Informe técnico

IV Edición

Violencia homicida en Colombia

MINSALUD

Instituto Nacional de Salud

ons observatorio nacional de salud

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
Viceministro de Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ
Directora de Epidemiología y Demografía

FERNANDO DE LA HOZ RESTREPO
Director General INS

JUAN CARLOS BOCANEGRA
Secretario General INS

OFICINA DE COMUNICACIONES INS

CARLOS ANDRÉS CASTAÑEDA ORJUELA
Director Observatorio Nacional de Salud

Carlos Andrés Castañeda Orjuela
Director Técnico Observatorio Nacional de Salud

Equipo de trabajo

Pablo Enrique Chaparro Narváez
Karol Patricia Cotes Cantillo
Diana Patricia Díaz Jiménez
Gina Alexandra Vargas Sandoval
Fabio Alberto Escobar Díaz
Luz Mery Cardenas Cardenas
Liliana Castillo Rodríguez
Willian León Quevedo
Sandra Patricia Salas Quijano
Nohora Mercedes Rodríguez Salazar
Paula Tatiana Castillo Santana
Andrea Rodríguez Pava
Rubén Darío Cáceres Gómez
John Goot Moreno Amaya

Equipo de apoyo

José Silverio Rojas Vasquez
Ana Patricia Buitrago Villa
Karen Daniela Daza Vargas

Clara Lucia Delgado Murillo
Edición Observatorio Nacional de Salud
Kevin Jonathan Torres Castillo
Diagramación y Diseño Observatorio Nacional de Salud
Imagen en portada: analisis, KevinTorres, ONS 2014

Direcciones Instituto Nacional de Salud

Mancel Enrique Martínez Durán
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública
Mauricio Beltrán Durán
Dirección de Redes en Salud Pública
Juan Carlos Dib Díaz Granados
Dirección de Investigaciones
Edgar Javier Arias Ramírez
Dirección de Producción

Impresión
Imprenta Nacional de Colombia
Carrera 66 No. 24-09 Bogotá, D.C.

ISSN: 2346-3325

Para citar: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Cuarto Informe ONS: Violencia Homicida en Colombia. Pagina. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia. 2014

Todos los derechos reservados. El Observatorio Nacional de Salud autoriza la reproducción y difusión del material contenido en esta publicación para fines educativos y otros fines NO comerciales, sin previa autorización escrita de los titulares del/los titulares de los derechos de autor, especificando claramente la fuente. El Observatorio Nacional de Salud prohíbe la reproducción del material contenido en esta publicación para venta, reventa u otros fines comerciales, sin previa autorización escrita del/los titulares de los derechos de autor. Estas solicitudes deben dirigirse al Observatorio Nacional de Salud-ONS, Avenida calle 26 No.51-20, bloque B oficina 208 o al correo electrónico ons@ins.gov.co; ONS © 2014.

Todos los derechos reservados ©
Colombia, Diciembre 2014

Resúmen ejecutivo

Introducción

En su esfuerzo por generar evidencia para informar la toma de decisiones en salud, el Observatorio Nacional de Salud (ONS) identificó como un tema prioritario de análisis la violencia homicida en Colombia, segunda causa de muerte en los últimos años, y la principal causa de años de vida perdidos por muerte prematura y costos de mortalidad evitable. Es por eso que se implementaron diferentes aproximaciones metodológicas, cuantitativas y cualitativas, para aproximarse al análisis del fenómeno, así como determinar su impacto en salud, y realizar el análisis de políticas públicas de salud mental en el marco de un posible acuerdo de paz. Adicional a ese eje central, se identificaron otros temas relevantes y susceptibles de análisis por parte del ONS que incluyen una análisis secundario de una encuesta poblacional, para identificar los factores asociados al cumplimiento de las recomendaciones de actividad física, la estimación de carga de enfermedad usando la modelación y la combinación de fuentes de información, y finalmente, la articulación de actores, a través del trabajo en red, para la gestión de conocimiento en salud de país.

Seis capítulos componen el Informe. El primer capítulo hace una extensa revisión sobre la violencia homicida en Colombia combinando aproximaciones cuantitativas y cualitativas como un intento de aproximación a los determinantes de este fenómeno en nuestro país. En el segundo capítulo se evalúa el impacto de la violencia homicida en la expectativa de vida de los colombianos. El tercer capítulo hace una revisión de las políticas públicas en el área de la salud mental de las víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia. En el cuarto capítulo se analiza los determinantes del cumplimiento de las recomendaciones de actividad física en adultos con un análisis multinivel a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Situación Alimentaria y Nutricional 2010 (ENSIN 2010).

El quinto capítulo presenta un modelo de estimación de carga de enfermedad y costos de malaria en Colombia para el año 2012. El sexto y último capítulo presenta la caracterización de los actores de la redes de conocimiento en salud pública realizado con el levantamiento primario de información.

Métodos

Para una aproximación comprehensiva al fenómeno de la violencia homicida en Colombia se combinaron distintas aproximaciones metodológicas y fuentes de información disponibles en el país, en un esfuerzo de síntesis de evidencia, en el primer capítulo. Primero, se realizó una revisión sistemática de literatura sobre la descripción, factores asociados e impacto de intervenciones en Colombia, a partir de la generación de algoritmos de búsqueda en las bases de *PubMed* y *Scielo*, selección, lectura y sumarios de artículos, reportando los resultados más relevantes de los estudios identificados. En segundo lugar, se llevó a cabo una revisión documental de las aproximaciones explicativas a la violencia realizada desde la salud pública y otras áreas sociales; identificando los ejes de análisis, así como los factores y determinantes evaluados en el contexto colombiano. Los hallazgos se presentan como una revisión narrativa. Como tercer componente de este capítulo, se realizó un análisis descriptivo de la mortalidad homicida a partir de información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), estimando tasas ajustadas por edad.

Se presenta la distribución de las muertes por homicidio ocurridas entre 1998 y 2012 y su desagregación por diferentes variables identificadas en el registro de defunción. En cuarto lugar, se aproximó a la asociación de variables socioeconómicas y de contexto con la ocurrencia de las muertes y tasas de homicidio, evaluadas a niveles departamental, municipal e individual, por

diferentes modelos analíticos, entre los que se incluyen la identificación de desigualdades por pobreza municipal usando curvas de concentración, un modelo de regresión de Hurdle para la ocurrencia de al menos una muerte y el número de total de muertes por homicidio (usando el promedio 2010-2013) a nivel municipal y su asociación con variables socioeconómicas y de contexto departamentales y municipales, y una imputación de la variable educación en los registros de defunción, a partir de un modelo de imputación múltiple, y el cruce de información de registros de defunción DANE y de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010 (ENDS 2010), para la estimación de tasas de mortalidad por nivel educativo y la evaluación de desigualdades por medio del riesgo relativo estimando la razón de tasas de mortalidad entre grupos poblacionales. Al final se realizó un análisis espacial a partir de las tasas municipales de mortalidad por violencia homicida, por medio de su espacialización, suavizado geográfico, evaluación de autocorrelación espacial, e identificación de *clúster* geográficos. Se evalúan las variaciones temporales y espaciales de las tasas ajustadas por edad y sexo en Colombia identificando patrones de agrupación y variación y el análisis comparativo entre las tasas de mortalidad por homicidio de los *clúster* identificados.

Para evaluar el impacto de la violencia homicida en indicadores resumen de la salud de la población colombiana, se estimó la expectativa de vida en Colombia, a partir del método de tablas de vida de una serie temporal, con y sin las muertes debidas a violencia homicida para el periodo 1998-2012. Se realizó el análisis comparativo de expectativa de vida discriminado por sexo, para evaluar el impacto de la violencia homicida en el país en términos de años perdidos por la ocurrencia del evento.

Con el objetivo de caracterizar el desarrollo de las políticas públicas sobre la salud mental en el escenario del conflicto armado colombiano en población víctima del desplazamiento forzado, se diseñó un estudio longitudinal que tomó como periodo de análisis desde 1997 hasta 2014. Se empleó la metodología del Triángulo de la Política, a partir de la revisión de fuentes documentales para caracterizar el contexto, el proceso, el contenido y los actores. Se identificaron informes internacionales sobre salud mental y derechos humanos en situaciones de conflicto, proyectos de Ley, documentos generados por grupos de interés alrededor del tema y la normatividad específica sobre salud mental y atención a las víctimas de la guerra como son las personas desplazadas y expulsadas de sus territorios.

En el capítulo 4 se realizó un análisis secundario de la base de datos de actividad física de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional de 2010 (ENSIN 2010) con el fin de identificar los factores asociados a la práctica de Actividad Física (AF) en el tiempo libre y como medio de transporte en adultos. Se incluyó una muestra de 12.787 colombianos de 18 a 65 años residentes en áreas urbanas, sin discapacidad física o dificultad para moverse o caminar y adicionalmente, en el caso de las mujeres, que no estuvieron en embarazo. El cumplimiento de 150 minutos a la semana de AF en tiempo libre y de AF como medio de transporte se consideró como variables dependientes. Las variables independientes comprendieron características sociodemográficas, estado nutricional, percepción del estado de salud, tiempo semanal empleado en vehículo motor y subregión. La evaluación de la asociación entre las variables dependientes e independientes se realizó a partir de modelos de regresión logística estratificados por sexo.

En el capítulo 5 se estimó la carga de enfermedad, en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), por malaria en la población Colombiana, así como el impacto económico de su atención, para lo cual se construyó un modelo de transmisión de la malaria, a partir de un Modelo de Markov con parámetros probabilísticos. Se usó un modelo dependiente de la edad que simuló la ocurrencia y mortalidad de la infección por malaria y distintas especies en la población colombiana. Para la estimación de los costos se realizó un microcosteo de la atención inicial en el servicio de salud o por parte de los microscopistas o agentes comunitarios en las áreas rurales. Todos los costos se expresaron en dólares de 2012, y se realizó una simulación de Monte Carlo con 10.000 iteraciones aleatorias del modelo original, reportando valor centra y rango probable para cada resultado estimado.

Finalmente, en el capítulo 6 se describe la caracterización de actores de las Redes de Conocimiento Científico en Salud Pública (RCSP). A partir de la adaptación de metodologías de caracterización de actores realizadas por *Rietbergen-McCracken*

& Narayan-Parker y *Mitchell, et al*., se realizaron dos talleres liderados por el ONS con la participación de seis entidades de diversos sectores en cada una de las reuniones. La metodología utilizada para el taller se constituyó en cinco partes: validación de datos de caracterización básica, descripción de la participación de los actores en el ciclo de políticas públicas en salud, autopercepción a partir de su interés, posición e influencia en temáticas de competencia del ONS, percepción de otros actores de RCSP considerando los atributos de poder, urgencia y legitimidad de estos y formalización de la inclusión en las RCSP.

Resultados

Se incluyó en la revisión sistemática de análisis de violencia en Colombia (26 estudios). Cinco (5) de ellos comparan el homicidio entre países de América, evidenciando que Colombia reporta una de las mayores tasas en la región. Once (11) estudios reportaron la tendencia de la tasa de mortalidad y características de las víctimas por homicidio en Colombia, con diferentes fuentes de información y con análisis detallados para las ciudades de Medellín, Cali y Bogotá, D.C. Diez (10) estudios exploraron la asociación con homicidio. Estos últimos artículos estudiaron la asociación entre factores sociodemográficos y económicos a nivel poblacional e individual, así como la eficacia de intervenciones poblacionales como regulaciones en la venta de alcohol, porte de armas, o mejoras substanciales en el transporte público.

En cuanto a la revisión documental de la literatura sobre las causas y determinantes de la violencia homicida en Colombia los documentos recopilados han puesto en escena dos tipos de causas. Las causas objetivas que consideran la raíz del fenómeno en motivaciones colectivas; mientras que las causas subjetivas enfatizan en las motivaciones individuales. Se reportan los alcances y limitaciones de cada aproximación, así como la evidencia empírica disponible para las tesis planteadas desde cada aproximación. Los elementos esbozados indican que el análisis de la violencia homicida requiere de distintas miradas, pues existen todavía muchos interrogantes en relación con la explicación del fenómeno.

La tendencia de la tasa de homicidio registró un incremento paulatino entre 1979 y 1991, seguido de un leve decrecimiento hasta 1997, para luego aumentar de nuevo hasta 2002 y reiniciar su descenso hasta 2008. En 2009 se observó un discreto crecimiento para después continuar con su descenso. Las tasas más altas se presentan entren hombres de 20 a 39 años. Durante el periodo 1998-2012, de los 1123 municipios del país, 27 concentraron en 50% de las muertes por violencia homicida y en 203 municipios ocurrió el 80% del total de muertes. El 71% de las muertes por violencia se debieron a agresiones por arma de fuego. La tendencia de la mortalidad fue a la disminución en todos los grupos de edad.

Las curvas de concentración solo evidenciaron desigualdades en contra de los municipios más pobres, por índice de pobreza multidimensional, para el grupo de agresiones por otros medios, con un índice de concentración de -0,22. El modelo de Hurdle identificó como variables positivamente asociadas con el número de homicidios, a nivel municipal, el número de acciones armadas de las FARC, la producción de oro, la presencia de cultivos de coca y el índice de gestión municipal, y a nivel departamental la tasa de desempleo; mientras negativamente se encontraron asociados, a nivel departamental, un mayor índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el Producto Interno Bruto *per cápita* (PIBpc) y el índice de transparencia. Para el análisis de tasas de mortalidad por violencia homicida desagregada por niveles de educación, se evidenció a nivel nacional desigualdades para hombres y mujeres siendo la población con educación superior que reporta la menor tasa de mortalidad por homicidios, sin embrago, dichas desigualdades no se identifican en todos los departamentos.

Con el análisis espacial se identifica que hay una autocorrelación espacial positiva entre las tasas de mortalidad por violencia homicida y por agresiones por arma cortopunzante a nivel municipal, lo que apoya la hipótesis de muchos investigadores acerca de que la violencia no se distribuye al azar en nuestro país. Se identifican al menos nueve (9) zonas geográficas, consistentes durante todo el periodo, que agrupan municipios de altas tasas rodeados de municipios con tasas altas (5 zonas) y municipios de bajas tasas rodeados de vecinos de bajas tasas.

El riesgo de morir por violencia entre las zonas altas-altas es de 4,6 veces comparado con las zonas bajas-bajas.La violencia homicida tiene un gran impacto en la expectativa de vida en Colombia, especialmente en hombres. En la población general, entre 1998 y 2004, cerca de dos años de más se hubiesen alcanzado en la expectativa de vida, mientras que a partir de 2005 la ganancia adicional en pudo ser de un poco más de un año.

Las políticas de salud mental en el marco del conflicto armado colombiano se han caracterizado por la influencia de la normatividad internacional sobre derechos humanos en situaciones de guerra donde el país se ha comprometido a su garantía. El efecto de importantes declaraciones sobre salud mental y derechos humanos ha sido menos visible y se traduce en un modelo de atención en salud mental muy limitado dentro del sistema de salud colombiano y que solo recientemente ha logrado mayores avances incorporando y extendiendo algunos servicios. El papel de algunas Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y de la Corte Constitucional ha sido fundamental para luchar por la garantía de los derechos de la personas en condición de desplazamiento y por ende, en el acceso a los servicios de salud. La normatividad es considerable y refleja la importancia de satisfacer las necesidades en salud mental de las poblaciones en esta condición. Pero, el predominio de un enfoque asistencial y hospitalario no se articula con la oferta de acciones desde la atención primaria y comunitaria para la salud mental en coherencia con las posiciones de entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el análisis secundario de la ENSIN 2010 se halló mayor cumplimiento de la recomendación de 150 minutos a la semana de AF en tiempo libre y como medio de transporte por parte de los hombres. Los resultados evidenciaron que tanto en mujeres como en hombres, una menor oportunidad de cumplir con la recomendación de AF en tiempo libre se encontró en personas con trabajo, que autopercibieron su salud como regular o mala, habitantes de la ciudad de Bogotá, D.C. y con bajo índice de riqueza, efecto explícito especialmente en algunos grupos de edad. Adicionalmente, las mujeres que tuvieron menor probabilidad de tener AF en tiempo libre fueron aquellas en unión libre y con menor grado educativo. Con relación a la AF como medio de transporte, en los dos sexos la probabilidad de cumplir con la recomendación de 150 minutos semanales fue mayor en Bogotá, D.C. y en personas de bajo índice de riqueza y menor en quienes pasaron más de 60 minutos semanales en vehículo motor. Dentro de los factores asociados con la AF como medio de transporte en mujeres sobresalieron la ocupación y la escolaridad y en los hombres la edad y el estado nutricional.

El modelo de carga de enfermedad por malaria estimó un total de casos de malaria de 65.448 (rango 60.523-70.779), de los cuales el 74,3 % ocurrieron en mayores de 14 años. Se estimó 1902 AVAD (rango 1567-2255), la mayor de ellos los aportan los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) causado por la muerte prematura. La carga de enfermedad por malaria combina casos y muertes en una unidad común de medida. El total de costos de la malaria en Colombia para el periodo de análisis se estimó en U$936.253 (US$700.760-1.193.595), la mayoría de estos corresponden a casos tratados de acuerdo con la guía clínica, sin embargo el 24% de los casos no son tratados de esta manera, según los registros del Sivigila.

La caracterización de actores de las RCSP reflejan una participación representativa en el proceso de formulación y evaluación de políticas a través de la generación y consulta de información relacionada con temas de salud pública desde los enfoques de Carga Global de Enfermedad (CGE) y de Determinantes Sociales de la Salud (DSS), y en la concertación en mesas de trabajo y espacios intersectoriales de toma de decisiones, sin embargo la participación e implementación de las políticas está limitada a actores del sector público, con algunas excepciones. Los actores entrevistados están generalmente interesados en temáticas de CGE y DSS, sin embargo no se consideran influyentes en aspectos relacionados con gestión del conocimiento en el sector. La caracterización basada en la percepción hacia otras entidades indica que existen siete actores definitivos que cumplen con índices de preponderancia significativos en los atributos mencionados. La mayoría de los actores definitivos son tomadores de decisiones y relevantes en temas de rectoría y control del sector salud.

Conclusiones

Con el análisis de la violencia homicida en Colombia en el periodo 1998-2012, se identificaron algunos elementos que puedan aproximarse a una explicación de su ocurrencia reciente en el país, propiciando elementos para la discusión en el ámbito de la salud pública. El Informe deja abierto varios interrogantes para la discusión. Sin embargo se resaltan la amplia evidencia desde diferentes áreas del conocimiento, que no en todos los casos incluyen la evidencia empírica que soporten las hipótesis de los investigadores, o que algunos caso presentan resultados contradictorios entre sí. A pesar de la disminución de las tasas de mortalidad por violencia homicida, esta causa es la segunda causa de muerte en Colombia y se presenta diferencialmente entre grupos poblacionales, asociados a algunas variables socioeconómicas y contextuales. La evidencia de autocorrelación espacial y la identificación de *clúster* geográficos plantean retos en la investigación de zonas de alta mortalidad homicida para identificar sus determinantes e intervenciones que generen impactos positivos en salud pública.

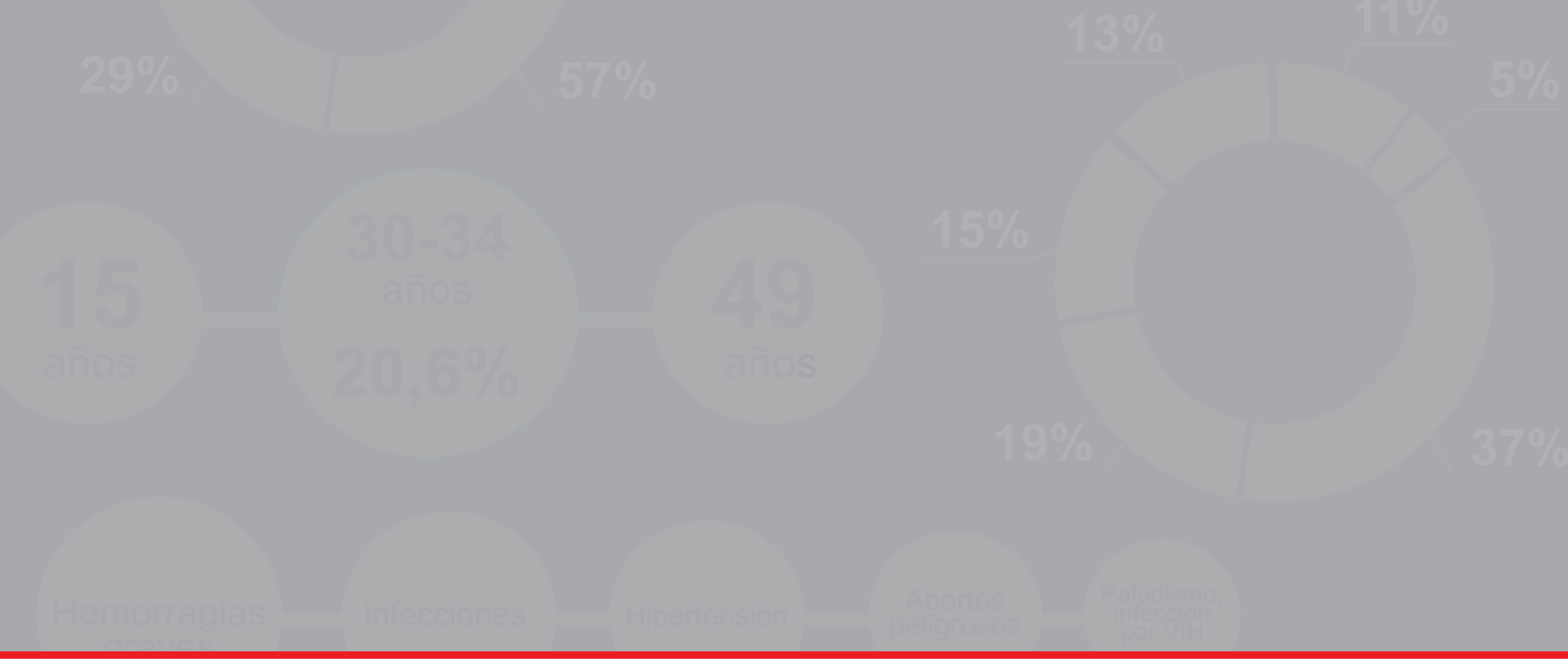
La brecha de expectativa de vida en Colombia entre sexos, de 6 a 8 años a favor de las mujeres, puede ser reducida a 4 a 5 años si se eliminara el efecto de la violencia homicida sobre la mortalidad en la población colombiana. La implementación de medidas efectivas contra los determinantes de la violencia homicida en Colombia generaría un impacto positivo en la salud de población.

En cuanto análisis de políticas públicas de salud mental y victimas de desplazamiento se concluye que a pesar de los progresos normativos en el terreno de la salud mental para las víctimas de la violencia política, es indispensable continuar reduciendo las brechas entre sus necesidades de acuerdo a sus características económicas, sociales y culturales y los servicios de salud mental más allá de la orientación clínica que ha prevalecido hasta la actualidad.

Con base en el análisis de la ENSIN 2010 se evidencia que el cumplimiento de la recomendación de AF en tiempo libre y como medio de transporte es menor en mujeres y los factores asociados fueron distintos según sexo. Los resultados de este análisis contribuyen a la comprensión de un fenómeno de interés en salud púbica en Colombia e identifica posibles beneficiarios de intervenciones tendientes a promover este comportamiento a nivel poblacional y desde una perspectiva intersectorial.

Se resalta el impacto económico de la malaria en Colombia, cuya atención anual es de casi un millón de dólares. Los resultados del modelo de carga de malaria, tienen implicaciones en salud pública en el país, para la planificación de estrategias a favor de la eliminación de la malaria, además se debe fortalecer el diagnóstico oportuno y la adherencia a la guía de manejo clínico, especialmente en zonas de alta carga.

El desarrollo de la metodología de caracterización avanzada de actores pertenecientes a las RDSP ha permitido obtener elementos de identificación y priorización de actores y generar estrategias de interacción con cada actor a partir de sus funciones, intereses, capacidades y posiciones. El ejercicio de autopercepción fue útil para identificar los actores realmente activos en las diferentes líneas temáticas usadas en el ONS e iniciar la consolidación de las RCSP. La percepción hacia los pares representa una oportunidad para establecer referencias comunes de reconocimiento para enriquecer el análisis de actores. La percepción otorgada al ONS, a pesar de su corta historia, puede reflejar la confianza en los informes publicados.



Instituto Nacional de Salud
ons observatorio nacional de salud

Avenida calle 26 No. 51-20 CAN
Bogotá, D.C. Colombia
Telefono: (57+1) 2207700 ext: 1289-1290
Línea gratuita: 018000113400

www.ins.gov.co
ons@ins.gov.co