

Medellín

Ciudad Saludable

Boletín Epidemiológico

Boletín número 2, año 2014

Presentación

El *Boletín Epidemiológico Medellín, Ciudad Saludable* es una publicación de la Secretaría de Salud de Medellín, que pretende ofrecer a los ciudadanos y ciudadanas de manera oportuna, una visión del comportamiento de los eventos de interés en Salud Pública de nuestro municipio, como herramienta para el logro de la construcción colectiva de las políticas públicas en salud para bienestar de todos.

En este número se presenta de manera especial un tema que es de gran importancia para la ciudad y la salud pública de la región: los eventos de Violencia Intrafamiliar – Sexual y contra la mujer registrados en el sistema SIVIGILA 2013.

Los datos y análisis que se presentan no son definitivos. Cualquier información contenida en el boletín es de dominio público y puede ser citada o reproducida siempre y cuando se mencione la fuente.

La Secretaría de Salud agradece el envío de sus contribuciones y comentarios del Boletín a través del correo electrónico:

secre.salud@medellin.gov.co

Equipo de Vigilancia Epidemiológica
Secretaría de Salud de Medellín

Epidemiólogos: Rita Almanza, Fernando Montes, Denise González y Silvana Zapata.



Alcaldía de Medellín

Encuentre en esta edición

1. Introducción.
2. Contexto social.
3. Resultados del sistema de vigilancia 2013 en violencias.
4. Conclusiones.
5. Bibliografía.

Introducción

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 (1) lleva a la ciudad de Medellín a realizar un seguimiento epidemiológico con el fin de observar las tendencias del evento y determinar las posibles acciones que se deban implementar en los programas y proyectos.

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 sexual y reproductiva, específicamente la gestación y complicaciones ginecológicas y las enfermedades de transmisión sexual en corto y largo plazo. Igualmente, en los niños repercute en el retardo en el desarrollo físico y/o cognitivo entre otros. (2)

En el manejo integral de la violencia, de naturaleza física, emocional y especialmente la sexual se debe contemplar la prevención secundaria de otras patologías con las que coexisten, especialmente las relacionadas con la anticoncepción de emergencia y profilaxis para ITS. (2)

Algunos factores de riesgo que son reportados en la literatura son la edad, el sexo, el consumo de alcohol y otras sustancias, antecedentes personales y/o familiares de exposición a la violencia, desordenes de personalidad, hacinamiento, familia disfuncional y varios compañeros sexuales; estas categorías son tomadas en cuenta para el análisis de los datos locales.

Comportamiento de la violencia en Colombia

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 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 se concentra el 76% de las mujeres agredidas por su pareja. (4)

Entre 2008 y 2011, 2.762 mujeres mayores de 60 años fueron afectadas por violencia física. En este grupo etareo 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. Del total de la violencia intrafamiliar registrada en cada uno de los tipos, el 61% afecta a las mujeres, de este el 80% se ejerce a través de mecanismos contundentes, el 11% por medio de armas cortantes y un 1% cortopunzantes. (4)

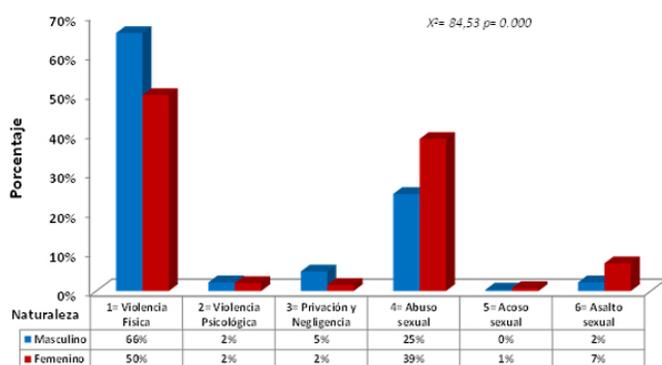
En este período de 2011 alrededor de 83.000 mujeres y en el último año, cerca de 17.000 fueron sometidas a examen sexológico con el propósito de recabar evidencia de la ocurrencia de los hechos. En 2011 hay un aumento de 0,4% con respecto al 2010. Por cada hombre con valoración forense por violencia sexual, cinco mujeres son examinadas. El 24% de las mujeres víctimas de violencia sexual contaban con 5 a 10 años y el 36% con 10 a 15 años, lo que indica una afectación predominante de niñas y adolescentes. (4)

Para el año 2013, si bien es cierto que aún existe subregistro, el nuevo protocolo (875) permite un mejor análisis del evento y observar un mayor número de variables que posibilitan tomar medidas en la ciudad con mayor efectividad, teniendo en cuenta la transversalidad que incluso plantea el nuevo Plan Decenal de Salud Pública.

Para el año 2013 el reporte de violencia contra la mujer (VCM), violencia intrafamiliar (VIF) y violencia sexual (VSX) tuvo en total un reporte de 2613 casos; observando una tendencia al aumento, el cual se puede considerar un indicador del mejoramiento del sistema de vigilancia en la ciudad gracias a las asistencias técnicas, al personal de salud, al manejo de rutas y protocolos y a la difusión que se realiza a través de eventos. El 79.2% de los casos ocurrieron en mujeres y los restantes en hombres, pero al analizar las violencias por sexo, tanto hombres como mujeres registraron casos de violencia física en proporciones

similares, y los demás tipos de violencias, tales como el abuso sexual y el asalto sexual sí registraron una mayoría en mujeres (figura 1).

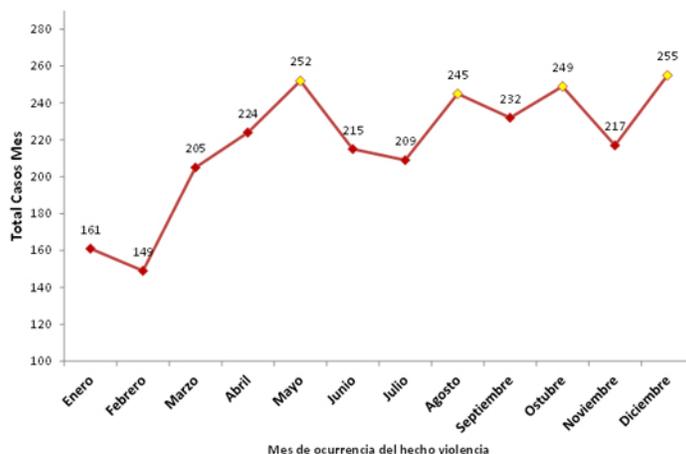
Figura 1. Distribución porcentual de los casos reportados de VIF, VSX Y VCM según sexo y naturaleza de la violencia. Medellín, 2013. Fuente: SIVIGILA



Las víctimas de violencia VIF, VSX Y VCM principalmente tenían escolaridad secundaria para ambos sexos, seguido de educación primaria, con diferencias marcadas por sexo.

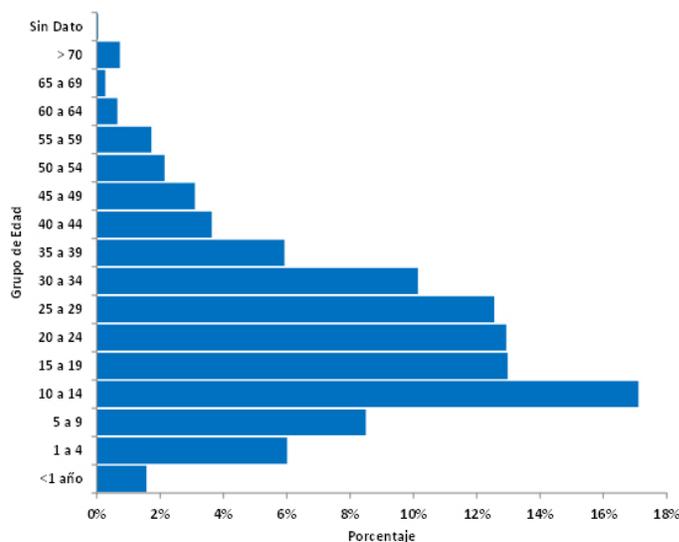
Respecto a la temporalidad, diciembre y mayo, reportaron el mayor número de casos, al igual que el 2012, con un promedio de 250 casos. Se observa un aumento importante después del mes de febrero y toma su fuerza en el mes de abril, donde no declina de 200 casos reportados por mes en todas las formas o naturaleza de las violencias. (Figura 2)

Figura 2. Número de casos de VIF, VSX Y VCM según mes de ocurrencia. Medellín, 2013. Fuente: SIVIGILA.



Como se observa en la figura 3, el 82% de los casos reportados correspondían a personas hasta los 34 años. Los grupos más afectados son de 10 a 14 años y de 15 a 24 años (figura 3). Al observar el tipo de seguridad social se observa que el 47% pertenecía al Régimen Contributivo y un 39.3% al Régimen Subsidiado. Al igual que se presenta un porcentaje importante de no afiliados del 11.4%.

Figura 3. Número de casos de VIF, VSX Y VCM según grupos de edad. Medellín, 2013. Fuente: SIVIGILA

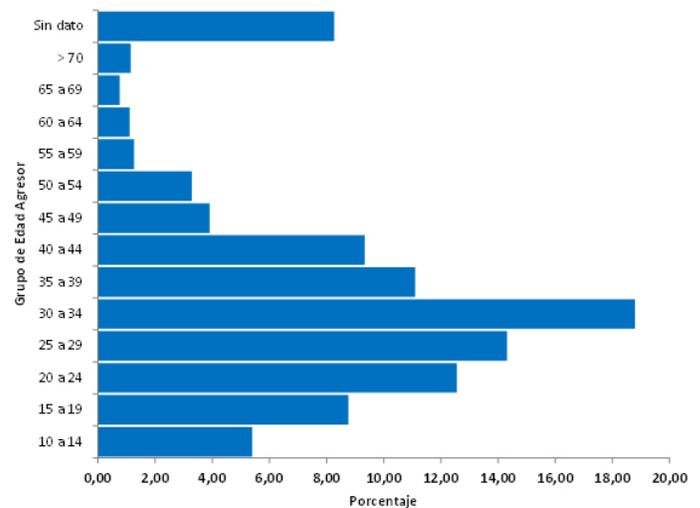


Respecto a la vulnerabilidad de la víctima se tienen 27 categorías. Los datos reflejan que el 55.4% no se reconocen como población vulnerable, y el 44.6% restante sí, donde el 16.4% corresponde a estudiantes, el 13.7% a mujeres cabeza de familia y el 19.3% a otras categorías.

Al indagar en los casos sobre si tenían antecedentes de hechos similares se encontró que el 85%, en ambos sexos, no tenían antecedentes de violencia. En el 82% de los casos, tanto en hombres como en mujeres, no se encontró presencia de alcohol o sustancias.

Se observa que el agresor es adulto joven, hombre en un 88.3%, principalmente de 30 a 34 años (figura 4) y de escolaridad secundaria. Del total de eventos reportados el mayor parentesco del agresor fue el compañero permanente (11.8%), aunque la categoría sin información tiene una gran participación (31.6%). Se destaca que el 52.1% de los agresores era un familiar y solo un 1.5% no lo era, lo que da a entender problemas relacionados con las dinámicas familiares. También sugiere que si este tipo de problemas se abordan desde el hogar es muy posible que se disminuyan las violencias.

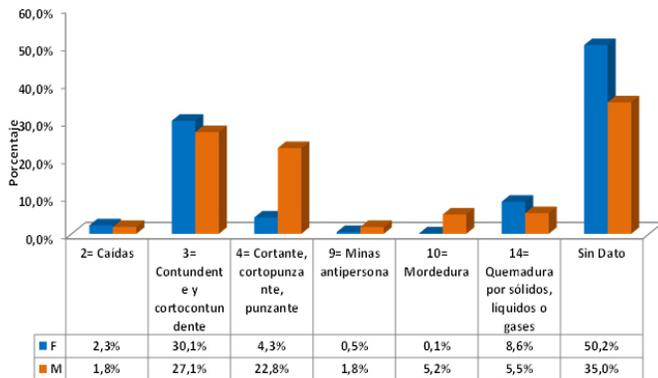
Figura 4. Distribución porcentual de los casos de VIF, VSX Y VCM según edad del agresor. Medellín, 2013. Fuente: SIVIGILA



Aunque se observa poca información del móvil del hecho (figura 5); los objetos contundentes y cortocontundentes son los más usados por los agresores, tanto para hombres como para mujeres, y después de estos siguen los objetos cortantes y cortopunzantes de igual forma en ambos sexos; con diferencias marcadas por sexo. Situación que no cambia desde el año 1996, de acuerdo al estudio "Lesiones personales no fatales 1996-2003".

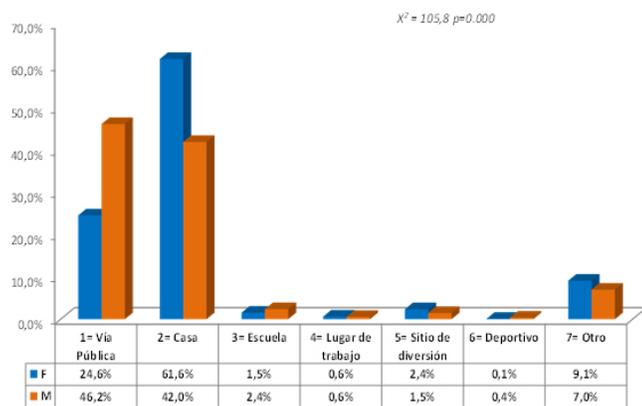
Figura 5. Distribución porcentual de los casos de VIF, VSX Y VCM según móvil utilizado para la agresión. Medellín, 2013.

Fuente: SIVIGILA



Los casos de VIF, VSX Y VCM, ocurren principalmente en la casa (61.6%) para las víctimas mujeres y en la vía pública (45.2%) para las víctimas hombres, con diferencias marcadas por sexo ($p=0.00$) (Figura 6)

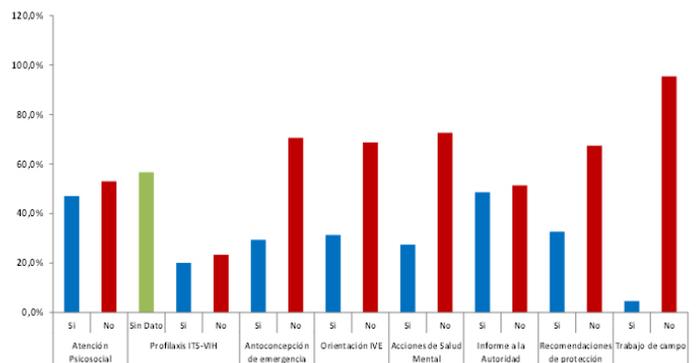
Figura 6. Distribución porcentual de los casos de VIF, VSX Y VCM según escenario del hecho. Medellín, 2013. Fuente: SIVIGILA



El nuevo protocolo permite, hacer una evaluación de las atenciones en salud pública realizadas por las Unidades primarias generadoras de datos (UPGD), y en el año 2013 se encontró que la mayoría de las

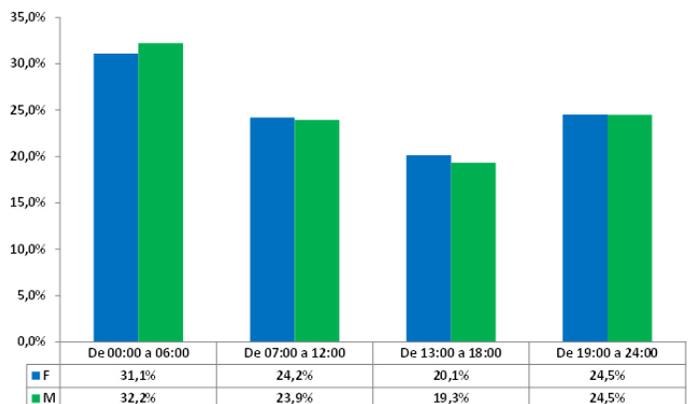
respuestas a la atención en salud son negativas, exceptuando la atención psicosocial, a la cual se le ha dado mucha fuerza desde la Secretaría de Salud, a través de las asesorías y asistencias técnicas para la estandarización y difusión de las rutas de manejo (figura 7).

Figura 7. Distribución porcentual de los casos de VIF, VSX Y VCM según medidas de salud pública tomadas por las UPGD. Medellín, 2013. Fuente: SIVIGILA



La hora del hecho es muy compartida para ambos sexos y si bien el ciclo entre las 00:00 horas y las 06:00 horas es el más alto, todos los demás ciclos, a excepción de las 13:00 a 18:00 horas, presentaron porcentajes similares, lo que sugiere que para la violencia no hay una hora específica, contrario a lo que ocurre con otros eventos de salud mental (figura 8).

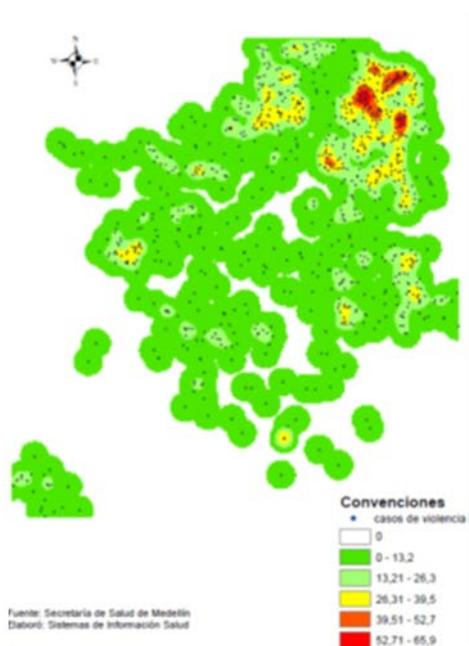
Figura 8. Distribución porcentual de los casos de VIF, VSX Y VCM según hora del hecho. Medellín, 2013. Fuente: SIVIGILA



Durante el primer semestre de 2013, el equipo de Vigilancia Epidemiológica también empezó a implementar el análisis espacial de casos para tener una mirada más completa de nuestro territorio. El siguiente análisis espacial, que corresponde a ese primer periodo analizado permite observar de manera diferente los eventos de violencia.

En la figura 9, se observa que se pueden presentar de 52 a 66 casos por kilómetro cuadrado en las zonas sombreadas de color rojo, pero este mapa nos muestra como en puntos específicos se puede atacar el problema con alguna intervención y lograr disminuir el evento, y por ende dar una mejor calidad de vida y articulación a las familias de los hogares que tienen esta problemática.

Figura 9. Mapa de densidad. Violencias Enero – Junio de 2013. Fuente: SIVIGILA



Al realizar el análisis de clúster por comuna, se identifican cinco comunas que se ven influenciadas por sus comunas vecinas para el aumento de los casos por violencia en cualquiera de sus formas, en este caso las comunas Doce de Octubre (comuna 6), Santa Cruz (comuna 2), Popular (comuna 1), Aranjuez (comuna 4) y Manrique (comuna 3); marcadas por clúster en HH, lo que significa que la proximidad de las comunas se ve influenciada por los eventos que ocurran en las demás, por lo tanto no será suficiente intervenir aquellas que tengan tasas más altas, sino todas las que se encuentran circundantes a estos lugares (figura 9).

Figura 10. Clúster por comuna. Tosferina Enero – Junio de 2013. Fuente: SIVIGILA



Conclusiones

- Al identificar el móvil y el parentesco del agresor, que principalmente es un familiar, se debe trabajar esta problemática desde el programa bandera Salud en el Hogar y tratar de realizar acciones que se enfoquen en las comunas que presentan los estadísticas más altas y las aledañas a estas.
- Los hombres sufren mayores niveles de victimización por violencia física y las mujeres sufren mayores niveles de victimización por violencia física y abuso sexual.
- Es importante insistir en la atención oportuna e integral a las víctimas de estos eventos, con el fin de disminuir la reincidencia de casos.
- Se debe insistir a los funcionarios locales en la importancia de prestar una atención basada en el enfoque diferencial, como lo establece el nuevo Plan Decenal de Salud Pública, que consagra beneficios y derechos especiales a las poblaciones minoritarias del país, y permite identificar la problemática de salud mental en esta población.

Recomendaciones

Infortunadamente no se dispone de suficiente 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. Sin embargo la ciudad de Medellín ha realizado asistencia técnica involucrando a los profesionales de la psicología para que estos también realicen los reportes al sistema cuando son detectados por ellos en consulta.

Izaskun Ibabe, Joana Jaureguizar, & Óscar Díaz; se han 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 podrían explicar un tercio de los casos analizados. Por lo tanto siguen dando soporte teórico en el refuerzo de habilidades para la vida y romper como decimos en epidemiología la “cadena de transmisión” en este caso sobre la violencia.

Referencias

1. Convención de la ONU contra la Delincuencia Organizada Transnacional, ley 679/01
2. WHO. World report on violence and health. Pg. 149
3. Subsistema de información Sivigila
4. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia y control en salud pública de la violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual. Protocolo 875

Secretaría de Salud de Medellín
www.medellin.gov.co/salud
secre.salud@medellin.gov.co
Línea de Atención al Ciudadano 44 44 144

 Medellín ciudad saludable
 saludmedellin
 @saludmedellin

