

Dimensiones de la desigualdad que influncian la violencia basada en género en Colombia
Durante el periodo 2012-2016



Mónica Andrea Morales García

Trabajo de Grado

Tutor:

Juan Carlos Rivillas García

Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública
Maestría en Epidemiología
Santiago de Cali
2018

Contenido

Resumen	4
1. Introducción	5
1.1 Contexto general	5
1.2 Contexto en Colombia.....	6
1.3 Brechas en la evidencia	8
1.4 Pregunta de investigación.....	9
2. Estado del arte	9
3. Marco teórico	13
3.1 Modelo de determinantes para el abordaje de la violencia basada en genero	13
3.2 Definiciones generales	15
4. Objetivos	17
5. Metodología.	18
5.1 Tipo y área de estudio.	18
5.2 Población y muestra	18
5.3 Variables	18
5.4 Recolección de información.....	19
5.5 Plan de análisis.....	21
6. Consideraciones éticas	25
6.1 Consentimiento informado.....	25
7. Resultados	26
7.1 Análisis de la Calidad de la Base de Datos	26
7.2 Caracterización socio demográfica de los casos	27
7.2.1 Sexo y Edad.....	28
7.2.2. Cobertura en salud.....	29
7.2.3. Poblaciones vulnerables	29
7.3 Análisis de Tasa Ajustada de Violencia Basada en Género por Edad y Geografía de Residencia	33
7.4 Análisis de desigualdades sociales	36
7.4.1 Desigualdades absolutas.....	38
7.4.2 Desigualdades relativas	46
7.4.3 Análisis por quintiles según estratificadores sociales.	53
8. Discusión.....	57

9.	Conclusiones y recomendaciones.....	61
10.	Bibliografía	63
11.	Anexos.....	68

Lista de Tablas

Tabla 1:	Lista de Variables.....	19
Tabla 2:	Comparación de fuentes de información con datos de violencia basada a género.	20
Tabla 3:	Descripción socio demográfica de la Violencia Basada en Género en Colombia, 2012-2016.....	27
Tabla 4:	Tasas de violencia basada en género ajustadas por edad para mujeres y hombres en Colombia 2012-2016.....	31
Tabla 5.	Desigualdades sociales absolutas y relativas en la tasa de violencia basada en género en Colombia, 2013-2016.....	37

Lista de Gráficos

Gráfico 1:	Número de casos reportados por Violencia Basada en Género por año epidemiológico y sexo en Colombia, 2012-2016.....	29
Gráfico 2:	Tasa ajustada de Violencia Basada en Género según sexo en Colombia, 2012-2016	30
Gráfico 3:	Tasa la violencia basada en género ajustada por edad y georreferenciada para mujeres en Colombia, 2012-2016.....	34
Gráfico 4:	Tasa la violencia basada en género ajustada por edad y georreferenciada para hombres en Colombia, 2012-2016.....	35
Gráfico 5:	Índice de desigualdad de la pendiente (IDP) de la Tasa de Violencia Basada en Género (VBG) según Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en Colombia, 2013-2016.	39
Gráfico 6:	Índice de desigualdad de la pendiente (IDP) de la Tasa de Violencia Basada en Género (VBG) según Barreras de Acceso a Servicios de Salud en Colombia, 2013-2016.	40
Gráfico 7:	Índice de desigualdad de la pendiente (IDP) de la Tasa de Violencia Basada en Género (VBG) según analfabetismo en Colombia, 2013-2016.	41
Gráfico 8:	Índice de desigualdad de la pendiente (IDP) de la Tasa de Violencia Basada en Género según Pobreza Multidimensional en Colombia, 2013-2016.....	43
Gráfico 9:	Índice de desigualdad de la pendiente (IDP) de la Tasa de Violencia Basada en Género (VBG) según área de residencia rural en Colombia, 2013-2016.....	44
Gráfico 10:	Índice de desigualdad de la pendiente (IDP) de la Tasa de Violencia Basada en Género según desempleo en Colombia, 2013-2016.....	45
Gráfico 11:	Curva de Concentración de la Violencia Basada en Género y las Barreras de Acceso a Servicios de Salud en Colombia, 2013-2016.	47
Gráfico 12:	Curva de Concentración de la Violencia Basada en Género y las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en Colombia, 2013-2016.....	48

Resumen

Introducción. En los últimos veinte años, un gran número de estudios e iniciativas en investigación se han dedicado a estudiar la magnitud de la violencia, los factores de riesgo asociados, la victimización y los agresores en Colombia. Por otro lado, las investigaciones que explican las causas de las desigualdades sociales presentes en la violencia basada en género son pocas, y más limitadas aun usando la metodología para medición de desigualdades de la Organización Mundial de la Salud OMS. El análisis para descomponer desigualdades sigue siendo un campo emergente, necesario y escaso en la epidemiología social. El propósito de esta investigación fue analizar los patrones de las desigualdades social que influyen la violencia basada en género en Colombia durante el período 2012-2016.

Métodos. Se realizó un estudio ecológico con temporalidad retrospectiva de todos los casos notificados en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA en el periodo 2012 a 2016. Se utilizaron como estratificadores de desigualdad: la educación, empleo, área de residencia, Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) y barreras de acceso a los servicios de salud. La medición de las desigualdades absolutas y relativas se estimaron a partir del Índice de Desigualdad de la Pendiente (IDP), el Índice Relativo de Desigualdad (IRD) y el Índice de Concentración. Finalmente, todos los resultados fueron analizados de forma georreferenciada.

Conclusiones. Las necesidades básicas insatisfechas, barreras de acceso y el desempleo son las dimensiones que más aportaron a la explicación de la violencia basada en género. Adicionalmente, se identificaron dos patrones de desigualdad: exclusión social y desigualdad incremental. A partir de este estudio, se recomiendan cuatro áreas de acción para ayudar con la reducción de las desigualdades sociales que contribuyen con la violencia de género en Colombia: i) mejorar la desagregación de los datos; ii) implementar políticas que actúen sobre los determinantes sociales y la interseccionalidad de éstos determinantes; iii) garantizar programas de prevención de la violencia basados en la evidencia; y iv) garantizar programas con enfoque de equidad, es decir que incluyan tanto a hombres como a mujeres en la base de sus necesidades, contextos y circunstancias sociales.

1. Introducción

1.1 Contexto general

En 2014, a través del Informe sobre la Situación Mundial de la Prevención de la Violencia la Organización Mundial de la Salud (OMS) y un número creciente de estudios científicos continúan demostrando que la violencia puede prevenirse. Es por ésta razón, que la OMS ha realizado un nuevo llamado para que los países intensifiquen las acciones para prevenir la violencia basada en género a nivel global, entre los países y al interior de éstos, ya que esta ha alcanzado dimensiones de epidemia y su impacto es diez veces mayor entre mujeres y niñas (1). Para lograrlo, los países pueden hacer más para abordar los principales factores de riesgo de las diferentes formas de violencia, entre ellas la violencia basada en género a través de una intervención firme vinculada con determinantes sociales como una débil gobernanza, normas culturales, sociales, de género y del estado de derecho deficientes, desempleo, desigualdad de ingresos y de género, cambios sociales y oportunidades educativas limitadas. No obstante, describir la situación del problema en el mundo, de las medidas programáticas, normativas y legislativas para prevenir la violencia y describir la situación de los servicios de salud, sociales, de protección y justicia para las víctimas de la violencia, dependen en qué medida los países compilan, explotan y aprovechan datos sobre violencia basada en género, con el propósito de contribuir con evidencia para ayudar a resolver el problema y estimular medidas en el ámbito nacional y local para subsanar éstas desigualdades (1).

Algunos datos y cifras permiten una aproximación global del problema. Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida (2). La mayoría de estos casos son violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina (3).

En 2014, y como una respuesta ésta situación global *The Lancet* publicó por primera vez la Serie Especial de Violencia en Contra las Mujeres y las Niñas (4). Ésta serie a partir de estudios de investigadoras destacadas como Claudia García-Moreno (5) y Mary Ellsberg (6) sobre el impacto profundo de la violencia basada en género en la salud de las mujeres y niñas, las implicaciones del desbalance de género, aportó evidencia relevante sobre como el trabajo con hombres y niños puede llevar a cambios de normas sociales y a la reducción de inequidades basadas en género.

En 2015, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció la agenda global a 2030 conocida como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). A través de esta agenda realizaron un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad. Los 17 ODS y sus 169 metas completarán lo que quedó pendiente en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Aunque los ODS incluyen nuevas esferas como el cambio climático, la desigualdad económica, el consumo sostenible, la cooperación entre países e instituciones, la paz y la justicia, y la lucha contra la corrupción es posible notar que entre las principales innovaciones se encuentran: i) poner fin y eliminar todas las formas de violencia, en particular la Violencia Basada en Género (VBG) y cualquier forma de discriminación contra las mujeres y las niñas en todo el mundo (Objetivo 5); ii) aumentar la cobertura universal en salud para todos y establecerlo como derecho humano fundamental (Objetivo 3); y iii) promover la inclusión social y más oportunidades para todos sin importar cualquier condición, vulnerabilidad, incluidas las personas afectadas por la violencia (Objetivo 10) (7).

Por otro lado, las desigualdades que resultan de la acción de los determinantes sociales se han definido como una de las preocupaciones globales. La pobreza, la falta de oportunidades, el bajo nivel escolar, el área de residencia, las condiciones del hogar y familia, e incluso del barrio y la comunidad, tienen un papel determinante en mejorar o empeorar la salud de una población, particularmente de subgrupos más vulnerables, como las personas afectadas por la violencia de género(8)(9). Así por ejemplo, la forma como se distribuye la violencia de género al interior y entre países, y la manera cómo ésta puede originarse y profundizarse en gran medida por el simple hecho de ser mujer, niña, mujer indígena, o mujer afectada por el conflicto armado, u otras características que las ponen en mayor desventaja y vulnerabilidad (1). Entre grupos etarios, las mujeres jóvenes entre 15 y 19 años, y adultas mayores de 65 años están expuestas a la violencia de género, y en consecuencia las desigualdades pueden ser más profundas o en algunos casos acentuarse si se trata de una mujer joven o adulta mayor indígena afectada por el conflicto armado que habita en una área rural(1).

1.2 Contexto en Colombia

En los últimos veinte años, un gran número de estudios e iniciativas en investigación se han dedicado a estudiar la magnitud de la violencia en Colombia (10)(11)(12)(13), otros a entender las causas y los factores de riesgo asociados con la violencia (9)(14), la victimización (15)(16)(17) y los agresores (18)(19). Del mismo modo, se han incrementado las intervenciones para la prevención de la violencia en varios escenarios y sectores, incluyendo el sector salud, planeación nacional, justicia, protección, educación, equidad de la mujer, entes de vigilancia y control y responsables del postconflicto para abordar la violencia basada en género, a nivel comunitario, de barrio, municipal, territorial y nacional.

En 2012, Colombia definió la prevención de la violencia basada en género dentro de una dimensión prioritaria del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 (20)(21). Esta dimensión reúne el conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital y el desarrollo social de los grupos y comunidades.

Lo anterior, ha impulsado el fortalecimiento de los sistemas de información del país que captan, recopilan y administran los datos, información e indicadores de violencia de género, para mejorar la disponibilidad de datos que permitan el monitoreo en el marco de las metas del PDSP 2021 y de los mismos ODS a 2030. El mismo informe del estado de prevención de la violencia de la Organización Mundial de la Salud señaló la importancia de la calidad, cobertura y fortalecimiento de las fuentes de información que gestionan la información sobre violencia de género en los países. Entre las fuentes de información más destacadas y relevantes se encuentran a nivel nacional se encuentran:

- **Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS):** Características sociodemográficas de la violencia de género (13).
- **Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE-EEVV):** Mortalidad por causas violentas. Violencia basada en género(22).
- **Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF: FORENSIS):**Reporte de casos por violencia y abuso sexual(23).
- **Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA):**Instituto Nacional de Salud (INS) adoptó, desarrolló e implementó el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia de género como un evento de interés en salud(24).
- **Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO-MSPS):** Observatorio Nacional de Violencias de Género ONV Colombia(25). Indicadores para el monitoreo de las violencias de género.
- **Sistema de Información de Violencias de Género (SIVIGE):** Sistema Integrado de Información Sobre Violencias de Género (26). Plataforma de carácter intersectorial para el monitoreo de las violencias de género.

En Colombia, el panorama de la violencia de género no es alentador. Entre el periodo 2015-2016 se reportaron a SIVIGILA 136.277 casos, el 50% (68.031) de violencia física, la cual constituye la principal forma de violencia basada en género, y el 18% (24.819) abuso sexual. Al incluir

tipificaciones de la violencia en el contexto del conflicto armado éstas representan el 23% (31.777) de los casos notificados. También, los datos permiten evidenciar el impacto de la violencia de género en las mujeres colombianas: al menos 78 casos de cada 100 casos de violencia de género fueron cometidos de hombres hacia mujeres, y 488 casos notificados sucedieron contra población LGTB(17).

Según la edad, el rango de edad más afectado es la adultez (27-59 años) con 41.032 casos reportados (30%). No obstante, si se tiene en un mismo grupo la primera infancia, infancia, adolescencia y juventud afectada por alguna forma de violencia de género, este grupo representa el 67% de todos los casos notificados entre 2015-2016. Adicionalmente, es posible notar, como el 23% (32.594) de los casos notificados fueron mujeres amas de casa, el 6% (8.606) mujeres cabeza de familia y el 4% (5.502) mujeres campesinas, lo que por su tipo de ocupación aumentó dramáticamente su nivel de vulnerabilidad. A nivel de ciudades, las tres ciudades principales con la mayor proporción de casos son Bogotá (11.492), Cali (8.195) y Medellín (6.105)(17).

1.3 Brechas en la evidencia

La violencia contra las mujeres y las niñas es cada vez más visible en la agenda de desarrollo y de salud mundial y nacional, y ha sido considerada tanto como una cuestión de justicia social e igualdad para las mujeres, así como una prioridad de salud pública. Después de muchos años de esfuerzos dedicados a la investigación, se conoce mucho sobre la epidemiología de algunas formas de violencia contra la mujer, sus causas y escenarios(especialmente con homicidios, víctimas y agresores) (27)(28). Del mismo modo, el conocimiento está aumentando sobre aquellas intervenciones de base comunitaria y con enfoque de determinantes sociales que funcionan para prevenir y responder a esa violencia. Sin embargo, como destaca la Serie The Lancet sobre la violencia contra las mujeres y las niñas, en términos de investigación saber más sobre cómo y por qué la violencia de género se distribuye de la forma que lo hace a lo largo de la población e impacta grupos de mujeres vulnerables, continúa siendo una evidencia insatisfactoria. Además de aclarar que el análisis para descomponer desigualdades sigue siendo un campo emergente, necesario y escaso en la epidemiología social(29)(30).

Es por ésta razón, que la agenda global de desarrollo a buscado aumentar, apoyar e impulsar la investigación, gestión y transferencia del conocimiento sobre los determinantes sociales de la violencia de género durante los últimos años (2). A través de la movilización de recursos y financiamiento para entender y explicar cómo la violencia de género se distribuye de la forma que lo hace entre la población general y entre subgrupos vulnerables de mujeres; generar evidencia útil para

las intervenciones que funcionen y prevengan la violencia de género; construir capacidades del sector salud, coordinar acciones intersectoriales y adoptar normas sociales que permitan prevenir la violencia en todas las esferas, sectores y niveles de gobiernos. Por ejemplo, Flavia Bustreo responsable de Salud de la Familia, las Mujeres y los Niños en la OMS, instó a los gobiernos para hacer más por prevenir este problema de salud pública y actuar sobre los determinantes sociales que la originan, especialmente entre mujeres y niñas. Además de hacer un llamado a los sistemas de salud como actores fundamentales en el momento de establecer respuestas y una mayor coordinación intersectorial para el abordaje de la violencia basada en género (31).

Por tanto, se hace necesario que se lleven a cabo muchas más investigaciones para analizar en profundidad cómo actúan los determinantes sociales en la violencia basada de género. En particular, usando los datos disponibles y aprovechando los últimos desarrollos de los sistemas de información en Colombia. Es por esta razón, que el contexto colombiano ofrece una oportunidad de explorar estos datos, así como llevar a cabo un estudio que enfatice en la forma como la pobreza, el nivel de estudios y el área de residencia explican la violencia de género a nivel subnacional, y a través del uso de medidas de desigualdad para explicar gradientes. A su vez, esta evidencia puede ser usada para diseñar e implementar intervenciones con un enfoque de equidad y centradas en las personas como sugiere la Organización Mundial de la Salud OMS en su última declaración WHA-70 (32).

1.4 Pregunta de investigación

Por lo anteriormente descrito, esta revisión de contexto y necesidades de investigación permiten formular la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los patrones de la desigualdad social que influyen en la violencia basada en género en Colombia, durante el período 2012-2016?

2. Estado del arte

El estado del arte del cual trata el siguiente capítulo se basa en la revisión de literatura de estudios llevados a cabo entre el año 1996 a 2017. En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la violencia como un problema esencial de salud pública global, debido a su impacto en la carga de mortalidad, morbilidad y discapacidad, en algunos países comparables con las enfermedades crónicas no transmisibles (33). Posteriormente en 2002, y luego de casi una década la OMS ratificó la violencia basada en género como un problema de interés en salud pública (9). Una amplia evidencia,

demuestra como a lo largo de la vida quienes sufren violencia quedarán además expuestas a un mayor riesgo de padecer enfermedades mentales y trastornos de ansiedad y conductuales (34).

Es importante señalar que desde la década de los años ochenta hasta los inicios de los años 2000, el mundo y Colombia presenciaron una explosión de estudios, evidencia y material abordando el problema de la violencia (1)(14)(24)(27)(35). No obstante, muchos de estos estudios se centraron en recolectar, captar y almacenar datos de agresiones y víctimas, como resultado fue posible cuantificar y caracterizar las distintas formas de agresiones. En otras palabras, un abordaje desde la vigilancia epidemiológica al considerarlo como un evento de interés en salud pública. Desafortunadamente, la evidencia demuestra que pocos profundizaron en el análisis de las causas de las causas de la violencia y que se requieren análisis con enfoques que permitan explorar mucho más los datos como análisis de determinantes sociales, análisis de equidad y medición de desigualdades.

De otra parte, la evidencia que documenta los posibles efectos de la violencia basada en género sobre resultados de salud específicos de las mujeres son bastantes amplios. Las mujeres afectadas por alguna forma de violencia presentan tasas más elevadas de problemas de salud mental, embarazos no deseados y abortos inducidos y espontáneos; mientras que las mujeres expuestas a la violencia de pareja tienen el doble de probabilidades de sufrir depresión, cerca del doble de probabilidades de padecer trastornos asociados debido al consumo de alcohol ya otras conductas de riesgo comúnmente como la delincuencia, la sexualidad insegura, el abuso de drogas y tabaco(34)(28). Esto a su vez, puede afectar significativamente la salud sexual y reproductiva en particular de las mujeres y niñas(1). Una mujer afectada por la violencia tiene un riesgo 1.5 veces mayor de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sufrir enfermedades crónicas tales como las cardiovasculares, la diabetes y el cáncer (3). Evidencia reciente, también aporta como en situaciones de conflicto y crisis humanitarias, este impacto negativo en los resultados de salud de las mujeres y niñas puede ser más mucho más profundo (7).

De forma simultánea, en los últimos quince años también hemos presenciado un aumento de evidencia sobre intervenciones sociales y recurrentes llamados a la acción sobre el impacto positivo de invertir en el empoderamiento de las mujeres y niñas, y como se logra un efecto multiplicador que a su vez influye en el crecimiento económico y el desarrollo de un país, y en general a nivel mundial (36). En ese contexto, el ODS-5 específicamente, aboga por primera vez en la igualdad entre los géneros y en empoderar a todas las mujeres y niñas para abordar diversos desafíos en la lucha de las desigualdades, las cuales socavaban el cumplimiento de las metas para el desarrollo, la salud y la realización de los individuos en la base de las oportunidades. En particular, la meta 5.1 reitera en

poner fin a todas las formas de discriminación contra las mujeres y niñas en el mundo, incluyendo la prevención y eliminación de la violencia basada en género como problema de salud pública (37).

Adicionalmente, las metas de salud 3.7 para el 2030, proponen garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar, la información y educación acerca de las alternativas y la posibilidad de poder elegir; además que los países miembros fortalezcan la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales, tal y como promueve la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres, Niños y Adolescentes 2030 (38). Por otro lado, la meta 3.8 propone lograr la cobertura universal en salud, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguras, eficaces, asequibles y de calidad para todos, procurando que las familias e individuos no empobrezcan por el simple hecho de acceder, usarlos o beneficiarse de ellos. Ambas metas, como resultado, seguramente contribuirán a promover sociedades más inclusivas que fomenten la no discriminación tal y como establece el ODS-16. En resumen, y como puede notarse, los objetivos de desarrollo sostenible son indivisibles, sistemáticos, están interconectados a muchos niveles y centrados en las personas y comunidades, lo que requerirá que el logro de éstos objetivos en particular, dependa del cumplimiento de otras metas dentro de otros objetivos(39).

Como se mencionó anteriormente, en Colombia la violencia ha tenido una transición de las diferentes tipificaciones desde ser el conflicto armado, hasta ser la violencia interpersonal la primera casusa de homicidios y lesiones en el país. Sin embargo, la violencia de pareja tanto física como psicológica alcanza dimensiones importantes en donde tener más evidencia científica permitiría comprender y abordar dicha problemática (35)(27).

En general, la violencia basada en género tiene un efecto más amplio en la salud, bienestar, las familias y comunidades de las mujeres y niñas afectadas a lo largo de la vida. (6) Adicionalmente, pueden tener un impacto intergeneracional en la salud sexual y reproductiva, salud mental y la toma de decisiones y oportunidades en la vida de las mujeres, lo cual comúnmente se define como la trampa de la desigualdad, refiriéndose, cuando las desigualdades se trasladan de una generación a otra, y es explicada en las actitudes que legitiman la violencia especialmente de las mujeres adultas mayores, contra las mujeres más jóvenes y las niñas dentro de una familia y comunidad(40).

Desde el año 2000, la igualdad y la equidad de género han estado en el centro de la agenda política de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el Banco Mundial (BM), el

Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el *International Development Research Center (IDRC)* y las estrategias resultado de los objetivos globales como *Sexual Violence Research Initiative, Every Women Every Child and End Violence*. Como resultado, se han logrado algunos avances significativos, como por ejemplo que muchas más niñas asisten hoy a la escuela en comparación con hace 15 años, en la mayoría de las regiones se logró la paridad de género en educación primaria, más mujeres han llegado al mercado laboral y algunas otras ocupan escaños públicos (41). No obstante, todavía queda mucho trabajo para alcanzar una verdadera igualdad de género en el mundo, entre países y al interior de ellos, y a nivel comunitario comunitarios y desde los mismos hogares.

3. Marco teórico

3.1 Modelo de determinantes para el abordaje de la violencia basada en genero

El modelo teórico de la violencia basada en género y cualquier tipo de violencia se encuentra centrado en los determinantes sociales en salud, que son las circunstancias de los entornos en donde la persona se encuentre durante todo su curso de vida. Dichas circunstancias prevenibles son el resultado de la distribución del dinero, el poder, las mismas oportunidades y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas sociales y económicas tienen efectos determinantes en las posibilidades de que un niño crezca y desarrolle todo su potencial, y tenga una vida próspera, o de lo contrario que tenga dificultades para su realización. El desarrollo de una sociedad ya sea de ingreso altobajo, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección de que gozan las personas afectadas por la enfermedad (42,43).

La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta el modo en que viven las personas, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura. La esperanza de vida de una niña que nazca hoy puede ser de 80 años, si nace en determinados países puede ser de 45 años que si nace en otros. Dentro de cada país hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social, dichas diferencias no deberían existir, ni dentro de cada país ni entre los países(42). En el espíritu de la justicia social, la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), con el fin de recolectar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo (43).

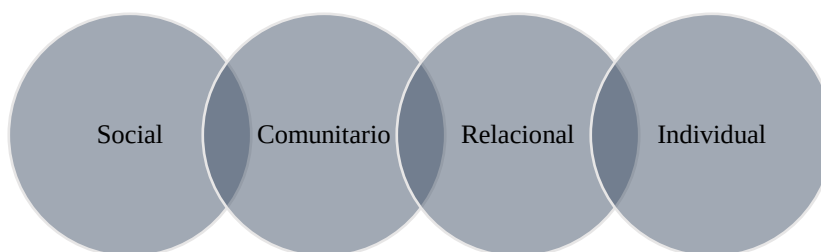
La Comisión hace un llamamiento a la OMS y a todos los gobiernos para que se tome la iniciativa en la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud, con el fin de alcanzar la equidad sanitaria. Es esencial que los gobiernos, la sociedad civil, la OMS, y otras organizaciones internacionales y de base comunitaria se unan para adoptar medidas encaminadas a mejorar la vida de los ciudadanos del mundo(43).En el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
3. Medición y análisis del problema.

En la segunda recomendación se encuentra la equidad de género como un problema que se debe priorizar ya que los más afectados son mujeres, niños y jóvenes quienes representan más de la mitad de la población en el mundo. Por lo tanto, atacar estas desigualdades y poner a las mujeres y niñas debe ser fundamental para lograr una distribución equitativa en salud. Las desigualdades entre los sexos influyen en la salud en distintas formas: pautas de alimentación discriminatorias, violencia contra las mujeres, falta de poder de decisión y reparto desigual del trabajo, e tiempo libre y las posibilidades de mejorar en la vida, entre otras (43).

Una aproximación para intentar comprender la naturaleza de la violencia se puede explicar a través de un modelo ecológico que permite analizar los factores que influyen en el comportamiento de la violencia. Este modelo comprende 4 niveles: el primer nivel se identifican los factores biológicos y la historia personal que influyen en el comportamiento de los individuos para convertirse en víctimas o agresores; el segundo nivel evalúa las relaciones más cercanas, como la familia, amigos, parejas y se investiga cómo aumentan éstas el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos; el tercer nivel se exploran los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario, y se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos. Por último, en el cuarto nivel se interesa por los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia, como la posibilidad de conseguir armas y las normas sociales y culturales. Las interacciones de los niveles explican cómo se puede reforzar o modificar el comportamiento del individuo (44). Las diferencias de circunstancias en la vida temprana pueden repercutir luego sobre la salud de un individuo, generando desigualdades en salud entre grupos sociales (42).

Modelo Ecológico para el Abordaje y Explicación de la Violencia.



Fuente: Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, 2002.

3.2 Definiciones generales

- *Violencia basada en género:* se refiere a todas las acciones que se asocian al uso e imbalances de poder ejercidos por una persona sobre otra, por razones de desigualdades entre hombres y mujeres, identidad de género y orientación sexual (9).
- *Las inequidades en salud:* son las diferencias injustas en la salud de las personas de diferentes grupos sociales y pueden asociarse con distintas desventajas como la pobreza, la discriminación, la falta de acceso a servicios o bienes, y también oportunidades. Si bien la inequidad en salud es un concepto normativo y, por lo tanto, no puede medirse ni monitorearse con precisión, las desigualdades en salud —las diferencias observables entre grupos sociales dentro de una población—sí pueden medirse y monitorearse, y sirven como un medio indirecto de evaluar las inequidades en salud(45).
- *Estratificadores de desigualdad:* Como ocurre con indicadores de salud, los estratificadores de desigualdad a seleccionar deben cubrir varias dimensiones de las desigualdades en salud. Idealmente, las desigualdades en salud deberían ser analizadas e informadas usando cada dimensión pertinente con los datos de estratificación disponibles. Históricamente, se ha dado mayor énfasis a las desigualdades en salud según estado económico y, de hecho, muchos análisis de desigualdad en salud solo incluyen desigualdad basada en riqueza.

Sin embargo, existen muchos otros estratificadores de desigualdad pertinentes para las políticas que describen las desigualdades en salud, como la escolaridad, la clase social, el sexo, el lugar de residencia (rural o urbano), la raza o pertenencia étnica y cualquier otra característica que permita distinguir grupos poblacionales (por ejemplo, el idioma, la situación migratoria, etc.). El acrónimo PROGRESAR del análisis para la equidad en salud de la OMS resume los estratificadores de desigualdad que se valoran más frecuentemente en el monitoreo de las desigualdades en salud, pero no es una lista exhaustiva de todos los estratificadores disponibles y posiblemente relevantes para el análisis (45).

- Plaza o lugar de residencia (rural, urbano, etc.).
- Raza o etnicidad.
- Ocupación.
- Género o sexo.
- Religión.
- Educación.
- Situación socioeconómica.
- Ambiente (acceso a agua, saneamiento, etc.).

- Recursos o capital social.

- *Medición de las desigualdades en salud:* Para explicar en qué consiste la medición de las desigualdades en salud se debe empezar con el concepto de inequidad en salud descrito anteriormente. La medición de las desigualdades en salud permite describir las diferencias y los cambios en los indicadores de salud en los grupos de una población. Los indicadores de salud elegidos para medir las desigualdades en salud deben reflejar razonablemente las diferencias injustas entre grupos, que podrían corregirse mediante cambios en las políticas, programas y/o prácticas.

El proceso de medición de las desigualdades sociales en salud sigue el mismo ciclo que cualquier tipo de monitoreo de la salud, aunque hay ciertos aspectos únicos a este tipo de medición, a saber: a) la necesidad de dos tipos diferentes de datos confluyentes; b) la medición estadística de la desigualdad, y c) el desafío de informar sobre distintos indicadores de salud según distintas dimensiones de desigualdad de una manera que sea clara y concisa. Mientras que en el monitoreo de la salud solo es necesario considerar datos relacionados con los indicadores de salud, en la medición de las desigualdades en salud se requiere una corriente confluyente adicional de datos relativos a una dimensión de desigualdad (por ejemplo, riqueza/pobreza, nivel de escolaridad, zona geográfica, sexo, etc.) los cuales también son conocidos como estratificadores de equidad/desigualdad (9) (45).

4. Objetivos

Objetivo general

Analizar los patrones de la desigualdad que influyen la violencia basada en género en Colombia durante el período 2012-2016.

Objetivos específicos

1. Describir socio-demográficamente la población afectada por la violencia basada en género.
2. Describir desigualdades sociales basadas en la pobreza, el desempleo, el área de residencia y el nivel de escolaridad en la violencia basada en género.
3. Caracterizar geográficamente las desigualdades sociales en función la violencia basada en género.
4. Generar evidencia que pueda contribuir como insumo para la formulación de políticas para la prevención y eliminación de la violencia basada en género.

5. Metodología.

5.1 Tipo y área de estudio.

Este estudio analiza, mide y hace preguntas relacionadas, pero en ningún momento interviene. Por lo tanto, es un estudio observacional de tipo ecológico con temporalidad retrospectiva.

Análisis a nivel subnacional (Colombia según departamentos y distrito capital, es decir 33 unidades geográficas).

5.2 Población y muestra

Se seleccionan todos los departamentos y distrito capital de Colombia para el período 2012 a 2016.

- Criterios de inclusión: Casos notificados de todas las edades a través de la ficha SIVIGILA por violencia de género durante el período de interés.
- Criterios de exclusión: datos incompletos, sin geografía determinada y años por fuera del período de interés o atípicos.

5.3 Variables

Variable dependiente: Casos de Violencia Basada en Género (análisis descriptivo) y tasa ajustada de violencia basada en género (análisis de descriptivo, geográfico y de desigualdades).

Variables independientes:

- Porcentaje de personas por departamento entre 13 a 49 años sin educación. Nivel de educación: sin educación - primaria- secundaria y superior.
- Porcentaje (%) de personas viviendo en áreas rurales y dispersas. Área de residencia: urbano – rural.
- Índice de Pobreza Multidimensional e Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (%) Quintiles de pobreza: Q1, Q2, Q3, Q4 y Q5 (quintil 1= más pobre, quintil 5= menos pobre).
- Desempleo: Porcentaje de personas por departamento entre 13 a 49 años buscando empleo.
- Barreras de acceso a servicios de salud: Porcentaje de personas con alguna barrera para acceder al servicio de salud.

Tamaño: Población estimada por departamentos y distrito capital.

Tabla 1: Lista de Variables

Variable	Tipo de variable	Valores posibles
1. Violencia Basada en Género por departamentos (n casos y tasas ajustada).	Cuantitativa continua	0-n
2. Fecha del hecho	Cuantitativa continua	Formato dd/mm/aaaa
3. Edad	Cuantitativa continua	Quinquenios DANE
4. Sexo	Categórica nominal	Masculino Femenino Sin información
5. Régimen	Categórica nominal	Excepción Contributivo Subsidiado Especial No asegurado
6. Pertenencia étnica	Categórica nominal	Indígena ROM, gitano Raizal Palenquero Negro, mulato afrocolombiano Otro
7. Ocupación	Categórica nominal	Según estándares de las fuentes de información.
8. Departamento	Categórica nominal	Todos los departamentos de Colombia y Distrito Capital
9. Grupo poblacional	Categórica nominal	Discapacitado Desplazado Migrantes Carcelarios Gestantes Población infantil a cargo del ICBF Indigentes Madres comunitarias Desmovilizados Centros Psiquiátricos

5.4 Recolección de información

En la *Tabla 2* se encuentra la comparación de las diferentes fuentes de información que contiene información disponible sobre violencia basada en género en Colombia.

Tabla 2: Comparación de fuentes de información con datos de violencia basada a género.

Ítem	EEVV*	INML**	ENDS***	SIVIGILA****
Resultado de salud	Mortalidad por causas violentas	Mortalidad y casos de valoraciones sexológicas.	Proporción de casos de violencia basada en género	Casos de violencia basada en género notificados.
Oportunidad de los datos	18 meses. Último año disponible 2015 (2016 preliminar).	Anual Último año disponible: 2016	Quinquenal Últimos quinquenios: 2010 y 2015	Anual: Último año disponible: 2016 (2017 con datos no depurados).
Canales de acceso	Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE-Solicitud de datos.	Portal web (https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema)	Portal web www.minsalud.gov.co Disponible min salud https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/results_advanced.aspx?k=ENDS%202015&scope=Todos	Cubo SISPRO – SIVIGILA. Acceso mediante con usuario y contraseña (entregado sólo luego de asistir a capacitación virtual al Cubo).
Niveles de desagregación de los datos	Municipal, Departamental y Regional	Municipal, Departamental y Regional	Municipal, Departamental y Regional	Municipal y Departamental
Rango poblacional	Todos	Todos	13-49 años	Todos

EEVV: Estadísticas Vitales*

INML: Instituto Nacional de Medicina Legal **

ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud***

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública ****

Una vez realizado un análisis de fuentes de información disponibles y con variables relevantes para el estudio de la violencia basada en género, se decidió aprovechar los desarrollos del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social. La Bodega de Datos del SISPRO dispone de información del módulo epidemiológico la cara A de la ficha de vigilancia en salud pública de las violencias de género código INS: 875 – SIVIGILA. Esta información es pública y de fácil acceso a través de los canales dispuestos para su consulta (Cubos OLAP). Los estratificadores de desigualdad se obtuvieron a partir del Repositorio Institucional Digital (RID) para el nivel de educación, desempleo, barreras de acceso a los servicios de salud y quintiles de pobreza desde la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS, que ya se encuentra disponible la base de datos para el 2015 La población por departamento que reside en área rural, el

índice de pobreza multidimensional e índice de necesidades básicas insatisfechas se obtuvo a partir del DANE. Finalmente, fue posible construir un panel de datos como resultado de la consulta de cuatro diferentes fuentes para el periodo 2012-2016 para cada departamento y distrito capital de Colombia.

De forma complementaria, y con el propósito de garantizar la calidad de la información se realizó la solicitud de información mediante los canales dispuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social. En el Anexo 1 se encuentran las dos solicitudes debidamente radicadas ante la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de acceder a los datos nominales individualizados.

5.5 Plan de análisis

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de variables demográficas como edad, género, etnia, grupos vulnerables y departamentos. Las variables categóricas fueron presentadas como frecuencias absolutas y relativas, las variables continuas se describieron en medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo con la simetría de la variable. Posteriormente se realizó un análisis bivariado donde se identificó la distribución de las variables asociadas a la violencia basada en género. También se estimaron las tasas de violencia basada en género ajustadas por quinquenios de edad según sexo y a nivel departamental.

En segundo lugar, se llevó a cabo una medición de desigualdades relacionadas con la educación, el área de residencia, la pobreza, necesidades básicas insatisfechas, barreras de acceso a los servicios de salud y el desempleo como determinantes de la violencia basada en género. Este análisis se realizó a través de la estimación del Índice de Desigualdad de la Pendiente (IDP), el Índice Relativo de Desigualdad (IRD) y el Índice de Concentración.

En tercer lugar, se realizó la georreferenciación de los resultados de las mediciones de desigualdad. Finalmente, a partir de la evidencia generar insumos que puedan contribuir con los procesos de formulación de políticas para prevenir y eliminar la violencia basada en género.

El panel de datos se analizó usando el paquete estadístico STATA™ 14® (StataCorp, Texas-USA); mientras la medición de desigualdades se realizó usando la Biblioteca de Desigualdades del software EPIDAT 4.2, el cual es diseñado por la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Finalmente, los mapas fueron generados en QGIS y R.

Estimación de las Tasas Ajustadas por Edad para Hombres y Mujeres

La estimación de las tasas de violencia basada en género por cada 100.000 personas se llevó a cabo con el siguiente procedimiento: En primer lugar, el numerador se tomó a partir del número de personas notificadas en el SIVIGILA para cada departamento, según sexo y año de estudio, y fueron ajustadas por quinquenios de edad. En segundo lugar, el denominador fue obtenido a partir de las proyecciones poblacionales del DANE y se estandarizó con respecto a la población nacional. Finalmente, los resultados fueron llevados a una tabla y expresados por 100.000 mujeres y hombres, respectivamente.

Medición de desigualdades sociales

El panel de datos fue organizado de la siguiente forma para la medición de desigualdades: Columna uno: departamentos; columna dos a columna seis: resultado de salud (tasa ajustada de violencia basada en género para cada año); columna siete a columna once: tamaño de la población (población general para cada año); y de columna doce a columna dieciocho: los estratificadores

(Anexo 2). Una vez organizada la tabla fueron estimados los siguientes índices siguiendo las instrucciones de la biblioteca de medición de desigualdades en Epidat 4.2 (Medición de desigualdades/Índices para medidas ordenadas/Índice basado en medidas de regresión)

El Índice de Desigualdad de la Pendiente (IDP) se usa para mostrar el gradiente del resultado salud a través de múltiples grupos con ordenamiento natural (comúnmente educación o pobreza). En otras palabras, ordena la variable dependiente de la peor a la mejor posición social. En este caso, del grupo de departamento más pobres al grupo de departamento menos pobres usando un modelo de regresión (46).

Para calcular el índice de desigualdad de la pendiente, se ordena una muestra ponderada de toda la población desde el grupo con nivel socioeconómico más bajo (rango 0) hasta el grupo más alto (rango 1). Este ranking es ponderado, reflejando la distribución proporcional de la población en cada grupo. Luego la población de cada categoría de educación o riqueza es considerada en términos de su rango en la distribución acumulada de la población y el punto medio de tal rango. Luego el indicador de salud de interés se modela contra el valor de este punto medio (ridit) para los grupos de educación o riqueza usando un modelo apropiado y los valores predichos del indicador de salud se calculan para los dos extremos (rango 1 y rango 0). Por lo tanto, el IDP es simplemente la diferencia entre los valores extremos en el rango 1 y el rango 0 genera el valor del índice de desigualdad de la pendiente. (46)

El índice de desigualdad de la pendiente representa la diferencia en salud entre los grupos más bajo y más alto, al tiempo que considera todos los otros grupos en la regresión. Cuando la pendiente de la línea de regresión es plana (horizontal), el índice de desigualdad de la pendiente es 0. Cuando se ordena del nivel socioeconómico más bajo al más alto, los valores positivos del índice indican que el indicador de salud de interés es más prevalente en el grupo más aventajado, mientras que los valores negativos del índice significan que el indicador de salud es más prevalente en el grupo con nivel socioeconómico más bajo(46).

El índice de concentración es una métrica relativa de desigualdad que muestra el gradiente de salud a través de múltiples grupos con ordenamiento natural. Esta métrica indica el grado en que se concentra un indicador de salud entre el nivel socioeconómico bajo o alto, o dicho en otras palabras la peor y mejor posición social según el estratificador elegido. Dado que la población se ordena de peor a mejor estado socioeconómico, el índice de concentración tiene un valor negativo cuando el indicador de salud se concentra en el nivel socioeconómico bajo y tiene un valor positivo cuando el indicador de salud se concentra en el nivel socio económico alto. De no existir desigualdad, el índice de concentración es 0; el índice puede tomar valores entre -1 o $+1$ (46).

Se comienza ordenando una muestra ponderada de la población total desde el grupo con nivel socioeconómico más bajo (en el rango 0) hasta el más alto (en el rango 1). El eje 'y' indica la fracción acumulada del indicador de salud que corresponde a cada grupo y el eje 'x' representa la proporción acumulada de las personas por nivel socioeconómico. La curva de concentración se traza conectando los puntos. La curva de concentración se sitúa por debajo de la línea diagonal de 45° desde la esquina inferior izquierda hasta la esquina superior derecha (línea de igualdad) si el indicador de salud se concentra entre los de nivel socioeconómico alto; la curva de concentración se sitúa por encima de la diagonal si el indicador de salud se concentra en los de nivel socioeconómico bajo. De no existir desigualdad, la curva de concentración se sitúa sobre la línea de igualdad. El índice de concentración se calcula como el doble del área entre la línea de igualdad hipotética y la curva de concentración(46)(47).

Índice Relativo de Desigualdades generada de la misma manera que el IDP, excepto que los valores se encuentran en el rango 1-0, y los valores se dividen en lugar de restar. Es una medida que tiene en cuenta el tamaño de la población y la posición socioeconómica relativa acumulada de los grupos. Se obtiene mediante una regresión de cualquier indicador de salud (Tasa de mortalidad, expectativa de vida al nacer, tasa de incidencia, cobertura, atención, etc.) de los grupos socioeconómicos sobre una medida específica de sus posiciones relativas: la proporción de la población que tiene una posición superior en la jerarquía social. Por ejemplo, cuando ordena de los más educados a los menos educados

o sin logro escolar, o del quintil de regresos más rico al quintil de ingresos más pobre. Un índice alto implica diferencias grandes en la morbilidad, mortalidad entre las posiciones altas y bajas de la jerarquía definida por dimensión de desigualdad (variable socioeconómica). De igual forma, es importante precisar que cuando el valor de IRD es mayor que 1 representa una mayor prevalencia entre los grupos con mayores desventajas(46)(47).

En síntesis, las medidas absolutas permiten medir la magnitud y tamaño de la desigualdad, mientras las medidas relativas son más usadas para evaluar si la desigualdad está siendo reducida o no en el tiempo.

6. Consideraciones éticas

Este estudio se basó fundamentalmente en análisis de bases de datos secundarias proporcionadas por la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social. Por lo tanto, esta investigación no requiere el procedimiento del consentimiento informado, ya que los análisis se basaron en fuentes de datos secundarios. No obstante, este estudio consideró de riesgo mínimo conforme a la declaración de Helsinki del 2015. La investigación contó con la valoración ética y aprobación del Comité de Ética de la Escuela de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle el día 07 de abril del 2018 (Anexo 3).

6.1 Consentimiento informado

Todos los análisis se basaron en datos disponibles públicamente a través de salidas de información dispuestas por el Gobierno nacional. Por tanto, cualquier cuestión y aclaración ética debe ser resuelta por las instituciones responsables de la gestión de las fuentes de información y por las que administraron los datos. Por lo tanto, este estudio no se requirió aplicar el procedimiento de consentimiento informado.

7. Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos mediante el enfoque metodológico empleado. Los resultados son presentados de la siguiente forma: i) análisis de la calidad de la base de datos; ii) caracterización socio demográfica de los casos; iii) resultados de la estimación de las tasas ajustadas por edad para hombres y mujeres; y iv) resultados a partir de las mediciones de desigualdades sociales.

7.1 Análisis de la Calidad de la Base de Datos

Este análisis se basó en los atributos de cobertura, disponibilidad y canales de acceso de los sistemas de información consultados. Estos atributos son considerados fundamentales dentro del mejoramiento de la calidad de las fuentes de información por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE y la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Cobertura

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA reporta información de 1125 Municipios, 32 departamentos y un Distrito Capital, lo cual representa el cien por ciento del territorio nacional. Entre el 2012 y el 2016 el SIVIGILA tiene un total de 322.555 registros, entre los cuales la pérdida de información es del 0.3% (n=1.117 registros) en la variable departamento de residencia; 0.5% (n=1.466) en la variable régimen de afiliación de salud y 1.2% (n=3.789) la para variable la edad. Por otra parte, no se presentó pérdida de información para las variables sexo, año epidemiológico y semana epidemiológica. En resumen, la pérdida por variable fue inferior al 5%, lo cual se considera adecuado para llevar este tipo de análisis.

Disponibilidad y canales de acceso

Los datos para construir el panel de datos fueron posibles en diferentes fuentes de información. Los datos sobre Violencia Basada en Género estuvieron disponibles a través de dos diferentes fuentes con acceso a través de tres canales de información.

- a) El Sistema de Información en Salud Pública (SIVIGILA) tiene disponibles varios canales de acceso a la información que han sido dispuestos por el Gobierno Nacional. En primer lugar, los datos fueron solicitados mediante radicado 2017422560512 el día 14 de 11 de 2017 a la Oficina de tecnologías de la información y comunicación OTIC y la Dirección de Epidemiología y Demografía de Ministerio de Salud y Protección Social. En segundo lugar,

y de forma alternativa se consultó el CUBO SIVIGILA en el Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO) consultados el día – de marzo de 2018.

- b) Y, en tercer lugar, y de forma complementaria se solicitaron los datos de la Encuesta Nacional y Demografía y Salud (ENDS) 2015 a través de la Dirección de Investigaciones de Profamilia mediante radicado 201722002203961 de 2017.

En síntesis, la disponibilidad y los canales de acceso para datos sobre Violencia Basada en Género a partir de registros administrativos y de base poblacional fueron fácilmente accesibles.

7.2 Caracterización socio demográfica de los casos

La Tabla 3 presenta el número de casos según régimen de afiliación en salud, edad, etnia y grupos vulnerables. Durante el período 2012-2016, se presentaron 322.555 casos de violencia basada de género. Los años 2016 (27.7%; n=89,216) y 2015 (21.5%; n=69,268) registraron el mayor número de casos.

Tabla 3: Descripción socio demográfica de la Violencia Basada en Género en Colombia, 2012-2016.

Variables	Mujeres		Hombres		General	
Casos	253,242	78.5%	69,313	21.5%	322,555	100.0%
Régimen						
Subsidiado	123,722	48.9%	32,636	47.1%	156,358	48.5%
Contributivo	106,392	42.0%	27,918	40.3%	134,310	41.6%
No Afiliado	17,467	6.9%	6,687	9.6%	24,154	7.5%
Excepción	2,788	1.1%	1,102	1.6%	3,890	1.2%
Especial	1,769	0.7%	608	0.9%	2,377	0.7%
No Definido	1,104	0.4%	362	0.5%	1,466	0.5%
Edad						
De 0 a 14	74,985	29.6%	40,280	58.1%	115,265	35.7%
De 15 a 24	69,148	27.3%	9,442	13.6%	78,590	24.4%
De 25 a 54	96,855	38.2%	13,599	19.6%	110,454	34.2%
De 55 a 64	5,481	2.2%	1,761	2.5%	7,242	2.2%
Más de 65	4,723	1.9%	2,492	3.6%	7,215	2.2%
(en blanco)	2,050	0.8%	1,739	2.5%	3,789	1.2%
Etnia						
Negro, Mulato, Afrocolombiano O Afrodescendiente	11,779	4.7%	2,256	3.3%	14,035	4.4%
Indígenas	5,876	2.3%	1,492	2.2%	7,368	2.3%
ROM (Gitano)	975	0.4%	255	0.4%	1,230	0.4%
Raizal (San Andrés Y Providencia)	507	0.2%	173	0.2%	680	0.2%
Palenquero De San Basilio	387	0.2%	60	0.1%	447	0.1%

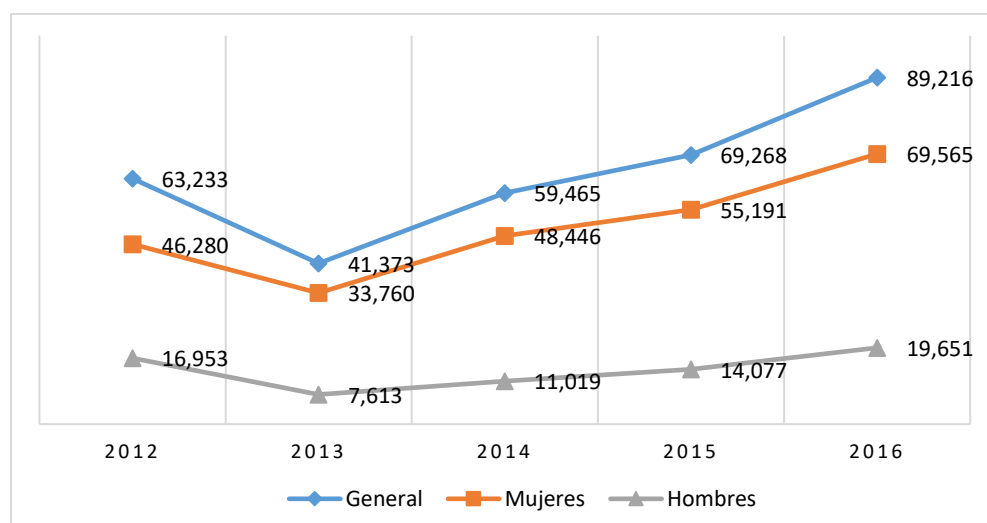
Variables	Mujeres		Hombres		General	
Otras Etnias	233,718	92.3%	65,077	93.9%	298,795	92.6%
Poblaciones vulnerables						
Mujeres gestantes	19,991	7.9%	-	0.0%	19,991	6.2%
Poblaciones desplazadas	4,539	1.8%	1,300	1.9%	5,839	1.8%
Personas con discapacidad	1,573	0.6%	663	1.0%	2,236	0.7%
Niñas, niños y adolescentes en Custodia del ICBF	1,117	0.4%	462	0.7%	1,579	0.5%
Población migrante	699	0.3%	208	0.3%	907	0.3%
Habitante de calle	634	0.3%	132	0.2%	766	0.2%
Población privada de la libertad	413	0.2%	341	0.5%	754	0.2%
Personas con trastornos mentales	455	0.2%	114	0.2%	569	0.2%
Madres comunitarias	388	0.2%	-	0.0%	388	0.1%
Personas desmovilizadas de grupos armados	226	0.1%	61	0.1%	287	0.1%

Fuente: Panel de datos construido a partir de los datos entregados por la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y la Protección Social en febrero 2018

7.2.1 Sexo y Edad

Según el sexo, el 78.5% (n=253.242) fueron mujeres y el 21.5% (n=69.313) hombres. Entre las mujeres, la mitad tenían una edad promedio de 22 años la cual varió entre los 14 y 32 años. Entre los hombres, la mitad tuvo una edad promedio de 12 años y varió entre los 5 y 26 años de edad. En otras palabras, 4 de cada cinco casos se registró en mujeres y el 64.8% (n=44,913) de los casos entre los hombres ocurrió en hombres menores de 18 años de edad. En el año 2016 y 2015, ocurrieron el mayor número de casos entre mujeres (27.5%; n=69,565 y 21.8%; n=55,191, respectivamente). Mientras entre los hombres fueron los años 2016 y 2012 (28.4%; n=19,651 y 24.5%; n=16,953, respectivamente). De forma general, se evidencia un aumento en cada uno de los años desde el año 2013 a 2016, presentando una disminución en el año 2013; es de notar que las mujeres son las que mayor número de casos se encuentran reportadas, siendo casi 3 veces más el número de casos con relación a los hombres. (Gráfico 1)

Gráfico 1: Número de casos reportados por Violencia Basada en Género por año epidemiológico y sexo en Colombia, 2012-2016.



Fuente: Panel de datos construido a partir de los datos entregados por la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y la Protección Social, consultados el día – de febrero de 2018

7.2.2. Cobertura en salud

Según el tipo de afiliación al sistema de salud, el número de casos de violencia basada en género fue mayor entre hombres y mujeres del régimen subsidiado, contributivo, población pobre no asegurada y no afiliada en su orden; y en los regímenes excepcional y especial (docentes, fuerzas militares, trabajadores de la industria petrolera y población privada de la libertad). De acuerdo con el régimen de afiliación en salud para mujeres y hombres tanto para el régimen subsidiado y contributivo aportaron el 48.5% (n=156,358) y el 41.6% (n=134,310) de los casos, respectivamente.

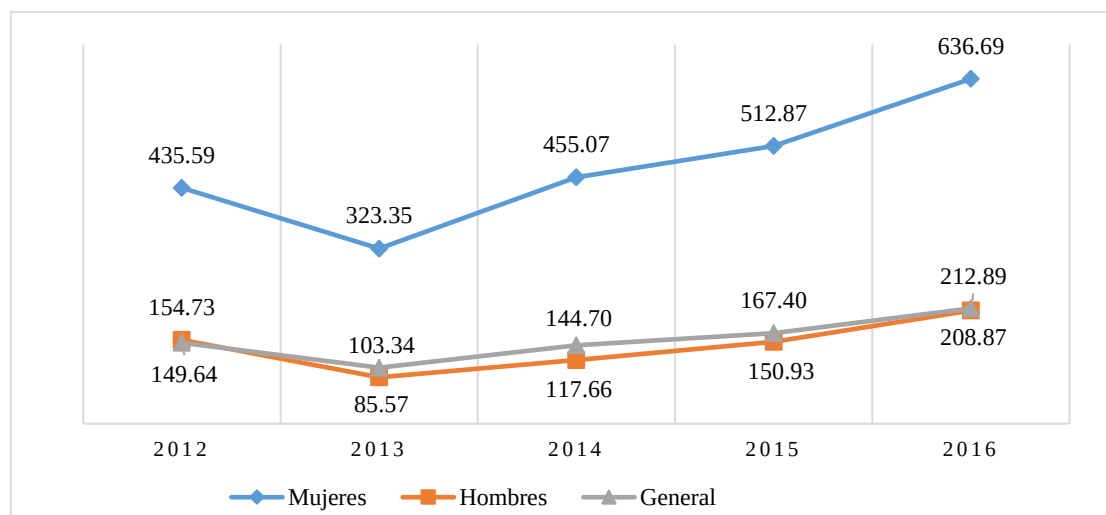
7.2.3. Poblaciones vulnerables

Según el nivel de vulnerabilidad, los siguientes grupos fueron los más afectados por violencia basada en género en su orden: mujeres gestantes, personas que sufrieron desplazamiento forzado, personas con discapacidad, niños y niñas en custodia del ICBF y población migrante. Entre mujeres: mujeres gestantes 7.9% (n=19,991) y mujeres con desplazamiento forzado en el marco del conflicto armado el 1.8% (n=4,539); y entre hombres aquellos que sufrieron desplazamiento forzado 1.9% (n=1,300) y hombres con discapacidad 1.0% (n=663).

7.3. Tasas ajustadas por edad para hombres y mujeres

La Gráfica 2 presenta las tasas ajustadas de violencia basada en género nacional y según sexo en Colombia durante el período 2012-2016. La tasa ajustada para los hombres se presenta con una tendencia similar a la tasa nacional, sin embargo, para las mujeres es aproximadamente 3 veces con respecto a tasa nacional. En el año 2013 disminuye la tasa tanto para hombres como para mujeres, sin embargo, a partir de 2013 se ha aumentado año a año hasta el último periodo de estudio 2016. La tasa ajustada entre las mujeres vario un 96.9% y entre hombres 144,1%.

Gráfico 2: Tasa ajustada de Violencia Basada en Género según sexo en Colombia, 2012-2016



Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo 2018.

Entre los años 2012 a 2013 se presentó una disminución de la tasa de aproximadamente un 30% para hombres, mujeres y general, mientras que para el año 2014 se presentó un aumento del 40% para cada uno, para el año 2015 un aumento en la tasa de 12.7% para las mujeres y del 28.3% para los hombres y general del 15.7%, en el año 2016 se presentó un aumento en la tasa del 24.1% para las mujeres y del 38.3% para los hombres y general del 27.2%. De forma general, se ha presentado una variación positiva, es decir, aumentos en la tasa de violencia basada en género desde el 2013 al 2016, siendo en los hombres un aumento un poco mayor comparado con la tasa de las mujeres.

La Tabla 4 presenta las tasas ajustadas para hombres y mujeres según departamentos por año. Se describen los 5 departamentos con mayores y menores tasas de violencia basada en género. Celdas en color rojo muestra los años más críticos en los departamentos.

Tabla 4: Tasas de violencia basada en género ajustadas por edad para mujeres y hombres en Colombia 2012-2016.

Departamento	Femenino					Masculino				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Antioquia	33.18	35.06	36.47	38.75	41.69	208.78	9.06	9.64	7.72	8.56
Atlántico	25.62	60.74	124.16	143.03	154.11	567.81	3.93	13.49	26.36	33.17
Bogotá, D.C.	484.06	6.72	96.78	93.93	300.56	1,165.75	280.79	2.03	42.70	42.80
Bolívar	50.18	81.06	131.60	164.99	199.29	683.23	14.04	14.23	26.04	43.18
Boyacá	335.26	459.45	469.13	437.58	450.82	2,270.26	62.76	99.41	91.46	93.84
Caldas	49.57	226.98	331.34	423.97	421.01	1,582.50	9.55	54.16	75.57	128.27
Caquetá	110.92	126.01	203.87	260.94	310.18	1,105.01	27.31	25.07	46.16	124.19
Cauca	60.26	149.25	218.46	249.87	292.41	1,021.75	11.70	28.07	39.49	45.98
Cesar	197.85	224.57	239.11	256.34	304.97	1,359.71	52.56	50.04	58.35	73.56
Córdoba	44.05	112.68	132.60	156.57	155.87	668.19	10.22	15.67	21.19	35.29
Cundinamarca	530.48	58.02	317.31	308.44	346.31	1,782.66	139.35	15.19	69.47	72.23
Chocó	33.37	40.06	70.23	57.33	65.70	292.85	12.68	9.72	10.84	13.54
Huila	522.82	570.19	444.07	520.27	701.64	3,006.99	117.75	137.62	117.37	175.19
La Guajira	14.17	58.05	97.23	98.70	97.58	425.93	7.52	54.41	93.50	95.63
Magdalena	19.16	57.24	125.02	143.28	206.89	599.81	4.68	10.57	25.97	42.61
Meta	137.59	214.22	214.76	264.72	307.12	1,267.72	46.59	58.79	55.49	70.41
Nariño	60.90	175.37	271.43	299.71	344.52	1,268.20	8.49	34.37	55.81	76.90
Norte de Santander	85.24	141.59	163.09	249.70	299.15	1,039.92	22.42	41.43	48.38	127.33
Quindío	154.75	380.96	447.79	412.56	516.18	2,124.13	50.27	106.25	115.09	109.03
Risaralda	102.20	250.80	323.28	318.50	384.51	1,501.57	35.18	94.39	114.35	110.02
Santander	295.96	305.11	371.35	547.34	503.17	2,188.51	134.66	152.01	191.09	306.95
Sucre	114.93	206.62	250.52	274.68	284.80	1,193.25	24.39	41.10	51.59	60.35
Tolima	52.52	89.13	133.13	145.37	194.34	656.59	12.48	24.30	34.08	37.18
Valle del Cauca	111.91	196.98	288.07	316.65	365.85	1,449.72	28.65	47.32	73.55	73.05
Arauca	89.29	103.74	215.99	224.49	280.70	982.25	13.08	38.02	56.23	102.42
Casanare	20.63	129.77	388.24	699.37	829.59	2,281.42	16.29	59.00	85.02	185.28
Putumayo	97.22	157.37	214.99	280.14	298.02	1,119.17	24.16	38.77	43.12	77.86
S. Andrés, Prov. y S. Catalina	43.51	95.09	66.20	103.09	130.02	469.09	8.55	8.62	5.61	46.73
Amazonas	320.84	428.94	434.28	308.88	345.74	2,009.86	66.40	124.55	111.79	80.39
Guainía	8.88	144.00	308.40	390.92	223.31	1,118.89	-	7.10	18.47	32.15
Guaviare	77.01	83.49	237.48	190.07	211.26	803.55	4.14	77.28	34.90	33.05
Vaupés	9.57	33.89	78.38	210.41	337.82	739.39	3.57	3.07	17.33	14.73
Vichada	115.03	276.68	449.37	589.91	493.47	2,130.85	39.05	42.25	116.81	93.46

Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo 2018.

En la situación más reciente (2016) entre mujeres, Casanare (829.59por 100.000 mujeres), Huila (701.64por 100.000 mujeres), Santander (503.17por 100.000 mujeres), y Vichada (493.47por 100.000 mujeres) son los departamentos con las tasas más altas de violencia basada en género en mujeres.

Boyacá presentó entre los años 2012 a 2015 las 5 tasas más altas para las mujeres; Vichada presentó una de las 5 tasas más elevadas para cada uno de los años. Vale la pena anotar, que el departamento del Huila para hombres y mujeres presentó las tasas más altas durante los 5 años de estudio. Por otro lado, las tasas más bajas se presentaron en los años 2012 a 2014 en el departamento de Vaupés, seguidos de los departamentos de Choco y Antioquia en los años 2013 con bajas tasas y en los años 2014 a 2016 el Archipiélago de San Andrés y Providencia.

No obstante, las tasas más altas en mujeres durante el periodo de estudio ubican a Cundinamarca en 2012 (530,48 por 100.000 mujeres); Huila en 2013 (570,19 por 100.000 mujeres); Boyacá en 2014 (469,13 por 100.000 mujeres); y Casanare para los años 2015 y 2016 (699,37 por 100.000 mujeres y 829,59 por 100.000 mujeres, respectivamente). Por otro lado, las tasas más bajas por año fueron Guainía en el año 2012 (8,88 por 100.000 mujeres); Bogotá D.C. en año 2013 (6,72 por 100.000 mujeres); Antioquia (36,47; 38,75 y 41,69 por 100.000 mujeres) durante los años 2014, 2015 y 2016.

En hombres, las tasas obtuvieron valores relativamente tres y cinco veces por debajo de las tasas en mujeres. En la última situación disponible (2016) las tasas de violencia basada en hombres más altas fueron las siguientes: Santander (306.95 por 100.000 hombres), Casanare (185.28 por 100.000 hombres), Huila (175.19 por 100.000 hombres), Caldas (128.27 por 100.000 hombres) y Norte de Santander (127.33 por 100.000 hombres). Según año y en hombres, el año 2012 constituye un año atípico ya que se obtuvieron tasas mucho más elevadas en comparación de los otros años. Los departamentos de Santander y el departamento del Huila son los que presentan las tasas más elevadas, contrario las tasas más bajas se presentan en el departamento de Antioquia entre los años 2012 a 2015; sin embargo, para el año 2016 es baja, en los años 2013 a 2016 el departamento de Vaupés reporto una de las 5 tasas más bajas, igualmente el departamento de Guainía en el mismo periodo.

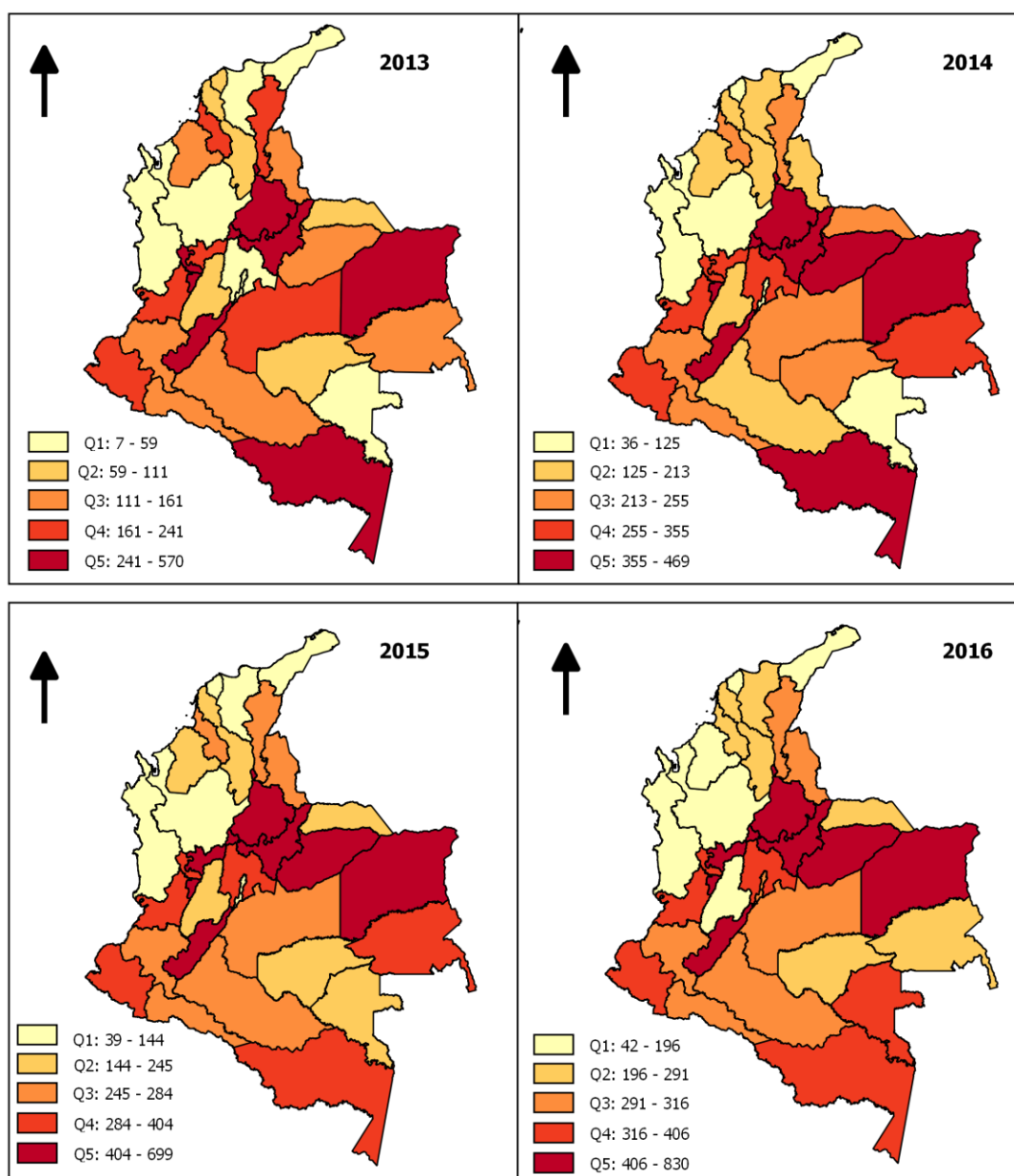
Entre el periodo analizado, las tasas más altas por año (excepto 2012) se encontró: Bogotá, D.C. en 2013 (280,79 por 100.000 hombres) y Santander en los años 2014 a 2016 (152,01; 191,09 y 306,95 por 100.000 hombres, respectivamente). Por el contrario, las tasas más bajas por años fueron en Antioquia en 2012 y 2016 (208,78 por 100.000 hombres y 8,56 por 100.000 hombre, respectivamente); Bogotá, D.C. en 2014 (2,03 por 100.000 hombres) y San Andrés y Providencia en 2014 (5,61 por 100.000 hombres). Para el año 2013 no se reportaron casos en el departamento de Guainía.

7.3 Análisis de Tasa Ajustada de Violencia Basada en Género por Edad y Geografía de Residencia

Las Gráficas 3-4 presentan la Tasa la Violencia Basada en Género ajustada por edad y georreferenciada para mujeres y hombres en Colombia, respectivamente. En este análisis se construyeron 5 quintiles, los cuales corresponden a los cinco grupos cada uno representa el 20% de la población y su comportamiento en el tiempo, esto con el propósito de evidenciar cambios en las tasas más altas y bajas a nivel geográfico. El primer quintil (Q1) representa los departamentos con una menor tasa, y el segundo quintil (Q2) representa el grupo de departamentos con la segundas tasas más bajas (ambos representados en el mapa con los colores amarillos más claros); el tercer quintil (Q3) representa el grupo de departamentos con las tasas medianas (en el mapa color naranja); el cuarto quintil (Q4) representa los departamentos con las segundas tasas más altas o elevadas; y el quinto quintil (Q5) representa los departamentos con las mayores tasas de violencia basada en género para cada año (representados en el mapa con el color naranja más oscuros). La flecha indica el sentido del mapa hacia el Norte.

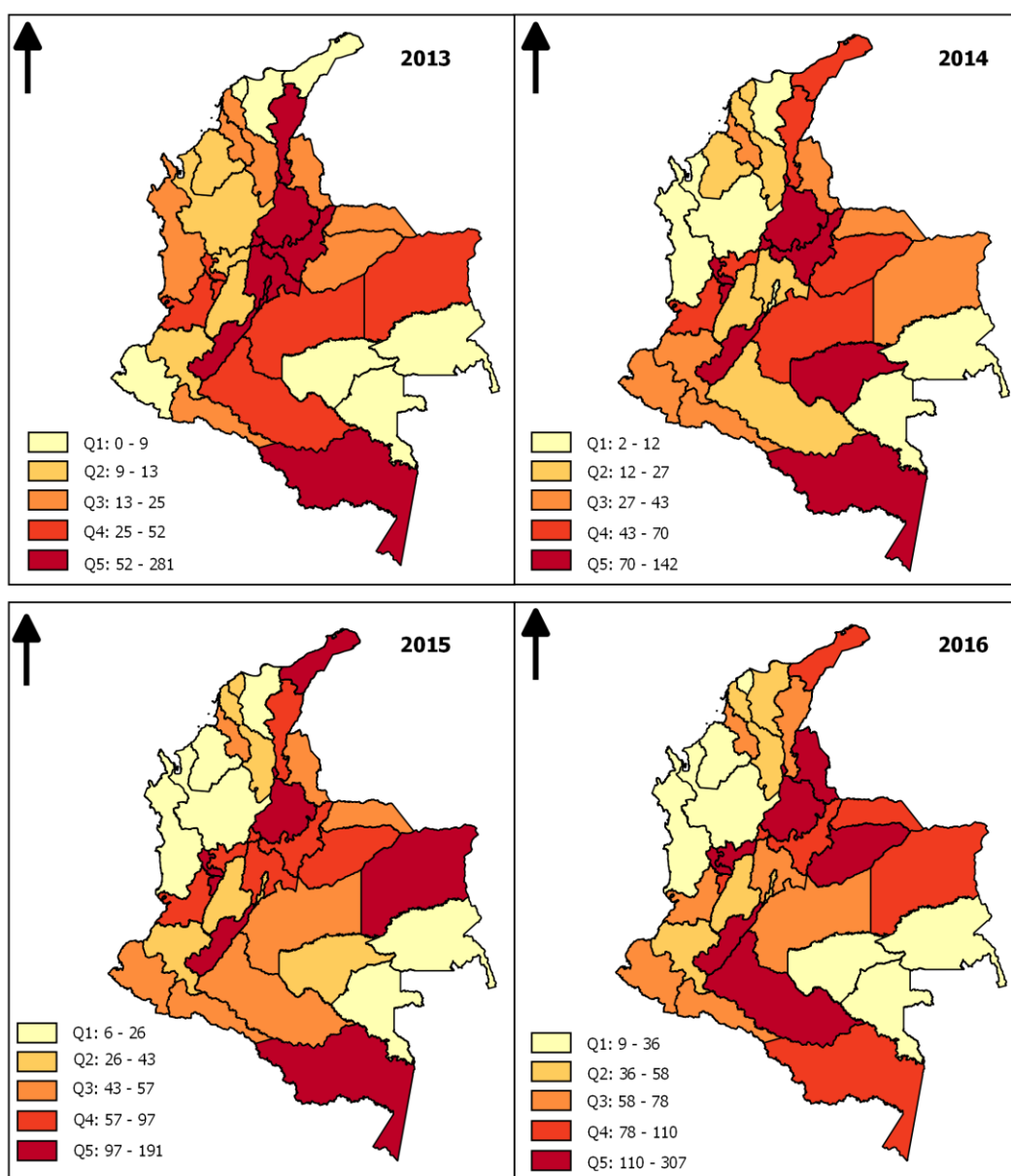
En 2013, al parecer no existen un patrón geográfico de las tasas de violencia basada en género en mujeres. No obstante, entre 2014 y 2016 la región de la Costa Atlántica disminuyó las tasas y en la situación más reciente reúne los departamentos con los más bajos indicadores. De otro lado, la región central en 2016 reúne gran parte de los departamentos con las tasas de violencia basada en género en mujeres más alta. También la región Amazonia y Orinoquia registran altas tasas de violencia basada en género en mujeres. Llama la atención Antioquia, Chocó y Magdalena que durante el periodo de estudio conservaron bajas tasas de violencia basada en género dentro de sus regiones geográficas.

Gráfico 3: Tasa la violencia basada en género ajustada por edad y georreferenciada para mujeres en Colombia, 2012-2016.



Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo 2018.

Gráfico 4: Tasa la violencia basada en género ajustada por edad y georreferenciada para hombres en Colombia, 2012-2016



Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo 2018.

Por el contrario, un análisis geográfico de las tasas de violencia basada en género parece no tener un patrón definido, al menos en 2012. Algunos departamentos de la región Amazonía y Central y Orinoquia reportan altas tasas. En 2016, algunas tasas aumentaron y otras permanecieron igual de

altas en ambas regiones. En la Costa Atlántica, por el contrario si fue posible notar una reducción de las tasas y se comienza a identificar un patrón de tasas de violencia basada en género en hombres bajas en esta región para el año 2016.

7.4 Análisis de desigualdades sociales

En éste análisis se utilizaron los siguientes cinco estratificadores: Pobreza (medida a través del Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) e Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI); barreras de acceso a los servicios de salud (medidas a través del porcentaje de personas que presentaron barreras para acceder a los servicios de salud); desempleo (medido a través del porcentaje de personas entre 13 a 49 años que se encontraban sin empleo por departamento); analfabetismo (medido a través del porcentaje de personas entre 13 a 49 años sin educación por departamento) y área rural/ruralidad (medida a través del porcentaje de personas que viven en área rural por departamento).

Es necesario aclarar lo siguiente: i) a partir del análisis descriptivo en el cual se identificó variabilidad atípica de los datos del año 2013 para hombres, se decide no usar este dato en el análisis de desigualdades sociales. Una de las posibles explicaciones racionales es que coincide con el año de implementación de la violencia basada en género como evento de notificación obligatoria (año en el cual la calidad del dato puede estar comprometida por ser el primer año de notificación); ii) los datos de los estratificadores de desigualdad son limitados y no cuentan con una serie de tiempo comparable con las tasas de violencia basada en género. Se tomó la decisión de usar uno o dos años disponibles asumiendo hipotéticamente que no han variado significativamente en el tiempo.

La Tabla 5 presenta el Índice de Desigualdad de la Pendiente (IDP), el Índice Relativo de Desigualdad (IRD) de Kunst y Mackenbach y el Índice de Concentración (IC) que fueron estimados para cuatro diferentes puntos específicos en el tiempo (2013 - 2016). Estos valores permiten evidenciar desigualdades tanto absolutas como relativas, y entregaron una idea del gradiente en la violencia basada en género en términos de pobreza, barreras de acceso a los servicios de salud, desempleo, analfabetismo y área rural. En 2013, es posible notar que la pobreza medida a través de pobreza multidimensional, el analfabetismo y el área de residencia rural parecen ser las dimensiones más inequitativas (valores más altos y sombreados en color rojo en la Tabla 5).

Tabla 5. Desigualdades sociales absolutas y relativas en la tasa de violencia basada en género en Colombia, 2013-2016.

<Dimensión/Años	Índice de Desigualdad de la Pendiente	Índice Relativo de Desigualdad de Kunst y Mackenbach	Índice de concentración	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)								
2013	-145,094	2,459	-0,14	260,985	217,714	74,035	205,706	151,192
2014	-125,902	1,683	-0,084	322,288	296,772	154,477	281,105	224,363
2015	-89,259	1,364	-0,051	364,419	317,836	184,488	390,841	265,481
2016	-98,833	1,308	-0,044	441,756	370,002	333,016	422,379	310,474
Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)								
2013	-31,717	1,203	-0,031	108,474	132,410	286,406	222,294	149,220
2014	71,042	1,251	0,048	147,101	200,135	327,611	247,855	280,464
2015	41,719	1,135	0,024	173,212	235,805	452,840	284,525	318,729
2016	218,187	1,455	0,098	178,844	301,033	553,243	328,588	452,895
Barreras de Acceso a los Servicios de Salud								
2013	-180,921	3,218	-0,174	210,269	213,783	231,305	235,850	98,444
2014	-89,348	1,441	-0,06	302,359	233,789	263,243	256,722	222,451
2015	-272,584	2,785	-0,156	388,589	524,816	317,185	231,289	224,284
2016	-216,519	1,826	-0,097	466,914	535,796	372,302	367,277	268,458
Desempleo								
2013	-1,264	1,007	-0,001	175,230	218,271	114,522	130,119	237,320
2014	-15,857	1,066	-0,011	251,451	305,217	192,897	42,986	302,168
2015	2,315	1,008	0,001	296,458	335,287	221,045	55,311	374,755
2016	0,614	1,002	0,000	353,923	390,249	371,056	69,486	410,425
Analfabetismo								
2013	239,164	1,82	0,230	135,720	112,400	121,487	124,998	318,421
2014	117,42	1,384	0,079	268,033	204,666	192,158	165,865	350,161
2015	117,24	1,384	0,124	292,613	211,823	228,979	223,657	434,130
2016	116,146	1,271	0,052	354,057	387,675	275,047	277,007	483,280
Área rural/ruralidad								
2013	-108,791	1,925	0,034	146,680	254,977	91,880	235,747	159,946
2014	-72,153	1,342	-0,105	224,820	264,837	233,491	299,830	234,283
2015	-105,738	1,448	-0,048	261,900	306,658	265,341	407,459	258,781
2016	75,072	1,184	-0,061	307,152	345,471	330,856	432,472	383,025

Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo 2018.

No obstante, el IDP obtuvo un valor negativo en necesidades básicas insatisfechas y área de residencia rural indicando que, entre el grupo con la peor y mejor situación con relación a la tasa de violencia

basada en género, a lo largo de la escala social es el grupo de departamentos más pobres y con un mayor número de personas viviendo en la ruralidad. Por otro lado, la situación más reciente (2016) las barreras de acceso a los servicios de salud y las necesidades básicas insatisfechas fueron las dimensiones más inequitativas, es decir, explicaron en gran medida la violencia basada en género. Al parecer el desempleo no genera gradiente social, es decir no explica la violencia de género.

Adicionalmente, es posible identificar cómo se ha reducido el tamaño de la desigualdad a través del tiempo. En primer lugar, la desigualdad social asociada a la violencia basada en género disminuyó notablemente entre 2012 y 2015 (fecha color verde en la Tabla 5), mientras aumentó de nuevo para el año 2016. De forma similar ocurrió con barreras de acceso a los servicios de salud, la cual disminuyó entre 2013 y 2014, pero la desigualdad aumentó significativamente entre 2015 y 2016. De su parte, la desigualdad en la violencia basada en género explicada desde el analfabetismo parecer estar estancada debido a que ha disminuido a un ritmo lento durante los últimos tres años.

El IRD de Kunst y Mackenbach obtuvo resultados similares al IDP, el Índice de Pobreza Multidimensional y el porcentaje de barreras de acceso son las dimensiones que presentan mayor desigualdad relativa, por lo que la violencia basada en género es explicada principalmente por estos dos determinantes; Por otra parte, el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas para el año 2016 presentó un valor elevado en comparación con el resto de años analizados, lo cual indica la existencia de una mayor desigualdad en los departamentos con menos porcentaje de necesidades básicas insatisfechas. De igual forma, el Índice de Concentración obtuvo el mismo resultado.

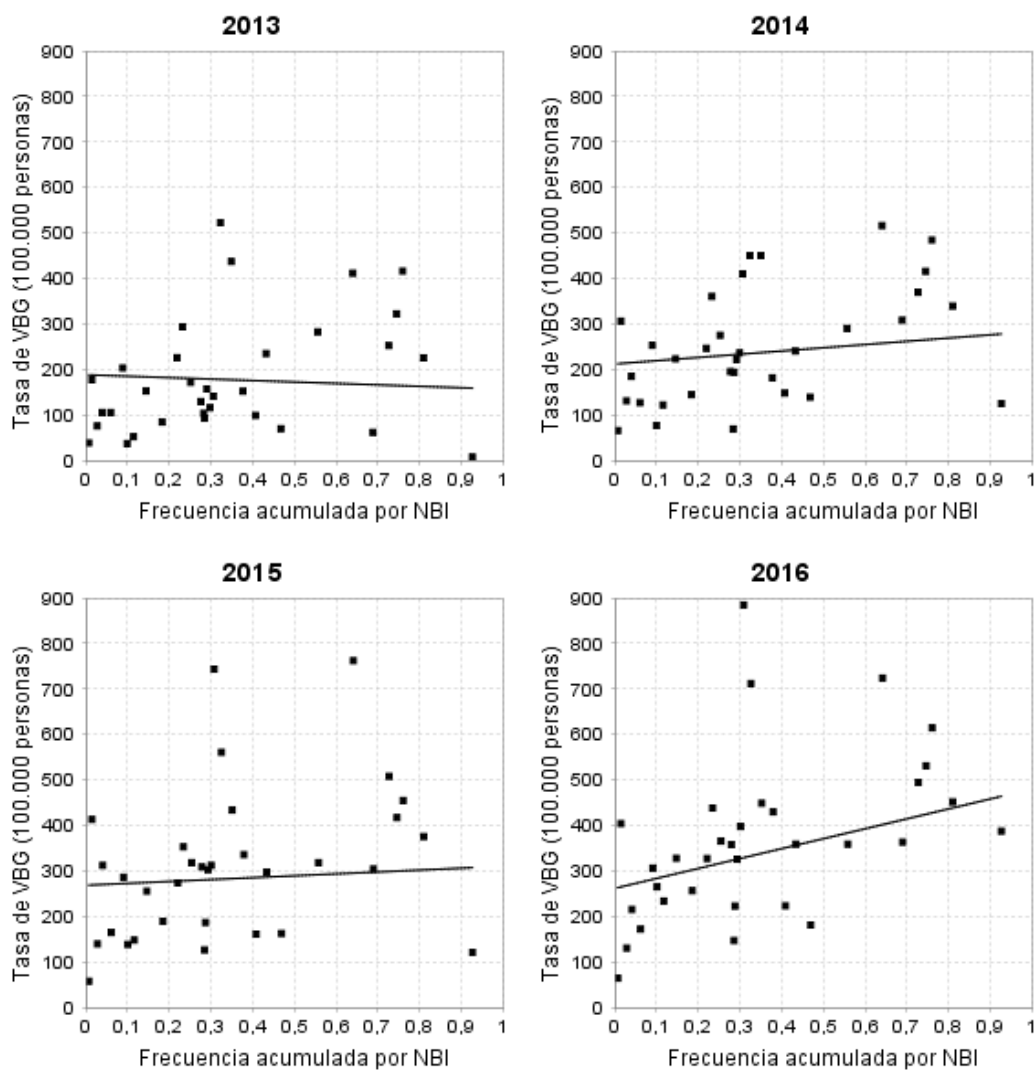
Por otra parte, el porcentaje de personas por departamento entre 13 a 49 años sin educación en el año 2013 presenta una mayor desigualdad relativa concentrándose en el 23% de los departamentos. En términos relativos los años 2013 y 2015 se evidencia un mayor índice indicando una mayor desigualdad los departamentos con mayor porcentaje de personas que viven en el área rural, sin embargo, el índice de concentración se encuentra más alto para el año 2014.

7.4.1 Desigualdades absolutas

La desigualdad absoluta nos indica el tamaño de la desigualdad en términos absolutos. Fue posible conocer el tamaño y magnitud de las desigualdades absolutas: necesidades básicas insatisfechas (218,187); barreras de acceso a los servicios de salud (-216,519); analfabetismo (116,146), pobreza multidimensional (-98,833), área de residencia rural (75,072) y desempleo (0,614).

De acuerdo con el Índice de Necesidades básicas insatisfechas evidencia que para el año 2013 la desigualdad en términos absolutos se encontraba en los departamentos con mayor NBI. Sin embargo, para el periodo 2014 - 2016 se presentó un cambio en la pendiente indicando que la desigualdad se trasladó a los departamentos con menos NBI (aumentando la tasa en 218,187 casos por cada 100.000 personas) para el año 2016: En otras palabras, parece que la desigualdad se presenta en los departamentos con menos necesidades básicas insatisfechas (Grafico 5).

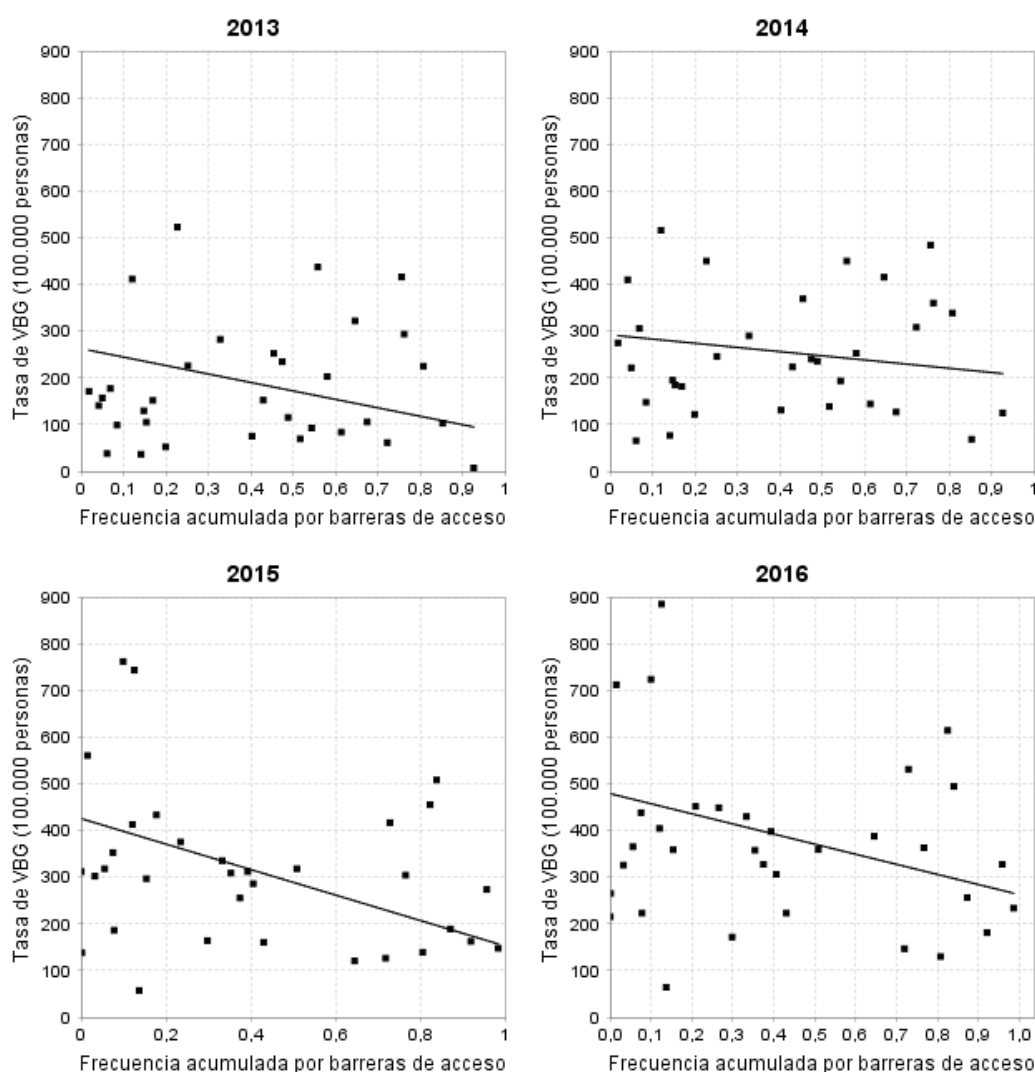
Gráfico 5: Índice de desigualdad de la pendiente (IDP) de la Tasa de Violencia Basada en Género (VBG) según Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en Colombia, 2013-2016.



Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo 2018.

Considerando barreras de acceso a los servicios de salud en todos los años se presenta desigualdad en los departamentos con más barreras de acceso, en términos absolutos para el año 2013 se presenta una disminución de la tasa de VBG de 180,92 casos por cada 100.000 personas con relación a una disminución en el porcentaje de barreras de acceso, de igual forma para el año 2016 se presenta una disminución de 216,52 casos por cada 100.000 personas y año con una mayor reducción en el año 2014 con una disminución en la tasa de VBG de 272,584 casos por cada 100.000 personas. (Grafico 6).

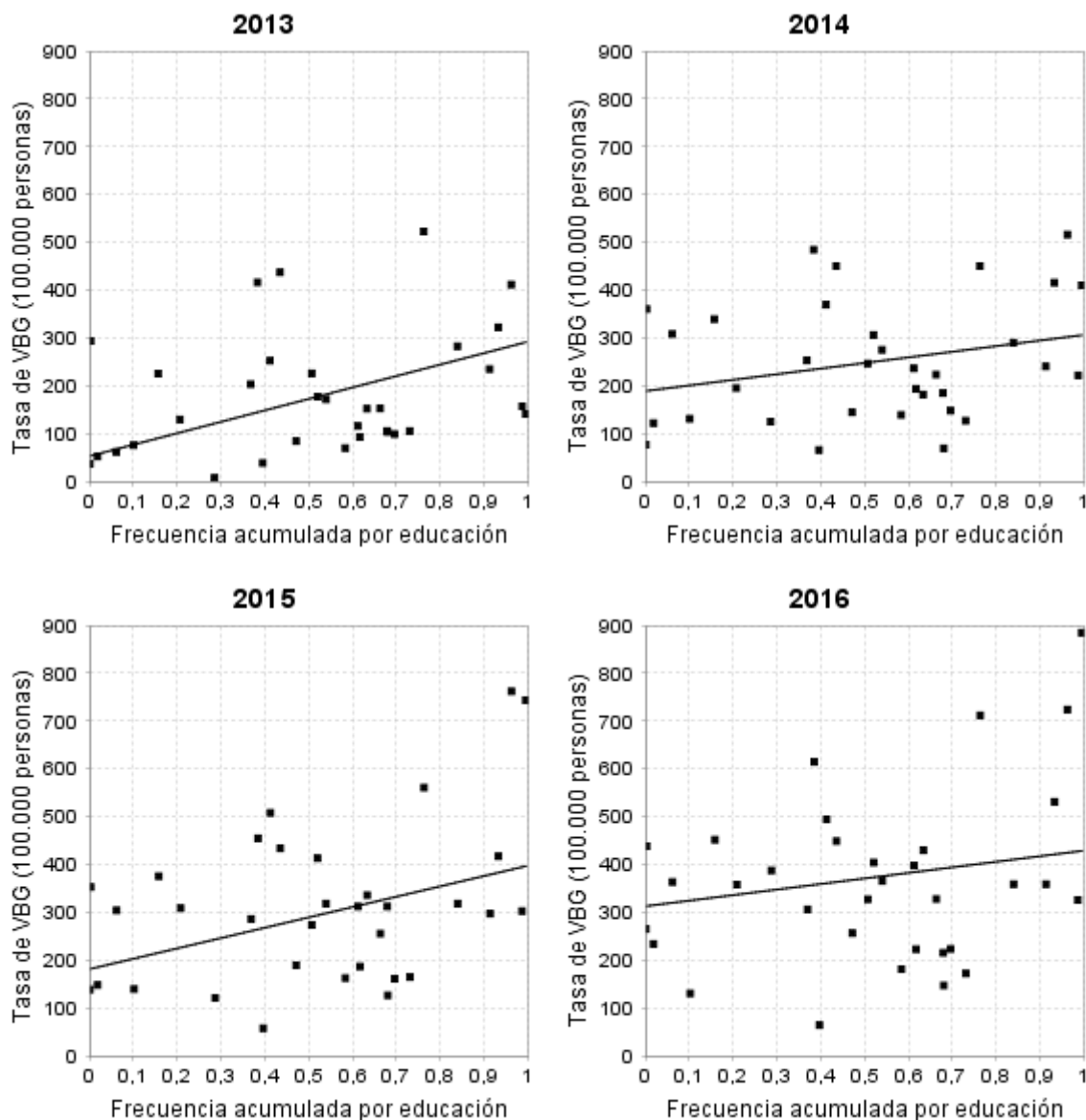
Gráfico 6: Índice de desigualdad de la pendiente (IDP) de la Tasa de Violencia Basada en Género (VBG) según Barreras de Acceso a Servicios de Salud en Colombia, 2013-2016.



Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo 2018.

La violencia basada en género explicada desde el analfabetismo en Colombia permite identificar como la desigualdad se encuentra en los departamentos con un menor porcentaje de personas con analfabetismo. De igual forma, aunque la pendiente se ha aplanado con el tiempo indicando una reducción en la desigualdad, la tasa aumento en un periodo de tres años (Gráfico 7).

Gráfico 7: Índice de desigualdad de la pendiente (IDP) de la Tasa de Violencia Basada en Género (VBG) según analfabetismo en Colombia, 2013-2016.

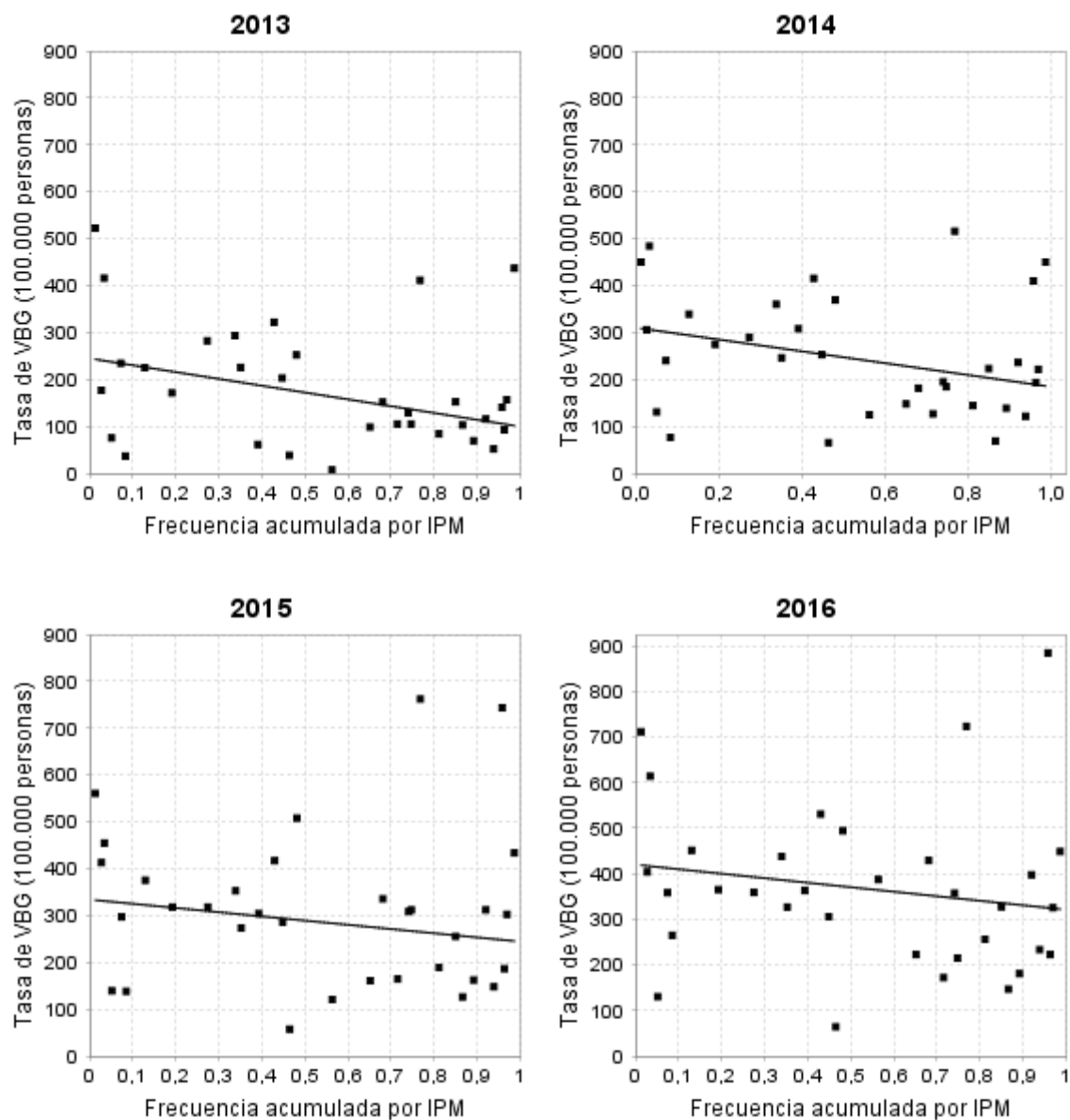


Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo 2018.

La violencia basada en género explicada desde la pobreza multidimensional, en el año 2013 la pendiente se ha venido inclinando, lo cual es positivo. En otras palabras, la desigualdad se ha reducido en el tiempo. Sin embargo, la desigualdad presente existe entre los departamentos más pobres multidimensionalmente. Por otro lado, es claro notar que, aunque esto ocurre la tasa aumentó en tres años. De su parte, la desigualdad relativa de Kunst y Mackenbach evidencia una disminución de 2.4 en 2013 a 1.3 en 2016. En resumen, la desigualdad absoluta aumentó, pero la relativa se redujo (Grafico 8).

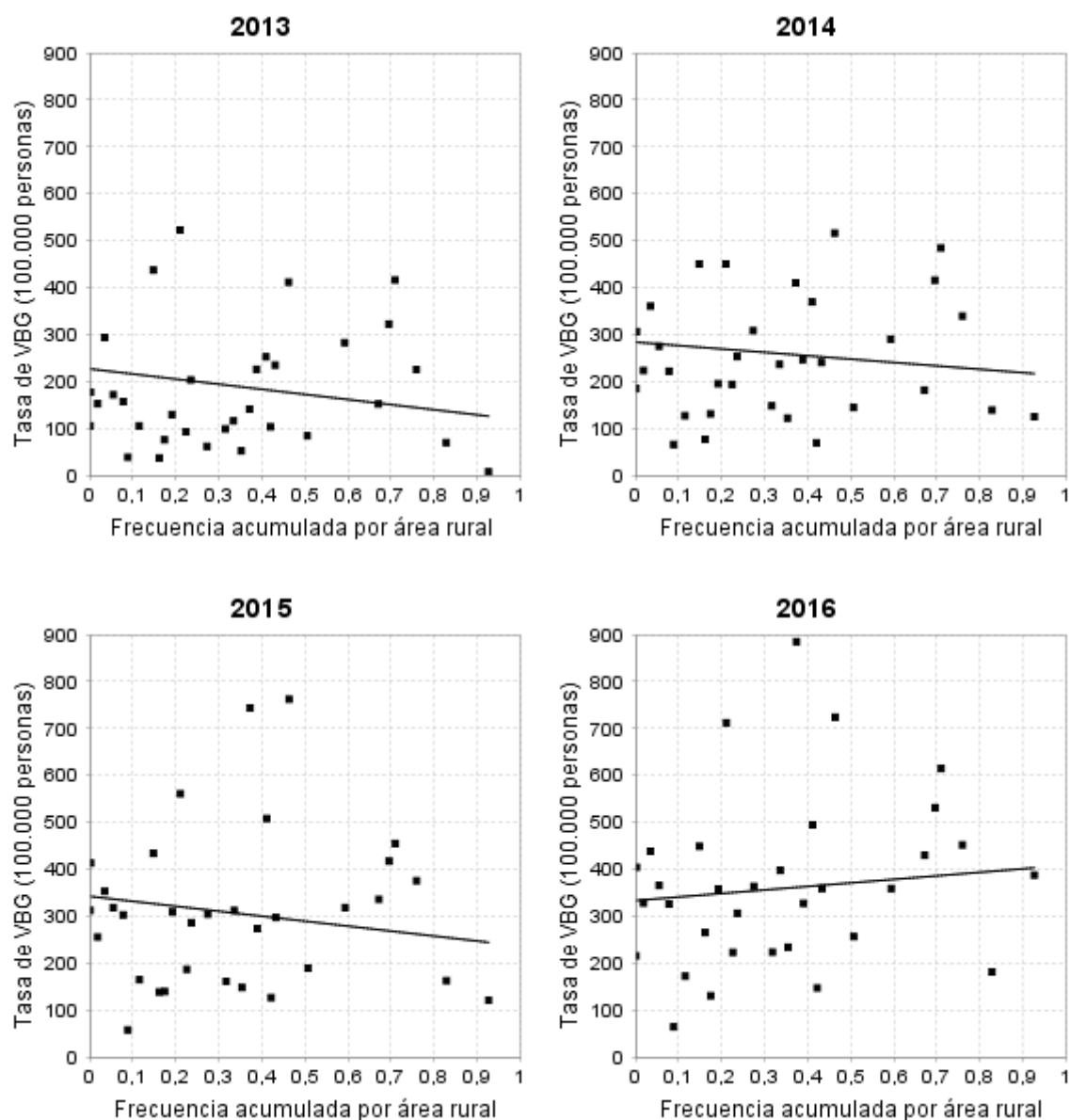
Al Estratificar la violencia basada en género según el porcentaje de personas viviendo en área rural, las desigualdades tienen un menos tamaño: pendiente más aplanada y con pendiente negativa. Sin embargo, entre 2013 y 2015 la desigualdad estaba presente en los departamentos con mayor porcentaje de personas por departamento viviendo en áreas rurales. Contrariamente, en el año 2016 la desigualdad se trasladó al grupo de departamentos con el menor número de personas viviendo en áreas rurales. Simultáneamente, para el año 2013 se presentó una disminución de la tasa de violencia basada en género de 108.79 casos por cada 100.000 personas, en comparación al año 2016 en donde se presenta un aumento en la tasa de 75.07 casos por cada 100.000 personas (Gráfico 9) (Tabla 5).

Gráfico 8: Índice de desigualdad de la pendiente (IDP) de la Tasa de Violencia Basada en Género según Pobreza Multidimensional en Colombia, 2013-2016.



Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo 2018.

Gráfico 9: Índice de desigualdad de la pendiente (IDP) de la Tasa de Violencia Basada en Género (VBG) según área de residencia rural en Colombia, 2013-2016.

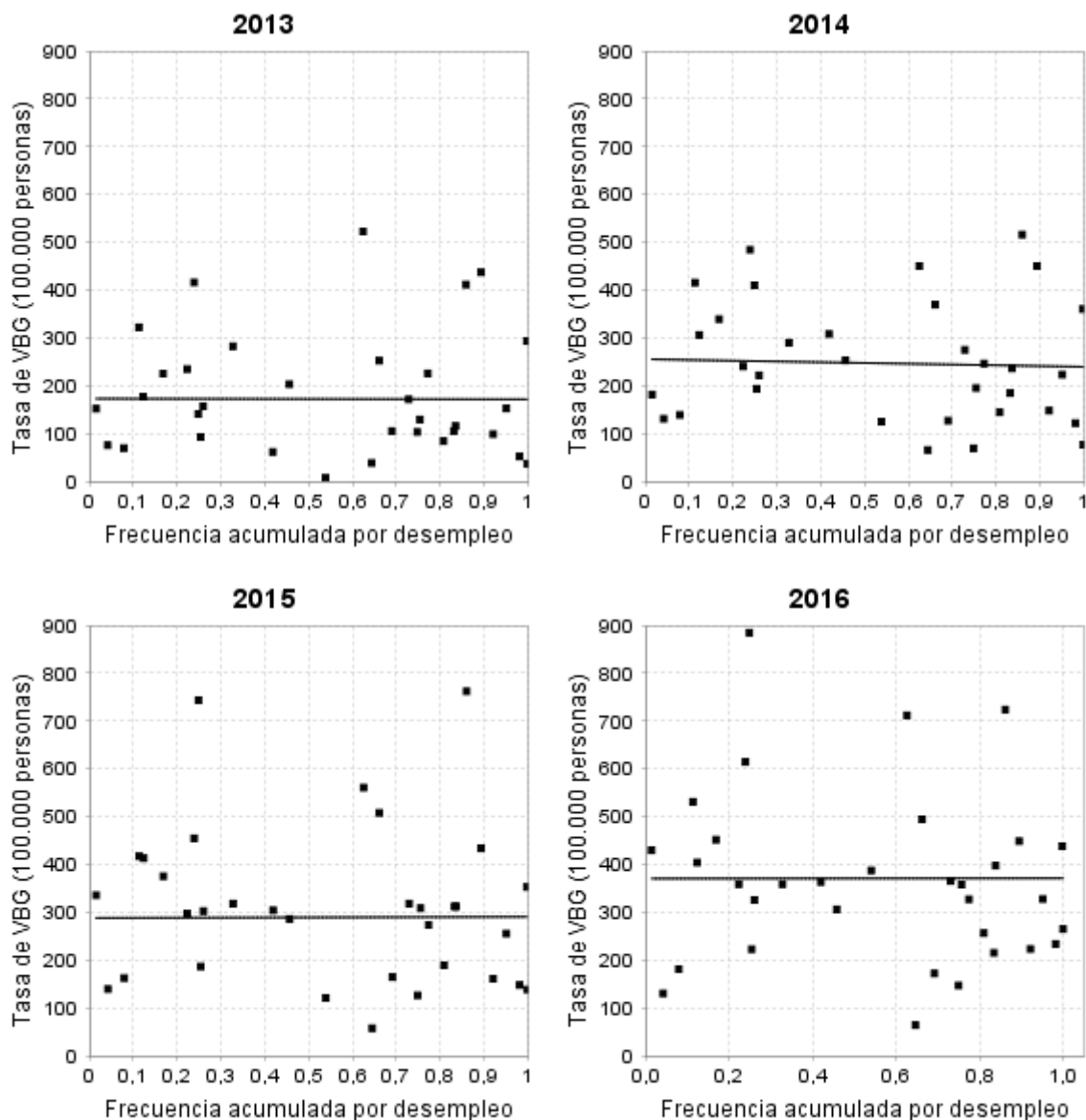


Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo 2018.

Por otro lado, la dimensión menos inequitativa en este análisis parecer ser el desempleo. Evaluando el porcentaje de personas en edad laboral sin empleo fue posible notar que el desempleo no genera desigualdad en la violencia basada en género (explicado con una pendiente casi aplanada). En otras

palabras, el desempleo parecer no explicar la violencia de género en los departamentos, al tiempo que la violencia ha aumentado uniformemente entre todos los departamentos son alto y bajo porcentajes de personas buscando empleo (Gráfica 10).

Gráfico 10: Índice de desigualdad de la pendiente (IDP) de la Tasa de Violencia Basada en Género según desempleo en Colombia, 2013-2016.



Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo 2018.

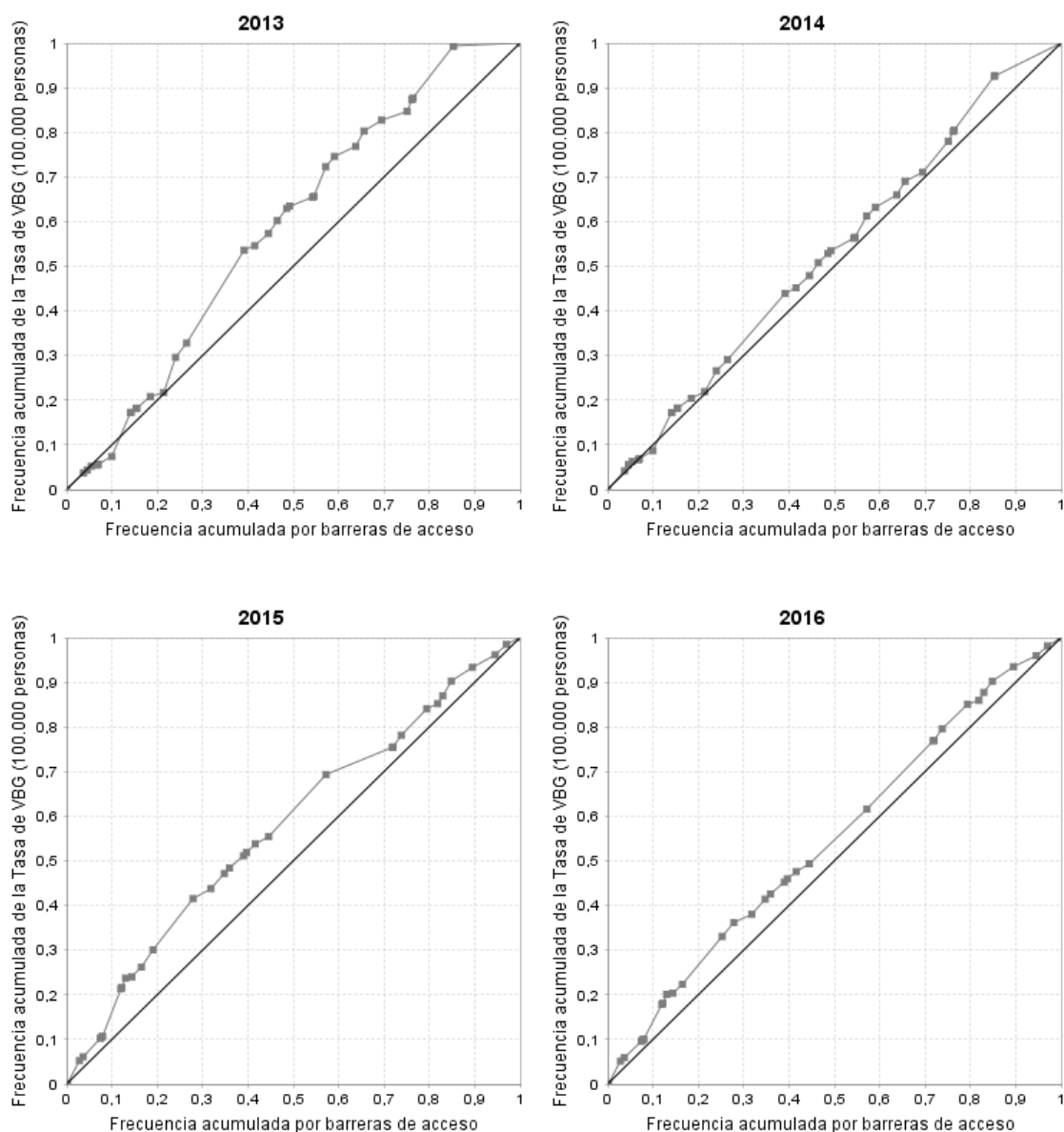
7.4.2 Desigualdades relativas

La desigualdad relativa nos indica el tamaño del gradiente o de la brecha. La desigualdad relativa fue mayor en barreras de acceso a los servicios de salud (1.8), pobreza multidimensional (1.3) y Necesidades Básicas Insatisfechas (1,4); mientras que fue menor en desempleo (1.0), área de residencia rural (1.1) y analfabetismo (1,2). En otras palabras, barreras en la atención en salud y la pobreza crearon un mayor gradiente y explicaron en mejor grado la violencia basada en género en los departamentos con la peor posición social en estos estratificadores. Excepto, Necesidades Básicas Insatisfechas donde violencia basada en género fue 1.4 veces mayor entre departamentos con menos pobreza.

La Gráfica 11 presenta la curva de Concentración de la Violencia Basada en Género y las Barreras de Acceso a Servicios de Salud en Colombia, 2013-2016. A nivel nacional, la desigualdad relativa según la barrera de acceso a los servicios de salud se redujo de 3,8 en 2013 a 1,8 en 2016. Sin embargo, la desigualdad aumentó dos veces de 2014 a 2015 (de 1,4 a 2,7 veces). La desigualdad relativa a partir del Índice de Concentración es cercana a -1 indicando un mayor tamaño en 2016 (-0,097). En otras palabras, la violencia basada en género está acumulada entre los grupos de departamentos con un alto porcentaje de barreras de acceso a los servicios de salud. Al evaluar la desigualdad relativa de Kunst y Mackenbach se evidencia una disminución de 3.218 para el año 2013 a 1.836 reduciendo aproximadamente el 43% de la desigualdad originada por las barreras de acceso a los servicios de salud determina en una importante medida la violencia basada en género.

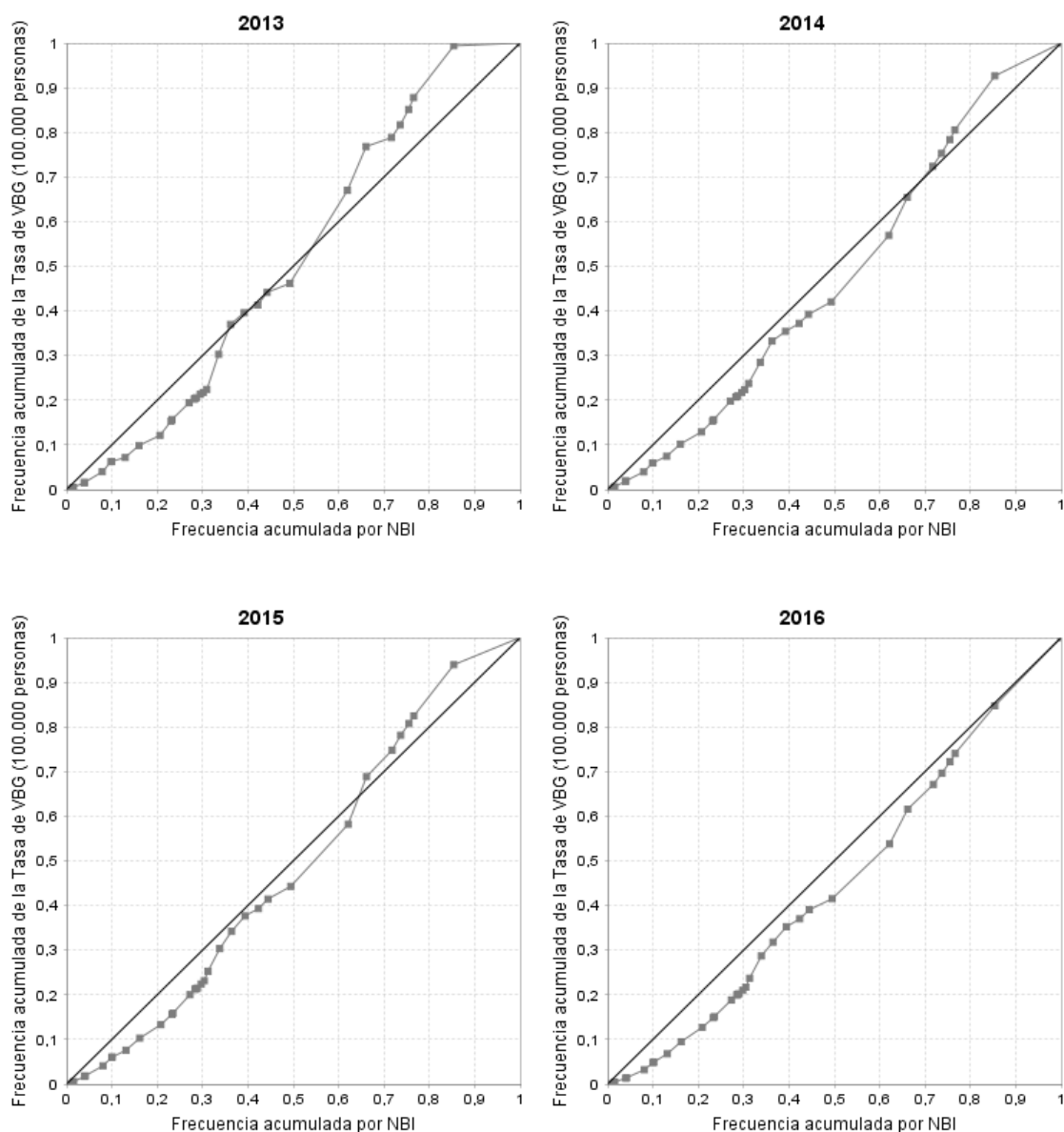
El gráfico 12 se evidencia el cambio de la desigualdad relativa entre el año 2012 a 2016, donde se presenta un traslado del grupo de departamentos con mayores necesidades insatisfechas (es decir más pobres) y las tasas de violencia basada en género más altas en el año 2013; en el año 2016 los departamentos con menos necesidades básicas insatisfechas obtuvieron las tasas más altas

Gráfico 11: Curva de Concentración de la Violencia Basada en Género y las Barreras de Acceso a Servicios de Salud en Colombia, 2013-2016.



Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo 2018.

Gráfico 12: Curva de Concentración de la Violencia Basada en Género y las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en Colombia, 2013-2016.

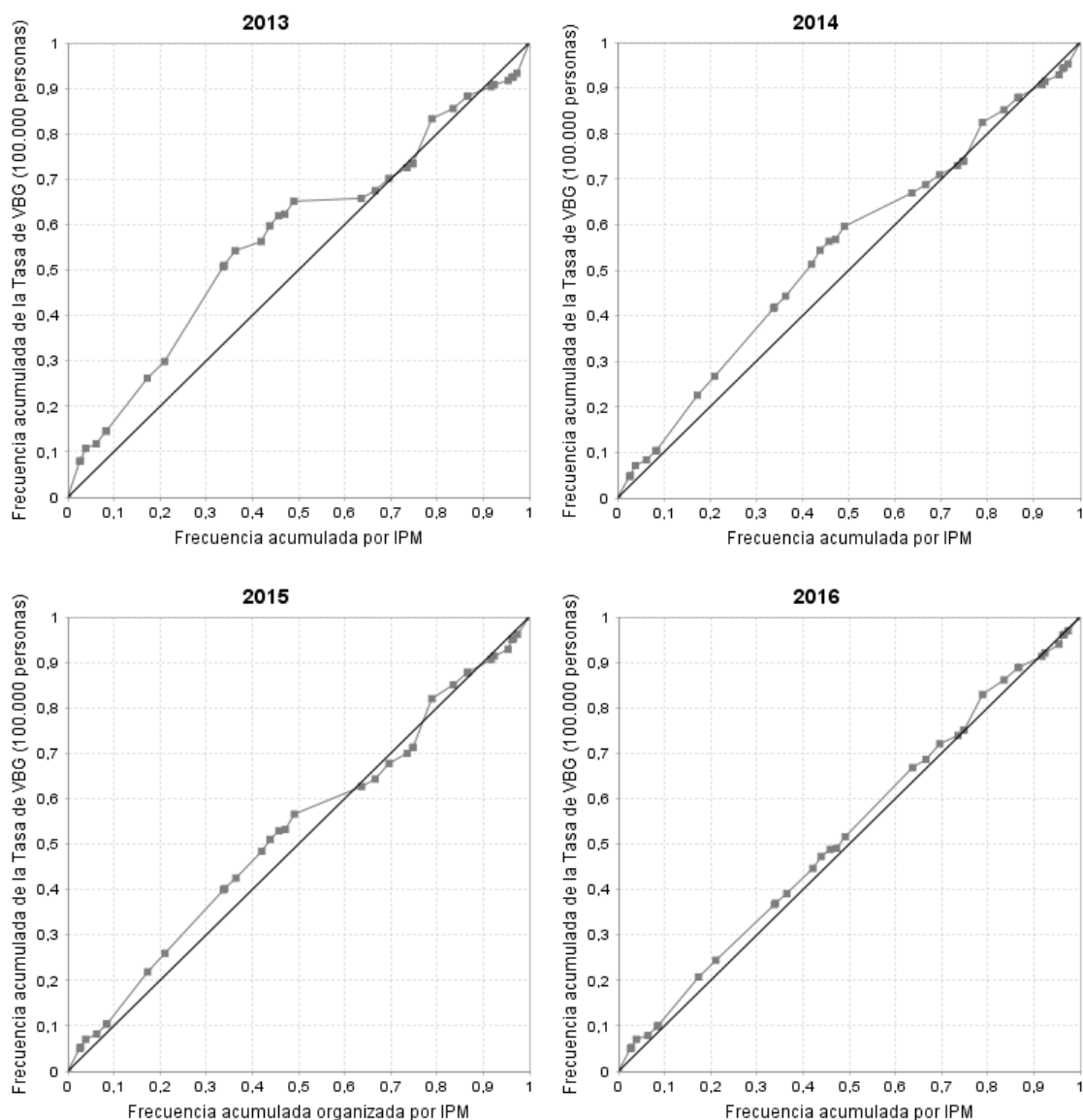


Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo 2018.

El Gráfico 13 presenta la curva de concentración de la violencia basada en género y la pobreza multidimensional en Colombia, 2013-2016 En 2013, el índice de concentración = -0,14 y en 2016= -0,044, es decir la desigualdad se distribuyó uniformemente a través de todos los departamentos según

su pobreza multidimensional. En otras palabras, la desigualdad relativa cayó explicada por la disminución de la brecha entre los departamentos con mayor y menor índice de pobreza multidimensional

Gráfico 13: Curva de concentración de la Violencia Basada en Género y la Pobreza Multidimensional (IPM) en Colombia, 2013-2016.

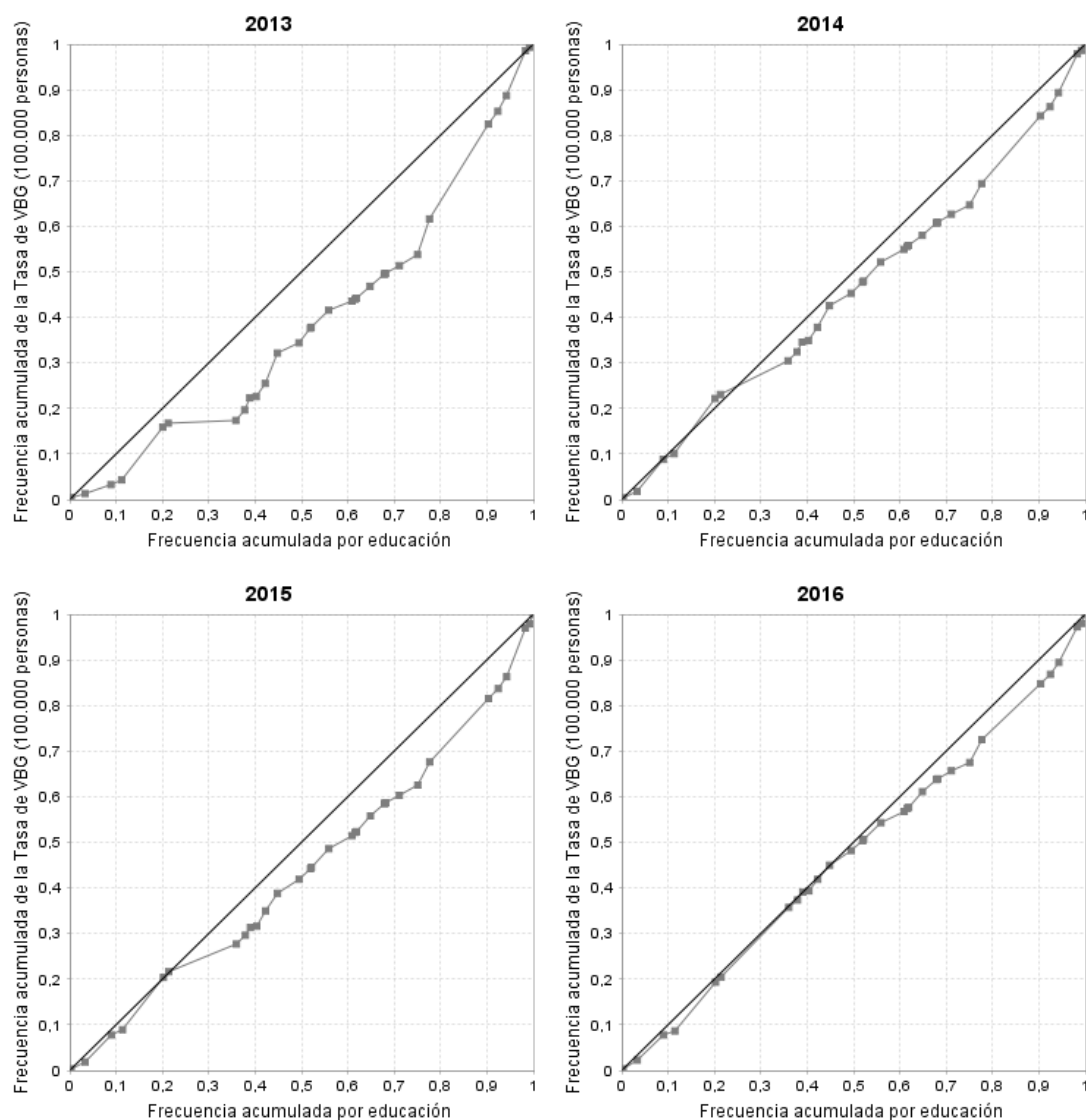


Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo 2018.

El Gráfico 14 presenta la curva de concentración de la violencia basada en género y analfabetismo en Colombia, 2013-2016. Es posible notar que la concentración de la desigualdad se da en los

departamentos con menor porcentaje de personas sin educación, es decir la desigualdad se da entre los departamentos con mejor posición social según analfabetismo. En 2013, la desigualdad relativa se concentraba en el 23% de los departamentos con menos analfabetismo, mientras que en el año 2016 sólo en el 5% (una reducción del 18%) en tres años).

Gráfico 14 Curva de Concentración de la Violencia Basada en Género y analfabetismo en Colombia, 2013-2016.

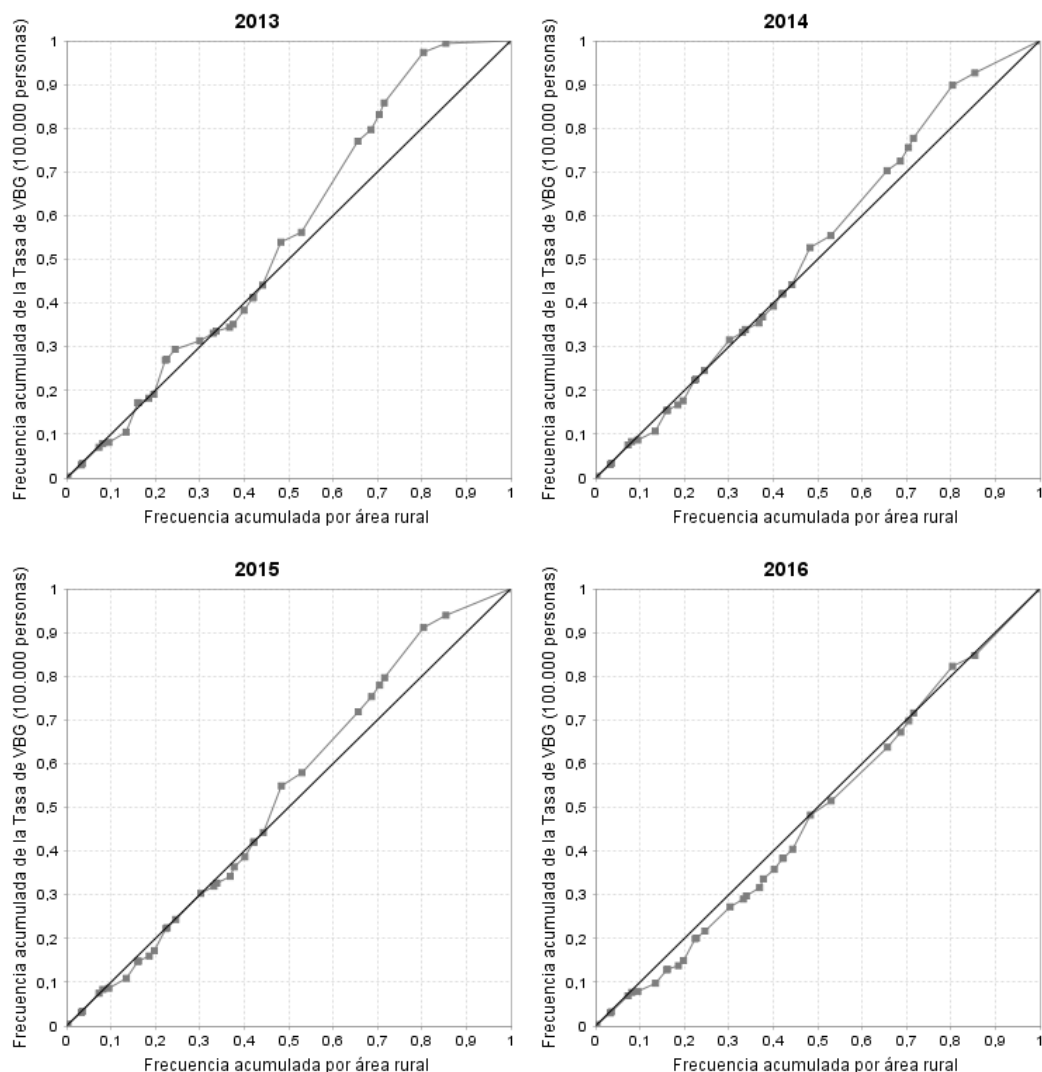


Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo 2018.

El Gráfico 15 presenta la curva de Concentración de la Violencia Basada en Género y el área de residencia rural en Colombia, 2013-2016. Al igual que la desigualdad absoluta, la desigualdad relativa

explicada desde el porcentaje de personas viviendo en área rural por departamento presenta una desigualdad pequeña (los departamentos se distribuyen al largo de la línea de completa equidad, lo cual es ideal). Desde el año 2013, la desigualdad pequeña ha disminuido aún mucho más en 2016. Sin embargo, es necesario aclarar, que la desigualdad en un menor tamaño y la poca que existe se trasladó a los departamentos con menor población que viven área rural.

Gráfico 15: Curva de Concentración de la Violencia Basada en Género y el área de residencia rural en Colombia, 2013-2016

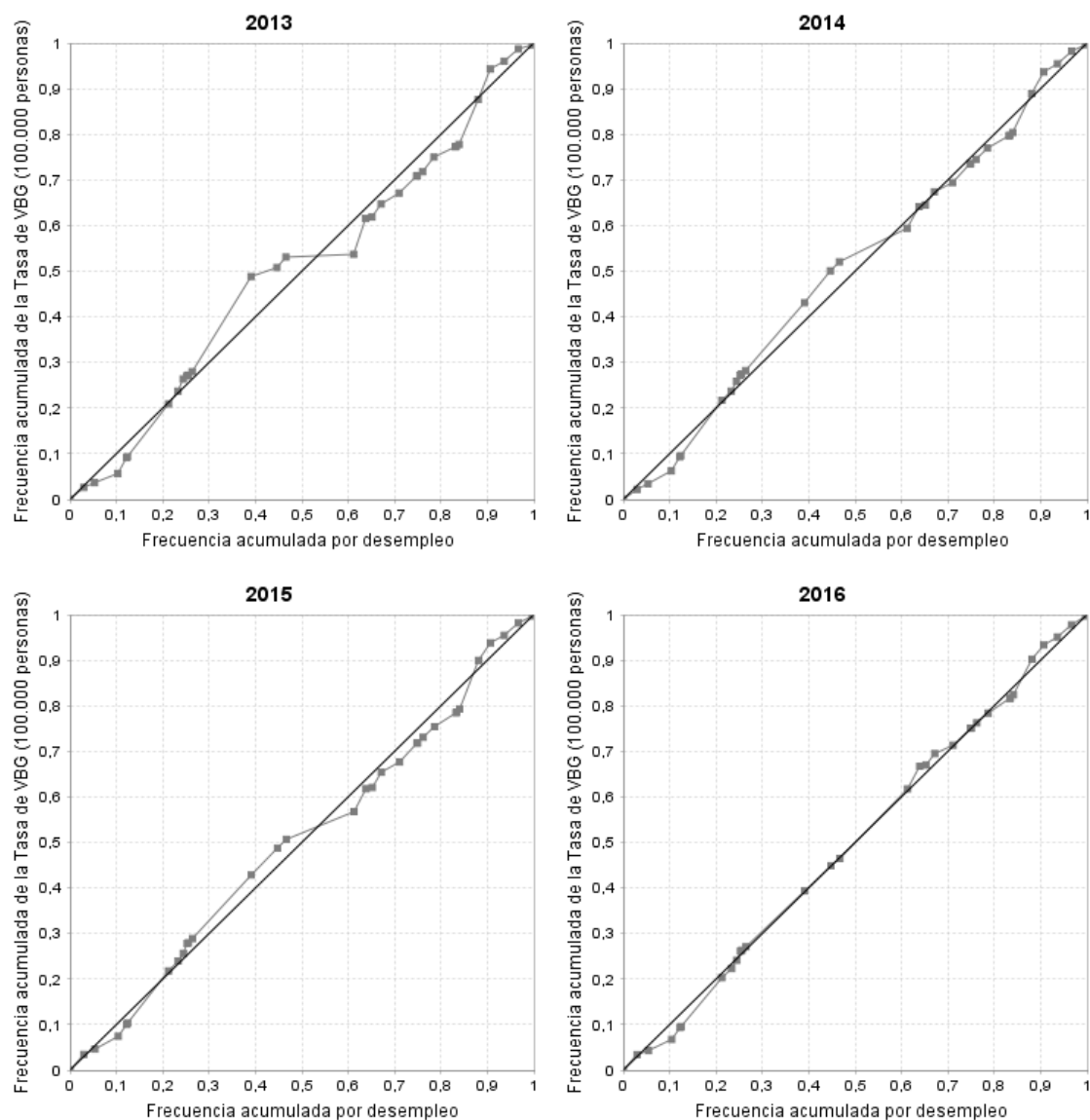


Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo 2018.

El Gráfico 16 presenta la curva de Concentración de la Violencia Basada en Género y Desempleo en Colombia, 2013-2016 El desempleo no genera concentración alguna en las tasas de violencia basada

en género, ya que $IC = 0,000$. Esto indica cero concentraciones, tal y como refleja el índice: valores pequeños y muy cercanos a cero reflejan que la violencia basada en género se distribuye de forma similar tanto en los departamentos con bajo y alto desempleo.

Gráfico 16: Curva de Concentración de la Violencia Basada en Género y Desempleo en Colombia, 2013-2016.



Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo 2018.

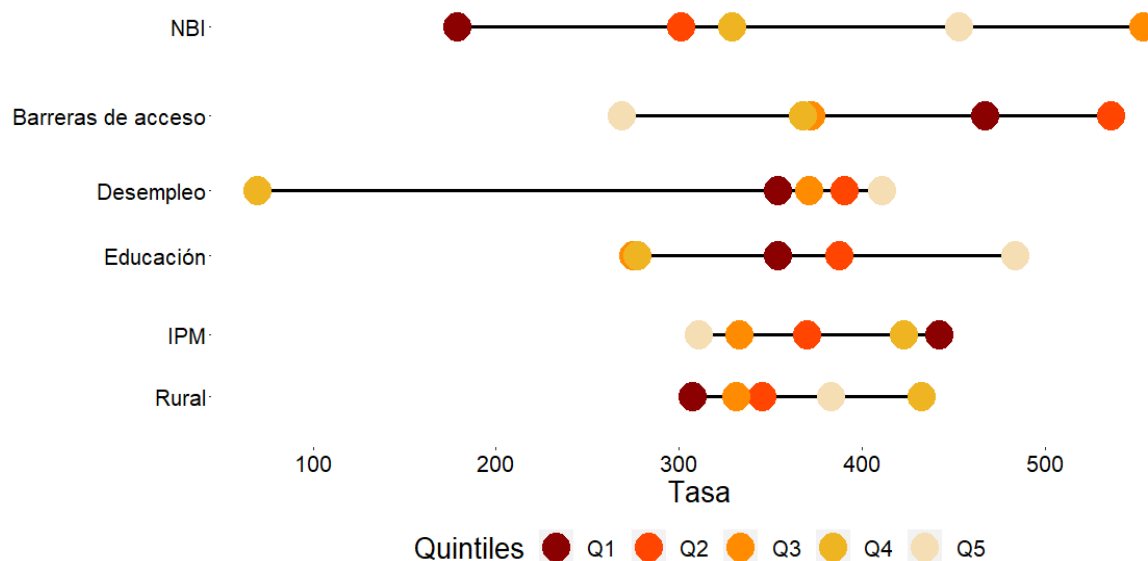
7.4.3 Análisis por quintiles según estratificadores sociales.

La Gráfica 17 presenta los patrones de las desigualdades en la violencia basada en género según quintiles de pobreza (medidos a través de las necesidades básicas insatisfechas y de la pobreza multidimensional), barreras de acceso a los servicios de salud, analfabetismo, desempleo y área de residencia rural. Esta gráfica es resultado de la misma información presentada en la Tabla 5.

Esta gráfica es conocida como equipot (46) y muestra una secuencia de puntos coloreados (representando cada quintil) que están conectados por una línea horizontal (representando la desigualdad) de los valores más extremos entre quintiles. Líneas más cortas muestran desigualdades absolutas más pequeñas o de menor tamaño entre subgrupos (situación más equitativa). Al contrario, líneas más prolongadas señalan desigualdades más grandes (situación más inequitativa). De igual forma, puntos más cercanos del centro hacia la izquierda indican bajas tasas de violencia basada en género; mientras puntos más cercanos del centro hacia la derecha indican tasas de violencia basada en género mucho más altas. Cada quintil representa un 20% de los departamentos, el quintil 1 (color oscuro) representa el 20% de los departamentos con la peor posición social según el estratificador (mayor pobreza, mayor desempleo, mayor analfabetismo, etc.) Por otro lado, Quintil 5 (Color más claro) representa el 20% de los municipios con mejor posición social según los estratificadores seleccionados para este análisis (menos pobreza, menos desempleo, menos analfabetismo).

Los resultados por quintiles evidencian que las necesidades básicas insatisfechas y el desempleo son las dimensiones más inequitativas en la violencia basada en género. Este tamaño es representando por líneas más prolongadas conectando los quintiles. El área de residencia rural, analfabetismo y pobreza multidimensional fueron las dimensiones menos inequitativas, ya que están representadas por líneas más cortas conectando los quintiles. Existe una exclusión social muy marcada en el 60% de los departamentos con más desempleo y el 20% con menos desempleo. El quintil 4 que corresponde al 20% con segundo menos desempleo tiene una tasa de violencia basada en género, y que coincide con la más baja a lo largo de todos estratificadores. Sin embargo, al estar cuatro quintiles conectados tan cerca indican que la violencia basada en género se está distribuyendo de manera similar entre todos los departamentos, excepto Q5 (Santander, Cundinamarca, Caldas, Risaralda, Quindío, Valle del Cauca y Bogotá, D.C.).

Gráfico 17: Tasa de Violencia Basada en Género estratificada por quintiles en Colombia, 2016.



Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo 2018.

En área de residencia rural, necesidades básicas insatisfechas, analfabetismo y desempleo el 20% de los departamentos con la mejor posición obtuvo tasas de violencia de género más altas comparadas con el resto de los quintiles. Por otro lado, la violencia basada en género es alta para todos los quintiles cuando se estratifica por barreras de acceso a los servicios de salud, y el Q5 presentó la tasa más baja. Esto indica que la desigualdad se distribuyó incrementalmente a través de todos los quintiles, y, como resultado, se origina un gradiente lineal de desigualdad que afecta a todos los grupos de departamentos.

Según analfabetismo, la violencia basada en género se distribuyó entre el 80% de los departamentos con más analfabetismo. Sin embargo, esto no ha ocurrido para el quintil 5, el cual se está quedando atrás y, por tanto, la brecha es más amplia, resultando en una exclusión social del grupo de departamentos con mejor posición social según analfabetismo - es decir menos personas sin educación, pero con tasas de violencia de género mucho más altas (Huila, Antioquia, Meta, Risaralda, Santander, Putumayo y Casanare).

Gráfico 18: Tasa la violencia basada en género ajustada por edad y georreferenciada por estratificadores de desigualdad en Colombia, 2016.

Barreras de Acceso

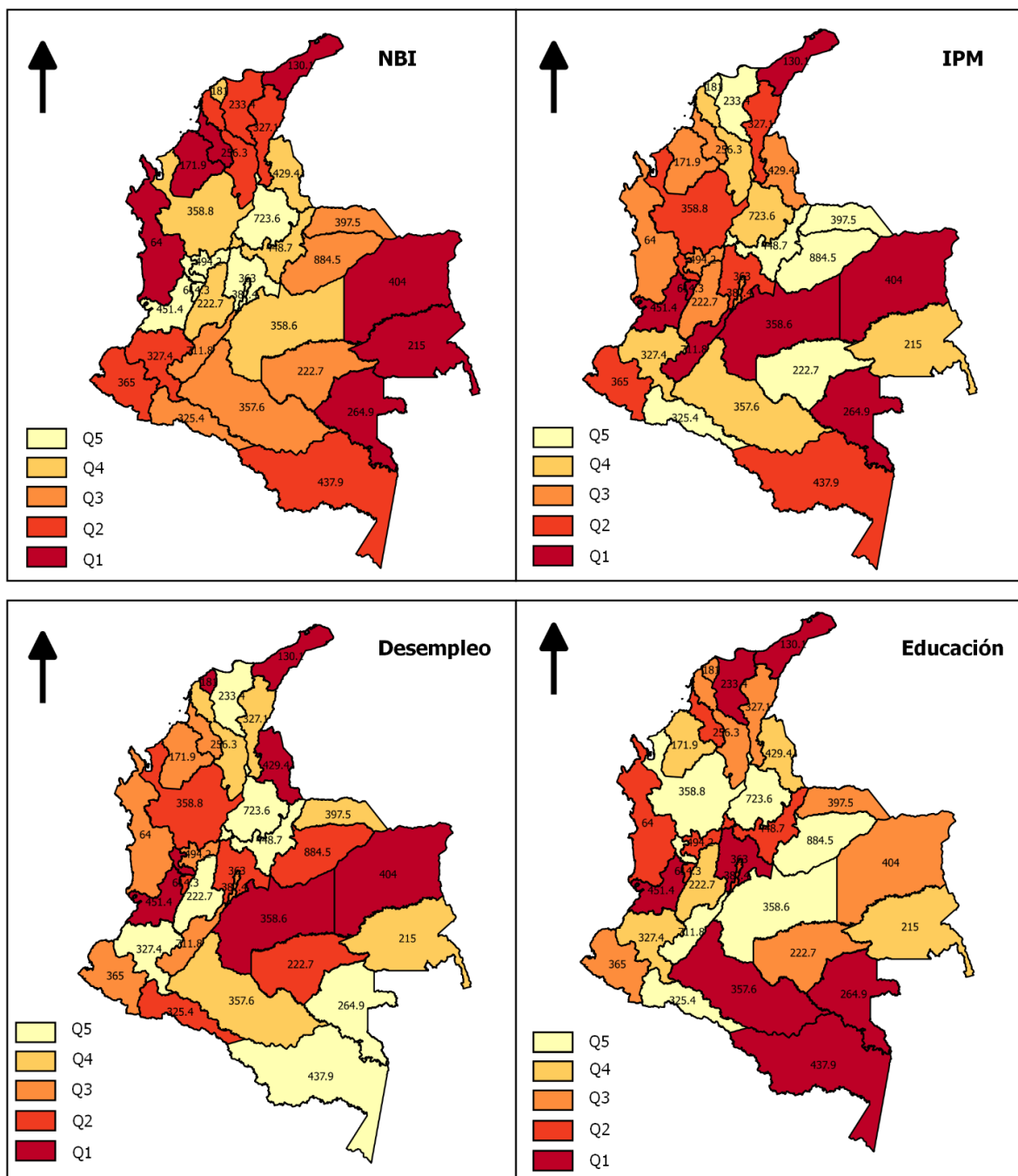
Área Rural

Q5
Q4
Q3
Q2
Q1

Q5
Q4
Q3
Q2
Q1

55

Gráfico 18: Tasa la violencia basada en género ajustada por edad y georreferenciada por estratificadores de desigualdad en Colombia, 2016.



Fuente: Panel de datos construido a partir del cubo de SIVIGILA del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, y de las tablas de proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Fecha de consulta marzo.

8. Discusión

En todo el mundo, los patrones de violencia de género difieren notablemente entre mujeres y hombres (48). Por ejemplo, en Colombia coincide con el panorama global: las mujeres son más propensas que los hombres a ser agredidas en la base del género, es decir, por el simple hecho de ser mujeres, una de cada 3 mujeres ha sufrido violencia de género; mientras 2 de cada 10 hombres podrían sufrirla en algún momento de su vida. La tasa ajustada de violencia basada en género por edad en mujeres ha aumentado dramáticamente desde el año 2013. Si se contrasta esto con los datos de violencia basada en género de la más reciente Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015: el 63,4% de las mujeres se ha identificado que ha sufrido alguna forma de violencia, en otras palabras 2/3 mujeres.

Una explicación para esto han sido los estereotipos de la familia y la pareja, la legitimización de la violencia como pautas de educación y crianza (49), la baja calidad en la Educación Integral para la Sexualidad desde tempranas edades (50). Es importante aclarar que este aumento de la violencia basada en género puede no estar ocurriendo en igual medida dentro de todo el país. También, pueden existir diferencias en la violencia de género entre regiones internas, territorios e incluso entre municipios. Las desagregaciones geográficas que permitió esta investigación demuestran como mujeres viviendo en la región suroccidente, el área andina, la Orinoquía y la amazonia pueden tener una mayor probabilidad de sufrir violencia en comparación con mujeres nacidas en Antioquia, Chocó y el Caribe Colombiano. Este patrón geográfico ocurre casi de forma similar en los hombres.

A partir de los datos disponibles, fue posible conocer el tamaño de las desigualdades y la brecha de los determinantes que más aportan a la explicación de la violencia de género en Colombia. Incluso, fue posible conocer si estas desigualdades han cambiado o no con el tiempo, aun con las limitaciones de datos para amplios períodos de tiempo. Sin duda alguna, las barreras de acceso a los servicios de salud, la pobreza multidimensional y las necesidades básicas insatisfechas (de alguna forma, las mayores privaciones) son las dimensiones más inequitativas y que explican en gran medida la violencia basada en género en Colombia.

No obstante, el sector salud medido por barreras de acceso a la atención en salud, demuestra como el sistema de salud puede contribuir con la exacerbación de desigualdades relacionadas con la violencia de género, cuando no se prestan servicios de salud básicos a las personas afectadas por esta forma de violencia, teniendo en cuenta que los servicios de salud son el primer acceso a personas afectadas por la violencia, por lo cual, se debe actuar en disminuir las barreras para acceder a los servicios de salud,

debido a que cobertura en salud no significa acceso (51), además de continuar trabando en las rutas específicas de atención con el objetivo de la prevención de la violencia y desenlaces fatales.

El informe de desarrollo presentado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) en 2018, en el cual el sector salud jalonó el progreso en la reducción de la pobreza y resultados trazadores de salud en el país. Esto envía un mensaje de urgencia sobre la necesidad de actuar para impactar los determinantes de mayor contribución en la ocurrencia de la violencia basada en género, tales como la pobreza desde viviendas inadecuadas, en hacinamiento crítico, servicios básicos como acceso a agua y alcantarillado inadecuados; viviendas con una alta dependencia económica, así como aquellos hogares con niños de edad escolar que no asisten a la escuela; dado que las Necesidades Básicas Insatisfechas se refieren a necesidades básicas de este tipo, o al menos la carencia de una o dos de las situaciones expresadas anteriormente. De igual forma, actuar sobre la falta de calidad y acceso efectivo a servicios de salud por parte de los prestadores de servicios de salud.

Por otro lado, se encontró como el analfabetismo y vivir en el área rural no determinan de forma significativa la existencia de la violencia de género como ocurre con la pobreza y acceso a los servicios de salud. Esto a su vez, va en contravía de los discursos segregación y discriminación contruidos a partir de imaginarios de inseguridad atribuidos a quienes habitan las zonas rurales dispersas, corregimientos y zonas periféricas (52), que tradicionalmente se estereotipan como con alta violencia basada en género, donde la separación entre grupos de área de vivienda (urbano o rural) ayuda a reproducir las desigualdades, debido que se concentran las mejores oportunidades en el área urbana.

En cuanto a la forma como se distribuye esta desigualdad entre grupos estratificados por quintiles, fue muy interesante desagregar la desigualdad a su máxima expresión e identificar patrones de desigualdad presente en los datos. Como se evidenció anteriormente, las barreras de acceso a los servicios constituyeron una de las dimensiones más inequitativas entre los departamentos con mayores tasas de violencia basada en género; sin embargo, esta desigualdad fue explicada porque el 40% de los departamentos con mayores barreras en la atención en salud coincidieron con los departamentos con las tasas de violencia basada de género más elevadas. Mientras que el 20% de departamentos con menos barreras de atención en salud coincidió con departamentos con tasas de violencia basada de género menos elevadas, lo cual puede constituir un factor determinante que protege de forma estructural e importante contra la violencia basada en género. A diferencia de la pobreza multidimensional y el área de residencia rural.

De otra parte, considerar por completo que los departamentos de mejor posición social según desempleo y analfabetismo ocurre menos violencia de género no parece ser cierto. Al contrario, el 20% del grupo de departamentos con más población trabajando y menos personas sin educación coincidieron con tasas elevadas de violencia basada en género, lo que puede ir en contravía con alguna evidencia y creencias sociales que la violencia basada en género se da entre personas con privaciones de empleo y menos acceso a la educación primaria y secundaria. Conviene destacar el caso del 20% de departamentos que pertenecen al quintil 3 en las necesidades básicas insatisfechas, y que de alguna forma constituyen la clase media: departamentos sin tanta riqueza y pobreza, pero con tasas elevadas de violencia de género.

El Informe de Determinantes Sociales en Salud de la OMS, señala que el empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes sobre el estado de salud y la equidad sanitaria. De tal manera, cuando son buenos, aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y protegen contra los riesgos físicos y psicosociales, características que son importantes para la salud (1). A partir del año 2012, las instituciones educativas públicas en Colombia son gratuitas hasta la secundaria, significando un gran avance en el acceso de niños, niñas y adolescentes en condiciones de vulnerabilidad. Con esto, ha demostrado un adelanto significativo hacia la superación de la pobreza (9). Es posible que esto pueda explicar el por qué se encontró mayores tasas de violencia basada en género en los departamentos con menor porcentaje de personas sin educación y sin empleo.

Los resultados de este estudio contrastan con el trabajo de Rachel Masika y Arjan de Hann sobre la pobreza, el desarrollo y las relaciones de poder y el género que afecta en gran medida a las mujeres (53). Una perspectiva de igualdad de género de la pobreza es importante porque los hombres y las mujeres experimentan y responden a la pobreza de diferentes maneras. El acceso a ingresos y bienes, oportunidades de vivienda, y servicios esenciales y básicos como agua y alcantarillado, y servicios de salud básicos como la salud sexual y reproductiva, pueden influenciar las limitaciones y oportunidades basadas en el género. De igual forma, la prestación de estos servicios esenciales de salud puede no satisfacer las necesidades de las mujeres si sus prioridades no son tomadas en consideración, lo que como resultados originan grandes inequidades.

Igualmente, fueron identificados dos patrones de desigualdad en la violencia basada en género. En primer lugar, una exclusión social muy marcada en el 60% de los departamentos con más desempleo y el 20% con menos desempleo. El quintil 4 que corresponde al 20% con segundo menos desempleo tiene una tasa de violencia basada en género. Esto requiere de enfoques de equidad en la atención y abordaje integral de la violencia basada en género para llegar a todos los grupos de departamentos,

pero con enfoques para cada uno de ellos según necesidades y niveles de violencia de género. En segundo lugar, existe un patrón de desigualdad incremental en la violencia basada en género según barreras de acceso a los servicios de salud, ya que fue alta para todos los quintiles de forma descendente hasta el Q5 (mejor posición con acceso a salud) y que presentó la tasa más baja. Esto indica que la desigualdad se distribuyó incrementalmente a través de todos los quintiles, y, como resultado, se origina un gradiente lineal de desigualdad que afecta a todos los grupos de departamentos. Este patrón requiere un enfoque que combine y focalice todas intervenciones para toda la población adulta mayor. En general, sería ideal contar con paneles de datos muchos más con el fin de conocer si esta brecha ha persistido, reducido o en algunos casos si pudo haberse ampliado, o ha empeorado en el tiempo.

Otro asunto por considerar es el siguiente: el uso de estas dimensiones de desigualdad en este estudio en particular para explicar la violencia basada en género en Colombia, puede seguramente ser complementado con el análisis de otras dimensiones de desigualdad tales como el ingreso de los hogares, el gasto de bolsillo, el financiamiento de la salud (inversión en salud y Sistema General de Participaciones), la vulnerabilidad y calidad de vida de las poblaciones y recientemente las áreas de crisis migratoria, postconflicto y áreas aun afectadas por el conflicto armado. Esto seguramente, podría llegar a resultados diferentes a los obtenidos por este estudio, lo cual a su vez ofrece una nueva oportunidad de considerar estudios más amplios, tal vez combinando enfoques cuantitativos y cualitativos dentro del campo de la epidemiología social, con el objetivo de obtener un mejor panorama de la desigualdad en la violencia basada en género.

De otra parte, es importante aclarar que este estudio tiene una limitación con relación a la exploración del género completamente: los análisis descriptivos se basaron en exploraciones de hombres y mujeres, las demás identidades de género no fue posible explorarlas, debido que muchos sistemas de información aun no recaban los datos de forma apropiada; y, por otro lado, las personas o al menos muchas de ellas no se sienten cómodas cuando les indagan sobre su género. En futuras exploraciones de este tipo, sería fundamental desagregar los datos y resultados de salud según las identidades de género de interés, ya que este estudio puede no explicar todas las desigualdades basados en el género que existen. Adicionalmente, es importante notar que las desigualdades en la violencia basada en género explorando el marco de todas las identidades de género podrían comportarse de forma diferente según los estratificadores usados para esta investigación.

9. Conclusiones y recomendaciones

En marco al modelo ecológico de la violencia este estudio presenta las recomendaciones enfocadas solamente al nivel social, de acuerdo con el alcance obtenido, se recomiendan cinco áreas de acción para abordar la violencia basada en género y aportar insumos que puedan ayudar con la reducción de las desigualdades sociales que contribuyen con ésta en Colombia. Estas recomendaciones están también alineadas con el Informe sobre la Situación Mundial de la Prevención de la Violencia y son pertinentes para las iniciativas de prevención de la violencia de género en los ámbitos nacional y territorial.

1. **Construir paneles de datos de diferentes fuentes de información oficiales, puede garantizar una mayor desagregación de los datos.** Esto a su vez, contribuye con descomponer las desigualdades a su forma más mínima, e identificar donde el epicentro de la desigualdad está para poder actuar. Esta investigación permitió identificar los patrones de las desigualdades nivel departamental, principalmente se evidencio los departamentos con mayores desigualdades en los que se debe trabajar para disminuir las brechas e impactar en la disminución de las tasas de violencia basada en género.
2. **Actuar sobre los determinantes sociales de mayor contribución de la violencia basada en género.** Acceso a los servicios de salud a través de una mejor atención primaria en salud, programas de prevención de la violencia desde los prestadores de servicios de salud (urgencias, consejería y asesoría para prevenirla); ofrecer servicios de salud de calidad e integrales, es decir que conecten con los servicios de apoyo de protección y justicia, inclusive hasta la reparación de las personas afectadas. De igual forma, de discutir sobre la interseccionalidad de estos determinantes, las cuales hacen más vulnerables las poblaciones.
3. **Garantizar que los programas de prevención de la violencia de género sean amplios y estén integrados y basados en la evidencia.** Esto significa integrar los servicios de salud, con los programas para reducir la pobreza y las oportunidades de mejorar las condiciones de la vivienda, y eliminar las privaciones de servicios básicos esenciales como el acceso al agua, alcantarillado y hacinamiento. Los patrones de desigualdad identificados evidencian que las necesidades básicas insatisfechas impactan en la tasa de violencia basada en género, educación y área rural en los departamentos con mejor posición son los departamentos con tasas de violencia basada en género

más elevadas, por lo cual el abordaje se debe realizar de forma intersectorial para la prevención de la violencia y no solo se realizase desde el sector salud.

4. **Garantizar que los programas para prevenir la violencia de género incluyan tanto a hombres y mujeres como la identidad de género para lograr su propósito.** En particular, adaptando los programas a las necesidades de los departamentos más vulnerables, altos niveles de violencia y los patrones de desigualdad identificados en este estudio.
5. **Generación de más estudios.** A pesar de que el estudio desagrega datos sólo por la variable binaria sexo (hombres y mujeres), es importante notar que se requiere mayor análisis del género desde las diferentes identidades y orientaciones sexuales. Del mismo modo, para el análisis de grupos vulnerables y grupos étnicos, en donde se puedan incluir todos los niveles del modelo ecológico para el abordaje de las violencias teniendo en cuenta el curso de vida y las tipificaciones de las violencias desagregadas por identidad de género, ya que entre estas pueden tener comportamientos diferentes y la desagregación permite abordajes específicos.

Finalmente, teniendo en cuenta los resultados de la investigación se genera evidencia que los servicios de salud son los que mayor contribución se deben tener en una política pública para la eliminación de la violencia de género, además se debe generar una mayor educación sobre que es una violencia de género con enfoque de curso de vida, así como incluir con mayor énfasis no solo a los departamentos con peores condiciones socioeconómicas, sino también a los de medianas y mejores condiciones, ya que estos para dimensiones como educación, área rural y necesidades básicas insatisfechas con mejor condición presentaron las tasas más elevadas de violencia basada en género en áreas geográficas con condiciones socioeconómicas aceptables.

En conclusión, se espera que este estudio aporte evidencia a los debates, políticas y estrategias orientadas a prevenir, abordar y eliminar todas las formas de violencia de género, así como eliminar estereotipos de género y apoyar la Educación Integral para la Sexualidad como acciones críticas para lograr una sociedad menos violenta con las mujeres, mujeres jóvenes y hombres.

10. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. 2016.
2. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. 2017.
3. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer [Internet]. 2016. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
4. Naeemah Abrahams, Avni Amin, Diana Arango, Amy Bank, Padma Bhatte-Deosthali, Manuela Colombini, Manuel Contreras, Mallika Dutt, Mary Ellsberg, Gene Feder, Ana Flavia Lucas d'Oliveira, Michael Flood, Claudia García-Moreno, Floriza Gennari, Kelsey Hegarty, CZ. The Lancet Special Series on Violence Against Women and Girls [Internet]. The Lancet. 214AD. Available from: <http://strive.lshtm.ac.uk/resources/lancet-special-series-violence-against-women-and-girls>
5. García-Moreno C, Hegarty K, D'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. Lancet. 2015;385(9977):1567–79.
6. Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, et al. Prevention of violence against women and girls: What does the evidence say? Lancet [Internet]. 2015;385(9977):1555–66. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61703-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61703-7)
7. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 2015. p. 41. Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
8. Page N, Sivarajasingam V, Jones S, Shepherd J. Links between deprivation and risk of violence-related injury: a qualitative study to identify potential causal mechanisms. J Public Health (Oxf) [Internet]. 2017;1–7. Available from: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article-lookup/doi/10.1093/pubmed/idx073%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28977487>
9. ONV Colombia. Guía Metodológica de la Línea de Violencias de Género LVG [Internet]. 2016. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-observatorio-violencia-genero.pdf>

10. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Comportamiento del Homicidio. Colombia, 2015. FORENSIS. 2016.
11. Gómez C, Murad R, Calderón MC. Historias de violencia , roles , prácticas y discursos legitimadores . Violencia contra las mujeres en Colombia 2000-2010 [Internet]. Vol. 3. 2013. 96 p. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INV/7-VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN COLOMBIA.pdf#search=violencia>
12. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Boletín Epidemiológico: Violencia de Género en Colombia [Internet]. 2016. Available from: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/4023454/genero.pdf/8b306a85-352b-4efa-bbd6-ba5ffde384b9>
13. EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 - Tomo 2: Salud sexual y reproductiva. 2015; Available from: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base de datos ENDS 2005 informe.pdf>
14. Salamea L, Bueso M, Patriota T, Pisani M, Ruiz E, Lopez C, et al. Estudio sobre tolerancia social e institucional a la violencia basada en género en Colombia. 2010;1–37. Available from: http://www.mdgfund.org/sites/default/files/GEN_ESTUDIO_Colombia_Tolerancia social e institucional a la violencia de genero.pdf
15. CONPES, 113. Documento Conpes Social 113. Política Nac Segur Aliment Y Nutr [Internet]. 2008;48. Available from: <https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes Sociales/113.pdf>
16. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Exámenes médico legales por presunto delito sexual. Colombia, 2015 [Internet]. FORENSIS. 2016. Available from: http://www.medicinalegal.gov.co/el-instituto/-/asset_publisher/4Of1Zx8ChtVP/content/cifras-estadisticas-de-violencia-contra-la-mujer-en-2015
17. Instituto Nacional de Salud. Reporte sobre violencia basada en género Una mirada 2015-2016. 2016.
18. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Comportamiento de la Violencia

Intrafamiliar. Colombia, 2015. FORENSIS. 2016.

19. EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (ASIS) Dirección de Epidemiología y Demografía Bogotá , noviembre de 2016. 2016.
20. EL CONGRESO DE COLOMBIA. LEY 1257. 2008.
21. EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 1841. 2013.
22. DANE. Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones [Internet]. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones>
23. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. Available from: <http://www.medicinalegal.gov.co/forensis>
24. Instituto Nacional de Salud. Informe del Evento de Violencia de Género en Colombia, Periodo Epidemiológico XIII. Vol. 2. 2015.
25. Sistema Integral de Información de la Protección Social. Observatorio Nacional de Violencias [Internet]. Available from: <http://www.sispro.gov.co/Pages/Observatorios/violencias.aspx>
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Integrado de Información Sobre Violencias de Género. Available from: <http://www.mesadegenerocolombia.org/documentos-publicaciones/derechos-de-las-mujeres/sistema-integrado-de-informacion-sobre-violencias>
27. Muñoz E, M MIG. Creencias , Actitudes y Prácticas sobre Violencia en Bogotá , Cali y Medellín Línea de Base. 2004.
28. Henao AR, Fernando L, Ramírez D, Edu N, Gómez M. Programa de prevención temprana de conductas de riesgo para la salud en preescolares y escolares . Medellín , 2009 – 2012 : una posibilidad para la prevención temprana de las conductas de riesgo en Latinoamérica Program for the early prevention of health . 2012;20(4):2009–12.
29. Hosseinpoor AR, Bergen N, Magar V. Monitoring inequality: An emerging priority for health post-2015. Bulletin of the World Health Organization. 2015;
30. Hosseinpoor AR, Bergen N, Barros AJD, Wong KLM, Boerma T, Victora CG. Monitoring subnational regional inequalities in health: Measurement approaches and challenges. Int J Equity Health. 2016;
31. Temmerman M, Khosla R, Bhutta ZA, Bustreo F. Towards a new Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. Bmj [Internet]. 2015;h4414. Available from:

<http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.h4414>

32. Organización Mundial de la Salud. Health throughout the Life-course at WHA70 [Internet]. 2017. Available from: <http://www.who.int/life-course/news/events/70-wha/en/>
33. Salud Pública de México. La violencia, un problema esencial de salud pública, declara la OMS en su Reporte Mundial sobre Violencia y Salud. Salud Publica Mex [Internet]. 2002;44. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600011
34. Organización Mundial de la Salud. INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños. 2016.
35. Prevención de la Violencia y otras consuctas de riesgo. La Violencia en el Valle de Aburrá.
36. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), [Internet]. ODS N° 5, igualdad de género. 2015. Available from: www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-5-gender-equality.html
37. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) [Internet]. ODS No 5, Lograr la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas. 2015. Available from: <http://los17ods.org/los-17-objetivos-para-2030/igualdad-de-genero/>
38. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). 2015; Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/
39. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) [Internet]. ODS N° 3, Garantizar una vida sana y promover el Bienestar para todos en todas las edades. 2015. Available from: <http://los17ods.org/los-17-objetivos-para-2030/salud/>
40. Bank W. World Development Report. 2006. 55-68 p.
41. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) [Internet]. 2015. Available from: <http://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/post-2015.html>

42. Arcaya, M. Arcaya, A. Subramanian S. Desigualdades en salud : definiciones , conceptos y teorías. Rev Panameicana en Slud Publica [Internet]. 2015;38(4):261–71. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n4/v38n4a01.pdf>
43. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. 2017. Available from: http://www.who.int/social_determinants/es/
44. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2002;360(9339):1083–8.
45. Hosseinpoor AR, Bergen N. Handbook on Health Inequality Monitoring. World Health Organization. 2013. 126 p.
46. Organización Mundial de la Salud. Manual para el monitoreo de las desigualdades en salud con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. 2013 p. 39–41.
47. Observatorio para Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud. Observatorio para Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud ODES Colombia. 2014.
48. Bott S, Morrison A, Ellsberg M. Preventing And Responding To Gender-Based Violence In Middle And Low-Income Countries : A Global Review And Analysis. 2005.
49. Duque LF, Montoya N, Restrepo A. Violencia, alcohol, drogas, tabaco y sexualidad insegura en Medellín y el Área Metropolitana, 2007 [Internet]. Facultad de Salud Pública. 2011. 160 p. Available from: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/programas/previva/publicaciones/libros/D9E12A9311EE78C8E04018C8341F5714>
50. Profamilia. Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia [Internet]. 2018. 1-93 p. Available from: [file:///C:/Users/Felipe/Downloads/INTERACTIVO_Informe-determinantes-sociales-embarazo-adolescente_27-junio \(1\).pdf](file:///C:/Users/Felipe/Downloads/INTERACTIVO_Informe-determinantes-sociales-embarazo-adolescente_27-junio%20(1).pdf)
51. Vargas Jaramillo, Julián, Gloria Molina Marín. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. 2009.
52. Observatorio Nacional de Salud. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia.
53. Masika R, De Haan A, Sally B. Urbanisation and Urban Poverty: A Gender Analysis. Oct/97

11. Anexos

Anexo 1 Solicitudes de información radicadas ante Ministerio de Salud y Protección Social.



Bogotá, 14 de noviembre de 2017

Doctora

SANDRA LORENA GIRÓN VARGAS

Directora de Epidemiología y Demografía

MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCION SOCIAL

Bogotá D.C.

Asunto: Solicitud de microdatos Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2015 para investigación sobre patrones de las desigualdades en la violencia de género en Colombia.

Estimada Dra. Girón,

Soy estudiante de la Maestría en Epidemiología de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, para optar al título de magister debo llevar a cabo la investigación: "Dimensiones de la desigualdad en la violencia basada en género en Colombia". Esta investigación tiene como objetivo principal analizar los patrones/comportamientos de la desigualdad en la violencia basada en género según el curso de vida en Colombia, usando datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2015. Por esta razón, solicito gentilmente su apoyo para acceder a los datos anonimizados de la ENDS-2015 con el fin de cumplir el cronograma y plan de trabajo propuesto en la investigación.

Para los fines pertinentes, adjunto a esta solicitud:

1. Formato diligenciado para la solicitud de bases de datos y encuestas poblacionales del Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Proyecto de investigación versión resumida.

Los resultados de este estudio serán de interés para el Gobierno de Colombia, en particular el Ministerio de Salud y Protección Social (Grupo de Salud Sexual y Reproductiva en la Dirección de Promoción y Prevención), y del mismo modo espero contribuir con evidencia relevante que aporte al logro de las metas de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. De igual forma, las publicaciones y conferencias nacionales e internacionales resultantes de este trabajo darán pleno crédito a los datos y apoyo proporcionados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Finalmente, este estudio no considera intervención alguna en humanos ni manejo biológicos, según resolución del Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y las normas nacionales vigentes sobre el tema.

Para fines pertinentes a la entrega y acceso a los datos proporciono mi documento de identificación c.c. 1144056618. También agradezco responder o requerir cualquier información adicional a mi cuenta de correo monicamoraes1030@gmail.com.

Agradezco su apoyo de forma anticipada,

Cordialmente

Monica Morales
Monica Andrea Morales

Estadística, Candidata Magister en Epidemiología

Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle

Teléfono de contacto: 3127182269

/ Con copia: Herner Rengifo Reina, Paula Melissa Palacios, Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: RAD_S

Fecha: F_RAD

Página 1 de 1

Bogotá D.C.,

Doctora,
MÓNICA ANDREA MORALES
Estudiante Maestría en Epidemiología
Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle
monicamoraless1030@gmail.com

ASUNTO: Autorización acceso a base de datos ENDS 2015, según solicitud realizada a la Dirección de Epidemiología y Demografía, el 14 de noviembre del 2017 con radicado 201742302439322.

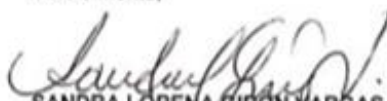
Respetada Dra. Mónica,

En atención a su solicitud para acceder a los microdatos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS 2015, dispuestos en el Repositorio Institucional Digital del Ministerio de Salud y Protección Social-RID, me permito informar que una vez recibido el requerimiento y el formato de solicitud de bases de datos de estudios y encuestas poblacionales, se procede a autorizar el acceso a la información referida, para lo cual podrá ingresar al siguiente link <http://externo.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDI/VS/ED/GCFI/bases-ends-2015.zip> donde se debe registrar los siguientes datos: usuario: _____ y Clave: _____ una vez se apliquen estas instrucciones el archivo comprimido será descargado y estará listo para consulta.

Es necesario precisar, que existe un compromiso inherente por parte de los usuarios de garantizar la confidencialidad y reserva de la información, de conformidad con las normas sobre Derechos de Autor. La propiedad intelectual y los derechos sobre la información entregada son del Ministerio, y el solicitante debe dar los créditos que correspondan al Ministerio de Salud y Protección Social y a Profamilia por su uso. No obstante, las instituciones mencionadas no se responsabilizan por la interpretación de la información realizada por terceros.

Finalmente, y con el ánimo de fortalecer la producción estadística, optimizar las demandas de información y generar un valor agregado en las fuentes, la invitamos a establecer un canal de comunicación que permita conocer los avances en el desarrollo de su trabajo de investigación y acordar posteriormente un espacio de socialización voluntaria de los resultados de la misma.

Cordialmente,


SANDRA LORENA GIRON VARGAS
Directora de Epidemiología y Demografía
Elaboró: Pocampo
Revisó: Cgarcia / Sguzman
Aprobó: Sgron

Santiago de Cali, 06 de diciembre de 2017



Radicado No: 201742302560512
DEST: 1300 O. TECNOLOGIA REM: MONICA ANDREA
2017-12-06 09:05 Fob: 1 Aenc: 1 Desc: Andres
Consulte su trámite en <http://www.minsalud.gov.co> Cód verif: bc487

Doctora

DOLLY OVALLE CARRANZA

Jefe Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación

MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL

Bogotá D.C.

Asunto: Solicitud de base de datos a partir de SIVIGILA para la investigación "Dimensiones de la desigualdad en la violencia basada en género en Colombia" a partir de datos disponibles en la Bodega de Datos del SISPRO.

Cordial saludo,

Soy estudiante de la Maestría en Epidemiología de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, para optar al título de magister llevo a cabo como trabajo de investigación: "Dimensiones de la desigualdad que influyen la violencia basada en género en Colombia". Esta investigación tiene como objetivo principal Analizar los patrones de la desigualdad que influyen la violencia basada en género en Colombia. En el Anexo 1 se encuentra una descripción general del proyecto.

Con el fin de realizar mi trabajo de investigación le solicito muy comedidamente el suministro de los datos individuales anonimizados del reporte de la ficha epidemiológica de las violencias de género código INS: 875 – SIVIGILA y para el periodo que se encuentre disponible. En el Anexo 2 se encuentran la lista de las variables requeridas y contenidas en la ficha.

Los resultados de este estudio serán de interés para el gobierno de Colombia, en especial para el Ministerio de Salud y Protección Social, así como los gobiernos y ministerios de salud en países en América Latina y organismos internacionales; de igual forma, las publicaciones y conferencias resultantes de este trabajo darán pleno crédito a los datos y apoyo por parte de la Oficina de Tecnologías y Comunicación del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para fines pertinentes al panel de datos proporciono mi documento de identificación c.c. 1.144.056.618. También agradezco que cualquier información relativa a la solicitud pueda ser enviada a mi correo institucional (monica.morales.garcia@correounivalle.edu.co) con copia a mi correo personal (monicamorales1030@gmail.com).

Cordialmente,

Mónica Morales

Mónica Andrea Morales García

Estadística – Universidad del Valle

Estudiante Maestría en Epidemiología - Universidad del Valle

Anexo 2 Panel de datos.

Departamentos	TASA 2012	TASA 2013	TASA 2014	TASA 2015	TASA 2016	POBLACIÓN 2012	POBLACIÓN 2013	POBLACIÓN 2014	POBLACIÓN 2015	POBLACIÓN 2016	IPM 2005	NBI 2005	% Barreras de acceso 2010	% Barreras de acceso 2015	% Personas sin empleo 2015	% Personas sin educación 2015	% Personas en área rural 2005
05 - Antioquia	262.262	282.272	289.973	317.741	358.789	2,925,322	2,929,086	2,931,307	2,932,265	2,935,153	73.8	23.0	42.7	39.2	2.42	4.049	23.440
08 - Atlántico	25.412	69.150	138.450	162.273	180.972	1,160,881	1,161,239	1,161,434	1,161,620	1,161,507	44.3	24.7	38.7	26.2	3.03	5.415	4.922
11 - Bogotá, D.C.	703.464	7.243	124.736	120.391	387.442	3,364,492	3,368,953	3,372,730	3,374,850	3,378,056	59.2	9.2	24.6	38.7	2.29	6.332	0.227
13 - Bolívar	49.855	83.725	144.268	188.941	256.312	1,069,107	1,072,560	1,075,772	1,078,643	1,081,104	47.3	46.6	35.9	26.5	1.54	5.578	24.382
15 - Boyacá	306.590	437.050	450.020	433.223	448.651	613,522	608,397	603,306	598,306	592,220	24.3	30.8	37.7	49.9	1.23	5.653	47.751
17 - Caldas	53.180	251.909	369.133	507.793	494.194	456,941	452,148	446,993	441,715	436,266	62.8	17.8	40.4	28.5	2.21	5.709	28.840
18 - Caquetá	120.566	129.228	194.848	308.442	357.592	265,415	266,969	268,414	269,743	270,979	54.9	41.7	50.4	47.1	1.75	6.455	43.595
19 - Cauca	60.898	151.987	223.069	255.309	327.391	702,811	702,690	702,472	701,895	700,080	46.1	46.6	40.9	46.3	1.19	5.095	61.125
20 - Cesar	186.510	225.728	246.090	273.252	327.088	561,364	563,509	565,241	566,509	567,125	70.8	44.7	43.9	25.6	1.64	5.542	28.882
23 - Córdoba	42.237	105.181	126.724	164.042	171.854	892,588	900,349	907,486	913,793	919,383	56.7	59.1	31.8	49.7	2.11	4.354	49.488
25 - Cundinamarca	470.893	61.196	307.998	304.088	363.025	1,279,271	1,287,656	1,295,140	1,301,925	1,307,073	70.6	21.3	31.2	35.2	2.42	6.839	35.287
27 - Chocó	37.110	38.012	65.212	57.269	64.025	315,275	315,691	315,894	316,050	315,502	66.7	79.2	58	54.7	2.23	5.750	49.925
41 - Huila	483.657	522.391	449.956	560.307	711.777	594,636	597,254	599,392	601,099	602,436	85.8	32.6	44.5	66.5	2.26	4.325	40.314
44 - La Guajira	14.955	75.222	130.699	139.210	130.060	521,567	534,421	547,057	559,587	572,045	79.6	65.2	42.1	32.4	3.62	6.665	45.107
47 - Magdalena	18.956	51.964	121.776	147.769	233.361	685,794	688,943	692,253	695,679	698,488	41.4	47.7	49.7	15.1	1.08	8.587	30.862
50 - Meta	145.720	234.428	240.281	296.673	358.594	470,767	475,625	480,271	484,709	488,854	78.8	25.0	39.9	50.4	2.68	3.746	26.617
52 - Nariño	58.130	171.199	274.595	317.814	365.031	861,856	863,906	866,002	868,118	870,338	75.0	43.8	62.6	62.7	1.81	5.455	53.977
54 - Norte de Santander	91.012	151.830	181.450	335.349	429.415	687,821	687,613	687,241	686,747	686,050	58.0	30.4	50.1	49.1	4.01	5.109	22.941
63 - Quindío	173.681	415.920	484.311	454.674	614.297	253,914	253,414	252,730	251,829	250,693	79.7	16.2	30.4	28.9	2.62	5.799	13.405
66 - Risaralda	137.901	322.054	415.096	416.851	530.720	427,842	426,015	423,998	421,733	419,242	69.7	17.5	34.3	37.4	2.96	3.506	22.793
68 - Santander	373.054	411.311	515.847	761.868	723.565	956,697	949,403	941,752	933,757	925,280	51.1	21.9	53.9	60.2	1.29	3.330	26.401
70 - Sucre	118.343	202.758	252.692	285.899	305.846	444,469	445,358	445,998	446,312	445,976	68.7	54.9	36	40.3	2.30	6.258	36.205
73 - Tolima	54.796	98.673	147.824	160.506	222.746	697,137	694,209	690,685	686,579	681,493	58.2	29.8	56.4	39.3	1.19	4.779	33.515
76 - Valle del Cauca	131.217	225.040	339.053	375.405	451.431	2,050,806	2,046,748	2,042,456	2,038,067	2,034,643	76.3	15.7	29.8	49.9	2.68	6.529	13.388
81 - Arauca	88.073	115.340	235.878	311.672	397.508	152,147	153,459	154,741	155,933	156,978	41.6	35.9	39.2	40.5	1.30	5.394	31.633
85 - Casanare	21.300	140.726	409.823	743.152	884.511	187,792	189,730	191,546	193,231	194,797	41.2	35.5	61.7	56.5	2.57	3.006	30.341
86 - Putumayo	100.850	156.909	221.519	302.128	325.407	197,323	198,204	199,080	199,915	200,672	37.5	36.0	59.7	63.1	2.43	3.139	53.646
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Fé	51.266	102.731	68.615	126.074	146.628	35,111	35,043	34,978	34,900	34,782	45.0	40.8	26.3	37.9	1.78	4.931	28.422
91 - Amazonas	248.756	293.298	360.097	352.604	437.870	48,240	48,415	48,598	48,780	48,873	73.1	44.4	29.8	62.6	0.84	8.955	55.379
94 - Guainía	7.860	104.858	184.537	311.882	214.997	25,445	25,749	26,011	26,292	26,512	54.6	60.6	50.2	74.7	1.51	5.089	63.975
95 - Guaviare	61.927	92.550	193.589	186.124	222.698	66,207	66,991	67,669	68,234	68,703	38.8	39.9	37.9	60.9	2.56	5.256	37.753
97 - Vaupés	14.662	36.514	76.408	137.916	264.886	27,281	27,387	27,484	27,553	27,559	77.8	54.8	53.5	72.1	0.34	10.204	47.707
99 - Vichada	100.356	176.785	305.636	412.732	404.015	43,844	44,687	45,479	46,277	47,028	84.3	67.0	56.8	58.1	2.73	5.471	61.732

Anexo 3 Carta de Aval del Comité de Ética e Investigación de la Universidad del Valle.

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 006 - 018

Proyecto: **DIMENSIONES DE LA DESIGUALDAD QUE INFLUENCIAN LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN COLOMBIA, DURANTE EL PERIODO 2012-2016**

Sometido por: **JUAN CARLOS RIVILLAS GARCÍA / MONICA ANDREA MORALES GARCÍA**

Código Interno: **029 - 018** Fecha en que fue sometido: **20** **03** **2018**

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (**CIREH**), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- | | |
|---|---|
| ☒ Resumen del proyecto | ☒ Protocolo de investigación |
| ☒ Formato de consentimiento informado | ☒ Instrumento de recolección de datos |
| ☐ Folleto del investigador (si aplica) | ☒ Cartas de las instituciones participantes |
| ☐ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:

☐ SIN RIESGO ☒ RIESGO MÍNIMO ☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.

5. La forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio es adecuada.

6. Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.

7. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:

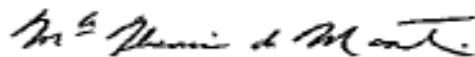
- Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
- Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.

8. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:

- Lesiones a sujetos humanos.

- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
- a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma:



Fecha: 07 04 2018

Nombre:

MARIA FLORENCIA VELASCO DE MARTINEZ

Capacidad representativa:

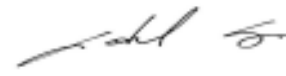
PRESIDENTA

Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma:



Fecha: 07 04 2018

Nombre:

ADALBERTO SÁNCHEZ G.

Capacidad representativa:

VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD

Teléfono: 5185680