

Artículo de Investigación

Situación de la violencia sexual en Colombia, 2012-2016

Situation of sexual violence in Colombia, 2012-2016

Situação da violência sexual na Colômbia, 2012-2016

Luis-Albeiro **Perdomo-Sandoval**; Gloria-del-Pilar **Cardona-Gómez**;
Lenis-Enrique **Urquijo-Velásquez**

Cómo citar este artículo

Perdomo-Sandoval Luis-Albeiro; Cardona-Gómez Gloria-del-Pilar; Urquijo-Velásquez Lenis-Enrique. Situación de la violencia sexual en Colombia, 2012-2016. Revista Colombiana de Enfermería. 2019, v. 18, n. 1, e003.

<https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2340>

Recibido: 2018-06-03; aprobado: 2019-02-27

Luis-Albeiro Perdomo-Sandoval: Enfermero, especialista en Epidemiología General, magíster en Epidemiología. Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0003-1987-5037>

albeirodeperdomo@hotmail.com

Gloria-del-Pilar Cardona-Gómez: Psicóloga, especialista en Epidemiología General, magíster en Antropología Social. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0003-3559-6169>

cardonagloria@unbosque.edu.co

Lenis-Enrique Urquijo-Velásquez: Médico cirujano, especialista en Gerencia de Servicios de Salud. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0001-9037-330X>

leurquijo@yahoo.com

RESUMEN

Objetivo: determinar la prevalencia y las características de la violencia sexual en Colombia durante el periodo 2012-2016. **Método:** se realizó un estudio cuantitativo y descriptivo de todos los casos de violencia sexual reportados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) del 2012 al 2016. **Resultados:** en el periodo 2012-2016, se reportaron al Sivigila 73.986 casos de violencia sexual, de los cuales el 74,78% ocurrió en las cabeceras municipales; el 65,91% en las viviendas; el 88% de las víctimas eran mujeres y el 49,92% adolescentes. De los agresores, el 91,90% eran hombres con edad promedio de 30 años y el 50,65% no convivía con la víctima. De las víctimas, el 26,1% recibió profilaxis para el VIH/sida y el 17,0% para el virus de la hepatitis B; al 45,42% se le proporcionó atención

en salud mental, el 31,84% fue remitido a protección y el 56,99% fue reportado a las autoridades competentes. **Conclusión:** en los 73.986 casos de violencia sexual se encontró un ascenso de la prevalencia que va del 13,45% en el 2012 al 27,96% en el 2016, siendo las mujeres en los ciclos vitales de adolescencia, infancia y la primera infancia las principales víctimas de violencia sexual de agresores hombres con edad promedio de 30 años.

Palabras clave: violencia sexual; víctimas sexuales; vigilancia en salud pública; impactos en la salud; prevalencia; servicios de salud; profilaxis posexposición; violencia contra la mujer; víctima de abuso sexual; abuso sexual.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and characteristics of sexual violence in Colombia during the period between 2012-2016. **Materials and methods:** A quantitative and descriptive study of all cases of sexual violence reported to SIMIGILA from 2012 to 2016 was conducted. **Results:** 73,986 cases of sexual violence were reported to SIMIGILA, 74.78% of which occurred in the municipal capitals with 65.91% of the cases occurring in the homes of the victims. 88% of the victims were women and 49.92% of the total number of victims were teenagers. 91.90% of the aggressors were men, who on average were 30 years old. 50.65% of the aggressors did not live with the victim. 26.1% of the victims received prophylaxis for HIV / AIDS, 17.0% received prophylaxis for the hepatitis B virus, 45.42% received mental health care, 31.84% of the victims were referred to protection, and 56.99% were reported to the competent authorities. **Conclusion:** Of the 73,986 cases of sexual violence, a rise in prevalence was found, starting with 13.45% of the cases occurring in 2012 and rising to 27.96% of the cases occurring in 2016. The principle victims were women in the vital life cycles, adolescence, infancy and early infancy, and the primary aggressors were males of an average 30 years of age.

Key words: sexual violence; sexual victims; public health surveillance; impacts on health; prevalence; health services; post-exposure prophylaxis; violence against women; victim of sexual abuse; sexual abuse.

RESUMO

Objetivo: determinar a prevalência e as características da violência sexual na Colômbia no período de 2012 a 2016. **Materiais e métodos:** foi realizado um estudo quantitativo e descritivo de todos os casos de violência sexual reportados ao SIMIGILA durante o período de 2012 a 2016. **Resultados:** 73.986 casos de violência sexual foram notificados ao SIMIGILA, dos quais 74,78% ocorreram nas capitais municipais; 65,91% dos casos ocorreram nas residências; 88% das vítimas eram mulheres; do total de vítimas, 49,92% eram adolescentes. 91,90% dos agressores eram homens com idade média de 30 anos e 50,65% dos agressores não moravam com a vítima. 26,1% das vítimas receberam profilaxia para HIV/AIDS, 17,0% receberam profilaxia para o vírus da hepatite B, 45,42% receberam cuidados de saúde mental, 31,84% foram encaminhadas para proteção e 56,99% dos casos foram comunicados às autoridades competentes. **Conclusão:** dos 73.986 casos de violência sexual, foi encontrado um aumento na prevalência, variando de 13,45% para 2012 a 27,96% para 2016; sendo mulheres nos ciclos de vida, adolescência, infância e primeira infância as principais vítimas de violência sexual de agressores do sexo masculino com idade média de 30 anos.

Palavras-chave: violência sexual; vítimas sexuais; vigilância em saúde pública; impactos na saúde; prevalência; serviços de saúde; profilaxia pós-exposição; violência contra as mulheres; vítima de abuso sexual; abuso sexual.

INTRODUCCIÓN

La *violencia sexual* es un acto no consentido y violento que afecta la integridad moral, espiritual, física y psicológica de las víctimas, generando consecuencias negativas durante el curso de su vida (1-3). Por ser un acto violento, va en contra del respeto de los derechos fundamentales de la persona, situación ligada a la inequidad por motivos de género, la diferencia de poder basada en la edad, las costumbres

y creencias en torno a la virilidad (4). Esta acción violenta ha sido objeto de estudio por diferentes disciplinas como la sociología, las ciencias forenses y las ciencias de la salud con enfoques metodológicos y conceptuales diversos; sin embargo, la mayoría de los investigadores concuerdan en definirla como una situación social, judicial y de salud en la cual emergen diversos problemas en la salud física y mental de las

víctimas como el estrés postraumático, la ansiedad, la depresión, la baja autoestima, así como los sentimientos de pena y miedo a ser juzgados y rechazados por la sociedad (5). Por ejemplo, algunas mujeres con antecedentes de violencia sexual en la adolescencia han experimentado un desarrollo negativo en su sexualidad (5-9).

La evidencia existente explica la variabilidad de la incidencia de la violencia sexual con la vulnerabilidad de las víctimas, asociando el riesgo con las características intrínsecas de la persona y sus condiciones de vida socioeconómica y cultural desfavorables (10). La disparidad en edad, los eventos adversos durante la infancia (el abuso físico, sexual y emocional), la falta de apoyo social, la situación económica desfavorable, la baja escolaridad, el tamaño del hogar (familia numerosa) y la orientación sexual (homo o bisexualidad), el consumo de alcohol y drogas, la falta de oportunidades, las creencias familiares y la población étnicamente diversa generan grupos con mayor riesgo de violencia sexual (11-15).

Estudios realizados en diversas partes del mundo sobre las características de las víctimas, el lugar de la agresión y el tiempo de ocurrencia del evento han confirmado que las mujeres entre los 12 y 18 años, solteras, provenientes del área urbana y con nivel académico bajo son el grupo de mayor riesgo de ser víctimas de violencia sexual (16-20). Con respecto al escenario de la agresión sexual, la vivienda del agresor, la vivienda de la víctima y lugares poco concurridos registran el mayor número de casos teniendo en cuenta que se han presentado hechos de violencia sexual en sitios como áreas industriales, comercio, zonas de servicios, granjas, y en sitios de deporte y atletismo (21). El verano y la noche suelen ser la época del año y el momento del día con mayor incidencia de estos eventos (21, 22).

Los victimarios implicados en la violencia sexual en su mayoría han sido hombres menores de 45 años, con una edad superior con respecto a la víctima; las mujeres se han implicado más en las violencias relacionadas con dinero, como son la trata y explotación de personas (23). Usualmente, el agresor proviene de un seno familiar, social y cultural desfavorable que ha influenciado y deter-

minado el comportamiento narcisista, en cuya forma de pensar y actuar imperan las fantasías de sexo forzado, la coerción sexual y el dominio físico y psicológico; además, se ha encontrado que en algunos casos de violencia sexual, el agresor ha ejercido el suficiente dominio emocional y psicológico sobre la víctima que la imposibilita para acceder a los mecanismos de protección judicial y de atención en salud; en estos eventos, se ha identificado que el agresor tiene una relación cercana con la víctima o la familia (23, 24).

Adicionalmente, otros estudios muestran que la agresión se presentó en edades que oscilan entre los 4 y los 50 años, con mayor prevalencia en las mujeres y adolescentes (25). Los picos de agresión se presentaron en los meses de febrero y diciembre; las condiciones geográficas desfavorables, los grupos minoritarios en cuanto a raza, etnia, cultura y orientación sexual podrían tener el mayor riesgo de ser víctimas de violencia sexual en Colombia (26, 27). La falta de atención integral de los casos de violencia sexual por parte de la familia y la sociedad, aunado a las deficiencias en los procesos médico-legales en el país, han incrementado los ciclos de revictimización sexual en un 93% (28-30).

Desde el 2012, en el país se han registrado cambios políticos, legislativos y de atención en salud en torno al abordaje de las consecuencias y repercusiones de la violencia sexual sobre la salud física y mental de las víctimas. Estos cambios están enfocados en la prevención, el reporte, la investigación, la atención y el seguimiento de las personas afectadas por la violencia sexual, y parten de la base de que la violencia sexual es una problemática social, prevenible, de origen multicausal, que requiere la vigilancia obligatoria y la atención integral y oportuna por parte del Estado (31).

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente artículo tiene como fin determinar la prevalencia y características de la violencia sexual en Colombia durante el periodo comprendido entre el 2012 y el 2016, considerando las características de los implicados (víctimas y agresores), ubicación geográfica del evento y el tipo de atención en salud que recibieron las víctimas en el momento de recurrir a la institución prestadora de servicios de salud.

Los resultados de este estudio aportarán información relevante a la comunidad social, científica y administrativa. Por un lado, identificará algunas fortalezas y debilidades de la vigilancia epidemiológica en violencia sexual e intrafamiliar por parte de las Unidades Primarias Generadoras de Datos. Por otro lado, la descripción del problema en tiempo, lugar y persona de todas las violencias sexuales captadas por el SIVIGILA en el periodo de estudio permitirá a la comunidad académica, científica y administrativa perfilar acciones encaminadas a la investigación y gestión del riesgo para la prevención de las violencias sexuales en Colombia.

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo y descriptivo cuya unidad de análisis y de información fueron todos los registros de los casos de violencia sexual captados por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) durante el periodo 2012-2016. Los datos de las variables de interés en violencia sexual definidas en el Protocolo sobre violencia de género e intrafamiliar fueron recolectadas a través de su respectiva ficha de notificación en las Unidades Primarias Generadoras de Datos que atendieron a las víctimas de violencia sexual en el territorio colombiano en el periodo seleccionado. Las bases de datos fueron obtenidas con la respectiva autorización de la referente nacional en violencia de género e intrafamiliar en Colombia.

Se consolidó una base de datos en Excel versión 2010, en la cual se importaron solo los casos relacionados con violencia sexual, descartando los de violencia no sexual como la violencia física, la violencia psicológica y la violencia por negligencia o abandono. Se evaluó la calidad y homogeneidad de los datos recolectados para cada variable de interés, como características de las víctimas de violencia sexual (edad, sexo, género y procedencia); características del agresor (edad, sexo, género y procedencia); escenario de ocurrencia del evento sexual violento (zona rural, urbana), y tipo de atención que recibió la víctima en la institución prestadora de servicios de salud. Se contemplaron los criterios de tabulación definidos en el diccionario de datos de la ficha de notificación para violencia sexual. Los datos se procesaron en Excel versión 2010 y el programa SPSS.

De conformidad con lo establecido en la declaración de Helsinki (32) sobre los principios éticos para la investigación médica en seres humanos y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio se clasifica como una investigación sin riesgo (33).

RESULTADOS

Como se observa en la Figura 1, entre el 2012 y el 2016 se notificaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) 73.986 casos de violencia sexual; un total de 9.951 eventos (13,45%) se presentaron en el 2012 y 20.686 casos (27,96%) en el 2016.



Figura 1. Comportamiento de los casos de violencia sexual en Colombia, 2012-2016

Características sociodemográficas de las víctimas

Sexo

Las mujeres fueron las principales víctimas de violencia sexual con un total de 64.835 casos que corresponden al 88% del total, comparado con los 9.151 hombres afectados, que equivalen al 12% de los casos.

Ciclo de vida

En la Tabla 1 se muestra la distribución de la violencia sexual según este parámetro; en orden descendente, los grupos de edad más afectados fueron la adolescencia, la infancia y la primera infancia. La etapa de vida con menos víctimas corresponde a los adultos mayores de 60 años.

Ciclo vital individual	Número de víctimas	Porcentaje (%)
Primera infancia (0-5 años)	10.478	14,2
Infancia (6-11 años)	15.928	21,5
Adolescencia (12-18 años)	35.455	47,9
Juventud (19-26 años)	6.323	8,5
Adultez (27-59 años)	5.458	7,4
Envejecimiento y vejez (60 años o más)	341	0,5
Sin datos	3	0,004
Total	73.986	100

Tabla 1. Distribución de la violencia sexual según ciclo vital individual de las víctimas, Colombia 2012-2016

Orientación sexual

Pese a que en el Protocolo sobre violencia de género e intrafamiliar se resalta la importancia de identificar la orientación sexual de las víctimas y que el sistema de vigilancia dispone de las variables específicas bajo la categoría orientación sexual, se encontró que los registros no fueron diligenciados, motivo por el cual no se obtuvo información al respecto.

Identidad de género

Los registros existentes de los 73.986 casos de violencia sexual que ocurrieron en el periodo 2012-2016 en Colombia carecen de datos que permitan caracterizar a los afectados según su identidad de género a pesar de que la ficha de notificación y vigilancia para las violencias de género e intrafamiliar incluye el código 875 correspondiente a la variable “IDEN_GENE” con sus categorías 1 = masculino, 2 = femenino, 3 = transgénero, 4 = intergénero y 5 = otro.

Consumo de sustancias psicoactivas

El 2,62% (1.936 casos) de las víctimas consumían sustancias psicoactivas, pero no el 69,38% (51.328 casos); sin embargo, se determinó que el 28,01% (20.722 casos) carecía de información referente a esta variable de interés.

Antecedentes de violencia

De los 73.986 casos de violencia sexual reportados en el periodo, el 92,46% (68.405 casos) no tenía antecedentes de violencia, el 5,37% (3.975 casos) sí los presentaba y el 2,17% (1.606 casos) de los registros carecía de información referente a esta variable.

Distribución geográfica

Entre el 2012 y el 2016, los departamentos con mayor número de casos de violencia sexual en Colombia, en orden descendente, fueron: Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca (véase Tabla 2). Según el área de ocurrencia del evento, la violencia sexual notificada al Sivigila se presenta más frecuentemente en las cabeceras municipales, puesto que allí ocurre el 74,78% de los casos.

Departamento	Número de víctimas de violencia sexual	Porcentaje (%)
Antioquia	13.699	18,52
Bogotá	8.625	11,66
Valle del Cauca	6.622	8,95
Huila	3.516	4,75
Nariño	3.251	4,39
Cesar	2.629	3,55
Cauca	2.452	3,31
Cundinamarca	2.312	3,12
Meta	1.843	2,49
Otros	29.037	39,25
Total	73.986	100,00

Tabla 2. Distribución de la violencia sexual según el departamento donde ocurre el evento, Colombia 2012-2016

Escenarios donde se presentan los casos de violencia sexual

El mayor número casos de violencia sexual en Colombia se presentó en las viviendas, la vía pública y en los centros educativos (véase Tabla 3).

Escenario de la agresión	Frecuencia absoluta	Porcentaje (%)
Vivienda	48.762	65,91
Vía pública	8.838	11,95
Centros educativos	1.996	2,70
Espacios terrestres al aire libre	1.883	2,55
Establecimiento comercial	691	0,93
Lugares de esparcimiento con expendio de alcohol	517	0,70
Oficina o edificio de oficina	377	0,51
Otros escenarios no determinados por las víctimas	10.922	14,76
Total	73.986	100,00

Tabla 3. Distribución de la violencia sexual según escenario, Colombia 2012-2016

Características sociodemográficas de los agresores

Sexo

Los hombres fueron implicados en el 91,90% (66.971) de los eventos, mientras que las mujeres fueron responsables del 5,5% (3.507) de los casos de violencia sexual en Colombia durante el periodo estudiado. El 5,5% de los 73.986 casos carecía de información de los victimarios relativa al sexo. Esto significa que en el periodo 2012-2016 por cada mujer agresora hubo 19 hombres implicados en casos de violencia sexual.

Ciclo de vida

La edad promedio de los agresores reportados en el periodo estudiado fue de 30 años. Al agrupar las edades por ciclo vital individual del agresor, se determinó que la adultez y la adolescencia son las etapas en las que se concentró el mayor número; sin embargo, hubo 94 agresores (0,13%) ubicados en la primera infancia, cuyas víctimas fueron niños y niñas de menor edad, y 2.118 agresores (2,86%) en la infancia.

Durante el periodo 2012-2016, del total de 73.986 casos de violencia sexual reportados, el 84,93%, es decir, 62.839 de los eventos, registró la edad del agresor, pero el 15,06% (11.147 casos) carecía de este registro (véase Tabla 4).

Ciclo vital individual	Número de agresores	Porcentaje (%)
Primera infancia (0-5 años)	94	0,13
Infancia (6-11 años)	2.118	2,86
Adolescencia (12-18 años)	16.385	22,15
Juventud (19-26 años)	15.052	20,34
Adultez (27-59 años)	24.075	32,54
Envejecimiento y vejez (60 años o más)	5.115	6,91
Sin datos	11.147	15,07
Total	73.986	100,00

Tabla 4. Distribución de los agresores en casos de violencia sexual según ciclo vital individual, Colombia 2012-2016.

Parentesco del agresor con la víctima

La ficha de notificación para la vigilancia de violencias de género con código 875 carece de variables estandarizadas que permitan la identificación del parentesco de la víctima con el agresor.

Convivencia del agresor con la víctima

El 50,65% (37.471 casos) de las víctimas en el momento del acto sexual violento no convivían con el agresor mientras que el 23,49% (17.383 casos) de los violentados sí lo hacían; adicionalmente, en el 25,86% (19.132) de los eventos no se contó con información sobre la convivencia con el agresor.

Atención en salud que recibieron las víctimas de violencia sexual

La Tabla 5 muestra que de los 73.986 casos de violencia sexual reportados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) durante el periodo 2012-2016 solo el 26,1% (19.316) recibió profilaxis para vih/sida y el 17,0% (12.573) para la hepatitis b; el 45,4% (33.607) fue atendido en el servicio de salud mental; el 31,8%

(23.559) de las víctimas fueron remitidas a protección y el 57,0% (42.168) de los casos fueron reportados a las autoridades competentes.

Con respecto a la recolección de evidencia médico-legal, y a pesar de ser considerada como elemento probatorio esencial para la investigación objetiva de los casos de violencia sexual en Colombia, no se encontraron datos reportados.

Tipo de atención en salud	Sí recibió la profilaxis		No recibió la profilaxis		Sin registros		Total de víctimas por tipo de atención	
	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)	Número	Porcentaje (%)
Profilaxis VIH/sida	19.316	26,1	45.384	61,3	9.286	12,6	73.986	100,0
Profilaxis hepatitis b	12.573	17,0	34.997	47,3	26.416	35,7	73.986	100,0
Atención en salud mental	33.607	45,4	36.902	49,9	3.477	4,7	73.986	100,0
Remitidas a protección	23.559	31,8	27.269	36,9	23.158	31,3	73.986	100,0
Reportadas a las autoridades competentes	42.168	57,0	27.765	37,5	4.053	5,5	73.986	100,0
Recolección de evidencia médico-legal	0	0,0	0	0,0	73.986	100,0	73.986	100,0

Tabla 5. Distribución según el tipo de atención en salud que recibieron las víctimas de violencia sexual en Colombia, 2012-2016

Atención en salud que recibieron las mujeres en edad fértil y víctimas de violencia sexual

Anticoncepción de emergencia

De las 20.504 mujeres entre los 15 y los 44 años de edad que fueron víctimas de violencia sexual entre el 2012 y el 2016, el 46,5% (9.545) no recibió este tipo de atención, el 30,2% (6.189) de las afectadas sí contó con ella; en el 23,3% restante (4.770) no se encontraron datos sobre este aspecto; con esto queda la incertidumbre de si la victima la requería o no.

Orientación sobre interrupción voluntaria del embarazo

De las 20.504 mujeres entre los 15 y los 44 años de edad reportadas al Sivigila, el 54,32% (11.137) no recibió esta orientación; el 33,32% (6.831) sí; en el 12,37% (2.536) de los casos reportados en este grupo etario no se obtuvo información al respecto.

DISCUSIÓN

Durante el periodo 2012-2016 se determinó un incremento progresivo de los casos de violencia sexual ocurridos en Colombia y reportados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila); para el primer año (2012) los casos de violencia sexual fueron dos veces menos comparados con el total de casos notificados en el 2016. Estos resultados son consecuentes con la tendencia reportada en el 2016 por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el análisis comparativo de los casos de violencia sexual que ocurrieron en Colombia entre el 2014 y el 2016 (28). Este incremento de víctimas de violencia sexual en los últimos años podría explicarse por la adherencia al Protocolo de vigilancia de las violencias de género por parte del personal encargado de la atención y notificación de las víctimas de violencia sexual. Eventualmente, esta tendencia también

podría estar influenciada por el mejoramiento en la toma de decisiones y empoderamiento de la mujer en denunciar la violencia sexual. Por lo tanto, es necesario desarrollar nuevas investigaciones que aborden de manera específica dichas relaciones con el propósito de determinar las posibles causas que puedan explicar el incremento de la violencia sexual en Colombia, desde la situación social y cultural de las víctimas de violencia sexual y desde la adherencia a las políticas y estrategias para la atención y seguimiento de los afectados por la violencia sexual.

Los resultados confirman que los individuos con mayor riesgo de ser víctimas violencia sexual son mujeres en la adolescencia, la infancia y la primera infancia (en orden de mayor a menor frecuencia); sin embargo, este acto sexual violento se puede presentar a cualquier edad y cualquier sexo puede convertirse en víctima. Aunque en el Protocolo sobre violencia de género e intrafamiliar se resalta la importancia de identificar la orientación sexual e identidad de género en el sistema de vigilancia, aún no se evidencia el diligenciamiento de dichas variables (7, 15, 19, 20, 25, 28).

El perfil de la víctima de violencia sexual en Colombia descrita en este estudio concuerda con las cifras del análisis comparativo del 2016 realizado por Cabelus y Sheridan (28) sobre los casos de violencia sexual ocurridos entre el 2014 y el 2016. Según dicho análisis, se presentaron cifras ascendentes en los últimos tres años y el porcentaje de mujeres afectadas pasó de un 84,8% (año 2014) a un 85% (año 2016), comparado con el 88% de las mujeres captadas por el Sivigila en el periodo 2012-2016. Por lo anterior, se puede inferir que los dos sistemas concuerdan en definir a la mujer con edades entre 0 y 17 años en mayor riesgo de ser víctima de actos de violencia sexual en Colombia.

Sin embargo, al confrontar las características de riesgo para violencia sexual implícitas en la ficha de notificación con las referidas en la literatura científica, se determinó que el sistema de vigilancia para la violencias de género no indaga sobre los siguientes atributos de riesgo: antecedentes de violencia sexual, número de compañeros sexuales, nivel instructivo en salud sexual, nivel de pobreza o dependencia econó-

mica y antecedentes propios de la familia, como sistema de creencias, disfuncionalidad familiar, incapacidad de la familia para permitir el desarrollo de la autonomía, presencia de un varón sin parentesco biológico, violencia sexual previa en los progenitores y pertenecer a familias reconstituidas (5).

Según los resultados, hombres con edad promedio de 30 años y que no convivían con la víctima fueron los más implicados en los delitos de violencia sexual en Colombia durante los años de 2012 a 2016. En cuanto al parentesco del agresor con la víctima, la ficha de notificación para la vigilancia de las violencias de género carece de una variable estandarizada que permita identificar dicho parentesco. Estudios enfocados al análisis de las condiciones del contexto que podrían predisponer a una persona a asumir el rol de agresor en violencia sexual han encontrado factores como el historial de exposición a violencia física durante la infancia, el consumo excesivo de alcohol, el ser menor de 45 años y disponer de ingresos familiares bajos (19, 24).

Al 61,3% (45.384) de las 73.986 víctimas de violencia sexual reportadas al Sivigila no se les proporcionó profilaxis para el vih/sida, con una ausencia de datos del 12,6% (9.286). El 47,30% (34.997) de los afectados no recibió profilaxis para el virus de la hepatitis b, con una ausencia de registros del 35,7% (26.416) contrastado con el total de las víctimas. Se identificaron limitaciones como la falta de algunos datos referentes a esta variable, la ficha de notificación para las violencias de género carece de un atributo que permita identificar la pertinencia de la profilaxis o no, según las características del acto sexual violento. Este hallazgo podría estar reflejando las limitaciones que tiene el Sivigila en lo referente a la detección del riesgo frente a la infección del vih-sida y hepatitis b como consecuencia de la violencia sexual, lo cual podría incrementar el daño en la salud de las víctimas y poner en riesgo la salud de los colectivos, como resultado de un manejo inadecuado del riesgo.

Más de la mitad de las mujeres víctimas de violencia sexual no recibió anticoncepción de emergencia. Se identificaron limitaciones como la falta de registros completos y la falta de una variable que indague sobre el deseo y la necesidad de la víctima de recibir o

no la anticoncepción de emergencia. Estos hallazgos reflejan poca adherencia por parte de los profesionales de la salud en la atención integral, registro y notificación de las actividades en salud brindada a las víctimas de violencia sexual en los años de 2012 a 2016. Por lo tanto, sería pertinente abordar un estudio de casos y controles que permita indagar las posibles circunstancias implicadas en la carencia de la anticoncepción de emergencia; como también, se requeriría un estudio de seguimiento que revele los posibles desenlaces de las mujeres que no recibieron la anticoncepción de emergencia en Colombia.

Se identificó que más de la mitad de las víctimas no recibieron las actividades establecidas en el Protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual como la atención en salud mental y la remisión a las actividades de protección y seguimiento, encaminadas al manejo de las consecuencias psicoemocionales y a la prevención de la revictimización. Esta situación refleja quizás la falta de empoderamiento institucional en la intervención y el seguimiento integral e interdisciplinario a los afectados por violencia sexual, lo que podría incurrir en secuelas irreversibles en la salud mental y psicológica de la víctima (5, 6, 8).

Analizando el comportamiento del reporte de las víctimas de violencia sexual a las autoridades competentes, se identificó que en el periodo 2012-2016 la frecuencia del reporte se incrementó de manera secuencial; sin embargo, hubo ausencia en los registros relacionados con la recolección de muestras biológicas. La inadecuada notificación podría dificultar la intervención y el seguimiento integral de las víctimas de violencia sexual y también podría considerarse como una barrera para la creación e implementación de políticas, intervenciones y estrategias enfocadas en prevenir las violencias de género en Colombia (28, 30).

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los funcionarios de la biblioteca de la Universidad El Bosque por las contribuciones para el acceso a las fuentes bibliográficas.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

FINANCIACIÓN

Estudio financiado con recursos propios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Hiquet J, Gromb-Monnoyeur S.** Men victim of sexual assault of concern into the first Emergency Medical Unit for Victims of Assaults in France. *J. Forensic Leg. Med.* 2013, 20(7), 836-41.
<https://doi.org/10.1016/j.jflm.2013.06.024>
2. **Powers RA.** Predictors of self-protective behaviors in non-sexual violent encounters: The role of victim sex in understanding resistance. *Soc. Sci. Res.* 2014, 48, 279-94.
<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2014.07.003>
3. **Kamiya Y, Timonen V, Kenny RA.** The impact of childhood sexual abuse on the mental and physical health, and healthcare utilization of older adults. *Int Psychogeriatr.* 2016, 28(3), 415-22.
<https://doi.org/10.1017/s1041610215001672>
4. **Calvo G, Camacho R.** La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enferm Global.* 2014, 13(33), 424-39.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100022
5. **Dallos MI, Pinzón-Amado A, Barrera CA, Mujica JA, Meneses YR.** Impact of sexual violence on the Victims' Mental Health in Bucaramanga, Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 2008, 37(1), 56-65.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000100005&lng=en&nrm=iso
6. **Miller KE, Cranston CC, Davis JL, Newman E, Resnick H.** Psychological outcomes after a sexual assault video intervention: a randomized trial. *J Forensic Nurs.* 2015, 11(3), 129-36.
<https://doi.org/10.1097/jfn.0000000000000080>
https://journals.lww.com/forensicnursing/Fulltext/2015/07000/Psychological_Outcomes_After_a_Sexual_Assault.3.aspx

7. **Frías SM, Finkelhor D.** Victimization of Mexican youth (12-17 years old): a 2014 National Survey. *Child Abuse Negl.* 2017, 67, 86-97.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.013>
8. **Machado CL, de Azevedo, RCS, Facuri CO, Vieira MN, Fernandes AS.** Posttraumatic stress disorder, depression, and hopelessness in women who are victims of sexual violence. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011, 113(1), 58-62.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.10.016>
9. **Kelley EL, Gidycz CA.** Labeling of sexual assault and its relationship with sexual functioning: the mediating role of coping. *J Interpers Violence.* 2015, 30(2), 348-66.
<https://doi.org/10.1177/0886260514534777>
10. **Blake MdT, Drezett J, Vertamatti MA, Adami F, Valenti VE, Paiva AC, et ál.** Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women. *BMC Womens Health.* 2014, (14):15.
<https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-15>
11. **Gilmore AK, Lewis MA, George WH.** A randomized controlled trial targeting alcohol use and sexual assault risk among college women at high risk for victimization. *Behaviour Research and Therapy.* 2015, 74(supl. C), 38-49.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.007>
12. **Chaffin M, Kelleher K, Hollenberg J.** Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect.* 1996, 20(3), 191-203.
[https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(95\)00144-1](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(95)00144-1)
13. **Carabellese F, Maniglio R, Greco O, Catanesi R.** The role of fantasy in a serial sexual offender: a brief review of the literature and a case report. *J Forensic Sci.* 2011, 56(1), 256-60.
<https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2010.01536.x>
14. **Eiden C, Cathala P, Fabresse N, Galea Y, Mathieu-Daudé J, Baccino E, et ál.** A case of drug-facilitated sexual assault involving 3,4-methylenedioxy-methylamphetamine. *J Psychoactive Drugs.* 2013, 45(1), 94-97.
<https://doi.org/10.1080/02791072.2013.763573>
15. **Friedman MS, Marshal MP, Guadamuz TE, Wei C, Wong CF, Saewyc EM, et ál.** A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *Am J Public Health.* 2011, 101(8), 1481-94.
<https://doi.org/10.2105/ajph.2009.190009>
16. **Johnson ID, Hiller ML.** Rural location and relative location: adding community context to the study of sexual assault survivor time until presentation for medical care. *J Interpers Violence.* 2016, August.
<https://doi.org/10.1177/0886260516663900>
17. **Heerde JA, Scholes-Balog KE, Hemphill SA.** Associations between youth homelessness, sexual offenses, sexual victimization, and sexual risk behaviors: a systematic literature review. *Arch Sex Behav.* 2015, 44(1), 181-212.
<https://doi.org/10.1007/s10508-014-0375-2>
18. **Yun I, Jung S, Yoo J.** Disability and violent victimization in a national sample of adolescents: a longitudinal study. *Violence Vict.* 2015, 30(6), 1099-1116.
<https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-14-00008>
19. **Cerdas L, Arroyo C, Gómez A, Holst I, Angulo Y, Vargas M, et ál.** Epidemiology of rapes in Costa Rica: characterization of victims, perpetrators and circumstances surrounding forced intercourse. *Forensic Sci Int.* 2014, 242, 204-9.
<https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2014.06.006>

20. Restrepo-Gutiérrez AC, Salcedo-Cifuentes M, Bermúdez-Escobar A. Violencia sexual en jóvenes de 10 a 19 años. Cali, 2001-2006. *Rev Salud Pública*. 2009, 11(6), 887-97.
<https://doi.org/10.1590/s0124-00642009000600005>
21. Sharaf ED, Abeer AI, Elkholy SMS, Metwally ES, Farag HA. Pattern of female sexual assault in Qalyubia Governorate, Egypt, during the period from 2009 to 2013: a retrospective study. *Am J Forensic Med Pathol*. 2015, 36(4), 276-84.
<https://doi.org/10.1097/PAF.0000000000000182>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26196269>
22. Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandmaison G, Banasr A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci. Int.*. 2003, 131(2), 125-30.
[https://doi.org/10.1016/s0379-0738\(02\)00427-9](https://doi.org/10.1016/s0379-0738(02)00427-9)
23. Fiestas F, Rojas R, Gushiken A, Gozzer E. Who is the victim and who the offender in intimate partner physical violence? An epidemiological study in seven cities of Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012, 29(1), 44-52.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22510906>
24. Guimarães J, Villela WV. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011, 27(8), 1647-53.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000800019>
25. Thureau S, Blanc-Louvry IL, Thureau S, Gricourt C, Proust B. Conjugal violence: a comparison of violence against men by women and women by men. *J. Forensic Leg. Med*. 2015, 31, 42-46.
<https://doi.org/10.1016/j.jflm.2014.12.014>
26. Ohayi RS, Ezugwu EC, Chigbu CO, Arinze-Onyia SU, Iyoke CA. Prevalence and pattern of rape among girls and women attending Enugu State University Teaching Hospital, southeast Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015, 130(1), 10-13.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.017>
27. Badejoko OO, Anyabolu HC, Badejoko BO, Ijarotimi AO, Kuti O, Adejuyigbe EA. Sexual assault in Ile-Ife, Nigeria. *Niger Med J*. 2014, 55(3), 254-9.
<https://doi.org/10.4103/0300-1652.132065>
28. Cabelus N, Sheridan G. Forensic investigation of sex crimes in Colombia. *J Forensic Nurs*. 2007, 3(3-4), 112-6.
<https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2007.tb00096.x>
29. Orchowski LM, Untied AS, Gidycz CA. Social reactions to disclosure of sexual victimization and adjustment among survivors of sexual assault. *J Interpers Violence*. 2013, 28(10), 2005-23.
<https://doi.org/10.1177/0886260512471085>
30. Frank O. Victimización y violencia sexual en el conflicto armado en Colombia. 2015, 19(2), 173-86.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339643529009>
31. Carrasco E. El problema del sujeto activo del delito de violación y sus posibles vacíos legales. *Ius et Praxis*. 2007, 13(2), 137-55.
<https://doi.org/10.4067/s0718-00122007000200007>
32. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*. 2000, 6(2), 321-34.
<https://doi.org/10.4067/s1726-569x2000000200010>
33. Lopera MM. Revisión comentada de la legislación colombiana en ética de la investigación en salud. *Biomédica*. 2017, 37(4), 577-89.
<https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i4.3333>