

Diferencias regionales en la atención integral de salud en agresión sexual aguda en Chile

Regional differences in comprehensive health care for acute sexual assault in Chile

Camilo Sepúlveda-Quicipul¹
Dahianira M. Camacho-Monclova²

RESUMEN

Objetivos. En 2023, Chile añadió la atención integral para la agresión sexual aguda en su programa de Garantías Explícitas en Salud. Este estudio tiene como objetivo evaluar su implementación comparando la prevalencia de casos entre regiones y según factores sociodemográficos.

Métodos. Se diseñó un estudio ecológico descriptivo para caracterizar la atención integral en agresión sexual aguda (GES 86) en Chile. Se calcularon tasas ajustadas para cada región y se estimaron tasas específicas por sexo, edad y relación víctima-agresor.

Resultados. Las regiones de Tarapacá, Antofagasta y Magallanes presentan las tasas ajustadas por edad más altas por 100.000 habitantes. Las mujeres fueron el mayor porcentaje de personas atendidas en todas las regiones. Los grupos etarios de 10-44 años en mujeres y 0-9 años en hombres además de los meses de enero y noviembre alcanzaron la mayor cantidad de casos. Respecto a la relación víctima-agresor, predominó la violencia ejercida por personas conocidas por la víctima (≈ 2200 casos).

Conclusiones. Este estudio resalta las desigualdades territoriales, de género, etarias y la alta proporción de agresores conocidos. La implementación del GES 86 debe ir acompañada de estrategias más amplias de prevención primaria, de derechos humanos y justicia social que eviten secuelas negativas en la salud de las sobrevivientes.

Palabras clave: Agresión sexual; política pública; salud pública.

ABSTRACT

Objectives. In 2023, Chile added comprehensive care for acute sexual aggression in its program *Garantías Explícitas en Salud (GES)*. This study aims to evaluate its implementation, comparing case prevalence between regions and by sociodemographic factors.

Methods. A descriptive ecological study was designed to characterize comprehensive care of acute sexual aggression (GES 86) in Chile. Adjusted rates were calculated for each region and specific rates were estimated for sex, age, and victim-aggressor relationship.

Results. The regions of Tarapacá, Antofagasta and Magallanes present the highest age-adjusted rates per 100.000 population. The highest percentage of people who sought services were women across all

Recibido el 11 de septiembre de 2025. Aceptado el 24 de noviembre de 2025.

1 ORCID: 0000-0002-2393-2113. Programa de Doctorado en Salud Pública, Instituto de Salud Poblacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Independencia 939, Independencia, Santiago, Chile. Correspondencia a: camilosepulveda@ug.uchile.cl

2 ORCID: 0000-0003-1408-2046. Programa de Doctorado en Salud Pública, Instituto de Salud Poblacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Independencia 939, Independencia, Santiago, Chile. Correspondencia a: dahianira.camacho@ug.uchile.cl

regions. Age ranges between 10-44 years in women, 0-9 years in men and the months of January and November had the highest number of cases. Regarding the victim-aggressor relationship, violence was perpetrated mainly by someone known (≈ 2200 cases) to the victim.

Conclusions. This study highlights territorial, gender, and age inequalities and the high proportion of known aggressors. The implementation of GES 86 must be completed alongside broader strategies of primary prevention, human rights and social justice that reduce negative sequelae in the overall health of survivors.

Keywords: Sexual aggression, public policy, public health.

INTRODUCCIÓN

La violencia sexual constituye una de las vulneraciones más graves de los derechos humanos y de la libertad e indemnidad sexual. La agresión sexual, una de las maneras de ejercer violencia sexual, ocurre cuando una persona participa de actos sexuales, como la penetración forzada (violación) o toqueteos sexuales indeseados (Centers for Disease Control and Prevention website, 2024) sin querer o sin consentir. Participar sin consentir puede ocurrir a través de la coerción, por inequidades de poder, por tener alguna diversidad funcional (discapacidad), y/o por influencia de alcohol o drogas (National Sexual Violence Resource Center, 2016). La violencia sexual puede de tener víctimas de cualquier género, raza, edad, etnicidad, religión, orientación sexual, ingreso o profesión, pero tiene una mayor prevalencia en mujeres (Borumandnia, y cols., 2020). El género, según la Organización Mundial de la Salud, es un determinante de la salud importante ya que comparte ejes de desigualdad e influye en la exposición a riesgos en salud, comportamientos para buscar servicios de salud y acceso a calidad de cuidado (WHO, 2021). Para el 2023, las Naciones Unidas de la Mujer estimaron que 1 de cada 3 mujeres experimentan violencia sexual o física en su vida (UN Women, 2023) y según UNICEF, globalmente, alrededor 1 de cada 7 niños y hombres hoy han sido sujetos a violencia sexual en su infancia (UNICEF, 2025).

Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia de género tiene consecuencias en la salud mental y física presentadas a través de lesiones, trastornos del sueño, embarazos no deseados y complicaciones en el embarazo en mujeres,

infecciones de transmisión sexual, VIH, depresión, ansiedad, pensamientos suicidas, trastorno de estrés postraumático e incluso la muerte (WHO, 2021). Además, tiene un fuerte impacto en la vida familiar, comunitaria y en la sociedad en su conjunto (Irish, y cols., 2010; Salvador, y cols., 2024). A largo plazo, la violencia de género en el hogar puede contribuir a una normalización de la violencia que puede repercutir en ciclos generacionales de abuso que se centran en el desbalance del poder actuados a través del machismo y estereotipos construidos de género (Adams, y cols., 2019). Las víctimas de violencia de género pueden ver limitada su capacidad de trabajar, lo que afecta negativamente no solo su economía, sino la de su entorno. Además, también puede afectar su cohesión social obstaculizando su habilidad de tejer relaciones saludables que la ayuden en la movilización social. Esto último, sumado a la exclusión social que pueden llegar a vivir por su experiencia, puede dificultar no solo su proceso de recuperación, sino la búsqueda de ayuda (Damonti, 2014).

La violencia sexual, además de ser una emergencia sanitaria, es un problema social que genera estigma, exclusión, barreras de participación y perpetúa ciclos intergeneracionales de violencia (Tharp, 2013).

En Chile, la mayoría de las víctimas son mujeres, muchas de ellas niñas y adolescentes, lo que acentúa la dimensión de género e infancia en este problema. Durante el año 2022, se atendieron a 1,715 personas en unidades de urgencia por violencia sexual aguda (quírase decir algún evento sexual ocurrido en las últimas 72 horas) (Ministerio de Salud de Chile, 2023a). De estas personas, 92,13% fueron mujeres y 7,87% fueron hombres. Un 29% de las mujeres atendidas tenían entre 10 y 17 años y 44% de los hombres tenían entre 0 a 9 años. Esta información disponible proviene mayoritariamente de denuncias, lo que deja en evidencia una “cifra negra” considerable, ya que gran parte de los casos no se reporta. Aun así, la tendencia en las denuncias ha ido en aumento, en parte por la mayor visibilización pública y la Reforma Procesal Penal que ha acortado los tiempos judiciales (Ministerio de Salud, 2016).

La Organización Panamericana de la Salud recomienda planes de prevención y control de esta problemática. Sin embargo, pocos países tienen protocolos a gran escala para la intervención preventiva primaria para poblaciones vulnerables como mujeres, personas de diversidad sex-género y migrantes (Segovia & Castillo, 2021). Las sobrevivientes de violencia representan una carga

significativa para el sistema de salud al requerir atención de emergencia, rehabilitación y apoyo psicológico (Rivara, 2017). En Costa Rica, existe el cuidado a nivel primario, hay una obligación de denunciar a las autoridades y se usa una serie de regulaciones y protocolos además de que se entrena al personal sanitario para atender estos casos (Sagot, 2008). Por otro lado, un *scoping review* que evaluó la provisión de servicios médico-legales en África Occidental encontró grandes lagunas en prestaciones legales y psicológicas para las víctimas, visibilizando así fallas no solo en la atención en la víctima sino en acciones preventivas para los agresores (Rockowitz y cols., 2023).

En el caso de Chile, el Estado ha reconocido el imperativo ético y político de enfrentar la violencia sexual, en coherencia con los compromisos internacionales suscritos en materia de derechos humanos. Bajo un enfoque de derechos, se ha establecido la necesidad de brindar atención integral a las víctimas, con líneas de acción orientadas a detener la violencia, proteger a las personas afectadas, evitar la revictimización y fortalecer la investigación judicial (Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual, 2016). Bajo la ley 19.966 del 2004, el Estado de Chile establece un régimen de Garantías Explicitas de Salud (GES) que son derecho de las personas afiliadas a cualquier seguro médico, ya sea público o privado. Esta ley garantiza acceso, oportunidad, protección financiera y calidad en 87 problemas de salud (Davis y cols., 2014). En este contexto, y considerando la magnitud del problema, desde el 1 de octubre de 2022 se incorporó la atención integral en agresión sexual aguda al sistema de GES, bajo la denominación GES 86 (Protocolo para la Atención Integral en Agresión Sexual Aguda, 2023) (Ministerio de Salud de Chile, 2023b). Este protocolo garantiza atención a toda persona que, dentro de las primeras 72 horas posteriores a una agresión sexual, refiera o se sospeche haber tenido contacto directo con los genitales de la persona agresora, con o sin intercambio de fluidos, y que pueda presentar daños físicos o psicológicos. Esta inserción de la atención a agresiones sexuales agudas reconoce la violencia sexual como un problema de salud pública y significa una nueva modalidad de intervención del sector salud, significando una responsabilidad de los profesionales de la salud para tratar y guiar a las víctimas. El GES 86 participa de la etapa de prevención secundaria (Ortiz-Barreda & Vives-Cases, 2012). En los casos de agresión sexual aguda ocurrida dentro de las 72 horas, se ofrecen servicios como

la administración de profilaxis para VIH e infecciones de transmisión sexual, la vacunación contra hepatitis B y, de corresponder, la entrega de anticoncepción de emergencia. Cuando la consulta ocurre después de las 72 horas, se mantiene la posibilidad de administrar anticoncepción de emergencia hasta las 120 horas posteriores.

A tres años de la inclusión de la atención de agresión sexual aguda en el GES, resulta importante evaluar la implementación de esta política pública. Por esta razón, este estudio tiene como objetivo general evaluar la implementación del GES 86 para la atención de agresión sexual aguda a nivel ecológico. Los objetivos específicos de este manuscrito son: 1) describir las tasas de atención por agresión sexual que implementan el GES 86, 2) comparar las tasas de atención por agresión sexual entre las distintas regiones de Chile, 3) evaluar la diferencia en tasas por factores sociales como género y edad y, 4) analizar la tendencia temporal de número de casos a nivel país.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio ecológico descriptivo con el objetivo de caracterizar la atención integral en agresión sexual aguda (GES 86) en Chile durante su primer año de implementación (2024). La unidad de análisis fueron las regiones administrativas del país, utilizando como fuentes de información los registros oficiales del Ministerio de Salud de Chile correspondientes a activaciones del GES 86, complementados con denominadores poblacionales provenientes de las proyecciones censales del Instituto Nacional de Estadísticas para el mismo año.

La población de estudio incluyó todos los casos de personas que consultaron por agresión sexual aguda (hasta 72 horas desde el evento) y que fueron atendidas bajo el protocolo del GES 86. Se excluyeron registros incompletos y duplicados.

La variable dependiente fue la tasa de atención por agresión sexual aguda bajo el GES 86, calculada por 100.000 habitantes ajustada por población regional. Como variables descriptivas se consideraron el sexo (mujeres y hombres), los grupos de edad (0–9, 10–17, 18–29, 30–44 y 45 años y más) y la relación víctima–agresor según los registros clínicos. A nivel territorial, se incluyó la región de residencia como variable de comparación.

Se calcularon tasas ajustadas de atención para cada región y se estimaron tasas específicas por sexo y edad. Los resultados se describieron mediante frecuencias absolutas, proporciones y tasas con sus respectivos intervalos de confianza del

95%. Para la comparación territorial se elaboraron mapas coropléticos de tasas ajustadas y, para las diferencias por sexo y edad, se utilizaron gráficos de barras y tablas descriptivas.

El estudio se basó en datos secundarios, agregados y anónimos, por lo que no se requirió consentimiento informado individual. Se resguardó la confidencialidad siguiendo la normativa vigente y el protocolo ministerial del GES 86. Dado el carácter ecológico del diseño, se consideró la posibilidad de incurrir en falacia ecológica y, por lo tanto, los resultados se interpretan únicamente en el nivel poblacional y territorial, sin realizar inferencias directas al nivel individual.

RESULTADOS

En el primer año de implementación del GES 86 se registraron importantes desigualdades territoriales

en la atención de casos por agresión sexual aguda. Las tasas ajustadas por edad más altas correspondieron a Tarapacá (51,2 por 100.000 habitantes), Aysén (42,2), Antofagasta (37,7) y Los Lagos (37,6), mientras que las más bajas se observaron en Atacama (17,0) y Ñuble (22,9). La Región Metropolitana, a pesar de exhibir una tasa intermedia (28,1), concentró el mayor número absoluto de casos (n=2.091), reflejando el peso poblacional de la zona.

La distribución por sexo mostró una clara predominancia de mujeres en todas las regiones. En ellas, las tasas superaron los 30 casos por 100.000 habitantes en Antofagasta, Tarapacá, Magallanes, en contraste con las cifras masculinas, cuya mayor tasa fue de 6,42 casos por 100.000 habitantes en Arica y Parinacota, seguida por Maule (5,44) y Tarapacá (5,26). En regiones como Aysén, Los Ríos y Magallanes no se registraron casos en hombres (Tabla 1).

Tabla 1: Tasas de atenciones de urgencias GES 86 por región. Chile, 2024.

Región	Casos Totales	Población Total	Tasa bruta total (×100.000)	Tasa ajustada total (×100.000)	Casos Mujeres	Casos Hombres	Tasa ajustada Mujeres (×100.000)	Tasa ajustada Hombres (×100.000)
Tarapacá	217	369,806	58.68	51.23	172	45	80.40	20.80
Aysén	41	100,745	40.70	42.26	39	2	79.54	4.16
Antofagasta	261	635,416	41.08	37.80	235	26	66.54	7.71
Los Lagos	332	890,284	37.29	37.68	281	51	62.29	11.86
La Araucanía	363	1,010,423	35.93	36.02	306	57	58.48	11.64
Coquimbo	302	837,657	36.05	35.75	264	38	60.55	9.26
Valparaíso	616	1,896,053	32.49	33.58	564	52	59.65	5.90
O'Higgins	325	987,228	32.92	33.57	290	35	58.52	7.32
Bío Bío	524	1,613,059	32.48	32.66	458	66	55.09	8.56
Maule	357	1,123,008	31.79	32.25	286	71	50.00	13.32
Los Ríos	124	398,230	31.14	31.57	113	11	55.31	5.89
Magallanes	47	166,537	28.22	28.95	47	0	57.19	0.00
Metropolitana	2,091	7,400,741	28.25	28.14	1,829	262	47.90	7.27
Arica y Parinacota	71	244,569	29.03	27.57	63	8	47.83	6.46
Ñuble	112	512,289	21.86	22.91	98	14	38.75	5.93
Atacama	54	299,180	18.05	17.26	49	5	30.79	3.22

En algunas regiones como Aysén, Los Ríos y Magallanes no se registraron casos en hombres.

El análisis por edad y sexo evidenció dos patrones distintos de vulnerabilidad: en mujeres, la carga de casos se concentró principalmente en la adolescencia temprana (10–14 años, n=1.029), seguida por los grupos de 15–24 años (n=1.572) y 25–44 años (n=1.276), lo que refleja un riesgo sostenido desde la adolescencia hasta la adultez joven. En hombres, el grupo con mayor frecuencia fue la

infancia temprana (0–9 años, n=336), lo que muestra una victimización diferenciada por género.

La tendencia temporal mostró una relativa estabilidad a lo largo del año, con descensos en los meses de mayo a julio y picos destacados en enero y noviembre, donde se alcanzaron los valores más altos de casos (superiores a 530) (Figura 3). Esta variación estacional plantea la necesidad de analizar factores contextuales que puedan influir en el aumento de casos en esos meses.

Figura 1: Tasa ajustada de atenciones GES 86 por región (Chile, 2024)**Tasa ajustada de atenciones GES 86 por región (Chile, 2024)**
Graduación de gris (oscuro = mayor tasa)

Fuente: Cálculo propio sobre datos GES 86 y Censo 2024

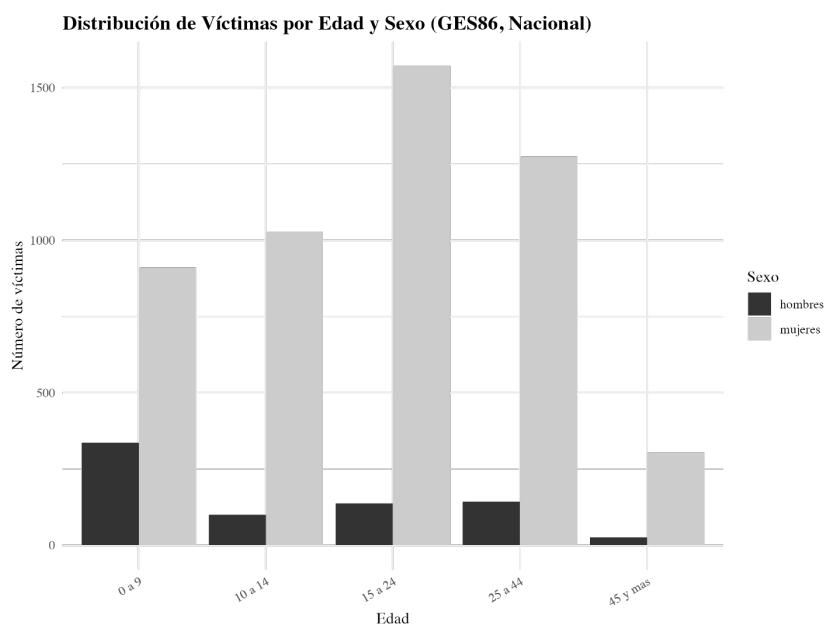
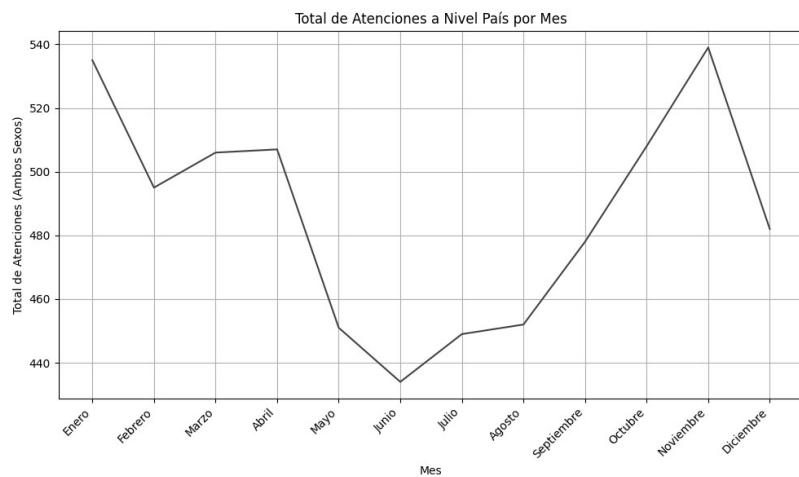
Figura 2: Distribución de víctimas por edad y sexo.

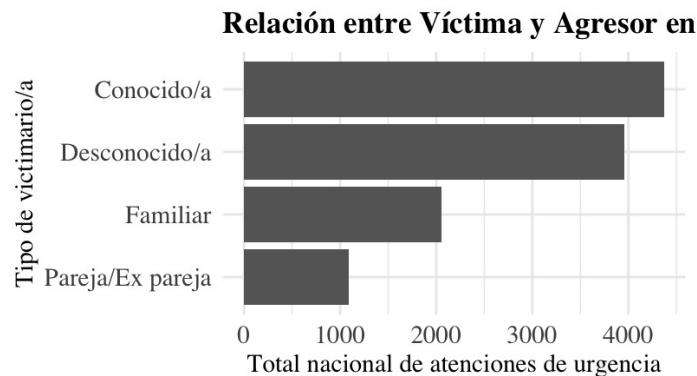
Figura 3: Total de atenciones a nivel país por mes.



Respecto a la relación víctima-agresor, predominó la violencia ejercida por personas conocidas (≈ 2200 casos), seguida por agresores desconocidos (≈ 1950). También se registraron agresiones

perpetradas por familiares (≈ 1000), mientras que las cometidas por pareja o expareja fueron las menos frecuentes (≈ 500) (Figura 4).

Figura 4: Relación víctima agresor en las atenciones de urgencia por agresión sexual aguda en Chile.



DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio muestran que, a pesar de la reciente incorporación de la agresión sexual aguda al régimen de garantías explícitas en salud (GES 86), persisten marcadas desigualdades en las tasas de atención a nivel territorial y socio-demográfico. Las regiones del norte y extremo sur concentran las tasas más elevadas, lo que puede relacionarse con dinámicas migratorias, contextos laborales extractivos, mayor visibilización de las denuncias o disponibilidad de dispositivos de atención (Rivara y cols., 2007). Sin embargo, al ser un

estudio ecológico, estas diferencias también pueden reflejar desigualdades en la capacidad de registro, acceso oportuno y respuesta institucional en las distintas regiones del país. Asimismo, dado que el GES es utilizado mayoritariamente por la población beneficiaria de Fonasa, los resultados pueden subestimar o no captar plenamente la magnitud del problema en otros grupos asegurados. Por estas razones, las tasas presentadas deben interpretarse como una aproximación a la carga atendida en el sistema público, reconociendo la posibilidad de falacia ecológica y la necesidad de complementar estos análisis con otras fuentes de información.

La predominancia de mujeres, especialmente niñas y adolescentes, confirma lo descrito en la literatura internacional (UN Women, 2023; Loría, y cols., 2014; Ortiz-Barreda y cols., 2011), donde la violencia sexual se configura principalmente como un fenómeno de género que impacta de forma desproporcionada a mujeres jóvenes. En los hombres, la mayor concentración de casos en la infancia temprana plantea un desafío adicional para el sistema sanitario y de protección, dada la dificultad de detección, la frecuente invisibilización de este tipo de violencia y las implicancias de largo plazo en la salud mental y física de los niños afectados (UNICEF, 2025; Irish y cols., 2010).

La tendencia estacional observada, con picos en enero y noviembre, invita a explorar factores contextuales como las vacaciones escolares, celebraciones o cambios en rutinas sociales. Este tipo de patrones estacionales ofrece una oportunidad para fortalecer las estrategias preventivas mediante campañas focalizadas en períodos de mayor riesgo. Considerando que el GES 86 es relativamente nuevo, es importante seguir monitoreando las denuncias de estos meses y prestarle particular atención a la relación con el agresor.

Los resultados de este estudio identifican una relación víctima-agresor en la que predomina el vínculo cercano (pareja/expareja, familiar o conocido coincidiendo con estudios previos que muestran que la violencia sexual ocurre mayormente en contextos de confianza y cercanía familiar o comunitaria (Centers for Disease Control and Prevention website, 2024; Adams y cols., 2019). Este hallazgo refuerza la necesidad de intervenciones que trasciendan la respuesta sanitaria inmediata y aborden también los determinantes sociales y culturales de la violencia, como el machismo, la naturalización del abuso y las desigualdades de poder (Adams y cols., 2019; Tharp y cols., 2013).

Si bien el GES 86 constituye un avance significativo en el reconocimiento de la violencia sexual como un problema de salud pública, los resultados sugieren que su implementación aún enfrenta desafíos en equidad territorial, acceso oportuno y cobertura real de la magnitud del problema. En este sentido, se requieren evaluaciones continuas de su aplicación, junto con políticas intersectoriales que aseguren prevención primaria, detección temprana y acompañamiento integral a las víctimas.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

La implementación del GES 86 en Chile representa un hito relevante en la respuesta estatal

frente a la violencia sexual, al reconocerla como una urgencia sanitaria y garantizar el acceso a atención integral dentro de las primeras 72 horas. Sin embargo, las desigualdades territoriales, la sobrerepresentación de mujeres jóvenes y niñas, y la alta proporción de agresores conocidos muestran que los avances normativos deben acompañarse de estrategias más amplias de prevención y reparación.

La violencia sexual, en tanto problema de salud colectiva, requiere ser enfrentada desde un enfoque de derechos humanos, género y equidad territorial. Ello implica no solo garantizar la atención clínica inmediata, sino también fortalecer la prevención primaria, asegurar procesos de denuncia y justicia libres de revictimización y avanzar hacia una transformación cultural que desnaturalice el abuso y promueva relaciones basadas en el respeto y la igualdad.

REFERENCIAS

- Adams, T. R., Handley, E. D., Manly, J. T., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2019). Intimate partner violence as a mechanism underlying the intergenerational transmission of maltreatment among economically disadvantaged mothers and their adolescent daughters. *Development and Psychopathology*, 31(1), 83–93. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001505>
- Borumandnia, N., Khadembashi, N., Tabatabaei, M., & Alavi Majd, H. (2020). The prevalence rate of sexual violence worldwide: a trend analysis. *BMC Public Health*, 20(1), 1835. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09926-5>
- Centers for Disease Control and Prevention website. (2024, January 23). *Sexual violence prevention. About sexual violence*. www.cdc.gov/sexual-violence/about/.
- Damonti, P. (2014). Can Gender-based Violence Result in a Process of Social Exclusion? A Quantitative-qualitative Analysis. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 161, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.008>
- Davis, K. C., George, W. H., Nagayama Hall, G. C., Parrott, D. J., Tharp, A. T., & Stappenbeck, C. A. (2014). Studying Sexual Aggression: A Review of the Evolution and Validity of Laboratory Paradigms. *Psychology of Violence*, 4(4), 462–476. <https://doi.org/10.1037/a0037662>

- Irish, L., Kobayashi, I., & Delahanty, D. L. (2010). Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: a meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 450–461. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp118>
- Ministerio de Salud. (2016). *Norma General Técnica para la atención de víctimas de violencia sexual*.
- Ministerio de Salud de Chile. (2023a). *Departamento de Estadísticas e Información de Salud*: <https://deis.minsal.cl/>
- Ministerio de Salud de Chile. (2023b). *Protocolo para la Atención Integral de Salud en Agresión Sexual Aguda*. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/2023.11.27_PROTOCOLO-AGRESION-SEXUAL-AGUDA.pdf
- National Sexual Violence Resource Center. (2016, January). *What is sexual violence? [Fact sheet]*. https://www.nsvrc.org/sites/default/files/Publications_NSVRC_Factsheet_What-is-sexual-violence_1.pdf
- Ortiz-Barreda, Gaby, & Vives-Cases, Carmen. (2012). Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 483-489. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.027>
- Rivara, F. P., Anderson, M. L., Fishman, P., Bonomi, A. E., Reid, R. J., Carrell, D., & Thompson, R. S. (2007). Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(2), 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.10.001>
- Rockowitz, S., Flowe, H., & Bradbury-Jones, C. (2023). A Scoping Review on Sexual and Gender-Based Violence Medicolegal Service Provision in East Africa. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3579–3592. <https://doi.org/10.1177/15248380221134292>
- Sagot, M. (2008). Los límites de las reformas: violencia contra las mujeres y políticas públicas en América Latina. *Revista de Ciencias Sociales*, 120.
- Salvador Sánchez, L., Rodríguez Conesa, N., Sánchez Ramón, S., & Rey Novoa, M. (2024). [Addressing sexual violence in health services]. *Atencion Primaria*, 56(11), 102837. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102837>
- Segovia, J. S., & Castillo Ravanal, E. (2021). Complexities of Socio-Labor Integration in Chile: Migrating Colombian Women's Experiences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11643. <https://doi.org/10.3390/ijerph18211643>
- Serrano-Rodríguez, E., Luque-Ribelles, V., & Hervías-Parejo, V. (2025). Psychosocial Consequences of Sexual Assault on Women: A Scoping Review. *Archives of Sexual Behavior*, 54(1), 231–258. <https://doi.org/10.1007/s10508-024-03013-1>
- Tharp, A. T., DeGue, S., Valle, L. A., Brookmeyer, K. A., Massetti, G. M., & Matjasko, J. L. (2013). A systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration. *Trauma, Violence & Abuse*, 14(2), 133–167. <https://doi.org/10.1177/1524838012470031>
- UN Women. (2023). *Facts and figures: Ending violence against women*.
- UNICEF. (2025, June). *Sexual Violence*. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/sexual-violence/>
- WHO. (2021, November 25). *Gender based violence is a public health issue: using a health systems approach*. [https://www.who.int/news-item/25-11-2021-gender-based-violence-is-a-public-health-issue-using-a-health-systems-approach](https://www.who.int/news/item/25-11-2021-gender-based-violence-is-a-public-health-issue-using-a-health-systems-approach)