

IQEN

INFORME QUINCENAL
EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Volumen 23 número 7 - Bogotá, D.C. - 15 de abril de 2018

Violencia en gestantes en Colombia: evidencias de la vigilancia de la violencia de género, 2012 - 2017.....70

Ministro de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe

Directora General Instituto Nacional de Salud

Martha Lucía Ospina Martínez

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Franklyn Edwin Prieto Alvarado

Comité Editorial

Franklyn Edwin Prieto

Oscar Eduardo Pacheco

Pilar Zambrano

Cecilia Saad

Luis Fernando Fuertes

Paola Elena León

Diseño y Diagramación

Claudia P. Clavijo A.

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, INS

Instituto Nacional de Salud

Avenida calle 26 n.º 51-20

Bogotá, D.C., Colombia

El Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN) es una publicación de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud.

Los datos y análisis pueden estar sujetos a cambio. Las contribuciones enviadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad, y todas deberán ceñirse a las normas y principios éticos nacionales e internacionales.

El comité editorial del IQEN agradece el envío de sus contribuciones a la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud; mayor información en el teléfono 220 77 00, extensiones 1382, 1486.

Cualquier información contenida en el IQEN es de dominio público y puede ser citada o reproducida mencionando la fuente.

Cita sugerida:

Cortés Molano N. P. Violencia en gestantes en Colombia: evidencias de la vigilancia de la violencia de género, 2012 - 2017; 23 (7):69 - 84 Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/IQEN/IQEN%20vol%2023%202018%20num%2007.pdf>

Violencia en gestantes en Colombia: evidencias de la vigilancia de la violencia de género, 2012 - 2017

Natalí Paola Cortés Molano¹

Resumen

Introducción: La violencia produce múltiples problemas de salud a nivel individual y colectivo. En las gestantes este evento es más impactante por las consecuencias que genera, no sólo para la embarazada, sino para el feto o recién nacido. El objetivo de este estudio fue identificar las características demográficas, sociales y epidemiológicas de la violencia en gestantes en Colombia, del 2012 al 2017.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de casos notificados al Sivigila-, del evento violencia de género e intrafamiliar (2012 – 2017) en gestantes. Las variables analizadas fueron grupo de edad, aseguramiento, pertenencia étnica, hospitalización, condición final, departamento de procedencia, modalidad de violencia, parentesco con la víctima, mecanismo utilizado y atención en salud. Se depuró la base de datos, se calcularon medidas de tendencia central y dispersión y análisis de comportamientos inusuales.

Resultados: Se notificaron 433.083 casos de violencia de género e intrafamiliar (5,9 % son gestantes). Casanare registra la razón de violencia en gestantes

más alta con 105 casos por mil nacidos vivos para 2017. El 50 % de los casos fueron mujeres de 10 a 19 años, el 80,9 % de casos de violencia sexual fue en menores de 14 años. La vivienda es el escenario donde se reporta el 79,3 % de los casos, el 18,8 % son estudiantes. La madre es la principal agresora por negligencia y abandono y la pareja en las demás modalidades de violencia. Para violencia sexual, que implica riesgo de ITS, se realizó profilaxis de VIH al 10,7 % de los casos.

Conclusiones: Se requiere continuar fortaleciendo la vigilancia del evento y las acciones de promoción y prevención en salud materna. Casanare ha mantenido en los últimos años la razón más alta de violencia en gestantes.

Palabras claves: violencia contra la mujer, delitos sexuales, salud mental, vigilancia epidemiológica.

1. Grupo de Salud Mental y Lesiones de Causa Externa – Instituto Nacional de Salud

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia es el uso intencional de la fuerza física o amenazas contra otra persona que tiene como consecuencia un traumatismo, daño psicológico, problemas de desarrollo o la muerte ⁽¹⁾. Anteriormente, la violencia y maltrato familiar se reconocían como problemas sociales, en la actualidad la violencia doméstica se clasifica como violencia de género. Este suceso es ejercido en su mayoría por el compañero o excompañero sentimental. Los autores indican que la conducta violenta surge cuando hay desequilibrio de poder y se ocasiona daño físico, psicológico o económico. Algunas de las conductas más frecuentes son golpes, gritos, insultos, groserías y violación ⁽²⁾.

La violencia contra la mujer ha sido constante a través de la historia; sin embargo, la preocupación es reciente, esto se explica por los cambios de rol de las mujeres y su valoración en la sociedad lo que hace intolerables algunas conductas de los hombres ⁽³⁾. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define la violencia contra la mujer como todo acto de violencia de género que trae como resultado daño físico, sexual o psicológico, incluso, las amenazas de tales actos, coacción o privación arbitraria de libertad que se produzca en la vida pública o en la privada ⁽¹⁾.

De acuerdo con la OMS, algunos factores de riesgo para ser víctima de violencia incluyen bajo nivel de escolaridad, antecedentes de violencia, trastornos de la personalidad, consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, múltiples parejas o sospecha de infidelidad, conducta dominadora de la pareja, entre otros. Es importante resaltar que los elevados niveles de testosterona se han relacionado con comportamientos violentos que se expresan en pensamientos, agresividad verbal, competencia, comportamiento dominante y violencia física ⁽⁴⁾.

En 2013, la OMS, en colaboración con la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres / London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) y el Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica, con datos de un estudio realizado en más de 80 países, observaron que en todo el mundo, cerca de un tercio de las mujeres había sido objeto de violencia física o sexual. En proporción similar las mujeres que habían tenido una relación sentimental sufrieron

violencia física o sexual por parte de su pareja. Las estimaciones de prevalencia de violencia de pareja oscilan entre el 23,2 % en los países de ingresos altos, un 24,6 % en la región del Pacífico Occidental, 37 % en la región del Mediterráneo Oriental y 37,7 % en la región de Asia Sudoriental ⁽¹⁾. En Gauteng, Sudáfrica, aproximadamente la mitad de las mujeres encuestadas refirieron haber sido víctimas de algún tipo de violencia. El 43,7 % de las mujeres refieren violencia psicológica, el 25 % violencia sexual, el 2,7 % fueron amenazadas con perder el trabajo si no tenían relaciones sexuales con un hombre, mientras que el 2 % debían acceder a tener sexo para conseguir trabajo, sólo el 3,9 % de las mujeres denunciaron los hechos a la policía ⁽⁵⁾.

Un estudio comparativo, realizado por la OMS, identificó que gran proporción de mujeres habían sido víctimas de violencia física en Camboya (18 %) y en Zambia (48 %), de ellas el 4 % y el 17 % padecieron violencia sexual. Otro estudio realizado en diez países registró que el 17 % y el 75 % de mujeres casadas en República Dominicana y Bangladesh, respectivamente, habían sufrido estos dos tipos de violencia durante el matrimonio ⁽⁶⁾.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), realizó un análisis comparativo de la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe, donde determinó que la violencia por parte del compañero sentimental está generalizada en todos los países de la región, generalmente inicia con actos moderados hasta llegar a situaciones crónicas, aunque algunas características sociodemográficas varían dependiendo del país, la prevalencia y la probabilidad de violencia, no se diferencian en relación con la posición económica ⁽⁶⁾.

En el Salvador (6,6 %) y República Dominicana (24,8 %) de las mujeres han presentado fracturas graves posteriores a un evento de violencia. En una provincia en Canadá, se identificó que la violencia en una gestante aumenta el riesgo de mortalidad materna dado por hemorragias. En Estados Unidos, se registró que el 54 % de los suicidios y el 45 % de homicidios en maternas, estaban asociados a violencia ejercida por el compañero sentimental ⁽⁷⁾.

Algunas investigaciones en América Latina y el Caribe muestran que la violencia doméstica ha sido generalizada, en estas regiones. Se ha evidenciado por medio de encuestas que casi la mitad de las mujeres han sufrido violencia psicológica y física.

En décadas anteriores, se reportaban prevalencias superiores al 50 % para este evento, por ejemplo: Chile reportaba 60 %, Costa Rica 54 %, zona rural de Jalisco 57 %) y Guanajuato (México) (56 %). En Colombia la prevalencia reportada fue de 26 %. Durango (42 %) y Guadalajara (46 %), México, también notificaron prevalencias inferiores al 50 %. (8). Las estadísticas regionales confirman cada vez más el crecimiento del feminicidio en América Latina. Los casos más relevantes de violencia contra la mujer se han producido en México y en Guatemala (9).

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015 en Colombia, estableció que el tipo de violencia que más se genera en una relación de pareja es la psicológica, seguida por la física, económica y sexual. Otros hallazgos representativos son: El 64,1 % de las mujeres fueron víctimas de violencia psicológica y el 66,9 % de los hombres quienes refieren que este tipo de violencia es consecuencia de “celos” por hablar con otras mujeres. Con respecto a factores relacionados; el 39 % de las mujeres y el 35,7 % de los hombres, afirman que se presenta por subvaloración por parte de su pareja. El 7 % de las mujeres fueron amenazadas con un arma y el 5,4 % de los hombres. El 15,5 % de las mujeres y el 13,1 % de los hombres manifestaron que su pareja los había amenazado con abandonarlos o irse con otra pareja. Se les amenazó con “quitar los hijos” al 12,8 % de las mujeres y al 9,4 % de los hombres. El 9,7 % de las mujeres refirieron haber sido agredidas durante el embarazo, de ellas, el 54,5 % fue por la expareja (10).

En cuanto a la violencia física, la ENDS 2015, reporta que el 31,9 % de las mujeres y el 22,4 % de los hombres fueron víctimas de este tipo de violencia; el 8,7 % de las mujeres fueron pateadas o arrastradas por su pareja, gran diferencia respecto a los hombres que reportaron el 1,8 %. Al 4,4 % de las mujeres, su pareja intentó estrangularlas o quemarlas. El mayor porcentaje de violencia física hacía las mujeres se concentra en el grupo de edad de los 45 a los 49 años (33,9 %), y en quienes tienen grado de escolaridad “secundaria” (35,3 %) (10).

En 2010, la ENDS reportó un 9,7 % de mujeres víctimas de violencia sexual por parte de su pareja, disminuyendo en dos puntos porcentuales en el año 2015 con un 7,6 %. Este tipo de violencia se presentó en mujeres de 45 a 49 años y en el grado de escolaridad “primaria”. Los agresores, en su mayoría,

son personas conocidas como exparejas (19,3 %), pariente (14,3 %), un conocido (14 %), exnovio (11,6 %), padrastro (5,7 %) y el padre (5,4 %) (10).

Como consecuencias e impacto para la salud, la violencia ocasiona graves problemas físicos, mentales, sexuales y reproductivos a corto y largo plazo, tanto en las mujeres como en los hijos. Adicionalmente tiene un elevado costo social y económico para la mujer, su familia y la sociedad (1).

Este tipo de violencia puede tener consecuencias mortales, como homicidio o suicidio, ocasionar embarazos no deseados, abortos provocados, problemas ginecológicos e infecciones de transmisión sexual. La violencia durante el embarazo aumenta la probabilidad de aborto involuntario, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer. En cuanto a la afectación de la salud mental, puede ocasionar trastorno de estrés postraumático, ansiedad, insomnio, trastornos alimentarios e intento de suicidio, aumenta la probabilidad casi dos veces en presentar depresión y aumentar la ingesta de alcohol en mujeres violentadas. Además, algunas mujeres pueden llegar a tener algún tipo de discapacidad o lesión grave posterior a algún episodio de violencia (7).

La violencia, en especial física, hacia la mujer embarazada puede ocasionar ruptura uterina, fractura de pelvis, hemorragias, aumento del riesgo de aborto, desprendimiento de placenta, corioamnionitis, amenaza de parto prematuro, bajo peso al nacer, complicaciones postparto e incluso la muerte. También se han registrado cuadros de estrés acompañados de depresión, ansiedad, temor, angustia. Algunas mujeres se sienten incapaces para ejercer los cuidados del recién nacido, lo que también conlleva a la depresión postparto. La violencia hacia las mujeres embarazadas repercute no sólo en la salud de ellas, sino también en la de los recién nacidos, ya que aumenta el riesgo de bajo peso al nacer y afecta la etapa inicial de la vida, tanto por el incremento de la morbi-mortalidad como por sus efectos en el desarrollo de las capacidades físicas, cognitivas y sociales (11).

En lo relacionado con la atención en salud, del 7,6 % de mujeres que fueron víctimas de violencia sexual por parte de su pareja, el 3,4 % usaron métodos anticonceptivos y el 8,7 % quedaron embarazadas. Del 4,5 % de las mujeres que fueron agredidas sexualmente por otra persona, el 5,6 % usaron anticoncepción y el 11,1 % quedaron embarazadas.

El 1,1 % de las mujeres agredidas por la pareja recibieron información sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), pero sólo el 0,3 % la solicitaron. Ninguna reportó habérsela realizado A diferencia del 11 % de las mujeres que fueron víctimas de violencia sexual por otra persona, a quienes se les informó acerca de la IVE; el 0,6 % la solicitó y el 0,5 % se la realizó (10).

La herramienta más apropiada para el seguimiento y formulación de políticas en torno a salud pública es el Sistema de Vigilancia en Salud Pública – Sivigila-, el cual hace la recolección, análisis e interpretación de datos de manera permanente y sistemática, lo que permite tomar decisiones teniendo en cuenta el comportamiento de los eventos. Desde el 2007, se buscaba sistematizar la información sobre las formas de violencia que generan mayor impacto en la población, registrando la información de la víctima, el agresor, las circunstancias de la agresión, la relación entre víctima y agresor y factores protectores y de riesgo (12). Por tal motivo, el Instituto Nacional de Salud (INS), a través del Sivigila, implementó la vigilancia integral de la violencia física, psicológica, sexual, por negligencia y abandono buscando. Este evento es notificado desde el 2012 como Violencia de género y escolar. Actualmente, el evento se notifica como violencia de género e intrafamiliar. La violencia sexual se discrimina en abuso sexual, acoso sexual, violación, explotación sexual contra niños, niñas y adolescentes (NNA), trata de personas con fines de explotación sexual, acto sexual violento, violencias sexuales como desnudez forzada, prostitución forzada, esterilización forzada, entre otras (13).

Teniendo en cuenta esta problemática, los objetivos del estudio proponen identificar las características demográficas, sociales y epidemiológicas de la violencia de género en el grupo poblacional gestantes en Colombia durante el periodo del año 2012 al 2017.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los casos notificados al Sivigila del evento violencia de género e intrafamiliar durante los años 2012 a 2017.

Las variables analizadas fueron grupo de edad medida a nivel ordinal, sexo, tipo de régimen en salud,

pertenencia étnica, grupo poblacional, hospitalización, condición final, departamento de ocurrencia, modalidad de violencia, parentesco con la víctima, mecanismo utilizado y atención en salud medidas a nivel nominal.

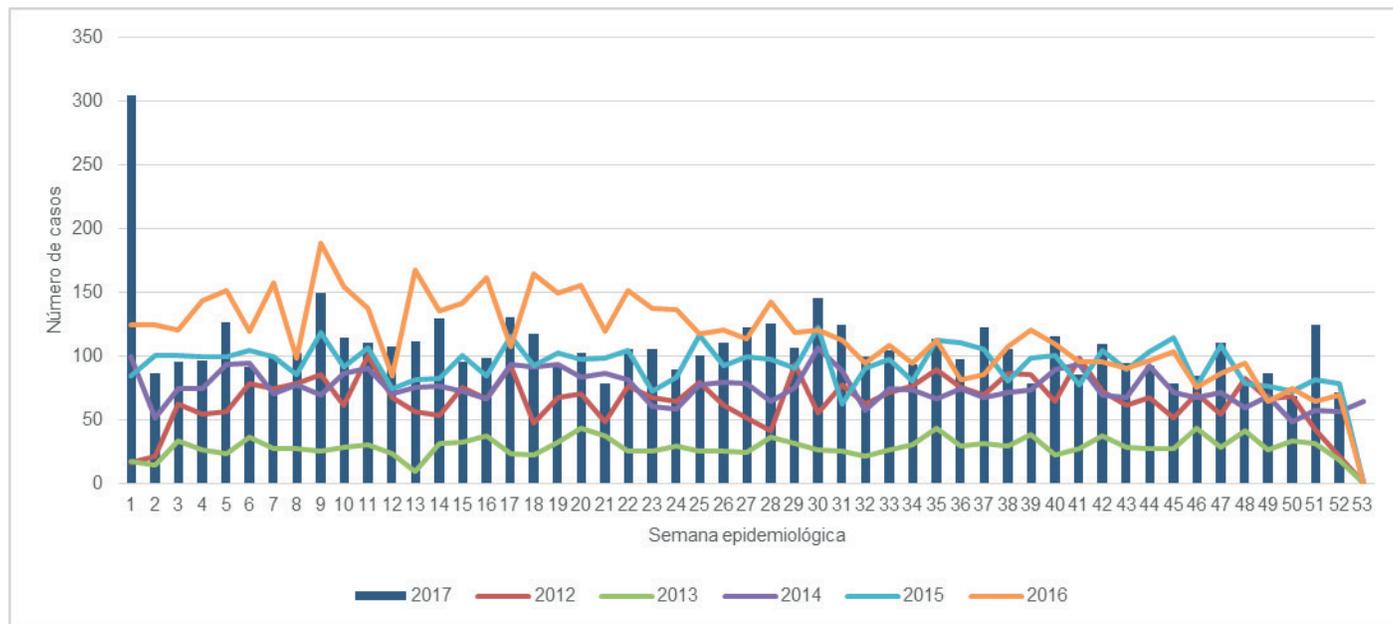
Se tomó la base de datos de los casos notificados al Sivigila nacional del evento violencia de género e intrafamiliar de 2012 a 2017. Los casos ingresan como sospechosos. Se consolidaron los datos de acuerdo al tiempo y variables. Se depuro la base de datos excluyendo casos que no cumplieran con parámetros de calidad del dato. Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión presentadas en tablas y gráficos. Para el análisis de comportamientos inusuales se comparó el promedio de casos notificados por departamento de procedencia de 2012 a 2016 (valor esperado) con el número de casos notificados por departamento de procedencia de 2017 (valor observado). Se calculó el error estándar, límite superior e inferior del valor esperado, considerando el incremento cuando el valor observado sobrepasa el límite superior calculado y decremento, cuando sobrepasa el límite inferior. Para la razón de violencia de gestantes, se tomó el número de casos notificados por cada mil nacidos vivos (fuente: nacimientos DANE, datos oficiales de 2012 a 2016 y preliminares 2017).

Aspectos éticos: De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, la categoría definida de riesgo es Sin riesgo. Se emplearon técnicas y métodos de revisión documental retrospectivos y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada a las variables.

Resultados

Durante el periodo 2012 – 2017 se notificaron 433.083 casos de violencia de género e intrafamiliar. El 5,9 % (n=25.412) corresponden a gestantes. Desde el inicio de la vigilancia en 2017 la notificación ha aumentado un 63 %, respecto a 2016 ha disminuido un 8,5 %; sin embargo, en este año se notificó el mayor número de casos con 6.091 gestantes víctimas de violencia, seguido de 2017 con 5.572 casos. En 2013 se notificaron 1.481 casos (ver gráfico 1).

Gráfico 1. Casos de violencia de género en gestantes según semana epidemiológica de ocurrencia, Colombia, 2012 – 2017

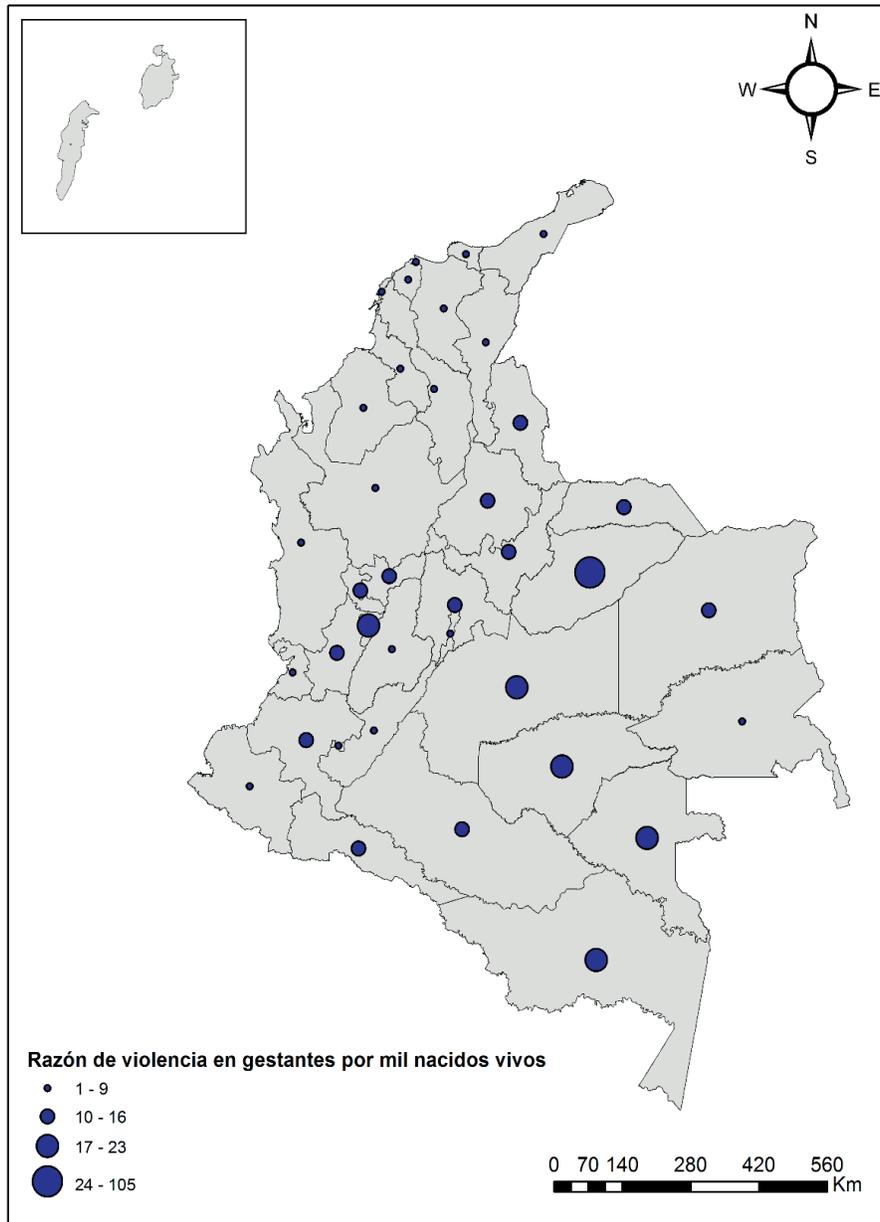


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2012 – 2017

Características espaciales

En 2017, Casanare reportó la razón de violencia en gestantes más alta con 105 /100.000 nacidos vivos, seguido por Guaviare con 23 casos, Vaupés y Quindío con 21 casos /100.000 nacimientos, respectivamente. La razón de violencia a nivel nacional fue de nueve por mil nacidos vivos (ver mapa 1).

Mapa 1. Violencia de género en gestantes según departamento de procedencia, Colombia, 2012 – 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2012 – 2017. Nacimientos por municipio de residencia de la madre DANE 2012 – 2016 oficiales y 2017 preliminar.

Características sociales y demográficas

El 37 % (n=9.413) de los casos de violencia en gestantes se presentó por violencia sexual; el 32,7 % (n=8.312) por negligencia y abandono; el 23,3 % (n=5.910) por violencia física, y el 7 % (n=1.775) por violencia psicológica. Más del 50 % de los casos de violencia en gestantes se presenta en mujeres entre los 10 y 19 años. El 80,9 % de violencia sexual se reporta en menores de 14 años; el 62,6 % se encuentran afiliadas al régimen subsidiado, siendo este tipo de régimen el más frecuente en todas las modalidades de violencia. Solo un 4,3 % de las gestantes se reconoce como afrocolombiana y un 3,1 % como indígena (ver tabla 1).

Tabla 1. Violencia de género en gestantes según características sociodemográficas, Colombia, 2012 – 2017

Variables	Violencia física		Violencia psicológica		Negligencia y abandono		Violencia sexual	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupos de edad								
5-9	0	0,0	1	0,1	0	0,0	3	0,0
10-14	246	4,2	115	6,5	407	4,9	7609	80,8
15-19	1645	27,8	535	30,1	3077	37,0	1146	12,2
20-24	1883	31,9	434	24,5	2340	28,2	314	3,3
25-29	1166	19,7	324	18,3	1218	14,7	175	1,9
30-34	589	10,0	208	11,7	742	8,9	99	1,1
35-39	285	4,8	117	6,6	385	4,6	50	0,5
40-44	80	1,4	33	1,9	126	1,5	13	0,1
45-49	12	0,2	6	0,3	16	0,2	2	0,0
50-54	1	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
55-59	3	0,1	2	0,1	0	0,0	1	0,0
Aseguramiento								
Contributivo	2249	38,1	692	39,0	1804	21,7	2542	27,0
Especial	60	1,0	10	0,6	45	0,5	50	0,5
Indeterminado	25	0,4	3	0,2	42	0,5	34	0,4
No asegurado	364	6,2	207	11,7	765	9,2	500	5,3
Excepción	50	0,8	13	0,7	24	0,3	27	0,3
Subsidiado	3162	53,5	850	47,9	5632	67,8	6260	66,5
Grupo étnico								
Indígena	192	3,2	28	1,6	95	1,1	467	5,0
Rom, Gitano	25	0,4	7	0,4	15	0,2	34	0,4
Raizal	17	0,3	9	0,5	9	0,1	34	0,4
Palenquero	2	0,0	1	0,1	3	0,0	9	0,1
Negro, mulato, afrocolombiano	309	5,2	52	2,9	76	0,9	660	7,0
Otro	5365	90,8	1678	94,5	8114	97,6	8209	87,2

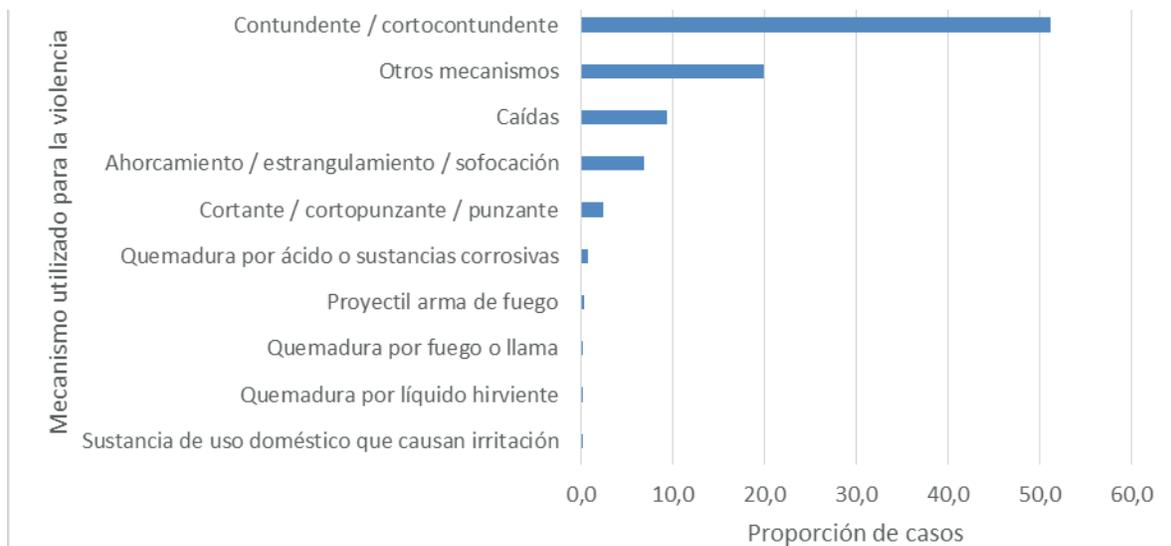
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2012 – 2017

Datos del hecho

Durante el periodo evaluado, el 29,8 % (n=2.809) de las gestantes víctimas de violencia sexual requirieron hospitalización. El año 2016 registra el mayor número de hospitalizaciones en gestantes (7,2 %), seguido por el año 2017 (5,7 %).

Las armas contundentes o corto contundentes representan el 51,2 % de los casos de violencia física en gestantes. Las caídas y ahorcamiento representan el 16,2 %; el 1 % fueron agredidas por quemadura por ácido o sustancia corrosiva, líquido hirviente y fuego (ver gráfico 2).

Gráfico 2. Mecanismo utilizado para la violencia física en gestantes, Colombia, 2012 – 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2012 – 2017

La vivienda es el escenario donde se reportan el 79,3 % de las agresiones en gestantes, siendo el lugar de mayor frecuencia en todas las modalidades de violencia. En segundo lugar se ubica la vía pública como escenario de violencia física con 15,9 %, siendo el mismo lugar donde se presentan otros tipos de violencia: violencia psicológica, sexual, negligencia y abandono (ver tabla 2).

Tabla 2. Escenario de la violencia en gestantes, Colombia, 2012 – 2017

Escenario	Violencia física		Violencia psicológica		Negligencia y abandono		Violencia sexual	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vía pública	938	15,9	72	4,1	229	2,8	479	5,1
Vivienda	4624	78,2	1565	88,2	6521	78,5	7434	79,0
Establecimiento educativo	42	0,7	8	0,5	34	0,4	59	0,6
Lugar de trabajo	26	0,4	14	0,8	6	0,1	24	0,3
Otro	149	2,5	94	5,3	1491	17,9	1042	11,1
Comercio y áreas de servicios (tienda, centro comercial, etc.)	47	0,8	6	0,3	19	0,2	45	0,5
Otros espacios abiertos (bosques, potreros, etc.)	18	0,3	4	0,2	2	0,0	159	1,7
Lugares de esparcimiento con expendido de alcohol	28	0,5	5	0,3	0	0,0	45	0,5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2012 – 2017

Características de la víctima

El 18,8 % de las gestantes son estudiantes y, de ellas, el 82,2 % fueron víctimas de violencia sexual; el 6,2 % de las víctimas son mujeres dedicadas al hogar y en su mayoría sufrieron violencia física. El 4,2 % de las gestantes tienen antecedentes de violencia física y el 1,6 % de violencia sexual; el 1,9 % se encontraban bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva, siendo la violencia física y sexual las que registran mayor número de casos (ver tabla 3).

Tabla 3. Características de las gestantes víctimas de violencia, Colombia, 2012 – 2017

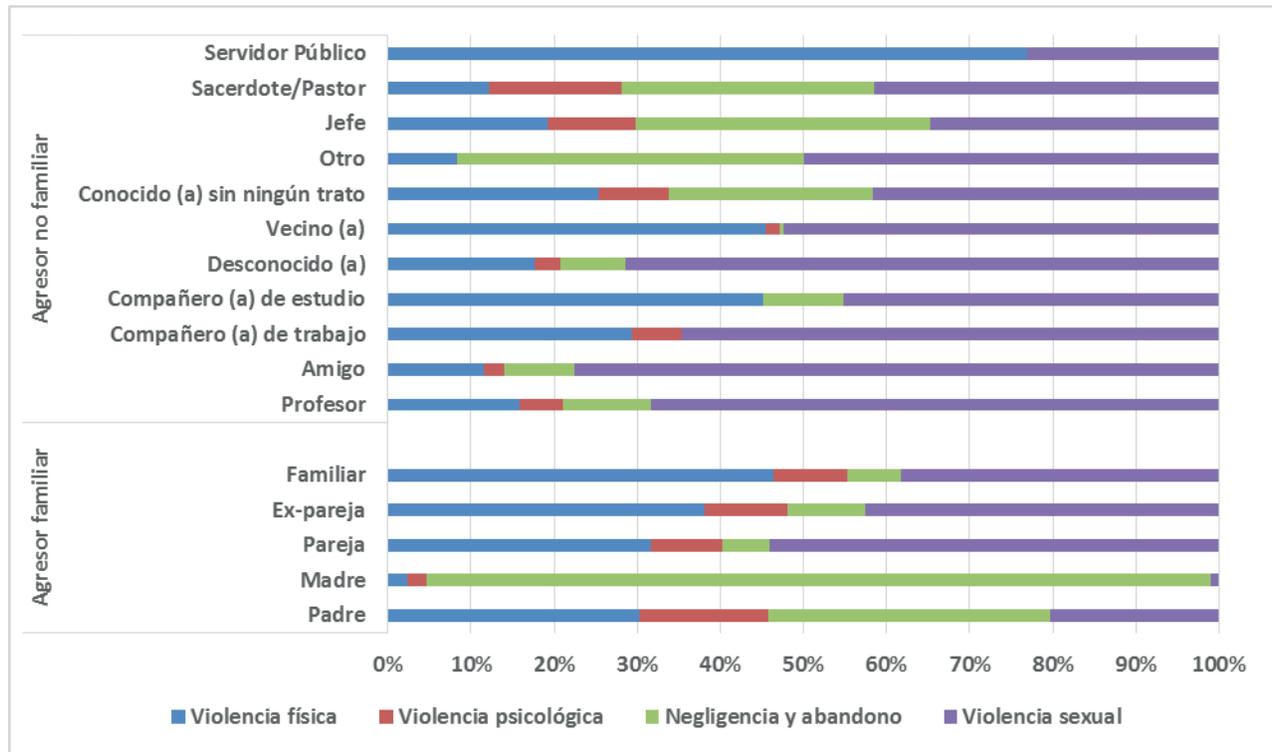
Variables	Violencia física		Violencia psicológica		Negligencia y abandono		Violencia sexual	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sustancia psicoactiva	226	0,9	28	0,1	57	0,2	165	0,6
Antecedente de violencia	1064	4,2	301	1,2	773	3,0	414	1,6
Actividad								
Líderes cívicos	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Estudiante	429	1,7	123	0,5	298	1,2	3931	15,5
Otro	3130	12,3	742	2,9	5008	19,7	2803	11,0
Trabajador doméstico	194	0,8	29	0,1	98	0,4	100	0,4
Persona en situación de prostitución	5	0,0	3	0,0	2	0,0	7	0,0
Campesino	8	0,0	1	0,0	9	0,0	33	0,1
Persona dedicada al hogar	591	2,3	128	0,5	506	2,0	353	1,4
Persona que cuida a otras	13	0,1	4	0,0	9	0,0	1	0,0
Ninguna	84	0,3	22	0,1	121	0,5	228	0,9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2012 – 2017

Características del agresor

De los agresores que tienen relación familiar con la víctima se encontró que la madre es el “principal agresor” por negligencia y abandono (70,1 %) y en otras modalidades es la pareja: violencia física (65,2 %), psicológica (59,4 %) y sexual (70,1 %). Delos no familiares, el jefe es el agresor que se reporta con mayor frecuencia en todas las modalidades de violencia (ver gráfico 3).

Gráfico 3. Violencia en gestantes según parentesco con la víctima, Colombia, 2012 – 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2012 – 2017

Atención en salud

Para la violencia sexual que implica riesgo de infecciones de transmisión sexual, se realizó profilaxis de VIH (10,7 %). El 46,1 % de las gestantes víctimas de violencia psicológica recibieron atención en salud mental (ver tabla 4).

Tabla 4. Atenciones en salud en gestantes víctimas de violencia, Colombia, 2012 – 2017

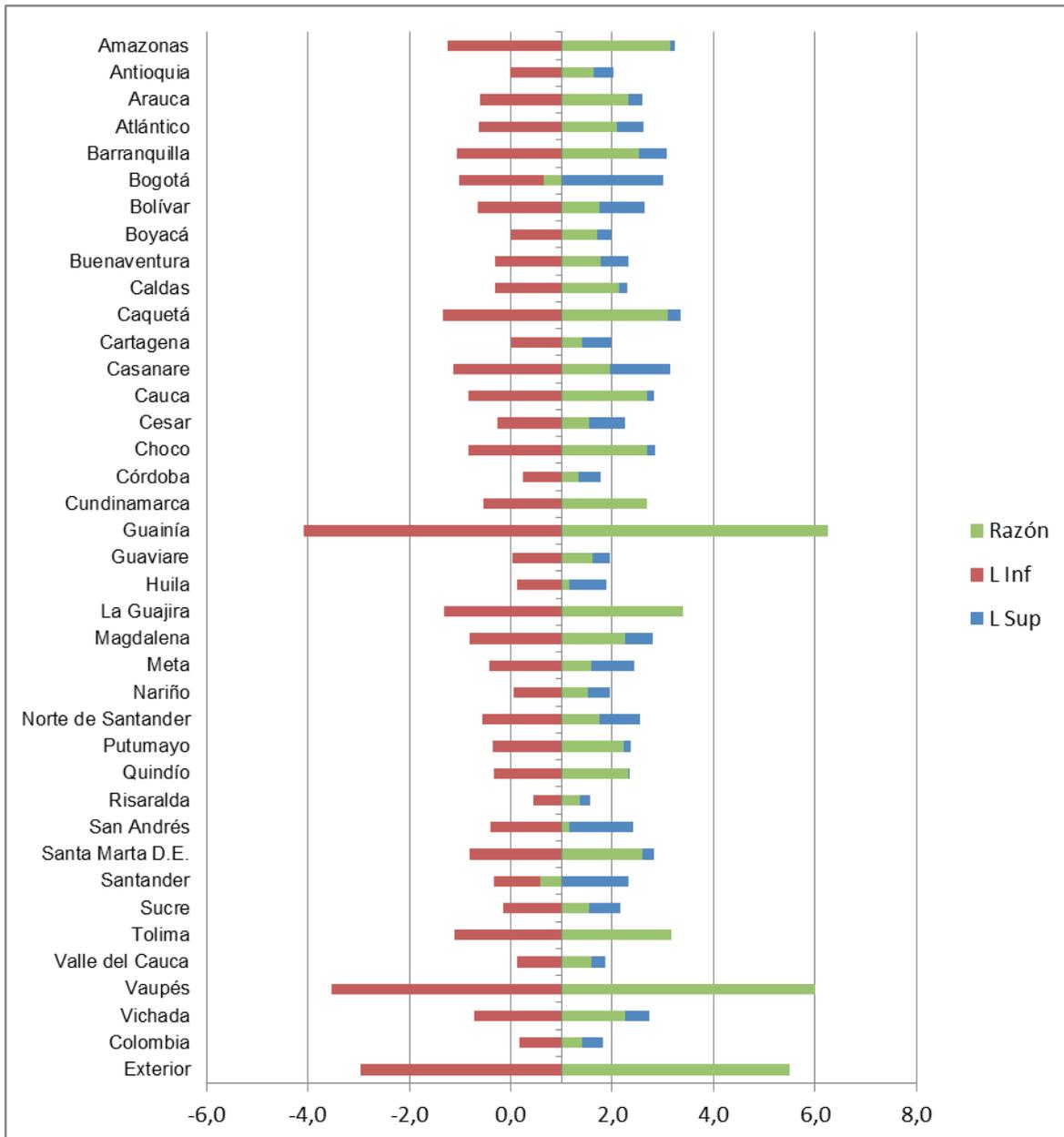
Atenciones en salud	Violencia Física	Violencia Psicológica	Negligencia y abandono	Violencia sexual
Profilaxis VIH*				10,7
Atención en salud mental	38,1	46,1	25,3	42,0
Remisión a protección	25,1	16,7	11,7	29,6
Informe a autoridades	41,9	29,4	17,4	48,1

*Atenciones en salud en casos de violencia sexual que impliquen riesgo de ITS
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2012 – 2017

Comportamientos inusuales

De acuerdo a la procedencia de los casos, las entidades territoriales que han presentado un incremento significativo en la notificación del evento en gestantes son Cundinamarca, Guainía, La Guajira, Tolima, Vaupés y exterior (ver gráfico 4).

Gráfico 4. Comportamientos inusuales casos sospechosos de violencia de género según departamento de procedencia, Colombia, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2012 – 2017

Discusión

La violencia ha sido una problemática a nivel mundial desde hace décadas. En el año 2012 se inició la vigilancia del evento violencia de género e intrafamiliar en Colombia, el cual se continúa fortaleciendo. Chile implementó un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental 12 años antes que Colombia, con un piloto de siete meses lograron identificar la importancia de la notificación de los casos y la disponibilidad de los médicos de realizar el reporte; así mismo, la herramienta que permite hacer acciones en salud y mejorar la distribución de los recursos en el sistema ⁽¹⁴⁾.

La razón de violencia en gestantes más alta se registró en Casanare, manteniéndose así en los últimos cuatro años, de acuerdo a la Secretaria de Salud Departamental, aun se presentan debilidades en los criterios médicos en cuanto a la identificación de los casos. La mayoría de casos de violencia notificados corresponden a la modalidad de negligencia y abandono, la mayor parte corresponde a gestantes que no asisten a controles prenatales, siendo el motivo médico para notificar; sin embargo, este concepto no corresponde con la definición de caso del evento de acuerdo al Protocolo de vigilancia en Salud Pública.

La mayor proporción de notificación fueron casos de violencia sexual y en menores de 14 años. En muchas familias de bajos recursos, los menores están bajo el cuidado de adultos que en ocasiones aprovechan su autoridad para abusar a los menores; este resultado coincide con los resultados de la ENDS-2015, donde refieren que uno de los riesgos de abuso sexual se presenta por necesidades económicas, donde se ven forzados a acudir a opciones de cuidado con los niños mayores del hogar, vecinos o amigos (1). La segunda modalidad de violencia con mayor proporción de notificación fue la violencia física, que actualmente muchas mujeres todavía consideran una situación “normal”, ya que se percibe como una forma de corrección por desobediencia a su pareja, esto corresponde a ciertos imaginarios sociales identificados en la ENDS-2015 que perpetúan la violencia de género.

Una gran proporción de mujeres y hombres cree que “las mujeres que siguen con sus parejas después de

ser golpeadas es porque les gusta” (10), esto es similar al reporte *Forensis 2016*, donde se encontró que el castigo físico es utilizado como método de corrección que en muchas familias se considera una situación natural ⁽¹⁵⁾.

En este estudio, la mayor proporción de casos de violencia por negligencia y abandono se presentaron en las gestantes adolescentes. Este se debe a su condición de vulnerabilidad o por situaciones como la reportada para Casanare, donde se notifica a las gestantes que no asisten a control prenatal por violencia por negligencia y abandono. Aunque en el reporte *Forensis 2016* se informa que la mayoría de los casos por este mismo tipo de violencia se presentan en niños, niñas y adolescentes (15), no se informa sobre una causa relacionada.

El agresor principal para la violencia física, psicológica y sexual es la pareja, este tipo de parentesco hace inherente que el agresor sea quien más comparte con la víctima, tanto espacio como en tiempo. Este hecho puede generar un sentido de poder sobre la mujer; sin embargo, los hallazgos se diferencian del documento *Forensis 2016*, donde se reporta que el mayor agresor es la madre, asociado con el rol de cuidador principal para menores de edad (15).

En un estudio realizado en Bogotá se indica que la transición de la infancia a la adolescencia, es una época de cambios físicos, psíquicos y sociales, donde se construye y establece la personalidad; entre estos cambios, se encuentra el aumento de los niveles de testosterona que como consecuencia generan comportamientos agresivos (4). En concordancia con los resultados presentados, en Gauteng, Sudáfrica, el 78,3 % de los hombres admitieron haber cometido algún tipo de violencia contra la mujer (5). La violencia es una práctica aprendida, consciente y orientada, producto de una organización social estructurada sobre la desigualdad entre hombres y mujeres, donde predomina la dominación y control social. El poder de los hombres y la subordinación de las mujeres (14).

Como se mencionó anteriormente, las mujeres víctimas de algún tipo de violencia se concentran entre los 10 y 29 años de edad, viéndose como la población más débil por el miedo a informar o denunciar. En varios estudios realizados por la OMS y Organización Panamericana de la Salud (OPS), en aproximadamente 100 países

de Sudáfrica, Asia, América Latina y El Caribe, se identificó que la mayoría de víctimas de violencia son las mujeres que se encuentran en edades jóvenes (1, 5, 6, 8). También se reporta en *Forensis 2016* que el grupo de edad con mayor reporte de violencia correspondía a mujeres que se encontraban entre los 25 y 29 años (15). De la misma manera, la ENDS-2015, presenta que la violencia física es mayor en la medida que aumenta la edad de las mujeres: el porcentaje más alto se presentó en las mujeres entre los 45 y 49 años (10); sin embargo, en el estudio realizado, el aumento de violencia física se presenta hasta los 24 años, y a partir de esta edad se empieza a disminuir el reporte de casos.

La mayoría de las gestantes se encuentran afiliadas al régimen subsidiado lo que puede estar relacionado con algunos criterios de priorización para la afiliación al régimen subsidiado, ya que las gestantes son un grupo que requiere atención prioritaria, también relacionada con las condiciones de vulnerabilidad de esta población. En cuanto al grupo étnico, las gestantes que se reconocen como afrocolombianas e indígenas representan un porcentaje significativo, excluyendo el grupo “otros”, lo que puede estar relacionado con algunas creencias y costumbres culturales. Así es como en un estudio realizado en Cartagena, identificaron que en una población afrodescendiente, las mujeres, que son las principales cuidadoras de una comunidad vulnerable son las más afectadas por violencia física y psicológica, aspecto que se relaciona con el consumo de alcohol por parte de sus parejas. Este contexto denota falta de organización comunitaria ⁽¹⁶⁾.

La vivienda fue el escenario donde se reportó la mayor proporción de casos de violencia en todas las modalidades, siendo este un espacio cerrado que facilita al perpetrador realizar algún hecho de violencia; es así como el reporte *Forensis 2016*, muestra que el entorno familiar es un espacio ambivalente. Aunque proporciona seguridad, también se considera un factor de riesgo para el desarrollo de la violencia; sin embargo, no es posible verificar la dimensión de la problemática en este espacio, dado por el subregistro de datos relacionado con la falta de autonomía al denunciar por temor a las acciones que pueda emprender el agresor (15). En Manizales, identificaron que uno de los lugares donde aún se presenta gran porcentaje de violencia de género son las universidades, asociado a que la mujer tiene una gran

responsabilidad en la presencia o no de la violencia, y el hecho de no “respetarse a sí misma” ⁽¹⁷⁾.

Aunque cerca de la mitad de las gestantes víctimas de violencia física y sexual fueron remitidas a las autoridades competentes, la ENDS-2015 registran que sólo el 20 % de las mujeres denunciaron la violencia de la que fueron víctimas; de estas, el 39,8 % lo hizo ante la Comisaría de Familia, el 39,6 % ante la Fiscalía, el 24,4 % ante la policía, el 5,7 % ante otra entidad y el 2,9 % ante un juzgado (10).

En la violencia sexual que implica riesgo de ITS se realiza profilaxis para VIH, hepatitis B y sífilis, entre otras. Las gestantes que han sido víctimas de violencia sexual también deben recibir profilaxis ya que el riesgo de transmisión vertical de VIH aumenta si la infección se presenta durante el embarazo. Se debe iniciar en las primeras 72 horas de ocurrido el hecho ⁽¹⁸⁾. En el estudio realizado se encontró que se realizó profilaxis para VIH solo en el 10,7 % de las gestantes. Es fundamental verificar si existen problemas administrativos con las Empresas Promotoras de Servicios de Salud (EPS) o las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), o si está relacionado con situaciones de vulnerabilidad o temor en las mujeres embarazadas.

Algunos de los limitantes de la investigación se deben al registro, la calidad del dato y cambios en la ficha de notificación. Estos aspectos dificultaron la consolidación de los datos.

Conclusiones

Casanare registra las razones de violencia en gestantes más altas en los últimos cuatro años. Aproximadamente la mitad de las gestantes víctimas de violencia se encuentran entre los 10 y 19 años, pero la mayoría de casos de violencia sexual se concentran en las menores de 14, que en su mayoría se encontraban afiliadas al régimen subsidiado. De acuerdo con el grupo étnico, excluyendo otros, la mayoría son afrocolombianos e indígenas.

Cerca de un tercio de las gestantes requirieron hospitalización. Las armas contundentes o corto-contundentes son el mecanismo más usado en los

casos de violencia física. La vivienda es el escenario donde se reporta la mayor ocurrencia de agresiones en gestantes en todas las modalidades de violencia.

Las estudiantes son las más afectadas por violencia sexual y las mujeres dedicadas al hogar en las demás modalidades. La madre fue el principal agresor en negligencia y abandono y la pareja en violencia física, psicológica y sexual. En cuanto a los agresores no familiares, el jefe fue el perpetrador con mayor reporte.

Menos de la mitad de las gestantes víctimas de violencia recibieron atención en salud mental, fueron remitidas a protección y se informó a las autoridades competentes. En cuanto a la violencia sexual que implica riesgo de infecciones de transmisión sexual se realizó profilaxis para VIH.

Recomendaciones

Se debe continuar con el fortalecimiento de la vigilancia del evento por parte de las entidades territoriales hacia las UPGD con el fin de mejorar la notificación en cuanto a la identificación de casos y calidad del registro, teniendo en cuenta que la notificación corresponde al criterio médico.

Fortalecer las acciones de prevención de la violencia, tanto en gestantes como en población general, con impacto en diferentes sectores como salud, educación y justicia.

Se debe verificar, por parte de las entidades territoriales, si los casos notificados con condición final “muerto” se encuentran notificados al Sivigila como mortalidad materna.

Se debe evaluar la efectividad de la activación de la Ruta integral e intersectorial de las víctimas de violencia, por parte de las entidades territoriales (nivel departamental) y el Ministerio de Salud y Protección Social (nivel nacional) en lo pertinente al área de salud.

Bibliografía

- 1 Organización Mundial de la Salud – OMS. La mujer, la violencia contra la mujer. [Internet] [Fecha de consulta: 19 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/violence/es/>.
- 2 Alvarado G, Salvador J, Estrada S, Terrones A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. 1997: 481 – 86.
- 3 Marugán B. Violencia de género. Revista en cultura de la legalidad; 2013: 226 – 33.
- 4 Mendez N, Morales A, Murillo A, Mercedes M, Paloma J. Relación entre violencia, género y familia en adolescentes de instituciones educativas distritales de Suba, Bogotá. 2017; 25: 6–11
- 5 Machisa M, Jewkes R. Preliminary findings of the Gauteng Gender Violence Prevalence Study. Gender Links and Medical Research Council. 2015
- 6 Bott S, Guedes A, Goodwin M, Adams J. Violencia contra las mujeres, 2013
- 7 Organización Panamericana de la Salud – OPS. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres. [Internet] [Fecha de consulta: 19 de abril 2018]. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/9789275316351_spa.pdf.
- 8 Castro R, Riquer F. La investigación sobre la violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. 2003; 19: 135-146
- 9 León C. Violencia y género en América Latina. IEAPES 71-91
- 10 Ministerios de Salud y Protección Social. Resumen ejecutivo Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia, 2015. [Internet] [Fecha de consulta: 21 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR239/SR239.pdf>
- 11 Rodríguez V, Navío C, Miranda M. Violencia de género en gestantes. FEAFFYS; 2013: 365 – 72
- 12 Duque L, Caicedo B, Sierra C. Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia para los municipios colombianos. Universidad de Antioquia; 2008: 196 -208.
- 13 Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia Violencia de género e intrafamiliar. [Internet] [Fecha de consulta: 21 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/ZIKA %20 Lineamientos/PRO %20Violencia %20de %20g %C3 %A9nero.pdf>
- 14 Scharager J, Contreras L. Diseño y puesta en marcha de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental. Pan Am; 2002: 83 – 92.
- 15 Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2016, datos para la vida. [Internet] 2016 [Fecha de consulta: 25 de mayo 2018]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49526/Forensis+2016.+Datos+para+la+vida.pdf>
- 16 Díaz S, Margarita K, Vergara A, González F. Violencia intrafamiliar y factores de riesgo en mujeres afrodescendientes de la ciudad de Cartagena; 2015:19–30
- 17 Castrillón C, Jaime J, García G, Katherin A, Mendoza H, Valencia V, et al. Sexismo y concepciones de la violencia de género contra la mujer en cuatro universidades de la ciudad de Manizales, Colombia; 2015.
- 18 Ministerio de Salud y Protección Social. Instructivo para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual. [Internet] [Fecha de consulta: 01 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/instructivo-uso-kits-pep-julio-26.pdf>