evaluación de Impacto .....	38
Sostenibilidad a Largo Plazo .....	40
Conclusiones .....	41
Recomendaciones.....	43
Referencias Bibliográficas.....	44

**Lista de Tablas**

<b>Tabla 1</b> <i>Indicadores Demográficos 2024</i> .....	12
<b>Tabla 2</b> <i>Árbol de Problemas</i> .....	17
<b>Tabla 3</b> <i>Árbol de Objetivos</i> .....	18
<b>Tabla 4</b> <i>Actores</i> .....	23
<b>Tabla 5</b> <i>Indicadores Epidemiológicos</i> .....	25
<b>Tabla 6</b> <i>Resultados</i> .....	32
<b>Tabla 7</b> <i>Tasa de VIF</i> .....	33
<b>Tabla 8</b> <i>Porcentaje de Víctimas</i> .....	34
<b>Tabla 9</b> <i>Personal Capacitado</i> .....	34
<b>Tabla 10</b> <i>Cronograma de Actividades</i> .....	36
<b>Tabla 11</b> <i>Recursos Financieros</i> .....	36

## Introducción

La violencia intrafamiliar (VIF) y la violencia contra las mujeres (VCM) se consideran un grave problema de salud pública, que conlleva consecuencias físicas, psicológicas y sociales severas para las víctimas, sus familias y las comunidades (OMS, 2021) Aproximadamente 1 de cada 3 mujeres en todo el mundo (OMS, 2021; García-Moreno et al., 2015)—una cifra impactante—ha experimentado violencia física o sexual por parte de una pareja íntima durante su vida, lo que convierte esto en uno de los determinantes sociales de la salud más prevalentes (y poco reconocidos) para las mujeres a nivel mundial.

En Colombia, los reportes de violencia intrafamiliar superan las 60.000 denuncias anuales Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF, 2023), siendo las mujeres las víctimas en el 78% de los casos. A nivel municipal, el ASIS 2024 de Villa de Leyva identificó una tasa de VIF de 286,30 por cada 100.000 habitantes y la VCM como el problema de salud más importante (Aguar Rodríguez y Gómez Díaz, 2024), con una tendencia creciente entre los años 2020 y 2023.

Esta propuesta de intervención surge como respuesta al diagnóstico identificado y se plantea desde una mirada integral, articulando distintos sectores y basada en evidencia sólida. Se apoya en referentes conceptuales clave como el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), los determinantes sociales de la salud de Marmot et al. (2008) y los lineamientos nacionales como la Política de Atención Integral en Salud (PAIS, 2016), el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE, 2018) y el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031. Su estructura se organiza en diez secciones que desarrollan de manera ordenada todo el proceso, desde el diagnóstico de la situación hasta los mecanismos para evaluar su impacto y garantizar su sostenibilidad.

## Justificación

La violencia intrafamiliar y la violencia contra la mujer constituyen emergencias de salud pública en Villa de Leyva. Según datos de Terridata 2023 y Forensis 2023, la tasa de VIF alcanza 286,30 por 100.000 habitantes y la de VCM 134,45 por 100.000 mujeres. Aunque ambas cifras son inferiores a las medias departamentales (Boyacá: 305,97 y 165,19 respectivamente), el análisis de tendencias del período 2020–2023 muestra un incremento sostenido que configura una señal de alerta epidemiológica (Aguiar Rodríguez y Gómez Díaz, 2024; INMLCF, 2023).

Entre 2019 y 2023, el sistema SIVIGILA registró 102 eventos de vigilancia en salud pública asociados a violencia de género e intrafamiliar, incluyendo 37 intentos de suicidio en el mismo período, lo que evidencia la estrecha relación entre la VIF y el deterioro de la salud mental (OMS, 2021; Devries et al., 2013). Para 2023, el núcleo de salud mental reportó 18.367 atenciones, de las cuales el 58,35% correspondió a trastornos mentales y del comportamiento, con predominio en el sexo femenino (61,26%), dato consistente con la literatura que establece la VIF como predictor de trastornos mentales en mujeres (Campbell, 2002; García-Moreno et al., 2015).

La VIF y la VCM trascienden el ámbito doméstico para constituirse en determinantes de salud con efecto multigeneracional. La evidencia científica disponible documenta consecuencias en salud mental (depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático), deserción escolar en menores expuestos a violencia doméstica, ciclos intergeneracionales de violencia, mayor vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual, y costos económicos directos e indirectos en los sistemas de salud y protección social (Campbell, 2002; ONU Mujeres, 2025; Devries et al., 2013).

ONU Mujeres (2025) estimó que el costo de la violencia de género para Colombia equivale al 3,7% del PIB anual, lo que subraya la necesidad de inversión preventiva frente al gasto reactivo en atención de consecuencias. La economía local de Villa de Leyva, centrada en el turismo, genera factores de riesgo específicos: el consumo nocivo de alcohol documentado en fines de semana y festivos es un precipitante reconocido de episodios agudos de VIF (Jewkes, 2002; Abramsky et al., 2011).

## Objetivos

### Objetivo General

Reducir en al menos un 20% la tasa de violencia intrafamiliar y en un 15% la tasa de violencia contra la mujer en el municipio de Villa de Leyva, Boyacá, al cabo de 24 meses, mediante una intervención integral, intersectorial y participativa fundamentada en el modelo de Atención Primaria en Salud, que incida sobre los determinantes sociales estructurales e intermedios de la violencia.

### Objetivos Específicos

Los siguientes objetivos están formulados como resultados medibles y verificables, con horizonte temporal definido:

Al término del mes 6, el 100% del talento humano en salud de la E.S.E. Hospital San Francisco habrá completado la formación en abordaje integral de VIF con enfoque de género y derechos, con evidencia de mejora en indicadores de detección temprana.

Al finalizar el mes 12, el 80% de los casos de VIF y VCM identificados en el municipio recibirán atención integral con ruta completa activada (salud física, salud mental, trabajo social, protección y justicia), medida a través de auditoría de historias clínicas.

Al finalizar el mes 18, al menos dos redes comunitarias de mujeres (una urbana y una rural) estarán conformadas, activas y con capacidad de detección y referenciación de casos de VIF, verificadas mediante actas y registros de actividad.

Al cabo de 24 meses, la completitud de la notificación de VIF en el sistema SIVIGILA habrá mejorado del nivel parcial a un mínimo del 95%, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica municipal.

Al término de la intervención (mes 24), se documentará una reducción mínima del 20% en la tasa de VIF y del 15% en la tasa de VCM con respecto a la línea base 2023, evaluada mediante comparación de tasas del SIVIGILA y Forensis.

## Diagnóstico Situacional del Territorio

### Condiciones Demográficas

El municipio de Villa de Leyva, ubicado en el departamento de Boyacá, en la Cordillera Oriental de los Andes, tiene una extensión de 122,23 km<sup>2</sup>, de los cuales la gran mayoría corresponde a zona rural (98,34%), mientras que solo el 1,66% pertenece al área urbana. Se encuentra a 177 km al norte de Bogotá y es reconocido como Bien de Interés Cultural de la Nación debido a su valioso patrimonio histórico. (Aguiar Rodríguez y Gómez Díaz, 2024).

Según el Censo del DANE de 2018 y las proyecciones actualizadas pos-covid para 2024, el municipio cuenta con una población de 17.627 habitantes, con una densidad de 145,68 habitantes por km<sup>2</sup>, siendo la más alta de la provincia de Ricaurte. De este total, el 51,5% vive en la cabecera municipal (9.084 personas), mientras que el 48,5% reside en zonas rurales dispersas (8.543 personas). En cuanto a su composición poblacional, predomina una estructura demográfica de tipo estacionario moderno, caracterizada principalmente por población adulta (40,6%) y joven (17,6%) (Aguiar Rodríguez y Gómez Díaz, 2024).

**Tabla 1**  
*Indicadores Demográficos 2024*

Variable	Total	Urbano	Rural
Población total 2024	17.627 hab.	9.084 (51,5%)	8.543 (48,5%)
Extensión territorial	122,23 km <sup>2</sup>	20,3 ha (1,66%)	120,2 ha (98,34%)
Densidad poblacional	145,68 hab/km <sup>2</sup>	—	—
Número de hogares	6.140	3.243 (53%)	2.897 (47%)
Personas por hogar	2,87	2,80	2,95
Población migrante (2023)	216 personas	153 mujeres	63 hombres

*Nota.* Presenta los indicadores demográficos de la población. *Fuente.* Censo DANE 2018, actualización post-COVID y proyecciones poblacionales 2024 (Aguiar Rodríguez y Gómez Díaz, 2024).

## Condiciones Sociales y Ambientales

Los indicadores socioeconómicos del municipio reflejan, en general, una situación más favorable en comparación con el promedio departamental. La proporción de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) se sitúa en 8,13%, por debajo del 10,04% registrado en Boyacá, mientras que la pobreza extrema alcanza el 0,76%, también inferior al 1,89% departamental. Sin embargo, el hacinamiento presenta un comportamiento distinto, con un 4,70%, superior al promedio del departamento (3,13%) y más marcado en el área urbana, donde alcanza el 4,77%. Este aspecto resulta especialmente relevante desde el punto de vista epidemiológico, ya que el hacinamiento es un factor de riesgo reconocido para la violencia intrafamiliar (Ellsberg et al., 2015).

En cuanto a las condiciones de servicios básicos, la cobertura de acueducto llega al 91,16%, mientras que la de alcantarillado se sitúa en 56,04%, evidenciando brechas importantes, especialmente en las zonas rurales. A esto se suma que el Índice de Riesgo de Calidad del Agua (IRCA) en el área rural presenta un valor de 14,55, clasificado como riesgo medio, lo que incrementa la vulnerabilidad de estas comunidades que ya enfrentan dificultades en el acceso a servicios de salud (Aguar Rodríguez y Gómez Díaz, 2024).

Por otro lado, la actividad turística, que constituye uno de los principales motores de la economía local, también genera dinámicas que pueden influir en la salud y el bienestar de la población. En particular, se ha identificado un aumento en el consumo nocivo de alcohol durante los fines de semana y en temporadas festivas, fenómeno que el ASIS 2024 describe como un factor que puede desencadenar episodios de violencia intrafamiliar. Este hallazgo coincide con la evidencia internacional, que señala una relación directa entre el consumo problemático de alcohol y la violencia de pareja (Jewkes, 2002; Abramsky et al., 2011; OPS, 2013).

## **Determinantes Sociales de la Salud: Análisis Crítico**

Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud planteada por Marmot et al. (2008) y la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (2008), la violencia intrafamiliar en Villa de Leyva no puede entenderse como un hecho aislado ni atribuirse únicamente a decisiones individuales. Por el contrario, es el resultado de una interacción compleja entre condiciones sociales, económicas y culturales que se configuran en el contexto particular del municipio.

## **Determinantes Estructurales**

Los determinantes estructurales configuran las condiciones de base que generan inequidades en salud. En Villa de Leyva, se identifican los siguientes:

**Desigualdad de género y normas culturales patriarcales:** La normalización de la violencia como mecanismo de control en las relaciones de pareja e intrafamiliares refleja estructuras patriarcales profundamente arraigadas. Investigaciones en contextos rurales colombianos señalan que la percepción de la violencia como "asunto privado" y la dependencia económica de la mujer son factores estructurales que inhiben la denuncia y perpetúan los ciclos de violencia (Profamilia, 2015).

**Inequidad socioeconómica y desempleo:** La dependencia económica de la mujer respecto a su pareja reduce su capacidad de agencia y aumenta su vulnerabilidad a la VIF. Según Heise (2011), la inequidad económica de género es uno de los predictores más robustos de la violencia de pareja íntima a nivel global.

**Débil gobernanza y articulación institucional:** La fragmentación entre los sectores salud, justicia, educación y protección social limita la respuesta integral a las víctimas y genera impunidad, lo que a su vez perpetúa la violencia (OPS, 2013).

## **Determinantes Intermedios**

Los determinantes intermedios median entre las condiciones estructurales y los resultados de salud:

**Consumo de sustancias psicoactivas:** El consumo problemático de alcohol — documentado en el ASIS 2024 como superior a la media nacional durante fines de semana y festividades— actúa como factor precipitante de episodios de violencia, aunque no como causa suficiente (Abramsky et al., 2011; Jewkes, 2002).

**Acceso limitado a servicios de salud mental:** El 4,00% de los hogares reporta barreras de acceso a servicios de salud. La ausencia de psicólogos/as de planta en el Hospital San Francisco con enfoque en VIF implica que las víctimas no reciben atención oportuna en salud mental, lo que agrava las secuelas psicológicas de la violencia (depresión, ansiedad, TEPT).

**Ruralidad y dispersión geográfica:** El 98,34% del territorio es rural y la conectividad vial es deficiente en varias veredas, lo que dificulta el acceso a servicios de protección, denuncia y atención en salud para las víctimas rurales.

**Población migrante:** Las 216 personas migrantes registradas en 2023 enfrentan barreras idiomáticas, documentales y económicas que las hacen especialmente vulnerables a la VIF y con menores posibilidades de acceder a rutas de atención y protección.

**Subregistro y barreras para la denuncia:** La normalización cultural de la violencia y el temor a represalias generan un importante subregistro de casos. La evidencia indica que solo entre el 20% y el 40% de las mujeres víctimas de VIF denuncian formalmente (OMS, 2021; INMLCF, 2023).

La articulación entre estos determinantes configura un escenario de inequidad estructural que demanda respuestas más allá de la atención clínica individual, orientadas hacia la

transformación de las condiciones sociales, económicas y culturales que sostienen la violencia (Marmot et al., 2008).

### **Problemática Priorizada**

Como resultado del proceso de priorización participativa del ASIS 2024, que obtuvo la máxima puntuación (17/17), se definió como principal problema el aumento de los casos de violencia contra la mujer y violencia intrafamiliar. Esta priorización fue validada tanto por el equipo técnico de salud como por la comunidad organizada del municipio, lo que le otorga respaldo y legitimidad al proceso de intervención propuesto (Aguiar Rodríguez y Gómez Díaz, 2024).

## Árbol de Problemas y Árbol de Objetivos

### Árbol de Problemas

El árbol de problemas es una herramienta metodológica que permite visualizar las relaciones causales entre el problema central, sus causas (raíces) y sus efectos (copa). Se construye a partir del diagnóstico situacional y el análisis participativo (Aldunate y Córdoba, 2011; CEPAL, 2015).

### Tabla 2

#### *Árbol de Problemas*

Efectos / Consecuencias (Copa del árbol)
Deterioro de la salud física y mental de las víctimas (depresión, TEPT, lesiones)
Deserción escolar y bajo rendimiento académico en niños, niñas y adolescentes expuestos a VIF
Ciclos intergeneracionales de violencia: hijos de hogares violentos tienen mayor probabilidad de replicar patrones
Mayor demanda de servicios de salud, justicia y protección social (incremento del gasto público)
Disminución de la calidad de vida y la productividad de las víctimas y sus familias
Vulnerabilidad aumentada a ITS/VIH en mujeres víctimas de violencia sexual intrafamiliar
<b>Problema central</b>
Alta incidencia y tendencia creciente de la violencia intrafamiliar (286,30/100.000 hab.) y la violencia contra la mujer (134,45/100.000 mujeres) en Villa de Leyva, Boyacá, 2023
<b>Causas directas (Tronco)</b>
Normalización cultural de la violencia y débil empoderamiento de la mujer
Consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas como factor precipitante
Dependencia económica de la mujer y condiciones de pobreza relativa
Déficit en rutas de atención y detección temprana de VIF en el sistema de salud local
Escasa articulación intersectorial entre salud, justicia, protección y educación

---

Causas raíces (Raíces del árbol — determinantes estructurales)

Inequidad de género estructural y patrones culturales patriarcales arraigados  
 Desigualdad socioeconómica: desempleo, trabajo informal y brecha de ingresos por género  
 Débil gobernanza territorial en salud pública y protección social  
 Subregistro de casos por barreras culturales (miedo, vergüenza, normalización) y administrativas  
 Limitado acceso a servicios de salud mental especializados en el municipio  
 Ruralidad y dispersión geográfica que dificulta el acceso a servicios de protección

---

*Nota.* Problemática Violencia Intrafamiliar y de Género. Elaboración propia con base en ASIS Villa de Leyva 2024 (Aguar Rodríguez y Gómez Díaz, 2024), Aldunate y Córdoba (2011), y Heise (2011).

### Árbol de Objetivos

El árbol de objetivos se construye transformando cada elemento negativo del árbol de problemas en su correspondiente situación positiva deseada (Aldunate y Córdoba, 2011; CEPAL, 2015).

### Tabla 3

#### *Árbol de Objetivos*

---

Fines / Resultados esperados (Copa)
Mejora de la salud física y mental de las víctimas atendidas con enfoque integral
Reducción de la deserción escolar asociada a exposición de NNA a VIF
Ruptura de ciclos intergeneracionales de violencia mediante educación y empoderamiento
Uso eficiente de los recursos del sistema de salud y protección social
Mejora en la calidad de vida y productividad de mujeres y familias
Objetivo central
Reducción en al menos un 20% de la tasa de VIF y un 15% de la tasa de VCM en Villa de Leyva al cabo de 24 meses de intervención integral, intersectorial y participativa
Objetivos específicos / Medios directos
Al menos el 80% de los casos de VIF identificados reciben atención integral con ruta completa activada

---

---

El 100% del talento humano en salud del Hospital San Francisco está capacitado en abordaje de VIF con enfoque de género

Al menos dos redes comunitarias de mujeres conformadas y activas en zona urbana y rural

Reducción del consumo nocivo de alcohol en población adulta mediante estrategias de prevención comunitaria

Sistema de monitoreo e indicadores VIF activo y articulado al SIVIGILA con 95% de completitud

#### Medios fundamentales (Raíces positivas)

Transformación cultural de normas de género mediante educación comunitaria e intersectorial

Fortalecimiento del empoderamiento económico y social de la mujer

Gobernanza territorial robusta con COMPAVIF activo y participativo

Reducción del subregistro mediante protocolos de detección activa y confianza institucional

Disponibilidad de servicios de salud mental accesibles y especializados en VIF

Extensión de servicios de salud y protección a zonas rurales dispersas mediante brigadas y telemedicina

---

*Nota.* Objetivos de la Intervención Integral Frente a la VIF. Elaboración propia con base en Aldunate y Córdoba (2011), ASIS Villa de Leyva 2024 (Aguiar Rodríguez y Gómez Díaz, 2024).

## **Marco Teórico y Normativo**

### **Fundamentos Conceptuales**

#### ***Definición y Tipología de la Violencia Intrafamiliar y de Género***

La OMS (2002) define la violencia contra la mujer infligida por la pareja como "todo comportamiento en el ámbito de una relación íntima que causa daños físicos, psíquicos o sexuales a quienes son parte de dicha relación" (p. 12). La Convención de Belém do Pará (OEA, 1994) amplía esta definición al reconocer la violencia contra la mujer como una violación de los derechos humanos que incluye violencia física, sexual y psicológica. La VIF, por su parte, engloba todas las formas de maltrato que se producen en el seno de la familia, independientemente del sexo de la víctima, aunque afecta de manera desproporcionada a mujeres y niños (INMLCF, 2023).

#### ***Modelo Ecológico de Bronfenbrenner***

El modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), aplicado por Heise (1998, 2011) para la comprensión de la violencia de género, propone que la VIF emerge de la interacción dinámica entre cuatro niveles: (1) individual (historia personal, factores de personalidad, uso de sustancias), (2) relacional (dinámicas de pareja, familia), (3) comunitario (redes de apoyo, normas vecinales) y (4) social (normas culturales de género, inequidad socioeconómica, políticas públicas). Esta perspectiva justifica una intervención multinivel que aborde simultáneamente los factores de riesgo en cada uno de estos niveles (Heise, 2011).

#### ***Determinantes Sociales de la Salud***

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008), liderada por Marmot, establece que "las injustas e innecesarias diferencias en las condiciones de vida de las

personas constituyen los determinantes sociales de la salud" (p. 1). La VIF es, en este marco, a la vez causa y consecuencia de inequidades sociales: emerge de contextos de pobreza, inequidad de género y debilidad institucional, y a su vez perpetúa dichas inequidades al limitar el desarrollo humano de víctimas y sus hijos (Marmot et al., 2008).

### ***Atención Primaria en Salud Renovada***

La Declaración de Alma-Ata (OMS y UNICEF, 1978) y su renovación en la Declaración de Astrána (OPS/OMS, 2018) establecen la APS como el pilar fundamental de los sistemas de salud equitativos, con énfasis en la prevención, la participación comunitaria y la acción intersectorial. Starfield et al. (2005) demostraron que los sistemas orientados hacia la APS producen mejores resultados de salud y mayor equidad. En el contexto de la VIF, la APS constituye el nivel estratégico de detección precoz, dado su acceso privilegiado a la población en el territorio (OPS/OMS, 2019).

### ***Evidencia Científica Reciente Sobre Intervenciones Efectivas***

Una revisión sistemática de Ellsberg et al. (2015) publicada en The Lancet identificó que las intervenciones más efectivas para reducir la VIF combinan: (1) fortalecimiento económico de la mujer, (2) cambio de normas de género, (3) respuesta del sistema de salud y (4) reformas legales e institucionales. Específicamente, los programas de empoderamiento de la mujer combinados con educación en normas de género mostraron reducciones del 20% al 50% en la prevalencia de violencia de pareja en seguimientos de 12 a 24 meses (Ellsberg et al., 2015; Heise, 2011).

### **Marco Normativo**

El marco jurídico nacional e internacional que sustenta la presente intervención incluye:

- Constitución Política de Colombia (1991): Artículos 43 (protección a la mujer), 44 (derechos del niño) y 49 (derecho a la salud).
- Convención de Belém do Pará – OEA (1994): Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, ratificada por Colombia.
- Ley 1257 de 2008: Normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.
- Ley 1098 de 2006 (Código de la Infancia y la Adolescencia): Protección integral de NNA víctimas de violencia.
- Ley 1616 de 2013 (Ley de Salud Mental): Atención integral en salud mental.
- Decreto 4799 de 2011 y Decreto 2734 de 2012: Medidas de atención a víctimas de violencia sexual.
- Resolución 0459 de 2012 MSPS: Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.
- Resolución 0429 de 2016 – PAIS: Política de Atención Integral en Salud como marco de organización del sistema.
- Circular 011 de 2018 MSPS – MAITE: Modelo de Acción Integral Territorial.
- Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 (PDSP): Lineamientos para la convivencia social, salud mental y eliminación de la violencia de género.

### Actores Sectoriales y Transectoriales

La efectividad de una intervención integral frente a la VIF depende de la articulación activa de múltiples sectores, señalan que la intersectorialidad es un factor crítico de éxito en intervenciones de salud pública frente a la violencia de género en municipios latinoamericanos.

**Tabla 4**  
*Actores*

Sector	Actor	Rol en la Intervención
Salud	E.S.E. Hospital San Francisco de Villa de Leyva	Liderazgo de la intervención; detección, atención y seguimiento de casos; formación del talento humano; notificación SIVIGILA.
Salud	Dirección Local de Salud – Secretaría de Salud Municipal	Coordinación ASIS y PTS; financiación de acciones colectivas; supervisión y monitoreo.
Salud	EPS (Medimás, Coomeva, Asmet Salud)	Aseguramiento; financiación de atención especializada; adherencia a rutas RIAS.
Salud	Secretaría de Salud de Boyacá	Asistencia técnica; gestión de recursos departamentales; articulación con política departamental.
Protección Social	ICBF – Defensoría de Familia	Protección de menores víctimas; medidas de restablecimiento de derechos.
Protección Social	Comisaría de Familia	Medidas de protección; conciliación; seguimiento jurídico a casos de VIF.
Seguridad	Policía Nacional	Recepción de denuncias; implementación de medidas de protección; articulación con sector salud.
Educación	Secretaría de Educación / IEO	Educación en prevención de violencia; detección de casos en NNA; formación de docentes.
Gobierno Local	Alcaldía Municipal	Voluntad política; recursos financieros; articulación intersectorial y liderazgo territorial.
Comunidad	Redes de mujeres / JAC / Organizaciones sociales	Participación activa; detección comunitaria; redes de apoyo; corresponsabilidad social.

---

Academia	UPTC, UNAD	Investigación aplicada; formación de talento humano; evaluación de impacto.
----------	------------	---

---

*Nota.* Actores Sectoriales y Transectoriales de la Intervención. Elaboración propia con base en ASIS

Villa de Leyva 2024 (Aguiar Rodríguez y Gómez Díaz, 2024) y MAITE MSPS (2018).

## Análisis Epidemiológico

### Tasas de VIF y VCM: Contexto y Tendencia

El análisis epidemiológico de la VIF y la VCM en Villa de Leyva revela un panorama de alerta que, aunque con tasas inferiores al promedio departamental, muestra una tendencia sostenidamente ascendente que justifica una respuesta proactiva (Aguiar Rodríguez y Gómez Díaz, 2024; INMLCF, 2023). La comparación con el referente departamental debe interpretarse con cautela: las cifras inferiores al promedio de Boyacá pueden reflejar, al menos en parte, un mayor subregistro municipal antes que una menor prevalencia real (OMS, 2021).

**Tabla 5**

#### *Indicadores Epidemiológicos*

Indicador	Villa de Leyva 2023	Boyacá 2023	Diferencia estadística
Tasa de violencia contra la mujer (por 100.000 mujeres)	134,45	165,19	No significativa
Tasa de violencia intrafamiliar (por 100.000 hab.)	286,30	305,97	No significativa
Eventos SIVIGILA violencia de género (2019-2023)	102 casos	—	Tendencia creciente
Intentos de suicidio vinculados a VIF (2019-2023)	37 casos	—	—
Atenciones salud mental 2023 (predominio femenino)	18.367 (61,26% mujeres)	—	—

*Nota.* Indicadores Epidemiológicos de Violencia intrafamiliar y Violencia contra la mujer.

Fuentes. Aguiar Rodríguez y Gómez Díaz (2024); INMLCF (2023); Terridata (2023). La diferencia estadística se evalúa mediante intervalos de confianza al 95% según metodología *ASIS*.

La relación entre VIF y salud mental documentada en el ASIS 2024 es consistente con la evidencia científica internacional: las mujeres víctimas de violencia de pareja tienen entre 2 y 3 veces más probabilidad de desarrollar depresión, ansiedad o trastorno de estrés postraumático que las mujeres no víctimas (Devries et al., 2013; Campbell, 2002; García-Moreno et al., 2015). Este dato refuerza la necesidad de un enfoque integral que incluya atención en salud mental como componente central de la ruta de atención.

## **Componentes Estratégicos**

### **Acceso y Equidad**

Se implementarán estrategias orientadas a garantizar el acceso equitativo a los servicios de detección y atención a la VIF, con énfasis particular en áreas rurales dispersas y población migrante, reconociendo las barreras geográficas, económicas y culturales existentes:

Brigadas de salud mensuales con enfoque de género en veredas priorizadas: Cardonal, Llano Blanco, Moniquirá, El Roble y Ritoque.

Habilitación de línea telefónica de ayuda y consulta por telemedicina para víctimas rurales de VIF, articulada con el Hospital San Francisco.

Gestión de barreras administrativas para la población migrante: atención humanitaria de urgencias y acceso a rutas de protección.

Jornadas de ampliación de cobertura de afiliación al SGSSS, con meta del 92% al finalizar la intervención.

### **Coordinación Intersectorial**

Se creará el Comité Municipal de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar y de Género (COMPAVIF) como mecanismo formal de articulación. La evidencia señala que los comités intersectoriales con mandato claro, liderazgo técnico y reuniones periódicas son efectivos para mejorar la coordinación de la respuesta a la VIF. Sus funciones incluyen:

Gestión unificada de la ruta de atención a víctimas de VIF con protocolos compartidos entre sectores.

Seguimiento mensual de indicadores de incidencia y cobertura de atención.

Formulación conjunta de campañas de sensibilización y prevención.

Gestión de recursos financieros y técnicos de fuentes intersectoriales.

En la intervención ante la violencia intrafamiliar y de género reconoce que no todas las personas son afectadas igual. Se enfoca en grupos vulnerables como mujeres, población rural dispersa y migrantes. En Villa de Leyva, se identifican factores como la ruralidad, barreras geográficas y socioeconómicas que aumentan el riesgo y complican el acceso a servicios de salud.

Estrategias específicas para la población rural, utilizando brigadas de salud y telemedicina. Atención con enfoque de género para abordar desigualdades. Acciones para migrantes que superan barreras idiomáticas y económicas. Participación comunitaria a través de redes de mujeres.

Este enfoque interseccional mejora el acceso y la efectividad de la intervención, adaptándose a las necesidades de cada grupo.

### **Participación Comunitaria y Empoderamiento**

La participación comunitaria es el eje transversal de la propuesta, en coherencia con el modelo de APS renovada que reconoce a las comunidades como agentes activos de su propia salud (OPS/OMS, 2018):

Conformación de Redes Comunitarias de Mujeres en zona urbana y rural, con funciones de detección, referenciación y apoyo mutuo.

Formación de agentes comunitarios de salud (promotores/as) en detección de VIF y activación de rutas de atención.

Talleres de masculinidades no violentas y diálogo intergeneracional.

Campañas comunitarias de sensibilización mediante radio local, redes sociales y material impreso.

Escuelas de familias con enfoque de derechos y prevención de violencias, dirigidas a padres, madres y cuidadores.

### **Promoción de Capacidades Locales**

Formación continua del equipo de salud (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales) en abordaje de VIF, salud mental y enfoque de género.

Implementación del Protocolo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual (Resolución 0459/2012) y la RIAS de VBG.

Fortalecimiento del sistema SIVIGILA: mejora del registro de VIF y violencia de género para alcanzar 95% de completitud.

Adecuación de sala de atención privada y confidencial para víctimas de VIF en el hospital.

Incorporación de psicólogo/a de planta con experiencia en intervención en crisis y VIF.

## **Metodología**

La intervención adopta un enfoque metodológico participativo, intercultural, con perspectiva de género y derechos, articulado en cuatro fases:

### **Fase 1: Formulación y Preparación (Meses 1–3)**

Socialización de la propuesta con todos los actores identificados y firma de actas de compromiso intersectorial.

Actualización del diagnóstico situacional con datos primarios (entrevistas, grupos focales con mujeres sobrevivientes, líderes comunitarios y personal de salud).

Diseño participativo de materiales educativos con pertinencia cultural para zona rural y urbana.

Capacitación inicial del 100% del equipo de salud en abordaje integral de la VIF.

Formalización y primer sesión del COMPAVIF.

### **Fase 2: Implementación (Meses 4–18)**

Activación de la ruta de atención integral con protocolos unificados entre salud, policía, comisaría de familia e ICBF.

Ejecución de brigadas de salud mensuales en veredas priorizadas.

Talleres de prevención para empoderamiento social en instituciones educativas (4 sesiones por semestre por institución).

Conformación de Redes Comunitarias de Mujeres (mínimo dos redes: urbana y rural).

Campaña de sensibilización masiva en fechas de impacto: Día de la No Violencia contra la Mujer (25 noviembre), Día Internacional de la Mujer (8 marzo), Día de la No Violencia (2 octubre).

Apertura de espacio de atención en salud mental con psicólogo/a de planta (mínimo dos días por semana).

**Fase 3: Monitoreo y Ajuste (Meses 7–18, permanente)**

Revisión mensual de indicadores en el COMPAVIF.

Ajuste de actividades según hallazgos del monitoreo continuo.

Reuniones trimestrales de evaluación de proceso con participación comunitaria.

**Fase 4: Evaluación de Impacto y Sostenibilidad (Meses 19–24)**

Evaluación de impacto mediante diseño cuasi-experimental pre-post con grupo de comparación (municipio similar sin intervención).

Sistematización de la experiencia y elaboración de lecciones aprendidas.

Formulación del plan de sostenibilidad e integración al Plan de Desarrollo Municipal 2024–2027.

Publicación y difusión de resultados con socios académicos (UPTC, UNAD).

## Resultados Esperados e Indicadores

### Tabla de Indicadores

**Tabla 6**

#### Resultados

Resultado Esperado	Indicador	Línea base (2023)	Meta (24 meses)
Reducción de VIF notificada	Tasa de VIF por 100.000 hab.	286,30	≤229 (↓20%)
Reducción de VCM notificada	Tasa de VCM por 100.000 mujeres	134,45	≤114 (↓15%)
Atención integral a víctimas	% víctimas con ruta completa activada	No disponible	≥80%
Talento humano capacitado	% equipo salud capacitado en VIF	<30% estimado	100%
Brigadas rurales activas	N.º veredas con brigada mensual	0	≥5 veredas/mes
SIVIGILA fortalecido	% completitud notificación VIF	Parcial	95%
Redes comunitarias activas	N.º redes de mujeres conformadas	0	≥2 redes activas
Cobertura ampliada	SGSSS % población afiliada	88,56%	≥92%
Salud mental atendida	VIF N.º consultas salud mental VIF/semestre	No disponible	≥150/semestre

*Nota.* Resultados Esperados e Indicadores de la Intervención Villa De Leyva, 2024–2026.

Elaboración propia con base en ASIS Villa de Leyva 2024 (Aguiar Rodríguez y Gómez Díaz, 2024), Terridata (2023) e INMLCF (2023).

Durante las primeras etapas de la intervención puede observarse un aumento en las cifras de violencia intrafamiliar y de género, sin que esto signifique necesariamente que la situación esté empeorando. En muchos casos, este aumento se debe a que se están identificando y reportando más casos gracias a una mejor detección, al fortalecimiento del sistema SIVIGILA y a rutas de atención más oportunas.

También es importante tener presente que existe un subregistro de estos eventos, ya que muchas personas no denuncian por miedo, barreras culturales o dificultades en el acceso a los servicios. Por eso, los datos iniciales no reflejan del todo la dimensión real del problema.

A medida que se fortalece la capacitación del personal de salud, se sensibiliza a la comunidad y se mejoran los sistemas de información, es esperable que salgan a la luz más casos que antes no se registraban.

Por esta razón, los resultados deben interpretarse con cuidado: un aumento en las notificaciones puede ser una señal de que las instituciones están respondiendo mejor y que la comunidad confía más para denunciar, y no necesariamente de que la violencia esté aumentando. Solo con el paso del tiempo será posible evaluar con mayor claridad si la intervención logra reducir realmente estos hechos.

### **Fichas Técnicas de Indicadores Prioritarios**

**Tabla 7**

*Tasa de VIF*

Campo	Descripción
Nombre del indicador	Tasa de violencia intrafamiliar (VIF) por 100.000 habitantes
Fórmula de cálculo	$(N.º \text{ de casos notificados de VIF en el período} / \text{Población total del municipio}) \times 100.000$
Unidad de medida	Casos por 100.000 habitantes
Fuente de información	SIVIGILA – Bodega de Datos SISPRO / INMLCF Forensis
Periodicidad de medición	Semestral (con cierre anual)
Línea base	286,30 por 100.000 habitantes (2023)
Meta al mes 24	$\leq 229$ por 100.000 hab. (reducción del 20%)
Responsable de medición	Área de Vigilancia en Salud Pública – E.S.E. Hospital San Francisco
Responsable de reporte	Dirección Local de Salud / Coordinador/a COMPAVIF
Desagregación	Por sexo, grupo etario, área urbano/rural, tipo de violencia

Limitaciones	Posible subregistro por no denuncia. Resultados influenciados por campañas de sensibilización que incrementan la denuncia.
--------------	--

*Nota.* Ficha Técnica: Tasa de Violencia Intrafamiliar por 100.000 Habitantes

### Tabla 8

#### *Porcentaje de Víctimas*

Campo	Descripción
Nombre del indicador	Porcentaje de víctimas de VIF/VCM con ruta de atención integral completa activada
Fórmula de cálculo	$(N.^{\circ} \text{ víctimas VIF con ruta completa activada} / N.^{\circ} \text{ total de casos de VIF atendidos}) \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Fuente de información	Historias clínicas / Registros RIPS / Actas de seguimiento de casos COMPAVIF
Periodicidad de medición	Trimestral
Línea base	No disponible (se establecerá en el mes 3 de la intervención)
Meta al mes 24	$\geq 80\%$
Responsable de medición	Trabajo Social / Coordinador/a COMPAVIF
Responsable de reporte	E.S.E. Hospital San Francisco / Comisaría de Familia
Desagregación	Por componente de ruta activado: salud física, salud mental, protección, justicia
Limitaciones	Requiere sistema de información compartido entre sectores para seguimiento de ruta completa.

*Nota.* Ficha Técnica: Porcentaje de Víctimas con Ruta de Atención Completa Activada

### Tabla 9

#### *Personal Capacitado*

Campo	Descripción
Nombre del indicador	Porcentaje del talento humano en salud capacitado en abordaje integral de VIF con enfoque de género
Fórmula de cálculo	$(N.^{\circ} \text{ de trabajadores/as de salud que completan capacitación VIF} / N.^{\circ} \text{ total de trabajadores/as del hospital}) \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)

---

Fuente de información	Registros de asistencia a capacitación / Evaluaciones pre y post / Expedientes de talento humano
Periodicidad de medición	Al finalizar cada ciclo de capacitación (mensual en fase de implementación)
Línea base	<30% (estimado con base en registros históricos de capacitación)
Meta al mes 6	100% del personal de salud capacitado
Responsable de medición	Coordinación de Talento Humano / E.S.E. Hospital San Francisco
Responsable de reporte	Dirección E.S.E. / Coordinador/a de la Intervención
Desagregación	Por profesión (médico, enfermería, psicología, trabajo social, promotores comunitarios)
Limitaciones	La rotación de personal puede reducir la cobertura; requiere proceso de inducción continua.

---

*Nota.* Ficha Técnica: Porcentaje del Talento Humano Capacitado en Abordaje de VIF

## Cronograma y Recursos

**Tabla 10**

*Cronograma de Actividades*

Actividad principal	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8
Diagnóstico participativo / socialización	X	X						
Constitución COMPAVIF	X							
Capacitación talento humano	X	X	X	X	X	X	X	X
Activación ruta integral VIF		X	X	X	X	X	X	X
Brigadas de salud rurales		X	X	X	X	X	X	X
Talleres IEO / escuelas de familia			X	X	X	X	X	X
Redes comunitarias de mujeres		X	X	X	X	X	X	X
Campañas de sensibilización masiva		X	X	X	X	X	X	X
Monitoreo y evaluación continua			X	X	X	X	X	X
Evaluación de impacto y sostenibilidad							X	X

*Nota.* Actividades a Realizar en la Intervención VIF Villa De Leyva, 2024–2026 T1–T8 =

Trimestres 1 a 8 (24 meses de ejecución total). Elaboración propia.

**Tabla 11**

*Recursos Financieros*

Componente de Gasto	Año 1 (COP)	Año 2 (COP)	Total (COP)
Talento humano (psicólogo/a, trabajo social, promotores)	\$72.000.000	\$72.000.000	\$144.000.000
Capacitación y formación del equipo de salud	\$15.000.000	\$10.000.000	\$25.000.000
Brigadas de salud (logística, transporte, insumos)	\$24.000.000	\$24.000.000	\$48.000.000
Materiales IEC (materiales educativos y comunicación)	\$10.000.000	\$8.000.000	\$18.000.000
Adecuación espacio atención VIF en hospital	\$8.000.000	\$2.000.000	\$10.000.000
Sistemas de información y tecnología	\$6.000.000	\$4.000.000	\$10.000.000

Evaluación e investigación (convenio académico)	\$5.000.000	\$10.000.000	\$15.000.000
Gastos administrativos e imprevistos (10%)	\$14.000.000	\$13.000.000	\$27.000.000
TOTAL	\$154.000.000	\$143.000.000	\$297.000.000

*Nota.* Recursos Estimados por Componente Intervención VIF Villa De Leyva, 2024–2026

Elaboración propia. Valores en pesos colombianos (COP). Fuentes de financiación: recursos propios E.S.E., presupuesto municipal (Ley 715/2001), Gobernación de Boyacá, fondos EPS (Resolución 518/2015), cooperación internacional (OPS/OMS, ONU Mujeres, UNFPA).

## **Análisis de Impacto y Sostenibilidad**

### **Sistema de Evaluación de Impacto**

El sistema de evaluación de la intervención se estructura en tres niveles articulados, con diseño metodológico riguroso orientado a medir cambios reales atribuibles a la intervención:

#### ***Control Operacional (Mensual)***

Monitoreo de actividades, coberturas y recursos mediante tablero digital de indicadores (plataforma SIVIGILA y Excel estructurado). Responsable: Coordinador/a de la intervención. Herramienta: matriz de seguimiento mensual con semáforos de cumplimiento (verde  $\geq 90\%$ , amarillo 70-89%, rojo  $< 70\%$ ).

#### ***Evaluación de Proceso (Trimestral)***

Análisis de calidad e implementación de los componentes estratégicos mediante reuniones del COMPAVIF con participación comunitaria. Variables evaluadas: cobertura de capacitaciones, número de brigadas realizadas, número de casos atendidos con ruta completa, funcionamiento de redes comunitarias. Instrumento: lista de verificación estructurada por componente estratégico con escala de logro (0–100%).

#### ***Evaluación de Impacto (Meses 12 y 24)***

La evaluación de impacto adoptará un diseño cuasi-experimental de tipo antes-después (pre-post) con grupo de comparación (municipio control similar sin intervención equivalente), siguiendo las recomendaciones metodológicas de Ellsberg et al. (2015) para la evaluación de intervenciones frente a la VIF en contextos de recursos limitados.

Las variables de resultado primarias serán: (1) tasa de VIF por 100.000 habitantes (fuente: SIVIGILA/Forensis), y (2) tasa de VCM por 100.000 mujeres. Las variables de resultado secundarias incluyen: porcentaje de casos con ruta completa activada, número de consultas de salud mental VIF por semestre, porcentaje del talento humano capacitado y número de redes comunitarias activas.

Los instrumentos de recopilación de datos incluirán:

- Revisión de bases de datos SIVIGILA, Forensis y RIPS: análisis de variación de tasas pre-post intervención.
- Encuesta de satisfacción de usuarios/as atendidos/as por VIF (escala Likert validada).
- Grupos focales comunitarios con mujeres de las redes conformadas (guía semiestructurada, análisis de contenido).
- Auditoría de historias clínicas: verificación de completitud de la ruta de atención (lista de verificación por componente).
- Entrevistas semiestructuradas con actores clave del COMPAVIF (miembros de los sectores participantes).

La metodología de análisis cuantitativo empleará pruebas de diferencia de proporciones (prueba Z o chi-cuadrado) para comparar tasas pre-post y municipio intervenido vs. control, con nivel de significancia  $\alpha = 0,05$ . El análisis cualitativo utilizará el método de análisis temático de Braun y Clarke (2006) para los grupos focales y entrevistas. Los datos serán procesados en SPSS v.26 y ATLAS.ti v.22.

El grupo de comparación estará conformado por un municipio del departamento de Boyacá que tenga características similares a Villa de Leyva en aspectos como el tamaño de la

población, la distribución entre zona urbana y rural, los niveles de pobreza, las tasas de violencia intrafamiliar y la capacidad del sistema de salud. Además, se verificará que en este municipio no se estén implementando intervenciones similares durante el periodo de estudio. Este diseño permitirá comparar los cambios en los indicadores entre el municipio intervenido y el municipio de comparación, lo que ayudará a tener mayor claridad sobre los efectos reales de la intervención y a fortalecer la validez de los resultados

### **Sostenibilidad a Largo Plazo**

**Institucionalización:** La intervención se integrará como línea de acción del Plan de Desarrollo Municipal 2024–2027 y del PTS de Boyacá.

**Fortalecimiento de capacidades:** La formación del talento humano y las redes comunitarias genera capital humano y social que persiste más allá del proyecto.

**Diversificación de fuentes de financiación:** La articulación con fuentes nacionales e internacionales reduce la dependencia de un solo financiador.

**Sistemas de información fortalecidos:** La mejora del SIVIGILA permite seguimiento permanente con financiación propia del sistema de salud.

**Alianzas académicas:** El convenio con UPTC y UNAD garantiza el componente de investigación y evaluación a bajo costo.

**Participación comunitaria:** Las Redes de Mujeres y el COMPAVIF son estructuras con vida propia, independientes del proyecto.

## Conclusiones

La violencia intrafamiliar y la violencia contra la mujer en Villa de Leyva constituyen una problemática de salud pública compleja, multicausal y de tendencia creciente, cuya comprensión y respuesta efectiva exigen trascender el paradigma clínico individual para abordar los determinantes sociales estructurales que la sostienen. El análisis crítico del ASIS 2024, enriquecido con evidencia científica reciente, revela que la VIF en el municipio no es un fenómeno aislado, sino el resultado de la interacción entre inequidad de género estructural, condiciones socioeconómicas adversas, patrones culturales patriarcales, limitado acceso a servicios de salud mental y débil articulación intersectorial (Bronfenbrenner, 1979; Heise, 2011; Marmot et al., 2008).

La propuesta de intervención responde a este diagnóstico desde un enfoque integral que articula detección temprana, atención con ruta completa, empoderamiento comunitario y transformación cultural. Sus objetivos, formulados como resultados medibles y verificables, permiten evaluar el cambio real producido por la intervención. Los árboles de problemas y objetivos construidos en este documento visualizan con claridad las relaciones causales y orientan la lógica de intervención hacia los niveles estructural, intermedio e individual de la cadena causal de la VIF.

Las fichas técnicas de indicadores aseguran la transparencia y rigor del seguimiento, mientras que el diseño cuasi-experimental de evaluación de impacto —con grupo de comparación, variables e instrumentos claramente definidos— permitirá determinar con rigor metodológico si la intervención produjo los cambios esperados en las tasas de VIF y VCM (Ellsberg et al., 2015).

El talento humano en salud del Hospital San Francisco de Villa de Leyva ocupa un lugar central en esta propuesta, no solo como prestadores de servicios, sino como agentes de cambio social, constructores de confianza comunitaria y voceros de los derechos en salud de las víctimas. Invertir en su formación continua con enfoque de género y derechos es condición sine qua non para la sostenibilidad de los logros.

Finalmente, la sostenibilidad de los avances requiere voluntad política, continuidad institucional, financiamiento diversificado y participación comunitaria real. La institucionalización de la intervención en el Plan de Desarrollo Municipal y el PTS de Boyacá, así como el fortalecimiento de las Redes de Mujeres y el COMPAVIF como estructuras con vida propia, son las garantías de que los cambios generados trasciendan el horizonte de dos años de la intervención.

## **Recomendaciones**

A la Alcaldía Municipal: Institucionalizar el COMPAVIF mediante acto administrativo, asignar partida presupuestal específica para la intervención en el Plan de Desarrollo 2024–2027, y garantizar la continuidad del psicólogo/a de planta con enfoque en VIF en el Hospital San Francisco.

A la E.S.E. Hospital San Francisco: Implementar de forma inmediata el tamizaje universal de VIF en las consultas de medicina general, urgencias y control prenatal, siguiendo el protocolo validado de la OPS. Garantizar la confidencialidad y la privacidad de la atención a víctimas.

A la Secretaría de Salud de Boyacá: Brindar asistencia técnica continua al municipio en el fortalecimiento del SIVIGILA para VIF, y articular la intervención de Villa de Leyva con la política departamental de violencias basadas en género.

A los actores académicos (UPTC y UNAD): Formalizar convenio de investigación-acción participativa para el seguimiento y evaluación de la intervención, contribuyendo con talento humano en formación (practicantes de trabajo social, psicología y enfermería) y capacidad de análisis de datos.

A la comunidad y organizaciones de mujeres: Fomentar la participación activa en las redes comunitarias de mujeres, fortalecer la vigilancia comunitaria de la violencia y promover a las instituciones la garantía de sus derechos en salud y protección.

En materia de investigación futura: Se sugiere llevar a cabo un estudio de prevalencia de VIF con encuesta domiciliar en Villa de Leyva, ya que los registros de notificación no reflejan la magnitud del problema. De igual manera, se propone investigar el papel del turismo como factor de riesgo específico para la VIF en municipios con características similares.

### Referencias Bibliográficas

- Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., & Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-109>
- Aguiar Rodríguez, A. J., y Gómez Díaz, M. A. (2024). Análisis de situación de salud participativo, Municipio de Villa de Leyva, Boyacá 2024. E.S.E. Hospital San Francisco de Villa de Leyva, Área de Vigilancia en Salud Pública. [https://unadvirtualedu-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/jamontenegroav\\_unadvirtual\\_edu\\_co/IQAYbDwBUOC-oR6Yc7yzmUQh9Abs93\\_OQ0SSwZwSlxJY7Whs?e=oKwi5t](https://unadvirtualedu-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/jamontenegroav_unadvirtual_edu_co/IQAYbDwBUOC-oR6Yc7yzmUQh9Abs93_OQ0SSwZwSlxJY7Whs?e=oKwi5t)
- Aldunate, E., y Córdoba, J. (2011). Formulación de programas con la metodología de marco lógico. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/3a461d89-8650-4dc1-acb9-127fa65bc97f/content>
- Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press. [https://khoerulanwarbk.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/08/urie\\_bronfenbrenner\\_the\\_ecology\\_of\\_human\\_developbokosz1.pdf](https://khoerulanwarbk.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/08/urie_bronfenbrenner_the_ecology_of_human_developbokosz1.pdf)
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)

Comisión de Determinantes Sociales de la Salud – OMS. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. [https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/es/](https://www.who.int/social_determinants/final_report/es/)

Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (2023). Terridata – Sistema de estadísticas territoriales. <https://terridata.dnp.gov.co>

Devries, K. M., Mak, J. Y., García-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., Lim, S., Bacchus, L. J., Engell, R. E., Rosenfeld, L., Pallitto, C., Vos, T., Abrahams, N., & Watts, C. H. (2013). The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*. <https://doi.org/10.1126/science.1240937>

Ellsberg, M., Arango, D. J., Morton, M., Gennari, F., Kiplesund, S., Contreras, M., & Watts, C. (2015). Prevention of violence against women and girls: What does the evidence say? [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61703-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61703-7)

García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts, C., & Abrahams, N. (2015). Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>

Heise, L. L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>

Heise, L. L. (2011). What works to prevent partner violence? An evidence overview. <https://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/What%20works%20to%20prevent%20partner%20violence.pdf>

Huerta Leon, Vaneza. (2026). Prevención de la violencia: relevancia jurídica del principio de intervención inmediata en la Ley N.º 30364. *Revista InveCom*, 6(3), e603026. Epub 30

de octubre de 2025. [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2739-00632026000302026&lang=es](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2739-00632026000302026&lang=es)

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [INMLCF]. (2023). Forensis 2023: Datos para la vida.

[https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/1124000/Forensis\\_2023.pdf](https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/1124000/Forensis_2023.pdf)

Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: Causes and prevention.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08357-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08357-5)

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)

Mejía Tadeo, Raúl Francisco. (2026). Violencia de género en América Latina: limitaciones y desafíos para una protección integral. Revista InveCom, 6(2), e602116. Epub 30 de septiembre de 2025. [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2739-00632026000202116&lang=es](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2739-00632026000202116&lang=es)

Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2016). Resolución 0429 de 2016: Política de atención integral en salud (PAIS).

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2018). Circular 011 de 2018: Modelo de acción integral territorial (MAITE).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-11-de-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2022). Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031. <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>

Muñoz-Bautista, Diana María, García-Tapiero, Yuly Tatiana, & Cachaya-Bohórquez, María Angélica. (2026). Imaginarios sociales sobre violencia de género en pareja basada en las vivencias de tres generaciones de mujeres de una familia.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-45322026000100115&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-45322026000100115&lang=es)

ONU Mujeres. (2025). Datos y cifras: violencia contra las mujeres.

<https://www.unwomen.org/es/articulos/datos-y-cifras/datos-y-cifras-violencia-contra-las-mujeres>

Organización de los Estados Americanos [OEA]. (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.HTML>

Organización Mundial de la Salud [OMS], y UNICEF. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS.

<https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud.

OPS/OMS. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f050efba-691a-401b-8fe3-11201cab4ed7/content>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social determinants of health.

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ca294183-3263-470f-a5fe-8e124ec48c72/content>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). Violence against women prevalence estimates, 2018 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS]. (2018). Declaración de Astrána sobre atención primaria de salud. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS]. (2019). Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 2019–2030. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-plan-accion-sobre-promocion-salud-contexto-objetivos-desarrollo-sostenible>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Violencia infligida por la pareja. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-12.35>

Profamilia. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2015. <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>

República de Colombia. (2008). Ley 1257 de 2008: Normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34054>

República de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013: Ley de salud mental. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=51292>

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83: 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

UNFPA Colombia. (2023). Salud sexual y reproductiva y violencias basadas en género en Colombia. <https://colombia.unfpa.org/es/publications/analisis-de-situacion-de-poblacion-asp-colombia-2023-ssr>