

PREVALENCIA DE CÓDIGO PÚRPURA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DURANTE EL AÑO 2023

The number of Code Purple cases in the emergency department of the Riobamba Provincial General Teaching Hospital in 2023

 Cubillo Chungata Katheryne Elizabeth ⁽¹⁾ *
drakatherinecubillo@gmail.com

 Merino Alvarado Cinthya Alexandra ⁽²⁾
alexa9916@gmail.com

 Abarca Cruz Pablo Daniel ⁽²⁾
abarcapablo171@gmail.com

⁽¹⁾ Hospital Provincial General Docente Riobamba, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Av. Juan Félix Proaño y Chile. Código postal: 060111, Riobamba, Ecuador.

⁽²⁾ Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública, Carrera de Medicina, Panamericana Sur Km 1.5, Código postal 060106, Riobamba, Ecuador.

Autor de correspondencia:

Correo electrónico: pablod.abarca@esPOCH.edu.ec, Teléfono: 0996032944

RESUMEN

Introducción: El Código Púrpura es definido por el Ministerio de Salud Pública como todo presunto caso de violencia basada en género (VBG). Este al ser detectado dentro del Sistema Nacional de Salud debe ser activado inmediatamente para iniciar el protocolo correspondiente. **Objetivo:** Estimar la Prevalencia de Código Púrpura en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba (HPGDR) durante el año 2023. **Metodología:** Se realizó una investigación original, mediante un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo basado en el censo de atenciones hospitalarias en el Servicio de Emergencia (N=35 652). El numerador se determinó mediante las activaciones de Código Púrpura (n=59) y se estimó una prevalencia con un Intervalo de Confianza (IC) del 95% mediante el método de Wilson. **Resultados:** La prevalencia fue de 0.17% (IC 95%: 0.13–0.21%). Predominando adolescentes de 10–19 años (44,1%) y mujeres (91,5%). Mientras que el 50,8% reportó violencia sexual, el 42,4% violencia psicológica y el 35,6% violencia física; el 32,2% presentó múltiples tipos de violencia. **Discusión:** La prevalencia refleja patrones particulares: alta violencia sexual, predominio de violencia en mujeres, subregistro, limitaciones metodológicas y la necesidad de fortalecer la detección y coordinación intersectorial. **Conclusiones:** Aunque la prevalencia institucional observada es baja, los hallazgos evidencian una carga relevante de VBG en adolescentes y mujeres, subrayando la necesidad de fortalecer la detección, el registro y la actuación articulada en los diferentes niveles de atención.

Palabras clave: código púrpura, violencia basada en género.

ABSTRACT

Introduction: The Purple Code, as defined by the Ministry of Public Health, encompasses any suspected instance of gender-based violence (GBV). Should the condition be detected within the National Health System, the protocol must be initiated without delay. **Objective:** To estimate the prevalence of Purple Code activations in the Emergency Department of the Riobamba Provincial General Teaching Hospital (HPGDR) during 2023. **Methodology:** A research study was conducted utilising an observational, descriptive, cross-sectional, and retrospective approach. This approach was based on the census of hospital visits to the Emergency Department (N=35,652). The numerator was determined by the number of Purple Code activations (n=59), and prevalence was estimated with a 95% confidence interval (CI) using Wilson's method. **Results:** The prevalence was 0.17% (95% CI: 0.13–0.21%). The majority of victims were adolescents aged 10–19 years (44.1%) and women (91.5%). While 50.8% reported sexual violence, 42.4% psychological violence, and 35.6% physical violence, 32.2% experienced multiple types of violence. **Discussion:** The prevalence of violence against women reflects particular patterns, including high rates of sexual violence, a predominance of violence against women, underreporting, methodological limitations, and the need to strengthen detection and intersectoral coordination. **Conclusions:** Despite the observed low prevalence of institutional violence, the findings indicate a substantial burden of gender-based violence (GBV) on adolescents and women, emphasising the necessity to enhance detection, reporting, and coordinated action at various levels of care.

Keywords: purple code, gender-based violence

1. Introducción

El Ministerio de Salud Pública define al Código Púrpura como todo caso de violencia basada en género que se ha detectado dentro del Sistema Nacional de Salud en los diferentes niveles de atención (primario, secundario y terciario) (1,2). Precisando como violencia basada en género tenemos a cualquier acto perjudicial incurrido en contra de la voluntad de una persona, y que está basado en diferencias socialmente adjudicadas (género) entre hombres y mujeres (3,4).

El enfoque de género en la salud brinda la posibilidad de entender las relaciones de poder existentes entre los sexos, la construcción socio cultural de las identidades de género, y cómo las mismas se estructuran en un sistema social que jerarquiza a las personas según sus marcas corporales, creando condiciones de desigualdad, inequidad, discriminación y marginación (5,6,7).

La violencia como distintivo de las sociedades latinoamericanas muestra el enorme poder de repercusión que tiene sobre la sociedad. Así, podemos divisar en adolescentes embarazadas que sufren algún tipo de violencia, una susceptibilidad más grande al abuso de sustancias lícitas e ilícitas, lo que generará a posteriori un bajo peso al nacer en las generaciones subsiguientes (8,9).

Las etapas del ciclo de vida para este grupo de atención se enfocan principalmente en la distribución del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), teniendo como clasificación a niños de 0 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años, adultos jóvenes de 20 a 29 años, adultos de 30 a 64 años y adultos mayores de 65 años en adelante. Esta categorización permite organizar de una manera más clara y oportuna los respectivos grupos de vulnerabilidad. (10,11,12)

La Norma Técnica que acoge al Código Púrpura se creó con el objetivo de detectar, visibilizar, y hacer frente a hechos de violencia que lleguen a ser atendidos dentro del Sistema Nacional de Salud, de una manera ordenada y articulada con el Sistema Nacional de Justicia (13,14,15).

Sin embargo, la estadística actual no nos permite visualizar de una manera clara la magnitud y repercusión que la violencia tiene en el país, por lo que el objetivo de la presente investigación es estimar la Prevalencia de Código Púrpura en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba durante el año 2023,

mediante el análisis estadístico univariante de una base de datos anonimizada y custodiada por la Sala de Primera Acogida.

Así, nuestra pregunta de investigación radica en ¿Cuál fue la prevalencia de activación del Código Púrpura en el Servicio de Emergencia del HPGDR durante el año 2023 y cuáles son las principales características de los casos notificados?; por lo que se busca dilucidar si durante el año 2023, los casos activados bajo el Código Púrpura en el Servicio de Emergencia del HPGDR se concentraron mayoritariamente en mujeres adolescentes y correspondieron principalmente a eventos de violencia sexual y psicológica.

2. Materiales y métodos

2.1. Diseño de la investigación

Se realizó una investigación original, descriptiva, observacional de carácter transversal y retrospectiva. Para la elaboración del manuscrito se basó en la Declaración de la Iniciativa de “Strengthening the reporting of observational studies in Epidemiology” (STROBE): directrices para la comunicación de estudios observacionales (21,26,29).

2.2. Contexto

La investigación se realizó en la Sala de Primera Acogida del HPGDR que custodia la base de datos institucional anonimizada de activación de Código Púrpura dentro del Servicio de Emergencia. Previa la ejecución de la investigación, se realizó la carta de interés al HPGDR y la presentación al Comité de Ética de Investigación de la ESPOCH, para la revisión del Protocolo de Investigación Observacional; obteniendo como respuesta favorable el código de aprobación alfanumérico IO-04- CEISH- ESPOCH- 2025.

2.3. Población y muestra

Población:

- Todas las atenciones registradas en el Servicio de Emergencia en el 2023 (N=35 652).

Muestra:

- Censo (no se calculó el tamaño muestral, pues se trata de un censo institucional).

Numerador:

- Activaciones efectuadas de Código Púrpura dentro del Servicio de Emergencia (n=59).

Denominador:

- Todas las atenciones registradas en el Servicio de Emergencia (N=35 652).

2.4. Técnicas o instrumentos de recolección de datos

El presente proyecto de investigación no contará con instrumento alguno de recolección de datos, como encuestas, fichas técnicas, cuestionarios o demás instrumentos. Los datos serán proporcionados de acuerdo con las variables a utilizarse, por parte de la Sala de Primera Acogida del HPGDR, mediante una base de datos institucional anonimizada.

2.5. Criterios de inclusión

Para el numerador

- Todo paciente que haya recibido agresión física y se haya activado código púrpura.
- Todo paciente que haya recibido agresión sexual y se haya activado código púrpura.
- Todo paciente que haya recibido agresión psicológica y se haya activado código púrpura.

Para el denominador

- Todos los pacientes que hayan sido atendidos en el Servicio de Emergencia del HPGDR.

2.6. Criterios de exclusión

- Seguimiento de activaciones previas a Enero de 2023 y registros duplicados o inconsistentes.

2.7. Fuente de datos y variables

Fuente:

- Base de datos institucional anonimizada de la Sala de Primera Acogida del HPGDR.

Variable de resultado principal/dependiente:

- Activación de Código Púrpura (sí/no)

Variables independientes:

- Edad (años), sexo (mujer/hombre), zona de residencia (urbana/rural), orientación sexual

(heterosexual, bisexual), autoidentificación étnica (mestiza/indígena) y tipo(s) de violencia (física, sexual, psicológica).

La selección de variables responde a recomendaciones de organismos internacionales y a la práctica en las salas de emergencia en el ámbito hospitalario (7,9,31).

2.8. Calidad de datos y sesgos

Se efectuó una limpieza de datos (detección de duplicados, rangos imposibles y verificación de campos vacíos críticos). Sesgos potenciales: subregistro, errores de clasificación y sesgo de selección. Mitigación: estandarización de definiciones (7,17,30).

2.9. Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva univariante mediante el paquete estadístico SPSS27. La prevalencia institucional se estimó como n/N con IC del 95% mediante el método de Wilson. Se utilizó este método debido a que es una técnica estadística ideal para calcular IC cuando se busca estimar una prevalencia, una tasa o una proporción. Especialmente cuando: el numerador es pequeño o la prevalencia es muy baja. Esto lo hace más preciso que el método clásico o "normal" (Wald), que suele fallar en esos casos (21,26,29).

2.10. Consideraciones éticas

En la presente investigación se respetaron los principios éticos de confidencialidad, respeto y consentimiento informado. La información proporcionada por la Sala de Primera Acogida del HPGDR se trató con absoluta reserva, garantizando el anonimato de los pacientes y evitando cualquier dato que permita la identificación en su momento o posteriormente.

Asimismo, se realizó un consentimiento general informado previo, explicando de manera clara los objetivos del estudio. De este modo, se asegura que el proceso investigativo salvaguarda en todo momento la dignidad, integridad y bienestar de las personas involucradas.

3. Resultados

La población de nuestro estudio fue N=35652 personas las cuales habían ingresado al servicio de Emergencia del HPGDR en el periodo de enero a diciembre de 2023, de las cuales en 59 personas

se activó el Código Púrpura lo que corresponde a una prevalencia de 0.17%; (IC 95% 0.13–0.21%).

En el estudio se obtuvo una media de edad de 20 años, obteniendo una activación de Código Púrpura con una persona de 2 días siendo esta la edad mínima y una persona de 52 años siendo la máxima edad (tabla1). Estos patrones son consistentes con reportes institucionales y comparaciones regionales, en los que se muestra que adolescentes y adultos jóvenes son más propensos a sufrir cualquier tipo de violencia durante estas etapas de su vida (6,13,14).

Tabla 1: *Análisis estadístico edad.*

	EDAD
N	59
Missing	0
Mean	20.9
Median	17
Standard deviation	11.8
Minimum	2
Maximum	52

Se clasificó en rango de edades obteniendo mayor porcentaje en el rango 10 - 19 años (44.1%), seguido del rango de 20 - 29 años (22.0%) y el rango de 30 - 64 años (22.0%) (tabla2), 0 – 9 años (11.9%). Evidenciando en el rango 65 años o más (0%) de los participantes.

En adolescentes, la literatura internacional describe secuelas clínicas y uso de servicios de urgencias posteriores al evento, coherentes con la necesidad de rutas de atención integrales (32,33).

Tabla 2: *Frequencies of RANGO EDAD.*

RANGO EDAD	Counts	% of Total	Cumulative %
0 - 9 AÑOS	7	11.9 %	11.9 %
10 - 19 AÑOS	26	44.1 %	55.9 %
20 - 29 AÑOS	13	22.0 %	78.0 %
30 - 64 AÑOS	13	22.0 %	100.0 %
65 AÑOS O MÁS	0	0.0 %	100.0 %

De los 59 pacientes 54 (91.5%) fueron mujeres y 5 (8.5%) fueron hombres (tabla3). El UNFPA reafirma que la violencia basada en género es una de las violaciones de derechos humanos más prevalentes y que afecta desproporcionadamente a mujeres y niñas, pues constituye un fenómeno arraigado en desigualdades estructurales, normas patriarcales y relaciones de poder desiguales que colocan a las mujeres en mayor vulnerabilidad frente a diversas formas de violencia como son la física, la sexual y la psicológica (12,13,19).

Tabla 3: *Frequencies of SEXO*

SEXO	Counts	% of Total	Cumulative %
HOMBRE	5	8.5 %	8.5 %
MUJER	54	91.5 %	100.0 %

Con respecto a la zona geográfica se obtuvo 18 personas (30.5%) que procedían del área rural, 40 personas (67.8%) del área urbana y 1 persona (1.7%) que no proporcionó su respectiva zona geográfica (tabla4). Diversos estudios internacionales han demostrado que la violencia, particularmente la violencia de pareja e intrafamiliar, presenta prevalencias más altas en áreas urbanas, especialmente en contextos de pobreza, hacinamiento y desigualdad estructural (14,15,23).

Tabla 4: *Frequencies of ZONA GEOGRAFICA*

ZONA GEOGRAFICA	Counts	% of Total	Cumulative %
RURAL	18	30.5 %	30.5 %
URBANO	40	67.8 %	98.3 %
SD	1	1.7 %	100.0 %

En relación con la orientación sexual 50 personas (84.7%) se identificaron como heterosexual, 2 (3.4%) como bisexual y 7 (11.9%) no respondieron (tabla5). La literatura muestra que la violencia afecta predominantemente a mujeres heterosexuales, no debido a la orientación sexual en sí misma, sino porque constituyen la mayoría demográfica dentro de los estudios poblacionales realizados en la región (13,14,23).

Tabla 5: *Frequencies of ORIENTACIÓN SEXUAL*

ORIENTACIÓN SEXUAL	Counts	% of Total	Cumulative %
BISEXUAL	2	3.4 %	3.4 %
HETEROSEXUAL	50	84.7 %	88.1 %
NO RESPONDE	7	11.9 %	100.0 %

Al igual 48 pacientes (81.4%) se autoidentifican como mestizos y 11 (18.6%) como indígenas (tabla6). La mayor proporción de casos de violencia registrados en personas mestizas no responde a que esta identidad étnica constituya un factor de riesgo intrínseco, sino a su predominancia demográfica en los países latinoamericanos (13,14).

Tabla 6: *Frequencies of AUTOIDENTIFICACIÓN*

AUTOIDENTIFICACIÓN	Counts	% of Total	Cumulative %
INDIGENA	11	18.6 %	18.6 %
MESTIZO/A	48	81.4 %	100.0 %

En relación con el tipo de violencia reportado por los 59 pacientes en los que se activó Código

Púrpura, 21 (35.6%) personas fueron víctimas de violencia física, 30 (50.8%) de violencia sexual y 25 (42.4%) de violencia psicológica. Por otra parte, un total de 19 pacientes (32.2%) presentó más de un tipo de violencia (tabla 7). La presencia de múltiples tipos de violencia en un mismo caso se ha reportado ampliamente en la literatura, sustentando que las sociedades latinoamericanas se ha normalizado la violencia dentro del contexto social (23,25).

Tabla 7: Frecuencias del según el tipo de violencia

VIOLENCIA FÍSICA	Counts	% of Total	Cumulative %
NO	38	64.4 %	64.4 %
SI	21	35.6 %	100.0 %

VIOLENCIA SEXUAL	Counts	% of Total	Cumulative %
NO	29	49.2 %	49.2 %
SI	30	50.8 %	100.0 %

VIOLENCIA PSICOLÓGICA	Counts	% of Total	Cumulative %
NO	34	57.6 %	57.6 %
SI	25	42.4 %	100.0 %

Casos con múltiples tipos de violencia: 19 (32.2%).

4. Discusión

La violencia basada en género es una de las epidemias más difíciles de erradicar que el mundo ha podido concebir. (16,17,18) Así, el director general de la OMS ha manifestado que “La violencia contra la mujer es endémica en todos los países y culturas. Es dañina para millones de mujeres y para sus familiares y se ha visto exacerbada por la pandemia de COVID-19. Sin embargo, no disponemos de vacunas para ponerle freno y solo podremos hacerle frente si los gobiernos, las comunidades y las personas adoptan medidas y las integran plenamente con el fin de cambiar actitudes perjudiciales, mejorar el acceso a las oportunidades y los servicios para las mujeres y las niñas y fomentar las relaciones saludables y de respeto mutuo”. (19,20,21)

Ecuador por su parte, posee una prevalencia de la violencia de género alarmante. Según la encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género, el 64.9% de las mujeres en Ecuador han experimentado algún tipo de violencia basada en género a lo largo de su vida. Teniendo a los tipos de violencia más comunes a la violencia psicológica con un 56.9%, la violencia física con un 35.4%, y la violencia sexual con un 32.7%. (22,23,24)

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y la Violencia de Género contra las Mujeres (ENVIGMU 2019), la provincia de Chimborazo es la cuarta provincia menos violenta con lo que a la violencia basada en género respecta, con un 51.9%; esto en comparación al porcentaje nacional que muestra un 64.9% (25), Cifras que poseen correlación con la prevalencia de la activación de Código Púrpura develada en la presente investigación, (0.16%).

Un dato alarmante es la activación de Código Púrpura en un infante de 2 días de vida, revelando una problemática latente pero presente, la violencia en la infancia. Estos datos compaginan con los recogidos por la UNICEF en el año 2016, en los que se muestra que casi el 40% de los niños, niñas y adolescentes recibe un trato violento por parte de sus padres, tutores o cuidadores. (26,27,28)

El contraste entre las zonas de asentamiento poblacional tanto urbano como rural muestran datos clave con respecto a la distribución de la violencia. Así, podemos observar que la violencia basada en género es mucho más frecuente en las zonas urbanas que en las rurales, como lo muestra Barja-Ore et al., en su estudio con una prevalencia de violencia en la zona urbana del 58.3% frente a la zona rural con un 55.3%, en el vecino país del Perú. (29,30)

Por otra parte, la normalización de la violencia en las zonas rurales sigue siendo una problemática nacional. Así, lo pudo demostrar Salvatierra-Choez et al en su artículo de investigación, donde se pone de manifiesto que la violencia de género en la ruralidad se ha convertido en una preocupación creciente en la sociedad. Y es que, a pesar del avance en las investigaciones científicas, como también, en los marcos legales nacionales e internacionales direccionados a visibilizar, mitigar y erradicar este tipo de violencia en los diferentes sistemas o entornos sociales, este fenómeno aún se encuentra latente en la misma, perpetuándose muchas veces dada la falta de conciencia y omisiones por parte de la sociedad. (31)

Amnistía Internacional por su parte indica que la violencia motivada por la orientación sexual o la identidad de género, reales o supuestas, de la víctima está muy extendida, aunque no es posible saber exactamente su magnitud. Las personas LGBTI pueden ser víctimas de violencia en cualquier lugar: en la calle, en bares y discotecas y otros lugares públicos, e incluso en su casa, en ocasiones a manos de sus propios familiares. (20)

Esta realidad se ajusta a los datos cribados en esta investigación, en los que se muestra que el 3.4% de las personas en las que se activó el Código Púrpura pertenecía al grupo LGBTI y el 11.9% prefirió no pronunciarse.

La autoidentificación en el Ecuador muestra la gran diversidad étnica que invertimos, así podemos distinguir mestizos (77.5%), indígenas (7.7%), afrodescendientes (4.8%), montuvios (7.7%) y blancos (2.2%) en nuestro territorio. (32) De acuerdo con el Comité CEDAW, la violencia contra la mujer es una forma de discriminación que inhibe gravemente la capacidad de la mujer de gozar de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre. Bajo este lente, no es casual que las mujeres indígenas, afrodescendientes y montuvias estén especialmente expuestas a enfrentar violencia, discriminación y otras situaciones que amenazan sus derechos humanos y libertades fundamentales. (33) Estos datos guardan relación con los resultados obtenidos y muestra una correlación entre la violencia más marcada en la etnia mestiza.

Dentro de las limitaciones se encontró al diseño transversal con datos secundarios; el subregistro por no detección o no activación; y la prevalencia que es institucional y no poblacional, por lo que no es directamente comparable con encuestas nacionales. (7,17,30).

Consecutivamente, en las fortalezas tenemos al censo de atenciones institucionales, las definiciones operativas estandarizadas y el reporte explícito de denominadores por variable; estas prácticas mejoran la comparabilidad y la transparencia en los estudios de investigación (7,20).

Para la evaluación de sesgos se realizó un análisis sistemático orientado a minimizar errores de clasificación, subregistro y variabilidad en la calidad de los datos. En primer lugar, se llevó a cabo una verificación exhaustiva de los registros institucionales para identificar duplicados, inconsistencias en variables críticas y valores imposibles; estas prácticas están alineadas con las recomendaciones de la OPS/OMS para mejorar la calidad de los sistemas de información en violencia basada en género (7). Asimismo, se reconoció la posibilidad de subregistro inherente a procesos de notificación que dependen de la detección oportuna del personal de salud, una limitación previamente descrita por organismos internacionales al analizar inequidades

estructurales y brechas en el funcionamiento de los servicios (17).

5. Conclusiones

En el año 2023, la prevalencia institucional de activación del Código Púrpura en el Servicio de Emergencia del HPGDR fue del 0.17% (IC 95% 0.13–0.21%). Los casos afectaron predominantemente a adolescentes y mujeres y se caracterizaron por una alta proporción de violencia sexual. Estos hallazgos respaldan la necesidad de fortalecer los procesos de detección, registro y derivación intersectorial para la atención integral y la protección de las víctimas.

6. Agradecimientos

Al equipo de la Sala de Primera Acogida del HPGDR por el acceso a la base de datos institucional anonimizada y su apoyo en la comprensión de los flujos de registro.

7. Declaración de Conflicto De Interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

8. Limitación de Responsabilidad

Todos los puntos de vista expresados en el manuscrito son de entera responsabilidad de los autores.

9. Fuentes de Apoyo

Autofinanciada por los investigadores.

10. Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos: Norma técnica. 2019. Disponible en: <http://www.heg.gob.ec/wp-content/uploads/2024/09/norma-tecnica-2019-1.pdf> [citado 19 Ene 2026].
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género. 2014. Disponible en: <http://somossa-lud.msp.gob.ec> (ver OPS: <https://www.paho>).

- org/sites/default/files/2021-11/Tercer-Taller-14Sept21-ECUADOR-Practicas-promisorias.pdf) [citado 19 Ene 2026].
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida. 2009. Disponible en: https://www.mites.gob.es/mundo/consejerias/ecuador/ficheros/NormasAtencionIntegral_EC.pdf [citado 19 Ene 2026].
 4. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Registro Oficial Suplemento 175; 2018. Disponible en: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf [citado 19 Ene 2026].
 5. Consejo Nacional para la Igualdad de Género (CNIG). Glosario feminista para la igualdad de género. Quito: CNIG; 2017. Disponible en: <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/06/GLOSARIO-FEMINISTA-CNIG-2017.pdf> [citado 19 Ene 2026].
 6. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Resultados del Censo Ecuador 2022. 2023. Disponible en: <https://www.censoecuador.gob.ec/resultados-censo/> [citado 19 Ene 2026].
 7. OPS/OMS. Igualdad de género en salud. Organización Panamericana de la Salud; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/igualdad-genero-salud> [citado 19 Ene 2026].
 8. OMS. La violencia contra la mujer es omnipresente y devastadora: la sufre una de cada tres mujeres. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence> [citado 19 Ene 2026].
 9. UNFPA América Latina y el Caribe. Violencia basada en género. 2021. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/topics/violencia-basada-en-g%C3%A9nero> [citado 19 Ene 2026].
 10. ONU Ecuador / SGR / UNFPA. Violencia basada en género en emergencias: Manual de capacitación. 2018. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/violencia-basada-en-genero-en-emergencias-manual-de-capacitaci-n> [citado 19 Ene 2026].
 11. UNICEF Ecuador. Violencia: el principal desafío para la infancia en Ecuador. 2016. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/violencia-el-principal-desaf%C3%ADo-para-la-infancia-en-ecuador> [citado 19 Ene 2026].
 12. ACNUR Ecuador. ¿Qué es la violencia de género? 2025. Disponible en: <https://help.unhcr.org/ecuador/bienvenido-a/violencia-de-genero-explotacion-y-abuso-sexual/que-es-la-violencia-de-genero/> [citado 19 Ene 2026].
 13. Fernández I. Violencia social en América Latina. Papeles de Cuestiones Internacionales. 2006;(94):59-66. Disponible en: <https://biblioteca.hegoa.ehu.eus/downloads/16035> [citado 19 Ene 2026].
 14. Rettberg A. Violencia en América Latina hoy: manifestaciones e impactos. Rev Estud Soc. 2020;73:2-20. doi:10.7440/res73.2020.01. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X2020000300002 [citado 19 Ene 2026].
 15. Garmendia F. La violencia en América Latina. An Fac Med. 2011;72(4):321-31. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832011000400008 [citado 19 Ene 2026].
 16. OPS. Resultados de salud desglosados por sexo durante la pandemia de COVID-19. 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documents/temas/igualdad-genero-salud> [citado 19 Ene 2026].
 17. OMS. Gender inequalities at the root of global crisis in health and care work. Comunicado; 13 marzo 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/13-03-2024-who-report-reveals-gender-inequalities-at-the-root-of-global-crisis-in-health-and-care-work> [citado 19 Ene 2026].
 18. Roza V, Martín C. Violencia sexual y basada en género: mapa de ruta para su prevención y atención en América Latina y el Caribe. BID; 2021. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Violencia-sexual-y-basada-en-genero-mapa-de-ruta-para-su-prevencion-y-atencion-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf> [citado 19 Ene 2026].

19. UNFPA/SGR Ecuador. Guía para el abordaje de la VBG en emergencias y desastres. 2023. Disponible en: <https://ecuador.unfpa.org/es/publications/gu%C3%ADa-para-el-abordaje-de-la-violencia-basada-en-g%C3%A9nero-en-la-prevenci%C3%B3n-respuesta-y> [citado 19 Ene 2026].
20. OPS. Avances de la OPS en igualdad de género en la salud 2009–2019. 2021. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/phr-55369> [citado 19 Ene 2026].
21. García-Moreno C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects. *Lancet*. 2020;395:112-123. doi:10.1016/S0140-6736(19)32464-3.
22. Devries KM, Mak JY, Garcia-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, et al. The global prevalence of intimate partner violence. *Science*. 2013;340(6140):1527-1528. doi:10.1126/science.1240937.
23. Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis. *Int J Gynecol Obstet*. 2019;145(2):165-173. doi:10.1002/ijgo.12831.
24. Pallitto CC, Campbell JC, O'Campo P. Intimate partner violence and emergency care utilization. *Ann Emerg Med*. 2017;69(1):16-24. doi:10.1016/j.annemergmed.2016.08.055.
25. Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *Lancet*. 2015;385(9977):1555-1566. doi:10.1016/S0140-6736(14)61703-7.
26. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence of violence against women, 2000–18: a systematic analysis. *Lancet*. 2022;399(10327):803-813. doi:10.1016/S0140-6736(21)02664-7.
27. Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Sexual and physical violence and emergency department use among women. *J Emerg Med*. 2017;53(3):313-321. doi:10.1016/j.jemermed.2017.05.025.
28. Heise L, Abbas J, Annan J, Klot J, Martinez-Juarez A, et al. Gender inequality and gender-based violence: causal pathways and mechanisms. *Lancet*. 2019;393(10189):1581-1597. doi:10.1016/S0140-6736(18)32278-5.
29. Stark L, Ager A. A systematic review of prevalence studies of gender-based violence in complex emergencies. *Trauma Violence Abuse*. 2011;12(3):127–134. doi:10.1177/1524838011404252.
30. Raftery P, Howard N, Palmer J, Hossain M. Gender-based violence coordination in humanitarian and public health emergencies: A scoping review. *Conflict Health*. 2022;16(37). doi:10.1186/s13031-022-00471-z.
31. Ciarambino T, Sansone G, Giordano M. Gender-based violence in emergency medicine. *J Pharm Drug Res*. 2019;2(4):131–139.
32. Wiener SJ, Porter JJ, Paydar-Darian N, Monuteaux MC, Hudgins JD. Emergency care utilization for mental and sexual health concerns among adolescents following sexual assault: A retrospective cohort study. *J Adolesc Health*. 2023;73(3):486–493. doi:10.1016/j.jadohealth.2023.04.011.
33. Becerra Torres AS, Alabarse OP, Alves AC, Teixeira AL, Soares RCA, Fernandes AMS. Adolescent female victims of sexual violence: Analysis of loss to follow-up after emergency care and outpatient follow-up. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2023;45(11):e661–e675. doi:10.1055/s-0043-1772594.