

Medellín

Ciudad Saludable

Boletín Epidemiológico

Boletín número 5, año 2015

Presentación

Situación de la de la violencia contra la mujer, violencias intrafamiliares y sexuales en Medellín.

El Boletín Epidemiológico *Medellín Ciudad Saludable*, es una publicación mensual 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: la situación de la violencia contra la mujer, violencias intrafamiliares y sexuales en Medellín.

Los datos y análisis que se presentan son provisionales. 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 al Boletín a través del correo electrónico:

secre.salud@medellin.gov.co

Secretaría de Salud de Medellín

Equipo de Vigilancia Epidemiológica – Subsecretaría de Salud Pública

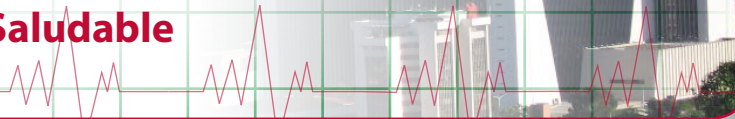
Epidemiólogos: Rita Almanza, Fernando Montes, Denise González, Silvana Zapata, Maria Alejandra Roa, Margarita Rosa Giraldo.



Alcaldía de Medellín

Medellín
todos por la vida





Encuentre en esta edición

1. Introducción
2. Situación Internacional y Nacional
3. Comportamiento Medellín 2014: por edad, sexo, tipo de violencia, mes, agresor, mecanismo, acciones de salud pública

4. Comportamiento Medellín a periodo 3: por edad, sexo, tipo de violencia y semana
5. Conclusiones – Recomendaciones
6. Bibliografía

Introducción

De acuerdo con el informe de la Organización Mundial de la Salud (2010) no existe un factor que explique por sí solo por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace. En el análisis realizado en este informe sobre la violencia y la salud se ha recurrido a un modelo ecológico que tiene en cuenta numerosos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que influyen en la violencia. El modelo consta de cuatro niveles: el individual, el relacional, el comunitario y el social (1). Este modelo también es aplicado en la Secretaría de Salud de Medellín a través de cuatro entornos; escolar, hogar, comunitario y laboral, guiados principalmente por las acciones individuales.

Las violencias de género y, entre ellas, las violencias sexuales son una violación sistemática y masiva de los derechos humanos que afectan la vida, la salud física, mental y social, la integridad, la libertad e igualdad de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, mujeres, hombres y personas con orientaciones

diferentes a la heterosexual, en particular a las de la comunidad LGBTI (1).

Estas violencias se constituyen en una problemática de salud pública por varias razones: primero, debido a las graves afectaciones en el bienestar y la salud física y emocional de las víctimas, sus familias y la sociedad en general, y por los años de vida saludables perdidos. Segundo, por su magnitud, es decir, la cantidad de población afectada, principalmente niñas, niños, adolescentes, jóvenes y mujeres; lo cual evidencia que las violencias de género son un asunto social y de interés público y no meramente un problema psicológico circunscrito al ámbito de lo privado, por lo tanto, requieren una acción coordinada por parte del Estado, y tercero, porque son evitables ya que sus causas son culturales y sociales, y no biológicas y hereditarias (1). Es por todas estas razones que la vigilancia de la misma es justificable, añadiendo que el artículo 255 del Código de Procedimiento Penal le da una gran responsabilidad al sector salud en términos de recopilación de evidencia para los procesos de judicialización.

A continuación se muestran los resultados de la vigilancia para el año 2014 e información básica del evento hasta el periodo epidemiológico cuatro.

Situación Internacional y Nacional

Cada año, más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente. La violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años y la responsable del 14% de las defunciones en la población masculina y del 7% en la femenina. Por cada persona que muere por causas violentas, muchas más resultan heridas y sufren una diversidad de problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales (2).

En Colombia, según el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) recepciona información relacionada con la violencia contra la mujer (VCM), intrafamiliar (VIF) y sexual (VSX).

Durante el 2013 en Colombia se notificaron al Sivigila 43.093 casos de VCM, VSX y VIF de los cuales el 52% corresponden a violencia física, el 24% a violencia sexual, 20% a privación y negligencia y 10% a violencia psicológica. De éstos casos se notificaron 613 quemados por sustancias químicas de los cuales el 81% de las afectadas fueron mujeres (417/613) y el 19% (116/613) hombres (3).

Se observa que las niñas son predominantemente vulnerables a la violencia sexual a la edad de 10 a 14

años en un 57,2% (4604/8052) seguido de las niñas entre los 15 y 19 años con un 17%. (3)

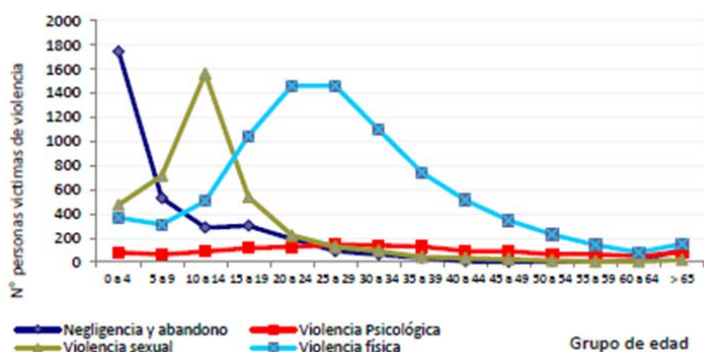
Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, durante el año 2013 se registraron 158.798 casos de lesiones personales en Colombia, lo que significa que son 3.291 casos más que el año 2012, en términos absolutos. La tasa por cada 100.000 habitantes es de 337 víctimas, con un incremento 0,9% frente al año inmediatamente anterior. La violencia intrafamiliar ocupa el segundo lugar en el cuadro de la violencia no fatal, después de la violencia interpersonal. De los 68.230 casos de violencia intrafamiliar, 44.743 (65,58%) correspondieron a violencia de pareja; 9.708 (14,23%) a violencia contra niños, niñas y adolescentes; 12.415 (18,20%) a violencia entre otros familiares; 1.364 (2,00%) a violencia contra el adulto mayor. El 77,58% (52.933) de las víctimas fueron mujeres. Las armas y/o mecanismos contundentes y los cortocontundentes, entre los que se incluyen las manos, pies y otras partes del cuerpo, fueron los usados con mayor frecuencia para agredir a los familiares. La intolerancia, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, fueron las principales razones que motivan la violencia al interior de la familia (4).

Hasta la semana epidemiológica 15 de 2015 se han notificado 17.093 casos de violencia. De estos el 78,04% (13340/17093) se presentaron en mujeres y el 21,96% (3753/17093) en hombres. El 25,13% (4296/17093) de la violencia fue contra niños y niñas,

el 26,05% (4453/17093) contra adolescentes y el 48,81% (8344/17093) a población adulta. De los 17.093 casos notificados de violencias de género, el 49,6 % (8470/17093) fueron por violencia física, el 22,7 % (3886/17093) por violencia sexual, 19,8 % (3392/17093) por negligencia y abandono y el 7,9% (1342/17093) por violencia psicológica, tres datos se encontraban en blanco.

El grupo de edad de menores de cinco años y mayores de 60 presentó el mayor número de casos en cuanto a negligencia y abandono; la violencia física se observó con mayor frecuencia en los grupos de 20 a 24 años y la violencia sexual en el grupo de 10 a 14 años (Figura 1) (5).

Figura 1. Distribución de los tipos de violencia de género según grupo de edad a semana Epidemiológica 15.



Fuente: Instituto Nacional de Salud

Existe diferencia estadística entre la razón de la violencia de género entre hombres y mujeres en todos los grupos de edad. En general se presentaron en mujeres 3,47 casos de violencia de género por cada hombre.

Comportamiento Medellín 2014: por edad, sexo, tipo de violencia, mes, agresor, mecanismo, acciones de salud pública

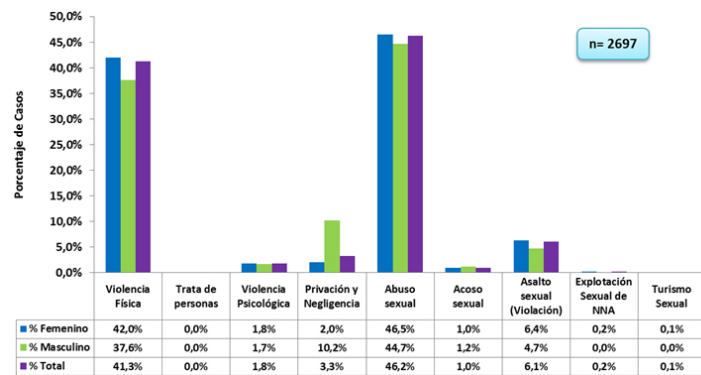
Para el año 2014 el reporte de violencia contra la mujer (VCM), violencia intrafamiliar (VIF) y violencia sexual (VSX) tuvo en total un reporte de 2697 casos, de estos 1446 (53.61%) correspondió a casos de violencia sexual, 1230 (45.60%) a violencia intrafamiliar y el resto a otras formas de violencia. Se observa una tendencia al aumento en el registro de casos, el cual se puede considerar un indicador del mejoramiento del sistema de vigilancia de estos eventos en la ciudad gracias a las asistencias técnicas del personal de salud, manejo de rutas y protocolos y por la difusión que se realiza a través de eventos.

El 84.3% de los casos totales ocurrieron en mujeres y el restante en hombres. Del total de casos 33 de ellos tuvieron revictimización, es decir, el mismo individuo presentó dos o más eventos de violencia. Al analizar las violencias por sexo, tanto hombres como mujeres registraron casos de violencia física, abuso sexual y asalto sexual (violación). (Figura 2)

En este tema de las clasificaciones de violencia sexual se ha realizado mucho énfasis en lo que va corrido del año 2015, porque se han encontrado problemas en las definiciones de los eventos, ya que la mayoría entran por abuso sexual, que en definición no incluye la penetración y son muy pocos los asaltos

(violaciones) donde si se incluye, como se observa en la figura dos. En lo que va del 2015 se han capacitado alrededor de 400 médicos, enfermeras, auxiliares, trabajadoras sociales y administrativas en las diferencias que existen entre los conceptos para una mejor clasificación de los eventos.

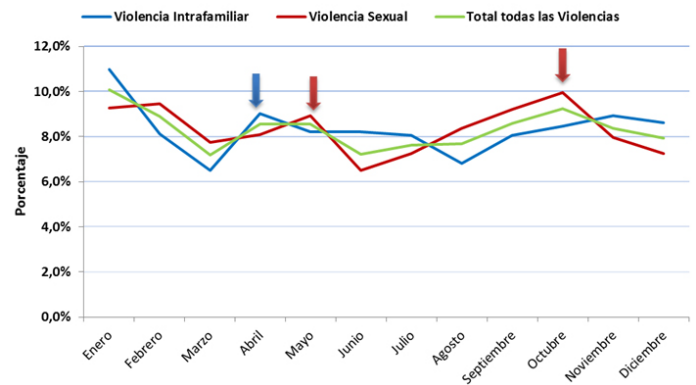
Figura 2. Distribución de los tipos de violencia de género según sexo y tipo de violencia.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Respecto a la temporalidad, abril, mayo y octubre, al igual que en el 2012 y 2013, fueron los meses donde se reportó el mayor número de casos para todas las violencias. Sin embargo no hubo diferencias estadísticas por mes para cada una. De acuerdo al tipo de violencia, abril tiene el porcentaje más alto para violencia intrafamiliar y octubre y mayo para la violencia sexual. (Figura 3)

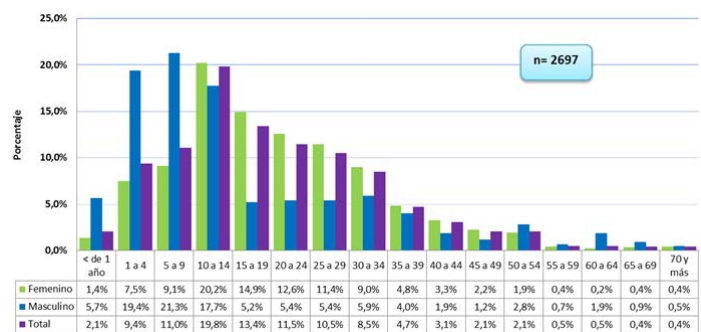
Figura 3. Distribución de los tipos de violencia de género según mes.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Como se observa en la figura 4, el 86.2% de los casos reportados correspondían a personas hasta los 34 años. Los grupos más afectados son el de 10 a 14 y el de 15 a 24 años (Figura 4). Al observar el tipo de seguridad social se observa que el 50.6% pertenecía al Régimen Contributivo y un 39.2% al Régimen Subsidiado. Se observa un porcentaje importante de no afiliados del 8%, 3% menos que el año 2013.

Figura 4. Distribución de los tipos de violencia de género según sexo.



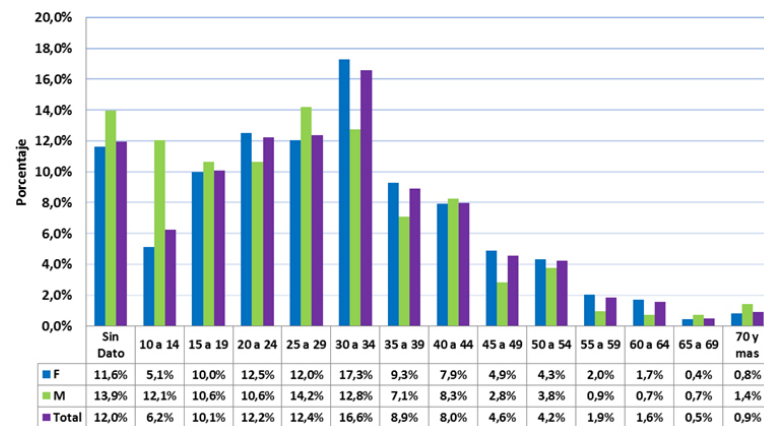
Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Las víctimas de violencia VIF, VSX Y VCM principalmente tenían escolaridad secundaria para las mujeres y primaria en los hombres, seguido de educación primaria, con diferencias marcadas por sexo. Respecto a la vulnerabilidad de la víctima, el 44.3 % de las personas manifestó que no tenían vulnerabilidad y los demás informaron que tenían Otro tipo de vulnerabilidad, seguido de Estudiantes y Mujer cabeza de familia.

Al indagar en los casos si se tenían antecedentes similares se encontró que el 15.8% tenían antecedentes de violencia en los últimos tres meses. De acuerdo a la causa de la violencia se encontró que 26.1% de los casos fueron conflictos familiares, seguido de los casos sin información con 21.7%, consumo de alcohol, colopatía y asuntos escolares.

Se observa que el agresor es adulto joven, hombre en un 84.3%, principalmente de 30 a 34 años (figura 5) y de escolaridad secundaria (sin contar los datos sin información). Del total de eventos reportados el mayor parentesco del agresor en violencia intrafamiliar fue el compañero (a) permanente, el esposo (a) y la madre; en violencia sexual si bien predomina el sin información, le siguen otros agresores, el novio (a), otros familiares civiles o consanguíneos y el padre.

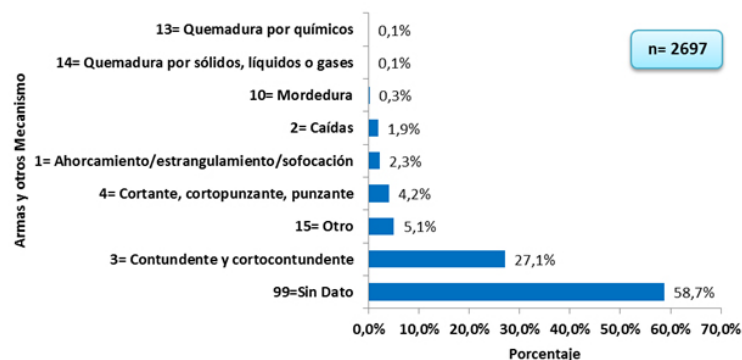
Figura 5. Distribución de los tipos de violencia de género según sexo y edad del agresor.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Aunque se observa poca información del móvil del hecho (405) (Figura 6); los objetos contundentes y cortocontundentes son los más usados por los agresores, tanto para hombres como para mujeres, seguido de objetos como los 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".

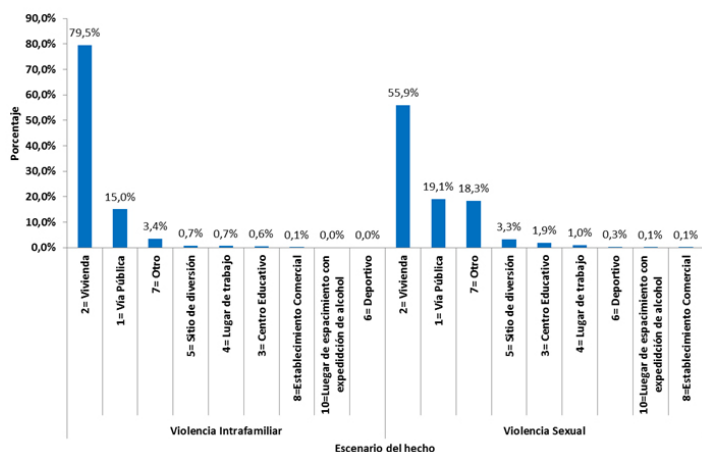
Figura 6. Distribución de los tipos de violencia de género según arma y mecanismo.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Los casos de VIF, VSX Y VCM, ocurren principalmente en la vivienda para ambos tipos de violencia, seguidos de la vía pública. (Figura 7). La hora del hecho es muy similar en ambos sexos, entre las 00:00 horas y las 06:00 horas es el más alto, sin embargo no existen diferencias estadísticas entre las horas y el sexo de la víctima. Lo que sugiere que para la violencia no hay una hora específica, contrario a lo que ocurre con otros eventos de salud mental.

Figura 7. Distribución de los tipos de violencia de género según tipo de violencia y lugar.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Al evaluar las acciones de Vigilancia en Salud Pública, se tienen muy buenos avances en el tema de las violencias sexuales, por ejemplo el 105.6% de las víctimas recibieron profilaxis para ITS y se mejoraron mucho la profilaxis para VIH y Hepatitis B; sin embargo se esperaba que todos los casos captados en las primeras 72 horas tuvieran anticoncepción de emergencia, pero solo el 78.2% lo tuvo. En temas como asesoría para IVE seguimos cortos, ya que dicha asesoría debe brindarse a

todos los casos de violencia sexual independientemente del triage y definitivamente las acciones de salud mental son muy pocas, aun cuando la Resolución 0459 de 2012 establece que en la atención la víctima debe recibir atención por salud mental, es un punto en donde se debe seguir haciendo fuerza, en especial en la atención de urgencias. Las medidas de protección siguen siendo incipientes para eventos en menores de edad y aunque se ve una mejoría en el informe a la autoridad respecto al año anterior, se debe seguir mejorando.

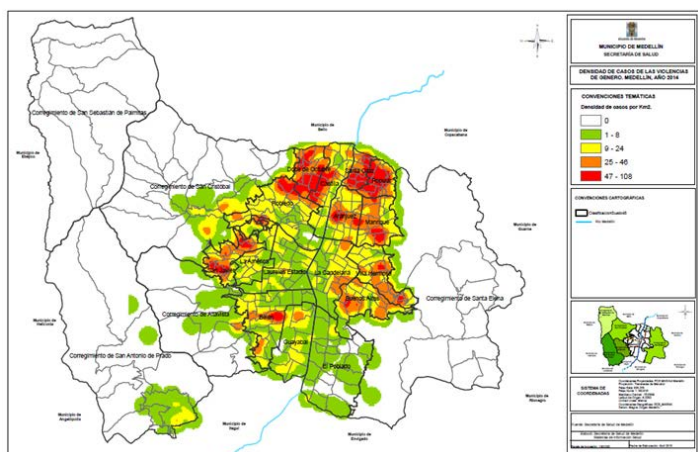
Tabla 1. Acciones de Salud Pública en eventos de Violencia.

Salud Pública	n a atender por tipo de Triage	Respuesta	Formas de violencia	
			n	%
Profil. VIH	502	Si	386	76,9%
		No	116	23,1%
Profilaxis HEP B	502	Si	400	79,7%
		No	102	20,3%
Profilaxis ITS	502	Si	530	105,6%
		No	0	0,0%
Anticoncepción de emergencia	432	Si	338	78,2%
		No	94	21,8%
Orientación IVE	1446	Si	438	30,3%
		No	1008	69,7%
Acciones de Salud Mental	2697	Si	849	31,5%
		No	1848	68,5%
Informe a la Autoridad	2697	Si	1542	57,2%
		No	1155	42,8%
Recomendación de protección	1503	Si	375	25,0%
		No	1128	75,0%

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

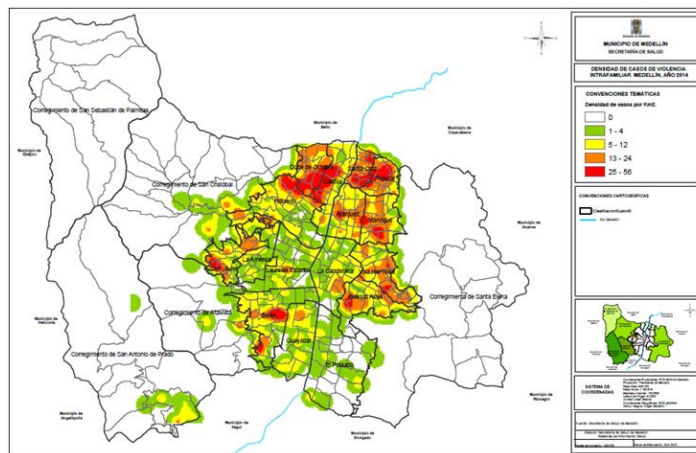
Al analizar el comportamiento espacial del evento de manera general y desagregada por violencia sexual e intrafamiliar se observan unos cambios respecto al año anterior. En la figura 8, se observa que se pueden presentar de 47 a 108 casos por kilómetro cuadrado en las zonas sombreadas de color rojo, para las violencias en general que incluyen las comunas de Popular, Santa Cruz, Doce de octubre y Castilla (estas últimas comunas, fueron superiores al año anterior). Para violencia sexual (figura 9) se encuentran de 28 a 65 casos por kilómetro cuadrado en las áreas más rojas, involucrando las comunas antes mencionadas y agregando San Javier y La América. En violencia intrafamiliar (figura 10) se presentan entre 25 y 56 casos por kilómetro cuadrado y las comunas Popular, Santa Cruz, Doce de octubre y Castilla con mayor número de casos.

Figura 8. Densidad de casos de los tipos de violencia de género por comuna.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Figura 9. Densidad de casos de violencia sexual por comuna.

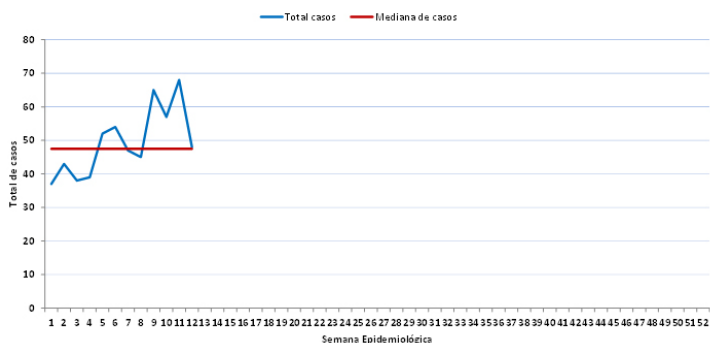


Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Comportamiento en Medellín a periodo 3 de 2015: por edad, sexo, tipo de violencia y semana

Hasta el tercer periodo epidemiológico se han presentado 593 casos de género: violencia sexual, intrafamiliar y contra la mujer, registrados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, con una tendencia al aumento. Una mediana de casos de 47,5, es decir, 6 casos más que el acumulado en los dos periodos anteriores. Igualmente, se registraron dos casos reincidentes comparado con las demás semanas epidemiológicas. El 81% de los casos (483) eran mujeres y el resto hombres. Tendencia que permanece en el tiempo, aunque con un aumento en la notificación de los hombres.

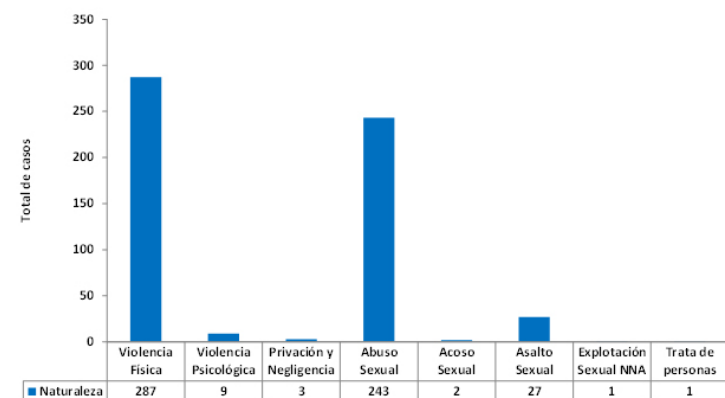
Figura 10. Violencia sexual – violencia intrafamiliar – violencia contra la mujer. 2015.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

De acuerdo a la naturaleza de la violencia se observa que la violencia física y el abuso sexual, siguen siendo los motivos de notificación por las UPGD (Unidades primarias generadoras del dato). Hasta la semana 12, se han presentado 27 asaltos sexuales (violaciones), 10 en menores de edad.

Figura 11. Proporción de casos violencia sexual – intrafamiliar y contra la mujer según naturaleza 2015.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

En lo que respecta al agresor, se encontró que el 82.63% correspondía a un agresor del sexo masculino y en su caracterización era un familiar consanguíneo en un 22.8%, seguido de compañero permanente en un 15%, y no se obtuvo información del 5.9% de los agresores. (Tabla 2)

Tabla 2. Casos violencia sexual – intrafamiliar y contra la mujer según agresor 2015.

Agresor	n	%
2= Compañero (a) permanente	89	15,0%
21= Otros familiares civiles o consanguíneos	135	22,8%
23= Otros agresores	30	5,1%
1= Esposo (a)	67	11,3%
22= Sin información	35	5,9%
3= Novio (a)	34	5,7%
10= Madre	28	4,7%
9= Padre	36	6,1%
13= Hermano (a)	22	3,7%
6= Ex - compañero (a) permanente	23	3,9%
15= Padraastro	14	2,4%
18= Primo (a)	17	2,9%
5= Ex - esposo (a)	12	2,0%
7= Ex - novio (a)	8	1,3%
17= Tío (a)	17	2,9%
11= Hijo (a)	8	1,3%
19= Cuñado (a)	8	1,3%
14= Abuelo (a)	8	1,3%
8= Ex - amante	1	0,2%
16= Madrastra	1	0,2%
12= Encargado (a) del NNA/adulto mayor	1	0,2%
4= Amante	1	0,2%
Total general	593	100,0%

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín.

Al revisar la edad tanto de la víctima como del agresor, se encontró que la víctima sigue siendo una persona muy joven, especialmente menores de 10 años. En cuanto al agresor el 41% está entre los 10 y 39 años, es evidente que al mirar el agresor es muy joven y que cada vez más menores de edad se incluyen en esta categoría, sin embargo en el 18% del total de los casos no se pudo conocer la edad del agresor.

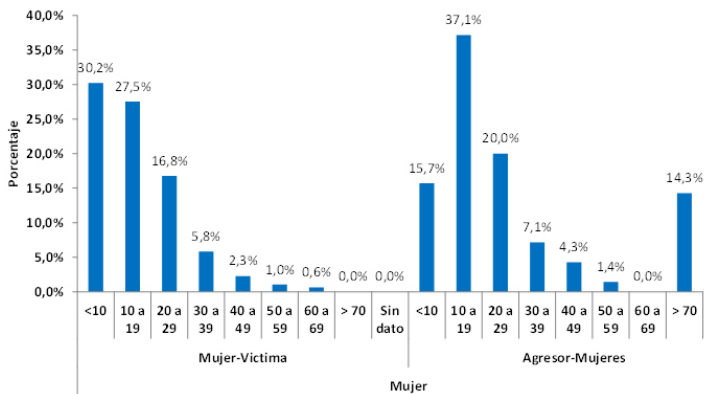
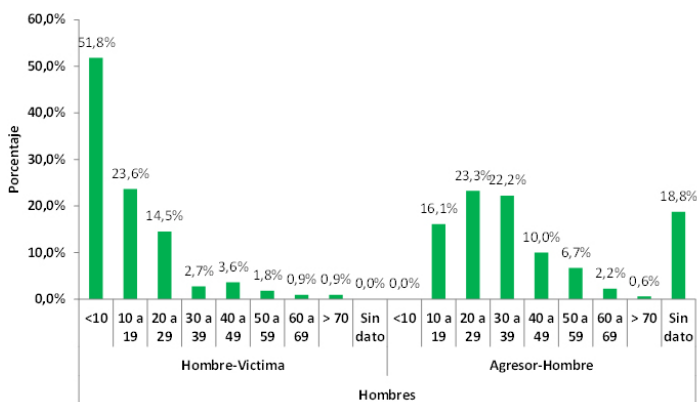


Figura 12. Proporción de casos violencia sexual – intrafamiliar y contra la mujer según víctima y agresor 2015.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Medellín.

Conclusiones – Recomendaciones

Es fundamental, tal y como lo señala también la serie Forensis del INMLyCF que el mejoramiento en la gestión de la información y el fortalecimiento de sus sistemas son un aspecto central para el desarrollo de dispositivos de seguimiento y monitoreo en el tema de violencia. La información recolectada en los sistemas de vigilancia debe integrarse a los de justicia y lograr atención integral de las víctimas tanto de violencia

sexual como violencia intrafamiliar. Además de plantear estrategias para la identificación de casos de manera temprana, logrando así de manera articulada mejores intervenciones, no solo en el ámbito de la salud, sino también en la seguridad.

Los resultados de estos pequeños Boletines facilitan el seguimiento a las políticas, por ejemplo la Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres es adoptada por medio del documento Conpes 161 de 2013 que incluye el “Plan para garantizar a las mujeres una vida libre de violencias”.

En materia de seguimiento a las violencias basadas en el género, destaca la implementación en Medellín de las visitas epidemiológicas de campo a los casos de vigilancia de las violencias intrafamiliar, sexual y contra la mujer, y cuyo objeto es monitorear la situación y, a partir de allí, establecer medidas de prevención, protección y atención eficaces, que han de identificar las fallas de la ruta en donde no solo esta salud, sino también otros sectores.

Como se ha recomendado en varios artículos, es importante trabajar con las mujeres víctimas, pero también con los hombres victimarios. Los programas y estrategias contra esta forma de violencia (especialmente la intrafamiliar) han desarrollado acciones encaminadas a empoderar a las mujeres víctimas en el ejercicio de sus derechos y este es un avance significativo. Sin embargo, no vincular al actor

que genera la violencia es dejar el problema a medias y es un error restringir el trabajo con los hombres victimarios a las acciones jurídico-penales. Si empoderamos a las mujeres en el ejercicio de sus derechos, debemos trabajar simultáneamente con los hombres para que estos cooperen y hagan parte de este proceso de cambio. Esto ayudará a mitigar posibles reacciones violentas contra las mujeres frente a su empoderamiento cotidiano. Es fundamental desarrollar acciones de prevención de esta forma de violencia que hagan foco en los hombres victimarios.

La Secretaría de Salud, sigue vinculando más actores al sistema de vigilancia en la notificación y verificación de los casos, entre los más representativos tenemos el 123

Mujer de la Secretaría de las Mujeres; la Secretaría de Inclusión Social con sus programas de prevención a la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes, por mis derechos y buen vivir en familia. Además de los grandes avances en análisis de datos con la Secretaría de Seguridad.




Se debe insistir a los funcionarios locales en la importancia de prestar una atención basados 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, que permita identificar la problemática de salud mental en esta población.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud. Guía de protocolos de Vigilancia Epidemiológica. 2014
2. Organización Mundial de la Salud – OMS/WHO. Reseña del año 2005. www.who.int Revisión del observatorio de Observatorio Nacional de Seguridad Vial – Colombia
3. Instituto Nacional de Salud. Informe anual de eventos. 2013
4. Revista Forenses. Datos para la Vida. Violencias. Bogotá 2013
5. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico semana 15 de 2015. Consultado el 2015-04-28 www.ins.gov.co



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