

Título: Escaleras
Autor: Juan Fernando Ospina - Fotógrafo
Medellín

Volumen 43, 2025

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e355585>

Recibido: 25/11/2023
Aprobado: 17/04/2024
Publicado: 10/02/2025

Cita:
Salcedo-Cifuentes M, Bello-Álvarez L, Bermúdez A. Patrones de la presunta violencia sexual valorada en servicios de salud de cinco municipios del suroccidente de Colombia, 2014-2016. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2025;43:e355585. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e355585>

Patrones de la presunta violencia sexual valorada en servicios de salud de cinco municipios del suroccidente de Colombia, 2014-2016*

Mercedes Salcedo-Cifuentes¹,  Laura Margarita Bello-Álvarez²,  Amparo Bermúdez³ 

- ¹ Doctora en Ciencias Biomédicas. Universidad del Valle, Grupo de investigación CALIMET. Colombia. mercedes.salcedo@correounivalle.edu.co.
- ² Médica. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad del Valle, Grupo de Investigación de Salud Sexual y Reproductiva. laura.bello@correounivalle.edu.co.
- ³ Doctora en Cultura y Educación en América Latina. Universidad del Valle, Grupo de investigación CEDETES. amparo.bermudez@correounivalle.edu.co.

Resumen

Objetivo: En esta investigación se busca establecer los patrones de presunta violencia sexual en personas que consultaron a los servicios de salud de cinco municipios del suroccidente colombiano entre el 2014 y el 2016.

Método: Se trata de un estudio descriptivo con análisis exploratorio multivariado, que usó como fuente de información los registros de atención del servicio de urgencias de cinco hospitales de mediana y baja complejidad del suroccidente de Colombia. Se utilizaron las variables individuales y relacionales del hecho.

Resultados: Se identificaron cuatro patrones de presunta violencia sexual: intrafamiliar, extrafamiliar y combinaciones entre estos, diferenciados por las características sociodemográficas de la víctima, el vínculo con el agresor y las características contextuales del evento.

Conclusiones: Los hallazgos dejan en evidencia que los grupos vulnerables son niños, niñas, adolescentes y mujeres jóvenes de bajos estratos socioeconómicos. En términos generales, este delito se comete hacia el interior del núcleo familiar y varios de los patrones son coherentes con características sociales de los municipios donde ocurre el evento.

-----*Palabras clave:* delitos sexuales, violencia sexual, salud del niño, salud de la mujer, investigación en servicios de salud.



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

* Artículo desarrollado a partir del proyecto “Evaluación del cumplimiento de la Resolución 459 del 2012”, de la Maestría en Ciencias Forenses, Facultad de Derecho, Universidad Libre. Seccional Cali. Inició en enero de 2007 y finalizó en diciembre de 2017.

Patterns of alleged sexual violence assessed in health services in five municipalities of Southwestern Colombia. 2014-2016

Abstract

Objective: Establish the patterns of alleged sexual violence in people who consulted the health services of five municipalities in the Colombian Southwest between 2014-2016.

Method: This is a descriptive study with multivariate exploratory analysis that was used as a source of information on the care records of the emergency department of five hospitals of medium and low complexity in southwestern Colombia. Individual and relational variables of the event were considered. The XLSTAT statistical package is used.

Results: Were identified four patterns of alleged sexual violence: intrafamiliar, extrafamiliar and combinations between these, differentiated by the sociodemographic characteristics of the victim, the relationship with the aggressor, and the contextual characteristics of the town where the event occurred.

Conclusions: The findings make it clear that the vulnerable groups are children and young women from low socioeconomic strata. This crime is committed within the family nucleus, and several of the patterns are consistent with the social characteristics of the municipalities where the event occurs.

-----*Keywords:* sexual violence, sexual crime, women's health, children's health, health services research.

Padrões de suposta violência sexual em pessoas que consultaram aos serviços de saúde de cinco municípios do Sul-ocidente Colombiano entre 2014 e 2016

Resumo

Objetivo: estabelecer padrões de suposta violência sexual em pessoas que consultaram aos serviços de saúde de cinco municípios do Sul-ocidente Colombiano entre 2014 e 2016.

Metodologia: Se trata de um estudo descritivo com análise exploratória multivariada que usou como fonte de informação os registros de atenção dos serviços de urgência de cinco hospitais de média e baixa complexidade do Sul-ocidente da Colômbia. Foram consideradas variáveis individuais e relacionais do fato. Foi utilizado o pacote estatístico XLSTAT.

Resultados: Quatro padrões de suposta violência sexual foram identificados: intrafamiliar, extrafamiliar e combinações entre estas, diferenciadas pela variáveis sociodemográficas da vítima, o vínculo com o agressor e características contextuais da localidade onde ocorreu o evento.

Conclusões: Os resultados deixam claro que os grupos vulneráveis são crianças e mulheres jovens de estratos socioeconômicos baixos. Em linhas gerais, este crime é cometido dentro do núcleo familiar e vários dos padrões são consistentes com as características sociais dos municípios onde o evento ocorre.

-----*Palavras-chave:* delito sexual, violência sexual, saúde da criança, saúde da mulher, investigação em serviços de saúde.

Introducción

La violencia sexual (VS) es una vulneración a los derechos fundamentales de la persona, que atenta contra la vida, la dignidad, el desarrollo de la sexualidad y la personalidad [1]. Según la Organización Mundial de la Salud, la VS es “cualquier acto sexual, intento de obtener un acto sexual, comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o actos para traficar, o de otro modo dirigidos, contra la sexualidad de una persona utilizando coerción, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier entorno, incluidos, entre otros, el hogar y el trabajo” [2].

El contexto de ocurrencia del delito varía de forma importante; este puede diferir entre países e incluso dentro de un mismo país [3]. La VS contra la mujer es más extendida en sociedades en las que los roles de género son particularmente rígidos y ocurre con más frecuencia en países con menores índices de desarrollo humano. Así mismo, se ha identificado que los familiares son los perpetradores más comunes en Asia, mientras que los amigos lo son en África [4]. En contextos migratorios, se evidencian patrones de VS diferentes entre niños, niñas, adolescentes (NNA) y adultos [5].

En el caso de NNA, los factores de riesgos varían según las características del lugar de ocurrencia. La VS cometida por un integrante del núcleo familiar (intrafamiliar), que afecta a NNA de forma recurrente, con importantes daños físicos y emocionales en la víctima, por lo general no se denuncia. El número de casos en donde la víctima es un NNA es desigual por sexo, siendo más frecuente en niñas. En contraste, la VS cometida por un conocido (extrafamiliar) involucra adolescentes que conocen a su agresor, ocurren en el colegio y en espacios de interacción social con amigos o compañeros, en donde hay de consumo de alcohol y drogas [6]. En este sentido, las diferencias en la VS intrafamiliar parecen estar definidas por la cercanía del agresor, las mayores oportunidades para acceder a la víctima, la dependencia económica y emocional de la víctima, y la corta edad, que no le permite reconocer que está siendo vulnerado [7].

La prevalencia mundial de VS en mujeres, incluida la violación y otros actos sexuales forzados por parte de agresores que no son pareja, se estima en 7,2 %, y presenta diferencias según la región geográfica: África registra la prevalencia más alta (22 %), seguido por Australia (16,4 %) y América Latina (15,3 %) [8-10]. El delito predomina en mayores de 15 años, con agresor desconocido, quienes usan la violencia física o las amenazas con armas para someter a la víctima, y ocurre frecuentemente en sectores públicos [10].

Los estudios de la VS basados en registros hospitalarios son pocos, aunque no difieren de los estudios epidemiológicos de otras fuentes de información. Para

algunos expertos, son datos en donde se compromete la calidad, dado que a menudo no es información estandarizada, es retrospectiva o se funda en lo que recuerdan las víctimas [11]. Además, los usuarios que acuden a ser valorados después de la VS se manejan como víctimas de presunta VS. En este sentido, el Colegio Estadounidense de Médicos de Emergencia recomiendan codificar estos casos como “violencia sexual”, en lugar de usar modificadores como “presunta”, puesto que reflejan mayor conciencia y empatía por estas vulnerabilidades [12]. Para efectos de este estudio, se manejan como víctimas de “presunta VS”, puesto que en la etapa en la que se encuentra el proceso es de indagación y aún no se tipifica el delito.

Varios estudios establecen que del total de las atenciones por violencia en general, más del 3 % vinculan a víctimas de presunta VS, en donde prevalecen las mujeres, relativamente jóvenes, e incluso niñas y niños entre 0 y 14 años, de estratos socioeconómicos bajos, quienes a menudo conocen al autor del hecho, el cual comete el delito bajo amenaza o por el uso de la fuerza en la casa de la víctima o el agresor (45,6 %), o en un lugar desconocido (34,6 %) [8,11,13]. Además, un alto porcentaje acude a los servicios de salud dentro de las primeras 72 de ocurrencia del evento, en busca de atención profiláctica [14].

La denuncia de este tipo de delito se ve influenciada por la elección del momento y la estrategia para acercar, abordar o someter a la víctima, así como por la estrategia para involucrarla en la actividad sexual y evitar su denuncia. El uso de agresión física o amenazas con armas para lograr el acto sexual y callar a la víctima es frecuente [15]. Sin embargo, como resultado del subregistro de estos delitos, la poca confiabilidad del dato por las diversas definiciones entre los estudios y las deficiencias en la captación de la narrativa del hecho hace difícil su cuantificación.

En Colombia, durante el año 2019, el servicio de clínica forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses valoró más de 26 000 casos de presuntos delitos sexuales [5]. De estos, 22 523 se cometieron en mujeres y comprometieron a 19 278 menores de 18 años, reportando una prevalencia en NNA del 86,4 % [16]. Al igual que en el entorno internacional, los estudios de la epidemiología de la VS atendida en servicios de salud colombianos son pocos. Noreña y Rodríguez [16] y Caballero *et al.* [13], basados en estadísticas de atención en servicios de salud, concluyen que son casos en donde prevalecen las mujeres menores de edad e involucra a agresores conocidos. Por otra parte, y considerando el perfil del agresor y su modo para consumar el hecho, los agresores desconocidos son violentos, usan la fuerza o la amenaza con armas, mientras los agresores conocidos no usan armas, pero

usan la fuerza, la intimidación o el engaño, y el delito lo cometen en su domicilio o en el de la víctima [17].

Dado que los estudios basados en registros hospitalarios son pocos y circunscritos a una sola institución o ciudad, usar esta fuente de información para establecer los patrones de presunta VS en personas que consultaron los servicios de salud ubicados en cinco municipios diferentes del suroccidente de Colombia, entre el 2014 y 2016, fortalece el análisis y profundiza en el conocimiento de la problemática. Los resultados permiten reconocer su complejidad e identificar los factores y contextos que acompañan el fenómeno.

Método

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional y retrospectivo, el cual finalizó con un análisis exploratorio de correspondencia múltiple [18].

Muestra de estudio

La muestra efectiva final se logró con la consolidación de cinco bases de datos de los municipios de Cali, Palmira, Villa Rica, Santander de Quilichao y Tumaco, estructuradas a partir de un proyecto marco de evaluación del cumplimiento de la Resolución 0459 del 2012 [19]. Estas bases de datos incluyeron el total de registros clínicos de cinco hospitales ubicados en cada uno de los cinco municipios, que cumplieron con los siguientes criterios de selección: NNA y adultos valorados por presunta VS entre el 2014 y el 2016, persona atendida en el servicio de urgencias, persona que llegó con orden judicial para ser valorada por presunta VS según narración de la víctima o la de su acompañante.

VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables incluidas en el estudio fueron:

1. Características sociodemográficas de la víctima, en donde se consideró: edad, género, estado civil, tipo de vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Contexto de la VS, es decir, las circunstancias de tiempo, lugar, persona y modo como se somete y silencia a la víctima del delito [20]. En este sentido, los contextos en este estudio reflejan el municipio donde ocurrió el hecho; su lugar de ocurrencia; el vínculo con el agresor, que permitió categorizar el delito como intrafamiliar y extrafamiliar [6]; con quién vive la víctima; estrategia usada por el agresor para acercarse y estrategia usada por el agresor para silenciar a la víctima.
3. Nivel de complejidad del hospital donde se atendió a la víctima de presunta VS y tiempo de atención

prioritaria postasalto sexual, según lo expuesto en la Resolución 0459 de 2012 [19].

Un mayor detalle de estas variables y sus conceptos se presenta en el Anexo 1.

Gestión de datos

El acceso a los registros hospitalarios se logró por medio del proyecto marco “Evaluación del cumplimiento de la Resolución 459 del 2012”. Los investigadores presentaron al nivel directivo de cinco instituciones hospitalarias la relevancia y los alcances del proyecto y solicitaron su aval. Se construyó una lista de chequeo que recolectó los datos de interés en el estudio, con base en dicha resolución.

Procesamiento y análisis de datos

El análisis estadístico se hizo con el *software* XLSTAT-Premium versión 2010, con licencia de uno de los autores. En el análisis descriptivo se usó el promedio como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión; a las variables cualitativas se les calcularon las razones y proporciones.

Para comparar la diferencia entre variables sociodemográficas de la víctima de presunto delito sexual y los del contexto de la VS por grupos de edad (< 14 años y ≥ 14 años) se usó el test de ji cuadrado, considerando un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Finalmente, se realizó un análisis de correspondencia múltiple (ACM) para explorar los patrones de VS valorados en cada uno de los municipios donde se ubicaron los hospitales fuentes de información. El ACM es una técnica estadística exploratoria cuyo objetivo es resumir un volumen alto de datos que describen un evento de un grupo de individuos (observaciones) en un número reducido de factores, con la menor pérdida de información posible. Es un modelo de análisis que, desde un punto de vista gráfico, permite identificar potenciales correlaciones entre las categorías de un grupo de variables. La visualización de estas relaciones en un plano cartesiano muestra el grado de correlación y variación por medio de la proximidad relativa de los puntos. Así los individuos que compartan categorías similares estarán muy próximos, y los que no, estarán lejanos [18].

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Libre, Seccional Cali, según Acta 02 de 2016, con previo aval de las instituciones fuentes de información. De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 [21], se trató de un estudio con riesgo menor que el mínimo.

Resultados

Entre el 2014 y el 2016 se registraron 230 casos valorados, según orden judicial, como casos de presunta VS. De acuerdo con los resultados del análisis descriptivo, el año en el cual se evaluó mayor número de víctimas fue en el 2015 y la mayor proporción de estos fue aportada por el municipio de Tumaco. Se identificaron 13 casos de mujeres por cada hombre. El municipio con mayor dispersión en la edad de las víctimas de presunta VS fue Palmira y el de menor fue Villa Rica.

La denuncia del delito la hizo la madre de la víctima en 77 % de los casos y 42,2 % de las víctimas residían

en estratos socioeconómicos bajos. De estas, el 62 % se encontraba afiliado al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el 43,9 % de los casos, el acto sexual se consumó en la residencia de los NNA (véase Tabla 1).

En la mayoría de los municipios se presentaron más casos de VS en menores de 14 años, excepto en Palmira y Santander de Quilichao, donde la frecuencia de casos en NNA mayores de 14 años fue superior. Al comparar la distribución de casos entre los municipios considerando la edad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas (véase Tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las presuntas víctimas de delito sexual vinculadas al estudio según municipio

Características sociodemográficas		Municipio				
		Cali N (%)	Palmira N (%)	Villa Rica N (%)	S. de Quilichao N (%)	Tumaco N (%)
Edad	Promedio	14,43	30,39	10,92	10,02	14,0
	Desviación estándar	10,16	17,43	3,00	11,79	9,6
Sexo	Femenino	44 (19,13)	24 (10,43)	11 (4,78)	45 (19,57)	89 (38,70)
	Masculino	2 (0,87)	2 (0,87)	6 (2,61)	1 (0,43)	6 (2,61)
Estado civil	Soltero	40 (17,39)	15 (6,52)	17 (7,39)	41(17,83)	76 (33,04)
	Casado/unión libre	6 (2,61)	2 (0,87)	0 (0,00)	4 (1,74)	19 (8,26)

Tabla 2. Relación entre edad de las víctimas de presunta violencia sexual, datos sociodemográficos y contexto del hecho

Variables	Categorías	< 14 años	≥ 14 años	Valor de p*
		n (%)	n (%)	
Municipio	Cali	25 (59,5)	17 (40,5)	0,000
	Palmira	8 (30,8)	18 (69,2)	
	Villa Rica	13 (76,5)	4 (23,5)	
	Santander de Quilichao	19 (41,3)	27 (58,7)	
	Tumaco	68 (68,7)	31 (31,3)	
Sexo de la víctima	Femenino	117 (54,9)	96 (45,1)	-
	Masculino	16 (94,1)	1 (5,9)	
Con quién vive la víctima	Padre	104 (73,8)	37 (26,2)	0,000
	Familiares	24 (42,9)	32 (57,1)	
	Conocidos	5 (15,2)	28 (84,8)	
Vínculo con el agresor	Familiar	63 (62,4)	38 (37,6)	0,244
	Conocido	53 (54,1)	45 (45,9)	
	Desconocido	18 (58,1)	13 (41,9)	

Variables	Categorías	< 14 años	≥ 14 años	Valor de p^*
		n (%)	n (%)	
Estrategia usada por el agresor para someter a la víctima	Uso de amenaza	3 (50,0)	3 (50,0)	0,054
	Uso del chantaje/extorsión	20 (71,4)	8 (28,6)	
	Uso del engaño	36 (73,5)	13 (26,5)	
	Uso de la fuerza	16 (28,6)	40 (71,4)	
	Puesta en incapacidad de resistir*	59 (64,8)	32 (35,2)	
Estrategia usada por el agresor para silenciar a la víctima**	Uso de amenaza	38 (60,3)	25 (39,7)	0,050
	Uso del chantaje/extorsión	25 (71,4)	10 (28,6)	
	Uso del engaño	30 (78,9)	8 (21,1)	
	Uso de la fuerza	31 (50,89)	30 (49,2)	

* El valor p contrasta la distribución de cada variable según la edad.

** Para esta variable, el n fue de 197.

El número de víctimas que acudieron a los servicios de urgencias para ser valoradas por presunta VS como caso no prioritario en relación con los que fueron valorados como casos prioritarios (triaje I y II) mostró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,000$).

Finalmente, a partir del análisis de la gráfica de sedimentación (véase Figura 1) se puede identificar los factores que están más relacionados con las categorías de las variables en análisis y las agrupa en el ACM. Así, se pasa de una gran cantidad de categorías a unos pocos factores que reúnen las categorías que están más cercanas entre sí. En este sentido, cuanto mayor es el valor propio (eje Y), mayor es la inercia (eje Z) y mayor es la cantidad de varianza total explicada por las categorías de cada variable

agrupadas por los dos factores (eje X). En resumen, el gráfico de sedimentación muestra: 1) el grupo de factores derivados de la combinación de las categorías de las variables incluidas en el estudio. Sin embargo, para efectos de la continuación del análisis, se seleccionan solo los dos primeros factores con los valores propios más altos (véase eje Y) en relación con los otros factores. Estos dos factores explican el 54,28 % de la varianza; por lo que se seleccionan para el ACM; 2) los datos de la inercia relativa y porcentual, representados en el eje Z, muestran la variación explicada por cada factor, y 3) los valores propios comienzan a formar una línea recta después del segundo factor. Con base en estas observaciones, se seleccionan los dos primeros factores para el ACM.

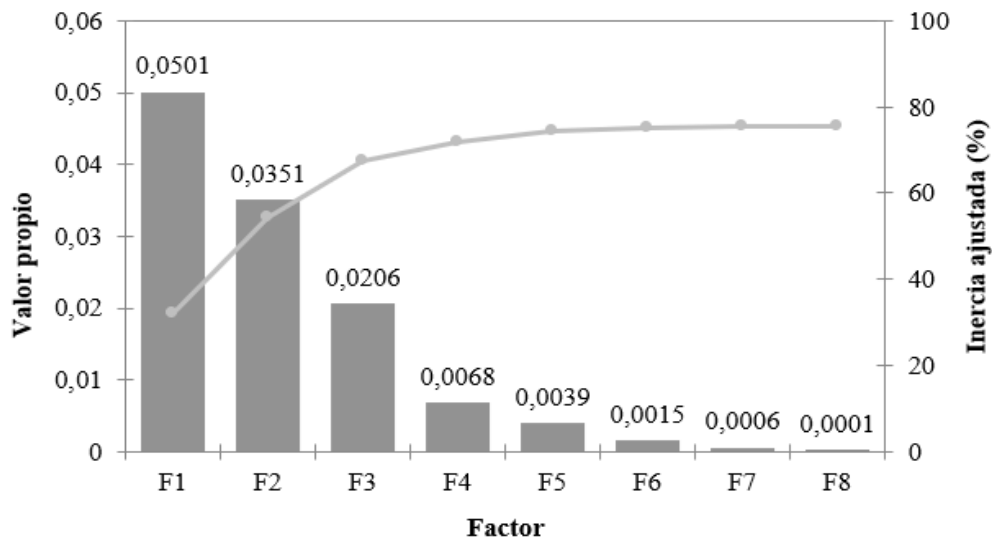


Figura 1. Valores propios e inercia ajustada por cada factor

El ACM analizó un total de ocho variables y 30 categorías de variables para obtener una solución general con 2 factores en 184 observaciones (víctimas de presunta VS) (véase Figura 2).

En el centro del plano cartesiano (o centroide) de la Figura 2 se puede observar que la mayoría de las víctimas de presunta VS son mujeres, menores de 14 años, solteras y silenciadas a través del chantaje o el engaño. Por otra parte, y de acuerdo con la proximidad geométrica entre los vectores de las categorías de las variables presentadas en la figura, se identifican cuatro patrones de VS:

- El primer patrón se da en el municipio de Cali (cuadrante 1). Las categorías están cercanas al centro de la gráfica o centroide. Son casos que dan origen a un patrón de contexto de VS mixta en relación con el vínculo con el agresor. Se identifica el agresor familiar (intrafamiliar) y el conocido (extrafamiliar); involucra tanto a NNA como mujeres. Sus agresores usan la amenaza tanto para abordar o someter las víctimas como para silenciarlas.

- El segundo patrón se presenta en Villa Rica (cuadrante 1), el cual concentra los casos de contextos intrafamiliares y la agresión se genera contra menores cuyos agresores abordan o someten a las víctimas de presunta VS a través de estrategias como el engaño y el chantaje o la extorsión. De igual forma, silencian a las víctimas haciendo uso del chantaje o la extorsión.
- El tercer patrón ocurre en el municipio de Tumaco (cuadrante 2 y 3), el cual reúne los casos en donde el agresor fue un desconocido (extrafamiliar), que involucran a menores de 14 años, quienes son abordados o sometidos mediante el chantaje o la extorsión, o son puestos en incapacidad de resistir y silenciados a través del engaño, o por chantaje o extorsión.
- El cuarto y último patrón (cuadrante 4) se presenta en los municipios de Palmira y Santander de Quilichao. El agresor es conocido (extrafamiliar), involucra a las víctimas mayores de o igual a 14 años, en unión libre o casada, sometidas y silenciadas con el uso de la fuerza.

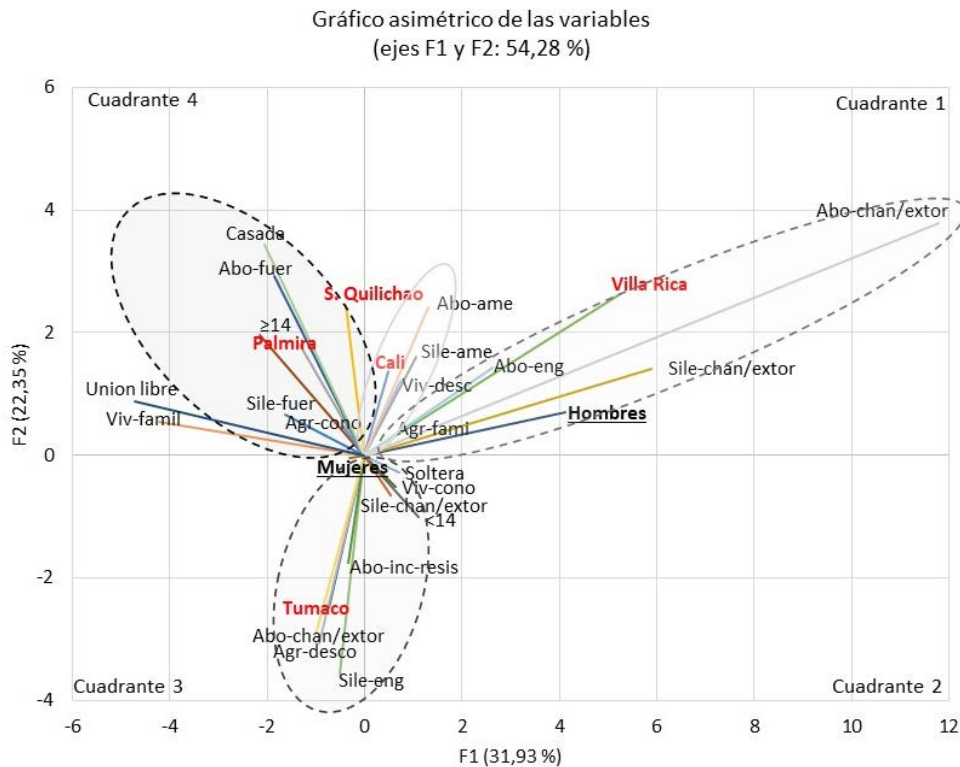


Figura 2. Análisis de correspondencia múltiple de los casos de presunta violencia sexual valorados en el servicio de urgencias de cinco hospitales ubicados en municipios del suroccidente de Colombia entre 2014 y 2016.

Nota: Agr-fami: agresor familiar; Agr-cono: agresor conocido; Agr-desc: agresor desconocido; Abo-ame: abordaje por medio de amenaza de atentar contra padres o cuidadores si hay resistencia o por el uso de armas; Abo-chan/extor: abordaje por medio de chantaje o extorsión por el ofrecimiento de dádivas; Abo-eng: abordaje por medio de engaño en donde hay uso de mentiras; Abo-fuer: abordaje por medio de uso de la fuerza; Abo-inc-resis: abordaje por medio de víctima puesta en incapacidad de resistir por suministro o consumo de alcohol; Sile-ame: silenciamiento mediante uso de la amenaza; Sile-chan/extor: silenciamiento mediante uso de chantaje o extorsión; Sile-eng: silenciamiento mediante uso del engaño; Sile-fuer: silenciamiento mediante uso de la fuerza.

Discusión

La VS prevalece en mujeres jóvenes y en NNA con patrones que pueden diferir entre países y en un mismo país [3,4].

Según los registros de atención en servicios de salud, la presunta VS incluye la edad temprana, el género femenino y víctimas residentes en estratos socioeconómicos bajos [22]. Un estudio reciente reportó resultados consistentes para las Américas, en donde menores de 17 años han experimentado abuso físico, sexual o emocional, lo que corresponde a más de 99 millones de niños en América Latina y el Caribe, y más de 40 millones en América del Norte [23]. Además, estudios en Colombia reconocen que ser menor de edad aumenta el riesgo de ser víctima de presunta VS, dado que involucra poco conocimiento sobre qué es y como ocurre la VS, lo cual es aprovechado por sus agresores y se asocia con mayor riesgo de reincidencia [17,24]. En este estudio, la edad temprana sobresalió, al presentarse mayor frecuencia en menores de 14 años, y principalmente del sexo femenino, en donde el agresor varió por municipio: en unos, el más frecuente fue el padre; en otros, el conocido. La frecuencia de víctimas mayores que o iguales de 14 años con agresor conocido fue baja. En este perfil, no solo influye la mayor madurez mental de la víctima, sino también el hecho que presenta altos niveles educativos [23,24].

Los agresores sexuales conocidos o familiares usan la intimidación del hogar de la víctima o de su propia residencia para acceder al menor haciendo uso de la confianza, el engaño o dádivas. Además, hacen uso de estrategias para involucrar al menor y callarlo para que no denuncie; la interacción sexual se vuelve un secreto [23]. En este estudio, los resultados mostraron que el agresor abordó o sometió a las víctimas menores de 14 años a través del engaño, el chantaje y la extorsión, resultados que contrastaron con el abordaje a víctimas mayores de 14 años, en donde la estrategia consistió en el uso de la fuerza y la amenaza con armas.

Desde los años noventa, el uso del ACM ya mostraba su utilidad para la definición de patrones de delitos llamados “tipologías” o “perfiles epidemiológicos”. Bouvier *et al.*, en 1999 [24], adelantaron un estudio en el que se indagó por los patrones de abuso sexual infantil, considerando características de la víctima como edad y sexo; vínculo con el agresor y variables agravantes del delito, como el acceso y la recurrencia. Con base en esto, dos factores les permitieron distinguir tres tipologías o patrones de delito: 1) la agresión sexual por parte de un desconocido, sin contacto y episodio único; 2) la agresión por parte de un conocido, en un contexto intrafamiliar, con edad de inicio a los 8 años o más, y 3) repetición de la agresión por periodos de más de dos años, involu-

crando caricias y penetración. El patrón intrafamiliar fue un hallazgo similar al de este estudio, en donde también predominó el menor de 14 años.

Por su parte, Mota *et al.* [25], usando el método de ACM, clasificaron la violencia contra mujeres en tres grupos, de acuerdo con la gravedad de la lesión, y resaltan que el modelo estadístico les permitió incluir no solo variables sociodemográficas, sino también obtener hallazgos clínicos a la valoración que, según la gravedad de las lesiones, les permitieron definir patrones. En el presente estudio, este tipo de análisis no fue viable, dado que no se recolectaron datos relacionados con el tipo de lesiones. Sin embargo, vale resaltar que en los casos revisados se identificó un patrón de presunta VS en víctimas mayores de 14 años, quienes fueron accedidas y silenciadas mediante el uso de la fuerza, por lo cual en este grupo de víctimas es posible que durante la valoración se hayan identificado lesiones de diferente gravedad.

Kataguirí *et al.*, en el 2018 [26], también buscaron establecer la relación entre el perfil sociodemográfico y la exposición a VS usando como variable complementaria el vínculo con el agresor. Los resultados de su estudio dejaron en evidencia cuatro patrones, uno de los cuales muestra asociación entre los agresores —padre y conocido— con eventos que se consuman en el domicilio en niños varones entre 0 y 9 años. Este patrón estuvo presente en los resultados de este estudio; sin embargo, contrasta la edad de la víctima, la cual fue mayor que o igual a 14 años. Utilizando como soporte la distribución de las categorías en el plano cartesiano, Kataguirí *et al.* [26] concluyeron que la VS tiene las mismas características independientemente del número de habitantes de los municipios. Esta situación no se observó en este estudio; por el contrario, cuando se analizan los resultados a la luz de los contextos sociales de los municipios fuente de información, hay diferencias que resultan ser coherentes con el patrón.

En este orden de ideas, el patrón de VS en Cali se muestra cercano al centro del plano cartesiano, por lo cual se puede decir que involucra agresiones sexuales mixtas en relación con el vínculo con la víctima (intra y extrafamiliares), la edad y son delitos que mezclan sometimientos e inducciones a silencio, por medio de estrategias intimidantes y con el uso de la fuerza. Según datos del Observatorio de Seguridad de Cali, la VS en este municipio se comete con el uso de armas, y en los casos en donde la víctima está en edad temprana, no denuncia por amenazas o chantajes [27].

Por su parte, el patrón presente en el municipio de Villa Rica es de VS intrafamiliar y de edad temprana en las víctimas. Esto puede explicarse en relación con lo que señala un estudio de caracterización del municipio, que describe un contexto municipal con altos índices de violencia, y a cuidadores, padres o acudientes laborando

en el sector agrícola, en los parques industriales o en oficios varios, que los obligan a dejar a los NNA al cuidado de familiares o conocidos [28]. La ausencia de los padres o cuidadores favorecen este tipo de delitos [15].

El patrón de VS en Tumaco involucró al agresor desconocido (extrafamiliar) en mayores de 14 años con puesta en incapacidad de resistir. Tumaco es un municipio impactado por la violencia asociada al conflicto armado, que aún hoy predomina a pesar de los acuerdos de paz de 2016. Estos grupos crean dinámicas que aprovechan las condiciones de pobreza y déficit de oportunidades del territorio, lo que hace susceptible que NNA y mujeres queden en riesgo de ser violentados sexualmente en ambientes de fiesta, consumo de sustancias psicoactivas y alcohol [29].

Por otra parte, el patrón de VS extrafamiliar, de acuerdo con el vínculo con el agresor (conocido), predominó en los municipios de Santander de Quilichao y Palmira. Son delitos favorecidos por la ausencia del cuidador, ausencia tanto intencional (abandono) como no intencional, debido a las actividades ocupacionales de los padres [15]. Según los reportes estadísticos de Palmira [30], este es el municipio que tiene la mayor proporción de casos de agresiones cometidas por no familiares en comparación con las cometidas por agresores familiares, caracterización similar a la de Santander de Quilichao [31] y consistente con los hallazgos de este estudio.

Limitaciones del estudio

Estos resultados no pueden ser generalizados a la población víctima de presunta VS valorada en servicios de salud que reside en otros municipios o áreas geográficas, o incluso en otros centros de atención en salud de los mismos municipios donde se adelantó el estudio.

Son datos retrospectivos recolectados a partir de registros hospitalarios que adolecen mucho de completitud. Son eventos de VS que se reportan más allá de las 72 horas postsalto, lo cual deja en evidencia el sesgo del recuerdo o la no respuesta de la víctima a preguntas hechas por el profesional que la atiende cuando este no recrea un ambiente de seguridad, confianza y confort.

Por otra parte, se desconoce qué tan estandarizado está el formato de entrevistas entre los médicos asistenciales para evaluar si todos orientan bien el proceso de indagación del hecho.[†] Sin embargo, por la ausencia, en varios relatos, de información que diera cuenta de cómo fueron abordadas o sometidas las víctimas, así como la forma como el agresor induce a callar la denuncia, se podría decir que la estandarización es baja.

La variable “hora de ocurrencia del hecho” o datos como las actividades que se encontraba realizando la víctima al momento de la agresión no fueron recolectados en el total de los registros incluidos en el estudio, por lo cual se eliminaron del análisis, dejando por fuera unas características que hubiesen podido explicar un poco más las similitudes entre los diferentes contextos identificados o incluso las mismas diferencias, como es el caso de las agresiones sexuales en Tumaco. A pesar de estas limitaciones, a la fecha es el primer estudio en la región del suroccidente de Colombia que describe los patrones de VS en cinco municipios a partir de registros hospitalarios usando el ACM.

Los resultados deben ser valorados con cuidado, puesto que las gráficas son instrumentos de información, pero no un procesamiento de datos, por lo cual cualquier conclusión es solo una interpretación, mas no una afirmación de significancia estadística de lo observado.

Conclusiones

Los hallazgos a partir de registros hospitalarios dejan en evidencia un patrón similar a la epidemiología en general del evento: los grupos vulnerables son NNA y mujeres jóvenes de bajos estratos socioeconómicos. En términos generales, este delito se comete hacia el interior del núcleo familiar, espacio que debería ser de cuidado y protección. Esto sugiere que las políticas y los programas futuros deben centrarse en el abuso intrafamiliar. En este caso, se requieren intervenciones estructurales que apoyen a padres que dejan a sus hijos al cuidado de terceros, para garantizar la seguridad en la municipalidad y con ello la protección y el desarrollo de los NNA.

Uno de los patrones de VS identificado ubica al delito en localidades en donde el narcotráfico y las milicias perpetran los diferentes tipos de violencia e involucran a mujeres jóvenes solteras y NNA menores de 14 años. En estos contextos, el análisis de posibles medidas de prevención es mucho más complejo y se requiere de más estudios que orienten las acciones.

Finalmente, el estudio demuestra la relevancia de la recolección de datos de calidad (completos, consistentes y coherentes) en los registros asistenciales. El sistema de salud tiene una enorme responsabilidad en su tarea de capacitar al personal encargado de la atención de estos casos, darles sostenibilidad a los programas y mejorar la calidad de los datos, lo cual implica sostenibilidad en la capacitación y mayor control y monitoreo del registro en las historias clínicas, las cuales, frente a un proceso judicial, se convierten en pruebas en los estrados judiciales.

[†] En [32] pueden leerse las recomendaciones para orientar bien un proceso de indagación

Declaración de fuentes de financiación

El reanálisis de la bases de datos del proyecto marco se adelantó con recursos propios de los investigadores.

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Declaración de responsabilidad

La responsabilidad por las ideas expuestas en el artículo corresponde exclusivamente a los autores y no comprometen a ninguna institución en particular.

Declaración de autoría

Todos los autores contribuyeron en el diseño del estudio, el análisis e interpretación de los resultados, en la escritura y revisión final del manuscrito.

Referencias

1. Van Berlo W, Ploem R. Sexual violence. Knowledge file. Utrecht, The Netherlands: Utrecht, The Netherlands [internet]; 2018 [citado 2023 ene. 18]. Disponible en: https://rutgers.international/wp-content/uploads/2021/09/knowledge_file_Sexual_violence.pdf
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al., editores. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud [internet]; 2003 [citado 2023 sep. 15]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>
3. Hillis S, Mercy J, et al. Global Prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20154079. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
4. Borumandnia N, Khadembashi N, et al. The prevalence rate of sexual violence worldwide: A trend analysis. *BMC Public Health*. 2020;20(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09926-5>
5. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Forensis. Datos para la vida 2019. Herramienta para la interpretación y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [internet]; 2019 [citado 2023 ago. 13]. Disponible en: https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/788933/Forensis_2019.pdf
6. Fischer DG, McDonald WL. Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1998;22(9):915-29. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(98\)00063-5](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(98)00063-5)
7. Loinaz I, Bigas N, de Sousa AM. Comparing intra and extrafamilial child sexual abuse in a forensic context. *Psicothema*. 2019;31(3):271-6. DOI: <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.351>
8. The Global Health Observatory. Non-partner sexual violence prevalence. World Health Organization; 2023.
9. Dworkin ER, Krahé B, Zinzow H. The global prevalence of sexual assault: A systematic review of international research since 2010. *Psychol Violence*. 2021;11(5):497-508. DOI: <https://doi.org/10.1037%2Fvio0000374>
10. Abrahams N, Devries K, Watts C, et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: A systematic review. *Lancet*. 2014;383(9929):1648-54. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62243-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62243-6)
11. Avegno J, Mills TJ, Mills LD. Sexual assault victims in the emergency department: Analysis by demographic and event characteristics. *J Emerg Med*. 2009;37(3):328-34. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2007.10.025>
12. Riviello RJ, Rozzi HV. Evaluation and management of the sexually assaulted or sexually abused patient. *American College of Emergency Physicians* [internet]; 2016 [citado 2023 ene. 15]. Disponible en: <https://www.acep.org/forensicmedicine/newsroom/fm-newsroom-articles/sept-2023/eval-and-management-of-SA>.
13. Caballero Blanco VA, Gómez Sandoval P, Narváez Sánchez CM. Cumplimiento del protocolo para la atención integral en salud a víctimas de violencia sexual en un servicio de pediatría en Bogotá, Colombia. *Medicina* [internet]. 2019 [citado 2023 sep. 23]; 41(4):322-18. Disponible en: <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/1478>
14. Santarem MD, Marmontel M, Pereira NL, et al. Epidemiological profile of the victims of sexual violence treated at a referral center in southern Brazil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2020;42(09):547-54. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1715577>
15. Beauregard E, Leclerc B, Lussier P. Decision making in the crime commission process: Comparing rapists, child molesters, and victim-crossover sex offenders. *Crim. Justice Behav*. 2012;39(10):1275-95. DOI: <https://doi.org/10.1177/0093854812453120>
16. Noreña C, Rodríguez SA. Violencia sexual en un municipio de Colombia: características de las víctimas y de sus victimarios, 2011-2020. *Biomédica*. 2022;42(3):492-507. DOI: <https://doi.org/10.7705/biomedica.6460>
17. Balaguera Rojas M del P. Aproximación al perfil criminal del violador en serie en Colombia. *Episteme*. 2013;(5):5-18. DOI: <https://doi.org/10.15332/27113833.1973>
18. Glynn D. Correspondence analysis: Exploring data and identifying patterns. In Glynn D, Robinson J, editors. *Corpus methods for semantics. Quantitative studies in polysemy and synonymy* (pp. 443-86). Paris: John Benjamins; 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.3144.3363>
19. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0459, por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual (2012 mar. 6).
20. Popa AE, Arslan H, Icbay MA, Butvilas T. Contextual approaches in sociology. Popa AE, editor. Bristol: Peter Lang Group; 2016.
21. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [internet]. 1993 oct. 4 [citado 2021 ago. 31]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
22. Haider A, Kamran S, et al. A study of female sexual offences in the year 2013 at DHQ Hospital Dera Ismail Khan. *Ann Pak Inst Med Sci*. [internet] 2014 [citado 2022 nov. 14]; 10(4):187-92. Disponible en: https://apims.net/apims_old/Volumes/Vol10-4/A%20study%20of%20female%20sexual%20offences%20in%20the%20year%202013%20at%20DHQ%20hospital%20Dera%20Ismail%20Khan.pdf

23. Devries K, Knight L, Petzold M, et al. Who perpetrates violence against children? A systematic analysis of age-specific and sex-specific data. *BMJ Paediatr Open*. 2018;2(1):e000180. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2017-000180>
24. Bouvier P, Halpérin D, Rey H, et al. Typology and correlates of sexual abuse in children and youth: multivariate analyses in a prevalence study in Geneva. *Child Abuse Negl*. 1999;23(8):779-90. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(99\)00050-2](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(99)00050-2)
25. Mota JCD, Vasconcelos AGG, Assis SGD. Correspondence analysis: A method for classifying similar patterns of violence against women. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(6):1397-406. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600020>
26. Kataguirí LG, Scatena LM, et al. Characterization of sexual violence in a state from the southeast region of Brazil. *Texto Contexto. Enferm*. 2019;28. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0183>
27. Muñoz V, Cardona S. *Violencia sexual en personas residentes en el Valle del Cauca*. Beau Bassin: Editorial Académica Española; 2017.
28. Alcaldía de Villa Rica. Informe rendición de cuentas a la ciudadanía. Vigencia 2018. Villa Rica, Cauca: Alcaldía de Villa Rica, Cauca; 2018.
29. Bautista Revelo AJ, Capacho Niño B, Martínez Osorio M. *Posconflicto y violencia sexual. La garantía de la interrupción voluntaria del embarazo en los municipios priorizados para la paz*. Bogotá: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia [internet]; 2018 [citado 2022 nov. 14]. Disponible en: <https://www.dejusticia.org/publication/posconflicto-y-violencia-sexual/>
30. Alcaldía de Palmira. Anuario estadístico de Palmira. Violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual. 2020. Palmira, Valle: Alcaldía de Palmira, Cámara de Comercio de Palmira [internet]; 2020 [citado 2023 ene. 18]. Disponible en: https://ccpalmira.org.co/anuarios/palmira/anuario_2020/pdf/8violenciaintrafamiliar.pdf
31. Alcaldía de Santander de Quilichao. Informe de gestión Santander de Quilichao 2018. Santander de Quilichao, Cauca: Alcaldía de Santander de Quilichao, Cauca [internet]; 2018 [citado 2021 ago. 31]. Disponible en: <https://santanderdequilichao-cauca.gov.co/Transparencia/ControlyRendiciondeCuentas2/INFORME%20DE%20GESTION%202018%20ALCALDIA%20MUNICIPAL.pdf>
32. World Health Organization. WHO Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. 2007.

Anexo. Información suplementaria. Variables incluidas en el estudio con su respectiva codificación

Las variables incluidas en el estudio fueron:

4. Características sociodemográficas de la víctima en donde se consideró:
 - a. Edad, la cual, considerando la edad mínima a la que un menor de edad puede consentir relaciones sexuales, se categorizó como < 14 años y ≥ 14 .
 - b. Género: masculino y femenino.
 - c. Estado civil: soltero, casado y en unión libre.
 - d. Tipo de vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud: subsidiado y contributivo.
5. Contexto de la VS, es decir, las circunstancias de tiempo, lugar, persona y modo como se somete y silencia a la víctima una agresión [22]. En este sentido, los contextos en este estudio reflejan:
 - a. Municipio donde ocurrió el hecho: Tumaco, Villa Rica, Santander de Quilichao, Cali y Palmira.
 - b. Lugar de ocurrencia del hecho: categorizada de acuerdo con el vínculo con el agresor del hecho en intrafamiliar y extrafamiliar [23].
 - c. Vínculo con el agresor, la cual se categorizó como: agresor familiar (Agr-fami), agresor conocido (Agr-cono) y el agresor desconocido (Agr-desc).
 - d. Con quién vive la víctima, con padres, familiares o conocidos.
 - e. Estrategia usada por el agresor para acercarse, abordar o someter a la víctima en donde se consideró:
 - La amenaza que describe atentar contra padres o cuidadores si hay resistencia o por el uso de armas (Abo-ame).
 - El chantaje o extorsión por el ofrecimiento de dádivas (Abo-chan/extor).
 - El engaño en donde hay uso de mentiras (Abo-eng).
 - El uso de la fuerza, evidenciada a través del relato de violencia física (Abo-fuer).
 - Víctima puesta en incapacidad de resistir por suministro o consumo de alcohol (Abo-inc-resis).
 - f. Estrategia usada por el agresor para silenciar a la víctima, es decir, la forma de evitar ser denunciado por parte de la víctima:
 - Uso de la amenaza (Sile-ame).
 - Uso de chantaje o extorsión (Sile-chan/extor).
 - Uso del engaño (Sile-eng).
 - Uso de la fuerza (Sile-fuer).
6. Nivel de complejidad del hospital donde se atendió el caso: categorizado como mediana o baja complejidad.
7. Tiempo de atención prioritaria postsalto sexual, categorizada según Resolución 0459 de 2012:
 - a. Triage I: cuando la víctima de presunta vs ingresa al servicio con orden judicial para su valoración médica en las primeras 72 horas de ocurrida la victimización.
 - b. Triage II: cuando el ingreso de la víctima de presunto delito sexual con orden judicial llega para valoración 72 horas después de la victimización, excepto que la víctima acuda con ideación depresiva, de muerte o suicida, sangrado vaginal o uretral severo secundario a trauma, retraso menstrual, entre otros signos y síntomas que demanda atención prioritaria.
 - c. Triage III, correspondiente a la víctima sin prioridad de atención, que involucró los casos que llegaron para valorar por presunta VS más allá de 72 horas sin riesgos físicos o psicológicos asociados al evento.