

**FACTORES ASOCIADOS A LA REINCIDENCIA DE VIOLENCIA CONTRA
MUJERES EN CALI-COLOMBIA, 2014-2017**

Trabajo de grado como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Epidemiología

PRESENTADO POR:

Sara Gabriela Pacichana Quinayáz, FT

Universidad del Valle

Facultad de Salud

Escuela de Salud Pública

Maestría en Epidemiología

2019

**FACTORES ASOCIADOS A LA REINCIDENCIA DE VIOLENCIA CONTRA
MUJERES EN CALI-COLOMBIA, 2014-2017**

Tesista

Sara Gabriela Pacichana Quinayáz, FT

Fundación Somos ciencia al Servicio de la comunidad - SCISCO.

Tutor

Francisco Javier Bonilla Escobar, MD, Mg Epi, PhD(C)

Universidad de Pittsburgh, PA, USA.

Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Fundación Somos ciencia al Servicio de la comunidad - SCISCO.

Universidad del Valle

Facultad de Salud

Escuela de Salud Pública

Maestría en Epidemiología

2019

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Santiago de Cali, Mayo de 2019

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi familia y amigos por su apoyo y comprensión.

A mi mentor y amigo Francisco Bonilla, al cual admiro enormemente.

A todos mis profesores -aprendí de cada uno-.

A mis amigos Sara María Cobo y Aníbal Rueda por hacer de la maestría una experiencia inmensamente grata.

Finalmente, a todas las mujeres que motivaron este trabajo. Gracias por la fuerza.

TABLA DE CONTENIDO

1. TITULO DEL PROYECTO.....	6
2. RESUMEN.....	8
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
4. ESTADO DEL ARTE.....	12
5. MARCO TEÓRICO.....	18
6. OBJETIVOS	22
6.1. Objetivo General	22
6.2. Objetivos Específicos	22
7. METODOLOGÍA.....	22
7.1. Tipo de Estudio	23
7.2. Área de Estudio.....	23
7.3. Población	24
7.3.1. Definición de Casos y Controles.....	24
7.3.2. Tamaño de muestra.....	¡Error! Marcador no definido.
7.4. Variables	25
7.4.1. Especificaciones de las variables dependientes e independientes ...	29
7.5. Recolección de Información	29
7.6. Plan de Análisis.....	30
7.7. Consideraciones Éticas.....	33
8. RESULTADOS	34
9. DISCUSIÓN.....	51
10. CONCLUSIONES.....	58
11. REFERENCIAS	60
12. ANEXOS.....	65

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Cálculo hipotético del tamaño de muestra para casos y controles... **¡Error!**

Marcador no definido.

Tabla 2. Variables de interés de acuerdo a la definición, clasificación y valores... 27

Tabla 3. Características sociodemográficas de las mujeres víctimas de acuerdo a la reincidencia de la violencia en Cali Valle del Cauca, 2014-2017..... 35

Tabla 4. Características de la violencia en mujeres víctimas de acuerdo a la reincidencia en Cali Valle del Cauca, 2014-2017..... 38

Tabla 5. Característica del agresor reportado en la ficha del SIVIGILA en Cali, Valle del Cauca, 2014-2017..... 39

Tabla 6. Factores de Nivel Individual asociados a la reincidencia de violencia en mujeres víctimas de Cali Valle del Cauca, 2014-2017..... 41

Tabla 7. Modelo Final del Nivel Individual para los factores asociados a la reincidencia de violencia en mujeres víctimas de Cali Valle del Cauca, 2014-2017. 42

Tabla 8. Factores de Nivel Relacional asociados a la reincidencia de violencia en mujeres víctimas de Cali Valle del Cauca, 2014-2017..... 43

Tabla 9. Modelo Final del Nivel Relacional para los factores asociados a la reincidencia de violencia en mujeres víctimas de Cali Valle del Cauca, 2014-2017. 45

Tabla 10. Factores de Nivel Comunitario asociados a la reincidencia de violencia en mujeres víctimas de Cali Valle del Cauca, 2014-2017..... 46

Tabla 11. Modelo Final del Nivel Comunitario para los factores asociados a la reincidencia de violencia en mujeres víctimas de Cali Valle del Cauca, 2014-2017. 47

Tabla 12. Modelo Final de Nivel Social para los factores asociados a la reincidencia de violencia en mujeres víctimas de Cali Valle del Cauca, 2014-2017.	48
Tabla 13. Modelo Completo con todos los niveles ecológicos para factores asociados a la reincidencia de violencia en mujeres víctimas de Cali Valle del Cauca, 2014-2017.....	50

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Niveles de análisis de la VCM, según el enfoque ecológico de Lori Heise (1998).....	20
---	----

1. TITULO DEL PROYECTO

FACTORES ASOCIADOS A LA REINCIDENCIA DE VIOLENCIA CONTRA MUJERES EN CALI-COLOMBIA, 2014-2017.

2. RESUMEN

Planteamiento del problema: La Violencia Contra la Mujer (VCM) es una problemática de salud mundial donde existe una violación sistemática de los derechos humanos. La VCM y sus consecuencias se perpetúan por situaciones como la reincidencia en la violencia, traducida en un mayor impacto en la salud de las víctimas debido a la exposición recurrente a hechos violentos. Son necesarios estudios a nivel local, que indaguen sobre los factores de diferentes niveles: individual, relacional, comunitario y social, asociados a la reincidencia de violencia.

Objetivo: Identificar factores asociados a la reincidencia de violencia contra la mujer, en víctimas reportadas al Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la ciudad de Cali durante el periodo 2014-2017.

Metodología: Diseño de corte transversal analítico, con metodología de casos y controles en una población mujeres víctimas de violencia reportadas durante el periodo 2014-2017 en Cali. Se realizaron análisis univariados, bivariados y modelos logísticos multivariados para determinar los factores de riesgo o protectores asociados a la reincidencia de violencia contra la mujer.

Resultados: En el periodo de estudio se reportaron aproximadamente 13.052 mujeres víctimas de violencia en Cali, de las cuales cerca de un 10% eran víctimas reincidentes. El abuso de sustancias psicoactivas (OR 3.76; IC95% 2.47-5.71; $p < 0.0001$), la convivencia con el agresor (OR 1.29; 1.07-1.56; $p < 0.005$) y factores de vulnerabilidad social como ser mujer cabeza de familia (OR 3.21; 2.63-3.90; $p < 0.0001$) se asociaron a un mayor riesgo de ser víctima reincidente de hechos violentos.

Conclusiones: Los riesgos identificados en este estudio pueden ser priorizados en el manejo inicial de una mujer víctima, de manera que se puedan prevenir la reincidencia de actos violentos contra esta población. No obstante, dichos riesgos por si solos no son causantes de la reincidencia y re-victimización, es necesario comprender que la respuesta social a la violencia debe centrarse en cómo las instituciones contribuyen a prevenir dicha problemática en el curso de vida de una persona.

Palabras clave: Violencia Contra la Mujer, Reincidencia, Salud, Casos y Controles.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia contra la mujer (VCM) es una problemática de salud mundial donde existe una violación constante y sistemática de los derechos humanos de las mujeres. Es definida por las Naciones Unidas como "todo acto de acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada"(1).

En Colombia, durante el año 2017 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), informó que para todas las subcategorías de la violencia intrafamiliar (violencia contra niños, niñas y adolescentes, violencia contra la población adulta mayor y la violencia entre otros familiares), las mujeres fueron las más victimizadas, con una tasa nacional de 65,97 casos por cada 100.000 habitantes (2).

Este mismo año, Cali ocupó el tercer lugar a nivel nacional en casos reportados de violencia de pareja (1.956 casos), de los cuales, el 87% de las víctimas fueron mujeres(2), cifra similar a las reportadas desde 2015 por la autoridades locales (3).

La VCM genera graves desenlaces en salud que incluyen síntomas de salud mental, física y reproductiva, tales como estrés postraumático, depresión, síndromes de dolor crónico, trastornos psicósomáticos, desórdenes ginecológicos, fibromialgia, lesiones, disfunción sexual, abuso de sustancias psicoactivas, además de recurrencia en las consultas a los servicios de salud(4). Dichas consecuencias tienen implicaciones morales y económicas directas tanto para las familias y víctimas, como para el sistema de salud (5).

Una de las situaciones más comunes que perpetúa la VCM y sus consecuencias es la reincidencia o exposiciones constantes a hechos violentos, traducido en recurrencia de denuncias y consultas/notificaciones a los sistemas sanitarios por

parte de las víctimas(6). Un estudio realizado en Barranquilla evidencia que pese a implementar modelos de atención integral a víctimas, los casos de reincidencia de VCM se presentan hasta tres veces al año (7) Esto se debe a que, la VCM es el resultado de múltiples causas, que van desde las condiciones individuales de las víctimas, el tipo de violencia, características del victimario, así como oferta de servicios y capacidad institucional entre los sectores encargado de atender esta problemática(8, 9).

Algunos factores como el nivel educativo, el maltrato infantil y la desvinculación familiar, el abuso de sustancias psicoactivas, la discapacidad, el desplazamiento y la dependencia económica han sido estudiados ampliamente para determinar los riesgos de ser víctima de VCM o victimario(10-13). Por su parte, los enfoques que han abordado el concepto de reincidencia o exposición recurrente a actos violentos en términos de la VCM, lo han hecho desde las dinámicas de pareja, en la que describen el carácter cíclico de la violencia, y la convergencia de factores conductuales, emocionales y sociales(14-16). Sin embargo, para nuestro conocimiento no se reportan estudios epidemiológicos a nivel nacional que indaguen puntualmente sobre los factores asociados a ser víctima recurrente de actos violentos, así como tampoco metodologías propuestas a partir de la información recopilada por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) que puedan acercarnos a la explicación de esta problemática.

Entendiendo la magnitud de la VCM en la ciudad, así como la utilidad de los datos existentes para monitorear, estudiar y analizar problemas de salud pública de alto impacto como la VCM, se pretende establecer cuáles son los factores asociados a ser víctima recurrente de actos violentos, a través de la ficha de notificación del SIVIGILA en la ciudad de Cali. Estos datos son de importancia para determinar los factores que pueden implicar más riesgo o menor riesgo, alrededor de la reincidencia, con el fin de reorientar la acción en los procesos de vigilancia e

intervención de la VCM, así como para establecer un punto de partida para estudios relacionados.

4. ESTADO DEL ARTE

Violencia Contra la Mujer

La violencia contra la mujer (VCM), manifestada en sus diversas modalidades, es un problema de salud pública donde existe violación de los derechos humanos, afectando la vida social y el estado de salud de la mujer(4, 17). La OMS estima que al menos un tercio (35%) de las mujeres en el mundo han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja, y otros dos tercios han sido por otros actores, constituyendo un elevado porcentaje de la población femenina a nivel global. Aproximadamente en el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja han sido víctimas de las mismas, y en algunas regiones principalmente de países de oriente la cifra puede estar cerca del 40%(1, 4).

Las causas de la VCM son explicadas en términos de las relaciones desiguales de poder, que a nivel histórico, cultural y social han perpetuado una desventaja en las personas por su condición de mujer. Por tal razón, las mujeres son quienes sufren en mayor medida de violencia sexual, física y psicológica, primordialmente ejercida por hombres(18, 19). Además de las agresiones físicas, como los golpes o las patadas, este tipo de violencia comprende las relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual, los malos tratos psíquicos, como la intimidación o la humillación, y los comportamientos controladores, aislando a la persona de su familia y amigos o restringiendo su acceso a la información y la asistencia. Lo anterior genera, efectos devastadores para la salud, bienestar físico y mental del individuo, así como para la consecución de igualdad y desarrollo de las naciones(20, 21).

Un análisis comparativo de datos poblacionales en 12 países de América Latina y el Caribe realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), encontró que al menos entre 17 y 15% de las mujeres en edad fértil, en la región ha recibido

violencia física o sexual por parte de una pareja alguna vez en su vida. Una de las cifras más preocupantes son las relacionadas al feminicidio, evidenciándose que entre los países con las tasas altas y muy altas (>6 por 100.000 habitantes), se encuentran en la región: 4 en Caribe, 4 en Centro América y 6 en Sur-América por 100.000 habitantes (17, 22).

Colombia, según el Programa de las Naciones Unidas Desarrollo (PNUD), se ubica en el segundo lugar entre los países con mayores tasas de VCM en la región, con una tasa de 17 casos por 100.000 habitantes. Sin embargo, el INMLCF reportó para el 2015 una tasa de VCM de 119,24 casos por 100.000 habitantes, mucho mayor que la estimada por el PNUD(17, 23). En Cali, diferentes investigaciones y reportes oficiales de las autoridades han evidenciado la problemática de VCM en la ciudad.

Consecuencias en la salud de la mujer

Por otra parte, diversos estudios han reportado las consecuencias que tiene la VCM en las víctimas, vinculándose con repercusiones a corto y largo plazo en salud física, mental, social, así como impactos negativos en la calidad de vida de las afectadas(4). Las víctimas de VCM tienen un 16% más de probabilidades de sufrir complicaciones en la salud sexual y reproductiva que abarcan desde abortos, hasta infecciones de transmisión sexual como VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), y casi el 50% más de sufrir síntomas de salud mental como la depresión en comparación con las que nunca han sufrido de violencia(24-27).

Entre las manifestaciones comunes en salud producto de la VCM se encuentran el dolor crónico(24, 28-30), los desórdenes gastrointestinales(24, 31, 32), múltiples síntomas físicos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, hemorragia vaginal, dispareunia y síntomas urinarios, entre otros)(24, 25, 33), infecciones respiratorias asociadas al estrés (29) y enfermedades crónicas asociados o no al estrés (asma

y accidentes cerebro vasculares, hipertensión, hipercolesterolemia, infartos de miocardio y enfermedades cardíacas)(30, 34, 35).

Experimentar el maltrato físico o psicológico se asocia significativamente con mayor auto-reporte de mala salud(33, 36). Las secuelas de la VCM a menudo persisten tiempo después de que la violencia ha terminado(28, 29), y pese a la lógica de que la mayoría de las secuelas están directamente relacionadas con la violencia física. Coker y sus colegas encontraron que una alta ocurrencia en VCM de tipo psicológica estuvo asociada con resultados de salud más negativos en comparación con la violencia física(36).

Por otra parte, las conductas de riesgo como el consumo de alcohol y abuso de sustancias psicoactivas, son tres veces mayor en las víctimas de VCM que en quienes no han estado expuestas. Además de las ITS, algunas consecuencias se relacionan con el consumo de alcohol y el abuso de sustancias psicoactivas (12, 24, 25, 29, 36-39) incluyendo las endovenosas(40, 41), lo que incrementa más los riesgos de infección por VIH.

Algunas de las lesiones relacionadas a las muertes, incluyen arañazos, hematomas, contusiones, laceraciones, dientes fracturados, fracturas óseas, luxaciones, torceduras, esguinces, lesiones abdominales y pélvicas, lesiones en la cabeza y lesiones relacionadas con el estrangulamiento. Un meta-análisis encontró que la cabeza, el cuello o lesiones faciales se asociaron significativamente con desenlaces fatales en las mujeres que acudieron al servicio de urgencias(42). Otros estudios también han señalado que las mujeres lesionadas por VCM tenían más probabilidades de tener múltiples lesiones y desenlaces en salud más severos, en comparación con las mujeres que experimentaron lesiones accidentales(13, 43, 44).

Factores de riesgo y reincidencia en la VCM

Estudios alrededor del mundo han determinado algunos de los factores más frecuentes en población víctima de VCM. En Asia, investigaciones transversales y de base comunitaria, han encontrado que ser una mujer joven, con una relación de pareja de larga duración, niveles bajos de educación de la pareja, un número bajo de hijos, presencia de enfermedades crónicas en la pareja, bajos ingresos familiares, entre otros, son factores asociados a la violencia doméstica(45).

A partir de una encuesta realizada por el Centro de Estudios para el Desarrollo Económico (CEDE) de la Universidad de los Andes, en 2003 se identificó el nivel de educación de la mujer como uno de los factores relacionados con la existencia de violencia intrafamiliar. Además, las mujeres que no tenían ningún tipo de educación presentaban los niveles más altos de maltrato psicológico a los niños. Se encontró que al aumentar los ingresos de la mujer y su nivel educativo se disminuía la violencia sexual y psicológica. En cuanto al estado civil se identificó que las mujeres en unión libre tienen más probabilidades de ser víctimas de violencia física, que las mujeres casadas(46).

Por otra parte, señalan que la VCM crónica, entendida como múltiples eventos de violencia, está asociada con una mala percepción de salud general (OR=4,2; IC95%:2,5-7,0), complicaciones ginecológicas (OR=1,83; IC95%:1,4- 2,5) dolor severo (OR=6,2; IC 95%: 4,0 – 9,7), e incremento en el número de consultas a los servicios de salud en comparación con quienes no estaban expuestas a actos violentos(8). Hallazgos similares en España han indicado que en comparación con mujeres que nunca han sido violentadas, el uso de los servicios de salud fue significativamente mayor en víctimas de VCM(44).

Otros estudios han evaluado los riesgos diferenciales asociados a la violencia letal en mujeres, comparando mujeres que continúan conviviendo con el victimario, con mujeres que eran remitidas a servicios de protección. La reincidencia al círculo de violencia con el victimario está asociada a un mayor riesgo de agresiones letales, incrementando de manera significativa la severidad de los abusos físico y los

desórdenes mentales en comparación con las mujeres que dejaban de estar expuestas ($p < 0,01$)(47).

En Latinoamérica, algunos estudios han usado Encuestas Nacionales de Salud identificando además de las prevalencias de la tipología de la violencia, que el abuso de sustancias psicoactivas, antecedentes de agresiones físicas previas, tener una educación baja, no estar vinculada al sistema de salud (OR= 7,2; IC 95%: 5,4-9,6), así como características de las dinámicas relacionales (uniones previas, control de las decisiones, distanciamiento de las redes de apoyo)(OR= 4,1; IC 95%: 3,3-5,0) están relacionadas con un mayor riesgo de violencia física(9). Además, los antecedentes de agresiones previas, se remiten principalmente a la niñez, asociándose el abuso físico y sexual en este periodo como uno de los factores asociados la violencia durante la edad adulta (OR=3,1; IC95% 2,6-3,7)(48).

En Colombia, estudios realizados alrededor de la VCM se han enfocado en determinar los factores de riesgo para prevenir eventos repetidos de violencia. Una investigación realizada en la ciudad de Bogotá identificó prevalencia y factores asociados a partir de entrevistas a mujeres en alto riesgo de maltratar a sus hijos y ser víctimas reincidentes por parte de sus parejas(49). Se encontró que estos factores estaban relacionados con la frecuencia del conflicto entre la pareja y las prohibiciones de parte del compañero(50, 51).

En otro estudio realizado en Barranquilla cuyo objetivo era determinar la prevalencia del maltrato físico marital en mujeres en edad fértil y los diferentes factores relacionados con la violencia y su reincidencia en la vida de pareja, se identificaron como factores de riesgo el consumo de alcohol y drogas, ingresos bajos y disfunción familiar moderada o grave, lo que además se evidencia en otros estudios que consideran los mismos factores(7, 50, 52-54). Los resultados encontrados en el estudio son comparables con las cifras nacionales, donde alrededor del 20% de las mujeres había declarado que alguna vez había sido golpeada por su conyugue. Además, la escolaridad y el bajo estrato económico se

posicionan como uno de los factores de riesgo más comunes en América Latina y Colombia.(50) Estos factores actúan de manera similar explicando la recidiva de la violencia por parte del victimario y de la mujer victimizada.

En Colombia también han estudiado estos factores de reincidencia de la VCM en la edad adulta, encontrando que la exposición a eventos violentos en el contexto de la familia, aumenta la probabilidad de convertirse en víctima reincidente. En el caso de los hombres esta exposición les aumenta la probabilidad de transmitir esa forma de violencia como victimarios. Además se determinó que las mujeres reincidentes como víctimas o que son pareja de un hombre con antecedentes de violencia, han tenido mayor probabilidad de haber sido abusadas física o sexualmente en la niñez(46, 52, 55).

Otros estudios han investigado sobre la reincidencia de la VCM desde la clínica. Kothari y Rhodes encontraron que entre las mujeres víctimas, el 64% recibió atención en un servicio de urgencias en el año antes de la denuncia vigente. La mediana del número de visitas a urgencias en el transcurso de 3 años fue de 4 en este mismo grupo. Para la mayoría de las visitas (71%), las víctimas estaban consultando presuntamente por causas no relacionadas con lesiones. Este hallazgo pone de relieve que la detección no se debe hacer solo en pacientes con lesiones, puesto que se corre el riesgo de perder víctimas en donde las consecuencias en salud no son detectables(56).

De acuerdo a lo anterior, la VCM supone una problemática que incluye grandes grupos y comunidades en situación de vulnerabilidad, hecho que también ha impulsado numerosas iniciativas judiciales y legales entorno a la violencia cometida específicamente contra la mujer(4). Sin embargo, es necesario, de igual manera, estudiar los factores que garanticen la no reincidencia de los actos violentos contra las víctimas, debido a que los desenlaces de la cronicidad de la violencia pueden generar discapacidad y muerte(10).

Los estudios realizados en Colombia alrededor de los factores asociados a la VCM y poco menos a la reincidencia, han permitido un acercamiento a las explicaciones

que cierran la brecha de conocimiento respecto al tema. Sin embargo, es preocupante la reincidencia de la VCM debido a los riesgos que implica para desenlaces fatales, por lo cual es necesario estudiar los factores asociados a este fenómeno.

Finalmente, pese al uso de algunos estudios realizados a partir de datos de la ENDS, esta revisión de literatura deja entrever los escasos abordajes con metodologías epidemiológicas y la sub-utilización de los registros oficiales para determinar hallazgos de base poblacional. La identificación de los factores de riesgo que se pretenden abordar respecto a la reincidencia de la VCM, servirán como base para la adecuación de políticas públicas en pro de la prevención y atención de las mujeres afectadas por esta problemática.

5. MARCO TEÓRICO

La VCM se manifiesta como una expresión de las inequidades “producto de un sistema resultante de la interacción de diversos factores asociados a la violencia que se encuentran en los distintos niveles del medio social” (10). Lo anterior exige un amplio conocimiento de las condiciones que subyacen las prácticas violentas que se pueden presentar a distintos niveles de las sociedades.

Diversas teorías sobre la naturaleza y factores influyentes dentro del fenómeno de la VCM, principalmente la cometida en pareja, se han descrito por expertos de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). De acuerdo con Jasinski et al; existen tres grandes categorías teóricas: 1) Orientadas a nivel micro, 2) Orientadas a nivel macro y 3) Teorías o modelos multidimensionales, las cuales se proponen en un intento por esquematizar la multi-causalidad de este tipo de violencia(5).

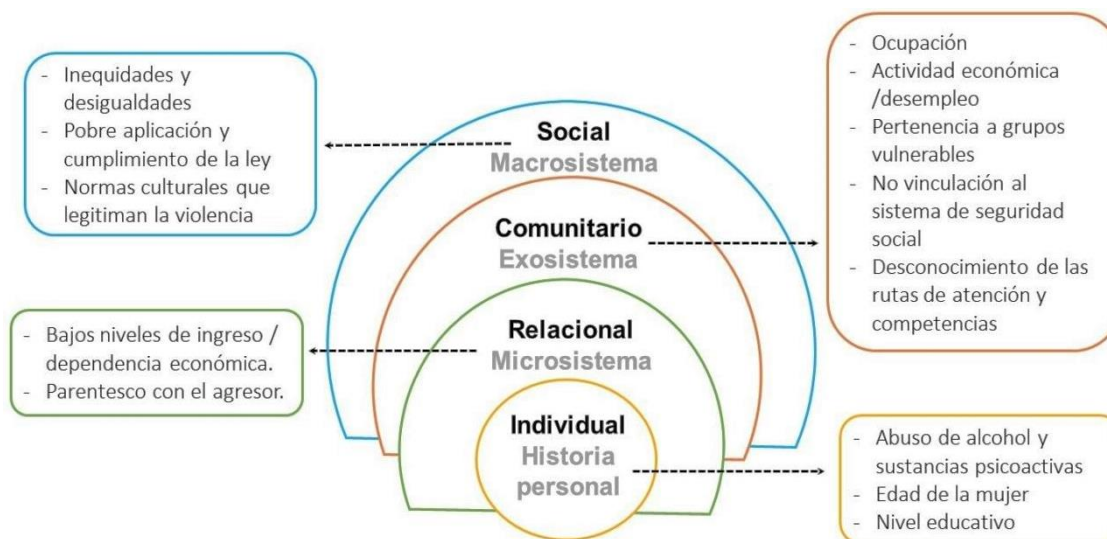
Para propósito de esta investigación se empleará un modelo multidimensional para analizar los factores asociados a la reincidencia de VCM, desde características de las víctimas, el agresor, y del contexto social y económico en

general de esta población. En este sentido se ha propuesto un modelo teórico que por excelencia se utiliza para el estudio de esta problemática ya que proporciona una visión holística para la comprensión y atención de la violencia.

En 1998, Lori Heise propuso a partir del modelo de Bronfenbrenner (1979)(57), el postulado de que cada persona está inmersa en un sistema compuesto de diferentes niveles relacionales en el cual se producen distintas expresiones y dinámicas de violencia. Esta autora define la VCM de manera concordante con lo estipulado por autoridad internacional de salud, comprendiendo la violencia como “un fenómeno multifacético, resultado de la interacción de factores personales, situacionales, históricos y socio-culturales”(58).

Por tal motivo, el modelo teórico que sustenta y permite la comprensión de esta problemática es el denominado *Modelo Ecológico para el análisis de la violencia*, asumido de Heise y propuesto posteriormente por la OMS en 2003(4, 5). Dicho modelo, es útil para explicar los factores que además explican la reincidencia en los actos violentos, pues se han asumido desde referentes teóricos que incluyen las condiciones de los victimarios y las víctimas.

Figura 1. Niveles de análisis de la VCM, según el enfoque ecológico de Lori Heise (1998).



Fuente: Elaboración propia a partir de Heise (1998) y OMS (2003).

Este modelo, adaptado de dos referentes mundiales en la temática de violencia, hace énfasis en la influencia que ejercen los diferentes ambientes naturales sobre los eventos de violencia contra la mujer (Ver Figura 1). De esta manera, permite analizar los factores, relaciones, condiciones y actores que influyen de manera positiva o negativa en la victimización, clasificando cuatro niveles de análisis: individual, relacional, comunitario y social.

El primer *Nivel Individual* delimita los factores biológicos, socio-demográficos y de la historia personal y familiar de la mujer o agresor, los cuales incrementan el riesgo por una parte de ser víctima de actos violentos o ser victimario, en ambos casos, de manera recurrente. Dichos factores son moldeados en la persona ante estímulos provenientes del microsistema y exosistema.

Para el *Nivel Relacional*, que en el caso de la VCM se refiere al entorno del hogar y sus características, es decir, las dinámicas dentro del mismo, así como los lazos

e interacciones, entre familia, amigos, vecinos, compañeros, etc, que forman parte de su microsistema, y que pueden asociarse a la violencia.

El tercer nivel de análisis es el *Nivel Comunitario*, conformado por las estructuras e instituciones sociales que influyen en términos de los recursos y espacios de participación que tienen las mujeres en las esferas de la sociedad, de acuerdo a su posición en la misma. Un ejemplo de ello podría ser la vinculación o canalización en instituciones que atienden la violencia, así como los recursos que éstas ofrecen para la prevención de la misma.

Por último, en el *Nivel Social*, confluyen todas las creencias y valores de la estructura cultural que subyace a las formas de violencia.

Dichos niveles podrán ser explorados de manera integrada a través de algunas variables consideradas para el presente estudio, siendo estas indicadoras de los distintos ambientes e influencias presentes en la violencia, así como en la reincidencia o re-victimización.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo General

Identificar factores asociados a la reincidencia de violencia contra la mujer, en víctimas reportadas al Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la ciudad de Cali durante el periodo 2014-2017.

6.2. Objetivos Específicos

1. Describir las características socio-demográficas en la población víctima de violencia contra la mujer en Cali.
2. Caracterizar la violencia ejercida contra la mujer en Cali.
3. Determinar las diferencias entre las víctimas con reincidencia de violencia y sin reincidencia de violencia.
4. Determinar los factores de riesgo a nivel individual, relacional, comunitario y social, para la reincidencia de violencia.

7. METODOLOGÍA

7.1. Tipo de Estudio

Esta investigación se realizó a través de un diseño de corte transversal analítico, con metodología de casos y controles, en una población de mujeres víctimas de violencia, registradas en el SIVIGILA por entidades notificadoras del área de la salud, durante el periodo 2014-2017 en Cali. Este diseño permitió caracterizar de manera simultánea los efectos de posibles factores que diferencian a las víctimas de VCM con antecedente de violencia y sin antecedente de violencia (59).

7.2. Área de Estudio

Este estudio se realizó con datos de mujeres reportadas en Santiago de Cali, ciudad que según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) desde el año 2009 hasta el último reporte en 2017, ha ocupado junto con Bogotá y Medellín, los primeros lugares entre los municipios con mayor número de casos de VCM(2). El Observatorio de Violencia Familiar en Cali, estimó que en 2015 aproximadamente se notificaron cerca de 4.833 casos de violencia intrafamiliar, violencia sexual y VCM, un 9,5% más que lo notificado durante el año 2014.

En Cali la Secretaría Municipal de Salud Pública (SSPM) recibe semanalmente las notificaciones de VCM reportadas al SIVIGILA desde las Unidades Primarias Generadoras de Dato (UPGD), que principalmente se conforman de instituciones de salud ubicadas en la ciudad. Para esta investigación se hizo uso de las bases de datos recolectadas y almacenadas durante el periodo de 2014 a 2017.

De acuerdo a los datos recolectados en SIVIGILA, en Cali se reporta aproximadamente entre 60 a 80 casos de violencia intrafamiliar semanalmente, de los cuales el 79% son de VCM, principalmente de las comunas históricamente marginadas en la ciudad, ubicadas en la Ladera y el Oriente de Cali.

Según el informe epidemiológico anual de la SSPM, el número de casos en 2017, aumentó en comparación con lo notificado en 2013, principalmente por las actualizaciones realizadas en el protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual y protocolo de violencia intrafamiliar, sexual y contra la mujer, por parte de las (UPGD).

7.3. Población

La población de estudio fue mujeres víctimas de violencia, reportadas al SIVIGILA, a través de la notificación por parte de las UPGD, ubicadas en Cali, Valle del Cauca, durante el periodo 2014 a 2017. Se seleccionaron mujeres a partir de los 13 años de edad, dado que durante la primera infancia, la violencia familiar contra los niños y niñas tienen un comportamiento similar, por lo tanto, se considera que los factores asociados a la violencia y la reincidencia de la misma, pueden estar presentes de forma homogénea en mujeres que están entrando a la adolescencia, en adelante.

7.3.1. Definiciones

Ambos grupos de casos y controles fueron parte de la misma base poblacional (registros en el SIVIGILA), así se garantizó la calidad de las comparaciones y posibles hallazgos respecto a los factores estudiados en la violencia. Bajo el marco conceptual del SIVIGILA, la definición operativa del caso se da de la siguiente manera:

Caso sospechoso de violencia de género e intrafamiliar: Todas las violencias sexuales, físicas, psicológicas o por negligencia y abandono resultado de acciones o conductas agresivas basadas en relaciones de poder y asimétricas o relacionadas con la sobrevaloración de lo masculino y subvaloración de femenino.

Deben notificarse:

- Todas las violencias sexuales y ataques con agentes químicos (independientemente del sexo o la edad de la víctima)
- Todas las violencias físicas y psicológicas contra niños, niñas y adolescentes, mujeres y personas con identidades de género y orientaciones sexuales no normativas (en el contexto de la definición de caso)
- Todos los casos de negligencia y abandono contra niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad.)

Para los fines de este estudio, las definiciones se dieron en base a la presencia o ausencia del evento objeto de investigación, en este caso la Reincidencia de violencia. Por lo tanto, tanto caso como control se definieron así:

Caso: Mujer notificada al SIVIGILA como víctima de violencia, mayores de 13 años de edad, reportada en la ficha con antecedente de violencia previa al evento que generó la notificación.

Control: Mujer notificada al SIVIGILA como víctima de violencia, mayores de 13 años de edad, reportada en la ficha sin antecedente de violencia previa al momento de la notificación.

7.4. Variables

Las variables de estudio fueron obtenidas de las base de datos de violencia de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, almacenadas en la plataforma del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Dicha base de datos recopila información actualizada sobre características sociales, demográficas y epidemiológicas de la VCM, así como sus diferentes modalidades.

La base de datos contiene variables de interés para identificar factores asociados a la reincidencia de la VCM, que pueden ser de tipo individual, relacional, comunitario o social. Algunas variables como identidad de género o ser cabeza de familia pese a que pueden tomarse como características de nivel individual, se integraron dentro del nivel social debido a que en este, se incluye los roles de género asumidos culturalmente por mujeres y hombres.

Por su parte, las variables del nivel relacional como algunas características del agresor y la tipología de la violencia o la naturaleza de la misma, también fueron seleccionadas como indicadores indirectos de las dinámicas de pareja o familia dentro de la convivencia. No obstante, se asumen las limitaciones del modelo ecológico en este aspecto, lo cual se discute en el apartado correspondiente.

A continuación se operacionalizan variables de interés que se encuentran en la ficha de vigilancia. Las que fueron incluidas en los modelos de análisis se encuentran en los niveles correspondientes. Además algunas de las variables se re-categorizaron debido al poco número de observaciones, de manera que se permitieran los análisis estadísticos.

Tabla 1. Variables de interés de acuerdo a la definición, clasificación y valores.

VARIABLES DE LA FICHA DE NOTIFICACIÓN				
Variable	Definición Operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Re-categorización
Localidad	Localidad de ocurrencia de la agresión	Cuantitativa discreta	Comunas de la ciudad y corregimientos	N/A
Reincidencia	Antecedente de violencia previo a la notificación	Categórica nominal	Si - No	-
Actividad/Oficio	Actividad u oficio de la mujer en el último mes	Categórica nominal	Líderes cívicos Maestros Otro Recicladores Estudiantes Trabajador doméstico Ama de Casa Persona que cuida de otra	Labores domésticas Otras
NIVEL INDIVIDUAL				
Edad de la víctima	Edad en años cumplidos	Cuantitativa continua	1-99 años	-
Grupo de Edad de la víctima	Grupo de edad en que se clasifica la víctima	Categórica ordinal	13-17 años 18-26 años 27-59 años > 60 años	-
Tipo de aseguramiento	Tipo de aseguramiento en salud del paciente	Categórica nominal	Contributivo Subsidiado No asegurado	Contributivo Otros
Etnia	Pertenencia étnica reportada en la ficha	Categórica nominal	Indígena Rom-gitano Raizal Palenquero Negro-mulato-afro Otro	Indígena ROM/Gitano Afrocolombiano Otro
				Minorías Otros
Consumo SPA	Consumo de Sustancias Psicoactiva (Victima)	Categórica nominal	Si - No	-
Presencia de SPA	Presencia de intoxicación por SPA en la notificación	Categórica nominal	Si - No	-
NIVEL RELACIONAL				
Parentesco con la víctima	Parentesco del agresor con la víctima	Categórica nominal	Esposo Compañero (a) permanente Novio (a) Amante Exesposo(a) Excompañero(a) permanente Exnovio(a) Madre Padre Hijo(a) Hermano(a)	Pareja Expareja Otro familiar Ningún Parentesco

			Abuelo(a) Padrastro Madrastra Tio(a) Primo(a) Cuñado(a) Suegro(a) Otros	
Edad agresor	Edad del agresor en años cumplidos	Cuantitativa continua	13-90 años	13-17 años 18-26 años 27-59 años > 60 años
Sexo Agresor	Sexo del agresor de la víctima	Categórica nominal	Femenino - Masculino	-
Convive con agresor	Convive con el agresor en la misma casa	Categórica nominal	Si - No	-
Tipo de violencia	Naturaleza de la violencia	Categórica nominal	Física Psicológica Negligencia/Abandono Abuso sexual Explotación sexual Vio sexual conflicto armad	Física Psicológica Sexual
NIVEL COMUNITARIO				
Escenario	Escenario donde se comete la violencia	Categórica nominal	Vía pública Vivienda Centro educativos Oficina o edificio de oficinas Otro Establecimiento comercial (tienda, centro comercial, etc) Espacios terrestres al aire libre (Bosque, potreros, etc) Lugares expendido de alcohol	Vivienda Otros
Área Ocurrencia	Área de ocurrencia de la agresión	Categórica nominal	Cabecera Municipal Centro Poblado Rural dispersa	Cabecera Municipal Centro Poblado /Rural
Violencia Conflicto armado	Victima en el marco del conflicto armado	Categórica nominal	Si – No	-
Zona de conflicto armado	Violencia en el marco del conflicto armado	Categórica nominal	Si – No	-
NIVEL SOCIAL				
Identidad de género	Identidad de género en los roles sociales asumidos por hombres y mujeres	Categórica nominal	Masculino (Ref) Femenino Transgenero Intergenero Otro género	-
Mujer Cabeza de familia	Rol social de la mujer que sostiene el hogar	Categórica nominal	Si – No	-

7.4.1. Especificaciones de las variables dependientes e independientes

La variable dependiente considerada en este estudio fue la reincidencia, indagada de manera dicotómica dependiendo de si la víctima había sufrido o no de violencia anteriormente, es decir si notificó antecedente de violencia previo al que estaba informando en el momento del reporte.

Las variables independientes o de exposición fueron todas las que pudieron responder a los diferentes niveles del modelo teórico, y correspondencia con algunos de los factores de riesgos identificados en la literatura. Entre dichas variables se encontraban el parentesco con el agresor, edad de la víctima, edad del agresor, convivencia con el agresor, régimen de salud, consumo de SPA, entre otras, que están inmersas en los niveles de análisis descritos en el modelo teórico.

7.5. Recolección de Información

La VCM es un evento de interés en salud pública. De acuerdo a esto, se ha sistematizado un flujo de información dentro del SIVIGILA, de manera que la notificación del evento por parte de las UPGD, sean enviadas de forma rutinaria al municipio (SSPM).

Para esto, la UPGD cuenta con profesionales que realizan la atención a las víctimas en Instituciones de salud, judiciales, de protección u otras. En esta instancia se determina si el caso cumple con las definiciones de violencias de género establecidas en este protocolo, y posteriormente se registra la información en el SIVIGILA, a través de la Ficha de Notificación No. 875 usada para las Violencias de Género (*Ver Anexo 1*), así mismo, se procede a prestar la atención a la víctima de acuerdo a la Resolución 412 de 2000 y canalizar el caso según lo establecido en la Resolución 459 de 2012.

Para este estudio se analizaron los datos recolectados por las UPGD y almacenados en las bases de la SSPM de Cali, la cual consta de 133 variables consolidadas semanalmente para el envío al ente departamental, posterior a esto,

la información es enviada al Instituto Nacional de Salud y finalmente a las organizaciones regionales e internacionales (OPS y OMS).

La obtención de la base de datos se formalizó con la coordinadora del área de Epidemiología y Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (*Ver Anexo 2*).

7.6. Control de Calidad

Los datos obtenidos del SIVIGILA pertenecían a periodos de notificación con cambios en la ficha de vigilancia, por lo tanto se compararon los registros año por año y las diferentes versiones de la ficha. Cada variable fue identificada en dichas versiones y se verificó que la codificación correspondiera en todos los años. Las variables se recodificaron de acuerdo a los requerimientos del análisis de regresión logística (1 presencia del factor; 0 ausencia del factor). Con el comando codebook, detail se exploraron los valores perdidos de cada variable, aquellas con más del 20% de valores perdidos fue descartada. Para algunas variables cuyo contenido teórico y conceptual fuera de relevancia para la explicación de reincidencia fue considerado para análisis.

Además se creó la variable “duplicados”, y se identificaron con el número de identificación de la mujer y la fecha de notificación los registros repetidos. Los duplicados fueron revisados en una base de datos individual para identificar el registro con mejor calidad, los demás registros duplicados fueron eliminados.

7.7. Plan de Análisis

Previa aprobación y aval del Comité de Ética Humana de la Universidad del Valle, así como la autorización formal para el uso de la base de datos por parte de la SSPM, se realizó un análisis exploratorio inicial con el programa Microsoft Office Access®, para garantizar la calidad de la información, organizar variables, identificar valores perdidos, etc. Así mismo se exploró la compatibilidad de los

datos a través de los años, dado que la ventana temporal (2014-2017), incluyó cambios y versiones diferentes de la ficha de notificación.

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico STATA 15.0 (STATA Corp., Texas, US) ®. Inicialmente se realizó la re-categorización de algunas variables de interés, la mayoría de esas teniendo en cuenta referentes teóricos para darle coherencia a la agrupación.

De acuerdo a esto, variables como la edad, fue agrupada según el ciclo vital definido por el Ministerio de Salud: Niñas/os (0-12 años) (Categoría que no se incluye en análisis por razones descritas anteriormente), Adolescentes (13-17 años), Jóvenes (18-26 años), Adultas/os (27-59 años), Adultas/os Mayores (mayores de 60 años). Así mismo, otras variables como seguridad social, etnia, mecanismos de lesión, y parentesco con el agresor, fueron reducidas a categorías con más observaciones que las iniciales.

Posterior a esto, se realizó un análisis descriptivo entre los grupos de casos y controles, a través de análisis univariados y bivariados. Para el univariado se calculó en las variables cuantitativas, medidas de tendencia central y de dispersión como la media, mediana, desviación estándar, valores máximos y mínimos, así como rangos inter-cuartílicos. En las variables categóricas se analizaron distribuciones de frecuencias y porcentajes.

Para los análisis bivariados se utilizó la prueba de Chi² o test exacto de Fisher para las variables categóricas, de acuerdo si los valores esperados en cualquier celda eran < 5 observaciones. Además, para las variables continuas se determinó la normalidad de la distribución con el test de Shapiro-Wilk y los test de hipótesis para variables con distribución normal usando la prueba t de student para dos grupos y el test de Wilcoxon en distribuciones que no fueran normales. En nuestro caso, no fue necesario usar test de ANOVA o Kruskal-Wallis pues sólo se

analizaron dos grupos. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas en las variables y entre los grupos, cuando el valor de fuera $p < 0,05$.

Para identificar posibles factores de riesgo, para cada variable de los niveles en el modelo teórico (Individual, Relacional, Comunitario, Social), se estimaron los Odds Ratio (OR) crudos y ajustados con sus respectivos intervalos de confianza (IC 95%), como medida de asociación recomendada para estudios de casos y controles. Se usaron regresiones logísticas ajustadas por una tercera variable para analizar confusión.

Se usaron regresiones logísticas simples (variable independiente y una variable dependiente) determinando para cada variable con OR crudos que tuvieran un $p < 0,20$, fuera incluida en los modelos de regresión logística múltiples de su respectivo nivel teórico. No obstante, para modelar en cada nivel de análisis, se incluyeron todas las variables del nivel con el fin de probar el comportamiento de estas variables en un modelo múltiple. Adicionalmente, se identificaron interacciones utilizando el Likelihood ratio test comparando modelos logísticos múltiples sin y con interacciones.

Finalmente se compararon los modelos de los diferentes niveles a través un Likelihood-ratio test (máxima verosimilitud), realizando el diagnóstico de las regresiones logísticas, a través de la validación de los supuestos y evaluación de valores atípicos. Para esto se probó la bondad de ajuste con el test de Hosmer-Lemeshow, el Criterio de Información de Akaike (AIC), y el Factor de Inflación de la Varianza (VIF) para identificar colinealidad, como criterios para seleccionar el modelo que mejor se ajustara a los datos o que pudiera dar una explicación más cercana al fenómeno de estudio en cada nivel.

La información fue manejada bajo criterios de confidencialidad, y su uso fue exclusivo de los investigadores. En esta investigación no se presentaron datos

desagregados de las personas involucradas o algún otro evento adverso que pudiera afectar a la población sujeta de estudio.

7.8. Consideraciones Éticas

El protocolo de investigación fue sometido a la revisión del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH) de la Universidad del Valle, el cual según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, tiene un riesgo mínimo y fue avalado bajo el código 224-018 del CIREH.

La información que se obtuvo en este estudio fue mantenida en absoluta confidencialidad, su uso fue exclusivo de los investigadores y no se presentaron datos desagregados de las personas involucradas.

El desarrollo de este estudio tuvo en cuenta las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki y la Resolución No.008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia(60), con las cuales se garantizó:

- El cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia.
- La confidencialidad de la información suministrada y la toma de medidas tendientes a cumplir con este aspecto.
- La participación voluntaria de la institución que gestiona el dato, expresada en la firma de un consentimiento informado.

Los resultados de la investigación están a disposición de las instituciones que gestionaron los datos, de la comunidad académica, así como de la comunidad en general.

8. RESULTADOS

8.1. Descripción de la población

En el análisis exploratorio inicial se encontró un total de 36.860 registros de personas reportadas como víctimas de violencia durante el periodo 2014-2017 en el departamento del Valle del Cauca (36.039) y otros municipios aledaños (6.929).

Filtrando la base de datos por ciudad, sexo y duplicados (278 registros), se incluyeron al estudio 13.052 mujeres víctimas de violencia procedentes de Cali mayores de 13 años de edad. De esta población, 1.288 (9,87%) eran mujeres víctimas reincidentes y 11.763 (90.12%) no estaban clasificadas como reincidentes o con antecedente de violencia previo a la notificación.

El promedio de edad de estas mujeres fue de 28.81 ± 13.62 , notificadas entre 2014 y 2017, siendo el año de notificación más alto el 2016. El área de ocurrencia de estos eventos violentos contra la mujer fueron principalmente en las cabeceras municipales (96.42%), seguido de centro poblado (2.45%) y zona rural (1.13%), sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de víctimas reincidentes y no reincidentes.

La distribución de la edad muestra una distribución que no es normal (Ver Figura 2) (Shapiro-Wilk <0.0001) entre reincidentes y no reincidentes, y que existen diferencias significativas (T-test <0.0001) cuando se comparan ambos grupos de estudio. No obstante, el tamaño de muestra usado fue superior al calculado, implicando poder estadístico de 90 y menos probabilidad de que los resultados presentaran un error tipo II.

Figura 2. Distribución de la edad de la víctima de acuerdo a la reincidencia de violencia en Cali Valle del Cauca, 2014-2017.

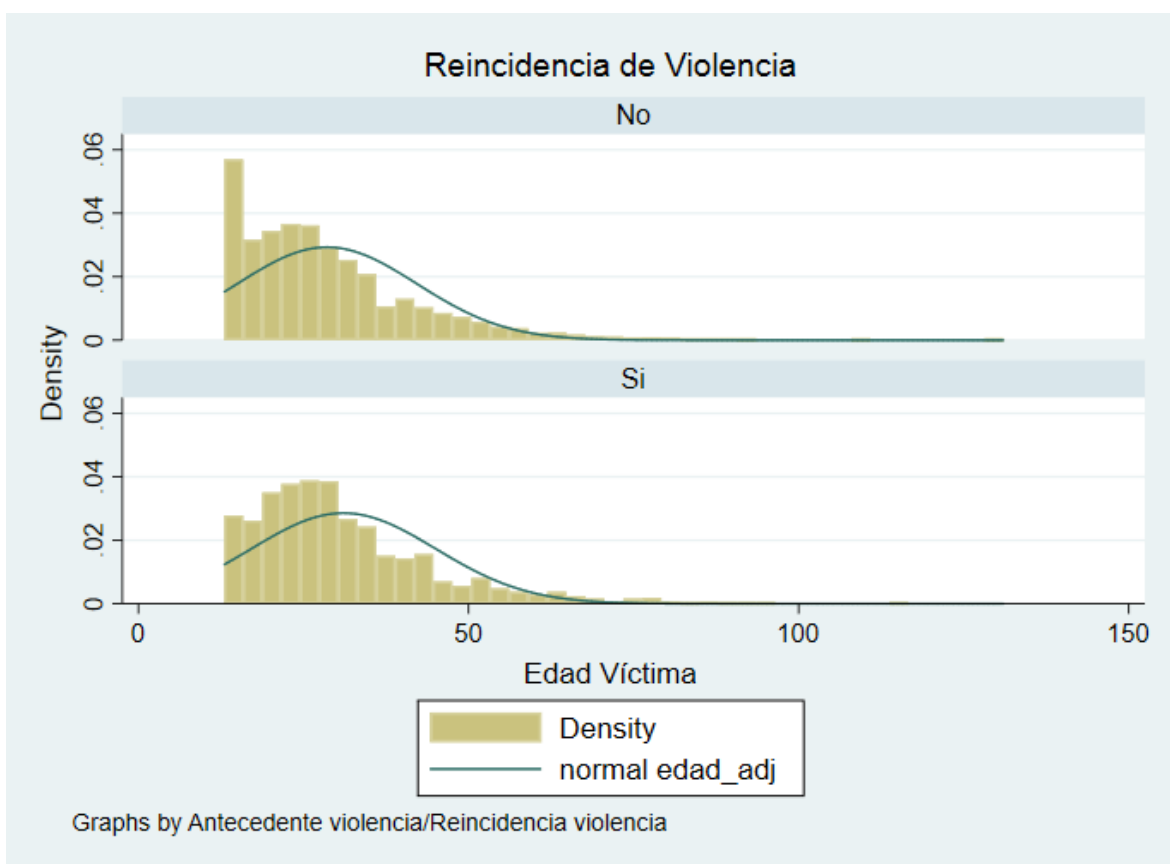


Tabla 2. Características sociodemográficas de las mujeres víctimas de acuerdo a la reincidencia de la violencia en Cali Valle del Cauca, 2014-2017.

Característica	Reincidencia violencia		Total	Valor p	
	No (Control)	Si (Caso)			
Año de notificación n (%)	2014	2235 (80.42)	544 (19.58)	2779 (21.29)	<0.0001*
	2015	3132 (97.42)	83 (2.58)	3215 (24.63)	
	2016	3474 (97.78)	79 (2.22)	3554 (27.23)	
	2017	2922 (83.39)	582 (16.61)	3504 (26.85)	
Área de ocurrencia n (%)	Cabecera municipal	11342 (90.13)	1242 (9.87)	12584 (96.42)	0.985 *
	Centro Poblado	289 (90.31)	31 (9.69)	320 (2.45)	
	Rural	132 (89.80)	15 (10.20)	147 (1.13)	
Edad Media (DS ¹)		28.57 (13.60)	31.06 (13.96)	28.81 (13.66)	<0.0001 ^o
Grupo de Edad n (%)	Adolescentes (13-17)	2670 (93.68)	180 (6.32)	2850 (21.84)	<0.0001*
	Jóvenes (18-26)	3551 (90.10)	390 (9.90)	3941 (30.19)	

Característica	Reincidencia violencia		Total	Valor p	
	No (Control)	Si (Caso)			
	Adultas (27-59)	5118 (88.70)	652 (11.30)	5770 (44.21)	
	Adultas mayores (>60)	424 (86.53)	66 (13.47)	490 (3.75)	
Etnia n (%)	Indígena	90 (86.54)	14 (13.46)	104 (0.80)	0.089 *
	ROM/Gitano	52 (82.54)	11 (17.46)	63 (0.48)	
	Afrocolombiano	1192 (90.92)	119 (9.08)	1311 (10.05)	
	Otro	10429 (90.11)	1144 (9.89)	11573 (88.68)	
Seguridad Social n (%)	Contributivo	5384 (88.79)	680 (11.21)	6064 (46.46)	<0.0001*
	Otros	6379 (91.30)	608 (8.70)	6987 (53.54)	
Actividad/Ocupación n (%)	Otra ocupación	8867 (94.36)	530 (5.64)	9397 (90.70)	<0.0001*
	Ocupación doméstica	756 (78.50)	207 (21.50)	963 (9.30)	
Mujer cabeza de familia n (%)	No	8359 (94.59)	478 (5.41)	8834 (84.17)	<0.0001*
	Si	1325 (79.72)	337 (20.28)	1662 (15.83)	
Con discapacidad n (%)	Si	66 (83.54)	13 (16.46)	79 (0.69)	0.037 *
	No	10278 (90.48)	1081 (9.52)	11359 (99.31)	
Desplazada n (%)	Si	62 (82.67)	13 (17.33)	75 (0.65)	0.023 *
	No	10290 (90.45)	1087 (9.55)	11377 (99.35)	
Gestante n (%)	Si	823 (89.17)	100 (10.83)	923 (8.00)	0.184 *
	No	9604 (90.51)	1007 (9.49)	10611 (92.00)	
Consumo de SPA n (%)	No	9146 (93.49)	637 (6.51)	9783 (96.84)	<0.0001*
	Si	258 (80.88)	61 (19.12)	319 (3.16)	
Víctima de conflicto armado n (%)	No	7104 (98.34)	120 (1.66)	7224 (99.49)	0.128 †
	Si	35 (94.59)	2 (5.41)	37 (0.51)	
Orientación sexual n (%)	Homosexual	66 (84.62)	12 (15.38)	78 (2.78)	0.588 †
	Bisexual	85 (83.33)	17 (16.67)	102 (3.64)	
	Transexual	5 (83.33)	1 (16.67)	6 (0.21)	
	Otra	2083 (79.56)	535 (20.44)	2618 (93.37)	
Identidad de género n (%)	Masculino	40 (85.11)	7 (14.89)	47 (1.68)	0.628 †
	Femenino	2176 (79.71)	554 (20.29)	2730 (97.36)	
	Transgenero	4 (66.67)	2 (3.33)	6 (0.21)	
	Intergenero	9 (90.00)	1 (10.00)	10 (0.36)	
	Otro	10 (90.91)	1 (9.09)	11 (0.39)	

¹ Desviación Estándar * Chi-2 † Prueba exacta de Fisher ‡ T-test

Las mujeres en su mayoría eran de raza mestiza/otras (88.68%), seguidas de las minorías étnicas como afrocolombianas (10.05%), Indígenas (0.80%) y Gitanos (0.48%). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la etnia de las mujeres reincidentes y no reincidentes ($p=0.089$). Variables como identidad de género, orientación sexual, o ser madre gestante, no tuvieron diferencias significativas entre ambos grupos.

Respecto a las características de la violencia contra las mujeres, se encontró que la violencia física (72.66%) fue la más ejercida, seguida de violencia sexual (18.63%) y psicológica (6.88%). Además estas mujeres fueron lesionadas mediante mecanismos contundentes (62.97%), otros (17.51%), y ahorcamiento (9.93%), como los 3 mecanismos de lesión más comunes ejercidos sobre esta población. Sin embargo, un número considerable de mujeres también fueron agredidas mediante armas cortantes y punzantes, así como con fuego o sustancias ácidas (Ver Tabla 4).

Tabla 3. Características de la violencia en mujeres víctimas de acuerdo a la reincidencia en Cali Valle del Cauca, 2014-2017.

Característica	Reincidencia violencia		Total	Valor p	
	No (Control)	Si (Caso)			
Naturaleza de la Violencia n (%)	Física	8006 (88.62)	1028 (11.38)	9034 (72.66)	
	Psicológica/Abandono	952 (87.90)	131 (12.10)	856 (6.88)	<0.0001*
	Violencia sexual	2257 (97.41)	60 (2.59)	2317 (18.63)	
Mecanismo de lesión n (%)	Ahorcamiento	758 (84.69)	137 (15.31)	895 (9.93)	
	Caídas	282 (85.98)	46 (14.02)	328 (3.64)	
	Contundente	5066 (89.22)	612 (10.78)	5678 (62.97)	<0.0001*
	Cortante/punzante	408 (89.67)	47 (10.33)	455 (5.05)	
	Quemadura/Fuego/Acido	62 (75.61)	20 (24.39)	82 (0.91)	
	Otros mecanismos	1413 (89.49)	166 (10.51)	1579 (17.51)	
	Escenario n (%)	Vía pública	2467 (92.50)	200 (7.50)	
Vivienda		8188 (89.02)	1010 (10.98)	9198 (70.48)	
Centro educativo		80 (90.91)	8 (9.09)	88 (0.67)	<0.0001*
Trabajo/Oficina		74 (88.10)	10 (11.90)	84 (0.64)	
Comunidad/Deportivo /Comercial		302 (94.08)	19 (5.92)	321 (2.46)	
Otro		652 (94.08)	41 (5.92)	693 (5.31)	
Presencia SPA/Alcohol en la víctima n (%)	No	11098 (90.75)	1131 (9.25)	12229 (93.70)	<0.0001*
	Si	665 (80.90)	157 (19.10)	822 (6.30)	
	Paciente hospitalizado n (%)	Si	1425 (93.50)	99 (6.50)	1524 (11.68)
No		10338 (89.69)	1189 (10.31)	11527 (88.32)	
Condición Final n (%)	No sabe, no responde	11 (100)	0	11 (0.08)	
	Vivo	11731 (90.11)	1287 (9.89)	13018 (99.75)	0.629 ϕ
	Muerto	21 (95.45)	1 (4.55)	22 (0.17)	

* Chi-2 ϕ Prueba exacta de Fisher

El escenario más común donde fueron agredidas las mujeres fue la vivienda, en ambos casos, tanto reincidentes como no reincidentes, seguido de la vía pública. Zonas en comunidad como escenarios deportivos o zonas comerciales, así como en los centros educativos. La presencia de sustancias psicoactivas (intoxicación

de la víctima) en el momento de notificación se reportó en el 6.30% de las mujeres, y la hospitalización en un 11.68% de ellas, con diferencias significativas entre ambos grupos de víctimas, reincidentes y no reincidentes.

Tabla 4. Característica del agresor reportado en la ficha del SIVIGILA en Cali, Valle del Cauca, 2014-2017.

Característica	Reincidencia violencia		Total	Valor p	
	No (Control)	Si (Caso)			
Edad Media (DS) ¹	32.87 (12.71)	34.85 (12.10)	33.07 (12.66)	<0.0001 ^u	
Sexo agresor n (%)	Femenino	1793 (93.24)	130 (6.76)	1923 (15.11)	<0.0001*
	Masculino	9659 (89.41)	1144 (10.59)	10803 (84.89)	
Edad agresor n (%)	Adolescentes (13-17)	849 (96.48)	31 (3.52)	880 (7.68)	<0.0001*
	Jóvenes (18-26)	2789 (90.58)	290 (9.42)	3079 (26.87)	
	Adultos (27-59)	6176 (88.25)	822 (11.75)	6998 (61.06)	
	Adultos mayores (>60)	449 (89.09)	55 (10.91)	504 (4.40)	
Parentesco del agresor con la víctima n (%)	Pareja	4980 (88.28)	661 (11.72)	5641 (43.31)	<0.0001*
	Ex pareja	2123 (85.95)	347 (14.05)	2470 (18.96)	
	Otro familiar	3829 (94.57)	220 (5.43)	4049 (31.09)	
	Ningún parentesco	805 (93.06)	60 (6.94)	865 (6.64)	
Convive con el agresor n (%)	No	5637 (90.85)	568 (9.15)	6205 (53.56)	<0.0001*
	Si	4688 (87.12)	692 (12.86)	5380 (46.44)	

¹ Desviación Estándar * Chi-2 ^u T-test

En relación a las características del agresor, se reportó que la edad promedio de estos fue de 33.07±12.66 años, en su mayoría hombres (84.89%) entre los 27 a 59 años de edad (61.06%), cuyo parentesco con su víctima fue principalmente su pareja (43.31%), su ex pareja (18.96%), y otros familiares (31.09%). Sin embargo, muchas de las víctimas fueron agredidas por personas con las que no tenían ningún parentesco (6.64%). Un alta proporción de mujeres convivían con el agresor (46.44%), encontrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Niveles del Modelo Ecológico para explicar la Reincidencia de Violencia

Se probaron diferentes modelos, con el fin de identificar el que mejor se ajustara a los datos. Un primer modelo, con todas las variables del nivel individual (Ver Tabla 6): etnia, edad de la víctima, tipo de seguridad social, consumo de SPA y presencia de SPA en la víctima al momento de la notificación. Se determinó que el modelo que mejor se ajustaba era aquel con la variable etnia recategorizada como dicotómica: minorías étnicas (Indígenas, Gitanos/ROM, Afrocolombianos) y otras etnias (Otros).

Esto se determinó a través del Criterio de Información de Akaike (AIC), la bondad de ajuste con el test de Hosmer-Lemeshow, y el Factor de Inflación de la Varianza (VIF) (Ver Tabla 7).

De acuerdo a la tabla 7, a medida que aumenta la edad de la víctima, el riesgo de pertenecer al grupo de personas reincidentes es mayor. Cuando se analizó la forma dicotomizada de esta variable (Adolescentes=0, Otras edades=1) dentro de la regresión múltiple, también se encontró que el riesgo de ser víctima reincidente era mayor entre víctimas adultas (OR 1.80; IC95% 1.53-2.12; $p < 0.0001$). Por otra parte, la etnia no presentó un OR significativo.

Tabla 5. Factores de Nivel Individual asociados a la reincidencia de violencia en mujeres víctimas de Cali Valle del Cauca, 2014-2017.

Característica		OR Crudo (IC 95%)*	Valor p
Edad víctima	Adolescentes (13-17) (Ref)	-	-
	Jóvenes (18-26)	1.63 (1.35-1.95)	<0.0001
	Adultas (27-59)	1.89 (1.59-2.24)	<0.0001
	Adultas mayores (>60)	2.30 (1.71-3.11)	<0.0001
Seguridad Social	Contributivo (Ref)	-	-
	Otros	0.75 (0.67-0.84)	<0.0001
Etnia 1	Otro (Ref)	-	-
	Indígena	1.41 (0.80-2.49)	0.227
	Afrocolombiano	0.91 (0.74-1.10)	0.351
	ROM/Gitano	1.92 (1.003-3.70)	0.049
Etnia 2	Minorías	0.98 (0.81-1.18)	0.863
Consumo SPA	Si	3.39 (2.53-4.53)	<0.0001
Sustancia SPA en víctima	Si	2.31 (1.92-2.78)	<0.0001

*Análisis crudo con regresión logística simple. OR: Odds Ratio.

Tabla 6. Modelo Final del Nivel Individual para los factores asociados a la reincidencia de violencia en mujeres víctimas de Cali Valle del Cauca, 2014-2017.

Característica		OR Crudo (IC 95%)	Valor p	OR Ajustado (IC 95%)*	Valor p
Edad víctima	Adolescentes (13-17)	-	-	-	-
	Ref	-	-	-	-
	Jóvenes (18-26)	1.63 (1.35-1.95)	<0.0001	1.62 (1.26-2.09)	<0.0001
	Adultas (27-59)	1.89 (1.59-2.24)	<0.0001	1.96 (1.55-2.49)	<0.0001
Etnia 2	Adultas mayores (>60)	2.30 (1.71-3.11)	<0.0001	2.15 (1.40-3.27)	<0.0001
	Minorías	0.98 (0.81-1.18)	0.863	0.85 (0.64-1.13)	0.274
Consumo SPA	Si	3.39 (2.53-4.53)	<0.0001	3.80 (2.79-5.19)	<0.0001
Seguridad Social	Contributivo (Ref)	-	-	-	-
	Otros	0.75 (0.67-0.84)	<0.0001	0.62 (0.53-0.73)	<0.0001
Sustancia SPA en víctima	Si	2.31 (1.92-2.78)	<0.0001	1.74 (1.29-2.35)	<0.0001

* Modelo ajustado: Mean VIF 1.24; AIC 4942.604; Hosmer-Lemeshow (p= 0.631)

En cuanto al consumo de SPA, el OR ajustado por edad, seguridad social y etnia, indica que independientemente de estas variables, ser consumidor de SPA incrementa el riesgo de ser una víctima reincidente de actos violentos (OR= 3.80; IC95% 2.79-5.19; p<0.0001), en comparación con quienes no consumen. En comparación con el régimen contributivo, las personas de los demás régimen (subsidiado y otros) presentaron 28% menos probabilidad de ser víctimas reincidentes. La variable de presencia de una SPA en la víctima al momento del reporte, indica en el OR ajustado de 1.74 veces el riesgo de ser víctima reincidente, en comparación con las que no estaban intoxicadas.

Tabla 7. Factores de Nivel Relacional asociados a la reincidencia de violencia en mujeres víctimas de Cali Valle del Cauca, 2014-2017.

Característica		OR Crudo (IC 95%)*	Valor p
Parentesco del agresor con la víctima	Ningún parentesco (Ref)	-	-
	Pareja	1.78 (1.35-2.34)	<0.0001
	Expareja	2.19 (1.64-2.91)	<0.0001
	Otro familiar	0.77 (0.57-1.03)	0.084
Sexo agresor	Masculino	1.63 (1.35-1.97)	<0.0001
Edad agresor	Adolescentes (13-17)	-	-
	Ref	-	-
	Jóvenes (18-26)	2.84 (1.95-4.15)	<0.0001
	Adultos (27-59)	3.64 (2.52-5.25)	<0.0001
	Adultos mayores (>60)	3.35 (2.12-5.28)	<0.0001
Convive con el agresor	Si	1.46 (1.30-1.64)	<0.0001
Naturaleza de la violencia	Psicológica (Ref)	-	-
	Física	0.93 (0.76-1.13)	0.484
	Violencia Sexual	0.19 (0.14-0.26)	<0.0001

*Análisis crudo con regresión logística simple. OR: Odds Ratio

Se probó el modelo individual ajustado con y sin interacción entre el consumo de SPA y la etnia, encontrando un OR de 0.58 (IC95% 0.16-2.12; p=0.417), que indica que no existe una interacción significativa. El Likelihood ratio test indicó que cuando se incluye la interacción al modelo, no existe una mejora significativa en la predicción de los riesgos observados en el modelo sin interacción.

Respecto a los factores del nivel relacional, se probó un primer modelo con todas las variables de este nivel, incluidas en la Tabla 8. Este primer modelo mostró colinealidad en la variable parentesco de la víctima con el agresor (VIF 11.01). Antes de retirar esta variable, se probó un segundo modelo con las variables re-categorizadas en dicotómicas (Ver las variables re-categorizadas en Tabla 9), excepto el grupo de edad del agresor, que se mantuvo en su forma original.

Este modelo a pesar de tener un AIC ligeramente más alto (6875.422 vs 6815.361) que el primer modelo, no presentaba colinealidad (VIF <10), y tenía mejor bondad de ajuste; además permitía conservar la variable “parentesco”, que es de relevancia para los estudios de violencia.

Posteriormente se probó este segundo modelo con y sin interacción entre la convivencia con el agresor y el parentesco con el agresor, indicando según el likelihood-ratio test con valor $p < 0.0001$, que el modelo que contiene la interacción se ajusta a los datos significativamente mejor que el modelo sin la interacción.

De acuerdo a los resultados de este modelo final de nivel relacional (Ver Tabla 9), se puede evidenciar que cuando el agresor es la pareja o la expareja, el riesgo crudo de ser una víctima reincidente es aproximadamente 2 veces el riesgo cuando el agresor es otro familiar o un desconocido (sin parentesco) (OR 2.24 IC95% 1.72-2.93; $p < 0.0001$). El OR crudo y ajustado de la variable “sexo agresor” parece indicar una asociación con la reincidencia de violencia, con una probabilidad de 33% mayor cuando el agresor es hombre (OR 1.33 IC95% 1.06-1.67; $p = 0.011$).

Tabla 8. Modelo Final del Nivel Relacional para los factores asociados a la reincidencia de violencia en mujeres víctimas de Cali Valle del Cauca, 2014-2017.

Característica		OR Crudo (IC95%)	Valor p	OR Ajustado (IC 95%)*	Valor p
Parentesco del agresor con la víctima	Otros (Ref)	-	-	-	-
	Expareja-Pareja	2.34 (2.04-2.69)	<0.0001	2.24 (1.72-2.93)	<0.0001
Sexo agresor	Masculino	1.63 (1.35-1.97)	<0.0001	1.33 (1.06-1.67)	0.011
Edad agresor	Adolescentes (13-17)	-	-	-	-
	Ref	-	-	-	-
	Jóvenes (18-26)	2.84 (1.95-4.15)	<0.0001	1.99 (1.25-3.15)	0.003
	Adultos (27-59)	3.64 (2.52-5.25)	<0.0001	2.32 (1.47-3.64)	<0.0001
	Adultos mayores (>60)	3.35 (2.12-5.28)	<0.0001	2.22 (1.31-3.78)	0.003
Convive con el agresor	Si	1.46 (1.30-1.64)	<0.0001	2.11 (1.56-2.86)	<0.0001
Naturaleza de la violencia	Psicológica (Ref)	-	-	-	-
	Física	0.93 (0.76-1.13)	0.484	0.91 (0.74-1.12)	0.401
	Violencia Sexual	0.19 (0.14-0.26)	<0.0001	0.29 (0.20-0.42)	<0.0001
Parentesco#Convivencia**	Pareja-expareja#Si	0.56 (0.42-0.75)	<0.0001	0.46 (0.33-0.65)	<0.0001

* Modelo ajustado: Mean VIF 4.40; AIC 6823.976; Hosmer-Lemeshow (p=0.231)

**Calculado con χ^2 :logistic reincidencia parentesco##convivencia

Respecto al grupo de edad del agresor, todas presentan un OR estadísticamente significativo, el riesgo más alto de ser víctima reincidente es cuando el agresor es de edad adulta (27-59 años). Por su parte, la convivencia con el agresor mostró ser un factor de riesgo en los análisis crudos y ajustados para la reincidencia (OR 2.11; IC95%1.56-2.86; p<0.0001).

Cuando la naturaleza de la violencia es sexual, existe una asociación negativa con la reincidencia, en comparación con otras formas de violencia (OR 0.29; IC95% 0.20-0.42; p<0.0001). Finalmente, este modelo ajustado con la interacción muestra que convivir la pareja o expareja, implica menor riesgo para reincidencia

de la violencia (OR 2.14; IC 95% 1.53-2.99; $p < 0.0001$) en comparación con la convivencia con otros familiares (OR 0.46; IC95% 0.33-0.65; $p < 0.0001$).

Tabla 9. Factores de Nivel Comunitario asociados a la reincidencia de violencia en mujeres víctimas de Cali Valle del Cauca, 2014-2017.

Característica		OR Crudo (IC 95%)*	Valor p
Escenario	Otro (Ref)	-	-
	Vía Pública	1.28 (0.91-1.82)	0.151
	Vivienda	1.96 (1.42-2.70)	<0.0001
	Centro educativo	1.59 (0.72-3.51)	0.251
	Trabajo/Oficina	2.14 (1.03-4.46)	0.040
	Comunidad/Deportivo /Comercial	1.00 (0.57-1.75)	0.999
Zona de conflicto armado	Si	1.34 (0.84-2.16)	0.215
Víctima del conflicto armado	Si	3.38 (0.80-14.22)	0.096
Área de ocurrencia	Cabecera Municipal (Ref)	-	-
	Rural/Centro poblado	0.99 (0.73-1.36)	0.989
Uso de la fuerza/armas	Otros mecanismos (Ref)	-	-
	Ahorcamiento	1.36 (1.09-1.71)	0.007
	Contundente	0.91 (0.77-1.07)	0.278
	Cortante/punzante	0.87 (0.62-1.21)	0.420

*Análisis crudo con regresión logística simple. OR: Odds Ratio

Para el modelo final del Nivel Comunitario, se probó un modelo con todas las variables que aparecen en la Tabla 10 y un modelo con las variables “escenario” re categorizada a dicotómica (Vivienda=1; Otro escenario=0) y eliminando la variable “uso de la fuerza/armas” por ser colineal (VIF>10). El que presentó mejor ajuste a los datos del estudio fue este segundo modelo (Ver Tabla 11).

Tabla 10. Modelo Final del Nivel Comunitario para los factores asociados a la reincidencia de violencia en mujeres víctimas de Cali Valle del Cauca, 2014-2017.

Característica		OR Crudo (IC 95%)	Valor p	OR Ajustado (IC 95%)*	Valor p
Escenario	Otro (Ref)	-	-	-	-
	Vivienda	1.58 (1.38-1.82)	<0.0001	1.43 (0.93-2.20)	0.095
Zona de conflicto armado	Si	1.34 (0.84-2.16)	0.215	2.09 (0.59-7.44)	0.253
Víctima del conflicto armado	Si	3.38 (0.80-14.22)	0.096	2.78 (0.58-13.21)	0.197
Área de ocurrencia	Cabecera Municipal (Ref)	-	-	-	-
	Rural/Centro poblado	0.99 (0.73-1.36)	0.989	1.14 (0.45-2.86)	0.780

* Modelo ajustado: Mean VIF 1.04 ; AIC 1242.933; Hosmer-Lemeshow (p=0.395)

El nivel comunitario, incluye factores como el escenario donde se desarrollaron los hechos violentos, indicando inicialmente un riesgo mayor de reincidencia de violencia entre quienes fueron víctimas dentro de su vivienda, sin embargo, en análisis ajustado indica que no existe riesgo significativo estadísticamente (OR 1.43; IC95% 0.93-2.20, p=0.095), en comparación con quienes fueron violentados en otros escenarios.

Por su parte, los hechos violentos ocurridos en una zona de conflicto armado o si la mujer fue víctima de violencia en el marco del conflicto armado, parecen no estar asociados estadísticamente con la reincidencia de la violencia. No se encontró interacción significativa entre el escenario vivienda y la zona rural.

Tabla 11. Modelo Final de Nivel Social para los factores asociados a la reincidencia de violencia en mujeres víctimas de Cali Valle del Cauca, 2014-2017.

Característica		OR Crudo (IC 95%)	Valor p	OR Ajustado (IC 95%)*	Valor p
Identidad de género	Masculino (Ref)	-	-	-	-
	Femenino	1.45 (0.64-3.26)	0.363	1.41 (0.61-3.21)	0.413
	Transgenero	2.85 (0.43-18.68)	0.273	2.29 (0.32-16.01)	0.402
	Intergenero	0.63 (0.06-5.82)	0.688	0.94 (0.10-8.97)	0.963
	Otro género	0.57 (0.06-5.19)	0.619	0.56 (0.06-5.25)	0.615
Mujer cabeza de familia	Si	4.44 (3.82-5.17)	<0.0001	3.25 (2.63-4.02)	<0.0001

* Modelo ajustado: Mean VIF 1.08; AIC 2717.927; Hosmer-Lemeshow ($p=0.968$)

El nivel social incluye variables en relación a los roles de género atribuidos a hombres y mujeres a nivel socio-cultural. El mejor modelo probado, fue el que incluyó todas las variables de la Tabla 12. Es decir, no se incluyeron cambios en la categorización de variables, ya que los criterios de selección del modelo fueron adecuados con las variables en su forma original. En este nivel, los OR ajustados indican un riesgo mayor de reincidencia cuando las mujeres son cabeza de familia (OR 3.25; IC95% 2.63-4.02; $p<0.0001$).

Para el modelo final con *todos los niveles del modelo ecológico*, se incluyeron las variables significativas en los análisis crudos para ver el comportamiento ajustado de estos factores en una regresión logística multivariada (Ver Tabla 13):

Se probó un modelo bajo el principio de parsimonia, sin la variable de edad del agresor por presentar colinealidad ($VIF>10$). En adelante se probó este modelo

incluyendo interacciones entre Convivencia con agresor y Consumo de SPA, Parentesco con agresor y Convivencia con agresor (La cual había sido significativa dentro del nivel Relacional), y Consumo de SPA y Escenario de ocurrencia, pero ninguna resultó significativa. Además se probó test de Akaike (3722.656) y bondad de ajuste (Ajuste correcto).

Respecto a los factores de riesgo de este modelo final, se observa que la edad de la víctima, el sexo del agresor, y el escenario de ocurrencia del evento violento, dejan de ser significativos para la reincidencia, en comparación con los resultados crudos. Por el contrario, el abuso de SPA, la presencia de SPA en la víctimas en el momento de notificación, convivir con el agresor, el escenario doméstico, el régimen de seguridad social y ser una mujer cabeza de familia, siguen siendo riesgos significativos para la reincidencia de la violencia.

Por su parte, la naturaleza de la violencia presenta una asociación con la reincidencia, cuando es de tipo sexual, sin embargo esta asociación implica una menor probabilidad de ser víctima reincidente (OR 0.20; IC95% 0.11-0.37; $p < 0.0001$), en comparación con la violencia psicológica.

Tabla 12. Modelo Completo con todos los niveles ecológicos para factores asociados a la reincidencia de violencia en mujeres víctimas de Cali Valle del Cauca, 2014-2017.

Característica		OR Crudo (IC 95%)	Valor p	OR Ajustado (IC 95%)*	Valor p
Edad víctima	Adolescentes (13-17)	-	-	-	-
	Ref	-	-	-	-
	Jóvenes (18-26)	1.63 (1.35-1.95)	<0.0001	0.80 (0.57-1.12)	0.204
	Adultas (27-59)	1.89 (1.59-2.24)	<0.0001	0.78 (0.56-1.09)	0.149
Seguridad Social	Adultas mayores (>60)	2.30 (1.71-3.11)	<0.0001	1.20 (0.73-1.96)	0.464
	Contributivo (Ref)	-	-	-	-
Consumo SPA	Otros	0.75 (0.67-0.84)	<0.0001	0.65 (0.54-0.77)	<0.0001
	Si	3.39 (2.53-4.53)	<0.0001	3.76 (2.47-5.71)	<0.0001
Sustancia en víctima	Si	2.31 (1.92-2.78)	<0.0001	2.14 (1.50-3.03)	<0.0001
Naturaleza Violencia	Psicológica (Ref)	-	-	-	-
	Física	0.93 (0.76-1.13)	0.484	0.98 (0.72-1.34)	0.918
	Violencia Sexual	0.19 (0.14-0.26)	<0.0001	0.20 (0.11-0.37)	<0.0001
Sexo agresor	Masculino	1.63 (1.35-1.97)	<0.0001	1.22 (0.91-1.64)	0.164
Parentesco con agresor	Otros (Ref)	-	-	-	-
	Exponeja-Pareja	2.34 (2.04-2.69)	<0.0001	1.63 (1.25-2.13)	<0.0001
Convive con el agresor	Si	1.46 (1.30-1.64)	<0.0001	1.29 (1.07-1.56)	0.006
Escenario de ocurrencia	Otro (Ref)	-	-	-	-
	Vivienda	1.58 (1.38-1.82)	<0.0001	0.97 (0.78-1.21)	0.837
Mujer cabeza de familia	Si	4.44 (3.82-5.17)	<0.0001	3.21 (2.63-3.90)	<0.0001

* Modelo ajustado: Mean VIF 3.12; AIC 3722.656 Hosmer-Lemeshow (p=0.5719)

9. DISCUSIÓN

La violencia contra la mujer, así como la reincidencia de la misma, supone una problemática de salud pública que impacta grandes grupos y comunidades en situación de vulnerabilidad, hecho que ha impulsado numerosas iniciativas por parte de actores sociales, académicos, judiciales, etc.

Este estudio puede considerarse como el primero en nuestro medio, ya que además de contrarrestar la sub-utilización de registros oficiales para determinar hallazgos de base poblacional, se usó un modelo ecológico explicativo para la reincidencia de violencia contra la mujer, en la ciudad de Cali.

Los hallazgos de este estudio indican que la problemática de violencia contra la mujer está lejos de acabarse, pues en una ventana temporal de cuatro años, se reportaron aproximadamente 13.052 víctimas en Cali, de las cuales cerca de un 10% son reincidentes, es decir que tienen antecedentes de violencia previos al reporte. Estos resultados son similares a los indicados por el estudio multi-país de la OMS (61), en los que se resalta que la mayoría de las mujeres encuestadas declararon haber sido víctimas de violencia física moderada y grave, más de una vez en el último año.

Estos eventos violentos recurrentes, como indican nuestros resultados, afectan a mujeres de todas las edades, principalmente en edad productiva, etnias y condiciones socio-económicas diversas. No obstante, de acuerdo a algunos autores, los factores de desigualdad, principalmente del acceso a los servicios de salud, educación y empleo, generan vulnerabilidades diferenciales frente a hechos violentos(44, 45). De hecho, estudios con resultados similares a este, han evidenciado que los maltratos físico marital en mujeres en edad fértil y su reincidencia en la vida de pareja, pueden asociarse a ingresos bajos, consumo de alcohol o drogas, así como disfunción familiar moderada o grave (7, 50, 52-54).

Por otra parte, según los datos de nuestro estudio, los hechos violentos contra la mujer sucedieron principalmente en la cabecera urbana de Cali. Se sabe que pese a que la población es mayor en la urbe, la presencia institucional, y una percepción de justicia procesal para los casos de violencia, también contribuye a que se reporten más casos en esta área, en comparación con las zonas rurales(62). Sin embargo, en países como Perú, la mayoría de los eventos de violencia de pareja se reportan en zona rural, precisamente, por la poca presencia de instituciones y autoridades (17, 22).

Otros hallazgos en común con la literatura, evidencian que los abusos físicos suelen estar presentes en más del 60% de las víctimas(9, 17), tal como lo reporta la población de nuestro estudio, donde este tipo de violencia se registró en 72.66%, seguida de violencia sexual con 18.63%.

El perpetrador más frecuente fue la pareja, seguido de otros familiares co-sanguíneos o no, así como agresores sin ningún parentesco con la víctima. Además de mujeres adultas, una proporción importante de las víctimas (21.84%) eran adolescentes entre los 13 y 17 años de edad. Estos hallazgos son similares a lo reportado por autoridades como la OMS a nivel mundial, y el INMLCF a nivel nacional donde para el 2017 las niñas y mujeres adolescentes fueron las más afectadas por violencia dentro de sus viviendas (espacio más predominante) en comparación con los hombres (2).

Nivel Individual

Uno de los principales hallazgos en el Nivel Individual indica que el abuso de sustancias psicoactivas (SPA), puede asociarse con el hecho de ser víctima reincidente (OR 1.74; IC95% 1.29-2.35; $p < 0.0001$), hecho que descrito de manera similar por Cole y cols en 2008, donde concluye que la re-victimización de la mujer, principalmente en la vida de pareja, es mayor en aquellas que abusan o dependen de drogas ilícitas (63). No obstante, otros estudios han discutido que el

uso habitual de alcohol por parte del victimario y la víctima, no implican un riesgo de re-abusos *per se*, sino cuando se incluyen otros factores como el desempleo, antecedentes criminales, tipología de personalidad del agresor, entre otros (8, 64, 65).

Una variable relacionada al estado socio-económico de la mujer, fue el régimen de salud al que pertenecía. En este estudio se encontró que pertenecer al régimen subsidiado/otros, está menos asociado a la reincidencia (OR 0.62) en comparación con las mujeres del régimen contributivo. Una revisión sistemática realizada Cattaneo y cols(64) bajo niveles de análisis individual, interpersonal y sistémico, reportó un hallazgo similar, pues los estudios que buscaban asociación entre el estatus socio-económico de la víctima y el re-abuso, no fueron significativos.

Sin embargo, es importante recordar que un factor relacionado como la dependencia económica, por lo general de las mujeres y los niños, perpetúa la victimización, debido a que la subsistencia luego de la ruptura con el agresor, también se convierten en objeto de conflicto(66).

Nivel Relacional

Respecto al nivel Relacional, este estudio indica que la convivencia con el agresor, y el parentesco con el agresor como pareja o expareja, se asocian estadísticamente con la reincidencia de violencia. De hecho, algunos autores han estudiado la re-victimización con futuras parejas diferentes al victimario, evidenciando que más allá del parentesco, si las conductas de riesgo como las adicciones o la dependencia emocional, siguen presentes en la pareja, este será el factor que incremente las probabilidades de reincidencia (30, 63).

Por su parte, como se ha mencionado, la convivencia con el agresor resultó ser significativa marginalmente en los análisis ajustados. Este hallazgo puede

compararse con estudios que indican que el riesgo de ser víctima reincidente en un periodo de tiempo más corto (Tiempo entre evento violento₁ y evento violento₂), tiende a ser mayor cuando la dependencia económica permanece y la convivencia con el agresor tiene una larga duración (17, 67).

El tema de la convivencia con el agresor ha sido incluso analizado desde algunos enfoques sociológicos (61, 68), indicando que además de los apegos, la poca seguridad que brindan los sistemas de salud o judiciales, respecto al futuro de la mujer o los hijos, que se separan de su agresor, están prologando la exposición y repetición de violencia. La convivencia en muchos casos se mantiene, siempre que el único o principal proveedor del hogar sea el agresor (5, 66).

En cuanto a la naturaleza de la violencia, se encontró que la violencia sexual, aparentemente se asocia de manera negativa con la reincidencia (OR 0.27 IC95% 0.19-0.39; $p < 0.0001$). Este hallazgo es contrario a lo encontrado en la literatura, tal como mencionan Cho y cols (65), quienes reportan que las víctimas de abuso sexual y violación eran 3 veces más propensas a ser re-victimizadas en comparación con quienes solo eran agredidas físicamente. Sin embargo, cuando se ejercía arresto del perpetrador, el riesgo de re-victimización lograba reducirse aproximadamente 45%, por lo tanto es posible encontrar resultados asociados negativamente, aunque esto no implica que sea un factor protector sino que el análisis debe realizarse teniendo en cuenta las intervenciones y el contexto.

Es posible que en los casos de violencia sexual, principalmente en menores de edad, impulse un actuar más oportuno por parte de las autoridades, tal como lo indica Cole, pues describe que estos riesgos de re-victimización son menores, cuando la víctima obtiene una orden de protección o encarcelamiento del agresor, lo cual es un punto crítico para las intervenciones enfocadas en evitar la repetición de actos violentos (63).

En contraste a esto, algunos estudios advierten que cuando se trata de describir asociación entre la reincidencia de violencia e intervenciones como las órdenes de alejamiento, es necesario tener en cuenta que cuando se observa una asociación positiva (Medidas de protección se asocian a mayor probabilidad de re-victimización), puede ser porque al generar este primer reporte/denuncia, cualquier violación de esta orden de alejamiento se puede entender como una nueva agresión (67, 69), por lo tanto es necesario plantear metodológicamente cómo se va medir la re-victimización.

Nivel Comunitario

Pese a que el escenario de la vivienda es uno de los aspectos más comúnmente encontrados en estudios de violencia contra la mujer, los análisis ajustados indicaron que este factor no está asociado estadísticamente con la reincidencia (OR 1.43 IC95% 0.93-2.20; $p=0.095$). Un estudio realizado con una base de datos del Chicago Women's Health Risk Study, encontró de hecho, que la violencia de pareja fuera del escenario "vivienda", puede estar asociada con una re-victimización más severa (70). Pese a esto, es importante analizar cuidadosamente este factor, ya que el contexto sugiere que el escenario de más riesgo para la victimización y re-victimización, continúa siendo el hogar (13, 17, 61, 71).

En el análisis crudo del mecanismo de lesión (Uso de la fuerza/armas), se observó una asociación entre la reincidencia de violencia y el ahorcamiento en comparación con otros mecanismos. Aunque en los valores ajustados no se evidenció estadísticamente, es importante resaltar que algunos estudios han obtenido ORs de re-victimización en mujeres significativos, cuando las lesiones son menores, en comparación con lesiones severas o que impliquen el uso de armas(61, 65). En este estudio, no logramos identificar las mujeres reincidentes con resultados fatales, por tal motivo es posible que haya un sub-registro que esté explicando estos resultados de asociación con mecanismos de agresión "leves".

Nivel Social

El nivel social incluyó variables en relación a los roles de género atribuidos a hombres y mujeres a nivel socio-cultural. Ser mujer cabeza de familia, representó 3 veces el riesgo de reincidencia de violencia, en comparación con quienes no tenían esta característica. Aunque no se encontraron estudios donde evaluaran puntualmente esta variable en relación al riesgo de reincidencia, algunos sugieren que mujeres que hacen parte del mercado laboral, enfrentan un mayor riesgo de violencia, ejercido por su compañero al querer limitar del poder adquisitivo de la mujer(72).

Además, ser mujer cabeza de familia, en nuestra población de estudio se relaciona principalmente con trabajos informales, domésticos, en espacios públicos, lo que genera una mayor exposición a hechos violentos recurrentes (2, 3, 71), sumado a que la violencia doméstica también se relaciona con inestabilidad laboral en la mujer(73).

De hecho, un estudio realizado en comisarías de familia de Bogotá, resalta que la ruptura de vínculos con el agresor en muchos de los casos implica para la mujer una “caída drástica de los medios de subsistencia”(66). Lo anterior genera nuevos conflictos entre el agresor y la víctima (Según este autor, las demandas realizadas hacia los hombres como proveedores del hogar a veces son fuente de conflicto), lo que puede explicar por qué en nuestro estudio, ser cabeza de familia implica un riesgo mayor a ser víctima reincidente.

Modelo Completo Final

El modelo ajustado final, sigue destacando los hallazgos por cada nivel de análisis, el consumo de SPA, la presencia de SPA en la víctima, la violencia sexual asociada negativamente, y el ajuste del “Sexo del agresor”, el cual desapareció como riesgo para la reincidencia. Así mismo, se verificaron los OR del parentesco, la convivencia con el agresor y ser víctima reincidente cabeza de familia como riesgos importantes a considerar.

Limitaciones

Algunas variables presentaron sub registros, errores de digitación y diferencias en las codificaciones de las variables debido a los cambios que sufrió la ficha de notificación durante el periodo de estudio. Sin embargo, la extensión de la base de datos, así como la cantidad de casos y controles permitieron realizar inferencias estadísticas, logrando así una interpretación de resultados que pueden ser analizados en otra población de víctimas reincidentes con características similares.

Analizar una base de datos institucional también puede implicar que las víctimas que están por fuera del alcance de estas instituciones no estén siendo representadas en los hallazgos. Sin embargo, estos registros forman parte de un sistema de vigilancia nacional protocolizado y estandarizado, lo que implicó que tanto casos y como controles fueran seleccionados de la misma base poblacional, y por lo tanto comparables para el objetivo de este estudio. Por otra parte, los niveles del modelo ecológico planteado pueden ser explicativos parcialmente dado que algunos factores de nivel macro-social pueden tener menor presencia, precisamente por el tipo de variables encontradas en el SIVIGILA. Se recomienda explorar otros modelos que sean más explicativos de este nivel, así como complementar la información cuantitativa con metodologías cualitativas que permitan profundizar en las causas de la reincidencia de la violencia, tales como el rol estatal, y los diferentes patrones culturales que perpetúan esta problemática.

Fortalezas

Este estudio puede para nuestro conocimiento es el primero en utilizar un modelo ecológico explicativo para la reincidencia de violencia contra la mujer, en la ciudad de Cali. Además de incluir regresiones logísticas bivariadas y multivariadas, también se usó la RLM para generar modelos multinivel que actualmente están siendo aplicados a la comprensión de fenómenos sociales como la violencia y permiten un mejor acercamiento a la realidad de estas problemáticas.

Por otra parte, se calculó la potencia estadística este estudio teniendo en cuenta los 13.052 registros de notificaciones de mujeres víctimas de violencia, de las cuales 1.288 fueron casos reincidentes, alcanzando una potencia de 99.9%.

10. CONCLUSIONES

Este tipo de estudios permiten un análisis de las violencias, y la recurrencia de estos actos, en contextos con particularidades como Cali, pero que además pueden ser representativos de otras poblaciones de víctimas.

La violencia contra la mujer, así como la reincidencia de la misma, generan un problema global de salud pública, por tal motivo, es importante guiar la puesta en marcha de políticas públicas en base a los hallazgos y la evidencia generada en este tipo de estudios. Uno de los principales son las políticas relacionadas al abuso de SPA tanto en las víctimas como en los victimarios, debido a que estos factores influyen fuertemente en la cronicidad de la violencia y la severidad con que esta es ejercida.

La convivencia, y el entorno doméstico siguen siendo factores de riesgo para las víctimas. Mejorar los términos de la convivencia sana y pacífica, no solo puede contribuir a disminuir la re-victimización en la mujer, sino en todos los miembros de

la familia, lo que en términos de prevención limita la transmisión generacional de la violencia.

Características que generan mayor vulnerabilidad como ser mujer cabeza de familia, necesitan ser abordadas con especial atención por las autoridades. Esto porque, la reincidencia o re-victimización debe ser analizada además, como un fenómeno social, inmerso en contextos institucionales.

Además, explorar abordajes con apoyo de otras disciplinas como la sociología y la psicología, permite ahondar sobre otros factores de nivel comportamental, social/institucional o emocional, que están contribuyendo a la reincidencia de la violencia en la mujer. Incluso, se puede sugerir que los futuros estudios tengan más información de la historia personal de la mujer, donde se incluyan antecedentes criminales en la familia, o contacto previo con servicios de salud mental.

Los riesgos identificados por sí solos no son causantes de este fenómeno, es necesario comprender que la respuesta social a la violencia debe centrarse en cómo las instituciones contribuyen a prevenir dicha problemática en el curso de vida de una persona. Factores como el abuso en el consumo de alcohol, la convivencia con el agresor y factores de vulnerabilidad asociados a ser una mujer cabeza de familia, pueden ser priorizados en el manejo inicial de una mujer víctima de manera que se puedan prevenir la reincidencia de actos violentos contra ellas.

11.REFERENCIAS

1. Comité de Derechos Humanos. Concluding Observations of the Human Rights Committee: Canada”(7 de Abril de 1999) CCPR/C/79/Add. 2010.
2. Romero-Quevedo JH. Forensis, Datos para la Vida, Comportamiento de las lesiones por violencia intrafamiliar. Colombia, 2017. Bogota, D.C: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2017.
3. Pinto E. Informe epidemiológico de violencia intrafamiliar, violencia contra la mujer, violencia sexual. Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal; 2015.
4. Krug EG, Organization PAH. Informe mundial sobre la violencia y la salud: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
5. Ruiz Vallejo HF. Poder y violencia en la intimidad: la violencia conyugal contra las mujeres en Colombia a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. 2012.
6. Heise LL, Pitanguy J, Germain A. Violence against women: the hidden health burden: The World Bank; 1994.
7. Tuesca R, Borda M. Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. Gaceta Sanitaria. 2003;17(4):302-8.
8. Afifi EM, Al-Muhaideb NS, Hadish NF, Ismail FI, Al-Qeamy FM. Domestic violence and its impact on married women's health in Eastern Saudi Arabia. Saudi medical journal. 2011;32(6):612-20.
9. Blitchtein-Winicki D, Reyes-Solari E. Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004-2007. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2012;29(1):35-43.
10. Bhandari M, Sprague S, Dosanjh S, The PRAISE Investigators. The prevalence of intimate partner violence across orthopaedic fracture clinics in Ontario. J Bone Joint Surg Am. 2011;93(2):132-41.
11. Dearwater S, Coben J, Campbell J ea. Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community hospital emergency departments. Jama. 1998;280(5):433-8.
12. Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, Mak J, Falder G, Graham K, et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. Addiction. 2014;109(3):379-91.
13. Parks SE, Johnson LL, McDaniel DD, Gladden M. Surveillance for violent deaths - National Violent Death Reporting System, 16 states, 2010. MMWR Surveill Summ. 2014;63(1):1-33.
14. Híjar M, Valdez Santiago R. Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores: experiencia internacional y mexicana. Instituto Nacional de Salud Pública; 2008.
15. Rojas JD. Violencia doméstica y medidas cautelares. Medicina Legal de Costa Rica. 2002;19(1):17-38.
16. Binstock H. Violencia en la pareja: tratamiento legal: evolución y balance= Violence within couples: legal treatment: review of progress and results. 1998.

17. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Adams Mendoza J. Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: análisis comparativo de datos poblaciones de 12 países. Organización Panamericana de la Salud; 2014.
18. Zapata Sepúlveda P, Et al. Violencia de género en mujeres con ascendencia étnica aymara en el extremo norte de Chile. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2012;1-6.
19. Mendoza Alvarado L, Et al. Indicadores de salud con perspectiva de género. *Compilación: Una mirada de género en la investigación en Salud Pública en México*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud México. 2007.
20. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Revista Panamericana Salud Pública*. 2002;1:1-49.
21. Klevens Johane. Violencia física contra la mujer en Santa Fé de Bogotá: Prevalencia y factores asociados. *Revista Panamericana Salud Pública*. 2001;9(2):78-83.
22. Alméras D. Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe: una propuesta para medir su magnitud y evolución: United Nations Publications; 2002.
23. Vélez M. Comportamiento de la Violencia de Pareja. Colombia: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2015.
24. McCauley J, Kern D, Kolodner K ea. The “Battering Syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med*. 1995;123(10):737-46.
25. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Arch Intern Med*. 2009;169(18):1692-7.
26. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of family medicine*. 2000;9(5):451-7.
27. Bauer HM, Gibson P, Hernandez M, Kent C, Klausner J, Bolan G. Intimate partner violence and high-risk sexual behaviors among female patients with sexually transmitted diseases. *Sexually transmitted diseases*. 2002;29(7):411-6.
28. Wuest J, Merritt-Gray M, Ford-Gilboe M ea. Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. *J Pain*. 2008;9(11):1049-57.
29. Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359:1331-6.
30. Breiding M, Black M, Ryan G. Chronic disease and health risk behaviors associated with intimate partner violence. *Ann Epidemiol*. 2008;18:538-44.
31. Drossman DA, Talley NJ, Leserman J, Olden KW, Barreiro MA. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations. *Ann Intern Med*. 1995;123(10):782-94.



32. Drossman DA, Leserman J, Nachman G, Li ZM, Gluck H, Toomey TC, et al. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med.* 1990;113(11):828-33.
33. Campbell J, Jones A, Dienemann J ea. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med.* 2002;162:1157-63.
34. Holmes SD, Krantz DS, Rogers H, Gottdiener J, Contrada RJ. Mental stress and coronary artery disease: a multidisciplinary guide. *Progress in cardiovascular diseases.* 2006;49(2):106-22.
35. McCloskey LA, Williams CM, Lichter E, Gerber M, Ganz ML, Sege R. Abused women disclose partner interference with health care: an unrecognized form of battering. *Journal of general internal medicine.* 2007;22(8):1067-72.
36. Coker A, Davis K, Arias I ea. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med.* 2002;23(4):260-8.
37. El-Bassel N, Gilbert L, Frye V, Wu E, Go H, Hill J, et al. Physical and sexual intimate partner violence among women in methadone maintenance treatment. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors.* 2004;18(2):180-3.
38. Waller MW, Iritani BJ, Christ SL, Clark HK, Moracco KE, Halpern CT, et al. Relationships among alcohol outlet density, alcohol use, and intimate partner violence victimization among young women in the United States. *Journal of interpersonal violence.* 2012;27(10):2062-86.
39. Nowotny KM, Graves JL. Substance use and intimate partner violence victimization among White, African American, and Latina women. *Journal of interpersonal violence.* 2013;28(17):3301-18.
40. Wu E, El-Bassel N, Witte SS, Gilbert L, Chang M. Intimate partner violence and HIV risk among urban minority women in primary health care settings. *AIDS and behavior.* 2003;7(3):291-301.
41. Sareen J, Pagura J, Grant B. Is intimate partner violence associated with HIV infection among women in the United States? *General hospital psychiatry.* 2009;31(3):274-8.
42. Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, violence & abuse.* 2010;11(2):71-82.
43. Miller E, Decker MR, Raj A, Reed E, Marable D, Silverman JG. Intimate partner violence and health care-seeking patterns among female users of urban adolescent clinics. *Maternal and child health journal.* 2010;14(6):910-7.
44. Montero I, Ruiz-Perez I, Martín-Baena D, Talavera M, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C. Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. *Women's health issues.* 2011;21(5):400-6.
45. Barnawi FH. Prevalence and Risk Factors of Domestic Violence Against Women Attending a Primary Care Center in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of interpersonal violence.* 2017;32(8):1171-86.

46. Ribero R, Sánchez F. Determinantes, efectos y costos de la violencia intrafamiliar en Colombia. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES-CEDE; 2004.
47. McFarlane J, Nava A, Gilroy H, Maddoux J. Risk of behaviors associated with lethal violence and functional outcomes for abused women who do and do not return to the abuser following a community-based intervention. *Journal of Women's Health*. 2015;24(4):272-80.
48. Rivera-Rivera L, Allen B, Chávez-Ayala R, Ávila-Burgos L. Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. *Salud pública de México*. 2006;48:s268-s78.
49. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and the Family*. 1979:75-88.
50. Klevens J. Violencia física contra la mujer en Santa Fe de Bogotá: prevalencia y factores asociados. *Rev Panam Salud Publica*. 2001;9(2):78-83.
51. Pallitto CC, O'Campo P. Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia: testing the feminist perspective. *Social Science & Medicine*. 2005;60(10):2205-16.
52. Klevens J, Bayón MC, Sierra M. Risk factors and context of men who physically abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse and Neglect*. 2000.
53. Pineda Duque J, Otero Peña L. Género, violencia intrafamiliar e intervención pública en Colombia. *Revista de Estudios Sociales*. 2004(17):19-31.
54. López SM, Gómez-Sánchez PI, Arevalo-Rodríguez I. Violencia contra la mujer. Análisis en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia, 2005: Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2008;59(1):10-9.
55. Rey CA. Habilidades pro sociales, rasgos de personalidad de género y aceptación de la violencia hacia la mujer, en adolescentes que han presenciado violencia entre sus padres. *Acta colombiana de psicología*. 2008;11(1):107-18.
56. Kothari CL, Rhodes KV. Missed opportunities: emergency department visits by police-identified victims of intimate partner violence. *Ann Emerg Med*. 2006;47(2):190-9.
57. Torrico E et al. El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de psicología*. 2002;18(1):1-46.
58. Heise LL. Violence against women an integrated, ecological framework. *Violence against women*. 1998;4(3):262-90.
59. Lazcano-Ponce E, Salazar-Martínez E, Hernández-Avila M. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. *Salud pública de México*. 2001;43:135-50.
60. Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*. 2008;28(3):266-71.
61. World Health Organization. Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.

62. Walker R, Logan T. Health and rural context among victims of partner abuse: does justice matter? *Journal of interpersonal violence*. 2018;33(1):64-82.
63. Cole J, Logan T, Shannon L. Women's risk for revictimization by a new abusive partner: for what should we be looking? *Violence and Victims*. 2008;23(3):315.
64. Cattaneo LB, Goodman LA. Risk factors for reabuse in intimate partner violence: A cross-disciplinary critical review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2005;6(2):141-75.
65. Cho H, Wilke DJ. Gender differences in the nature of the intimate partner violence and effects of perpetrator arrest on revictimization. *Journal of family violence*. 2010;25(4):393-400.
66. Javier PD, Luisa OP. Género, violencia intrafamiliar e intervención pública en Colombia. *Revista de estudios sociales*. 2004(17):19-31.
67. Mele M. The time course of repeat intimate partner violence. *Journal of Family Violence*. 2009;24(8):619-24.
68. Kuijpers KF, van der Knaap LM, Winkel FW. Risk of revictimization of intimate partner violence: The role of attachment, anger and violent behavior of the victim. *Journal of family violence*. 2012;27(1):33-44.
69. Mears DP, Carlson MJ, Holden GW, Harris SD. Reducing domestic violence revictimization: The effects of individual and contextual factors and type of legal intervention. *Journal of interpersonal violence*. 2001;16(12):1260-83.
70. Sonis J, Langer M. Risk and protective factors for recurrent intimate partner violence in a cohort of low-income inner-city women. *Journal of Family Violence*. 2008;23(7):529-38.
71. Personeria Municipal Santiago de Cali. Barreras de acceso a la justicia para las mujeres víctimas de la violencia en Santiago de Cali. Santiago de Cali 2014.
72. Heath R. Women's access to labor market opportunities, control of household resources, and domestic violence: Evidence from Bangladesh. *World Development*. 2014;57:32-46.
73. Showalter K. Women's employment and domestic violence: A review of the literature. *Aggression and violent behavior*. 2016;31:37-47.

12. ANEXOS (Ver Protocolo completo y fichas de Violencia INS
<https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/PRO%20Violencia%20de%20genero%20e%20intrafamiliar.pdf>)

Anexo1. Ficha de Notificación (SIGIVILA) – Violencias de Género

		SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Subsistema de información SIGIVILA Ficha de notificación						
Vigilancia en salud pública de las violencias de género código INS: 875								
La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1296/09								
RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS			FOR-R02.0000-053 V:02 AÑO 2015					
A. Nombres y apellidos del paciente		B. Tipo de ID*	C. Número de identificación					
*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA - PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID								
5. MODALIDAD DE LA VIOLENCIA								
<input type="checkbox"/> 1. Violencia física <input type="checkbox"/> 3. Negligencia y abandono <input type="checkbox"/> 5. Acoso sexual <input type="checkbox"/> 7. Explotación sexual comercial de niños niñas y adolescentes <input type="checkbox"/> 11. Violencia sexual en conflicto armado <input type="checkbox"/> 2. Violencia psicológica <input type="checkbox"/> 4. Abuso sexual <input type="checkbox"/> 6. Violación <input type="checkbox"/> 10. Trata de personas para explotación sexual <input type="checkbox"/> 12. Actos sexuales violentos								
6. DATOS DE LA VICTIMA								
Situación o condición de vulnerabilidad		6.1 Actividad <input type="checkbox"/> 8. Reciclador (a) <input type="checkbox"/> 15. Maestro (a) <input type="checkbox"/> 17. Fuerza pública <input type="checkbox"/> 26. Otro <input type="checkbox"/> 13. Líderes(as) cívicos <input type="checkbox"/> 16. Servidor (a) público <input type="checkbox"/> 24. Estudiante <input type="checkbox"/> 28 Trabajadora doméstica						
6.2 Población LGTB <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No		6.8 Campesino (a) <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No		6.10 Privad. libertad <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No				
6.3 Consumo de SPA <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No		6.7 Mujer cabeza de familia <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No		6.11 Víctima del conflicto armado <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No				
6.4 Trabajo sex <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No		6.8 Ama de casa <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No		6.12 Otro <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No				
6.5 Desmovilizado <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No		6.9 NNA SBNF <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No		6.13 Reinoldenola <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No				
6.14 Alcohol víctima <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No								
7. DATOS DEL AGRESOR								
7.1 Edad <input type="text"/>		7.3 Parentesco con víctima <input type="checkbox"/> 1. Esposo (a) <input type="checkbox"/> 7. Ex - novio (a) <input type="checkbox"/> 13. Hermano (a) <input type="checkbox"/> 2. Compañero (a) permanente <input type="checkbox"/> 8. Ex amante <input type="checkbox"/> 14. Abuelo (a) <input type="checkbox"/> 19. Cuñado (a) <input type="checkbox"/> 3. Novio (a) <input type="checkbox"/> 9. Padre <input type="checkbox"/> 15. Padrasto <input type="checkbox"/> 20. Suegro (a) <input type="checkbox"/> 4. Amante <input type="checkbox"/> 10. Madre <input type="checkbox"/> 16. Madrastra <input type="checkbox"/> 21. Otros <input type="checkbox"/> 5. Ex - esposo (a) <input type="checkbox"/> 11. Hijo <input type="checkbox"/> 17. Tío (a) <input type="checkbox"/> 6. Ex - compañero (a) permanente <input type="checkbox"/> 12. Encargado (a) del NNA/Adulto mayor <input type="checkbox"/> 18. Primo (a)						
7.6 Convive con el agresor (a) <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No		7.7 Agresor no familiar <input type="checkbox"/> 1. Profesor (a) <input type="checkbox"/> 4. Compañero (a) de estudio <input type="checkbox"/> 8. Conocido (a) sin ningún trato <input type="checkbox"/> 11. Jefe <input type="checkbox"/> 2. Amigo (a) <input type="checkbox"/> 6. Desconocido (a) <input type="checkbox"/> 9. Sin información <input type="checkbox"/> 12. Sacerdote / pastor <input type="checkbox"/> 3. Compañero (a) de trabajo <input type="checkbox"/> 7. Vecino (a) <input type="checkbox"/> 10. Otro <input type="checkbox"/> 13. Servidor (a) público						
7.8 Grupo perpetuador de la violencia <input type="checkbox"/> 1. Ejército <input type="checkbox"/> 3. Armada <input type="checkbox"/> 5. Narcotráfico <input type="checkbox"/> 7. Pandillas <input type="checkbox"/> 10. Guerrillero (a) <input type="checkbox"/> 2. Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> 4. Policía <input type="checkbox"/> 6. Bandas criminales <input type="checkbox"/> 9. Paramilitar o autodefensas <input type="checkbox"/> 11. No sabe								
8. DATOS DEL HECHO								
8.1 Mecanismo utilizado para la agresión <input type="checkbox"/> 1. Ahorcamiento / estrangulamiento / sofocación <input type="checkbox"/> 4. Cortante / cortopunzante / Punzante <input type="checkbox"/> 13. Quemadura por ácido, álcalis, o sustancias corrosivas <input type="checkbox"/> 2. Caldas <input type="checkbox"/> 11. Proyectil arma fuego <input type="checkbox"/> 14. Quemadura con líquido hirviendo <input type="checkbox"/> 3. Contundente / cortoconduyente <input type="checkbox"/> 12. Quemadura por fuego o llama <input type="checkbox"/> Otros mecanismos								
8.2 Sitio anatómico comprometido con la quemadura <input type="checkbox"/> Cara <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Plegues <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Miembro inferior <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Genitales <input type="checkbox"/> Miembro superior			8.3 Grado <input type="checkbox"/> 1. Primer grado <input type="checkbox"/> 3. Tercer grado <input type="checkbox"/> 2. Segundo grado		8.4 Extensión <input type="checkbox"/> 1. Menor o igual al 5% <input type="checkbox"/> 2. Del 5% al 14% <input type="checkbox"/> 3. Mayor o igual al 15%			
8.5 Fecha del hecho (dd/mm/aaaa) <input type="text"/>		8.5.1 Hora del hecho <input type="text"/>	8.6 Escenario <input type="checkbox"/> 1. Vía pública <input type="checkbox"/> 7. Otro <input type="checkbox"/> 2. Vivienda <input type="checkbox"/> 8. Establecimiento comercial (tienda, centro comercial, etc) <input type="checkbox"/> 3. Centro educativos <input type="checkbox"/> 9. Espacios terrestres al aire libre (Boques, potreros, etc) <input type="checkbox"/> 4. Oficina o edificio de oficinas <input type="checkbox"/> 10. Lugares de esparcimiento con expendio de alcohol					
8.4 ¿Hecho violento en el marco del conflicto armado? <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No								
9. ATENCIÓN EN SALUD								
Profilaxis VIH: <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No	Profilaxis Hep B: <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No	Otras profilaxis: <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No	Anticoncepción de emergencia: <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No	Orientación IVE: <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No	Salud Mental: <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No	Remisión a protección: <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No	Aviso / denuncia a policía judicial (URL, CTI), fiscalía , policía nacional: <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No	Recolección de evidencia médico legal: <input type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. No
Correos: sigivila@ins.gov.co / ins.sigivila@gmail.com								

Anexo2. Autorización uso base de datos SIVIGILA Cali– Violencias de Género


ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Santiago de Cali, Junio 03 de 2018

Señores

**Vicerrectoría de Investigaciones
Universidad del Valle**

Asunto: Solicitud base de datos del evento "Violencia de género" de la Secretaría de Salud Pública Municipal, Cali.

Respetados señores:

En mi calidad de responsable del Observatorio de Violencia Familiar, del área de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud Municipal de Cali, me permito informar que nuestra institución ha puesto a disposición los registros de la base de datos de "Violencia de género" años 2014-2017. Esta BD se entrega en archivo plano sin nombres, apellidos e identificaciones de las personas registradas, y bajo el compromiso de confidencialidad y acción sin daño que rigen los procesos de investigación en la Universidad del Valle.

La base de datos se entrega exclusivamente para fines investigativos del proyecto de la tesis de Maestría, "*Factores Asociados A La Reincidencia De Violencia Contra Mujeres En Cali-Colombia, 2014-2017*" de la Estudiante de Epidemiología Sara Gabriela Pacichana.

Agradezco su amable atención.



Maritza Isaza Gómez
Responsable Observatorio de Violencia Familiar
Vigilancia Epidemiológica
Secretaría de Salud Pública Municipal, Cali
Email: maritza.isaza@cali.gov.co

"La calidad empieza por mí"
Secretaría de Salud Pública Municipal www.calisaludable.gov.co
6-00 Barrio San Fernando Teléfono: 5587895 Fax 5542528