

Comité Ejecutivo

HUGO HELIODORO AGUILAR NARANJO
Gobernador de Santander

RICARDO FLOREZ RUEDA
Secretario de Salud de Santander

GLORIA PATRICIA ARENAS CASTILLO
Subdirectora de Salud Pública

HONORIO GALVIS AGUILAR
Alcalde de Bucaramanga

MARIO SERGIO ORTEGA OLARTE
Secretario de Salud y Ambiente de Bucaramanga

JAIRO ULLOA CADENA
Alcalde de Floridablanca

PATRICIA MAHECHA GUTIERREZ
Secretaria de Salud de Floridablanca

JORGE RICARDO LEÓN FRANCO
Director Fundación FOSCAL

Director General
VIRGILIO GALVIS RAMIREZ, MD.

Coordinación Científica y Ejecutiva
RAFAEL GUSTAVO ORTIZ MARTÍNEZ, Ing.
JUAN JOSE REY SERRANO, MD, Msc.
SORAYA SALCEDO MENDOZA, MD, Esp.

Área Técnica
Laura andrea Rodríguez Villamizar, MD, Msc (C)
Claudia Milena Hormiga Sánchez Ft. Msc (C)
Juan Camilo González Pinzón, MD, MPH.
Yolanda Tarazona Alvarez, Psi, Esp.
Karla Paola DíazGranados Sánchez, Ing.
Diana María Delgado Chinchilla, CS.

Colaboración especial
Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS)

Observatorio de Salud Pública de Santander

Autopista a Florida. Urb. El boque
Torre Milton Salazar Piso 9 (FOSCAL)
Floridablanca, Santander
Teléfono: (7) 6798632 - Fax: 6798629
observatorio@saludsantander.gov.co
<http://www.observatorio.saludsantander.gov.co>

Secretaría de Salud de Santander

Gobernación de Santander
Calle 45 No. 11 - 52
Bucaramanga, Santander
Teléfono: 6336233
www.saludsantander.gov.co
epidemis@salusantander.gov.co

Resulta complejo intentar el abordaje, desde un solo sector, de temas tan delicados y con tantas implicaciones sociales como son la violencia intrafamiliar y la violencia sexual. Difícil e inconveniente. Al ser tan intrincados los factores de riesgo y tan amplias las consecuencias, estos temas exigen ser asumidos desde todos los sectores que afectan y son afectados por el mismo. De hecho, lo que el Observatorio de Salud Pública de Santander propone con esta publicación es justamente motivar la iniciativa de las instituciones relacionadas con estos temas para realizar un abordaje conjunto y supra-sectorial, al menos en el tema de los sistemas de información, en principio, como estrategia para conocer los fenómenos y orientar las acciones de promoción, prevención y atención.

Los sistemas de información son de gran utilidad para diversos sectores, incluido el sector salud; muestra de ello fue lo logrado en la emergencia invernal que sufriera nuestro Departamento a comienzos del 2005, en donde los procesos de captura, procesamiento y análisis de datos que la Secretaría de Salud de Santander implementó con el apoyo del Observatorio de Salud Pública, permitieron orientar las acciones de tal manera que fue posible reducir la aparición de nuevas situaciones de emergencia, comunes en este tipo de eventos. Para el caso de la violencia, los sistemas de información son una herramienta de gran importancia porque ofrecen la posibilidad de tener datos oportunos y confiables sobre el comportamiento y los imaginarios que rodean tanto a las víctimas como a los victimarios, permitiendo emprender acciones más eficaces para prevenir la aparición de este tipo de eventos.

El objeto principal de esta nueva publicación del Observatorio de Salud Pública de Santander es divulgar el trabajo que diferentes instituciones han venido desarrollando desde hace varios meses para implementar un sistema que ofrezca las posibilidades que se mencionaron, liderado por el equipo del Observatorio de Salud Pública de Santander y el Programa de Salud Mental de la Secretaría de Salud de Santander. La intención es que en el corto plazo, el modelo sea ampliado a todo el Departamento con la colaboración y asesoría de los equipos provinciales de la Secretaría de Salud de Santander.

La violencia intrafamiliar es un flagelo que, como se dijo antes, tiene grandes y muy amplias implicaciones; sin embargo, entre las más importantes están el hecho de ser iniciador de los comportamientos violentos que muchos de nuestros jóvenes tengan en el futuro, amén de los grandes costos sociales que tiene en términos de calidad de vida, productividad, etc.

Las acciones que se tomen al respecto de este tipo de fenómenos deben estar muy bien fundamentadas en el conocimiento que se tenga de ellos y por ello es necesario que se alienten las iniciativas que las instituciones tengan en formar parte de la red intersectorial, para realizar intercambio de experiencias e información. En últimas, el objetivo de todas esas acciones debe ser entregar a nuestros hijos una sociedad más pacífica, donde sus derechos puedan ser asumidos de una manera eficaz y justa.

Este documento presenta un recuento de las acciones en el Departamento, referidas antes, con la intención de aumentar el interés sobre estos temas y propiciar una interacción armónica entre las instituciones que lo tratan de una manera u otra. Igualmente, presenta una guía sobre conceptos en violencia intrafamiliar y violencia sexual para las personas e instituciones sensibles e interesadas, con el fin de servir de multiplicador de una información que resulta valiosa en los procesos de educación y prevención, ya que facilita el reconocimiento de las víctimas y los agresores, así como de aquellas personas en riesgo de convertirse en uno o en otro. De esta manera pueden hacerse más efectivos los procesos de atención y rehabilitación.

Dentro del proceso de integración inter-sectorial que se describe, se pudo recopilar un volumen importante de fichas diligenciadas en el año 2004 que, si bien comprendemos no es representativo de la realidad, se convierte en una intención importante por caracterizar el fenómeno en nuestro Departamento, digna de ser sostenida y replicada.

Finalmente, en este mismo documento el Observatorio de Salud Pública de Santander presenta un análisis de los datos entregados a la comunidad en el plegable "Indicadores Básicos de Salud Santander 2005", con el fin de entregar una interpretación desde la perspectiva de la epidemiología, que potencie el valor del plegable en el momento de tomar decisiones que afecten la salud de la población santandereana.

El Observatorio de Salud Pública de Santander presenta un agradecimiento por el compromiso asumido por todas las personas e instituciones que de una u otra manera contribuyeron a la realización del presente trabajo para reflejar el estado del arte de las agresiones al interior de las familias y del abuso sexual en el departamento. E insta a continuar el trabajo armónico para lograr reducir el impacto de estos fenómenos sobre las familias santandereanas.

RICARDO FLÓREZ RUEDA
Secretario de Salud de Santander
Presidente del Comité Ejecutivo
Observatorio de Salud Pública de Santander

Recuento de las acciones realizadas por diferentes instituciones en el camino de la creación de una red de información en violencia intrafamiliar y violencia sexual en Santander

En Colombia, entidades como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y el Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) producen estadísticas de los casos de violencia intrafamiliar y violencia sexual que estas instituciones atienden. Sin embargo, muchos casos se quedan por fuera debido a que son atendidos en otras instituciones como las comisarías de familia, los juzgados, o las IPS, obteniéndose entonces datos diferentes entre una institución y otra. Este fenómeno ya fue referido por el Centro de Investigaciones en Salud y Violencia del Valle (CISALVA) que realizó un trabajo de comparación de los datos que en el mismo período de tiempo manejaban el INML, el ICBF y la Policía Nacional en diferentes departamentos, encontrando diferencias que corroboran la afirmación anterior.

Santander no es ajeno a esta situación, ya que no existía un centro de referencia que centralizara la información de las diferentes entidades. Si bien es cierto que cada institución tiene sistemas de información eficientes, no existe un sistema único, que permita ofrecer datos unificados. Dadas las situaciones anteriores y la necesidad de contar con información que permita comprender los fenómenos de la violencia intrafamiliar y la violencia sexual a profundidad en Santander, en 2003 la Secretaría de Salud de Santander, a través de la oficina de vigilancia epidemiológica y del programa de salud mental, adoptó la ficha epidemiológica de violencia intrafamiliar y abuso sexual desarrollada por la red del buen trato de Bucaramanga y comenzó un trabajo de socialización de este instrumento en los municipios del Departamento, a través de los equipos provinciales. Como resultado, se comenzaron a recibir en la Secretaría Departamental las primeras notificaciones de casos de violencia intrafamiliar y violencia sexual, que sumaron 88 en 2003 y 862 en total durante el 2004.

A partir del año 2005, la Secretaría de Salud de Santander incluyó los casos de estos tipos de violencia dentro de los eventos de notificación obligatoria y emitió lineamientos técnicos referentes al diligenciamiento de la ficha; actualmente, asesora a los municipios para sensibilizar y capacitar a las unidades notificadoras en el diligenciamiento adecuado de la misma, en el envío oportuno de los datos a la secretaría de salud municipal correspondiente, en la realización de una precritica de los datos y en la socialización con la red social de apoyo, en colaboración con los psicólogos y los trabajadores sociales provinciales.

En mayo de este mismo año, el Observatorio de Salud Pública de Santander, en coordinación con el Programa de Salud Mental de la Secretaría de Salud de Santander, comenzó la tarea de integrar las instituciones para unificar los datos de

estos eventos y discutir acerca de la situación del fenómeno en el departamento.

La primera acción que se realizó en el marco de este proyecto fue convocar a las instituciones de los sectores salud, justicia y protección. La respuesta de estas instituciones fue decidida y el día 18 de mayo se realizó la primera reunión de lo que luego se denominó Comité Operativo de Violencia Intrafamiliar, a la que asistieron la secretarías de salud de Floridablanca y de Bucaramanga, los institutos de Medicina Legal y de Bienestar Familiar, la Procuraduría Departamental de Familia, la Casa de Justicia de Floridablanca, la Secretaría de Gobierno Departamental, la Comisaría de Familia de Bucaramanga y la división de Promoción y Prevención de la Secretaría de Salud de Santander. En esta reunión se concluyó la necesidad de crear un sistema de información de violencia intrafamiliar y violencia sexual unificado con la participación de todas las instituciones.

La segunda reunión del comité se realizó el 26 del mismo mes y en ella se definieron las unidades notificadoras según las condiciones de cada municipio, así: comisarías de familia, casa de justicia, ICBF, IPS, juzgados, Personería y Fiscalía, dejando la posibilidad de incluir otras instituciones posteriormente, en la medida que se socialice el proyecto, como la Policía Nacional, las instituciones educativas, ONG, etc. El Instituto de Medicina Legal no se incluyó en esta lista, dado que todos los casos que recibe son referidos desde otras instituciones; en cambio, se designó para contrastar y completar la información a partir de los datos de las unidades notificadoras. Se realizó además un flujograma de manejo de información de los eventos de violencia intrafamiliar y violencia sexual, dentro de los municipios y a nivel departamental.

En la tercera reunión del comité, el 9 de junio, se integraron las secretarías de salud de Girón y Piedecuesta. En esta reunión el Observatorio de Salud Pública de Santander y el programa de Salud Mental se comprometieron a realizar gestión, consistente en sensibilización y capacitación, en las instituciones notificadoras para mejorar los índices de notificación. El ICBF formuló direccionamientos desde la dirección regional para que cada uno de los siete centros zonales (Barrancabermeja, Socorro, Málaga, Bucaramanga, Vélez, Norte y Sur) adoptara el diligenciamiento de la ficha de vigilancia epidemiológica como una de las diligencias requeridas dentro de cada proceso de atención a casos de violencia intrafamiliar o violencia sexual. Se definió además la necesidad de registrar los eventos en una base de datos única, la cual será concertada entre el área de Sistemas del Observatorio y la Secretaría de Salud de Bucaramanga, para

aprovechar la experiencia que esta última institución ha tenido en el tema a lo largo de varios años.

El trabajo de sensibilización y capacitación adelantado se ha complementado con el apoyo de los equipos provinciales de la Secretaría de Salud de Santander, que han continuado los procesos en las instituciones y han asesorado el manejo de la información en los municipios.

El resultado de las acciones desarrolladas ha sido un incremento importante en la notificación, ya que hasta el mes de junio de 2005 se logró superar la cifra de casos notificados en todo el 2004.

Con los logros obtenidos en estas primeras acciones se hizo necesario vincular nuevos actores que fortalecieran los procesos. La academia es un espacio dinámico con capacidad para explorar a profundidad los resultados obtenidos de la notificación y apoyar desde diferentes áreas como los sistemas de información, la asesoría socio-jurídica, atención terapéutica, estrategias de movilización, etc.

En el sentido de lo mencionado anteriormente se establecieron contactos y manifestaciones de interés de las universidades UNISANGIL, UNAB y UNILIBRE, con las cuales se están concertando los términos de apoyo que cada una desde sus facultades ofrecerá a los municipios de su respectiva zona de influencia, ya que dentro de sus programas de extensión buscan el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida y el entorno social de la comunidad.

Como resultado de la vinculación de las universidades, hasta el momento de esta publicación se puede resaltar el apoyo decidido de la Universidad Cooperativa de San Gil para suscribir un convenio de cooperación con la Secretaría de salud de San Gil para analizar los reportes de la ficha epidemiológica y crear un canal de comunicación permanente con la Red Social de Apoyo y el Observatorio de Salud Pública de Santander; así mismo, la Universidad está dispuesta a participar a través de sus programas del centro de atención con el abordaje clínico-terapéutico y la asesoría socio-jurídica a las víctimas de violencia.

Igualmente, la Universidad Autónoma de Bucaramanga ha manifestado formalmente la intención de apoyar las acciones que en materia de violencia intrafamiliar adelantan el Programa de Salud Mental y el Observatorio de Salud Pública de Santander. Actualmente, estas instituciones se encuentran en proceso de concertación de los términos de participación.

Por último, y debido a la importancia que los profesionales de la salud tienen dentro de la ruta crítica de atención de violencia intrafamiliar y violencia sexual, ya que atienden un porcentaje importante de los casos, se han realizado

capacitaciones a estudiantes de áreas de salud para visibilizar dentro de estas carreras el problema de la violencia, crear conciencia del rol que juegan y capacitarles en la identificación de señales y signos de estos casos. La primera jornada de sensibilización se llevó a cabo con los estudiantes de medicina de la UIS que durante el primer semestre del 2005 rotan por la Facultad de Salud Pública con la asignatura de Medicina Comunitaria; estas jornadas se realizarán también con otras facultades de salud, humanidades y jurídicas de diferentes universidades.

Este informe presenta el análisis de los resultados de los 862 casos recibidos durante el 2004, haciendo un análisis epidemiológico por tiempo, lugar y persona, unidad notificadora, tipo de seguridad social, tipo de evento y se hace un primer bosquejo del perfil de agresor y su parentesco con la víctima. El Observatorio de Salud Pública de Santander espera que esta iniciativa sea de utilidad y sirva de motivación para la realización de estudios más profundos y favorezca la armonización de las iniciativas de integración que hoy existen en el Departamento.

CONCEPTOS EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y ABUSO SEXUAL

Instrumento informativo dirigido a la comunidad y a las personas interesadas en la salud integral y la supervivencia de los individuos víctimas de violencia.

Juan Camilo González Pinzón, MD. MPH.
Yolanda Tarazona Álvarez, Psi. Esp.

Introducción

La raíz etimológica del término "violencia" viene del latín "Violentia", remite al concepto de "Fuerza". A partir de esta aproximación semántica, se puede decir que la violencia en sus múltiples manifestaciones implica siempre el uso de la fuerza para producir daño. La violencia es una representación del ejercicio del poder, en cualquiera de sus expresiones (física, sexual, psicológica, económica, gestacional, etc).

La violencia es la primera causa mundial de las defunciones de la población con edades comprendidas entre los 15 a los 44 años, según el informe mundial sobre la violencia y la salud;¹ además es responsable del 14% del total de muertes en la población masculina y del 7% en la población femenina. Es tal la magnitud del problema que en la XLIX reunión de la Asamblea Mundial de la Salud en 1996, "reconociendo las graves consecuencias inmediatas y futuras a largo plazo que la violencia tiene para la salud y para el desarrollo psicológico y social de los individuos, las familias, las comunidades y los países", se adoptó la Resolución WHA49.25 en la que se declara que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo.²

Dentro de los grandes tipos de violencia que reconoce la Organización Panamericana de la Salud en el Informe Mundial sobre Violencia y Salud se encuentran la violencia autoinfligida, la violencia interpersonal y la violencia colectiva. La violencia interpersonal incluye la violencia intrafamiliar, que se puede considerar como la raíz de los otros tipos de violencia, si se tiene en cuenta que la familia es la base de las sociedades. Las consecuencias que trae la violencia intrafamiliar, al igual que su relación con otros tipos de violencia, serán discutidas más adelante. A continuación se definirán los diferentes conceptos relacionados con la violencia intrafamiliar.

Esta recopilación de conceptos busca familiarizar a la comunidad en la identificación de los signos y síntomas de riesgo frente a cualquier tipología de violencia y pretende ayudar a reconocer los conceptos básicos de este flagelo y aproximar al conocimiento de las complejidades familiares y el impacto que éstas pueden tener en el desarrollo evolutivo de las víctimas.

Definiciones

A pesar de que la definición de violencia varía según la perspectiva del sector desde donde se esté analizando, e inclusive según la cultura, en este informe se toma la definición de la Organización Mundial de la Salud donde se define la violencia como: "El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones".³

El término *violencia intrafamiliar* se refiere a cualquier tipo de violencia que ocurra dentro del núcleo familiar o dentro del hogar; puede darse en la pareja, a manera de maltrato infantil, maltrato al anciano o entre otros familiares. El sistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar y violencia sexual del Departamento de Santander distingue las siguientes clases, según el instructivo de la ficha epidemiológica: *violencia física, violencia emocional, violencia sexual, violencia por negligencia, violencia por abandono y violencia gestacional*.

Violencia física: Toda acción caracterizada por el uso de la fuerza física, de manera intencional, que causa a la persona daño leve o grave. Signos y síntomas: patadas, mordiscos, quemaduras, empujones, tirón de cabello, pellizco, cachetadas.

Violencia emocional: Cualquier acción u omisión que provoque daño psíquico o emocional, que afecte la autoestima de la persona, o que limite para contar con el apoyo de los demás. Signos y síntomas: Hechos que afectan la salud y la estabilidad emocional mediante: desvalorizaciones (críticas, burlas, humillaciones), atacar verbalmente (apodos, sarcasmos, palabras soeces), posturas y gestos amenazantes, no creer ni valorar las actividades que realiza, amenaza de abandono, chantaje, ridiculización, rechazo, etc.

Violencia sexual: Cualquier acto u omisión orientado a vulnerar el ejercicio de los derechos humanos sexuales o reproductivos de las niñas y niños, los adolescentes y los adultos; que se dirige a mantener o a solicitar contacto físico, verbal o a participar en interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza o la amenaza de usarla, la intimidación, la

coerción, el chantaje, la presión indebida, el soborno, la manipulación o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal de decidir acerca de la sexualidad y de la reproducción. Signos y síntomas: penetración (pene, dedos, objetos), tocamiento, contacto bucogenitales, lenguaje sexualizado (Hablar constantemente de actos sexuales o de genitales), acoso, matrimonio precoz, revisión para confirmar virginidad, voyerismo, exposición de órganos genitales, explotación sexual y trata de personas (inducción a prostitución, pornografía).

Violencia por negligencia: Se refiere a comportamientos que privan a las personas de la satisfacción de las necesidades básicas, estando en posibilidad de brindarlas. Signos y síntomas: Deprivación de los elementos básicos necesarios como: salud, educación, vestuario, nutrición, desarrollo emocional, etc.

Violencia por abandono: Situación en que la persona es dejada sola de manera permanente por sus familiares o cuidadores, a pesar de requerir atención y asistencia en razón de su edad, enfermedad o discapacidad, poniendo en riesgo su integridad.

Violencia gestacional: Cualquier conducta que por acción u omisión agrede física y psicológicamente a la mujer embarazada y ponga en peligro el desarrollo físico y psicológico normal del feto. Signos y síntomas: no acudir a controles prenatales, no alimentarse adecuadamente, consumir sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, etc), medicamentos que produzcan deformación al feto.

Factores asociados a la violencia intrafamiliar

La revisión de la literatura relacionada con las causas de violencia intrafamiliar es un proceso complejo, debido a que múltiples teorías y factores han sido propuestos e investigados por autores de diferentes disciplinas como la psicología, la psiquiatría, la criminología y la sociología, entre otras. Por esta razón, las diferentes teorías y factores explicativos de la violencia intrafamiliar se pueden dividir de manera sistemática en cinco categorías principales: individuales, experimentales o del desarrollo, de interacción, demográficos y socioculturales.

Factores individuales

Incluyen las diferentes características psicológicas del individuo y su personalidad. Entre las teorías se encuentra la Teoría de frustración-agresión de Dollard,⁴ donde explica la violencia como el resultado de una expresión externa -la agresión- causada por un proceso interno del individuo - la frustración-.

Más específicamente, los factores individuales que promueven la violencia intrafamiliar son el uso y abuso de

alcohol⁵ y de sustancias psicoactivas, lo cual puede producir desde comportamientos temporales violentos hasta llegar a desarrollar permanentemente rasgos de personalidad violenta.

Otros factores individuales incluyen temperamento hostil,⁶ capacidad intelectual⁷ y stress,⁸ aunque este último suele ser causado por factores socio-ambientales.

Factores del desarrollo

En esta categoría se explican los diferentes factores que influyen el desarrollo del abusador o de la víctima. Se incluyen las experiencias del pasado que hayan tenido un mayor impacto en el comportamiento de los individuos.

En este grupo se encuentran algunas de las explicaciones de la ocurrencia de violencia intrafamiliar más comunes y consistentes de la literatura, entre los cuales se incluyen el haber presenciado violencia en la infancia y tener el antecedente de haber sufrido maltrato infantil.⁹ Estos factores han sido estudiados tanto en las víctimas como en los abusadores; sin embargo, la asociación ha sido más fuerte en los últimos. Además tienen el soporte de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura y Walters, revisada en numerosos estudios;¹⁰ ésta argumenta que el comportamiento agresivo es algo que se aprende y que es adquirido y mantenido mediante experiencias observadas o experiencias directas.

Dentro de los factores del desarrollo también se encuentran los perinatales, entre los cuales están las malas experiencias vividas por la madre durante el embarazo o durante el parto, el embarazo no planeado o el embarazo no deseado.¹¹ Otros factores que muestran asociación son: el fracaso escolar,¹² la historia de criminalidad en la familia¹³ y las prácticas abusivas de disciplina.¹⁴

Factores de interacción o relacionales

Estos factores explican la violencia intrafamiliar mediante el estudio y entendimiento de las características y patrones de interacción entre las parejas o entre los miembros de familia. Dentro de éstos, la ansiedad de poder ha sido fuertemente asociada con los eventos de violencia intrafamiliar, especialmente en los casos de violencia conyugal. En este sentido, Babcock y otros¹⁵ argumentan que los esposos o padres utilizan la violencia como una forma de controlar a sus parejas o a sus hijos, con lo cual compensan la falta de poder que tienen éstos en escenarios distintos al hogar, como por ejemplo en el trabajo. Los problemas de comunicación son otro factor encontrado como fuerte predictor de violencia intrafamiliar en diferentes estudios.¹⁶ A su vez, unos buenos canales de comunicación pueden actuar como protectores de actos violentos. Otros factores de interacción incluyen problemas de celos en la pareja¹⁷ y factores asociados a la paternidad, tales como expectativas inadecuadas de los hijos, falta de empatía, indiferencia y ausencia de supervisión en los

eventos de maltrato infantil.¹⁸

Factores demográficos

En esta categoría se encuentran las diferentes variables epidemiológicas como el género, la edad, el estado civil, la raza, la religión y el estrato socioeconómico. La variable de género está fuertemente relacionada con la violencia intrafamiliar y su problemática se explica de manera más profunda dentro de los factores socio-culturales.

Aparte del género, la variable demográfica que en la literatura figura como el más fuerte predictor de la violencia intrafamiliar es el nivel socioeconómico, determinado principalmente por la cantidad del ingreso monetario que cada individuo o familia reciba. Este hallazgo es consistente en la literatura; diferentes estudios muestran que una familia con bajos ingresos tiene mayor riesgo de sufrir violencia comparada con otra de ingresos más altos.¹⁹ La edad de la víctima es un factor importante, que especialmente sirve como predictor del tipo de violencia dentro del hogar.²⁰

No es consistente la asociación con la raza, la religión y el estado civil y la ocurrencia de violencia intrafamiliar;²¹ y se sugiere que su relación con los eventos de este tipo está influenciada con otros factores como los socioeconómicos y los culturales.

Factores socioculturales

A este grupo pertenecen las estructuras sociales, las tradiciones, las normas y las ideologías de una cultura, que influyen en la ocurrencia de violencia doméstica. Existen teorías que explican cómo los roles que se dan en una sociedad o cultura respecto al género son predictores de la aparición de violencia intrafamiliar. Una de ellas es la Teoría Patriarcal,²² que sugiere que la violencia de pareja es el resultado de la dominancia estructural del poder masculino en diferentes sociedades, y por ello argumenta que la violencia se reduce cuando en estas sociedades hay equidad en oportunidades para ambos géneros. De la misma manera, la Teoría de la Sobreviviente²³ argumenta que a las mujeres sólo les queda sobrevivir al maltrato y no detenerlo, debido a la falta de apoyo por parte de la sociedad.

Por otro lado, existen las teorías relacionadas con el masoquismo,²⁴ que han tenido controversias con las anteriores, ya que argumentan que algunas víctimas aceptan el abuso físico y emocional, y que incluso lo ven como un patrón normal en el trato de la pareja, prefiriéndolo entonces en lugar de ser ignoradas. Con un concepto similar está el modelo doméstico del Síndrome de Estocolmo;²⁵ el cual explica la existencia de un vínculo emocional especial entre la víctima y el agresor.

Otros factores socioculturales son la exposición a la violencia por los medios de comunicación²⁶-televisión, radio, prensa

escrita y videojuegos, entre otros- y la manera como se involucra el sistema legal,²⁷ que en el fenómeno de violencia intrafamiliar es otro factor importante que puede actuar tanto como predictor como protector de los eventos de violencia.

Finalmente, el silencio²⁸ figura constantemente asociado con la violencia intrafamiliar, ya que el hecho de que la mayoría de las víctimas no denuncien el maltrato permite que el agresor continúe con el círculo vicioso que se forma a raíz de la violencia. Este silencio, a su vez, puede deberse a temor, falta de alternativas, falta de poder, falta de apoyo, vergüenza social, amenazas por parte del agresor y desconfianza en el sistema judicial y en los otros actores sociales que puedan intervenir.

Detección de las víctimas

Según diversas teorías entre los que encontramos a Danya Glaser, Enrique Echeburúa, Isabel Cuadros, Kaplan²⁹ entre otros, ofrecen pautas para identificar o sospechar de violencia intrafamiliar o abuso sexual.

Manifestaciones Físicas

Fracturas, hematomas, lesiones, quemaduras, trauma craneoencefálico u otros signos sin historia apropiada.

Manifestaciones Comportamentales

Los signos comportamentales pueden observarse tanto en niños, niñas y adolescentes como en adultos:

Signos comportamentales en niños, niñas y adolescentes: Llanto recurrente, huida del hogar, intentos de suicidio, dificultades en el aprendizaje, trastornos del sueño, dificultad para disfrutar lo que generaba gusto, cambios en los hábitos de la comida, inclinación por el consumo de sustancias psicoactivas, hiperactividad, bajo rendimiento académico, miedo generalizado, hostilidad y agresividad, sentimiento de culpa y vergüenza, dificultad para expresar sentimientos, depresión, ansiedad, comportamiento agresivo y desafiante, baja autoestima, desconfianza y rencor hacia los adultos, retraimiento social, resistencia inexplicada a alguna persona, además se pueden presentar problemas somáticos frecuentes como: sudoración excesiva o problemas gastrointestinales.

Signos comportamentales en mujeres víctimas de violencia conyugal: depresión, llanto recurrente, improductividad y ausencia laboral, baja autonomía, aislamiento familiar y social y desesperanza.

Manifestaciones físicas y comportamentales de la violencia sexual.

Para los eventos de violencia sexual se describen los siguientes signos:

Manifestaciones físicas: Signos y síntomas de la región perianal y genitourinaria: Dolor en genitales, laceraciones, lesiones, erupciones u objetos extraños en genitales externos, hematomas o hemorragias, infecciones recurrentes, molestia al orinar, retención de heces, etc.

Signos comportamentales: Sexualización de las relaciones, conciencia sexual prematura, masturbación, indicios de posesión de secretos, rechazo del propio cuerpo, conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad, excesiva curiosidad sexual, conductas exhibicionistas, y problemas de identidad sexual.

Finalmente existen comportamientos o signos que pueden indicar hechos de negligencia como proporcionar alimentos de bajo valor nutricional, mantener al niño sin bañar, higiene dental inadecuada, pañales sucios, no vacunarlos o no llevarlo a controles rutinarios, dejarlos solos por mucho tiempo o con personas que no le puedan suministrar seguridad y confianza, dejarlos en situaciones que ofrecen alto riesgo de accidentes.

Detección del abusador

Existen además algunas características que pueden ser útiles para detectar posibles agresores:

- Desorden emocional.
- Abuso de alcohol o sustancias psicoactivas.
- Falta de apoyo social.
- Historia de maltrato infantil.
- Evidencia de pérdida de control o miedo de perder el control.
- Presenta contradicciones al relatar una lesión del hijo, cónyuge u otro familiar.
- Demora en llevar al hijo o cónyuge a recibir atención médica o rechazo a que se profundice en el diagnóstico.
- Desapego con la supuesta víctima.

Consecuencias de la violencia intrafamiliar y de la violencia sexual

Entre las consecuencias que se revierten en la sociedad está la perpetuidad transgeneracional de las conductas violentas, desinterés por un proyecto de vida, ruptura familiar, comportamientos antisociales y desafiantes y baja productividad.

La complejidad de los comportamientos violentos hace que en la víctima se produzcan cambios en su vida, afectando sus dimensiones de relacionarse con su medio familiar, social, laboral, académico, entre otros. Según Vázquez Mezquita y Calle³⁰ 1997, no todos los abusos son iguales ni afectan de la misma manera a la integridad de la víctima, pero sí, de una u otra manera, emergen efectos negativos que disminuyen la calidad de vida del afectado y que en algunos casos son altamente impactantes e irreversibles.

Teniendo como base estos efectos o consecuencias se propone una búsqueda activa para detección de eventos cuyas víctimas no denuncian el maltrato. Para ello se han determinado algunas características o "pistas" que pueden orientar a los profesionales de la salud, profesores, jueces o personal de otras áreas, que tengan la oportunidad de captar personas involucradas en actos de violencia intrafamiliar.

Intervenciones

Existen diferentes tipos de intervenciones propuestas para la disminución de los eventos de violencia intrafamiliar y sus consecuencias, en concordancia con los factores o determinantes de la misma. Entre éstos se encuentran las intervenciones ambientales, que cubren a los factores socioculturales, los demográficos y los de desarrollo en alguna manera; la intervención familiar, que lo hace sobre los factores de relación y los de desarrollo; y finalmente la intervención individual, la cual actúa sobre los determinantes del desarrollo y en los individuales.

Intervenciones ambientales

Este grupo de intervenciones puede realizarse ya sea a nivel de comunidad en general o en sectores específicos como salud, educación o judicial. Con la comunidad en general se trabaja en la concientización y sensibilización frente al problema mediante intervenciones en grupos focales, conferencias o medios de comunicación masiva.

En el sector salud se han desarrollado estrategias de detección de posibles víctimas y agresores, y en la prevención de violencia intrafamiliar. Entre estas estrategias se incluyen el apoyo educativo y técnico a los profesionales de la salud para intervenir los posibles casos de violencia intrafamiliar, las cuales han sido implementadas en algunos países como los Estados Unidos de América.³¹

El sector educativo ha sido muy efectivo en las intervenciones, debido a la cercanía que tiene con los menores maltratados. Además, al intervenir en colegios y escuelas se puede cambiar conductas y comportamientos de jóvenes que serán potencialmente agresivos en el futuro. Las estrategias incluyen educación sobre el tema de violencia intrafamiliar haciendo énfasis en los derechos de los niños y en las consecuencias de la violencia intrafamiliar.

El sector judicial puede intervenir mediante estrategias que brinden apoyo legal a las víctimas; además, suministra una variedad de servicios entre los que se incluyen el apoyo de la policía y asistencia en las cortes. Finalmente, la política y el gobierno tienen un papel muy importante, ya que desde este nivel se ha logrado crear leyes o normas que posicionen a la violencia intrafamiliar como un problema prioritario y que sirven como agentes protectores de las víctimas.

Intervenciones familiares

Las intervenciones tienen como principio la promoción de la unión familiar mediante el mejoramiento de la comunicación y de la resolución de conflictos. Se motiva a lograr unos patrones de comunicación que permitan comprender las necesidades y puntos de vista de cada miembro.

La familia debe operar a través de pautas transaccionales (tratos, convenios), para poder responder y enfrentarse a los cambios internos y externos de la familia frente a la sociedad: la pérdida de empleo, la muerte de un ser querido, la adolescencia, etc.

Según Héctor Maldonado³² la comunicación intragrupal debe estimularse al interior de la familia ya que se conforma por vínculos que se establecen por hechos sociales, presentan un mínimo de unidad, ya sea por lazos psicológicos, interés material o espiritual. Esta comunicación se origina de la circunstancia de relación de los individuos, éstos al asociarse se interrelacionan con conductas y se organizan en jerarquías, roles, normas que pueden disminuir el riesgo de violencia intrafamiliar.

Otras estrategias sugeridas para la resolución de conflictos incluyen la definición del problema en común, el enfriamiento de las emociones en momentos de conflicto, el rechazo a la idea de ganar un argumento, respetar el otro punto de vista escuchando y prestando atención, dialogar claramente y comprometerse ambas partes en la solución del problema.³³ Para obtener mejores resultados, es importante que estas estrategias involucren a toda la familia. Finalmente cabe anotar que, aunque se plantea promover la reconciliación y la unión entre las familias, hay eventos donde la ruptura familiar se hace inevitable y acaba convirtiéndose en la mejor opción para la seguridad y bienestar de la víctima.

Intervenciones individuales

En la terapia individual, el cambio en la percepción de un suceso estresante (reestructuración cognitiva) puede ser una manera eficaz de afrontar los acontecimientos traumáticos de la violencia.

Es posible que los adultos con historial de abuso y que, sin embargo, no presentan síntomas recurran más a la reestructuración. Himelein y McElrath (1996) investigaron a estudiantes abusadas sexualmente y encontraron cuatro estrategias de afrontamiento: la revelación y discusión del abuso, la minimización del impacto, la reevaluación positiva y no dejarse obsesionar por la experiencia.³⁴

Las intervenciones en los agresores se basan en educación a los mismos o a personas que están en riesgo de volverse agresores.³⁵ La educación incluye técnicas para el control de la ira que ayuden a evitar el uso de violencia en sus conflictos familiares. De igual manera se trata de ayudarlos a buscar

soluciones a los factores que pueden estar precipitando la violencia.

Conclusión

La violencia intrafamiliar y la violencia sexual afectan a todos y cada uno de los sectores de una sociedad. Por esta razón, en la comprensión de los factores o causas que generan este tipo de violencia, al igual que para intervenir en la disminución del mismo, es necesario abordar el tema desde varios sectores, incluyendo salud y educación, autoridades políticas y judiciales, organismos de control oficiales y comunitarios, medios de comunicación y otros integrantes de la sociedad civil.

Se encuentra que las causas de la violencia intrafamiliar varían desde el nivel individual, incluyendo condiciones especiales del comportamiento como el temperamento agresivo o el abuso de alcohol y de sustancias psicoactivas, así como haber presenciado hechos violentos o haber tenido experiencias de rechazo ya sea en el hogar, en el colegio o con los amigos. A estas causas les siguen las correspondientes al tipo de relación familiar, entre las cuales se incluyen los problemas de comunicación y el abuso de poder. En un contexto externo al hogar se encuentran los factores socio-culturales y demográficos como el nivel de ingresos económicos, la cultura machista, los medios de comunicación y el sistema judicial, entre otros.

Las intervenciones en la violencia intrafamiliar pueden ser individuales, tanto en las víctimas como en los agresores, familiares o grupales en comunidades específicas que hayan estado involucradas en eventos de violencia intrafamiliar o que estén en riesgo de ser involucradas; finalmente, están las acciones que influyen en todo un sector como el de la salud, la educación o el sistema judicial, por ejemplo. Sin importar el tipo de intervención, ésta debe estar acompañada de un proceso de concientización y sensibilización sobre el tema, apoyado por los medios de comunicación y la comunidad en general. Para optimizar los esfuerzos de estas intervenciones es necesaria la ejecución de procesos investigativos más avanzados que ayuden a dilucidar de manera más profunda la asociación entre los diferentes factores con la generación de violencia intrafamiliar y sexual.

Finalmente, es importante mencionar que para lograr éxito en estas intervenciones es indispensable que la violencia intrafamiliar tenga relevancia dentro de la agenda política de los gobernantes, quienes con sus decisiones pueden liderar a todos los sectores en la búsqueda de soluciones a este grave problema.

- 1 Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., 2003.
- 2 Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., 2003.
- 3 Organización Mundial de la Salud WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Ginebra, 1996.
- 4 Dollard J. Doob L, Miller, EN, Mowrer OH and Sears RR. Frustración y Agresión, Yale University Press, 1939
- 5 Hotaling GT, Sugarman DB. Un análisis sobre los marcadores de riesgo en la violencia de esposo-esposa: El estado actual del conocimiento. *Violent Victims* 1986; 1:101-124.
- 6 Sanson A, Smart D, Prior M and Oberklaid F. Precusores de agresión e hiperactividad. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993. Noviembre; 32(6):1207-1216.
- 7 Huesmann LR, Eron LD. Diferencias Individuales y rasgos de agresión. [abstract-PsycINFO]. *European Journal of Personality* 1989;95-106.
- 8 Astin MC, Ogland-Hand SM, Coleman EM, Foy DW. Desorden de stress postraumático y maltrato infantil en mujeres abusadas: comparaciones con mujeres sin stress. [Abstract] *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995; 63: 308-312.
- 9 Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relación entre múltiples formas de maltrato infantil y la salud mental adulta en la comunidad: resultados de un estudio sobre experiencias de la infancia adversas. *Am J. Psychiatry*, 2003. Agosto;160(8): 1453-1460.
- 10 Bandura, A., and Walters, R.H. *Aprendizaje Social y desarrollo de la personalidad*. Nueva York, Holt, Rinehart & Winston. 1963.
- 11 Famularo R, Fenton T, Kinscherff R. Historias médicas y del desarrollo de los niños maltratados. *Clin Pediatr (Phila)* 1992. Septiembre; 31 (9): 536-541.
- 12 Astin MC, Ogland-Hand SM, Coleman EM, Foy DW. Op. Cit.
- 13 Astin MC, Ogland-Hand SM, Coleman EM, Foy DW. Op. Cit.
- 14 Rodríguez CM, Sutherland D. Predictores de prácticas de disciplina físicas de los padres. *Child Abuse Negl.* 1999. Julio; 23(7): 651-657.
- 15 Babcock JC, Waltz J, Jacobson NS, Gottman JM. Poder y Violencia: Relación entre patrones de comunicación, discrepancias de poder, y violencia doméstica. [abstractMEDLINE] *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993 (61): 40-50
- 16 Babcock JC, Waltz J, Jacobson NS, Gottman JM. Op. Cit.
- 17 Kahn MW. Golpizas a las esposas y contexto cultural: prevalencia en comunidades aborígenes de la norte de Australia. *Am J. Community Psychology*. 1980. Diciembre; 8 (6): 727-731
- 18 Resnick M, Bearman P, Blum R, Bauman K, Harris K, Jones J, Tabor K, Beuhring T, Sieving R, Shew M, Ireland M, Bearinger L y Udry R. Protegiendo a los adolescentes del daño: Hallazgos de un estudio longitudinal en salud de adolescentes. *Journal of the American Medical Association* 1997, Septiembre; 278 (10): 823-832
- 19 Huesmann LR, Eron LD. Op. Cit.
- 20 U.S.A. Departamento de Justicia, Oficina de Programas de Justicia, Estadísticas del Área de Justicia. *Violencia por Íntimos: Análisis de información sobre crímenes realizados por esposos, novios y novias*. Annapolis Junction, Maryland, BJS Clearinghouse (NCJ-167237). 1998.
- 21 Kantor GK, Jasinski JL y Aldarondo E. Estrato sociocultural e incidencia de violencia marital en familias hispanas. [AbstractMEDLINE] *Violence and Victims*. 1994; 9:207-222
- 22 Dutton DG, Saunders K, Starzomski A. and Bartholomew. Intimidación - Ira y apego inseguro como precusores de abuso en relaciones de intimidad. [Abstract-PsycINFO] *Journal of Applied Social Psychology*, 1994; 24 (15): 1367- 1386.
- 23 Perilla JL, Bakeman R, Norris FH. Cultura y violencia doméstica: la ecología de las latinas abusadas. *Violence Victims*. 1994 Winter; 9(4): 325-339
- 24 Azoh, J. Como puede permanecer el abuso familiar en personas con discapacidad mental? Revelaciones desde una comunidad urbana en Nuevo León (México). Disponible desde: URL: www.psiquiatria.com/psicologia/revista/88/1157/0/?++interactivo .
- 25 Dutton DG, Painter SL. Apego traumático: el desarrollo de conexiones emocionales en mujeres maltratadas y otras relaciones de abuso intermitentes. *Victimology International Journal* 1981; 6: 139-155.
- 26 Bushman BJ. Anderson C. Influencia de los medios y el público americano: Hechos científicos contra desinformación de los medios. [Abstract] *American Psychologist*,

2001;56:477-489.

27 Asociación Americana de Psicología sobre violencia y familia, TEMAS Y DILEMAS EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. Disponible desde URL: www.apa.org/pi/pii/familyvio/homepage.html

28 Kessmann JR, Violencia Doméstica: identificando el mortal silencio. *Tex Dent J.*, 2000 Oct; 117(10):42-47

29 Kaplan S J, Pelcovitz D, Labruna V. Investigación sobre abuso y negligencia en adolescentes y niños: Un resumen de 10 años. Parte 1: Negligencia y Abuso físico y emocional. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993 Noviembre; 32(6): 1207-1216.

30 Vázquez Mezquita y Calle, Secuelas postraumáticas en niños: análisis prospectivo de una muestra de casos de abuso sexual denunciados, revista española de psiquiatría forense, psicología forense y criminología . 1997. Pag 14-19,

31 Fundación Conrad Hilton, Iniciativa Nacional de Salud sobre la Violencia Doméstica (USA), Fondo para la Prevención de Violencia Intrafamiliar, 1995. Disponible en URL: <http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=35>

32 MALDONADO, Willman Héctor. Manual de Comunicación oral. Alambra Mexicana. México 1993.

33 Departamento Gubernamental de Servicios Humanos en Victoria (Australia). División de servicios de incapacidad. 2002. Conflicto familiar-Cómo manejarlo. Disponible en URL: <http://www.napcan.org.au>

34 Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Vicente Caballo. Editorial Pirámide 2.002. España.

35 Departamento Gubernamental de Servicios Humanos en Victoria (Australia). División de servicios de incapacidad. 2002. La paternidad puede ser estresante. Disponible en URL:http://www.disability.vic.gov.au/dsonline/dsarticles.nsf/pages/parenting_can_be-stressful

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y VIOLENCIA SEXUAL EN SANTANDER EN EL AÑO 2004

Juan Camilo González Pinzón, MD. MPH.
Yolanda Tarazona Álvarez, Psi. Esp.

Introducción

La violencia es un problema multisectorial con un fuerte impacto negativo en la salud pública y en el desarrollo económico, social y cultural de un país.

La violencia intencional es responsable de 17.556 muertes por año en Colombia, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses;¹ y de 164.160 casos de lesiones personales (incluyendo casos de violencia intrafamiliar, violencia común y delitos sexuales). Estas cifras reflejan que la violencia es un serio problema de Salud Pública que involucra a todos los sectores de la sociedad y que a su vez es causa y consecuencia de otros tipos de violencia creando un círculo vicioso difícil de romper.

En el año 2001, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML) reportó 203.438 casos de lesiones personales, de los cuales 86.478 (42,5%) fueron de violencia común (riñas, atracos y venganzas, entre otros), 35.914 (17,6%) de accidentes de tránsito, 59.770 (29,4%) de violencia intrafamiliar y 17.912 (8,8%) delitos sexuales. Esta proporción es similar en Santander, donde de los 11.150 casos de lesiones personales, 3.560 (31%) correspondieron a casos de violencia intrafamiliar y 895 (8%) a delitos sexuales.² En el año 2004 en el área metropolitana de Bucaramanga, de 2.927 dictámenes realizados por el INML referentes a lesiones no fatales, el 35% correspondió a casos relacionados con violencia intrafamiliar, dentro de los cuales se incluyen, en orden de incidencia: maltrato de pareja, delitos sexuales, maltrato entre familiares y maltrato infantil.³

Entre los factores asociados con la violencia intrafamiliar se incluyen el haber presenciado violencia en la niñez;⁴ el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas;⁵ el nivel socioeconómico;⁶ el abuso de poder de género⁷ y la influencia de los medios de comunicación.⁸ Sin embargo, desde el punto de vista de salud pública hay un factor fuertemente ligado a la generación de violencia: *el silencio*. Con este término se hace referencia a la incapacidad de las víctimas, de los miembros de sus familias y de la sociedad en general, para denunciar los eventos de violencia intrafamiliar y violencia sexual. El silencio puede estar relacionado con el miedo, con afectos especiales, con dependencia económica o con falta de apoyo de otros miembros de la sociedad, como los profesionales de la salud, los profesores o las personas relacionadas con la ley;⁹ también se relaciona con el reto que tiene la víctima al tener que

demostrar su condición de agredido y al temor por la conducta que puede tomar el agresor.

La violencia sexual es un delito de alto impacto que también debe analizarse, por las implicaciones negativas en la salud mental del agredido y su entorno, por la carencia de información para definir el perfil del abusador y por ende, la dificultad en el acceso de rehabilitación de los agresores. Los estudios indican que aproximadamente el 80% de las víctimas de violencia sexual son agredidos por familiares o conocidos.¹⁰

Es paradójico que la familia, siendo el núcleo del principio del afecto, la recíproca compañía y la satisfacción de las necesidades básicas para el ser humano, sea a la vez un factor de riesgo en el fenómeno de la violencia, cuando socava los factores protectores que deben experimentarse en el hogar. Resulta oportuno, pues, clarificar algunos aspectos de esta realidad social en Santander, que involucra a las personas en cualquier ciclo vital.

Vigilancia de la violencia intrafamiliar y de la violencia sexual

Relacionada con el factor del silencio está la ausencia de un sistema coherente y efectivo de vigilancia de los eventos de violencia intrafamiliar. La mayoría de las instituciones manejan la información de manera independiente, sin corroborarla o compartirla con otras entidades. Es común que ésta sea disímil o contradictoria por diversos factores, entre ellos la diferencia de criterios en la definición de los diferentes tipos de violencia. Esto hace que exista una limitación inicial en la posibilidad de determinar confiablemente los indicadores de violencia intrafamiliar y abuso sexual en el departamento, lo cual limita a su vez el impacto de las acciones para reducir el fenómeno violento en nuestro medio social. Es pertinente, entonces, disponer de un observatorio de violencia, funcional y estructurado, que normalice la información, evalúe la magnitud del problema y el impacto de las intervenciones y que, en general, llene los vacíos existentes en el manejo de la información.

Antiguamente, las agresiones intrafamiliares y sexuales ocurrían en la vida privada, eran invisibles y ocultas a los ojos de la sociedad y se consideraban como asuntos fuera de la competencia del Estado o de las políticas públicas. Hoy,

dentro del marco legal de Colombia y del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se presenta una ventana de oportunidad, ya que los temas de la violencia intrafamiliar y la violencia sexual como problemas de salud han recuperado importancia y se encuentran en documentos como el Acuerdo 117 de 1999,¹¹ la Resolución 412 de 2000¹² y la Ley 294 de 1996,¹³ reformada parcialmente por la Ley 575 de 2000.¹⁴ Más recientemente, en la Ley 715 del 2001,¹⁵ y en las Circulares 052 de 2003 y 018 de 2004, se declara la salud mental afectada por la violencia intrafamiliar como una de las seis prioridades de salud pública en Colombia, proponiéndose una meta concreta de incrementar en un 20% la detección y atención de los casos de violencia intrafamiliar y sexual contra las mujeres y los niños.¹⁶

Dentro de las acciones que se proponen para incrementar la detección están todas las relacionadas con la búsqueda activa, las cuales no sólo se realizan en las comisarías de familia e instituciones de salud, sino también en otras instancias como el sector educativo, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y otras instituciones que pueden detectar oportunamente un evento de violencia intrafamiliar. Otra acción que se ha hecho en el país, y más concretamente en el departamento de Santander, es la implementación de la ficha de notificación obligatoria (ver anexo), con la intención de recoger información sistemática y oportuna de los eventos que son denunciados a los diferentes estamentos encargados de la atención de casos de violencia intrafamiliar.

El Observatorio de Salud Pública de Santander se propone llevar a cabo el análisis y la discusión necesaria sobre la violencia intrafamiliar en nuestro departamento, convocando para ello instituciones de diversos sectores, con el objetivo de realizar la difusión sobre la situación de este flagelo y proporcionar las bases para la toma de decisiones.

Materiales y métodos

Este informe consiste en un análisis descriptivo del sistema de vigilancia epidemiológica que se ejecuta en el departamento para monitorear y analizar la situación de violencia intrafamiliar.

El método utilizado para recolectar la información consistió en la solicitud directa de los consolidados de los eventos de violencia intrafamiliar notificados en el 2004 a la Secretaría de Salud Departamental de Santander, así como las secretarías de salud locales de Bucaramanga, Floridablanca y Girón. Cada una de estas fuentes suministró información proveniente de las instituciones de salud que figuran como unidades notificadoras y de otras de sectores diferentes al sector salud.

Los eventos notificados a las secretarías de salud fueron previamente registrados en la ficha de notificación epidemiológica para eventos de violencia intrafamiliar creada y validada por las secretarías de salud de Santander y de

Bucaramanga. Esta ficha representa el principal instrumento para recolección de datos relacionados con violencia intrafamiliar y violencia sexual en este departamento.

Posterior a la recolección de la información, se procesaron todos los eventos en una hoja de cálculo electrónica¹⁷ y se realizó un análisis univariado y bivariado utilizando un software estadístico.¹⁸ De esta forma se conformaron las tablas que se discuten a continuación.

Es importante anotar que aproximadamente el 67,5% de las fichas no fueron adecuadamente diligenciadas, dejando varias variables sin información; por esta razón, el análisis se limitó a un reducido número de variables, dentro de las cuales se encuentran: municipio, unidad notificadora, tipo de evento, género, grupo étnico y tipo de seguridad social. Se realizó además un análisis bivariado por grupo de edad y género para cada uno de los cinco tipos de violencia intrafamiliar definidos en la ficha. Finalmente, a pesar de que los datos de estas variables se diligenciaron en un reducido número de fichas, se presenta una caracterización de agresores, dada la importancia que estos análisis representan en el estudio de este tipo de eventos.

Dentro de los resultados que se presentan en este documento es importante considerar que la ficha epidemiológica de la violencia intrafamiliar se encuentra en proceso de implementación en el departamento y por ello se presenta un alto grado de subregistro de la información relacionada con los casos.

Resultados

A continuación se muestran proporciones de incidencia, distribución según unidad notificadora, tipo de violencia intrafamiliar según género y grupo étnico en los distintos tipos de violencia. Se deben reconocer las limitantes al obtener las proporciones de incidencia ya que, como se dijo antes, el programa de vigilancia de los eventos de violencia intrafamiliar y delitos sexuales está iniciando y varios municipios e instituciones no han sido sensibilizados y capacitados, lo cual explica el subregistro. Por ello, la medida de frecuencia mencionada puede no representar la situación real de los municipios; sin embargo, los datos son valiosos y marcan el inicio del estudio de la violencia en nuestra población.

Distribución por municipio

Se destaca que, de los 17 municipios que reportaron, los cuatro municipios del área metropolitana aportaron el 91% de los casos (Bucaramanga 38,17%, Floridablanca 32,3%, Piedecuesta 13,23% y Girón 7,42%). Las proporciones de incidencia más altas corresponden a los municipios de El Páramo, San Benito, El Playón, Valle de San Jose, Floridablanca y Piedecuesta. En contraste, los municipios de San Gil, Rionegro y Landázuri son los municipios con tasas

inferiores (Tabla 1).

Para los municipios de Floridablanca, Bucaramanga y Girón se buscaron fuentes adicionales a las de las secretarías de salud locales.

Tabla 1. Distribución por municipio de los eventos de violencia intrafamiliar, Santander, 2004

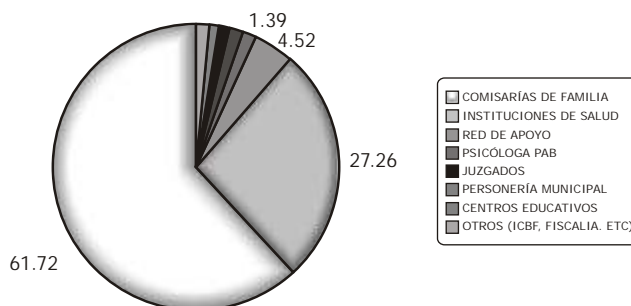
Municipio	Casos	%	Incidencia x 10.000
Bucaramanga	329	38,17	5,8
Floridablanca	279	32,37	11,0
Piedecuesta	114	13,23	11,0
Girón	64	7,42	5,4
El Playón	23	2,67	16,3
Valle de San José	14	1,62	12,4
San Benito	13	1,51	32,3
Páramo	11	1,28	36,1
Aguada	3	0,35	9,0
Los Santos	2	0,23	2,4
Charta	2	0,23	5,8
Mogotes	2	0,23	1,66
Rionegro	2	0,23	0,39
San Joaquín	1	0,12	2,8
La Belleza	1	0,12	1,17
Landázuri	1	0,12	0,54
San Gil	1	0,12	0,24
TOTAL	862	100,0	

Fuentes: Oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Santander; oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Bucaramanga; oficina de salud mental, Secretaría de Salud de Floridablanca; y Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Proyecciones 2004.

Distribución por Unidad Notificadora

Debido a que existe una gran cantidad de unidades notificadoras, se tomaron todas las que funcionan como Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) dentro de una sola categoría y de manera individual se incluyeron las comisarías de familia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la Red de Apoyo Social de Girón, las Psicólogas del PAB municipal, la Fiscalía, la Personería, los juzgados promiscuos de familia, los colegios y las alcaldías municipales, la Casa de Justicia y la Policía (Gráfico 1).

Gráfico1. Distribución de los eventos de violencia intrafamiliar notificados en Santander, según unidad notificadora, 2004

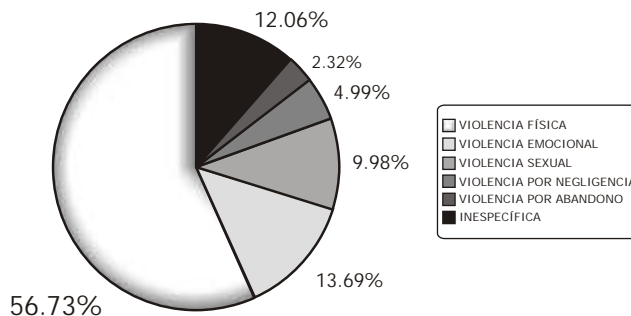


Fuentes: Oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Santander; oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Bucaramanga; y oficina de salud mental, Secretaría de Salud de Floridablanca.

Distribución por evento

La violencia intrafamiliar puede dividirse en seis tipos: física, emocional, sexual, abandono, negligencia y gestacional. En el Gráfico 2 se muestra la distribución de los casos reportados teniendo en cuenta esta tipología.

Gráfico 2. Distribución según tipo de los eventos de violencia intrafamiliar notificados en Santander, 2004.



Fuentes: Oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Santander; oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Bucaramanga; y oficina de salud mental, Secretaría de Salud de Floridablanca.

La violencia física fue el tipo de violencia intrafamiliar más reportado (56,73%). Es importante resaltar que en 104 eventos (12%) no se especificó el tipo de violencia. La distribución es similar en todos los municipios con excepción de Floridablanca, donde la violencia emocional ocupa el 22,1%, a diferencia del 13,69% que ocupa en el ámbito departamental, y de Girón, donde en el 37,5% de los eventos no se especificó el tipo de violencia.

Es necesario anotar que el 88% de los eventos inespecíficos corresponden a eventos reportados por las Secretarías de

Distribución por grupo de edad según género
 Tabla 2. Distribución de los eventos de violencia intrafamiliar reportados en Santander, según género y edad, 2004

Grupo etáreo	Femenino		Masculino		Total		Incidencia x 10.000
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
Menor de 1 año	13	1,98	14	6,76	27	3,13	6,2
1 - 4 años	42	6,42	34	16,42	76	8,82	4,0
5 - 14 años	111	16,97	62	29,95	173	20,10	3,6
15 - 44 años	400	61,16	55	26,57	455	52,84	4,6
45 - 64 años	49	7,49	19	9,17	68	7,89	2,5
Mayor de 64 años	12	1,83	6	2,89	18	2,09	1,6
Sin dato	27	4,12	17	8,21	44	5,11	
Total	654	100	207	100	861	100	4,1

Fuentes: Oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Santander; oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Bucaramanga; oficina de salud mental, Secretaría de Salud de Floridablanca; y Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Proyecciones 2004. Nota: Un caso reportado por Floridablanca no contaba con los datos de género ni edad, por lo tanto no se incluyó en el análisis.

Salud de Bucaramanga y Floridablanca.

Se aprecia una razón aproximada de 3,1:1 en el número de casos de violencia intrafamiliar entre mujeres y hombres. La incidencia de violencia intrafamiliar para el año 2004 es de 4 por 10.000 habitantes para el departamento de Santander. Los grupos etáreos con mayor incidencia son: menor de 1 año y de 15 a 44 años (6,2 por 10.000 y 4,6 por 10.000, respectivamente). De otro lado, el de menor incidencia es el grupo de mayor edad (65 años y más). Se observa un número mayor de mujeres víctimas de violencia en todos los grupos etáreos, a excepción de los menores de 1 año.

Distribución por tipo de seguridad social

Tabla 3. Distribución por tipo de Seguridad Social de los eventos de violencia intramiliar reportados en Santander, 2004

Tipo de afiliación	Casos	%
Subsidiado	139	16,12
Contributivo	130	15,08
Particular	92	10,67
Vinculado	76	8,81
Otro	1	0,11
Sin dato	424	49,18
Total	862	100,00

Fuentes: Oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Santander; oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Bucaramanga; y oficina de salud mental, Secretaría de Salud de Floridablanca.

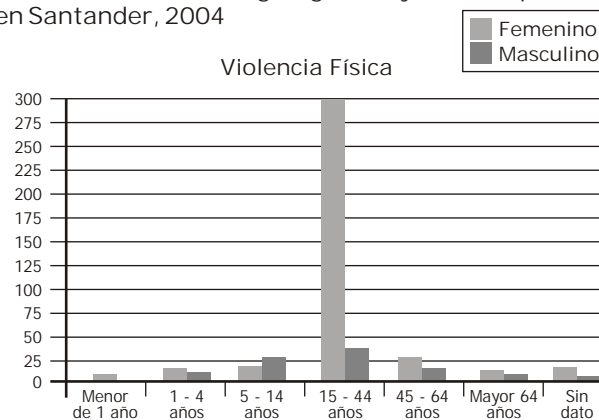
Nota: la población que aparece en los registros sin ningún tipo de seguridad social se incluyó, para el análisis, en el grupo de "particular".

Llama la atención que una proporción cercana al 50% de los eventos figura como "sin dato", lo cual significa que no se posee información sobre la seguridad social de las víctimas, repitiendo lo observado en experiencias anteriores con este tipo de información, lo cual refleja el desconocimiento que se tiene sobre el aseguramiento en salud. Al régimen subsidiado y contributivo corresponden el 31% de los eventos reportados, mientras los regímenes vinculado, particular y otro, aportan el 20% restante.

Distribución de la violencia física según edad y género

Debido a que cada tipo de violencia intrafamiliar es en sí un evento particular con características propias diferentes a los otros tipos, a continuación se mostrará una tabla para cada tipo de violencia discriminado por género y edad.

Gráfico 3. Distribución de los eventos de violencia intrafamiliar física, según género y edad, reportados en Santander, 2004

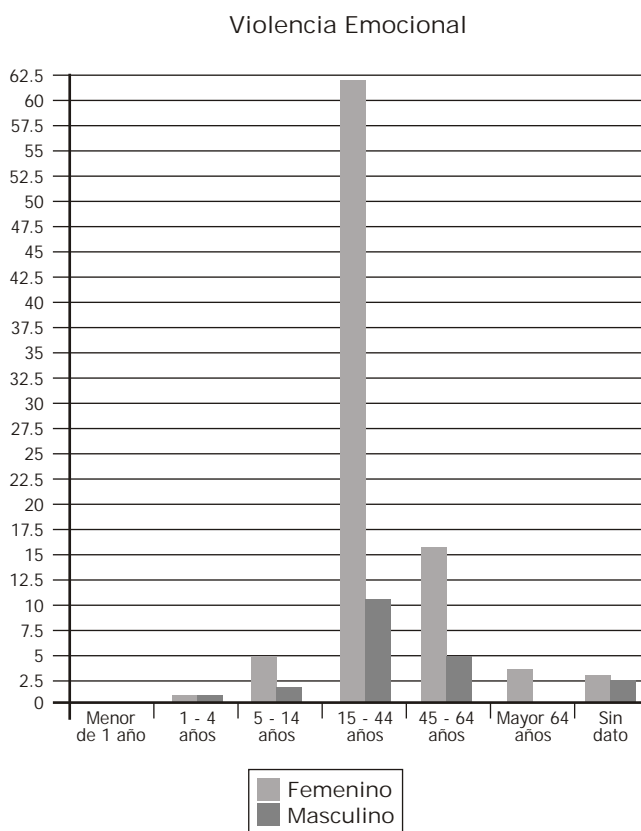


Fuentes: Oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Santander; oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Bucaramanga; y oficina de salud mental, Secretaría de Salud de Floridablanca.

Al comparar los hombres y las mujeres por grupo etáreo, se aprecia una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,0033$), siendo más vulnerable el grupo de entre 15 a 44 años; se observa una mayor proporción en el sexo femenino (76,92%). Este grupo representa el 34,8% del total de eventos de violencia intrafamiliar descritos en este informe. La razón de violencia física entre mujeres y hombres es de 4:1 siendo esto evidente en la población mayor de 15 años.

Distribución de la violencia emocional según edad y género

Gráfico 4. Distribución según género y edad de los eventos de violencia intrafamiliar emocional reportados en Santander, 2004

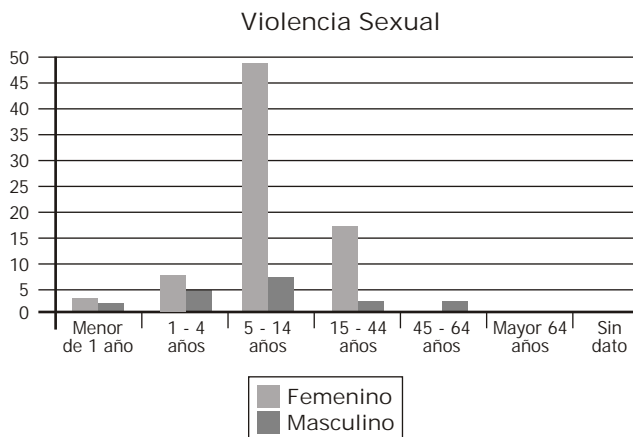


Fuentes: Oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Santander; oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Bucaramanga; y oficina de salud mental, Secretaría de Salud de Floridablanca.

De manera similar a lo observado en la violencia física, el grupo etáreo que incluye las edades entre 15 y 44 años es el más afectado, especialmente las mujeres. La razón entre mujeres y hombres en violencia emocional es de 4,4:1.

Distribución de la violencia sexual según edad y género

Gráfico 5. Distribución de los eventos de violencia sexual reportados en Santander, según género y edad, 2004



Fuentes: Oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Santander; oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Bucaramanga; y oficina de salud mental, Secretaría de Salud de Floridablanca.

A diferencia de los dos tipos de violencia mencionados anteriormente, la violencia sexual representa el tipo de violencia más frecuente en el grupo de menores entre 5 a 14 años tanto en mujeres (68%) como en hombres (42,86%). El 82,55% de los eventos de violencia sexual reportados tuvieron como víctimas a menores de 15 años. En contraste, se observan porcentajes bajos en los grupos de edades mayores a 44 años. La razón entre mujeres y hombres en violencia sexual es de 5:1.

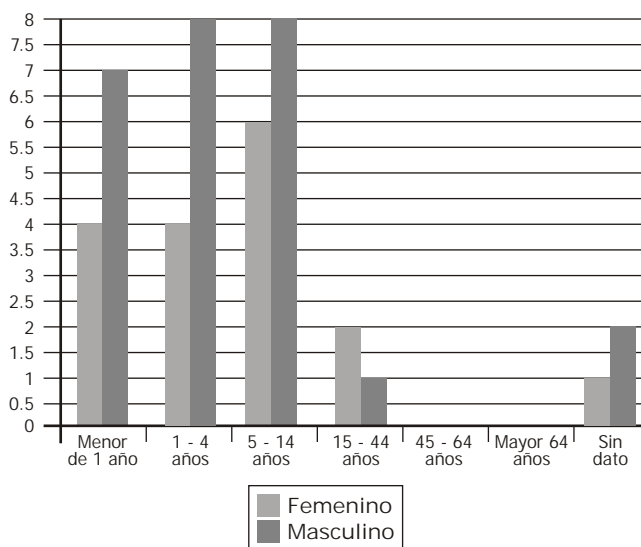
Distribución de la violencia por negligencia según edad y género

Gráfico 6. Distribución de los eventos de violencia por negligencia, según género y edad reportados en Santander, 2004

Se observa que este tipo de violencia afecta a los grupos etáreos más jóvenes. En cuanto a género se refiere, se observaron más casos en la población masculina que en la femenina con una razón de 1,5:1.

La violencia por negligencia representa el tipo de violencia más frecuente en los grupos etáreos menores de 5 años.

Violencia por Negligencia



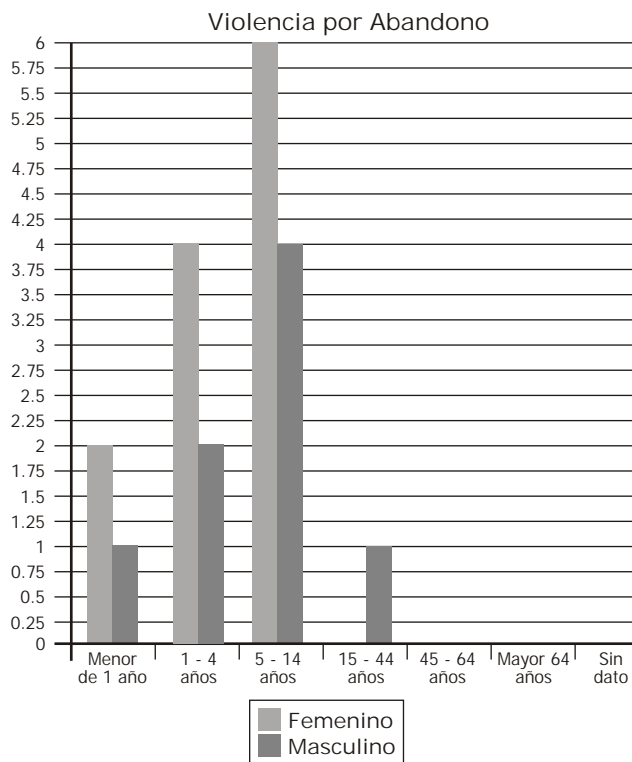
Fuentes: Oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Santander; oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Bucaramanga; y oficina de salud mental, Secretaría de Salud de Floridablanca.

La violencia por abandono es también un tipo de violencia que afecta en mayor proporción a los grupos de edad más jóvenes, observándose la población menor de 15 años como el más vulnerable para ambos géneros. Por otro lado, no se reportó ningún caso en los grupos mayores de 44 años. La razón entre mujeres y hombres en eventos de abandono es de 1,5:1.

Distribución según agresor. No se conoce el género del agresor en el 41,30% de los casos, y además se desconoce la edad del agresor en el 60,6% de los casos. De los agresores identificados, el 80% son hombres y en cuanto a la edad predomina el grupo de 15 a 44 años, representando el 78% de los casos donde se registra la edad del agresor.

Distribución de la violencia por abandono según edad y género

Grafico 7. Distribución de los eventos de violencia por abandono según género y edad reportados en Santander, 2004.



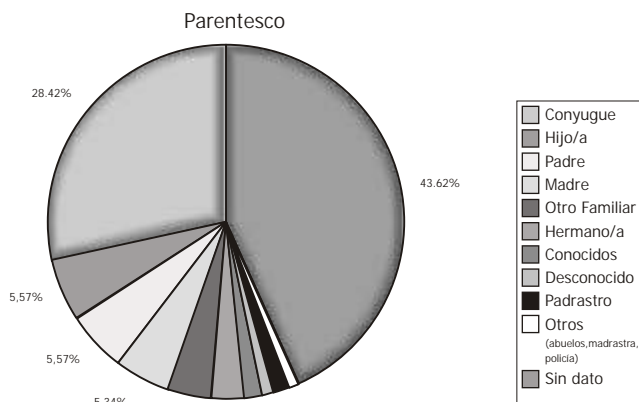
Fuentes: Oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Santander; oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Bucaramanga; y oficina de salud mental, Secretaría de Salud de Floridablanca.

Distribución según agresor
Tabla 4. Distribución del agresor según edad y género

Grupo etáreo	Femenino		Masculino		Sin dato		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
5 - 14 años	-	0,00	14	3,48	-	-	14	1,62
15 - 44 años	60	57,7	205	51	-	-	265	30,74
45 - 64 años	10	9,6	47	11,7	-	-	57	6,61
Mayor de 64 años	-	0,00	4	1	-	-	4	0,46
Sin dato	34	32,7	132	32,82	356	100	522	60,60
Total	104	12,06	402	46,63	356	41,30	862	100,00

Fuentes: Oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Santander; oficina de vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud de Bucaramanga; y oficina de salud mental, Secretaría de Salud de Floridablanca.

Gráfico 8. Distribución del agresor según el parentesco con la víctima



Se desconoce el parentesco de la víctima con su agresor en el 43% de los casos. El 28% del total de los eventos reportados corresponden a violencia entre cónyuges, 10,8% corresponde a maltrato de los padres a los hijos y 5,5% de los hijos a los padres.

Discusión

Antes de discutir los resultados es importante llamar la atención acerca del subregistro que se evidencia en el reporte de casos a las secretarías de salud locales y a la Departamental. Primero que todo, se observa que sólo 17 de los 87 municipios del departamento reportaron eventos de violencia intrafamiliar, pasando por alto municipios como Vélez y Barrancabermeja que en el informe del Instituto de Medicina Legal del año 2003¹⁹ son reportados con alta incidencia. De igual manera, San Gil reportó un sólo evento, en contraste con los 244 casos de violencia intrafamiliar reportados en el año 2003 por el Insituto de Medicina Legal para este Municipio.

Al realizar una comparación de los hallazgos de este informe con los hallazgos obtenidos por el Insituto CISALVA de la Universidad del Valle, que cuenta con años de experiencia en vigilancia en violencia, se aprecia que 10 de los 15 municipios que reportaron casos a la Secretaría de Salud Departamental informaron cifras inferiores a los 22 eventos por año, mientras en el departamento del Valle se encuentran municipios no capitales que reportaron hasta 523 eventos por año (El Cerrito, Valle 2002) o 379 casos por año (Sevilla, Valle 2002).²⁰

Además del subregistro de casos, se observa un problema en la calidad del diligenciamiento de las fichas de notificación; en el 49% de los casos no fue posible determinar el tipo de afiliación al sistema de aseguramiento. Es importante mencionar que de los 64 casos reportados en Girón, sólo en el

62,5% de los casos se registró el tipo de evento y de estas mismas fichas no se encontraron datos de edad en el 36% de los casos.

Se observa un mayor porcentaje de casos reportados en el área metropolitana de Bucaramanga (91,1% de los casos), lo cual podría explicarse por el proceso de integración intersectorial que se viene llevando a cabo en estos municipios, apoyado en gran parte por la creación de redes de buen trato que han fortalecido el sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar y por el mayor número de profesionales que laboran en instituciones de salud, educativas y comisarías, quienes colaboran en la detección de los casos y generan ciertas estrategias de concientización de los ciudadanos frente a la denuncia, los derechos y los deberes.

El análisis de los reportes debe relacionarse con la oferta de servicios institucionales. Bucaramanga y su área metropolitana cuentan con mayor oportunidad para esta accesibilidad en la atención, existiendo servicios institucionales en protección, justicia y salud.

Si bien los datos muestran a los municipios de El Páramo, San Benito, El Playón, Floridablanca y Piedecuesta como los de mayor incidencia, no se puede concluir que es en éstos donde más se presenta este flagelo porque aún no se ha establecido un sistema de vigilancia confiable en todo el departamento. En cuanto a los municipios incluidos en el reporte con más bajas tasas de incidencia (San Gil y Rionegro), es necesario consultar con qué tipo de unidades notificadoras se cuenta y llevar a cabo un seguimiento de los reportes.

En relación con las instituciones que reportaron los casos, sólo 5 municipios tuvieron reportes de Comisarías de Familia (Bucaramanga, Floridablanca, Piedecuesta, Girón y Rionegro); a pesar de que estas fueron las instituciones que más reportaron casos de violencia intrafamiliar. Igualmente llama la atención que para Bucaramanga los reportes de las Comisarías sólo representan el 43,3% de los casos y para Girón el 37,5%, mientras que para Floridablanca, Piedecuesta y Rionegro representan el 93,3%, el 96,23% y el 100% respectivamente. Esto se puede explicar por el alto compromiso de otras instituciones, especialmente las de salud, en reportar eventos de violencia intrafamiliar al sistema de vigilancia en salud pública de la Secretaría de Salud de Bucaramanga y el esfuerzo del municipio de Girón en tener una Red de Apoyo con oficina que capte la mayoría de los eventos.

De otro lado, se puede explicar el mayor número de casos de violencia física debido a que las consecuencias y rasgos de ésta son los de más fácil detección inmediata junto con los de violencia sexual; además hay una proporción de víctimas que no perciben el abuso emocional como una forma de violencia, especialmente las mujeres. Sin embargo, es importante anotar que varios estudios de violencia intrafamiliar realizados en Colombia han encontrado que la violencia física

siempre está acompañada de violencia emocional.²¹ Así mismo, más del 50% de las personas investigadas refirieron haber sido víctimas de abuso emocional.

Después de la violencia física y la violencia emocional, el otro tipo de violencia encontrado es el sexual. De este tipo de violencia se estima que las víctimas reportadas sólo representan un 16% del total de casos de abuso, debido a la estigmatización social que silencia a una proporción importante de las víctimas.²²

La violencia por negligencia y la violencia por abandono figuran con un menor porcentaje, lo cual puede deberse a la menor importancia que históricamente se le ha dado a estos tipos de violencia; este fenómeno se refleja en los informes globales donde se hace un mayor despliegue a los otros tipos de violencia.

Es importante resaltar que en este informe solo se reportaron dos casos de violencia gestacional, por lo cual se prevé una falta de sensibilización y socialización en este tema, dado que en el mundo entre el 25% y 62% de las mujeres embarazadas son agredidas físicamente por sus esposos.²³

Se observa también en la distribución por género, cómo el sexo femenino se muestra claramente más vulnerable a la violencia intrafamiliar, con una razón de 3,1:1 en comparación con el sexo masculino. Esto fortalece la hipótesis de que el desbalance del poder respecto al género está fuertemente asociado con la violencia intrafamiliar. Otros factores que podrían explicar este comportamiento son la cultura chauvinista y la dependencia económica.²⁴ Esta diferencia se hace presente en los tipos de violencia físico, sexual y emocional y cambia en la violencia por negligencia y el abandono.

En cuanto a la distribución por edad, se observa con preocupación que la población menor de 1 año presenta la mayor proporción de incidencia en violencia en general, seguido por los grupos de 1 a 4 años y de 15 a 44 años. Esto puede explicarse porque el niño se encuentra en una situación psicológica más difícil, pues generalmente tiene un vínculo afectivo con quien lo maltrata y difícilmente puede entablar una denuncia;²⁵ además de que debe luchar contra el imaginario cultural de que por ser niño o niña los adultos o cuidadores puede lesionarle ya sea para educarle o para acceder a lo que desean. Es notable también la baja tasa en el grupo de adultos mayores (mayores de 65 años). En los casos de violencia física y violencia emocional se observa que el grupo de 15 a 44 años presenta una proporción mayor convirtiéndolo entonces en el grupo etéreo más vulnerable para este tipo de violencia, especialmente en las víctimas de sexo femenino.

Siguiendo con los grupos etéreos, se observa claramente una mayor proporción de eventos de violencia física y violencia emocional en la población femenina con edades entre 15 y 44

años. Esto puede deberse a que este grupo poblacional tiene mayor autonomía para denunciar el maltrato, contrastando con los grupos etéreos menores, los cuales dependen en gran parte de un adulto para poder denunciar los eventos, y con las mujeres mayores de 44 años quienes no tienen la influencia de los movimientos que impulsan la equidad de género que potencializan esta autoeficacia.²⁶ Por otro lado, los otros tipos de violencia (sexual, negligencia, y abandono) se presentan en mayor proporción en los grupos menores de 15 años. En esta población se observa que la violencia sexual es más frecuente en el grupo de 5 a 14 años, pero igual o más preocupante es el hecho de que se hayan reportado 4 casos de abuso sexual en menores de 1 año.

La violencia por negligencia y abandono se presenta principalmente en población menor de 5 años, lo cual concuerda con lo reportado en el Informe Mundial de Violencia de la OPS.²⁷ La ausencia de casos de abandono en los adultos mayores puede sugerir la falta de sensibilización en la detección y denuncia de este problema, por parte del personal que atiende a esta población.

Después de analizar y discutir las diferentes distribuciones y frecuencias a continuación se mencionarán algunas conclusiones y recomendaciones, de las cuales se espera sean tenidas en cuenta por las personas encargadas de vigilar y prevenir los eventos de violencia intrafamiliar tanto en el Departamento como en los municipios.

En cuanto a la información del agresor, se encuentra que no se registra información correspondiente a éste en un porcentaje que oscila entre el 40 y el 60%, lo cual podría estar relacionado con el temor de la víctima a denunciar a su agresor.

CONCLUSIONES

Sin desestimar la información analizada, una primera y muy importante conclusión es el subregistro de eventos de violencia intrafamiliar y delitos sexuales reportados al sistema de vigilancia en salud pública de las secretarías de salud, con una ausencia de reportes por parte de 70 municipios que representan el 42% de la población total estimada para el departamento de Santander. Se observan además unas cifras muy bajas en los municipios que reportaron, lo cual se debe posiblemente a la falta de integración de la información entre las oficinas de vigilancia epidemiológica con otras instituciones que atienden los casos de violencia.

Se observa que no se están llenando todas las variables de la ficha, motivo por el cual se limita el análisis. Algunas de las variables que no se pudieron analizar son las que corresponden a la información del agresor.

Se plantean las siguientes conclusiones y recomendaciones:

- Se encuentran los Municipios de Páramo, San Benito, El

Playón, Valle de San José, Piedecuesta y Floridablanca con las mayores tasas de incidencia, teniendo en cuenta el total de población del municipio.

- La gran mayoría de los eventos (62%) tuvieron como unidad notificadora a las comisarías de familia. Se recomienda entonces concertar con ellas para que funcionen formalmente como unidades notificadoras de eventos de violencia intrafamiliar con una periodicidad de entrega de fichas semanal. Esto se sugiere para todos los municipios donde existan dichas comisarías.

- Se observa que las mujeres son más susceptibles a ser maltratadas; con respecto a la edad se encontró al grupo de menores de 1 año como la población más vulnerable a la violencia intrafamiliar. Sin embargo, al analizar los casos de violencia física y emocional se observa el grupo de mujeres con edades comprendidas entre los 15 a los 44 años con la mayor vulnerabilidad.

- En el caso de la violencia sexual se observa que los menores de 15 años se encuentran en mayor grado de vulnerabilidad, ya que el número de casos reportados con este tipo de evento en esta población representa el 86,58 % del total de los casos de violencia sexual analizados. Debido a que gran parte de esta población puede ser concentrada en instituciones escolares es importante planear junto con el sector educativo, diferentes estrategias que puedan ser efectivas en la disminución de casos de violencia sexual en menores de edad.

- Al igual que en los casos de violencia sexual, la población menor de 15 años también figura con el mayor número de casos en los tipos de violencia por negligencia y por abandono. Es importante incluir en estas intervenciones a instituciones a cargo de población menor como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

- Entre los eventos donde se registra el género del agresor se encuentra una relación entre hombres y mujeres de 4:1. En cuanto a la edad se muestra que el mayor número de los agresores registrados están entre las edades de 15 a 44 años. En cuanto al parentesco, de los eventos con esta información registrada, el 53% corresponden a violencia conyugal y el 17% de los casos representan abuso de los padres hacia sus hijos. Además llama la atención que el 10% de los casos corresponden a maltrato de los hijos hacia sus padres.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda desarrollar estrategias con los municipios ausentes en este informe para lograr que los 87 municipios del departamento reporten los casos a la Secretaría de Salud Departamental; igualmente para los municipios que sí aparecen, con el objeto de que mejoren los indicadores de notificación y así lograr una base de datos que refleje con más confiabilidad la situación de la violencia intrafamiliar y la

violencia sexual en Santander.

- Los equipos provinciales de la Secretaría de Salud Departamental son una herramienta clave en este proceso que puede apoyar el diseño y desarrollo de estrategias de sensibilización y capacitación en manejo de la información de estos eventos a las secretarías de salud, las unidades notificadoras, las unidades generadoras de datos y las redes sociales de apoyo.

- Los entes territoriales municipales deben implementar estrategias para analizar y socializar con las redes sociales de apoyo la información recolectada, con el fin de que puedan desarrollarse acciones intersectoriales de promoción, prevención y seguimiento. Se sugiere que en la red social de apoyo opere el comité de vigilancia, que realice concertadamente la configuración y clasificación de los casos.

- Se recomienda la creación de un canal de comunicación que permita el flujo permanente de información entre las unidades notificadoras y el municipio, y a su vez, de éstos a la Secretaría Departamental. Uno de los aspectos que se deben concretar es el de la creación de una base de datos única para el procesamiento de la información. Se recomienda reforzar la sensibilización y capacitación sobre el diligenciamiento de las fichas, al igual que la implementación de un sistema de monitoreo periódico sobre este proceso.

- Los grupos etáreos más vulnerables deben tenerse en cuenta en la formulación y planeación de programas de intervención que se realicen a nivel individual o a nivel colectivo.

- Se hace necesario concretar el protocolo de vigilancia de la violencia intrafamiliar y abuso sexual liderado por la Secretaría de Salud Departamental en alianza con las instituciones notificadoras para ser adaptado y adoptado por los municipios.

- Asignar recursos por parte de las unidades notificadoras para la reproducción de la ficha epidemiológica y su proceso de envío a la Secretaría de Salud de Santander. A a su vez la notificación debe instaurarse como un proceso interno y continuo de cada institución sin que se vea afectado por el cambio del talento humano o de las administraciones.

- Paulatinamente, se debe ir aumentando el compromiso institucional, vinculando actores como la Policía y el sector educativo, que son entidades que están directamente comprometidas con la detección de los casos.



FICHA EPIDEMIOLÓGICA
Violencia Intrafamiliar - Violencia contra la Mujer - Maltrato a niñas, niños y jóvenes
RED DE APOYO SOCIAL PARA LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO
 Programa Salud Mental Secretaría de Salud de Santander
 6336233 ext 262



IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICÓ EL CASO			
1 - Nombre de la Unidad		2 - Fecha de consulta	
		Día	Mes
		Año	
3 - Municipio			
4 - Atención por			
Consulta directa	<input type="checkbox"/>	Consulta indirecta	<input type="checkbox"/>
Remisión	<input type="checkbox"/>	Búsqueda	<input type="checkbox"/>

IDENTIFICACIÓN DEL AGREDIDO			
5 - Nombres y Apellidos Completos			
6 - Nombre padre y/o cuidador			7 - Tipo de identificación
			C.C. C.E. T.I. R. R.C. S.I.
8 - No.	9 - Fecha de nacimiento	Día	Mes
		Año	10 - Edad
			11 - Género
			M F
12 - Municipio de residencia habitual y dirección		13 - Zona	14 - Barrio o Vereda
		U R	
15 - Teléfono			
16 - Grupos Especiales		17 - Tipo de usuario	
Niños de la calle	<input type="checkbox"/>	Discapacidad física	<input type="checkbox"/>
Discapacidad mental	<input type="checkbox"/>	Otra, cual	<input type="checkbox"/>
Desplazados	<input type="checkbox"/>	Contributivo	<input type="checkbox"/>
		Reg. Especiales	<input type="checkbox"/>
		Subsidiado	<input type="checkbox"/>
		Particular	<input type="checkbox"/>
		Pa. Pobre no asegurado	<input type="checkbox"/>
		Sin dato	<input type="checkbox"/>
19 - Ocupación		18 - Nombre de la Aseguradora	
Amo de casa	<input type="checkbox"/>	Estudiante	<input type="checkbox"/>
Trabajador	<input type="checkbox"/>	Desempleado	<input type="checkbox"/>
No aplica	<input type="checkbox"/>	Sin dato	<input type="checkbox"/>
20 - Nivel de Escolaridad		21 - Conformación de la familia	
Analfabeta	<input type="checkbox"/>	Reconstituida	<input type="checkbox"/>
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Sin Familia	<input type="checkbox"/>
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	Adoptiva	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	Esteno	<input type="checkbox"/>
Universidad o técnico	<input type="checkbox"/>	Sustitida	<input type="checkbox"/>
Sin información	<input type="checkbox"/>	Ampliada	<input type="checkbox"/>
		Sin dato	<input type="checkbox"/>
22 - Antecedentes de Violencia Intrafamiliar:		23 - Condición del agredido:	
Padres e hijos	<input type="checkbox"/>	Problemas de conducta	<input type="checkbox"/>
Madre e hijos	<input type="checkbox"/>	Abuso de Otras Sustancias Psicoactivas	<input type="checkbox"/>
Madre e hijos	<input type="checkbox"/>	Problemas escolares	<input type="checkbox"/>
Esteno	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Crónicas	<input type="checkbox"/>
Ampliada	<input type="checkbox"/>	Demencia Senil	<input type="checkbox"/>
		Abuso de Alcohol	<input type="checkbox"/>
		Sin información	<input type="checkbox"/>
		Otra, cual	<input type="checkbox"/>
24 - Intervención realizada		25 - Institución a donde se remite	
Atención Médica	<input type="checkbox"/>	Asesoría Psicológica	<input type="checkbox"/>
Atención Legal	<input type="checkbox"/>	Protección	<input type="checkbox"/>
Remisión	<input type="checkbox"/>		

IDENTIFICACIÓN DE AGRESOR				
26 - Nombres y Apellidos Completos				
28 - No.			27 - Tipo de identificación	
			C.C. C.E. T.I. R. R.C. S.I.	
29 - Parentesco con el agredido	Madre	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>
	Hijo (a)	<input type="checkbox"/>	Cónyuge	<input type="checkbox"/>
	Madrastra	<input type="checkbox"/>	Otra familia	<input type="checkbox"/>
	Padrastra	<input type="checkbox"/>	Desconocido	<input type="checkbox"/>
	Hermano (a)	<input type="checkbox"/>		
30 - Edad	31 - Género	Masculino	<input type="checkbox"/>	
		Femenino	<input type="checkbox"/>	
32 - Ocupación	Amo de casa	<input type="checkbox"/>	Estudiante	<input type="checkbox"/>
	Trabajador	<input type="checkbox"/>	Desempleado	<input type="checkbox"/>
	Sin dato	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
33 - Barrio o Vereda	34 - Dirección de Residencia			
35 - Condición del Agresor	Oste familiares	<input type="checkbox"/>	Trastorno mental	<input type="checkbox"/>
	Percepción negativa del agredido	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
	Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	Sin información	<input type="checkbox"/>
	Consumo de otras sustancias psicoactivas	<input type="checkbox"/>	Otra, cual	<input type="checkbox"/>

RELACIONADO CON EL EVENTO O HECHO			
36 - Municipio de Ocurrencia y dirección		37 - Zona	
		U	R
		Día	Mes
		Año	
38 - Fecha de Ocurrencia			
39 - Condición Final			
Vivo <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/>			
40 - Tipo de Evento			
V. Física	<input type="checkbox"/>	V. Psicológica	<input type="checkbox"/>
Negligencia	<input type="checkbox"/>	Abandono	<input type="checkbox"/>
V. Sexual	<input type="checkbox"/>	V. Económica	<input type="checkbox"/>
V. Gestacional	<input type="checkbox"/>		
41 - Nombre Funcionario			

OBSERVACIONES

- 1 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Informe estadístico mensual, Centro de referencia Nacional sobre violencia, 2001
- 2 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis - Datos para la vida. 2004
- 3 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Informe sobre el comportamiento de las lesiones de causa externa, Area Metropolitana de Bucaramanga. 2004
- 4 Hotaling GT, Sugarman DB. Un análisis sobre los marcadores de riesgo en la violencia de esposo-esposa: El estado actual del conocimiento. *Violent Victims*, 1986; 1:101-124
- 5 Suh EK, Abel EM. El impacto de la violencia conyugal en los hijos de las víctimas. *Journal of Independent Social Work*, 1990; 4(4), 27-34
- 6 Huesmann LR, Eron LD. Diferencias Individuales y rasgos de agresión. [abstract-PsycINFO]. *European Journal of Personality*, 1989;95-106
- 7 Babcock JC, Waltz J, Jacobson NS, Gottman JM. Poder y Violencia: Relación entre patrones de comunicación, discrepancias de poder, y violencia doméstica. [abstractMEDLINE] *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993 (61): 40-50
- 8 Bushman BJ. Anderson C. Influencia de los medios y el público americano: Hechos científicos contra desinformación de los medios. [Abstract] *American Psychologist*, 2001;56:477-489.
- 9 Kessmann JR, Violencia Domestica: identificando el mortal silencio. *Tex Dent J.*, 2000 Oct; 117(10):42-47
- 10 Cuadros Ferré, Isabel. Manual básico para el diagnóstico y tratamiento del maltrato infantil, segunda edición. Asociación afecto. Bogotá, 2002 .
- 11 Consejo Nacional de Salud y Seguridad Social, Acuerdo 117 de 1999, Colombia
- 12 Ministerio de Salud, Resolución 412 de 2000, Colombia
- 13 Ley 294 de 1996. Congreso de la República, Diario Oficial No. 42.836 del 22 de julio de 1996. Por la cual se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar, Colombia.
- 14 Ley 575 de 2000. Congreso de la República, Diario Oficial No. 43.889 del 11 de febrero de 2000. Por la cual se reforma parcialmente la Ley 294 de 1996, Colombia
- 15 Consejo Nacional de Salud y Seguridad Social, Ley 715 de 2001, Colombia
- 16 Ministerio de la Protección Social. Circulares externas 052 de 2003 y 018 de 2004. Colombia
- 17 StarCalc, de la suite OpenOffice.org 1.1.4
- 18 Epi-Info 6.04D, desarrollado por el Centro de Control de Enfermedades y la Organización Mundial de la Salud
- 19 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. CRNW, 2003.
- 20 Instituto Cisalva, Instituto de Investigación y desarrollo en prevención de Violencia y Promoción de la Convivencia Social, Proyecto: Prevención de la violencia intrafamiliar en el Valle del Cauca, Informe ejecutivo final, 2002.
- 21 Ortiz Maria Cristina, Vigilancia de maltrato a la mujer: Diseño y aplicación de un procedimiento. *Colombia Médica*. Volumen 33 No.2, 2002. pag:82-88
- 22 Lazarte Morales, Anahi, Silenciadas las víctimas de abuso sexual por estigmas sociales, <http://www.radiouniversidad.org/secciones/reportajes/victimas-abuso-sexual.htm>, abril de 2004. Revisado el 21 de junio de 2005.
- 23 Consejería presidencial para la política Social, Reflexiones sobre violencia de pareja y relaciones de género; Política nacional de construcción de paz y convivencia familiar. 2001
- 24 Dutton DG, Saunders K, Starzomski A. and Bartholomew. Intimidación - Ira y apego inseguro como precursores de abuso en relaciones de intimidad. [Abstract-PsycINFO] *Journal of Applied Social Psychology*, 1994; 24 (15): 1367-1386.
- 25 Cuadros Ferré. Op. Cit.
- 26 Organización Panamericana de la Salud, Reconstruir la Violencia Intrafamiliar: Estado y Sociedad Civil, Rol del Sector Salud, Modelo de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar, género y Salud Pública 10, página 12.
- 27 Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., 2003.

Análisis de los Indicadores Básicos de Salud de Santander 2005

Juan José Rey Serrano, MD. MSc.
 Laura Andrea Rodríguez Villamizar, MD. Msc. (C)
 Paul Anthony Camacho López, MD. Msc. (C)

Introducción

El presente análisis y discusión corresponden al Boletín de Indicadores Básicos de Salud de Santander 2005, elaborado por el Observatorio de Salud Pública de Santander, el cual presenta información actualizada sobre la situación de salud del departamento, teniendo como referencia los indicadores básicos de salud propuestos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el documento "Datos Básicos en Salud para las Américas".¹

En el Boletín se pueden consultar las cifras sobre aspectos demográficos, socioeconómicos, oferta de servicios de salud y seguridad social, mortalidad, morbilidad, número de casos de las enfermedades de notificación obligatoria y coberturas de vacunación. Para la elaboración del mismo se tomaron como fuente de consulta el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); las secretarías de Hacienda, Planeación, Infraestructura, Educación y Salud de la Gobernación de Santander; la Cámara de Comercio de Bucaramanga; la Red de Solidaridad Social y el Programa Nacional contra la Corrupción, entre otros. El Boletín puede consultarse en línea siguiendo la dirección: <http://www.observatorio.saludsantander.gov.co/indicadores>.

Indicadores demográficos y socioeconómicos

El departamento de Santander cuenta con 87 municipios agrupados geográficamente en 6 provincias. Su extensión asciende a 30.537 Km² siendo este valor un 2,7% de la totalidad del territorio nacional. Su densidad demográfica, por tanto, es de 68,3 habitantes por Km².

La mayor parte de la población reside en el área urbana de los municipios, en parte debido al recrudecimiento de la violencia en Colombia. Esta concentración se hace cada día más marcada, siendo evidente el fenómeno de desplazamiento desde lo rural a las cabeceras municipales y desde otros departamentos. El año anterior, Santander recibió 66.400 desplazados y expulsó 41.242 personas en estas circunstancias, lo cual cataloga la región como receptora. Esta situación ha creado un ambiente propicio para un desmejoramiento de las condiciones de vida, mayor competencia no sólo por el espacio habitacional sino por las fuentes de trabajo, cupos escolares, alimentos, acceso a la salud, etc.

Al igual que el país, el departamento continúa presentando

un cambio en el patrón de mortalidad en general, con una disminución paulatina y sostenida de la Tasa Bruta de Mortalidad y avances significativos en la reducción de la Tasa de Mortalidad Infantil y en los grupos de 1 a 4 años. Las causas de este comportamiento se le atribuyen a los programas de vacunación de las dos últimas décadas, al incremento de la cobertura en seguridad social y a estrategias específicas para el tratamiento de enfermedades como la infección respiratoria aguda (IRA) y la enfermedad diarreica aguda (EDA).

Es relevante destacar el importante y continuo proceso de reducción de la fecundidad observado en los últimos cincuenta años, tanto en el departamento como en el país, con disminuciones cercanas al 50% en la Tasa General de Fecundidad. Este proceso se ha convertido en uno de los más rápidos cambios en la región. Por otra parte, se describe un paulatino cambio en la estructura general de la fecundidad, con una mayor participación de las mujeres de 20 a 24 años y un incremento de la fecundidad en las adolescentes, particularmente en los últimos años.

La cobertura educativa de Santander para los niveles básicos, exceptuando los niveles técnicos y superiores, no es la apropiada para un departamento con las características económicas de Santander: de cada 100 niños que deberían estar cursando los niveles básicos de educación, sólo lo están realizando 65.

Según el más reciente informe del UNICEF para Colombia, en el año 2000 se consiguió que el 95,4% de las residencias de las zonas urbanas tuvieran agua de acueductos y se logró una cobertura de alcantarillado del 83,5%. Sin embargo, en las zonas rurales los avances fueron mucho más modestos: solamente el 44,2% de las residencias tenían acueducto y el 21,1% tenían el servicio de alcantarillado. Si se hace una comparación de lo expresado por el UNICEF con la situación del Departamento, se observa que los parámetros porcentuales a la fecha están por encima de los nacionales. Sin embargo, continúa observándose una alta inequidad en la distribución de estos recursos entre las áreas Urbana y Rural.

Debido a que la distribución de la inversión y del gasto público en salud están fuertemente regulados por el Estado, la situación del departamento es similar a la observada en Colombia. Se resalta el hecho de que sólo aproximadamente

el 10% del gasto público en salud se invierte en Salud Pública, mientras la mayor parte de la inversión se destina a garantizar el plan de beneficios familiar e individual de Plan Obligatorio de Salud (POS) del régimen subsidiado.

Desde el punto de vista de la oferta de servicios de Salud, el Departamento continúa mostrando una buena cobertura en la atención de partos institucionales (más del 95%).

Sin embargo, las coberturas de atención prenatal son bajas y están relacionadas con las complicaciones de la gestación, la mortalidad materna y perinatal. Es necesario realizar campañas hacia la comunidad que promuevan la utilización de estos servicios y mejorar la calidad de la atención prenatal.

En términos generales, se puede afirmar que el número de profesionales y auxiliares que conforman el recurso humano en Salud del Departamento, es superior a los indicadores reportados en estudios de carácter nacional³. Se encuentra que en profesiones como Medicina y Odontología, la razón de profesionales por mil habitantes prácticamente dobla a la registrada en Colombia. Es importante estudiar la distribución de este personal en el territorio, dada la tendencia histórica que existe de que el personal profesional se concentre en las grandes ciudades, generando problemas de acceso a la atención en los lugares más apartados.

Se puede afirmar que Santander es uno de los departamentos con mayores avances (la cobertura ha alcanzado un valor de 80%). Específicamente en lo que se refiere a coberturas en el régimen subsidiado, el crecimiento y la inversión en esta área creció significativamente en los últimos dos años, superando incluso las cifras registradas en el régimen contributivo. Una vez se cumpla la meta de aseguramiento universal, será importante fijar la atención en la calidad en la prestación de servicios de salud, que incluye variables importantes como: acceso, oportunidad en la atención y satisfacción del usuario.

Factores de riesgo y factores protectores

Factores de Riesgo Materno-Infantiles: La población de madres adolescentes entre 11 y 19 años aporta el 20,7% del total de nacimientos en el departamento. El descenso de la edad en las madres se aprecia en el hecho de que durante los últimos años, el número de madres entre 11 y 14 años ha aumentado progresivamente, aportando sólo en el año 2003, alrededor de 600 nacidos vivos; esta situación constituye un factor de riesgo no sólo biológico, debido a la inmadurez física de las niñas para el evento reproductivo, sino que representa un grave factor de riesgo psicosocial tanto para las adolescentes como para sus hijos. La proporción de recién nacidos con peso menor de 2.500 gramos (7,9%) se correlaciona bien con la proporción de recién nacidos de menos de 36 semanas, mostrando de forma indirecta que el peso de los niños y niñas nacidas a término se encuentra por encima del límite de normalidad (3.356 gramos, en promedio).

La prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años ha venido en descenso, siendo en la actualidad de 9% en comparación con un estimado de 15% para el 2002. Sin embargo, el impacto parece deberse casi en forma exclusiva a la disminución de la desnutrición aguda, pues la prevalencia estimada de la forma crónica no ha presentado el mismo nivel de variación. Una de las posibles explicaciones al mejoramiento de estado nutricional de los menores de 5 años es el fortalecimiento de la práctica de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, que en Santander alcanza una prevalencia del 58%, muy por encima de la media nacional, que según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2000 era de 12%.⁴

Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

En Santander, el PAI ha permitido disminuir la presentación de casos de enfermedades como poliomielitis, tétanos neonatal, difteria y tosferina. Después del brote de sarampión en el municipio de Bucaramanga en el año 2002, la intensificación de las campañas de vacunación ha sido una prioridad de salud pública, siendo la triple viral el único biológico que para ese año superó la cobertura del 80%. La continuidad de estas estrategias ha aumentado la cobertura de todos los biológicos en los niños menores de un año y de un año, superando la cobertura del 80% para los biológicos BCG, DPT, HiB y triple viral. Sin embargo, ningún biológico llega a un nivel del 85%, es decir, que todavía se ubican por debajo de la media nacional.

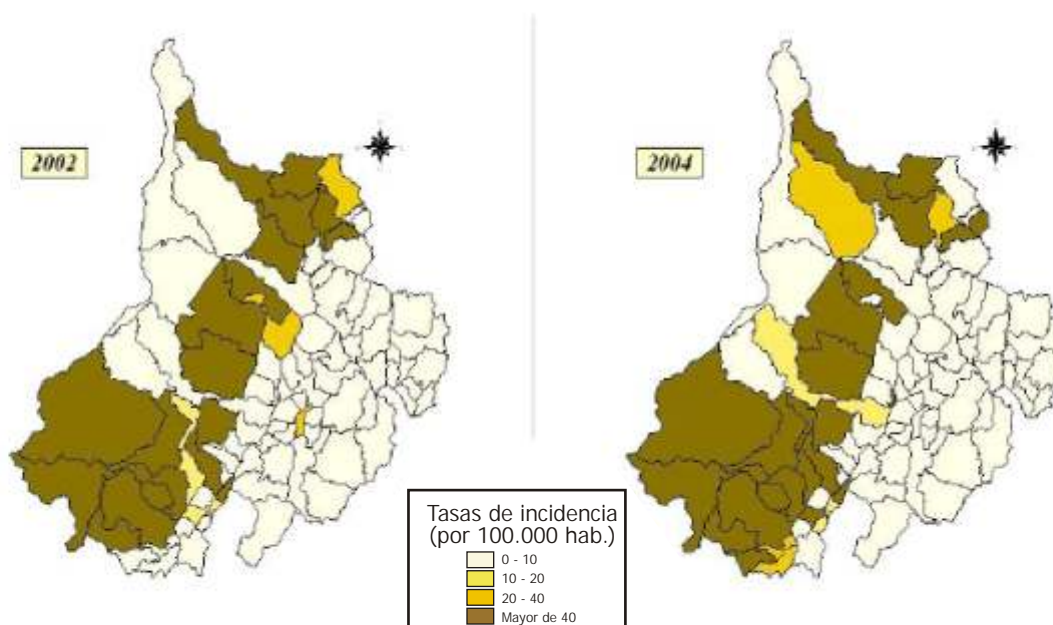
Morbilidad

Los indicadores de morbilidad son medidas de la frecuencia y magnitud de los eventos que afectan el bienestar físico y mental de una población. Dentro de estos eventos se encuentran algunos que por su transmisibilidad, severidad o magnitud, se consideran como de interés en salud pública y son monitoreados en forma obligatoria y permanente por medio de sistemas de vigilancia epidemiológica. En Colombia, el número de eventos de notificación obligatoria sigue la directriz del Ministerio de la Protección Social, teniendo actualmente 58 eventos en proceso de vigilancia continua. En Santander, el sistema de vigilancia epidemiológica ha venido presentando un aumento progresivo de cobertura contando en la actualidad con 387 unidades primarias generadoras de datos, de las cuales el 24% están en el municipio de Bucaramanga. A continuación se presenta el análisis de morbilidad por grupos de eventos de interés en salud pública.

Enfermedades transmitidas por vectores (ETV)

Estas enfermedades representan el principal problema de salud pública en el departamento. El dengue sigue siendo una enfermedad endemo-epidémica con un comportamiento cíclico y estacional relacionado con los períodos de lluvias y con la circulación de los cuatro serotipos de dengue. La presentación hemorrágica presentó un descenso en número

Figura 1. Morbilidad por Leishmaniasis. Departamento de Santander, años 2002 y 2004.



de casos y ausencia de casos fatales, con respecto a su comportamiento endémico y severo en los años 2001 y 2003.

Después del dengue, la Leishmaniasis es la ETV de mayor impacto en salud pública, mostrando un crecimiento del 30% en su tasa de incidencia del 2004, con respecto al año 2002. Su presentación predomina también en zonas rurales dentro de las que se destacan la de los municipios de Landázuri, Santa Helena y El Carmen, cuyas Tasas de Incidencia superan los 800 casos por 100.000 habitantes. La enfermedad en los menores de 10 años afecta por igual a los dos sexos y alcanza una prevalencia de cicatriz o lesión activa del 35% en el municipio de Landázuri (Muñoz y cols, Universidad Industrial de Santander, información personal, datos no publicados) (ver Figura 1).

El panorama es similar en el caso de la malaria. Su tasa de incidencia en el 2004 tuvo un descenso de casi el 50% con respecto al mismo dato en el 2002 (de 8,3 a 16,6 por 100.000 habitantes). Su presentación sigue siendo de predominio rural, especialmente en los municipios de Cimitarra, Landázuri y Puerto Parra, donde las tasas de incidencia superan los 170 casos por 100.000 habitantes.

Durante el año 2004 no se presentaron casos confirmados de fiebre amarilla ni encefalitis equina venezolana en el departamento.

Enfermedades inmunoprevenibles

Como se comentó anteriormente, las enfermedades infecciosas prevenibles por inmunización activa han disminuido en los niños menores de cinco años, a quienes va

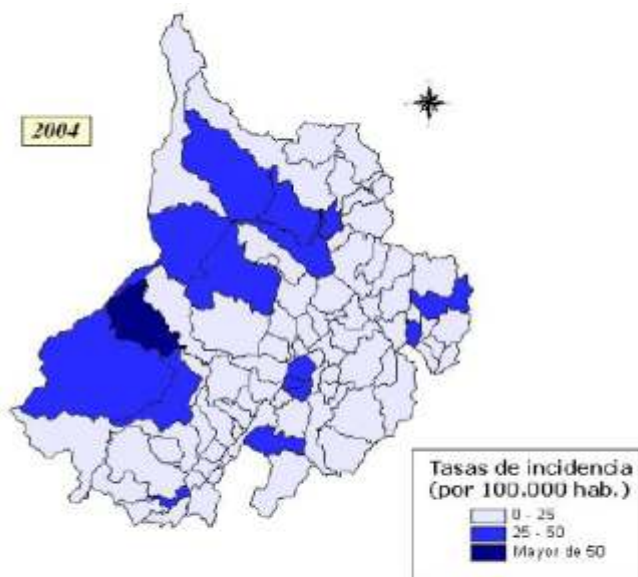
dirigido el PAI. Sin embargo, la situación de enfermedades denominadas re-emergentes como la Tuberculosis se ubica como uno de los principales problemas de salud pública en la población adulta de Santander. Su Tasa de Incidencia entre los años 2002 y 2004 tuvo un incremento del 10%, situándose en forma agrupada todavía dentro de la franja de riesgo medio con 24 por 100.000 habitantes; pero municipios como Girón, Barrancabermeja, Bucaramanga y Puerto Parra, ya se ubican en la zona de riesgo alto de transmisión. Los casos de presentación pulmonar constituyeron el 85% de los casos en el 2004 y de éstos el 5,3% tuvieron una baciloscoopia negativa (ver Figura 2).

La hepatitis B es otra enfermedad emergente que viene en ascenso en el departamento y que ha sido detectada en gran parte por medio del tamizaje activo que se realiza en los bancos de sangre. El número de casos reportados en el año 2002 fue de 24, mientras para el año 2004 se confirmaron 57 casos, todos en población adulta.

Otras enfermedades de interés en salud pública. Desde el lanzamiento del plan nacional para la eliminación de la sífilis congénita en 1996, la vigilancia de este evento se ha intensificado con el consecuente aumento en el número de casos reportados. Sin embargo, el número de casos confirmados ha venido en disminución, siendo de 26 casos para el año 2004 en todo el departamento. La meta establecida para el año 2003, de llegar a 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos, aún no está cerca, especialmente en municipios como Bucaramanga y Puerto Wilches, donde la tasa aún supera el doble de la meta.

El sistema de vigilancia ha reportado hasta el 2004 cerca de 1.900 casos de infección por VIH/SIDA, con un crecimiento acelerado hacia 1998, pero con una estabilización en el número de casos reportados en los últimos dos años. La población más afectada por la infección es la comprendida entre los 20 y 39 años y el mecanismo de transmisión predominante es la vía sexual. La relación hombre:mujer, ha venido disminuyendo en forma similar al nivel nacional, siendo en la actualidad de 3:1, comparada con una relación 20:1 en los años 80, en el inicio de la epidemia. Durante el año anterior, once mujeres gestantes fueron detectadas con infección por VIH/SIDA, pero sólo una de ellas dio a luz un niño infectado. Este resultado hace parte de la estrategia de reducción de la transmisión vertical del VIH que viene adelantando ONUSIDA en Colombia y dentro de la cual el departamento de Santander se encuentra trabajando activamente (datos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Salud de Santander).

Figura 2. Morbilidad por Tuberculosis. Departamento de Santander, 2004



En relación con la presentación de casos confirmados de lepra, durante el 2004 fueron reportados 59 casos nuevos para un total de 222 casos vigentes y una prevalencia de 1,08 por 10.000 habitantes, dato que debe disparar nuevamente las alarmas ante esta enfermedad pues supera la meta del plan de eliminación que está definida en un caso por 10.000 habitantes.

Morbilidad en población en condición de desplazamiento

Factores sociales relacionados con la violencia forzaron el desplazamiento de 66.400 personas hacia el departamento

de Santander sólo en el año 2004. Los asentamientos más grandes de personas en condición de desplazamiento se encuentran en Bucaramanga y su área metropolitana, en donde se realizó un diagnóstico de la situación de salud en el año 2003². El trabajo mostró que en la población menor de 12 años la morbilidad diagnosticada por personal de salud, está dada principalmente por enfermedades respiratorias como asma y neumonía, seguida de enfermedades infecciosas del tracto urinario y problemas relacionados con desnutrición. En la población de 12 y más años, las enfermedades cardiovasculares constituyen la morbilidad predominante, seguidas de diabetes y enfermedad acidopéptica. Las alteraciones respiratorias de tipo asma y los problemas nutricionales también dan cuenta dentro de las principales causas de morbilidad en población adulta, probablemente relacionadas con las condiciones ambientales y socioeconómicas en las que se encuentra esta población.

Mortalidad

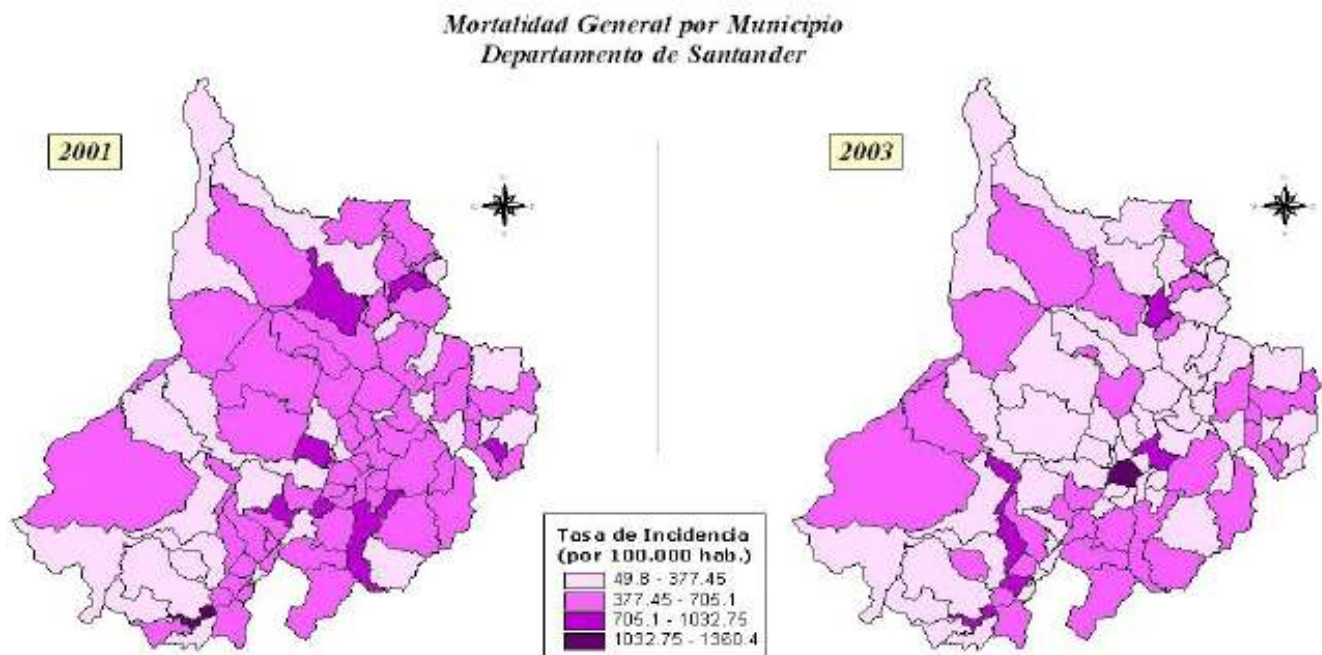
Las estadísticas de mortalidad son herramientas fundamentales para diferentes áreas de la salud, pues no sólo representan una fuente para evaluar el riesgo de muerte en una población, sino que también miden la gravedad de las enfermedades y la supervivencia experimentada en una comunidad. Dentro de las estadísticas de mortalidad, la Tasa de Mortalidad General mide la frecuencia de muertes existentes en una comunidad en un período de tiempo.

Además, es importante entender la causa de defunción como el conjunto de todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o que contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones. Una causa básica de defunción es la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal.

Mortalidad General

Los registros de defunciones para el año 2003 en el departamento de Santander muestran 9.692 muertes para una tasa bruta de mortalidad de 472,6 por cada 100.000 habitantes por año. Es importante resaltar que hay un incremento en la Tasa de Mortalidad comparada con el año 2002 pero no es estadísticamente significativa. En el año 2001 se presentó la mayor tasa de mortalidad general con 519,58 casos por 100.000 habitantes por año, pero no es dependiente de un grupo de causas o edad específico³. Se observa un incremento no significativo en el número de defunciones de las provincias Comunera y Soto. En la provincia Comunera, el aumento de la Tasa de Mortalidad General se debe, principalmente, al aumento en los municipios de Socorro, Chima y Guadalupe. En la provincia de Soto, el aumento de la tasa es debido al crecimiento del municipio de Bucaramanga (ver Figura 3).

Figura 3. Mortalidad General por Municipio. Departamento de Santander, 2001 y 2003.



Mortalidad por sexo y edad

En la mayoría de los países de América Latina se observa que existe una "desventaja masculina", lo que se relaciona con la esperanza de vida y una mayor mortalidad en los diferentes grupos de edad. Para el año 2003, la tasa de mortalidad para 100.000 habitantes por año fue de 555 defunciones en los hombres y de 390,3 defunciones en las mujeres.

La distribución de las tasas de mortalidad por grupos de edad y sexo muestran importantes diferencias en las tasas de ambos sexos, principalmente en los grupos de menores de un año y de 15 a 44 años. No es posible determinar la razón de la diferencia en el grupo de los menores de un año, pero este comportamiento se ha observado en toda América Latina⁷; respecto al de 15 a 44 años, probablemente es debido a la presencia de las muertes violentas, que se presentan con mayor frecuencia en la población masculina de adolescentes y adultos jóvenes. En la medida que aumenta la edad, se incrementan también las tasas de mortalidad en ambos sexos, reduciéndose las diferencias en las edades extremas, pero no existen diferencias estadísticamente significativas comparadas con la mortalidad por grupo de edad y sexo para el año 2001.⁸

Según la distribución proporcional de las defunciones por sexo, también se hace evidente que la mortalidad masculina es mayor que la femenina en todas las edades: el 58% de las defunciones corresponden al sexo masculino y el 42% al sexo femenino para el año 2003, pero la mortalidad masculina

mayor se expresa sobre todo entre los 15 y los 44 años (11,6%).

La comparación de la mortalidad entre los géneros para diferentes grupos de edades es difícil porque existe una contraposición en los factores de riesgo desde los puntos de vista biológico, social y psicológico.

La Clasificación Internacional de Enfermedades está organizada por listas cortas para la tabulación de los datos, entre las cuales está la lista 7/70 para causas de defunción.

Teniendo en cuenta esta lista se dividieron las muertes por grupos de edad: en los menores de un año, la principal frecuencia de defunciones fue debido a complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento; en el grupo de 1 a 4 años, las principales causas de muerte fueron el ahogamiento y sumersión accidentales (hombres) y enfermedad cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y de otras formas de enfermedades del corazón (mujeres); en el grupo de 5 a 14 años, la principal causa de defunción fue el accidente de transporte, inclusive secuelas; en el grupo de 15 a 44 años, la causa de muerte más importante fue la agresión (homicidios), inclusive secuelas; y en el grupo de mayores de 45 años, la principal causa de muerte fue la enfermedad isquémica del corazón.

La Tasa Específica de Mortalidad por grupos de edades muestra un incremento de la medida de frecuencia para los grupos mayores de 45 años, pero no existe diferencia significativa entre los años 2001 y 2003. Es importante

resaltar que existe una disminución de la tasa de mortalidad en los menores de 1 año comparando los años 2001 y 2003, y en el grupo de 1 a 4 años se observa un incremento en la tasa de mortalidad para la provincia de Vélez, pero que no redundan en la mortalidad específica de este grupo de edad.

En la población mayor de 45 años se presenta un incremento de la mortalidad específica, lo que se observa directamente por el incremento significativo en las provincias Comunera y de Soto; además, esto refleja en términos generales que la mortalidad para todas las edades es mayor en la provincia comunera. Es necesario resaltar que las provincias Comunera y Soto aumentaron la tasa de mortalidad de 526 a 608 defunciones por 100.000 habitantes por año y de 490 a 506 defunciones por 100.000 habitantes por año, respectivamente, al comparar el año 2001 y con el año 2003.

Mortalidad por causa agrupada

Para el análisis de la mortalidad y para comparar los años 2001 y 2003, se tuvo en cuenta la agrupación de las 67 causas definidas en siete causas básicas, las cuales se identifican con códigos específicos que se asocian por la localización anatómica en una causa de defunción. Se observa que tres casos de cada diez defunciones son debido a enfermedades cardiovasculares y del sistema circulatorio.

La principal tasa de mortalidad por causa agrupada es el grupo de enfermedades cardiovasculares, con una tasa de 156,42 defunciones por 100.000 habitantes por año; le sigue el grupo de diversas enfermedades y las lesiones de causa externa. La mortalidad por causa externa es de 68,6 por 100.000 habitantes por año, presentando una disminución importante comparada con el año 2001, aunque no es estadísticamente significativa.

Es importante desglosar la mortalidad por causa agrupada: la causa agrupada por enfermedades transmisibles se presenta con la mayor tasa en la provincia de Soto, pero existe un incremento en la tasa de mortalidad en la provincia de García Rovira de 14 a 23 casos por 100.000 habitantes por año, sin ser este aumento diferente estadísticamente para los años 2001 y 2003.

Para el grupo de neoplasias, la tasa de mortalidad es 75 casos por 100.000 habitantes por año, pero no hay diferencia en los años 2001 y 2003. La provincia de Soto presenta la mayor Tasa de Mortalidad para esta causa agrupada, seguida por la provincia de García Rovira; esto se refleja en que el 53% de los casos son residentes de la ciudad de Bucaramanga (ver Figura 4).

El grupo de enfermedades cardiovasculares presenta una elevación de 14,5% en la Tasa de Mortalidad del año 2002 al 2003. La mortalidad específica por causa es de 156,42 casos por 100.000 habitantes por año. Sin embargo, existe un

Figura 4. Mortalidad por Neoplasias. Departamento de Santander, años 2001 y 2003.

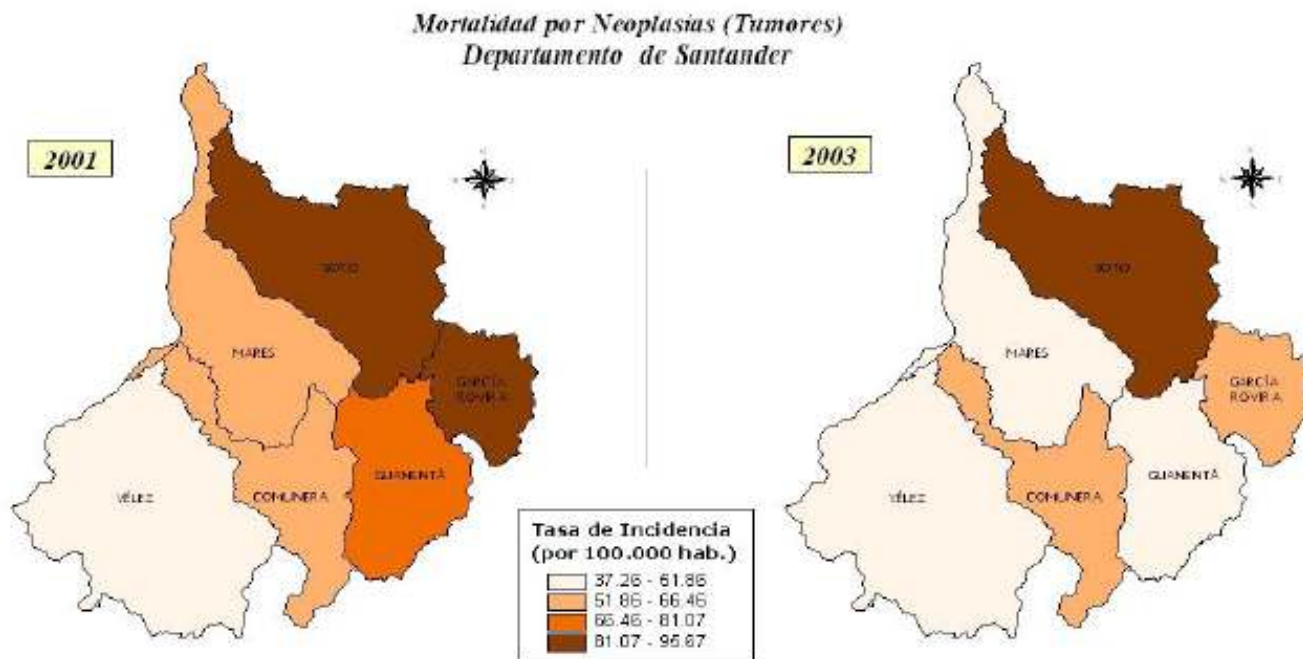
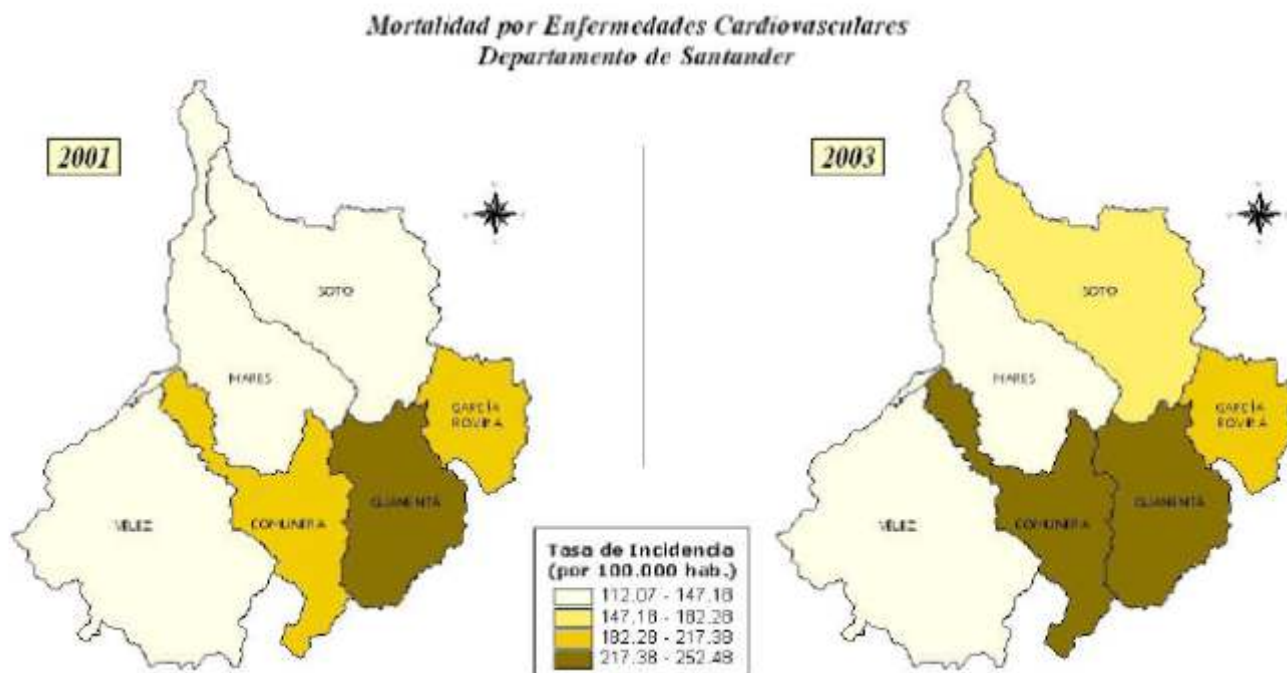


Figura 5. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Departamento de Santander, años 2001 y 2003.



incremento en la provincia comunera de 202,3 a 252,5 casos por 100.000 habitantes por año para los años 2001 y 2003, respectivamente. La provincia que ocupa el segundo lugar de frecuencia es la Guanéima, con una tasa de 219,1 defunciones por 100.000 habitantes por año, pero esta medida presenta una disminución del 11,6% (ver Figura 5).

Las causas de muerte perinatal agrupadas son debidas en un 80% a complicaciones obstétricas. La Tasa de Mortalidad por esta causa agrupada es de 30,94 casos por 100.000 habitantes por año, que presenta un incremento del 42% al confrontar los años 2002 y 2003. La provincia de Soto presenta una tasa de 38,84 por 100.000 por año. El municipio con la mayor tasa de mortalidad por esta causa es el Municipio de Jordán, seguido por Socorro y Bucaramanga.

Los accidentes, homicidios y suicidios presentan una tasa de mortalidad del 68,6 por 100.000 habitantes por año, que ha venido disminuyendo desde 1997, con una disminución significativa entre los años 2001 y 2003. El municipio con la mayor tasa de mortalidad por esta causa es Suratá, seguida por Tona y La Paz; este efecto es debido al número de casos por lugar de residencia por población susceptible. La provincia de Vélez presenta la mayor tasa de mortalidad para lesiones por causa externa.

1 Organización Panamericana de la Salud, Análisis de Salud y Sistemas de Información. Atlas de Indicadores Básicos, 2001. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Washington D.C., 2002

2 Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Oficina de Área para Colombia y Venezuela. La niñez Colombiana en Cifras. UNICEF: Colombia; 2002.

3 Pan American Health Organization. Health in Americas: Colombia. Volume II, Edition 1998. Washington D.C.

4 PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá, 2000

5 Secretaría de Salud de Santander, Universidad Industrial de Santander, Secretaría de Salud y del Ambiente de Bucaramanga y Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud de la población desplazada residente en Bucaramanga y el área metropolitana. Indicadores básicos 2003.

6 Alvarez A, Martínez HA, Millan SM. Cap. 4: Análisis de mortalidad. En: Diagnóstico de la situación de salud en Santander. Hartmann Impresores; Bucaramanga, Colombia. 2004.

7 Laurenti R, Buchalla CM, De Mello H, et al. La salud de los hombres en la región de las Américas. Pan Am J Public Health, 1998; 45: 362 -366.

8 Secretaría de Salud de Santander, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Santander: Indicadores básicos. Bucaramanga, Santander, 2003.