

SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

GERENCIA DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN
A LAS PERSONAS

Epidemiología : salud bien pensada !

BIA

BOLETÍN INFORMACIÓN
PARA LA ACCIÓN

Violencia Contra la Mujer es todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la prohibición arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vía pública o en la vía privada-Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993.



Violencia Contra La Mujer-VCM

El Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (o DIEVCM), aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 54/134 del 17 de diciembre de 1999, se celebra anualmente cada 25 de noviembre, éste día evoca el asesinato de las tres hermanas Mirabal, hecho que tuvo lugar el 25 de noviembre de 1960 en República Dominicana-, por órdenes del dictador dominicano Rafael Leónidas Trujillo.

En 1993 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*.

Informe de la OMS sobre la Violencia Contra la Mujer

En su comunicado de prensa del 20 de junio de 2013, en Ginebra, plantea La OMS que la violencia contra la mujer es “**un problema de salud global de proporciones epidémicas**”. La violencia física o sexual es un problema de Salud Pública que afecta a más de un tercio de todas las mujeres a nivel mundial, (según un nuevo informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica).

El estudio contiene *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*, es el primer estudio sistemático de los datos mundiales sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres, ejercida tanto por la pareja como por otras personas. Informa que cerca del 35% de todas las mujeres experimentarán hechos de violencia

ya sea en la pareja o fuera de ella en algún momento de sus vidas. El estudio revela que la violencia de pareja es el tipo más común de violencia contra la mujer, ya que afecta al 30% de las mujeres en todo el mundo. Además destaca la necesidad de que todos los sectores se comprometan en eliminar la tolerancia de la violencia contra las mujeres y en dar mejor apoyo a las que la experimentan. Propone nuevas guías de práctica clínica de la OMS, presentadas junto a este informe, las que tienen por objetivo ayudar a los países a mejorar la capacidad del sector de la salud en responder a la violencia contra las mujeres.

El informe detalla el impacto de la violencia sobre la salud física y mental de mujeres y niñas. Este impacto puede ir desde huesos rotos hasta complicaciones vinculadas a embarazos, problemas mentales y un deterioro en el funcionamiento social.

Las principales conclusiones del informe en cuanto a los impactos en la salud por la violencia ejercida por la pareja fueron: **Muerte y lesiones** – El estudio encontró que a nivel mundial, el 38% de todas las mujeres asesinadas fueron asesinadas por sus parejas, y el 42% de las mujeres que han experimentado violencia física o sexual a manos de su pareja resultaron lesionadas. **Depresión** – La violencia conyugal contribuye de manera importante a los problemas de salud mental de las mujeres, en tanto las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen casi el doble de probabilidades de sufrir depresión en comparación con las que no padecieron ningún tipo de violencia. **Problemas del uso alcohol** – Mujeres que sufren violencia de pareja son casi dos veces más propensas a tener problemas con el uso del alcohol. **Infecciones de transmisión sexual** – Mujeres que sufren violencia de pareja física y/o sexual tienen 1,5 veces más probabilidades de contraer sífilis, clamidia o gonorrea. En algunas regiones (incluida el África subsahariana)

tienen 1,5 veces más probabilidades de contraer el VIH. **Embarazo no deseado y aborto** – Tanto la violencia de pareja como la violencia sexual de personas que no son pareja se asocian con el embarazo no deseado. Según este informe, las mujeres que sufren violencia de pareja física y/o sexual tienen el doble de probabilidades de tener un aborto que las mujeres que no sufren este tipo de violencia. **Bebés con bajo peso al nacer** – Las mujeres que sufren violencia de pareja tienen un 16% más de probabilidades de tener un bebé de bajo peso al nacer.

El informe enfatiza en la necesidad de una mejor información y una mayor atención a la prevención, pues en el se afirma que, el miedo al estigma impide que muchas mujeres denuncien la violencia sexual fuera de la pareja. Otras barreras para la recolección de datos incluyen el hecho de que pocos países recopilan información sobre este tipo de violencia. Además, muchas encuestas sobre la violencia sexual fuera de la pareja emplean enfoques de medición menos sofisticados que los utilizados en el monitoreo de violencia de pareja.

"Esta revisión pone de manifiesto la falta de datos sobre la violencia sexual por parte de personas que no son pareja, incluso en zonas de conflicto", el doctor Naeemah Abrahams, del Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica, agrega: "Necesitamos que más países midan la violencia sexual y utilicen los mejores instrumentos de medición que estén disponibles". Dice el comunicado que a pesar de estos obstáculos, la revisión encontró que el 7,2% de las mujeres a nivel mundial reportó ser objeto de violencia sexual por agresor diferente a su pareja. Como resultado de esta violencia, estas mujeres fueron 2,3 veces más propensas a tener trastornos por el uso del alcohol y tuvieron 2,6 veces más probabilidades de tener depresión o ansiedad, probabilidades algo más altas que las mujeres que sufrieron violencia de pareja. Se hacen recomendaciones para el Sector Salud sobre la necesidad

urgente de mejorar la atención a las mujeres que han experimentado actos violentos. Estas mujeres a menudo buscan atención médica, sin revelar necesariamente la causa de sus lesiones o problemas de salud. "Los resultados del informe muestran que la violencia aumenta la vulnerabilidad de las mujeres a una gama de problemas de salud a corto y largo plazo; ponen de relieve la necesidad de que el sector de la salud tome la violencia contra las mujeres como un problema más serio", sostuvo la doctora Claudia García-Moreno de la OMS. "En muchos casos, esto se debe a que los trabajadores de salud simplemente no saben cómo responder", explicó.

Colombia asume el compromiso de luchar contra la violencia hacia la mujer

En la década del 80 en el país se definían las primeras acciones contra la violencia hacia la mujer, es así como en 1981 se celebró en Bogotá el *Primer Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe*, donde se decidió marcar el 25 de noviembre como el **Día Internacional de No Violencia contra las Mujeres**, recordando el asesinato de las hermanas Mirabal.

Colombia contempla en dos de los ocho Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), acciones dirigidas hacia la Mujer, como son Objetivo 3. *Promover la Igualdad de Género y la autonomía de la Mujer: que parte de reconocer las diferencias entre hombres y mujeres, en especial, aquellas que se han convertido históricamente en desventajas y que se evidencian en las relaciones de poder en las parejas, la familia, la sociedad y la cultura en general, cuando se trata del ejercicio de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones, y el Objetivo 5. Mejorar la salud Sexual y Reproductiva: en éste objetivo se plantea que un buen estado de salud sexual y reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; el derecho a procrear o no; la libertad para decidir el número y espaciamiento de los*

hijos; el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas, sin sufrir discriminación, coerción ni violencia; el acceso a métodos seguros, eficaces, aceptables y asequibles para regular la fecundidad; la eliminación de la violencia doméstica y sexual, que afecta la integridad y la salud; entre otras.

Para dar cumplimiento a lo establecido en los convenios internacionales de derechos humanos- en especial la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer- ratificados por Colombia, y con base en los principios de la Constitución Política Colombiana, se han venido creando las primeras acciones legales; Ley 1257 del 4 de diciembre de 2008 referente al trato digno a las mujeres víctimas de la Violencia en términos de sensibilización, prevención y sanción de estos actos y evitar así la discriminación contra las mujeres, esta Ley se hace operativa con la Resolución 459 de marzo 6 de 2012 que adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual en todo el territorio Colombiano.

LEY 1257 DE 2008

(Diciembre 4)

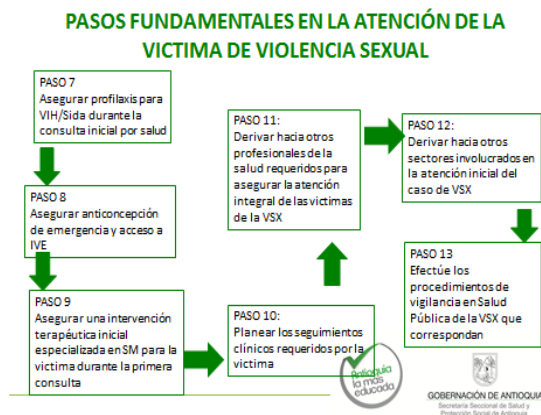
Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. En el **ARTÍCULO 1o. OBJETO DE LA LEY.** Se refiere a la adopción de normas que permitan garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la

adopción de las políticas públicas necesarias para su realización.

RESOLUCIÓN 000459 DE 2012 (Marzo 6)

Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, el cual es de **obligatorio cumplimiento** para la atención de las víctimas de violencia sexual, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, del régimen contributivo y del régimen subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

La Resolución 459 describe los pasos fundamentales en la Atención de la Víctima de Violencia Sexual, así como la ruta para la Atención Inicial en caso de Violencia Sexual, los cuales se sintetizan en las gráficas siguientes:



La Resolución 459 describe 13 pasos a tener en cuenta para la atención de la víctima de violencia sexual; el primero de los cuales es la capacitación a la población sobre sus derechos a la atención; además establece la responsabilidad que tienen las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de prepararse para prestar esta atención, por lo cual se deben cumplir los requisitos mínimos de habilitación y garantizar la capacidad de su personal para realizar esta atención de manera integral, además debe tener presente la recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de Urgencias.

Una vez realizada una completa valoración inicial recordar que de un lado se debe garantizar la toma, embalaje, rotulación y custodia adecuados de las pruebas periciales y por el otro se deben, realizar la pruebas diagnósticas y aplicación de tratamientos y/o profilaxis a que haya lugar, el cumplimiento con esta directriz implica que en todos los servicios de urgencias del departamento se cuente con el KIT de atención para la atención de la víctima de violencia sexual; igualmente se debe garantizar la atención con calidad y calidez; para finalmente y no por ello menos importante activar la ruta externa de atención y la notificación al SIVIGILA.

Con el fin de permitir el análisis y la interpretación de la información aquí presentada se retoman las siguientes definiciones tomadas del Protocolo de vigilancia y control en salud pública de la violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia sexual.

Violencia contra la mujer (VCM): cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado- Ley 1257 de 2008-

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

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

Violencia Física: uso intencional de la fuerza física con potencial para causar muerte, discapacidad, lesión, daño o sufrimiento. Si la ocurrencia se relaciona con agresor(es) pertenecientes al núcleo familiar- Considerar el núcleo familiar en sentido amplio, convivan o no bajo el mismo techo-, encargado del cuidado dentro o fuera del hogar, conviviente sin ser familiar o quien tiene una relación de pareja íntima con la persona agredida se constituye una violencia intrafamiliar física.

Violencia psicológica: acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza,

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

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

Abuso sexual: aprovechamiento, por parte del sujeto activo del delito o agresor, de circunstancias que lo ubican en una situación ventajosa frente a la víctima, tales como la superioridad manifiesta, las relaciones de autoridad dadas por la edad, el poder o autoridad (jefe, maestro, médico, sacerdote, pastor, funcionario público, militar, etc.); incapacidad física o psicológica de la víctima, entre otras. La característica de esta forma de violencia es el aprovechamiento de la condición de ventaja o de la condición de vulnerabilidad de la víctima como mecanismo utilizado por el agresor para cometer el delito sexual. El abuso sexual para fines operativos son los actos sexuales sin penetración del pene u otra parte del cuerpo o elemento, con o sin contacto directo, realizados mediante fuerza, engaño, sobornos, amenazas, seducción, manipulación. Incluye manosear, masturbar, realizar prácticas exhibicionistas y otras.

Acoso sexual: El que en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de su superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie

física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona (Ley 1257 de 2008)

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

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

Pornografía con NNA (niños, niñas y adolescentes): producción, distribución y tenencia de “toda representación, por cualquier medio de comunicación, de un niño o niña menor de 18 años de edad, o

con aspecto de niño o niña, involucrado en actividades sexuales reales o simuladas, de manera explícita o sugerida, con cualquier fin.

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

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

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

Situación en el Departamento de Antioquia

El departamento ha venido invirtiendo y sumando esfuerzos en temas que propenden por la Salud Mental. Los eventos que se presentan como producto de la Vigilancia en Salud Mental, hacen referencia a los intercambios relacionales que son circunstancia de

nuestra condición de seres sociales, quiere decir que estas situaciones se presentan en el contexto familiar y social que en la interacción con el otro evidencian actos que hacen daño.

Antioquia reporta altos índices de violencias, que se pueden tipificar en casi todas las formas (violencia socio-política, violencia familiar, las basadas en el género, sexual, de pareja y por último una de la más ignominiosa por su desenlace fatal: los feminicidios). La forma como aparecen y se expresan en las realidades comunitarias son complejas, tanto en sus momentos iniciales, como en los diferentes escenarios y expresiones. Las violencias con todos sus rostros son hoy, uno de los problemas que más daño hace al desarrollo sostenido del país y de igual forma, es el obstáculo que más frecuentemente expresan las comunidades y los actores del SGSS para el logro de los derechos humanos, la salud y la calidad de vida en el departamento.

Desde el año 2008 en el departamento de Antioquia se viene haciendo vigilancia de la violencia intrafamiliar y sexual; en el año 2012 se adoptó el protocolo de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar- VIF, violencia sexual-VSX y violencia contra la mujer VCM del Ministerio de Salud.

Los datos que se configuran como Violencia Contra la Mujer durante el primer semestre de 2013 fueron obtenidos del reporte al SIVIGILA realizado por las Unidades Primarias Generadoras de Datos- UPGD- y Unidades Informadoras – UI- de los 125 Municipios del Departamento de Antioquia. Entre ellos se cuenta con la notificación de las comisarías de familia, fuente valiosa en la recopilación de los datos de violencias y que nos han permitido tener un registro más aproximado a la realidad del fenómeno en nuestro Departamento.

Distribución de los eventos reportados según sexo de la víctima.

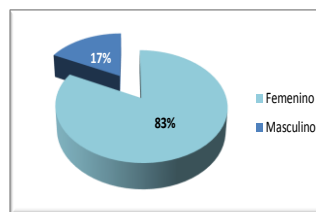


Figura2. Distribución porcentual de los casos de Violencia Intrafamiliar, Sexual y contra la Mujer según sexo de la víctima. Antioquia, primer semestre 2013. Fuente: SIVIGILA, Antioquia 2013.

En este periodo al igual que en años anteriores se observa una mayor proporción de casos en los cuales la víctima reportada es una mujer (83%), incluso en los casos de privación y negligencia, en los cuales se observó en periodos anteriores una menor diferencia entre los sexos.

Distribución porcentual de los casos según lugar de ocurrencia

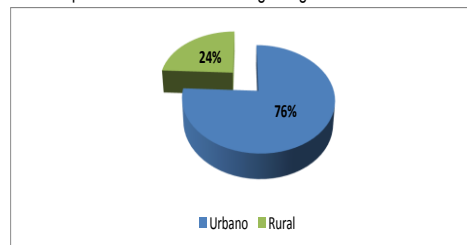


Figura3. Distribución porcentual de los casos de Violencia Intrafamiliar, Sexual y contra la Mujer según lugar de ocurrencia. Antioquia, primer semestre 2013. Fuente: SIVIGILA, Antioquia 2013

Respecto al lugar de ocurrencia se encuentra que la mayor proporción de casos reportados se presentó en el área urbana (76.0%), esto puede ser el reflejo de la diferencia en términos de oportunidades culturales, académicas y de acceso tanto para la atención en salud como para la denuncia efectiva de los casos.

En lo relacionado con la pertinencia étnica el 94.2% de los casos se presentó en el grupo poblacional de Otros, seguido de los afro descendientes 4.2%, el resto de grupos étnicos aparecen con menos de un 1,5% cada uno. Se considera importante recordar la población multiétnica que existe en el departamento por tal razón se debe indagar en estos asuntos ya que la alta proporción de casos clasificados en el Grupo de

Otros, puede representar todos aquellos datos que se pasan por alto al momento de la entrevista con la víctima. Igualmente al revisar la distribución de los eventos por Grupo Poblacional se encuentra que la mayor proporción se presentó en el grupo de "Otros Grupos Poblacionales" 94.4% de casos, el 2.9% corresponde a desplazados, el 1.9% a gestantes. Se hace necesaria una conducta de entrada que permita diferenciar otras condiciones de la víctima que posibilite el abordaje con enfoque diferencial en términos culturales.

Tabla2. Distribución porcentual de los casos de Violencia Intrafamiliar, Sexual y contra la Mujer según grupo poblacional. Antioquia, primer semestre 2013

Grupo Poblacional	Casos	%
Otros Grupos Poblacionales	4051	94,4%
Desplazados	124	2,9%
Gestantes	82	1,9%
Discapacitados	35	0,8%
Migrantes	1	0,0%
Total general	4293	100%

Fuente: SIVIGILA, Antioquia 2013

Distribución porcentual de los casos de Violencia en Gestantes

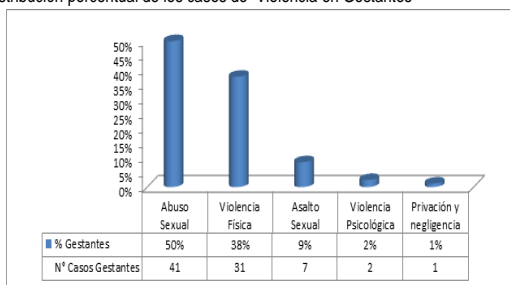


Figura7. Distribución porcentual de los casos de Violencia Intrafamiliar, Sexual y contra la Mujer en Gestantes. Antioquia, primer semestre 2013.

Fuente: SIVIGILA, Antioquia 2013

Comparativamente el porcentaje de casos relacionados con la violencia en Gestantes es mínimo-1,9% de casos por Grupo Poblacional- no obstante es necesario considerar el impacto negativo del evento para la Salud Mental del binomio madre-hijo dadas las secuelas de la violencia, en este caso se observa un predominio del Abuso sexual con un 50% de los casos en gestantes, seguido de la Violencia Física con 38%; se resalta que aunque la Violencia Psicológica

representa el 2% del total de casos notificados, se hace necesario considerar la presencia de ésta en los demás casos.

Distribución de los eventos reportados de Violencia Intrafamiliar y Sexual por régimen de afiliación.

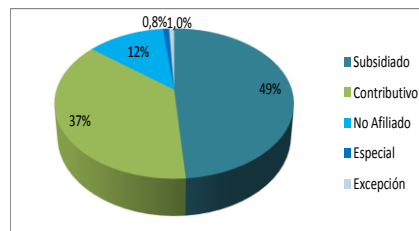


Figura8. Eventos de Violencia Intrafamiliar, Sexual y contra la Mujer notificados por régimen de afiliación. Antioquia, primer semestre 2013

Fuente: SIVIGILA, Antioquia 2013

En cuanto a la afiliación al SGSSS la mayor proporción de casos se reportaron en personas afiliadas al Régimen Subsidiado, proporción que se observa en relación con un mayor aseguramiento en este régimen en todas las subregiones con excepción del Área Metropolitana.

Distribución de antecedentes de hechos similares reportados de Violencia intrafamiliar, sexual y contra la mujer.

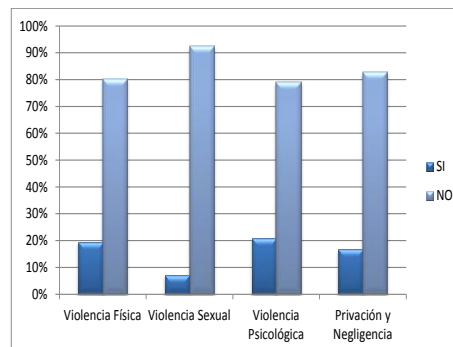


Figura9. Porcentaje de antecedentes de hechos similares reportados de Violencia intrafamiliar, sexual y contra la mujer Antioquia, primer semestre 2013.

Fuente: SIVIGILA, Antioquia 2013.

De acuerdo al reporte de notificaciones de Violencia Intrafamiliar y Sexual, se observó que en el 17% de los casos se había presentado un hecho similar en los últimos tres meses, aspecto que evidencia una vez más la condición crónica de este evento e indica que es necesario intensificar las acciones de prevención y protección en Salud Mental dirigidas a la víctima.

Los eventos en los cuales se observó una mayor proporción de

casos Reincidentes fueron en la Violencia Psicológica (21%) y física (20%) lo que habla de la condición crónica de estos y de la gravedad porque se debe tener en cuenta que no sólo se repiten, sino que requieren atención médica.

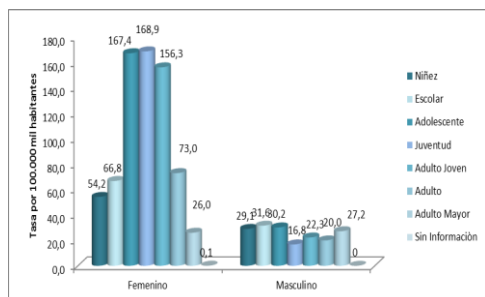


Figura 10 Porcentaje de casos de Violencia Intrafamiliar, Sexual y contra la mujer Sexual según ciclo vital y género. Antioquia, 2013. Fuente: SIVIGILA, Antioquia 2013 *Tasa por 100.000 habitantes

En todos los ciclos vitales se observa una mayor proporción de casos en mujeres, con un incremento progresivo de los casos en las mujeres a medida que aumenta la edad, hasta la edad adulta donde se observa un leve descenso. Es evidente el mayor riesgo de las mujeres en todos los grupos de edad frente a todos los tipos de violencia; sobresalen el grupo de adolescentes y jóvenes con las tasas más altas.

En total los eventos violentos reportados durante el primer semestre de 2013 suman 4293 casos, concentrando el 83% del total de casos las víctimas de sexo femenino, el grupo de edad con mayor presencia es el de juventud con el 30% de casos, seguido por los adolescentes con el 25% de ellos.

Al calcular la tasa de violencia Intrafamiliar y sexual, por naturaleza y ciclo vital, se puede observar un mayor riesgo a cierto tipo de violencia, en cada ciclo vital, así: En la niñez se tiene una mayor vulnerabilidad a la privación y negligencia, con una tasa de 13.9 casos de privación y negligencia en niños de 0 a 4 años por 100.000 niños de esta edad. Los adolescentes presentan una mayor

vulnerabilidad a la violencia sexual con una tasa de 52.5 casos de violencia sexual por cada 100.000 adolescentes en el departamento en el periodo evaluado. En el grupo de adulto joven se observa una mayor vulnerabilidad a la violencia física con una tasa de 64 casos por 100.000 adultos jóvenes.

El factor de vulnerabilidad más frecuentemente identificado (16.7% de los casos) fue ser mujer cabeza de familia, seguido de estudiante (14.6%) lo que se relaciona con una alta proporción de casos en la edad escolar y adolescentes (31.0%) del total de casos reportados en el primer semestre. También es llamativo que la condición de campesino (a), se presente como factor de vulnerabilidad en el 5.1% de los casos notificados.

Cuando se evalúan los datos se encuentra que el 79% de los agresores pertenecen al grupo familiar. En la revisión por naturaleza del evento se encuentra que el agresor pertenece al grupo familiar en el 95% de los casos de Violencia Psicológica, el 94% de Privación y Negligencia, el 85% de los reportes de Violencia Física y el 50% de los casos de Violencia Sexual, lo que se corresponde con el hecho de la probabilidad de reportar Violencia Sexual intra y extra familiar. Además se observó que el 58% de casos de Violencia Psicológica, el 54% de violencia física y el 9% de casos de Violencia Sexual fueron perpetrados por la pareja o ex pareja. El 4% de los casos de Violencia Física y el 9% de Violencia Psicológica es ocasionada por los hijos, situación inquietante que habla del deterioro de las relaciones al interior de la familia.

Distribución porcentual de los casos reportados de Violencia que conviven con el agresor

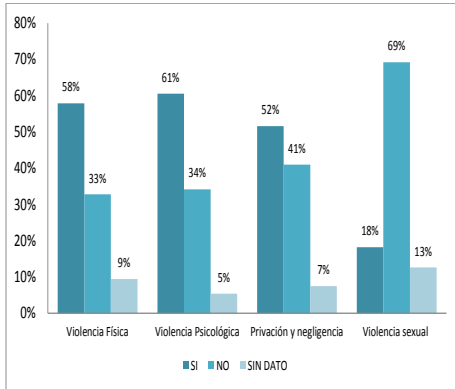


Gráfico 10. Distribución porcentual de los casos reportados de Violencia contra la mujer, intrafamiliar y sexual que conviven con el agresor. Antioquia, Primer semestre 2013. Fuente: SIVIGILA, Antioquia 2013.

En concordancia con la lógica del evento que se evalúa se encontró que en aproximadamente el 49% de los casos la víctima convive con el agresor. La mayor proporción se da para la Violencia Psicológica 63.4% y violencia física 63.2%; Privación y Negligencia 59.7%, en la Violencia Sexual se reporta que un 21.5% de los casos convive con el agresor.

Con relación al agresor no familiar se identificó en 226 casos y de estos en el 33% de ellos, el agresor fue un vecino, en el 23% un amigo, en el 16% un conocido sin ningún trato, en el 11% un desconocido, en un 5% de casos fue un compañero de estudio y en el 3% un profesor

Dado el énfasis en la necesidad de garantizar desde el sector salud una atención con calidad y calidez, es importante revisar el cumplimiento de las acciones de salud pública realizadas a las víctimas.

Solo el 15% de las víctimas de violencia Psicológica recibieron atención especializada en salud mental.

Distribución de frecuencia de los casos de Violencia que recibieron atención psicosocial

Tabla 9. Distribución de frecuencia de los casos de Violencia contra la mujer, intrafamiliar y sexual que recibieron atención psicosocial. Antioquia, primer semestre 2013

Evento/Atención Psicosocial	Atención Psicosocial				Total general
	Si	%	No	%	
Violencia Física	824	36%	1435	64%	2259
Abuso Sexual	510	62%	318	38%	828
Violencia Psicológica	387	47%	436	53%	823
Privación y negligencia	61	32%	127	68%	188
Asalto Sexual	82	73%	30	27%	112
Turismo Sexual	0	0%	40	100%	40
Acoso Sexual	24	67%	12	33%	36
Explotación Sexual Comercial NNA	4	80%	1	20%	5
Pornografía con NNA	0	0%	1	100%	1
Trato de personas para explotación sexual	0	0%	1	100%	1
Total general	1892	44%	2401	56%	4293

Fuente: SIVIGILA, Antioquia 2013.

El 44% de los pacientes notificados recibieron atención psicosocial. Al desagregar por evento la Atención psicosocial se encontró que las víctimas de Asalto sexual recibieron atención en el 73% de los casos, el Acoso Sexual recibieron en el 67%, el Abuso Sexual en el 62% y dentro de esta categoría a los niños, niñas y adolescentes explotados sexualmente se le atendió al 80% de ellos; para el resto de eventos se prestó en una menor proporción, en un rango entre 32% y 47% de los casos notificados.

Distribución de frecuencia de los casos de Violencia sexual que recibieron profilaxis para ITS

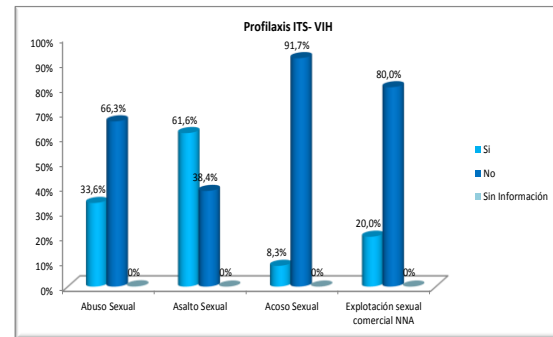


Gráfico 11. Distribución de frecuencia de los casos de Violencia contra la mujer, intrafamiliar y sexual que recibieron profilaxis para ITS. Antioquia, primer semestre de 2013. Fuente: SIVIGILA, Antioquia 2013.

Al 36% de los casos reportados en la categoría de Violencia Sexual se les realizó profilaxis para infecciones de transmisión sexual, que corresponde a 351 pacientes de los cuales 278

fueron notificados como abuso sexual, 69 como Asalto Sexual, 3 como Acoso Sexual y uno más como Explotación Sexual. La mayor proporción de profilaxis se dio como es de esperar a las víctimas de asalto sexual.

En el periodo evaluado se notificaron un total de 112 casos de Asalto Sexual de los cuales sólo al 62% (69 casos) se les realizó profilaxis para ITS, al revisar la base de datos de esos 43 pacientes restantes que no se les aplicó profilaxis, 7 eran niñas menores de 14 años embarazadas en quienes no aplicaba la profilaxis para ITS sino los exámenes diagnósticos propios del CPN, lo que deja 36 usuarios notificados como víctimas de Asalto Sexual y de los cuales 22 (61%) consultaron en las primeras 72 horas, de estos 15 consultaron el mismo día del asalto, estos datos evidencian un incumplimiento del protocolo de atención a víctimas de la Violencia Sexual.

El 22% de los pacientes atendidos por violencia sexual recibieron anticoncepción de emergencia, al revisar éste evento se encontró que se administró ésta al 19% de los pacientes notificados como víctimas de Abuso Sexual, al 46% de las víctimas de Asalto Sexual y al 6% de pacientes de Acoso Sexual. Llama la atención que al 6% de los pacientes con Violencia Física (3 casos), se reportó la administración de anticoncepción de emergencia, lo que se constituye en una falencia en la calidad del dato.

Estas inconsistencias presentadas al igual que otras que se identificaron durante el manejo de la base de datos, evidencian deficiencias en la calidad del dato, situación que de un lado dificulta el proceso de gestión del dato y del otro limita la posibilidad de análisis, es pues indispensable el compromiso en la recopilación de los datos y un sistema que garantice la consecución de la información básica de los eventos que reflejen la situación real de Violencia Contra la mujer

en el Departamento así como la aplicación del Protocolo.

¿Qué viene haciendo el Departamento?

El departamento de Antioquia-Secretaría seccional de Salud y protección social- ha venido desarrollando acciones de Salud Pública específicamente desde Salud Mental fortaleciendo a los 125 municipios por medio de la Asesoría y asistencia Técnica en elementos de prevención detección temprana, y Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar- VIF, Violencia Sexual-VSX y Violencia Contra la Mujer VCM.

Encuentros Regionales SM:

En el 2013 se han realizado 8 encuentros regionales en el Nordeste (Yolombo), Suroeste (Caldas), Área Metropolitana (Bello), Oriente (Rionegro), Magdalena Medio (Puerto Berrio), Occidente (Santa Fé de Antioquia), Norte (Don Matías), Urabá (Necoclí y Apartadó); Por medio de estos encuentros se busca fortalecer la capacidad del personal de los municipios a través de la transmisión de dispositivos para abordarlos, habilidades para la vida y rutas metodológicas.

Además Asesoría y asistencia técnica AAT a los actores del sistema de protección social en las rutas de atención a la VIF según competencia y sector



CONCLUSIONES

El reporte de eventos de violencia intrafamiliar, violencia sexual y contra la mujer, se incrementa cada año, lo que es producto de un trabajo de sensibilización a los actores sociales, información a la comunidad y legislación que apoya la atención sin restricciones, la protección y restitución de derechos a las víctimas.

Las deficiencias de calidad del dato es un aspecto que limita el análisis de estos eventos y en ese orden de ideas se restringe su utilidad para la toma de decisiones, es fundamental comprometer a los prestadores de servicios de salud en la calidad del dato.

En los Comités de Salud Pública de todos los municipios en mayor o menor grado se trata el tema de violencia intrafamiliar, sexual y contra la mujer, aun se requiere una mayor articulación interinstitucional e intersectorial, que garantice tanto una adecuada calidad en la atención en salud como la protección y restitución de derechos de las víctimas.