



Maestría en Política Social
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Tesis en modalidad investigación para optar por el título de *Magister en Política Social*

TÍTULO: La Violencia contra las mujeres por parte de la pareja y la expareja: una mirada situada en el Consultorio Rosa del HUV.

Keila Ginett Holguín Rosero¹ - Claudia Liliana Bedoya Inchima²

Trabajo dirigido por: Paola Balanta Cobo. Mg. Ps. - PhD (C)

RESUMEN: Este artículo ofrece una caracterización de la violencia de género por parte de la pareja y la expareja en el Consultorio Rosa del HUV. Se plantean oportunidades analíticas derivadas de una aproximación situada e interseccional de este fenómeno; aportando elementos conceptuales y analíticos para el abordaje de este tipo de violencia y brinda recomendaciones para la atención de las mujeres víctimas de violencia que se ven expuestas a tan complejo problema.

¹ Candidata a magister en Política Social, Pontificia Universidad Javeriana- Cali, Colombia (keilaholguin@hotmail.com)

² Candidata a magister en Política Social, Pontificia Universidad Javeriana- Cali, Colombia (bedoya.claudia1612@gmail.com)

PALABRAS CLAVE: Violencia, Pareja, Expareja, Atención en Salud, Violencia de género, Interseccionalidad.

INTRODUCCIÓN:

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), la violencia de género por parte de la pareja y la expareja es el tipo de violencia más prevalente a nivel mundial y afecta de manera directa la salud física y mental de las mujeres. Por lo que, es considerada como una problemática sistemática y estructural de orden social, político, económico, de Derechos Humanos y de salud pública, que debe ser abordada de manera integral a nivel global, nacional y local.

Al poner la mirada en el Valle del Cauca y en Cali, se encuentra que actualmente, la violencia contra las mujeres por parte de la pareja y la expareja ha aumentado significativamente. Esto ha generado un incremento en la demanda a los servicios de atención en salud y protección, dirigidos a las mujeres víctimas. Por tal motivo, el Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E y puntualmente, el Programa de Atención a Víctimas de Violencia de Género “Consultorio Rosa”, tienen un papel fundamental a la hora de brindar atención integral a las mujeres.

De ahí que resulte relevante el análisis y caracterización de uno de los principales tipos de violencia a la que se ven expuestas las mujeres, independientemente de la edad, origen, escolaridad, etnia y condición económica. De tal modo que, sea posible dimensionar dicha problemática e identificar probables vías de abordaje para afrontarlo. Por tanto, este artículo tiene como objetivo principal “caracterizar la violencia contra las mujeres por parte de la pareja y expareja, desde una mirada situada en el Consultorio Rosa del HUV, desde el año 2019 hasta el año 2021”.

Es importante resaltar que, investigar esta problemática en el sector salud, resulta fundamental, además de urgente. Dado que los servicios de salud son la puerta de entrada de las mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas o exparejas.

Según la Organización Panamericana de la salud (2020), este sector, es el punto de inicio para la activación de la ruta de atención integral en estos casos. Debido a las afectaciones que tiene este tipo de violencia en la salud física y mental de las mujeres; por lo que las entidades de salud desempeñan un papel muy importante al momento de prestar apoyo, prevenir los actos de violencia de género y mitigar sus consecuencias negativas.

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), las mujeres y las niñas que sufren violencia tienden a acudir más a los servicios de salud. También afirman que las y los trabajadores de la salud suelen ser las primeras personas que atienden a las mujeres que buscan ayuda profesional y se identifica que la mayoría de las mujeres víctimas acuden a los servicios de salud en algún momento de su vida. Lo cual hace de este sector el espacio ideal para la captación y atención inicial de las víctimas.

En consecuencia, caracterizar la violencia contra las mujeres por parte de la pareja o expareja, en el sector salud de manera situada en el Consultorio Rosa del Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E. (HUV), aportará, mediante un análisis interseccional, a la diferenciación y caracterización de los factores que intervienen en la agudización de la violencia por parte de la pareja y la expareja. Así permitirá analizar críticamente la manera cómo dichos factores logran impactar las dinámicas sociales, familiares y personales. Partiendo de la premisa que en todas las mujeres convergen identidades distintas, características diversas, creencias, vivencias e historias de vida diferentes.

En esta misma línea, el artículo resulta relevante para el HUV, dado que esta es una institución que atiende a personas provenientes de todo el suroccidente colombiano. Por lo que la población que consulta es diversa en términos étnicos, de género, de identidad sexual, de edad y creencia religiosa. Además, en la mayoría de los casos se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, como: pobreza, discapacidad, baja escolaridad e incluso analfabetismo, migración irregular, entre otras.

En ese sentido, este artículo se convierte en la primera investigación académica que aborda la temática de la violencia contra las mujeres ejercida por parte de la pareja y la expareja, a través del uso de los datos generados directamente por el consultorio Rosa, analizados de tal forma que permitan caracterizar este tipo de violencia, aportar elementos analíticos para su abordaje desde el sector salud y así brindar recomendaciones al Consultorio Rosa para la formulación de nuevas aproximaciones que redunden en formas de atención integrales para las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja y expareja que consultan al programa.

Cabe resaltar que analizar este fenómeno de manera situada, aporta a la visibilización de la prevalencia de este tipo de violencia en el Valle del Cauca y Cali. Además, contribuye a establecer la necesidad de vincular esta problemática a las líneas de trabajo en la agenda política local, dado que se identifica un vacío de información frente a un tema que, si bien ha sido revisado, no se lo ha hecho con tal nivel de desarrollo y profundidad. De tal forma que permite hacer una aproximación a la magnitud de un fenómeno que parece estar demandando análisis mucho más complejos con miras a generar transformaciones estructurales.

Por tal motivo, el valor analítico que puede aportar este artículo está directamente relacionado con presentar una perspectiva de la violencia contra las mujeres por parte de la pareja y la expareja. Que sea de carácter situado e interseccional, a nivel municipal y departamental; y que además sirva como insumo para el diagnóstico, caracterización y categorización de esta violencia duramente infligida. Por lo que también se plantea como una investigación que aportará un insumo analítico de gran valor para el análisis y diseño de políticas sociales.

Es fundamental resaltar que este artículo ofrece información actualizada sobre esta problemática a nivel local, pero que debido a la forma cómo se analiza, aporta a las personas directamente comprometidas con el tema de la violencia contra las mujeres y en

general a funcionarios e instituciones del campo de la salud, más allá de lo local. Es decir, los análisis derivados de esta investigación aportarán un insumo relevante para los observatorios de género municipales y departamentales, e incluso para los procesos de toma de decisiones institucionales y gubernamentales de política.

- **Violencia por parte de la pareja y expareja – Una mirada a nivel global y regional**

Según ONU Mujeres (2020), la violencia contra las mujeres se define como todo acto de violencia basado en el género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual y/o mental para la mujer; así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. Además, la violencia contra las mujeres abarca, con carácter no limitativo, la violencia física, sexual y psicológica que se produce en el seno de la familia, de la comunidad y el Estado. Resultando importante mencionar que el tipo de violencia contra las mujeres, más común en todo el mundo, es la ejercida por la pareja y la expareja.

Por tanto, a nivel global, la violencia contra las mujeres es considerada una problemática estructural y sistemática de orden social, político, económico, cultural, de Derechos Humanos y de salud pública que históricamente ha afectado todos los aspectos de la vida de las mujeres. Por ejemplo, según ONU Mujeres, para el año 2020, en el mundo entero el 35% de las mujeres ha sido víctima de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o expareja. Además, la ONU afirma que, en todo el mundo, casi un tercio (27%) de las mujeres de 15 a 49 años que han estado en una relación, informan haber sufrido algún tipo de violencia física y /o sexual por parte de su pareja.

En la región latinoamericana se estima que esta problemática alcanza a una de cada tres mujeres. Por lo tanto, es importante resaltar que, según la Organización Mundial de la Salud (2021), las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales por parte de su pareja presentan un mayor riesgo de padecer una serie de problemas de salud, por

ejemplo, tienen un 16% más de probabilidades de dar a luz a bebés con insuficiencia ponderal, también presentan riesgo de tener embarazos no deseados, y más del doble de probabilidades de sufrir un aborto o casi el doble de probabilidades de padecer depresión o trastornos de estrés post traumático y ansiedad; siendo 2,3 veces más propensas a padecer trastornos relacionados con el consumo de alcohol y en algunas regiones, son 1,5 veces más propensas a contraer el VIH.

Otra forma de violencia contra las mujeres por parte de la pareja o expareja, son los femicidios, pues se calcula que de las 87.000 mujeres asesinadas intencionalmente en todo el mundo para el año 2017, más de 50.000 mujeres murieron a manos de sus familiares y de éstas, 30.000 fueron asesinadas por su pareja o expareja (ONU Mujeres, 2020). A lo que se le suma que, de los 25 países del mundo con las tasas más altas de femicidio, 14 están en América Latina y el Caribe. Adicionalmente, cabe mencionar que en los 33 países pertenecientes a esta región, la cifra de mujeres asesinadas por el solo hecho de ser mujeres supera los 3.800 casos.

En el año 2019, a la problemática de la violencia contra las mujeres a nivel mundial se le sumó la aparición del virus COVID-19, el cual provocó una pandemia que obligó a todos los países del mundo a tomar medidas de protección en salud. Según ONU Mujeres (2020), esta situación agudizó la violencia contra las mujeres, especialmente de aquellas víctimas de violencia por parte de sus parejas al interior de sus hogares. Pues el confinamiento obligatorio contribuyó al aislamiento de las mujeres con parejas violentas, limitándolas al ámbito privado y reduciendo sus posibilidades de movilidad para recibir ayuda o recurrir a sus redes de apoyo. Además, se afirma que el número de llamadas realizadas a las líneas telefónicas de asistencia se quintuplicó en algunos países como consecuencia del aumento de las tasas de violencia de pareja durante el confinamiento. Según esta fuente, en América Latina, se estima un incremento entre el 25% y el 35% en las llamadas de emergencia por este tipo de casos en el contexto de la pandemia.

Es por lo anterior que, tanto a nivel mundial como latinoamericano, se han construido estrategias de atención inicial en salud para enfrentar la violencia contra las mujeres. De manera primordial, aquella infligida por parte de la pareja y expareja, teniendo en cuenta el papel que desempeña el sistema de salud y las instituciones proveedoras de estos servicios, a la hora de identificar, dar tratamiento e intervenir en estos casos, así como al momento de registrar, derivar a otras instituciones y realizar el seguimiento. Por lo que, normalmente el sector salud es el primer receptor de las mujeres víctimas de cualquier tipo de violencia de género.

En consecuencia, se han creado planes de acción mundial en salud orientados a dar respuesta a la violencia contra las mujeres que le apuntan a combatir los factores de riesgo en todos los niveles. En el año 2015 la OMS presentó *“El Plan de acción de la Organización Mundial de la Salud a nivel global para el fortalecimiento del rol del sistema de salud, a nivel nacional y de respuesta multisectorial, para abordar la violencia interpersonal, especialmente contra mujeres y niñas 2015-2030”*, el cual se propone mitigar las consecuencias para la salud y otras consecuencias negativas de la violencia interpersonal, en particular la que se ejerce contra las mujeres y las niñas, mediante la prestación de servicios de salud integrales y facilitando el acceso a los servicios multisectoriales.

Adicionalmente, en el año 2016 la Organización Mundial de la Salud (OMS), presentó el Manual Clínico: Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual, el cual *“presenta los lineamientos mundiales para la atención en salud dirigido a entidades prestadoras de salud con el objetivo de brindar una respuesta y abordaje integral a la violencia contra las mujeres, es importante resaltar que en este documento, se afirma que, la variación identificada en la prevalencia de la violencia contra las mujeres, muestra que esta no es una problemática inevitable, sino que puede ser prevenida de manera inicial desde los servicios de salud”*. (OMS, 2016, pág. 2)

En dicho Manual Clínico, se identifican cuatro formas de violencia contra las mujeres: agresión sexual, violencia de pareja, violencia física, maltrato emocional y psicológico. Para identificarlas se pide a los funcionarios/as del sector salud, estar atentos a las siguientes señales que podrían denotar el padecimiento de violencia en las mujeres: problemas actuales o recurrentes de salud emocional o psicológica, como estrés, ansiedad o depresión; comportamientos perjudiciales como el consumo excesivo de alcohol o el consumo de drogas; pensamientos, planes o actos de autolesión o intentos de suicidio; lesiones físicas recurrentes que no tengan explicación clara; infecciones recurrentes de transmisión sexual; embarazos no deseados; dolores o trastornos crónicos sin explicación (dolores pélvicos o problemas del sistema reproductivo, trastornos gastrointestinales, infecciones de las vías urinarias, dolores de cabeza, etc.); consultas médicas reiteradas sin un diagnóstico claro y la intrusión del compañero íntimo o del esposo en las consultas.

Ahora bien, como una forma de avanzar en la generación de una respuesta para abordar la complejidad de este fenómeno, en el año 2020, la Organización Mundial de la Salud presenta la estrategia “RESPETO: prevención de la violencia contra las mujeres”, a través de una serie de infografías dirigidas a los y las profesionales responsables de formular políticas públicas y sociales (2020). Fundamentada en el marco de acción de la ONU para prevenir la violencia de género y articulada a través de las siguientes 7 estrategias – cuyo acrónimo constituye la palabra RESPETO:

1. **R**elaciones con habilidades fortalecidas: Apunta a consolidar y reforzar la capacidad de comunicación interpersonal individual o grupal de las mujeres y sus parejas para la gestión de conflictos y la toma de decisiones compartidas.
2. **E**mpoderamiento de la mujer: se refiere al reconocimiento y al autorreconocimiento de las capacidades sociales, económicas, políticas y culturales de las mujeres para afrontar y prevenir la violencia basada en género.

3. **Servicios garantizados:** está relacionado con brindar una oferta de servicios integrales en materia policial, jurídica, social y económica a las mujeres víctimas de violencia de género.
4. **Pobreza reducida:** se presenta como una estrategia de disminución de la pobreza para las mujeres víctimas de violencia de género, mediante transferencias monetarias, ahorros, préstamos de microfinanzas e intervenciones en el mercado laboral.
5. **Entornos seguros:** Hace referencia a los esfuerzos para que los entornos, tanto públicos como privados sean seguros para las mujeres.
6. **Trabajo de prevención del abuso de niños, niñas y adolescentes:** Promover la crianza amorosa, respetuosa y no violenta de los niños, niñas y adolescentes.
7. **Obtención de un cambio en las actitudes, las creencias y las normas:** Se plantea con el fin de poner en entredicho actitudes, creencias, estereotipos de género nocivos que fortalecen la cultura machista y sexista, con el fin de contribuir a la no justificación de la violencia contra las mujeres.

Es importante mencionar que, en este documento, se visibilizan factores de riesgo y factores protectores para las mujeres víctimas de violencia de género, tanto en entornos sociales y comunitarios, como interpersonales e individuales. Reconociendo que es una problemática de carácter transversal y de tratamiento integral que debe ser competencia de todos y todas.

- **América Latina:**

En el caso de América Latina, en el año 2015, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), publicó “la Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer, 2015-2025”, con el objetivo de ofrecer una hoja de ruta para que los sistemas de salud puedan sumarse a un esfuerzo

multisectorial a fin de prevenir y responder a este tipo de violencias en el continente latinoamericano. Por tanto, dicha estrategia se basa en 4 líneas acción: a) fortalecer la disponibilidad y el uso de evidencia científica sobre la violencia contra la mujer; b) fortalecer el compromiso político y financiero para abordar la violencia contra la mujer en los sistemas de salud; c) fortalecer el papel de los sistemas de salud en la prevención de la violencia contra la mujer; d) fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para prestar atención y apoyo eficaces a las mujeres que son víctimas de la violencia por parte de la pareja o ex pareja.

Es importante resaltar que esta última línea de acción, se propone lograr una buena adherencia a los procedimientos operativos nacionales (protocolos, directrices) para prestar atención y apoyo seguro y eficaz a las mujeres que sufren violencia infligida por el compañero íntimo o violencia sexual.

En concordancia, en el año 2020 la OMS lanza el programa de capacitación "*Atención para las mujeres que han sufrido violencia*", dirigido a los prestadores de servicios de salud. Donde se concibe la violencia de pareja como un problema importante de salud pública y de derechos humanos. Afirmando que se trata de un fenómeno sumamente generalizado de violencia contra la mujer, con resultados perjudiciales para la salud física y mental en el corto y largo plazo (OMS, 2020, pág. 4). Por lo cual, se propone que este tipo de violencia sea abordada desde una perspectiva de salud pública, que mitigue los factores de riesgo y potencie los factores protectores que permitan a las mujeres superar el ciclo de la violencia.

Por tanto, se determina que es fundamental que los prestadores de servicios en salud brinden una atención centrada en la mujer mediante la estrategia ANIMA (Atención al escuchar, No juzgar y validar, Informarse sobre las necesidades y preocupaciones, Mejorar la seguridad y Apoyar). Además, deben prestar atención clínica básica a las sobrevivientes y encontrar recursos locales de apoyo. Finalmente, el programa invita a los prestadores de

salud a comprender la experiencia de las usuarias y reflexionar sobre sus actitudes frente a la violencia contra las mujeres.

Es importante resaltar que el Manual Clínico, reconoce la violencia contra las mujeres ejercida por la pareja o expareja como el tipo de violencia de género más prevalente a nivel mundial. Por lo que se escoge la estrategia “ANIMA” como la más idónea para enfrentar este tipo de violencia desde el sector salud. Puesto que según la OPS (2020), dicha estrategia atiende tanto las necesidades emocionales como las necesidades prácticas, porque determina qué necesita la mujer, qué le preocupa; y a partir de ésta se escucha y se validan sus preocupaciones y sus experiencias, ayudando a la mujer a sentirse conectada con los demás, tranquila y con esperanzas. Se empodera para que sienta que puede ayudarse a sí misma y que puede pedir ayuda, permitiéndole explorar las opciones y soluciones que tiene, mientras encuentra respaldo social, físico y emocional.

Posteriormente, en el año 2021, la OPS y la OMS publican el manual “Fortalecimiento de los sistemas de salud para responder a las mujeres que sufren de violencia de pareja o de violencia sexual”, el cual está dirigido a gerentes de salud, que tiene como objetivo *brindar orientación operativa para diseñar y planificar los servicios, a fin de satisfacer las necesidades inmediatas de salud física y emocional o psicológica de las mujeres que han sufrido violencia de pareja, así como sus necesidades subsiguientes de seguridad, apoyo y salud mental* (OPS, pág. 2). Lo cual se espera lograr a través de una respuesta de salud centrada en las mujeres, que consiste en que las instituciones prestadoras de salud adopten medidas para mejorar la seguridad de las mujeres, causando poco o ningún daño durante la atención, potenciando al máximo los beneficios de los servicios prestados, para así responder a las necesidades de las mujeres de manera holística y humanitaria, acorde a sus perspectivas y modos de vida, además se busca ofrecer información y apoyo para que las mujeres tomen decisiones y hagan elecciones en pro de su bienestar (OPS, 2021, pág. 4) .

Si bien, la violencia contra las mujeres, principalmente aquella ejercida por la pareja y la expareja, ha sido reconocida como un tema de gran importancia en la salud pública y en el desarrollo de políticas públicas, por el impacto que tiene en la vida de las mujeres, no todas las naciones lo han incluido en sus políticas de salud. Tampoco han vinculado los lineamientos de los planes estratégicos para el abordaje de esta problemática y su atención integral en salud. Dejando desprovistos los planes nacionales de salud, de estrategias que permitan un trabajo multi e intersectorial que dé respuesta a la problemática de la violencia contra las mujeres, desconociendo el papel fundamental que desarrolla el sector salud al momento de atender y prevenir la violencia de género.

Sin embargo, al realizar un acercamiento a los programas y directrices realizadas por organizaciones de alcance global, que han sido adoptados por las naciones con el fin de dar respuesta a la problemática de la violencia contra las mujeres ejercida por la pareja y la expareja, se encuentra que con el objetivo de realizar la medición de dicho fenómeno, desde el año 2017, la ONU conformó, el Grupo de Trabajo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Estimaciones y Datos sobre la Violencia Contra la Mujer. La cual está integrada por representantes de organizaciones como la OMS, ONU Mujeres, UNICEF y la división de estadística de la ONU, quienes anualmente organizan, recopilan, analizan y monitorean los datos de violencia contra las mujeres. Realizando un estudio multipaís, en el cual se recogen datos de todos los países y son compilados en la “Base de datos mundial sobre la violencia contra las mujeres”, teniendo en cuenta las siguientes variables:

- Violencia física y / o sexual de la pareja íntima en los últimos 12 meses
- Violencia física y / o sexual de la pareja íntima de por vida
- Violencia sexual de por vida sin pareja

Destacándose que la definición de tales variables ha estado vinculada a lo propuesto en los Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS. Puntualmente al ODS 5, en el que se propone “lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas”. Utilizando

principalmente dos indicadores: el primero, relacionado con la proporción de mujeres y niñas mayores de 15 años, sometidas a la violencia sexual o psicológica por parte de la pareja o expareja en los últimos 12 meses, por forma de violencia y edad y el segundo, relacionado con la proporción de mujeres y niñas mayores de 15 años, sometidas a violencia sexual y el lugar de ocurrencia de los hechos. Cabe aclarar que las fuentes de datos han sido encuestas especializadas sobre violencia contra la mujer y los módulos sobre el tema dentro de encuestas nacionales, demográficas y de salud.

En conclusión, la problemática de la violencia contra las mujeres ejercida por la pareja y la expareja conlleva un interés y una gran responsabilidad por parte de todas las naciones, por lo que las directrices realizadas por las organizaciones de alcance mundial, como la ONU, principalmente ONU Mujeres, la OMS, la OPS y UNICEF, entre otras. Las cuales han permitido, en primera instancia, demostrar que la violencia contra las mujeres es sistemática y puede afectar a cualquier mujer sin distinción alguna; en segundo lugar, que es necesario establecer sistemas de información unificados que permitan hacer un adecuado análisis de la problemática y, en tercer lugar, que esta problemática debe ser combatida en todos los niveles y sectores, donde el sector salud tiene un papel fundamental. Todo esto con el objetivo de unir esfuerzos que abarquen desde lo internacional hasta lo local para avanzar en la superación de este tipo de violencia.

- **Una mirada a la Violencia por parte de la pareja y expareja a nivel nacional**

En el ámbito nacional el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses define la violencia contra las mujeres por parte de la pareja y la expareja, como “un patrón de interacción que lesiona la integridad física, emocional, sexual y/o patrimonial de las personas que forman parte de la pareja. A través de dicha violencia se vulnera el derecho que cada integrante de esta tiene a la vida, la libertad y la autonomía en el manejo de la sexualidad, del cuerpo y a tomar las propias decisiones. Su objeto es someter al otro o la otra, establecer y reproducir relaciones de poder. Una de las características principales de la violencia contra las mujeres en la pareja es su instauración temprana, incluso desde el

noviazgo, o en los primeros años de convivencia con el agresor; pese, a que con frecuencia la víctima no la perciba o sea minimizada por la misma” (Sierra, Guacaneme, Monroy y Barreto, 2011, pág. 17).

Es importante mencionar que el concepto anterior se relaciona con lo planteado a nivel internacional, en la medida que ambos conciben la violencia contra las mujeres ejercida por la pareja y la expareja, como un patrón de relacionamiento que causa daño y afecta el bienestar de las mujeres. También en que este tipo de violencia puede manifestarse de diferentes formas, por ejemplo, de manera física, sexual, verbal, psicológica, entre otras.

Sin embargo, un aspecto que vale la pena indicar es que si bien a nivel internacional a la hora de analizar los registros acerca de la violencia de género por parte de la pareja y la expareja, se encuentran datos desagregados por tipo de relación con el agresor y el tipo de violencia; en Colombia, se encuentra que ésta se incluye en la gran categoría de violencia intrafamiliar. La cual se enfoca en 4 aspectos: el primero, es la violencia contra los niños, niñas y adolescentes; el segundo, la violencia no letal de pareja y expareja; el tercero, la violencia entre otros familiares y; el cuarto, la violencia contra el adulto mayor. De ahí que sea importante mencionar que, al revisar los registros de la información, se encuentran discriminados por tipo de relación con el agresor, pero no por el tipo de violencia que viven las mujeres víctimas. Lo cual según ONU mujeres (2020) corresponde a cifras de hechos que fueron denunciados y sobre los cuales existe un expediente medicolegal, elaborado por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), por lo que no es posible conocer la prevalencia real de la violencia no letal de pareja y expareja y sus tipos a partir de estos datos. Además, existe un subregistro de éstos que no permite mostrar la magnitud de esta problemática en el país.

De ahí que indiquen que: *“los registros de este tipo no proporcionan una estimación de la prevalencia de la violencia contra las mujeres en una población por diversos motivos. En primer lugar, porque no miden los actos de violencia que no se denuncian, cuya frecuencia*

puede ser alta, en particular, cuando la persona agresora es la pareja o un familiar. Adicionalmente, cuando las mujeres acuden a los servicios, suele ser cuando los actos de violencia son los más graves. Además, los registros son generados por entidades distintas y a partir de procesos que incluyen conceptos y definiciones distintas, y pueden estar circunscritos a ciertos espacios territoriales, por lo cual requieren de procesos estructurales y de largo aliento en su estandarización, para el logro de su interoperación. De este modo, los registros no dan cuenta de la totalidad del problema” (ONU Mujeres, 2020, pág. 128).

A pesar de estas limitaciones, las cifras registradas a nivel nacional continúan siendo alarmantes. Según el informe Mujeres y Hombres: Brechas de Género en Colombia, de ONU Mujeres (2020) y de acuerdo con los registros del INMLCF, de los casos de violencia intrafamiliar registrados en el año 2019, el 85,9% corresponden a violencia no letal de pareja y expareja. Encontrando que cada 13 minutos una mujer sufre de este tipo de violencia. De acuerdo con el tipo de relación con el agresor, se identifica que en el año 2019 el 98,7% de las agresiones de pareja a las mujeres provinieron de parejas del sexo opuesto, el 44,4% fueron perpetrados por el compañero permanente, el 32,5% por el excompañero permanente, mientras el 11,1% por el esposo y el 8,5% por el novio o el exnovio.

Lo anterior es preocupante debido a que pone en evidenciar la sistematicidad de este fenómeno. Encontrando que en el año 2019, el 64% de las mujeres ha sido víctima de violencia por parte de su pareja (compañero permanente, esposo o novio) y el 32,5% por parte de su expareja (excompañero permanente, exesposo o exnovio). De lo que se puede inferir, que las mujeres colombianas son violentadas principalmente por personas en las que depositan su confianza, con quien tienen familiaridad e incluso algunas de ellas conviven con los agresores.

Frente la distribución porcentual de los casos de violencia no letal de pareja o expareja contra mujeres. ONU Mujeres (2020) encuentra que el 7,4%, tienen de 0 a 19 años, el

42,8%, tienen de 20 a 29 años, el 31,1%, tienen de 30 a 39 años, mientras el 13,1%, corresponde a aquellas que tienen de 40 a 49 años y el 5,7%, tienen entre 50 años o más. Por lo que es posible evidenciar que las mayores afectadas por este tipo de violencia son mujeres en la etapa de la juventud.

En cuanto a la situación conyugal de las víctimas, se identifica que el 33,6% está soltera, el 45,3% está en unión libre, el 11,5% está casada, mientras el 9,3% está divorciada/separada y el 0,2% está viuda. Conviene señalar que, en relación con el escenario del hecho, se encuentra que el 71,4%, fue perpetrado dentro de la vivienda, el 13,3% fue en la calle (autopista, avenida, dentro de la ciudad), el 6,1% en vía pública y el 1,4% en lugares de hospedaje.

En cuanto a factores sociales que se interseccionan con este tipo de violencia, se encuentra el nivel de escolaridad de las mujeres, donde el 4,7%, tienen escolaridad inicial y preescolar, el 24,3% cuentan con básica primaria, el 45,3% tienen escolaridad básica secundaria (secundaria baja), el 5,1% cuenta con escolaridad media (secundaria alta) y el 19,3% presentan estudios técnicos y tecnológicos, mientras el 0,7% tienen estudios universitarios y más (ONU Mujeres, 2020, pág. 138).

Por tanto, es posible identificar a la luz de lo expuesto anteriormente, que este tipo de violencia puede afectar a cualquier mujer, sin distinción alguna que pueda exonerarlas de ser víctimas de agresiones por parte de su pareja o expareja, ya sea en el ámbito público o privado.

En el caso de la violencia sexual en Colombia, para el año 2019 se realizaron 25.695 exámenes medicolegales por presuntos hechos de violencia sexual, 22.115 correspondieron a mujeres, adolescentes y niñas. Es decir, el 86,07%, refiriendo que en el 30,5% de los casos presentados el agresor ha sido reconocido como “un amigo, compañero de estudio o vecino” y el 18,9% relacionan al victimario como pareja o expareja. Además, resaltan que a lo largo del año una mujer fue agredida sexualmente cada 24 minutos.

Es importante mencionar que el 7,6% de las mujeres de 13 a 49 años fueron forzadas a tener relaciones o actos sexuales por parte de su pareja o expareja y el lugar donde se han perpetrado los hechos ha sido en gran medida al interior de sus hogares.

En cuanto al feminicidio, se encuentra que las mujeres colombianas mueren a manos de personas conocidas y principalmente al interior de sus viviendas. Según los registros del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el año 2019, 1.001 mujeres fueron asesinadas y 109 de esos casos se podrían clasificar como feminicidios. Además, en 4 de cada 10 expedientes que cuentan con información del agresor, se identifica que las mujeres conocían al victimario. Encontrando que el 28,5% fue perpetrado por su pareja o expareja. Según el boletín No. 19 de la Corporación SISMA Mujer, a lo largo del año 2019, se realizaron 154 exámenes medicolegales por homicidios perpetrados presuntamente por parte de la pareja o expareja, en 128 de éstos las víctimas fueron mujeres, siendo el 83,12% de los casos presentados, mientras 26 de éstos corresponden a víctimas hombres, representando el 16,88%.

Respecto a la periodicidad y el lugar donde se presentan los hechos, la Corporación SISMA Mujer encontró que, en el año 2019, cada 8 días una mujer fue asesinada por su pareja o expareja. Frente al lugar donde se dieron los hechos, se identifica que 4 de cada 10 asesinatos fueron en la vivienda y el 31,17% de ellas tenía como ocupación 'Actividades de trabajo doméstico no pagado para el uso del propio hogar'. También se encuentra que referente a otros espacios, 3 de cada 10 asesinatos fueron perpetrados en la vía pública, es importante mencionar que el 15,2% fueron efectuados en espacios al aire libre y el 2,3% en lugares de esparcimiento con expendio de alcohol; siendo el arma de fuego el mecanismo causal más utilizado en más de la mitad de los casos.

Finalmente, se encontró que se registraron 279 suicidios de mujeres, 42 con razón probable asociada a conflictos de pareja y violencia física, psicológica o sexual.

En medio de este panorama, es importante mencionar que para hacerle frente a las violencias contra las mujeres en Colombia, se instauró la Ley 1257 de 2008, donde se normativiza la violencia contra la mujer en el país, definiéndola como "cualquier 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 de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado” (Ley 1257 de 2008).

Esta ley tiene como objetivo de “la adopción de normas que permitan garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización” (Ley 1257 de 2008).

Cabe aclarar que en la Ley 1257 de 2008, no se desarrolla de manera explícita lo qué es y cómo abordar la violencia de género ejercida por la pareja y la expareja. Puesto que se enfoca en nociones generales. Sin embargo, reconoce que la violencia contra las mujeres puede consolidarse en las relaciones de pareja; aunque no desarrolla de manera amplia esta afirmación.

Por tanto, se infiere que lo consignado en la Ley debe y puede ser aplicado a cualquier tipo y forma de violencia de género que pueda presentarse en Colombia, que cause a las mujeres daño físico, psicológico, sexual y patrimonial.

Ahora bien, dicha Ley fue vinculada al Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021: “La Salud Pública la construyes tú”, el cual desde su marco conceptual, plantea el abordaje de la salud desde un enfoque de derechos, diferencial y de género. De donde se afirma que “incorporar el enfoque de género significa visibilizar e intervenir las inequidades derivadas de las relaciones establecidas entre hombres y mujeres, así como mejorar la capacidad de evaluación para orientar políticas y programas de manera acertada, ya que los instrumentos con que cuenta el país para monitorear y evaluar la situación de equidad de género en diferentes ámbitos son aún deficientes”. (PDSP, pág. 48).

Es necesario resaltar que desde lo planteado en el Plan Decenal, se reconocen las desigualdades en salud asociadas al género, las cuales implican riesgos diferentes para hombres y mujeres. Sin embargo, se enfatiza en que de manera sistemática, son las

mujeres las principales víctimas de esta violencia, en la mayoría de los casos, perpetrada por personas conocidas, incluso cercanas y de confianza, como sus parejas sentimentales y sus exparejas.

Por tal motivo, en el apartado “abordaje integral de las violencias de género y violencias sexuales”, se propone una consolidación de los sistemas de información sobre el tema, a través de la articulación con los distintos sectores de atención a las distintas formas de violencias contra las mujeres, con el fin de hacer seguimiento en salud, por medio de unidades de análisis y salas situacionales. Además, de manera específica, en cuanto a la atención en salud para las mujeres expuestas a cualquier tipo de violencia por parte de su pareja o expareja, se plantea garantizar una atención integral en articulación con el sector protección y justicia.

En concordancia, con lo planteado a nivel mundial y latinoamericano, otro aspecto a resaltar en el Plan Decenal es que se considera esencial el fortalecimiento de las capacidades personales y profesionales del talento humano en el área de la salud; puesto que son las personas encargadas de la atención inicial y de la activación de la ruta en caso de violencias contra las mujeres. Lo que conlleva una gran responsabilidad en la atención, y en gran medida su éxito depende de la sensibilidad y la formación que tenga él o la funcionaria para enfrentar la violencia de género.

Sin embargo, en el año 2019, lo planteado en el Plan Decenal se enfrenta a un reto en salud, a causa de la pandemia provocada por el virus COVID-19. En Colombia, la consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer a través del Observatorio Colombiano de las Mujeres realizó el seguimiento del impacto de la emergencia sanitaria, identificando un recrudecimiento de la violencia contra las mujeres en el país, pues encontró que las llamadas realizadas a la Línea 155- Línea de Orientación a Mujeres Víctimas de Violencia, tuvieron un incremento del 103,4%, pasando de 7.405 llamadas a 15.065 (ONU Mujeres, 2020).

Además, la pandemia evidenció y agudizó las barreras que tienen las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja y expareja, para acceder a servicios de salud, justicia, servicios sociales como refugios y de atención psicológica.

“Tomando como referencia el contexto global de las violencias contra las mujeres en Colombia en años previos, es posible afirmar que las medidas de Aislamiento Obligatorio implican un mayor riesgo de violencia contra las mujeres. Teniendo en cuenta la imposición de estar de manera permanente con los agresores, en condiciones de déficit habitacional o hacinamiento, con mayores obstáculos para acceder a servicios esenciales para su atención. Esto sumado a una pérdida creciente de capacidad socioeconómica y de ingresos que profundiza la vulnerabilidad de las mujeres. Lo cual puede repercutir en mayores niveles de dependencia y un incremento en el ciclo de violencias en su contra” (SISMA MUJER, 2020, Pág. 4).

Teniendo en cuenta la información suministrada por el INMLCF, la violencia de pareja se agudizó fuertemente durante el confinamiento obligatorio, debido a la cercanía de las mujeres con el agresor y el rol de poder que este tiene sobre ellas. Además, se incrementó el riesgo de feminicidio, cabe acotar que en la mayoría de los casos los perpetradores de feminicidios son parejas o exparejas de las víctimas.

En definitiva, se entiende que la violencia ejercida por la pareja y la expareja en Colombia es un fenómeno de escalada. Es decir, que los hechos violentos que se presentan en las relaciones sentimentales o cuando éstas finalizan, no constituyen eventos aislados o coincidencias. Dichos actos se incrementan a través del tiempo, aumentando de manera progresiva y en ocasiones acentuando la intensidad de las agresiones llegando a ser crónicas y hasta causar la muerte. Además, involucra muchos factores que coadyuvan a que se reproduzca y se perpetúe la violencia contra las mujeres.

De esta manera, se empieza a configurar una violencia en la que se interseccionan ejes o marcadores de desigualdad, como son: la edad, el género, el nivel de escolaridad, pertenencia étnica, condición económica, entre otros. Lo cual indica la necesidad de abordajes más complejos e interseccionales, ante la desproporción de esta problemática,

demandando una amplia comprensión para los diversos sectores que participan en su detección, atención y/o denuncia. Entre los que se destacan el sector salud, a la hora de brindar la atención inicial a las mujeres que han sido víctimas de dicha violencia.

- **La Violencia por parte de la pareja y expareja una mirada situada a nivel local**

Según la *Política Pública para la equidad de género, la inclusión y el reconocimiento de las mujeres en el municipio de Santiago de Cali. 2009-2020*, la violencia contra las mujeres por parte de la pareja y la expareja es entendida como una forma de violencia intrafamiliar, relacionada con *un patrón repetitivo de abuso (en relaciones de matrimonio, unión libre, noviazgo o extramaritales) o expareja (divorcio o separación), que se caracteriza por una serie de conductas coercitivas esencialmente hacia las mujeres, que incluyen daño psicológico, físico, sexual, económico o patrimonial.*

Lo cual se relaciona de manera directa con lo planteado a nivel nacional, lo anterior en razón de que en ambas definiciones se identifica que dicha violencia está vinculada a un patrón o forma de relacionamiento al interior de la dinámica de pareja y que dichas agresiones pueden continuar al finalizar una relación sexoafectiva. Otro aspecto por resaltar es que, tanto a nivel nacional como local, se reconoce que la violencia contra las mujeres tiene distintas manifestaciones, por tanto, se identifican diferentes tipos de daño, concordantes a lo planteado en la Ley 1257 de 2008.

Situándonos específicamente en el Valle del Cauca y en comparación a lo encontrado a nivel nacional, el análisis de la violencia de género por parte de la pareja y la expareja también es incluida dentro de la violencia intrafamiliar. Sin embargo, es importante resaltar que para estos casos no se encontró una discriminación por el tipo de relación con el agresor y tampoco el tipo violencia de género al que fueron sometidas las víctimas.

En efecto, según el Observatorio de Género del Valle del Cauca (OGEN), se evidencia que, en el año 2019, el Valle del Cauca registró 3.375 casos de violencia no letal de pareja y expareja contra mujeres, en el año 2020 se presentaron 2.546 casos y para el año 2021, hasta el mes de junio se registraron 3.089.

Cabe aclarar que el OGEN no desagrega cuántos casos fueron perpetrados por parte de la pareja o la expareja, ni se brindan otras características que permitan ampliar la información de los hechos. Lo cual resulta preocupante debido a que no se cuenta con un diagnóstico para aproximarse a este fenómeno de manera interseccional.

Ahora bien, con respecto a la importancia de la Perspectiva Interseccional cabe mencionar que “es fundamental contar con información confiable, periódica y oportuna, que permita determinar entre otras características de la violencia contra las mujeres y niñas, las poblaciones más vulnerables a la victimización, los lugares y las circunstancias en donde ocurren los actos, las personas que los perpetran, los vínculos con las víctimas, las consecuencias de la violencia, los obstáculos con que se tropiezan las mujeres para solicitar ayuda y acceder a la justicia, y las respuestas que reciben de los servicios sociales de salud y de procuración e impartición de justicia. La información posibilita dirigir las intervenciones donde más se necesitan y valorar los cambios a lo largo del tiempo” (ONU Mujeres, 2020, pág. 128)

En el caso de Cali, la información encontrada también fue escasa. Aunque, el Observatorio de Salud Mental de la Alcaldía registró que para el año 2019, hubo 5,098 casos de violencia contra la mujer. Sin embargo, tampoco discrimina el tipo de violencia, ni el perpetrador de ésta. A pesar de ello, el porcentaje más alto de las víctimas, fueron niñas y adolescentes, entre los 10 y los 14 años y mujeres jóvenes, entre los 20 y 29 años.

En cuanto a los datos suministrados por el OGEN (2021), acerca de este tipo de violencia en la ciudad de Cali, se encuentra que en el año 2020 se identificaron 1.690 casos por violencia intrafamiliar y en el año 2021, hasta el mes de junio, se registraron 1.942 casos. Sin embargo, estos casos tampoco se encuentran discriminados frente a qué porcentaje corresponde a violencia no letal de pareja y expareja en la ciudad.

Finalmente, el OGEN (2021), realiza una clasificación general por grupo etario de las víctimas de violencia intrafamiliar, evidenciando que el 62% se encuentra en edad adulta, el 6% en la niñez o la adolescencia y el 32% no cuenta con datos.

En esta misma línea, en cuanto a la respuesta institucional a las violencias contra las mujeres, el municipio de Santiago de Cali, desde el año 2010, cuenta con la “Política Pública para las Mujeres en Santiago de Cali: Reconocimiento, Equidad de Género e Igualdad de Oportunidades 2010-2020”.

Política Pública caracterizada por ser territorial y transversal. En la cual han convergido diversas políticas de carácter sectorial, por ejemplo, educación, empleo, salud, entre otras. Resaltando el trabajo articulado y la corresponsabilidad a la hora de dar respuesta a la violencia contra la mujer en la ciudad.

No obstante, en el marco de la implementación de dicha política en el año 2018, el Centro de Estudios de Género de la Universidad del Valle y el Banco Interamericano de Desarrollo (2018), realizaron el Estudio de Salud y Experiencias de Vida de las Mujeres de Cali, donde se encontró que las mujeres, especialmente aquellas que viven en zonas de ladera y oriente, afrodescendientes e indígenas, tenían un alto nivel de vulnerabilidad. Así que cuanto más amplia es la brecha a nivel social, económica y educativa, más alto es el riesgo de sufrir violencia por parte de su pareja o expareja.

Por lo anterior se afirma que, las mujeres indígenas y afrodescendientes son más vulnerables a la violencia infligida por la pareja o la expareja, y de manera desproporcionada las mujeres que se exponen a la intersección entre ejes de edad, es decir, las mujeres y niñas, residentes en Cali, con menores niveles educativos, con mayores prevalencias de desempleo, menores porcentajes de activos y con más baja estratificación socioeconómica. Pues al menos un 60% de las mujeres refirieron que han vivido alguna de las modalidades de la violencia de pareja o expareja a lo largo de toda su vida. De estas mujeres el 42,3% afirma que ha vivido violencia de control, el 39,3% de ellas reconocieron haber sufrido violencia emocional y el 52,1% expresa que sufrió violencia psicológica. Mientras que, el 28,9% de las mujeres indicaron haber experimentado episodios de violencia física, el 22,4% reconocen haber padecido violencia económica y el 11,8% expresaron ser víctimas de violencia sexual.

Es por las alarmantes cifras de violencia contra la mujer, tanto en el Valle del Cauca como en Cali que la Asamblea Departamental del Valle de Cauca, estableció el proyecto de ordenanza 497 del 28 de octubre de 2018. A través del cual se dictaminan los lineamientos para la construcción del Plan Departamental para la prevención y erradicación de todo tipo de violencia contra la mujer y en el marco de éste se constituyó el Gran Pacto Departamental del Valle del Cauca por la Garantía de los Derechos y la Atención Inmediata en Salud de las Víctimas de Violencia de Género. En el que el gobierno departamental y municipal se comprometió a realizar un trabajo articulado de carácter intersectorial que permitiera brindar atención y acceso a la justicia a las víctimas de violencia de género. Por lo cual el día 26 de noviembre de 2018 se da apertura, en el Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E. de la ciudad de Cali, al primer consultorio especializado en la atención exclusiva a víctimas de Violencia de género “Consultorio Rosa”.

- **Consultorio Rosa y su estrecha relación con la violencia por parte de la pareja y expareja**

El Consultorio Rosa se encuentra ubicado en Cali, en el Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E. (HUV). Hace parte de los programas de la política institucional de responsabilidad social del HUV y es un espacio donde existe una ruta de atención para todas las personas que son víctimas de violencia de género. Esta ruta funciona desde la activación por el sector salud, es decir, que la víctima debe presentar algún tipo de alteración física, psicológica o sexual, por lo cual el Hospital Universitario Del Valle Evaristo García (HUV), despliega un protocolo de atención interno de atención en salud.

En ese sentido, el Consultorio Rosa, tiene como objetivo, proporcionar con celeridad, eficiencia y eficacia la atención integral de las víctimas de la violencia basada en género. Mediante una estrategia interinstitucional que evite la revictimización, la impunidad y garantice el inmediato inicio del restablecimiento de derechos de las víctimas.

También se espera que los datos recogidos en el Consultorio Rosa puedan aportar a la cualificación de los sistemas de información existentes. Por ejemplo, al Observatorio de

Género del Valle del Cauca (OGEN) y que estas cifras sirvan para encaminar la toma de decisiones, como diagnóstico e insumo en la elaboración de políticas públicas (HUV, 2018). En cuanto a la población atendida en el Consultorio, se encuentra que está dirigido a mujeres adolescentes (mayores de 14 años) y adultas que hayan sido víctimas de cualquier tipo de violencia de género. Cabe aclarar que debido al tipo de población de atiende el HUV, las mujeres que ingresan al Consultorio Rosa, en su mayoría provienen de sectores vulnerables, urbanos y rurales, del suroccidente colombiano, principalmente de la ciudad de Cali. Por lo que dichas mujeres presentan características diversas, como su pertenencia étnica, edad, afiliación religiosa, identidad de género y sexual. Las cuales se interseccionan con condiciones de pobreza y pobreza extrema, migración irregular, embarazo de alto riesgo y/o embarazo adolescente, baja escolaridad y analfabetismo, discapacidad, enfermedad mental y/o psiquiátrica, consumo de sustancias psicoactivas y habitabilidad de calle, entre otras.

Los procesos que se tienen cuenta al momento del ingreso de las mujeres en el Consultorio Rosa son:

- Atención y estabilización de su condición física y psicológica
- Activación de su proceso de denuncia con la fiscalía general de la Nación
- Realización de exámenes medicolegales intrahospitalarios
- Activación de aspectos relacionados con su protección (ICBF, Personería Municipal, Comisaría de Familia)

Para esto el HUV y el Consultorio establecieron una ruta de atención interna:

1. Ingreso: las mujeres pueden ingresar al Consultorio Rosa, a través de cualquier punto de acceso al hospital, ya sea, desde el área de urgencias o consulta externa/ambulatoria.
2. Atención en salud: la condición de salud física y mental de la paciente es prioridad, por lo que inicialmente, es valorada y atendida por el personal médico y de enfermería.
3. Activación del Código Rosa: Trabajo Social y Psicología del Consultorio Rosa brindan atención psicosocial según el caso.

4. Asesoría en derechos y deberes jurídicos: el equipo psicosocial del Consultorio Rosa valora, interviene, orienta, informa y deriva el caso a otras instituciones como: Comisarías de familia, ICBF, Fiscalía General de la Nación, Personería Municipal, Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS), Policía Nacional, la Subsecretaría de Equidad de Género de Santiago de Cali y la Secretaría de la Mujer, Equidad de Género y Diversidad Sexual del Valle del Cauca.

5. Seguimiento a casos: posterior al egreso de la paciente, el equipo del Consultorio Rosa realiza el seguimiento a las mujeres que fueron atendidas en el programa.

Por tanto, desde el inicio del Consultorio Rosa en el HUV, se conformó un equipo interdisciplinar compuesto por una trabajadora social, una psicóloga y una abogada, con el fin de brindar respuesta permanente en el área asistencial y eliminar las barreras de acceso a la atención integral e inmediata en salud.

Sin embargo, actualmente el Consultorio Rosa solo cuenta con el equipo psicosocial, dado que el HUV delegó la orientación jurídica al área de Trabajo Social del programa.

A dos años de la creación del Consultorio Rosa, en el año 2020, con la contingencia por el virus COVID-19 en Cali, no solo se evidenciaron las profundas desigualdades sociales que aquejan a la ciudad, sino que se manifestó la prevalencia y el aumento de la violencia contra las mujeres en Cali y en el Valle del Cauca. Principalmente aquella ejercida por sus parejas y exparejas en el ámbito privado, dado que es el tipo de violencia más prevalente, atendida en el Consultorio Rosa.

Por tanto, el sector salud ha sido el receptor principal de los casos de violencia contra las mujeres durante el periodo de la pandemia y el Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E. (HUV), al ser la institución de carácter público más importante del suroccidente colombiano cumple un papel fundamental, al momento de documentar los casos y brindar respuesta, a través de la atención en el consultorio Rosa, en Cali y de manera general en el Valle del Cauca. Es por tales motivos que el escenario del Consultorio Rosa del HUV para desarrollar esta investigación redunda en relevancia.

- **METODOLOGÍA**

En este apartado se presenta la estrategia metodológica utilizada. Con el fin de develar desde dónde se analiza, cuál es el enfoque y el punto de localización para llevarla a cabo, este artículo fue desarrollado desde un enfoque de género, puesto que, realiza un análisis de la violencia de género por parte de la pareja y la expareja situado en el Consultorio Rosa del HUV. Según Serret (2008), dicho enfoque permite evidenciar cómo y por qué este fenómeno está atravesado por las relaciones de poder y desigualdad entre los géneros y cómo esto afecta la vida de las mujeres. Además, posibilita visibilizar a las mujeres, sus actividades, sus vidas, sus espacios y la forma en que contribuyen a la creación de la realidad social.

De igual forma, también se analizó esta problemática desde una Perspectiva Interseccional, pues, según la Asociación para los derechos de la Mujer y el Desarrollo (2004), el análisis interseccional posibilita revelar las variadas identidades de las mujeres víctimas de este tipo de violencia y exponer los diferentes tipos de discriminación y desigualdades que se dan como consecuencia de la combinación de identidades. Permitiendo visualizar cómo convergen distintos tipos de identidades, en términos de intersección o de superposición produciendo experiencias sustantivamente diferentes para las mujeres.

Es importante resaltar que el análisis interseccional se hizo teniendo como base la metodología propuesta por Balanta - Cobo y Padilla - Muñoz (2019), quienes definen cinco dimensiones que deben ser tenidas en cuenta al momento de realizar un análisis de naturaleza interseccional. La primera dimensión, está relacionada con la caracterización y el análisis situado de las mujeres que acuden al consultorio Rosa; la segunda, presenta la identificación del lugar de la mujer en las relaciones con sus parejas o exparejas, las situaciones de opresión, desigualdad y vulnerabilidad que las lleva a una mayor o una menor exposición a la violencia de género; la tercera dimensión, hace referencia a los ejes de desigualdad prevalentes y emergentes; mientras que la cuarta dimensión busca develar

intersecciones particulares. Finalmente, en la quinta dimensión se realiza un análisis de la institucionalidad, los sistemas de exclusión y la política social.

- **Diseño del estudio**

Se escoge un estudio transversal de alcance descriptivo, a partir del análisis secundario de información obtenida como resultado del registro de mujeres víctimas de violencia atendidas en el Consultorio Rosa del HUV, entre los años 2019 al 2021. De este modo, se busca caracterizar el fenómeno de interés mediante el aprovechamiento de la base de datos, con la que cuenta el Consultorio desde su apertura.

Es importante aclarar que, con este tipo de estudio se buscó especificar las propiedades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, en este caso se analizaron los diversos aspectos y dimensiones del fenómeno de la violencia de género por parte de su pareja y expareja en el Consultorio Rosa del HUV. Pues en concordancia con lo que plantea Hernández y Sampier (2001), resulta necesario seleccionar una serie de cuestiones y registrarlas de manera independiente, lo cual permite describir lo que se investiga y los conceptos a medir se convertirán en variables.

- **Población:**

La población en la que se enfocó esta investigación, fueron las 635 mujeres víctimas de violencia de género por parte de la pareja y expareja, incluidas en la base de datos del Consultorio Rosa, entre los años 2019 a 2021. Es importante aclarar que, según lo indagado por las investigadoras, el Consultorio Rosa, atiende a las mujeres mayores de 14 años, debido a que el HUV, cuenta con el programa de Pediatría Social, el cual atiende niñas, niños y adolescentes menores de 14 años, que hayan sufrido cualquier tipo de maltrato infantil, dentro del cual se incluye la violencia de género. Teniendo en cuenta que al

ser niños, niñas y adolescentes requieren una atención diferencial en salud y un trato especial.

- **Criterios de inclusión y exclusión:**

Para el desarrollo de este artículo se analizó la base de datos del Consultorio Rosa, la cual contiene registros cuantitativos y cualitativos de 720 casos de violencia de género entre los años 2019 a 2021. De los cuales 635 corresponden a mujeres mayores de 14 años y 56 casos corresponden a menores de 14 años, 17 a personas pertenecientes a la comunidad LGTBI y 12 a hombres.

Por tanto, se definieron como criterios de inclusión, los registros seleccionados de la base de datos del Consultorio Rosa de las 635 mujeres atendidas en el programa que corresponden al 88% de la totalidad de la población atendida, las cuales se caracterizaron por ser mayores de 14 años, víctimas de violencia de género por parte de la pareja y la expareja, entre los años 2019 a 2021.

Se incluyeron las mujeres que se auto reconocen como tales, por tanto, también se tuvieron en cuenta mujeres transgénero y/o aquellas con identidad sexual diversa. Además, se tomó la información consignada en dicha base, teniendo en cuenta las diferentes identidades de las mujeres, por ejemplo, afrodescendientes, indígenas, migrantes, mujeres en situación de discapacidad, mujeres en condición de habitabilidad de calle, mujeres consumidoras de SPA, adolescentes gestantes, entre otras.

En cuanto a los criterios de exclusión, no se incluyeron 85 casos, pues se definió que no se analizarían datos de mujeres menores de 14 años, personas pertenecientes a la comunidad LGTBI atendidas por el Consultorio Rosa del HUV. Así como tampoco se tomaron en cuenta los datos de personas que pertenezcan a otras categorías y grupos poblacionales, es decir, no fueron considerados datos de hombres, hombres transgénero, niños y adolescentes, es

importante resaltar que el total de casos excluidos corresponde al 12% de la totalidad de casos consignados en la base de datos del Consultorio Rosa.

- **Tamaño de la muestra:**

Se definió como tamaño de la muestra, todos los datos consignados en la Base de Datos de las mujeres, mayores de 14 años, víctimas de violencia de género por parte de la pareja y la expareja, entre los años 2019 al 2021.

- **Variables:**

Para el desarrollo de esta investigación se definieron dos tipos de variables / categorías de análisis, que se clasifican en dependientes e independientes. A continuación, se presentarán las variables que fueron elegidas:

- Variable dependiente / categoría analítica de referencia principal: mujeres víctimas de violencia de género por parte de la pareja y la expareja atendidas en el consultorio Rosa.
- Variables independientes / categoría analítica que permite ampliar la comprensión del fenómeno de estudio: pertenencia étnica, LGTBIQ, origen, reincidencia de la violencia, condición socioeconómica, discapacidad, consumo de SPA, habitabilidad de calle, embarazo adolescente, migrante, escolaridad, edad, tipo de violencia, empleadas, trabajo doméstico no remunerado.
- **Formato de recolección de la información:**

Base de datos del Consultorio Rosa correspondiente a los años 2019, 2020 y 2021.

- **Descripción de cómo se realiza la investigación:**

Para el desarrollo de esta investigación, se planteó como primera herramienta metodológica el análisis documental. Es decir, “aquella que se basa en la obtención y análisis de datos

provenientes de materiales impresos u otros tipos de documentos” (Arias 1999, P.47). En este caso se realizó una revisión bibliográfica de libros, artículos, publicaciones, manuales y estudios.

Técnica aplicada a la base de datos del Consultorio Rosa, con el fin de analizar la violencia de género ejercida por parte de la pareja y la expareja, en las mujeres que consultan a este programa en el HUV. Por tanto, a continuación, se presentarán los pasos para desarrollar esta investigación:

1. Elección del tema a investigar y del objeto de estudio
2. Revisión bibliográfica para la construcción del anteproyecto de investigación
3. Construcción del anteproyecto de investigación
4. Presentación del anteproyecto de investigación
5. Aprobación del Anteproyecto de investigación por parte de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
6. Revisión bibliográfica y documental exploratoria del fenómeno a investigar
7. Recolección y consolidación de información de autores, revistas, libros, artículos, bases de datos que sean útiles para la investigación
8. Revisión y análisis de la base de datos del Consultorio Rosa
9. Construcción de tablas descriptivas, realización del cruce de las variables / categorías de análisis definidas anteriormente y elaboración de las matrices correspondientes
10. Análisis de las matrices y cruces contruidos a partir de lo encontrado en la Base de Datos del Consultorio Rosa. Es importante aclarar que, en este punto, el análisis se desarrollará desde un Enfoque de Género e Interseccional.
11. Elaboración del documento final en formato artículo, que dará cuenta del proceso y los resultados. Además, se brindarán algunas recomendaciones que podrán contribuir a mejorar la atención en salud a las mujeres víctimas de este tipo de

violencia que acuden al Consultorio Rosa del HUV y para otras instancias de atención a mujeres víctimas de este tipo de violencia.

- **Plan de análisis**

Inicialmente, se realizó una revisión profunda y se categorizaron los datos. Luego se construyeron tablas descriptivas de las variables / categorías seleccionadas. Continuando con la realización de cruces de las variables / categorías, a partir de los elementos fundamentales propuestos a nivel metodológico desde el Enfoque Interseccional.

De manera posterior, se realizó el análisis de cada una de las tablas y cruces, con el propósito de plasmar este análisis en un documento final, que permitió describir, caracterizar, identificar factores de atención en salud y realizar recomendaciones al Consultorio Rosa del HUV, acerca del fenómeno de la violencia de género ejercida por parte de la pareja y la expareja.

- **RESULTADOS**

Dimensión 1: Caracterización del fenómeno de la violencia a mujeres por parte de la pareja y expareja.

“La dimensión de cualquier fenómeno social constituye un elemento relevante a la hora de identificarlo como un problema social que precisa atención pública, de tal forma que traducirlo a números contribuye a visibilizarlo”. (González, 2019, pág. 149). A continuación, se presentará el análisis descriptivo que hace referencia a la caracterización de la población objeto de estudio atendida en el Consultorio Rosa del HUV, en los años 2019, 2020 y 2021, donde se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: total de la población atendida, género, nivel educativo, ocupación, departamento de residencia, etnia, tipo de relación con agresor, tipo de violencia y si se realizó denuncia o no de los hechos.

- **Total de la población atendida:**

Año	Pacientes Atendidas	% Pacientes Atendidas
2019	252	39,69
2020	199	31,34
2021	184	28,98
Total	635	100

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la población atendida en el Consultorio Rosa del HUV, se encuentra que en el año 2019 se atendieron 252 mujeres, en el año 2020 consultaron 199 y hasta el mes de agosto del año 2021 ingresaron 184, para un total de 635 mujeres atendidas durante estos tres años.

Es necesario preguntarse si existe un subregistro de casos que no ingresaron al sector salud a causa del aislamiento por el virus COVID-19 y si las mujeres no asistieron al hospital por miedo al contagio.

- **Género:**

Género	Pacientes Atendidas	% Pacientes Atendidas
Mujer	635	100,00
Total	635	100

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al género al que pertenecen las personas atendidas en el Consultorio Rosa del HUV, se encuentra que el 100% de estas equivale a las 635 mujeres atendidas en los años 2019, 2020 y 2021, cabe mencionar que el total de las personas atendidas por el Consultorio Rosa es de 720 casos, sin embargo, 85 de estos fueron excluidos para efecto de esta investigación, los cuales correspondieron a personas pertenecientes a la comunidad LGTBI, hombres y menores de 14 años. Es importante mencionar que al realizar la exclusión de los casos anteriores, se puede evidencia que la violencia basada en género afecta de manera desproporcionada a las mujeres y esto es consecuente con las cifras y porcentajes que se encuentran a nivel internacional y departamental.

- **Edad:**

Rango de Edad	No. de Casos	Porcentaje
De 15 a 20	117	18%
De 21 a 30	264	42%
De 31 a 40	152	24%
De 41 a 50	65	10%
De 51 a 60	27	4%
De 61 a 70	6	1%
Mayor a 71	2	0,3%
Sin Dato	2	0,3%
Total	635	

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la edad de las mujeres que fueron atendidas en el Consultorio Rosa, se identifica que el 66% son mujeres jóvenes y adultas, entre los 21 y los 40 años, las cuales sufren violencia por parte de la pareja y la expareja. Es importante resaltar que el Consultorio Rosa a partir del año 2020, solo atiende a mujeres mayores de 14 años, debido a que en el HUV, se inauguró el programa de Pediatría Social enfocado en niños, niñas y adolescentes menores de 14 años que sufren de maltrato infantil. Sin embargo, es preocupante que las mujeres menores de edad en la etapa de la adolescencia atendidas por el Consultorio Rosa corresponden al 18%, lo cual demuestra que son una población vulnerable que enfrentan a muy temprana edad relaciones de pareja y expareja violentas, acentuando los factores de riesgo que las hace permanecer desprotegidas y en este tipo de relaciones.

Otro aspecto a tener cuenta es que se identifica que las mujeres en la etapa de la adultez mayor también han sido víctimas de violencia por parte de su pareja y su expareja. Si bien corresponden a los porcentajes más bajos, esto puede evidenciar que la violencia contra las mujeres no distingue edad y que las mujeres se encuentran en riesgo en cualquier etapa de su vida.

- **Departamento de residencia:**

Departamento de Residencia	Pacientes Atendidas	% Pacientes Atendidas
----------------------------	---------------------	-----------------------

Antioquia	1	0,16
Cauca	19	2,99
Chocó	2	0,31
Cundinamarca	3	0,47
Nariño	1	0,16
Norte de Santander	1	0,16
Putumayo	1	0,16
Sin dato	1	0,16
Valle	606	95,43
Total	635	100

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los departamentos de origen de las mujeres que fueron atendidas en el Consultorio Rosa, se encuentra que el 95,43% provienen del Valle del Cauca, el 2,99% del Cauca, mientras aquellas que provienen de Cundinamarca representan el 0,47% y las que pertenecen al departamento de Chocó corresponde al 0,31%, también se encuentra que Antioquia, Nariño, Norte de Santander y Putumayo y sin dato con el 0,16% cada uno. Es importante mencionar que las personas atendidas provienen principalmente del Valle del Cauca, debido a que el alcance del HUV es departamental. Sin embargo, resulta notorio la participación de mujeres provenientes de todo el suroccidente colombiano.

- **Grupo étnico:**

Grupo étnico	Pacientes Atendidas	% Pacientes Atendidas
Afrodescendiente	151	23,78
Indígena	20	3,15
Ninguno	462	72,76
Sin dato	2	0,31
Total	635	100

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al grupo étnico, se encuentra que el 72,76% no se auto reconocen en ninguna etnia, mientras que el 23,78% se reconocen como afrodescendientes y el 3,15% pertenecen a comunidades indígenas. Es importante mencionar que las personas que no se identifican

en ninguna etnia, probablemente puedan ser personas mestizas. Sin embargo, en la base de datos del Consultorio Rosa no se brinda esta clasificación.

Otro aspecto para resaltar es que las mujeres afrodescendientes y aquellas pertenecientes a las comunidades indígenas, fueron un grupo de especial atención durante el desarrollo de este análisis, por las implicaciones que estas identidades pueden tener en la exposición a la violencia de género por parte de la pareja y de la expareja.

- **Nivel educativo:**

Nivel Educativo	Pacientes Atendidas	% Pacientes Atendidas
Primaria completa	1	0,16
Bachillerato completo	235	37,01
Bachillerato incompleto	161	25,35
Ninguno	10	1,57
Posgrado completo	2	0,31
Pregrado completo	47	7,40
Pregrado incompleto	5	0,79
Primaria completa	63	9,92
Primaria incompleta	26	4,09
Sin dato	4	0,63
Técnico	68	10,71
Tecnólogo	13	2,05
Total	635	100,00

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al nivel educativo, se encuentra que el 37,01% cuentan con el bachillerato completo, mientras el 25,35% tienen bachillerato incompleto y el 10,71% presentan estudios técnicos, el 9,92% de las personas atendidas refieren haber completado la primaria y el 7,40% han completado sus estudios de pregrado. Mientras el 4,09% expresan que no completaron la primaria y el 1,57% afirmaron que no contaban con ningún estudio. Es por lo anterior, que es posible afirmar que, en la prevalencia de la violencia basada en género, el nivel de escolaridad de las mujeres no es determinante, es decir, que todas las mujeres

independientemente de su nivel de estudios pueden ser víctimas de agresiones en razón a su género.

A continuación se presentan los datos del nivel educativo de las mujeres atendidas en el Consultorio Rosa, en comparación con el tipo de relación que tenían con el agresor:

Nivel educativo	Expareja		Pareja		Otros	
	No. Casos	% Participación	No. Casos	% Participación	No. Casos	% Participación
Primaria completa	0	0%	1	0%	0	0%
Bachillerato completo	56	36%	123	38%	56	35%
Bachillerato incompleto	39	25%	80	25%	42	27%
Ninguno	1	1%	6	2%	3	2%
Posgrado completo	1	1%	0	0%	1	1%
Pregrado completo	16	10%	17	5%	14	9%
Pregrado incompleto	1	1%	2	1%	2	1%
Primaria completa	14	9%	35	11%	14	9%
Primaria incompleta	4	3%	13	4%	9	6%
Sin dato	1	1%	3	1%	0	0%
Técnico	21	13%	33	10%	14	9%
Tecnólogo	2	1%	8	2%	3	2%
Total	156		321		158	

Fuente: Elaboración propia

Al comparar el nivel de educación de las mujeres con el tipo de relación que tenían con el agresor se encuentra que en el caso donde el agresor es la expareja, el 36% de las mujeres contaban con el bachillerato completo y el 25% de ellas con el bachillerato incompleto, encontrando que la mayor parte de agresiones están dirigidas a las mujeres que cuentan

con estudios de básica secundaria. En cuanto a la educación primaria, se evidencia que el 9% tenían primaria completa, mientras el 3% contaban con primaria incompleta. Es importante mencionar que también se identifica que las mujeres con estudios superiores han estado expuestas a la violencia por parte de su expareja, pues el 13% de ellas cuentan con estudios técnicos y el 10% tienen un pregrado completo.

En los casos en que el agresor es la pareja se denota un comportamiento similar, donde el 38% de las mujeres contaban con estudios de bachillerato completo y el 25% tenían su bachillerato incompleto, en cuanto a la educación primaria se identifica que el 11% completaron la primaria y el 4% la tenía incompleta, mientras que el 10% contaba con estudios a nivel técnico y el 5% de ellas con pregrado completo.

En cuanto a los casos donde el agresor es "otro", se identifica que el 35% de las mujeres tenían su bachillerato completo y 27% presentaban estudios incompletos de bachillerato, en el caso de las que registraron contar con educación primaria, se identifica que el 9% tenía primaria completa y el 6% presentaba su primaria incompleta, mientras el 9% de las mujeres expresaron tener estudios técnicos y de pregrado completos.

Por tanto, cabe preguntarse qué rol están cumpliendo las instituciones de educación primaria, media y superior en la prevención de la violencia contra las mujeres, teniendo en cuenta que mayoritariamente son afectadas mujeres que se encuentran o han estado vinculadas al sistema educativo.

Otro aspecto que es necesario indagar es ¿qué pasa con las mujeres sin ningún nivel educativo?, ¿habrá posibilidad de que exista un subregistro de estos casos?, ¿será que no llegan a las instituciones de salud y de atención a mujeres víctimas?, podría ser valioso prestar atención especial a estos casos.

- **Ocupación:**

Ocupación	Pacientes Atendidas	% Pacientes Atendidas
-----------	---------------------	-----------------------

Desempleada	62	9,76
Desescolarizada	6	0,94
Empleada	267	42,05
Estudiante	65	10,24
No aplica	1	0,16
Otra actividad	1	0,16
Sin dato	2	0,31
TDCNR	231	36,38
Total	635	100

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la ocupación de las mujeres atendidas, se encuentra que el 42,05% afirmaron que están empleadas, mientras que el 36,38% realizan actividades relacionadas con el Trabajo Doméstico No Remunerado (TDCNR), el 10,24% manifestaron ser estudiantes y el 9,76% se encuentran desempleadas. Por tanto, se puede afirmar que, tanto las mujeres empleadas, como aquellas que se ocupan del TDNR, sufren afectaciones. Cabe preguntarse si aquellas que se ocupan del trabajo al interior del hogar dependen económicamente del agresor o cuentan con otras redes de apoyo que brinden soporte económico para su sostenimiento personal y de los hijos e hijas.

Es importante aclarar, que los datos descriptivos derivados de la base de datos del Consultorio Rosa no brindan información, acerca de si las mujeres empleadas, desarrollan actividades formales o informales. Sin embargo, la información cualitativa consignada en los relatos de las mujeres, si dan cuenta de este aspecto.

- **Agresor:**

Agresor	Pacientes Atendidas	% Pacientes Atendidas
Actor armado	4	0,63
Conocido	44	6,93
Desconocido	52	8,19
Expareja	156	24,57
Hijo	2	0,31
Madre	1	0,16
Padrastro	8	1,26
Padre	6	0,94
Pareja	321	50,55

Pariente	28	4,41
Sin dato	13	2,05
Total	635	100

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la información que se tiene frente al agresor, se evidencia que el 50,55% refiere que el perpetrador de la violencia de género es su pareja y el 24,57% afirman que fueron agredidas por su expareja; mientras que el 8,19% expresan que no conocen a la persona que las agredió y el 6,93% manifiestan que las agredió un conocido. Además, el 4,41% comenta que fueron agredidas por un pariente. Es por lo mencionado anteriormente, que se identifica que los principales agresores y perpetradores de la violencia de género son las parejas y las exparejas, de ahí que este análisis sea fundamental y necesario, para su comprensión y abordaje desde el Consultorio Rosa.

A continuación se presentarán los datos del tipo de relación con el agresor y la violencia ejercida por estos:

Tipo de Violencia	Expareja		Pareja		Otros	
	Nro. Casos	%	Nro. Casos	%	Nro. Casos	%
Física	46	29%	104	32%	21	13%
Física psicológica	68	44%	150	47%	23	15%
Física psicológica económica	12	8%	14	4%	0	0%
Física psicológica sexual	9	6%	9	3%	12	8%
Física psicológica sexual económica	3	2%	5	2%	0	0%
Física sexual	1	1%	1	0%	8	5%
Psicológica	16	10%	33	10%	7	4%
Psicológica económica	0	0%	1	0%	0	0%
Psicológica sexual	1	1%	0	0%	12	8%
Sexual	0	0%	3	1%	75	47%
Sexual económica	0	0%	1	0%	0	0%

Total	156		321		158	
--------------	------------	--	------------	--	------------	--

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia que cuando el agresor es la expareja, el 44% las mujeres expresaron ser agredidas física y psicológicamente. Mientras que el 29% de ellas expresaron solo ser víctimas de violencia física y el 10% estuvieron expuestas a violencia psicológica. En cuanto a los otros tipos de violencia, el 8% de las mujeres refirió haber vivido violencia física, psicológica y económica. Mientras el 6% comentan que estuvieron expuestas a violencia física, psicológica y sexual.

En cuanto a la violencia ejercida por parte de la expareja, se identifican comportamientos similares a los anteriormente mencionados. Así, el 47% de las mujeres refiere que fueron agredidas física y psicológicamente, el 32% físicamente y el 10% expresan que sufrieron violencia psicológica. En cuanto a otros tipos de violencia, se identifica que el 4% manifiesta ser víctima de violencia física, psicológica y económica y el 3% comenta que fue víctima de violencia física, psicológica y sexual.

Es importante mencionar que tanto en los casos donde los agresores son las parejas y las exparejas los tipos de violencia ejercida son física y psicológica.

Lo que denota que el agresor busca principalmente afectar la salud física y psicológica de las mujeres, lo cual tiene secuelas graves en la vida de las mujeres.

Otro aspecto importante para indagar es qué tanto se reconoce la violencia sexual como un tipo de violencia que puede ser ejercida por la pareja sentimental, dado que suele ser una violencia normalizada socialmente, por lo que es prioridad que los y las funcionarias que atienden a las mujeres en estas condiciones tengan la capacidad para sensibilizar sobre la identificación de este tipo de comportamientos.

Sin embargo, cuando el agresor es "otro", se encuentra que el tipo de violencia más prevalente es la violencia sexual con un 47%, mientras el 15% de las mujeres refirió ser víctima de violencia física y psicológica y el 13% solo física.

- **Tipo de violencia:**

Tipo de violencia	Pacientes Atendidas	% Pacientes Atendidas
Física	171	26,93
Física psicológica	241	37,95
Física psicológica económica	26	4,09
Física psicológica sexual	30	4,72
Física psicológica sexual económica	8	1,26
Física sexual	10	1,57
Psicológica	56	8,82
Psicológica económica	1	0,16
Psicológica sexual	13	2,05
Sexual	78	12,28
Sexual económica	1	0,16
Total	635	100

Fuente: Elaboración propia

Frente al tipo de violencia que ha sido identificada en la atención a las personas que ingresan al Consultorio Rosa, se encuentra que el 37,95% manifiestan haber sufrido violencia física/ psicológica y el 26,93% afirma haber sido agredida físicamente; mientras el 12,28% expresa que ha sido víctima de violencia sexual. Es importante aclarar que los diferentes tipos de violencias de género se interseccionan complejizando cada vez más este fenómeno, por tanto, se decide evidenciar los tipos de violencias y sus interrelaciones con el fin de brindar una comprensión más amplia de la violencia de género.

A continuación se presenta la tabla del tipo de violencia y la ocupación de las mujeres atendidas en el Consultorio Rosa:

Tipo Violencia	Empleada	TDCNR	Estudiante	Desempleada	Desescolarizada	Sin dato	Otra actividad
Física psicológica	112	94	10	23	2		
Física	83	64	8	13	1	1	
Sexual	16	15	31	12	2	1	1
Psicológica	22	20	4	7		1	

Física psicológica sexual	13	11	2	4			
Física psicológica económica	9	15	2				
Psicológica sexual	3	4	5	1			
Física sexual	5	1	2	1	1		
Física psicológica sexual económica	2	5	1				
Sin dato	2	1					
Psicológica económica				1			
Sexual económica		1					
Total	267	231	65	62	6	3	1
Porcentaje	42%	36%	10%	10%	1%	0,5%	0,2%

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a los resultados, se encuentra que el 42% de las mujeres que han estado expuestas a la violencia por parte de la pareja y la expareja, según su nivel de ocupación se encuentran empleadas, posteriormente el 36% de las mujeres atendidas se dedican a labores de trabajo doméstico no remunerado. Sin embargo, llama la atención que tanto las mujeres que son empleadas como aquellas que se dedican al trabajo doméstico son agredidas principalmente física y psicológicamente por parte de sus parejas y exparejas, lo cual evidencia que el nivel de ocupación no es determinante a la hora de ser agredidas.

Es importante mencionar que las mujeres que se encuentran estudiando corresponden a un 10% de la población atendida y el tipo de violencia más frecuente es la violencia sexual, de igual manera las mujeres que no cuentan con un empleo representan el 10% y el tipo de violencia prevalente en estos casos es la física y psicológica.

- **Presentó denuncia:**

Presentó Denuncia	Pacientes Atendidas	% Pacientes Atendidas
-------------------	---------------------	-----------------------

No	99	15,59
Si	525	82,68
Sin dato	11	1,73
Total	635	100

Fuente: Elaboración propia

Frente a si las mujeres atendidas en el Consultorio presentaron o no la denuncia de los hechos, se encuentra que el 82,68% sí lo hicieron y el 15,59% no denunciaron. Por lo que se identifica que la denuncia es el recurso legal más utilizado por las personas que ingresan al programa de atención a víctimas de violencia de género. Sin embargo, cabe preguntarse si los tiempos de respuesta, por parte del sector judicial son acordes a las necesidades de las mujeres y si sólo basta con la denuncia para detener la violencia.

Cabe resaltar que para efectos del análisis interseccional se prestará especial atención a las mujeres afrodescendientes e indígenas, con el objetivo de develar cómo se configura la violencia de género por parte de la pareja y la expareja, atravesada por estas identidades.

A continuación, se presentará de manera detallada según la pertenencia étnica de las mujeres atendidas en el Consultorio Rosa y la denuncia en casos de violencia por parte de la pareja.

Pareja	No. Casos	Porcentaje	Denuncia	
			SI	NO
Afrodescendiente	72	22%	76%	24%
Indígena	11	3%	100%	0%
Ninguno	238	74%	80%	20%
Total	321			

Fuente: Elaboración propia

Como bien se menciona anteriormente el 74% de las mujeres no se identifican con ninguna pertenencia étnica, donde el 80% de ellas presenta denuncia y el 20% no lo hace, sin embargo el 22% de las mujeres se reconocen como afrodescendientes y el 76% de éstas plantean que han realizado la denuncia de los hechos, mientras el 24% de ellas expresan

que no lo han hecho. En cuanto a las mujeres indígenas que representan el 3% de la población se identifica que el 100% de ellas realizan el proceso de denuncia a la pareja.

Expareja	Denuncia			
	No. Casos	Porcentaje	SI	NO
Afrodescendiente	31	20%	97%	3%
Indígena	3	2%	67%	33%
Ninguno	121	78%	88%	12%
Sin dato	1	1%	0%	100%
Total	156			

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las mujeres víctimas de violencia por parte de su expareja se encuentra que el 78% no se identifica con ninguna etnia y de estas el 88% realiza la denuncia, mientras el 12% no lo hace, en cuanto a las mujeres afrodescendientes que representan el 20% de la población atendida, el 97% si se atreve a denunciar y solo el 3% no lo hace. En cuanto a las mujeres indígenas representan el 2% de la población y se evidencia que el 67% de ellas denuncian a su expareja, pero el 33% no lo hace, lo anterior conlleva a preguntarse cuáles serían las razones por las que las mujeres indígenas no realicen la denuncia a su expareja, teniendo en cuenta que el 100% de ellas si lo realizó cuando el agresor fue su pareja sentimental.

Finalmente, es necesario aclarar que no solo el análisis descriptivo de los registros encontrados en la base de datos de Consultorio Rosa es suficiente para la comprensión de esta problemática. También es fundamental realizar un análisis cualitativo que permita entender el curso, factores desencadenantes, características y nivel de afectación hacia las mujeres, producto de la violencia de pareja y expareja. Es decir, desde distintas aristas y posiciones a partir de los relatos directos de las mujeres. Por tal razón, se presentará la caracterización cualitativa de este fenómeno. Tomando como referencia el reporte del motivo de consulta y la descripción del caso realizado por el profesional que, desde el primer momento de ingreso, establece contacto con cada una de las mujeres que asisten al consultorio.

Dimensión 2: caracterización del caso de la violencia contra las mujeres por parte de la pareja y la expareja en el consultorio rosa del HUV.

En este apartado se realiza la caracterización de la violencia contra las mujeres por parte de la pareja y la expareja en el Consultorio Rosa del HUV. Dicho análisis se desarrolló a través de elementos que no se encontraron directamente expresados en la base de datos como una categoría descriptiva con potencial de ser analizada a partir de frecuencias, sino que se encontraban inmersos en medio de relatos directos de las mujeres a partir de la solicitud de motivo de consulta o a partir de la impresión realizada por el profesional encargado de la respuesta inicial una vez cada mujer asiste al Consultorio. Sin embargo, acudiendo a las dimensiones para el análisis desde una mirada interseccional fue posible ampliar la caracterización e ir un paso más allá del análisis descriptivo previamente expuesto.

Inicialmente, es importante aclarar que para evidenciar cómo se configura este tipo de violencia, se debe comprender que la violencia contra las mujeres ejercida por la pareja y expareja, según ONU Mujeres (2020), es entendida como cualquier patrón de comportamiento que se utilice para adquirir o mantener el poder y el control sobre una pareja íntima o una expareja. Abarca cualquier acto físico, sexual, emocional, económico y psicológico (incluidas las amenazas de tales actos) que influya en otra persona.

Es por la anterior que, se encuentra que las mujeres que han sufrido violencia por parte de la pareja atendidas en el Consultorio Rosa se caracterizan por estar en la etapa de la juventud y la adultez, pertenecen al régimen subsidiado en salud, otras no cuentan con acceso a salud y son provenientes de sectores vulnerables, principalmente de la ciudad de Cali, el Valle del Cauca y el Cauca, tanto de áreas urbanas como rurales.

Es importante mencionar que algunas de las mujeres de ciudades alejadas, llegan a Cali, bajo dinámicas de desplazamiento forzado, migración irregular o huyendo de sus lugares de origen a causa de la violencia ejercida por sus parejas, como lo expresa una de ellas en su

relato *“Vengo huyendo del departamento del Chocó, porque mi pareja sentimental me agrede constantemente por razones mínimas. La última vez me agredió con un palo de escoba y me dejó una marca, decidí huir a Cali, donde un familiar”* (Relato No. 34, 2019).

En cuanto a la composición familiar a la que pertenecen las mujeres, se encuentra la prevalencia de la familia nuclear con hijos que dependen del cuidado de las mujeres. Se encuentran también familias recompuestas y con hijos e hijas de relaciones anteriores. Además, se evidencian parejas con hijos, que a pesar de no convivir bajo el mismo techo con su pareja o expareja, mantienen una relación.

Es importante resaltar que en estos casos, la no convivencia no es limitante para que se presenten agresiones por parte de la pareja hacia las mujeres. Otro aspecto relevante, es que se identificó que la duración de una relación no condiciona, las agresiones. Es decir, hay mujeres que han sido agredidas a los días de haber iniciado la relación, otras a los meses y otras llevan años siendo violentadas sistemáticamente por los agresores.

En referencia a las condiciones de salud que presentan las mujeres, se encuentra que algunas tienen diagnósticos de salud mental, como esquizofrenia, bipolaridad, depresión y/o ansiedad. Situaciones de salud con aparición previa a las agresiones de la pareja y los cuales se agudizan con la violencia. Esto unido a la falta de adherencia al tratamiento en algunos casos. Otras presentan estos diagnósticos derivados a la exposición aguda o crónica a la violencia de pareja.

Además, se identifican aquellas mujeres que se autolesionan o intentan acabar con su vida a causa de la violencia que sufren en sus relaciones: *“Él me golpeo...yo siempre pienso que es mejor quitarme la vida, lo iba a hacer después de salir de la Fiscalía, pero me mandaron para acá”* (Caso No. 155, 2019).

También se identifica que algunas mujeres que presentan algún compromiso a nivel intelectual, también se encuentran inmersas en relaciones de pareja violentas. Al respecto, preocupa en qué medida los casos de estas mujeres que presentan un mayor nivel de vulnerabilidad, debido a su capacidad de decisión, debería también ser clasificado como

abuso. Y en consecuencia ser motivo de una atención e intervención mucho más diferencial con los apoyos o ajustes requeridos para brindar la atención que responda a sus necesidades.

Otros aspectos de relevancia en salud que se encuentran en las mujeres atendidas por el Consultorio Rosa, es que algunas presentan consumo de sustancias psicoactivas. En ocasiones éste no es constante y en otras es un consumo clasificado como problemático; del cual pueden derivarse trastornos de comportamiento y pérdida de redes de apoyo.

Otro ámbito importante, es que se encontraron mujeres en condición de habitabilidad de calle y sin ninguna red de apoyo familiar, social, comunitaria e institucional. Cabe resaltar, que estas mujeres presentan barreras de acceso a los derechos fundamentales.

A nivel de las características de la red social disponible, se identificó que no todas las mujeres atendidas cuentan con redes de apoyo amplias o fuertes. Algunas cuentan con una red principalmente compuesta por su familia extensa y/o redes de apoyo sociales, conformadas por amigas, conocidos y/o vecinos. Sin embargo, otras manifiestan que sus redes de apoyo son débiles y presentan vínculos distantes con sus familiares.

También se identificaron casos de mujeres que no cuentan con ninguna red de apoyo, principalmente las mujeres venezolanas en condición de irregularidad en el país. Algunas de ellas en sus relatos manifiestan que el agresor es su única red de apoyo: *“Mi pareja es una persona posesiva, vulgar y dominante. En varias ocasiones me sacó desnuda de su casa, me tiraba la ropa y hasta me la dañaba. Constantemente me humilla, me dice groserías, no tengo donde más ir” (relato mujer venezolana No. 253, 2019).*

Aunque también, se presentan aquellas mujeres migrantes que sí han logrado establecer redes de apoyo institucionales, principalmente compuestas por organizaciones humanitarias que prestan servicios en este tipo de casos.

Acercas de la condición socioeconómica de las mujeres, se encuentra que si bien el 39.58% de ellas, cuenta con un ingreso económico. Según los relatos de la base de datos, se

identifican que dichos ingresos son provenientes en su mayoría de actividades económicas no formales y por tal motivo no cuentan con prestaciones sociales. Además, se encuentra que estos empleos son paralelos al cuidado de los hijos y el mantenimiento del hogar. Identificando una doble jornada para estas mujeres, pues no se cuenta con una distribución equitativa de las tareas del cuidado.

Otro aspecto que cabe resaltar es que se identifican mujeres que solo se dedican al trabajo doméstico no remunerado, teniendo una dependencia económica total del agresor. Esto es preocupante, debido a que la falta de autonomía económica de dichas mujeres las limita a la hora de tomar decisiones, incluida la de alejarse del agresor. Sin embargo, en algunos de los relatos fue posible evidenciar que algunas de ellas aún sin tener un ingreso, deciden terminar la relación con el agresor; aunque esto implique asumir condiciones de pobreza extrema e incluso habitabilidad de calle en compañía de sus hijos e hijas.

En cuanto a la escolaridad de las mujeres, previamente indicamos que el 60% de ellas cuentan con estudios de educación secundaria, ya sean completos e incompletos. Sin embargo, también se presentan aquellas que no cuentan con ningún nivel estudio durante su vida e incluso manifiestan no saber leer, ni escribir. Este hecho es de gran relevancia en la caracterización pues en particular se trata de aquellas mujeres que provienen principalmente de entornos rurales y pertenecen a comunidades indígenas y afrodescendientes.

Caracterización de la violencia por parte de la pareja. En cuanto a la configuración de la violencia por parte de la pareja o expareja, se encuentra que el agresor es principalmente la pareja estable y puede ser identificado como: esposo, concubino o novio.

En algunos casos se identifica que el agresor es consumidor y/o vendedor de sustancias psicoactivas, participa en dinámicas delincuenciales, grupos armados y/o porta armas, como lo manifiesta una de ellas "*Mi pareja me anda buscando... llegó a la casa y quemó todo...anda armado*" (Relato No. 149, 2019). Lo cual hace que la violencia contra sus parejas se agudice. Sin embargo, en la mayoría de los casos el agresor no presenta

ninguna de las características anteriores, lo cual indica que la prevalencia de la violencia de género tiene un fuerte componente cultural, social, económico y político que afecta de manera diferencial a hombres y a mujeres, donde los primeros de manera sistemática y evidenciable en los relatos consignados en la base de datos ejercen poder, control y violencia sobre las mujeres.

En el caso de la violencia de pareja, se encuentra que las agresiones se perpetúan principalmente al interior de los hogares y se llevan a cabo frente a hijos e hijas.

En algunos relatos se evidencia que el agresor no solo dirige la violencia hacia las mujeres, sino a sus seres queridos, por ejemplo, a sus hijos, hijas, hacia la familia extensa y amigos u amigas, en el caso de los niños, niñas y adolescentes se ven directamente afectados: *“mi pareja quemó el lugar donde vivo con mi nieta y mi hijo, el niño se quemó”* (Relato No. 554, 2021). Incluso en algunos casos tratan de defender a la madre de las agresiones: *“estoy desesperada, él me maltrata y mi hijo de 10 años, dijo que si yo no hago algo, él llama a la Policía”* (Relato No. 208, 2019).

Por tanto, se identifica que los casos de violencia contra las mujeres por parte de su pareja, no solo las afecta a nivel físico y mental, sino que se busca destruir o debilitar los vínculos o cierto nivel de seguridad que para ellas resulta importante, en términos familiares, materiales y simbólicos.

Es importante mencionar que, frente a las agresiones, se encuentra que, en algunos casos, no solo participa el agresor, sino que participan otros miembros de la familia como hijastros o incluso la familia extensa del agresor, quienes lo encubren y justifican dicha acción violenta hacia su pareja.

Caracterización de la violencia por parte de la expareja. En cuanto a la violencia por parte de la expareja, se encuentra que las agresiones dirigidas a las mujeres atendidas por el Consultorio Rosa están estrechamente relacionadas con rupturas inconclusas, no superadas y/o no aceptadas por parte del agresor. Marcadas por conductas celotípicas, amenazas y control que tienen como objetivo dañar a las mujeres, afectar su bienestar y

que estas no puedan rehacer su vida después de finalizar la relación. Lo cual denota que terminar una relación violenta no es garantía para que las agresiones se detengan, pues al ya no estar bajo control del agresor, con la ruptura se agudiza la violencia.

Frente a la caracterización del agresor, los relatos permitieron identificar que son hombres, quienes durante la relación perpetraron conductas violentas hacia sus parejas y a causa de éstas, las mujeres decidieron terminar la relación. Es necesario mencionar que en la mayoría de los casos se había interpuesto una denuncia, de la cual no se obtuvo respuesta, ni se brindó protección. Por lo que después de terminada la relación, las agresiones aún continuaron: *"...estoy viviendo otra vez todo... en el 2019 asistí al Consultorio Rosa, por una situación de violencia con mi expareja. Ella menciona que ha sido víctima de violencia sexual, física y patrimonial"* (Caso No. 562, 2021).

Otro aspecto para tener en cuenta es que se identifica que hay agresores que al presentar un consumo problemático de sustancias psicoactivas, o al ser pertenecientes a grupos delincuenciales y porte de armas, hace que se dificulte que las mujeres puedan desvincularse totalmente de su expareja. Algunas manifiestan ser asediadas, hostigadas y amenazadas hasta en sus lugares de trabajo o mientras realizan sus actividades diarias fuera del hogar. Por tanto, ni la vivienda, ni los espacios públicos representan un lugar seguro para dichas mujeres.

En cuanto al lugar donde se perpetraron los hechos, es necesario resaltar que a diferencia de lo encontrado en los casos analizados de violencia de pareja, las agresiones hacia las mujeres por parte de la expareja se dan principalmente en la vía pública y en algunos casos los agresores ingresan a los domicilios sin consentimiento para violentarlas.

Otro aspecto para resaltar, frente al lugar de los hechos, es que en ocasiones el agresor toma control de la vivienda, despojando a las mujeres, dejándolas sin un lugar donde vivir, como forma de ejercer presión para que retomen la relación. Este caso se presenta principalmente cuando hay una dependencia económica total hacia al agresor. Además en

el caso de las mujeres que tienen hijos en común con el agresor, presente amenazas constantes de quitarles la custodia de los menores de edad a su cargo, como mecanismo de manipulación por parte de su expareja para que regrese.

Otro aspecto para caracterizar está relacionado con que la violencia contra las mujeres por parte de la pareja y la expareja no es homogénea. Sino que presenta distintos matices, tipos y formas de ejercerla, las cuales para efectos de este análisis, fueron inicialmente clasificadas por tipo violencia, ya sea, económica, psicológica, emocional, física y sexual, y por tipo de agresor, tal como pareja y expareja.

A continuación, se presentará el cuadro de caracterización de los diversos tipos de violencias. Cuadro que contiene algunos de los relatos más representativos para caracterizar cada tipo de violencia. Sin embargo, es importante aclarar que dicha descripción no da cuenta de todos los relatos y registros de la base completa. Además se incluye la casilla de "otro" con el fin de hacer alusión a una persona distinta a la pareja o expareja, porque algunas mujeres afirmaron haber sido agredidas tanto por su pareja o expareja como por otras personas que se encontraban en el momento de la agresión o hecho violento.

Tipo de violencia					
Agresor	Psicológica	Física	Sexual	Económica	Emocional
Pareja	"No me gusta algunas cosas que me dice y no quiero que pasen a más, por ejemplo, me dice malparida si estuviera allá te arranco la cabeza" (Relato No. 170, 2019)	"Paciente que ingresa a HUV, por agresiones de pareja sentimental, presenta fractura en miembro superior y laceración en rostro. Ingresa delirante, por lo que se hospitaliza en la Unidad de Salud Mental" (Caso No. 38,	"Paciente menor de edad remitida por fiscalía para aplicación de protocolo por abuso sexual, ingresa en compañía de su progenitora, se señala como presunto agresor un	"Paciente traída por compañera de trabajo. Afirma ser víctima de violencia, pues su pareja y padre de su hija le recrimina por dinero de forma constante, reprochándole la forma y tiempo de	"ya estoy cansada, mi pareja me esculca todo, me trata mal todos los días, el cuándo toma es más difícil" (Relato No. 119, 2019) "Vivo con un señor, él me trata mal, me dice perra, puta, dice que no sirvo para nada, me dice

		2019) <i>"Paciente que ingresa a Hospital por dos heridas con arma cortopunzante, ocasionadas por su pareja sentimental. Paciente venezolana, migrante irregular con precaria red de apoyo, sin documentación ni aseguramiento en salud"</i> (Caso No. 46, 2019)	<i>novio"</i> (Caso No. 99, 2019) <i>"Fui golpeada y me obligo a tener relaciones sexuales"</i> (Relato No. 121, 2019)	<i>pago de su salario"</i> (caso No.371, 2020)	<i>muchas cosas"</i> (Relato No. 158, 2019)
Expareja	<i>"Paciente que ingresa al consultorio rosa manifestando que, su actual expareja "no me deja en paz, me llama, me escribe, no me deja tranquila".</i> (Caso No. 41, 2019) <i>"Él salió de la cárcel y me está amenazando. Se acerca al consultorio por lo que lo vió en televisión y con la angustia de no haber sido atendida en otras</i>	<i>"Paciente que ingresa por sus propios medios remitida de centro de salud por herida en el cuello con arma cortopunzante por parte de su expareja."</i> (Caso No. 525, 2020)	<i>"Solicita asesoría como víctima, pues su expareja sentimental, llega a su vivienda para violentarla sexualmente y manifiesta desear parar esa situación, puesto que vive sola y considera no tiene quien la defienda de sus ataques y por vergüenza no ha informado a la policía, ni desea involucrar a sus</i>	<i>"Paciente ingresa a HUV buscando consultorio rosa "necesito empleo, ya tengo procesos contra mi ahora exesposo por violencia"</i> (Caso No. 52, 2019)	<i>"Paciente que ingresa por consulta externa a consultorio rosa. Refiere que hace 4 días aproximadamente sufrió un aborto espontáneo lo que ha ocasionado estrés postraumático, durante la intervención se evidencia que la paciente ha sido víctima de violencia emocional por parte de su expareja"</i> (Caso No. 231, 2021)

	<i>entidades, pues cuenta con 4 denuncias archivadas por violencia que aún ejerce su expareja y padre de su hijo de 10 años” (Caso No. 89, 2019)</i>		<i>familiares” (Caso No. 84, 2019)</i>		
Otro	<i>“Paciente que ingresa por episodio depresivo, diagnóstico de bipolaridad, la hija de la paciente menciona que la paciente está siendo víctima de violencia intrafamiliar, situaciones con un hijo consumidor de SPA y violencia verbal por parte de su esposo e hijos” (Caso No. 647, 2021)</i>	<i>“Paciente que ingresa por consulta externa refiere que su pareja la agrede en vía pública la obliga a ir a su casa y en ese trayecto 5 personas más entre vecinos y familiares del agresor también la agreden, refiere que querían cortarle el pelo” (Caso 534, 2021)</i>			

- **Violencia económica:**

“Consiste en lograr o intentar conseguir la dependencia financiera de otra persona, manteniendo para ello un control total sobre sus recursos financieros, impidiéndole acceder a ellos y prohibiéndole trabajar o asistir a la escuela” (ONU Mujeres, 2020).

En los relatos de las mujeres, se identifica que este tipo de violencia es ejercida por los hombres que ostentan poder económico sobre las mujeres. Se observan principalmente en

casos en los que las mujeres dependen, parcial o totalmente del agresor, para el sostenimiento personal y de los hijos. También se identifican dinámicas de control y prohibición frente al ejercicio de actividades laborales y en el caso de las mujeres que trabajan, se encuentra el control de salario y el hostigamiento o acoso en los lugares de trabajo, por parte del agresor, con el objetivo de afectar su continuidad laboral o que ella desista de obtener ingresos por sus propios medios.

- **Violencia psicológica:**

“Consiste en provocar miedo a través de la intimidación; en amenazar con causar daño físico a una persona, su pareja o sus hijas o hijos, o con destruir sus mascotas y bienes; en someter a una persona a maltrato psicológico o en forzarla a aislarse de sus amistades, de su familia, de la escuela o del trabajo” (ONU Mujeres, 2020).

Este tipo de violencia se evidencia en la medida que, las mujeres agredidas por parte de la pareja y la expareja relatan que son amenazadas por los agresores, en ocasiones de muerte o de dañar a un ser querido. Es importante mencionar que en los casos en que las mujeres cuentan con redes de apoyo débiles, el agresor psicológico apunta a romper todos los lazos que puedan ofrecer ayuda o una vía de escape. Una característica emergente en este tipo de violencia es el control de los medios de comunicación de las mujeres, principalmente restringir o prohibir el uso del celular y de redes sociales, puesto que esto representa una amenaza al control ejercido por el agresor, quien precisa cortar cualquier oportunidad de solicitar ayuda por parte de las mujeres. Es importante mencionar que este tipo de violencia y control sobre los medios de comunicación fue muy relevante durante el aislamiento a causa del COVID-19.

- **Violencia emocional:**

“Consiste, por ejemplo, en minar la autoestima de una persona a través de críticas constantes, en infravalorar sus capacidades, insultarla o someterla a otros tipos de abuso

verbal; en dañar la relación de una pareja con sus hijas o hijos; o en no permitir a la pareja ver a su familia ni a sus amistades” (ONU Mujeres, 2020).

Este tipo de violencia, no se encuentra clasificada como tal, en la base de datos del Consultorio Rosa y en ocasiones es equiparada a la violencia psicológica, sin embargo, se considera relevante realizar dicha diferenciación en la medida que, aporta a una caracterización más específica de la violencia que ejercen las parejas y las exparejas. Por lo que, se encuentra que las mujeres expresan que dichas agresiones se ven reflejadas en comentarios, chistes e insultos por parte de los agresores que las denigran y las hacen sentir minimizadas e inservibles. Durante la lectura de los relatos de las mujeres emergen, comentarios o conversaciones denigrantes y acerca de las personas que componen las redes de apoyo de las mujeres con el objetivo de aislarlas.

- **Violencia física:**

Consiste en causar o intentar causar daño a una pareja golpeándola, propinándole patadas, quemándola, agarrándola, pellizcándola, empujándola, dándole bofetadas, tirándole del cabello, mordiéndole, negándole atención médica u obligándola a consumir alcohol o drogas, así como empleando cualquier otro tipo de fuerza física contra ella. Puede incluir daños a la propiedad. (ONU Mujeres, 2020).

Este tipo de violencia es la más prevalente en los relatos analizados, se encuentra que las mujeres son agredidas de diferentes maneras y con diferentes herramientas, en ocasiones el agresor propinó golpes, en otras utilizó objetos corto-contundentes y en otro, armas cortopunzantes y armas de fuego. Un aspecto emergente en este caso es el uso del incendio o el fuego como medio para dañar la salud y la estética de las mujeres. Otro tipo de agresiones físicas, que emergen, por ejemplo, son cortar el cabello o atacar el rostro de las mujeres.

- **Violencia sexual:**

Según ONU Mujeres (2020), *conlleva obligar a una pareja a participar en un acto sexual sin su consentimiento*. En los relatos de las mujeres se encuentra que este tipo de violencia es naturalizada dentro de la violencia de pareja, debido a que las mujeres expresan que es su “deber” como novias, esposas o concubinas tener relaciones sexuales con el agresor. Así ellas no lo deseen en ese momento o no consientan este tipo de actos.

Es importante mencionar que en los relatos se identifican abusos sexuales, violaciones y acoso sexual hacia las mujeres, utilizadas como medio del agresor para ejercer poder y control. En cuanto a las características emergentes, se identifica que pueden clasificarse en las que se relacionan con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, se encuentra el no uso del condón en las relaciones sexuales, debido a que el agresor se niega a utilizarlo. Esto conlleva al contagio de enfermedades de transmisión sexual. Otro aspecto relevante es el control de la anticoncepción por parte del agresor, esto deriva en embarazos no deseados y en la prohibición del control de su cuerpo, incluyendo el decidir cuántos hijos quieren tener.

Otro aspecto clave, son las agresiones por parte de las parejas o las exparejas, con el objetivo de provocar un aborto, durante el análisis de los relatos, las mujeres expresan que el agresor les golpea estando en estado de gestación, incluso ya avanzada o cursando por un embarazo de alto riesgo, algunas de ellas manifestaron haber abortado a causa de estas agresiones, otro factor que se denota en los relatos, son las agresiones por parte de la pareja o a expareja cuando las mujeres deciden ejercer su derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.

Otro aspecto que se considera importante caracterizar, es el análisis que justifica el regreso de las mujeres al lado del agresor, ya sea su pareja o su expareja. Al respecto, se encuentran factores en común que condicionan o no les permiten a las mujeres superar el ciclo de la violencia. El primer factor, es la dependencia emocional al agresor, influida por la idea cultural y patriarcal que se tiene del “amor” y la idealización de la familia nuclear como tipología familiar adecuada para la crianza de los hijos e hijas.

Otro factor es la dependencia económica del agresor, esto se agudiza cuando las redes de apoyo de las mujeres son débiles o él es su único apoyo.

En el análisis de los relatos también se encuentra que las mujeres regresan por miedo a nuevas agresiones y/o amenazas hacia ellas o a sus seres queridos.

Finalmente, es necesario hablar de las mujeres que desisten de continuar con la atención en salud y con la ruta de atención a víctimas de violencia de género en el Consultorio Rosa del HUV, las cuales llegan al programa en busca de ayuda o son identificadas durante la atención por algún funcionario del hospital. Las mujeres que desisten del proceso son aquellas que cuentan con redes de apoyo o que no las tienen, dado que en ocasiones ingresan al Consultorio en compañía de sus hijos y no tienen a alguien que pueda encargarse del cuidado mientras ella recibe la atención. También se identifica que no continúan las mujeres que tienen una dependencia al consumo de sustancias psicoactivas y/o que presentan dinámicas de habitabilidad de calle. También desisten las mujeres que tienen empleos informales y proveen económicamente a su familia, expresando que estar hospitalizada puede ser una causa de despido o que ganan el dinero diariamente y no pueden perder días de trabajo. Otras no continúan en la atención, porque deciden retomar la relación con el agresor, argumentando que él cambiará y que le prometió no volver a agredirla.

Frente a la caracterización de la violencia contra las mujeres por parte de la pareja y la expareja, es posible concluir que es un fenómeno multifactorial, en el que influyen aspectos socio demográficos, económicos, psicológicos y culturales que afectan su vida y en ocasiones agudizan la violencia.

Además, se evidencia que las mujeres pueden ser agredidas de diferentes formas y este tipo de violencia siempre va en aumento. También, se identifica que hay diversos factores que condicionan y obstaculizan que las mujeres puedan salir de una relación violenta. Identificándose que aquellas que se mantienen en relaciones violentas, no lo hacen porque

“les guste” o porque “quieren quedarse ahí”, sino que el agresor trabajó por despojarlas de todos sus recursos para salir de esa situación.

Por otro lado, es importante resaltar que, con lo encontrado durante el análisis cualitativo de los relatos, cabe preguntarse, si la violencia por parte de la pareja y la expareja debe seguir siendo incluida, a nivel nacional y local, como una arista dentro de la violencia intrafamiliar/doméstica, pues, tanto a nivel global como regional es una problemática, que debido a su desbordada magnitud, implica una atención especial de los gobiernos.

La caracterización presentada anteriormente, según el tipo de violencia y los factores particulares que emergieron en esta investigación, claramente conllevan a que esta temática sea tratada y abordada de modo diferencial e interseccional; buscando así responder a las necesidades reales de las mujeres que diariamente se exponen a este tipo de violencia.

- **DISCUSIÓN:**

Dimensión 3: ejes de desigualdad que directamente participan en la violencia por parte de la pareja y expareja

En este apartado se hace referencia a los ejes de desigualdad identificados en el fenómeno de la violencia de género por parte de la pareja y la expareja. De manera situada en el Consultorio Rosa del HUV, inicialmente, es necesario aclarar que se entiende como eje de desigualdad, aquellas características entre grupos poblacionales definidos social, económica y demográficamente, que suponen diferencias injustas y evitables en el acceso a los derechos fundamentales. Constituyendo desigualdades que son el resultado de distintas oportunidades y recursos que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia. Lo que se traduce en un detrimento del bienestar de los grupos o colectivos socialmente menos favorecidos (González, 2019, pág. 170). A continuación, se presentará el análisis de los ejes de desigualdad prevalentes.

- **Edad:**

“Para cada momento vital es de especial relevancia reconocer los roles y relaciones de poder derivados del género, de la pertenencia étnica, de la existencia de una situación de discapacidad o de situaciones que generan un conjunto de características que exigen un reconocimiento real de los sujetos y sus necesidades, y no solo una división de grupos de edad homogéneos” (PDSP, 2021, pág. 67).

Si bien la violencia de género no discrimina en edad, la población mayoritariamente atendida en el Consultorio Rosa, son mujeres que se encuentran entre los 24 a 57 años, sin embargo, en la revisión de la base de datos, se denota que la violencia de género se empieza a expresar a edades muy tempranas, por ejemplo, en la adolescencia e incluso, en la niñez, además que también puede afectar a mujeres en la etapa de la adultez mayor.

- **Nivel educativo:**

Es importante mencionar que, durante el análisis de la base de datos, se encontró que las mujeres atendidas por el Consultorio Rosa, que más sufren violencia de género, cuentan con estudios de bachiller, técnico, primaria e incluso pregrado. Por tanto, se evidencia que el nivel de escolaridad de las mujeres no tiene relación directa con las agresiones de su pareja o expareja. Es decir, tal como lo expresa Veracruz (2006) no existe un patrón definido respecto a la escolaridad de las mujeres que sufren violencia, pues esta se produce en parejas de todos los niveles educativos. Aún entre las mujeres con estudios superiores existe violencia. Por tanto, no es posible afirmar que el tener un mayor nivel de escolaridad implique, probablemente que las mujeres sean menos violentadas por sus parejas y exparejas.

- **Etnia:**

“La etnicidad es una construcción de conciencia colectiva, relacionada con aspectos físicos, culturales y sociales de grupos humanos que estos identifican como propios y que pautan

relaciones intergrupales dentro de un orden social, También hace referencia a una serie de condiciones y características sociales, culturales, económicas, y hasta fenotípicas, que permiten distinguir a algunos grupos humanos de la colectividad nacional, los cuales están regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones, organizaciones sociales y políticas y por una legislación especial” (Torres, 2001, pág. 72).

Es por lo anterior, que si bien el porcentaje mayor de las mujeres afectadas por violencia de género por parte de la pareja y la expareja, no se auto reconocen en ninguna etnia, las mujeres afrodescendientes e indígenas, presentaron características a tener en cuenta relacionadas con su identidad étnica. Por ejemplo, las barreras de acceso a la salud y la movilidad restringida para acceder a hospitales y centros de salud, también se ponen en juego las creencias culturales alrededor la violencia basada en género y en algunos casos la legitimación de la violencia por parte de la comunidad a la que pertenecen.

- **Clase social:**

“El hogar donde tú vives, el estrato económico donde tú naciste es un primer factor que condicionará en qué medida puedas acceder a la educación, a los servicios, a los ingresos. Es un factor estructural, es decir, que va más allá de las características individuales de las personas. Es algo que las condiciona de nacimiento” (Maldonado, 2019, pág. 4).

En el caso de las mujeres que han acudido al Consultorio Rosa, la clase social ha sido un eje desigualdad que limita el acceso a derechos fundamentales de las mujeres que han estado expuestas a violencia de pareja y expareja. Además afecta de manera directa, su autonomía y su capacidad para tomar de decisiones, lo cual dificulta la superación del ciclo de la violencia.

- **Acceso a la salud:**

Este eje de desigualdad es determinante frente a las oportunidades de tener una buena salud y pone en evidencia la existencia de desigualdades a la hora de acceder a esta.

Según González (2019) está relacionado con el poder, el prestigio y el acceso a recursos, donde son más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas, principalmente, los hombres, las personas de edad joven y adulta, de raza blanca y originarias de áreas geográficas con más accesibilidad. En el caso de las mujeres atendidas en el Consultorio Rosa, se identifica que las barreras de acceso a la salud se complejizan cuando entran en contacto con otras características como etnia, clase social, origen, por tanto, *“este eje de desigualdad está relacionado con el concepto de discriminación o de las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales que perpetúan el clasismo, el sexismo o el racismo”*. (González, 2019, pág. 116)

A continuación, se presentarán los ejes de desigualdad emergentes, encontrados durante el análisis de la base de datos del Consultorio Rosa:

- **Enfermedad mental:**

“La violencia de género es un problema de enorme magnitud que requiere una respuesta institucional mucho más firme y enérgica de la que recibe. Sin embargo, las mujeres con enfermedad mental ven cuestionada sistemáticamente su condición de víctimas bajo argumentos tales como que su relato no es veraz debido a la descompensación psicopatológica, o que son episodios que provocan ellas con su comportamiento” (FEDEAFES, 2017, pág. 5).

En este caso, las mujeres que presentan algún diagnóstico de salud mental son violentadas por su pareja o expareja y que llegan al Consultorio Rosa en busca de apoyo, no son ajenas a dicha realidad y están en riesgo de ser doblemente victimizadas, pues la ruta de atención a víctimas de violencia de género presenta una oferta de servicios limitadas en caso de que la mujer necesite protección especial. Además, que al presentar un diagnóstico de salud mental y al no contar con la atención y el tratamiento requerido existen más posibilidades de que estas mujeres no puedan salir de la relación violenta o de que su trastorno mental se agudice a causa de las agresiones a las que se ven expuestas.

- **Estatus migratorio:**

“Las mujeres inmigrantes se posicionan en situación de vulnerabilidad ante la violencia de género en la pareja, debido a condiciones del proceso migratorio, como: la escasez de redes de apoyo, las condiciones de precariedad laboral y la situación socioeconómica” (Caro, 2004, pág. 5).

En el caso de las mujeres migrantes atendidas, se identifica que principalmente son mujeres de origen venezolano en condición de migración irregular. Lo que las hace más vulnerables a la prevalencia de la violencia de pareja y expareja. Debido al desarraigo cultural y familiar al momento de dejar su país de origen y llegar a Colombia. Las cuales no cuentan con redes de apoyo sólidas, por lo que están más expuestas al control emocional por parte del agresor. Además se presentan barreras de acceso al sistema laboral, lo cual incide negativamente en la autonomía económica y al no estar regularizadas en el país no pueden vincularse al sistema de salud.

- **Exposición a situaciones de riesgo:**

“Las mujeres que consumen drogas son más afectadas por la violencia de género. en un contexto de estrés y aislamiento su situación sólo puede empeorar. Cuando estas mujeres se enfrentan a la adicción, también tienen más dificultades que los hombres para acceder a una atención adecuada. En primer lugar, por el estigma que sufren. Pero también porque hay pocas estructuras adaptadas a sus necesidades”. (DIANOVA, 2020, pág. 2).

Este eje de desigualdad enfatiza en las mujeres que presentan consumo de sustancias psicoactivas y en ocasiones, dinámicas de habitabilidad en calle, pues debido a estas características, la violencia por parte de la pareja y la expareja se ve agudizada. En la medida que presentan dependencia económica y emocional al agresor, barreras de acceso a la salud y no seguimiento al egreso. Además, se encuentran más dificultades a la hora de

ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, por tanto, presentan más riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Por tanto, los ejes de desigualdad anteriormente expuestos son estructurales en la medida que inciden de manera directa en el ámbito del ejercicio de los derechos fundamentales de las mujeres atendidas en el Consultorio Rosa. Ejes de desigualdad que interactúan de manera simultánea agudizando las diferentes formas de discriminación y exclusión que puede ser ejercidas tanto por la pareja como la expareja como por una multiplicidad de actores, incluidos los actores institucionales. Por lo tanto, resulta vital comprender que estos ejes de desigualdad soportan las estructuras de poder y los sistemas de exclusión que mantienen la violencia de género y hacen que esta sea más aguda para ciertos grupos de mujeres que presentan características diferenciales.

Dimensión 4: interseccionalidad entre los ejes que configuran la violencia y dan cuenta de la desproporción del fenómeno de estudio

Realizar el análisis de la violencia de género ejercida por la pareja y la expareja, desde una Perspectiva Interseccional implica, según la Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo AWID (2004), partir de la premisa de que la gente vive identidades múltiples, formadas por varias capas, que se derivan de las relaciones sociales, la historia y la operación de las estructuras del poder. Las personas pertenecen a más de una comunidad a la vez y pueden experimentar opresiones y privilegios de manera simultánea.

Es importante resaltar que, el análisis interseccional tiene como objetivo revelar las variadas identidades, exponer los diferentes tipos de discriminación y desventaja que se dan como consecuencia de la combinación de identidades. Busca abordar las formas en las que el racismo, el patriarcado, la opresión de clase y otros sistemas de discriminación crean desigualdades que estructuran las posiciones relativas de las mujeres. Toma en consideración los contextos históricos, sociales y políticos y también reconoce experiencias

individuales únicas que resultan de la conjunción de diferentes tipos de identidad. (AWID, 2004, pág. 2)

Es por lo anterior que, al realizar el análisis por parte de la pareja y la expareja de manera situada en el Consultorio Rosa, se encuentra que después de identificar los ejes de desigualdad es necesario develar las intersecciones particulares entre estos y cómo se configura la violencia para algunos grupos de mujeres que presentan características diferenciales.

“Es importante mencionar que, desde una perspectiva interseccional, todas las mujeres pueden ser potenciales víctimas de violencia de género, hay circunstancias de edad, clase social, cultura, discapacidad u orientación sexual, etc. que aumentan el riesgo de una agresión al conjugarse dos o más sistemas de discriminación”. (González, 2019, pág. 111).

En el caso de las mujeres afrodescendientes, se encuentra que confluyen ejes de desigualdad como la etnia, la clase social, el origen y el acceso a la salud y se conjugan con un eje emergente de exposición a situaciones de riesgo, pues se encuentran mujeres afrodescendientes en condición de pobreza e incluso pobreza extrema que viven en zonas abandonadas por el Estado. Estas mujeres presentan una dependencia económica al agresor. En el caso de las mujeres afrodescendientes de sectores urbanos, se identifican situaciones de riesgo como consumo de sustancia psicoactivas, lo que las hace más vulnerables a las agresiones, puesto que existe una dependencia que en ocasiones es alimentada por el agresor como método de control sobre éstas.

En caso de las mujeres afrodescendientes provenientes de sectores rurales, se denotan barreras de acceso a la salud. Puesto que en sus territorios de origen la prestación de servicios en salud es mínima y en algunos casos nula. Por tanto, acceder a servicios de salud de mediana y alta complejidad al momento de cualquier agresión por parte de su pareja o expareja, implica para las mujeres, primero un gasto económico adicional para salir de sus territorios que están alejados de las zonas urbanas donde se prestan estos servicios

y segundo presentan barreras de acceso a la justicia, dado que al ser territorios rurales tan alejados, la denuncia de los hechos, no es suficiente y tienen muy pocas opciones para obtener protección. Otro aspecto que es necesario mencionar es el seguimiento en salud después del evento violento, dado que en los territorios tampoco cuentan con entidades que permitan brindar apoyo psicosocial al volver a sus lugares de origen.

Otro grupo de mujeres que es necesario analizar son aquellas pertenecientes a las comunidades indígenas, en quienes se identifican intersecciones similares a las de las mujeres afrodescendientes, principalmente, de ejes de desigualdad como la etnia y la clase social y como eje emergente se identifica el acceso derechos fundamentales.

En el caso de las mujeres indígenas provenientes de entornos rurales presentan barreras de acceso a la salud y obstáculos para movilizarse a las ciudades en cuanto a medios de transporte restringidos y recursos económicos limitados para la movilidad. Es importante mencionar que, las mujeres de las comunidades indígenas pueden acceder a la justicia ancestral. En algunos cabildos hay mujeres encargadas de los asuntos de género y familia; sin embargo, en cuanto al acceso a la justicia ordinaria, se identifica que se presentan barreras de acceso, debido a que las mujeres deben desplazarse a zonas urbanas para realizar las denuncias de los casos.

En cuanto a las mujeres indígenas de zonas urbanas, principalmente las que residen en Santiago de Cali, se encuentra que algunas han llegado a la ciudad a causa de las dinámicas de desplazamiento forzado interno, por el conflicto armado. Es relevante mencionar, que debido a estas dinámicas las mujeres llegan a la ciudad con escasos o nulos recursos económicos, con redes de apoyo limitadas y para su sostenimiento económico solo realizan actividades laborales no formales, incluso se encuentra que algunas llegan en condición de habitabilidad de calle, por no contar con un lugar donde vivir. Sin embargo, durante la atención en el Consultorio Rosa, se activan redes de apoyo

comunitarias como la Organización Indígena del Valle del Cauca (ORIVAC) y la Asociación Indígena del Valle del Cauca (AIC).

Otro grupo de atención, para el análisis interseccional fueron las mujeres venezolanas que presentan una condición de migración irregular atendidas por el Consultorio Rosa.

Dado que se identifica la intersección de ejes de desigualdad como el estatus migratorio, clase social y el acceso a la salud, mediante el análisis de los relatos se identificó que son mujeres que por su estatus de migrante irregular presentan condiciones de pobreza y al no estar regularizadas en Colombia, no pueden acceder a un trabajo formal, ni vincularse al sistema de salud colombiano, en tanto, su ingreso al Consultorio Rosa a causa de un evento violento por parte de su pareja o expareja, se realiza a través del área de urgencias, donde se les garantiza la atención en salud. Sin embargo, al no tener una vinculación a una EPS, los seguimientos después del egreso del HUV, no están garantizados, por lo que las mujeres migrantes no cuentan con la posibilidad de tener seguimiento psicosocial o solo pueden acceder a éste de manera particular, pero la mayoría de ellas no cuentan con los recursos económicos para solventarlo.

Un aspecto al que se le brindó especial atención, en el caso de las mujeres migrantes venezolanas, es la falta de redes de apoyo y lo que esto implica para ellas cuando se exponen a algún tipo de violencia por parte de su pareja o expareja. Puesto que se identifica que en varias ocasiones las mujeres desistieron de la atención brindada por el Consultorio, debido a que no cuentan con personas que les apoyen con el cuidado de sus hijos e hijas, mientras están hospitalizadas recibiendo la atención o porque su única red de apoyo es el agresor y además se evidencia una dependencia económica total hacia él.

Durante el análisis de los relatos, también se identificó la necesidad de develar las intersecciones que se conjugan cuando se habla de habitabilidad de calle. Pues se encuentran ejes de desigualdad como género, clase social y exposición a situaciones de riesgo como consumo de sustancias psicoactivas y el acceso a la salud, los cuales afectan

a este grupo de mujeres y complejizan su atención en el sector salud, puesto que las mujeres habitantes de la calle atendidas en el Consultorio presentan redes de apoyo débiles o nulas. En ocasiones su única red de apoyo es el agresor, quien en algunos casos también es el proveedor de sustancias psicoactivas, lo que hace más difícil la superación del ciclo de la violencia. Además, se encuentra que son mujeres en condición de pobreza extrema y en condición de adicción.

Otro aspecto relevante cuando se analiza la condición de habitabilidad de calle en mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja, es que debido a la falta de una vivienda y el tránsito constante de las mujeres que la presentan, hace que el seguimiento después del egreso del HUV sea difícil, ya que no cuentan con números de contacto o una dirección fija. Además, se identifica que en este tipo de casos, las mujeres presentan brechas de acceso a la salud, principalmente en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, por lo que no cuentan con la posibilidad de acceder a métodos de anticoncepción fácilmente, lo cual deriva en embarazos no deseados.

De forma similar, se identifica la necesidad de analizar el grupo de las mujeres que presentan algún diagnóstico de salud mental. Puesto que en sus relatos se encuentran la intersección de ejes de desigualdad como clase social, redes de apoyo y acceso a la salud. En tanto que, las mujeres que presentan algún diagnóstico psiquiátrico atendidas en el HUV se encontraban en condición de pobreza y en algunos casos presentaban dependencia del agresor. De ahí que resulte importante mencionar que se identifica dos aspectos relevantes, en unas de las mujeres su enfermedad mental es derivada de la violencia ejercida por su pareja o expareja, en otras su trastorno mental se agudizó a partir de la exposición crónica o aguda a la violencia de género.

En cuanto al acceso a la salud, se identifica que si bien este sector, se encarga de dar manejo a este tipo de enfermedades, lo hace principalmente desde un enfoque clínico y no se toman en cuenta los factores sociales que pueden agudizar o influir en la prevalencia o

mala adherencia al tratamiento en estos casos. Por lo que, las mujeres que se exponen a los diversos tipos de violencia por parte de la pareja o expareja, al no tener redes de apoyo sólidas, al presentar una dependencia económica al agresor y tener una enfermedad de salud mental severa que en la mayoría de las ocasiones es incapacitante para mantener o efectuar actividades laborales, presentan mayores dificultades para superar el ciclo de la violencia.

En consecuencia, de manera particular los grupos de mujeres migrantes, habitantes de la calle con problemática de consumo de sustancias psicoactivas y aquellas que tienen un diagnóstico de salud mental se identifican barreras de acceso al sector protección en caso de ser violentadas por su pareja o expareja. Pues aquellas con violencias severas que requieren especial protección no son aceptadas en los hogares de acogida, debido a que las y los funcionarios de dichos espacios expresan que no cuentan con una oferta institucional que dé respuesta a las necesidades especiales de estas mujeres. Dejándolas por fuera la ruta de atención y no presentando alternativas para brindar apoyo en estos casos.

Por tanto, el hacer un análisis interseccional pensado en estos grupos de mujeres, permitió develar que la ruta de atención a mujeres víctimas de violencia de género por parte de la pareja y la expareja establecida en Cali y en el Valle del Cauca, presenta obstáculos para el acceso. En los casos de las mujeres con identidades diversas (afrodescendientes, indígenas, migrantes venezolanas, habitantes de la calle y mujeres con enfermedades mentales), la oferta institucional para este tipo de población aún es limitada. Lo cual hace que las mujeres desistan del proceso y que a otras no se les brinden las herramientas necesarias para superar el ciclo de la violencia, por lo cual deciden regresar con el agresor.

Por tal motivo, esta mirada interseccional de la violencia de género desde la atención en salud a las mujeres víctimas, permitió reconocer que esta problemática implica una respuesta multisectorial donde los sistemas de salud desempeñan una función crucial.

Puesto que este es el espacio donde se detectan a las mujeres que se exponen a la violencia y donde acuden también sus hijos e hijas para una atención integral.

Sin embargo, aunque el Consultorio Rosa facilita el acceso a los servicios de apoyo y establece comunicación con otros sectores como el judicial y el de protección, se identifican falencias en el momento que se derivan a estos espacios, puesto que no se cuenta con una oferta institucional amplia y/o flexible en casos de especial atención.

Finalmente, la atención y los servicios de salud para las mujeres expuestas a violencia por parte de su pareja y su expareja deben centrarse en las necesidades de las mujeres y sus perspectivas. Teniendo en cuenta las múltiples identidades que presentan y que éstas repercuten en la prevalencia o no de la violencia de género. Además, es fundamental comprender que “las estructuras y mecanismos interseccionales de discriminación exacerbaban la vulnerabilidad de las mujeres, exponiéndolas aún más al riesgo de la violencia” (González, 2019, pág. 129). Por tanto, estas identidades pueden traducirse en desigualdades que agudizan la violencia de género y causan en las mujeres mayores afectaciones en su salud mental y física.

Dimensión 5: institucionalidad, sistemas de exclusión y políticas sociales

A continuación, se presentará el análisis frente a la institucionalidad, los sistemas de opresión y a la construcción de políticas sociales. Con el objetivo de develar cómo se configura la violencia de género por parte de la pareja y la expareja situada en el Consultorio Rosa, y cómo es la respuesta desde los espacios institucionales de atención en salud y la ruta de atención a víctimas de violencia basada en género en la Ciudad Cali y en el Valle del Cauca. Haciendo énfasis en los temas emergentes encontrados durante el análisis de los relatos consignados en la base de datos del Consultorio Rosa.

En cuanto a la red de atención de servicios en salud dirigido a víctimas de violencia contra la mujer, se encuentra que hasta el momento el HUV es la única entidad que presta

servicios en salud en la Ciudad de Cali y que cuenta con un consultorio exclusivo para este tipo de atención. Entidad que además dispone de una ruta interna establecida y regida por los lineamientos nacionales e internacionales para la atención a víctimas de violencia de género desde el sector salud. Además, se tiene un equipo psicosocial entrenado para la recepción, atención y seguimiento de los casos.

Frente a la atención ofrecida al interior del Consultorio Rosa, se encuentra que la Psicóloga y la Trabajadora social, valoran los relatos de las mujeres que ingresan al consultorio en la medida que, nunca se pone en duda el relato de las mujeres, predominando la escucha activa. Además, durante la intervención, el equipo psicosocial, busca reconocer los diferentes tipos de violencia, las características de las mujeres y los factores que la agudizan. También durante la entrevista, se identifican factores protectores que puedan servir para acompañar a las mujeres en este proceso, por ejemplo, se contactan las redes de apoyo sociales y familiares, además en el caso que no cuenten con éstas, se intenta establecer redes de apoyo institucionales y comunitarias para el momento del egreso.

Es importante resaltar que se brinda una atención diferencial en el Consultorio Rosa en la medida que se tienen en cuenta las características de las mujeres al momento de su atención, por ejemplo, en el caso de las adolescentes atendidas en el programa se brinda protección especial en trabajo colectivo con Comisarías de Familia y Defensorías de familia. Otro aspecto, importante es que se reconoce que cada caso es distinto y se toman las acciones correspondientes a las características identificadas durante la atención, a través la activación de rutas intersectoriales con las instituciones necesarias.

Si bien el Consultorio Rosa, cuenta con los recursos necesarios para brindar la atención en salud a las mujeres que ingresan al programa, se identifica que los recursos intersectoriales son limitados, puesto que se evidencia que los otros sectores que participan en la ruta de atención a víctimas de violencia de género, puntualmente el sector protección y el sector judicial, brindan respuesta tardía o en algunos casos, no brindan respuesta a las solicitudes

que se realizan desde el Consultorio Rosa para que las mujeres finalicen la ruta después del egreso del HUV. Por ejemplo, los tiempos de espera son muy largos, para recibir un cupo en un hogar de acogida para mujeres con riesgo de feminicidio o que fueron víctimas de violencia severa y no cuentan con redes de apoyo.

Es importante mencionar que a causa de estas falencias en el trabajo interinstitucional, en ocasiones las mujeres deciden desistir del proceso por los largos tiempos de espera para recibir protección por parte de la institucionalidad, quedando expuestas a nuevos eventos violentos por parte de su pareja o expareja.

En otros casos, la no respuesta a las necesidades de las mujeres contribuye a que los procesos y la ruta de atención pierdan confiabilidad y lo más grave, deja sin alternativas de protección a las mujeres que acuden al programa para recibir apoyo y orientación.

Si bien, el Consultorio Rosa realiza lo establecido en la ruta, en ocasiones la atención diferencial se dificulta, dado que se aplica la misma ruta para casos diversos que presentan características que ameritan un tratamiento distinto. Es por tal motivo, que se encuentra que la ruta de atención está dirigida a mujeres que cuenten con redes de apoyo y que no presenten diagnósticos de salud mental, consumo problemático de sustancias psicoactivas y/o habitabilidad de calle, puesto que en estos casos la respuesta institucional y principalmente, el sector protección no cuenta con hogares de acogida que reciban a estas mujeres y la oferta institucional para brindar opciones es limitada.

Por tanto, la ruta de atención se queda corta al no recurrir a una mirada interseccional, para comprender las necesidades de las mujeres, según sea el caso, pues es evidente que desde la institucionalidad, se espera que las mujeres se adapten a la ruta y no que la ruta sea flexible y se adapte a cada mujer y sus características.

Por lo que es imperante, diversificar la oferta institucional pensada en las diferentes identidades de las mujeres que acuden a esta y cómo estas identidades interfieren en la

agudización de la violencia de género, para así brindar atención integral y diferencial a las mujeres.

Es por lo anterior, que se puede afirmar que la misma institucionalidad que busca dar respuesta al problema de la violencia contra las mujeres, es la misma que las excluye y que no garantiza la reivindicación de los derechos que han sido vulnerados por parte de las parejas y las exparejas, fortaleciendo los sistemas de opresión.

En situaciones donde las víctimas presentan características especiales, por ejemplo, en el caso de las mujeres migrantes venezolanas no se da respuesta a las barreras de acceso a la salud, por lo que son atendidas al momento del evento violento. Sin embargo, no cuenta con la garantía para realizar los seguimientos después del egreso del HUV.

En ese sentido, se hace necesario poner especial atención a los grupos de mujeres que, en algún punto de la ruta, son excluidas por la institucionalidad, bien sea porque no se les brinda respuesta oportuna o porque no se flexibiliza la oferta de servicios. Partiendo de la idea que, las estructuras de poder desconocen las dinámicas situadas e historias de vida de las mujeres, se identifica que esto repercute negativamente debido a la aplicación homogénea de la ruta y en una estandarización de los recursos ofrecidos para brindar apoyo a las mujeres.

Identificar las brechas y barreras de acceso que presentan algunos grupos de mujeres al momento de la atención, implica prevenir, atender la violencia y, principalmente atacar las causas de la prevalencia. Es decir, brindar opciones que tengan en cuenta la condición socioeconómica de las mujeres (clase social), la etnia, la falta de redes de apoyo, las dificultades de acceso a la salud, el estatus migratorio, las condiciones diferenciales de salud mental y física y los factores de riesgo que se puedan presentar, por ejemplo, el consumo de sustancias psicoactivas y la dependencia emocional.

En consecuencia, es posible afirmar que el sistema de atención a mujeres víctimas de violencia de género en la ciudad de Cali y el Valle del Cauca está dirigido a la atención y no a la prevención de la violencia de género, pues las mujeres son captadas desde el sector salud, cuando el evento violento ya ha sucedido y en algunos casos cuando la violencia se ha ido incrementando y complejizando.

Por tal motivo, desde una mirada situada en el sector salud, se identifica la necesidad imperante de fortalecer el trabajo intersectorial, diversificar la atención y ampliar la oferta de servicios.

Sin embargo, también se reconoce que el sector salud, no puede dar respuesta a todas las necesidades de las mujeres, por lo que se sugiere que cada sector que participa en la ruta también asuma la responsabilidad que le atañe en el proceso. Además, es necesario que todos los sectores que aportan a la atención de las mujeres víctimas de violencia de género, generen la necesidad y exijan a los gobiernos, en términos estructurales, dar alternativas de atención a través de políticas públicas y sociales que permitan abordar dicha problemática de manera integral.

Por tanto, apuntar a la construcción de políticas sociales para abordar de manera estructural el fenómeno de la violencia de género por parte de la pareja y la expareja, puede ser una manera integral e interseccional para dar respuesta a esta problemática.

Inicialmente se sugiere realizar una aproximación al concepto de Política Social y luego establecer la relación con la construcción de éstas como medio estructural para abordar la violencia de género, principalmente aquella ejercida por parte de la pareja y la expareja.

Si bien, definir qué es una política social no es una tarea fácil, a causa de su polisemia y de que sus concepciones se han transformado según el tiempo y el espacio; es decir, según cada contexto, teniendo en cuenta que las dimensiones que componen la vida en general,

por ejemplo, lo político, lo social, lo ambiental, lo económico y lo relacional han influido en cómo se da respuesta a lo qué es la política social.

Sin embargo, desde los postulados de Sonia Fleury (2002), la política social está fundada en la existencia de un principio de justicia que se produce como parte de la construcción social que es generada a partir de valores compartidos socialmente y de normas colectivas que orientan la conducta. Por tanto, la política social, se encuentra estrechamente relacionada con los procesos de legitimación, acumulación y la reproducción de la estructura social. Por lo que está compuesta por procesos políticos e institucionales relacionados con la toma de decisiones sobre un problema en específico, en este caso, la violencia basada en género por parte de la pareja y la expareja, que implica la identificación de ésta como un problema público que demanda una comprensión multidimensional y un abordaje integral e interseccional, que permita el diseño de estrategias para dar respuesta y la asignación de los recursos y medios necesarios para su cumplimiento.

Es importante mencionar que, la construcción de políticas sociales que aborden el fenómeno de la violencia de género plantea desafíos, pues implica reconocer un proceso histórico de lucha por parte de las mujeres a nivel mundial, nacional y local, que les como resultado de múltiples luchas les ha permitido posicionarse como un actor político capaz de poner en disputa las dinámicas y estructuras de poder impuestas por el sistema patriarcal. Evidenciando la violencia de género como un fenómeno sistemático que afecta a todas las mujeres y que debe ser un tema de tratamiento fundamental en la agenda política de todos los gobiernos.

“Este proceso de lucha ideológica –lo que no excluye el contenido técnico involucrado en esas disputas– es también un proceso de constitución de sujetos sociales. De la misma manera que se dice que no hay ciudadanos antes del ejercicio de la ciudadanía, también no existen sujetos previos al enfrentamiento de sus

proyectos, lo que quiere decir que los sujetos sociales se constituyen en la relación que establecen en las disputas por el poder” (Fleury, 2002, pág. 195)

Por tanto, la Política Social tiene un carácter mediador y es una herramienta que apunta a la justicia social, la redistribución y la inclusión, de las mujeres y el fenómeno de la violencia de género en la de los intereses políticos.

Otro factor para tener en cuenta es el contexto cultural que alberga valores compartidos colectivamente, formas de interpretar, accionar y comportarse en el mundo, pues es a partir de estos consensos colectivos que se fundamentan las decisiones políticas en cuanto al abordaje violencia de género. Por tanto, las políticas sociales y los problemas sociales están inmersos en un contexto que brinda un marco de acción influido de manera directa por las construcciones socio culturales que hacen las poblaciones en cada uno de sus territorios.

Por tal motivo, abordar la violencia de género mediante políticas sociales interseccionales e integrales contribuye a la desmercantilización y a la redistribución material e inmaterial de los recursos. Este es un factor muy importante en cuanto a la multidimensionalidad de las políticas sociales, dado que reconoce el papel preponderante que juega el campo de la economía en la creación y ganancia de espacios más allá de los establecidos por el mercado que permitan la reivindicación de derechos de las mujeres, la construcción de bienestar colectivo y de dignidad humana.

Es relevante resaltar, que dentro de la construcción de políticas sociales, si bien, el Estado tiene un rol importante como formulador de la política social, actor en la toma de decisiones y financiado principal, este tipo de políticas deben ser de carácter participativo con los distintos sectores, instituciones y organizaciones de mujeres mediante un proceso que permita abarcar la multiplicidad de voces y demandas alrededor del fenómeno de la violencia de género. Pues una estandarización de los recursos institucionales para el tratamiento de esta problemática no permitirá dar respuesta integral, ni responderá a las necesidades particulares de aquellos grupos de mujeres que por sus identidades, en tanto,

afrodescendientes, indígenas, pobres, migrantes, entre otras, han sido históricamente excluidas y olvidadas bajo las estructuras de poder.

En efecto, en el proceso de construcción de las políticas sociales para abordar la violencia de género, las mujeres de distintos sectores, organizaciones e instituciones deben participar en la toma de decisiones para que haya una representación real de sus intereses y demandas como sujetas sociales y políticas. Puesto que la política social, no puede reducirse solo a una acción gubernamental, sino que involucran la participación de distintos actores dado su el carácter participativo e intersectorial que deben tener este tipo de políticas.

En suma, la construcción de políticas sociales como respuesta institucional a la violencia de género debe abogar por el mantenimiento y el restablecimiento de los derechos de las mujeres en todos los espacios posibles. Pues es un fenómeno que atraviesa todas las instituciones sociales y que presenta una prevalencia alarmante en todo el mundo, que debe ser incluido dentro de las agendas políticas como un asunto de gran relevancia para lograr la equidad y la justicia social.

Sin embargo, el abordaje de este fenómeno no puede ser entendido sin el reconocimiento de que el sistema político aún entraña prejuicios de género que repercuten de manera directa en una mirada androcéntrica de la violencia contra las mujeres, desde un plano institucional, se sigue favoreciendo la superioridad masculina y sus intereses.

Finalmente, es importante establecer la necesidad de políticas sociales con carácter innovador frente al abordaje de la violencia de género, principalmente aquella ejercida por parte de la pareja y la expareja, que prioricen la comprensión de este fenómeno desde una perspectiva de derechos humanos e interseccional que permita brindar un tratamiento integral e interinstitucional a través del reconocimiento de las distintas

identidades y diferencias, además estas políticas deben estar encaminadas a superar la concepción de las mujeres que sufren violencia de género, solo como víctimas, para así, transitar a su comprensión como sujetas capaces de transformar sus realidades.

RECOMENDACIONES:

Frente al abordaje de la violencia de género por parte de la pareja y la expareja en el Consultorio Rosa, se identifica la necesidad de comprender que este fenómeno es complejo, multicausal y multidimensional.

Por tanto, debe ser abordado de manera integral, intersectorial e interseccional, desde una perspectiva que cuestione la visión victimista de la violencia contra las mujeres y ponga de manifiesto la necesidad de comprenderla más allá de la violencia intrafamiliar.

En ese sentido, se brindarán algunas recomendaciones al Consultorio Rosa a partir de la información y casos registrados en la base de datos; así como a partir del análisis crítico y el abordaje de la violencia de pareja y expareja atendida en el programa.

Si bien el Consultorio Rosa cuenta con una base de datos con toda la información relevante de cada uno de los casos atendidos, se propone realizar una unificación de los datos consignados con el fin de que estos puedan ser medibles e interpretables estadísticamente. De tal modo que sirvan de insumo no solo para mantener el registro de la población atendida, sino para la toma de decisiones frente al tratamiento de la violencia basada en género en el HUV e incluso al nivel municipal y departamental.

Otro aspecto relevante, es que el Consultorio Rosa cuenta con una base de datos que presenta información valiosa en cuanto a una problemática de alto impacto social, político y de salud pública. Por lo que establecer relación con los diferentes observatorios de género y violencia de la ciudad y del Valle del Cauca, permitirán tener acceso a información actualizada acerca de este tipo de violencia.

Dado que se identifica una carencia de información a nivel local frente a la violencia de pareja y expareja, además la experiencia en la atención de estos casos de las funcionarias encargadas del Consultorio Rosa, la información recopilada por el consultorio puede convertirse en un insumo importante para continuar realizando aproximaciones similares a las realizadas en esta investigación y así continuar profundizando en la magnitud de este fenómeno.

Por otro lado, es importante registrar el seguimiento que se le realiza a cada una de las mujeres atendidas en el Consultorio Rosa, dado que permitirá tener una mirada más completa de cada uno de los casos y así mismo definir su abordaje. Puesto que esto brindará herramientas para la toma de decisiones en caso de que una mujer regrese por un nuevo evento violento y en los casos de las mujeres que logren superar el ciclo de la violencia, se podrán documentar los recursos y estrategias utilizados por ellas para salir de esas situaciones.

En cuanto a la comprensión de la violencia de género por parte de la pareja y la expareja en el Consultorio Rosa, se invita a que se haga desde un enfoque de derechos y mediante un análisis interseccional, puesto que estos contribuyen a reconocer la capacidad de agencia de las mujeres y abandonar la idea de que las mujeres son una colectividad homogénea. Por lo que incorporar un enfoque interseccional en la comprensión de la violencia de género permite develar la diversidad de mujeres en situación de violencia, las complejidades de esta y las diferentes desigualdades a las que se ven expuestas.

Es por tal motivo, que incorporar un análisis interseccional de la violencia de pareja y expareja, permitirá identificar aquellas categorías identitarias que posicionan a algunas mujeres en una situación de riesgo mayor al momento de estar expuestas a los diversos tipos de violencia de género. De esta manera se podrá dirigir la atención especializada a abordar las especificidades y particulares que presenta cada mujer. Brindando orientación,

herramientas y recursos más acertados para que a pesar de las desigualdades, las mujeres puedan superar el ciclo de la violencia.

Frente a los casos de las mujeres que presentan intersecciones que complejizan y agudizan la situación de violencia. Si bien el Consultorio Rosa, no puede asumir la responsabilidad total de la atención de las mujeres, porque es un trabajo intersectorial, puede construir estrategias en busca de apoyo interinstitucional que mitiguen los factores por los cuales las mujeres desisten de la atención. Por ejemplo, fomentar el trabajo mancomunado con fundaciones, organizaciones nacionales e internacionales e instituciones que se enfoquen en el tema de violencia de género. Con el fin de brindar apoyo en casos de pobreza extrema y dependencia económica, migración irregular y falta de redes de apoyo, habitabilidad de calle y consumo de SPA, barreras de acceso a la salud y diagnóstico de salud mental sin tratamiento.

Finalmente, es necesario mencionar que el Consultorio Rosa, representa un actor relevante dentro de la ruta de atención a mujeres víctimas de violencia de género en Cali y en el Valle del Cauca. Por lo que puede establecer, en los espacios institucionales, la necesidad de fortalecer el trabajo sectorial y dar una respuesta institucional oportuna en todos los casos, puede demandar la flexibilización de la ruta de atención en casos de especial atención y riesgo, y puede poner de manifiesto la necesidad de ampliar la oferta de servicios institucionales teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres.

A nivel general, en cuanto a la atención de los casos en el Consultorio Rosa e incluso en otras instituciones, se sugiere tener en cuenta el marco de acción planteado por la ONU a través de la estrategia “RESPETO: prevención de la violencia contra las mujeres”, puesto que abordar la violencia por parte de la pareja y la expareja desde todos los niveles contribuirá a un cambio estructural.

Por tanto, a nivel societal a través del análisis realizado se encontró que aún se mantienen leyes que soportan la desigualdad de género. Además el acceso a la educación, al empleo y a la salud son una barrera para la atención integral.

De ahí que se sugiera explorar alternativas que ampliamente aborden e incorporen de manera transversal con perspectiva de género; de tal modo que aborden esta problemática desde todos sus matices, teniendo en cuenta que las condiciones económicas y de educación de las mujeres dificultan la obtención de un empleo y la falta de recursos fortalece la dependencia al agresor.

Por consiguientes, las políticas que se planteen, no solo deberán apuntar a servicios en salud y justicia para las víctimas, sino también deben estar dirigidas a reforzar la autonomía económica de las mujeres. Dado que permitirá superar la dependencia económica al agresor y podrá ampliar la capacidad para la toma de decisiones.

Además es necesario que estas políticas se presenten alternativas frente a la crianza y al cuidado de los hijos e hijas. Puesto que algunas mujeres desisten de vincularse al sistema laboral, debido a que no cuentan con alguien más que cuide a sus hijos. Por lo tanto, se sugiere que unido a las propuestas de autonomía económica, se generen estrategias para el cuidado de los niñas, niños y adolescentes, posiblemente pensadas desde el ámbito, educativo, comunitario e institucional.

A nivel comunitario, se encuentra que en entornos donde hay presencia de actividades delictivas, pandillas, consumo de sustancias psicoactivas y porte de armas, la violencia contra la pareja y la expareja se acentúa. Por lo que se recomienda explorar alternativas como medidas de protección más flexibles, fuertes y rápidas, dado que la presencia de estas condiciones en los entornos más cercanos a las mujeres y sus familias hacen que los factores de riesgo y el grado de vulnerabilidad de las mujeres sean mayores. También se sugiere que se agilicen los procesos de ingreso a hogares de acogida de las mujeres que presenten dichas características. Puesto que durante el análisis de la base de datos del

Consultorio Rosa, se encontró que este tipo de procesos son burocráticos y presentan graves barreras para el acceso.

Otro aspecto importante a nivel comunitario es la sensibilización para la prevención y la atención de la violencia contra las mujeres, principalmente aquella ejercida por parte de la pareja y la expareja, esto unido a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Por lo que se recomienda apostar a estrategias de intervención del espacio público para la socialización de dichos temas con los miembros de la comunidad con el fin de constituir espacios seguros.

También se recomienda tener en cuenta la posibilidad de contar con atención prioritaria a los casos de violencia teniendo enlaces comunitarios que puedan alertar y dirigir a las mujeres a los espacios institucionales establecidos en la ruta de atención a víctimas de violencia de género.

A nivel interpersonal, se identifica que las relaciones de pareja presentan dinámicas de desigualdad y control por parte del hombre. Si bien se debe dar respuesta de manera prioritaria y brindar atención a los casos de violencia, se sugiere poner especial atención a la prevención de la violencia contra las mujeres, brindando desde la niñez, apoyo psicosocial para el desarrollo de herramientas comunicativas, en aspectos como la gestión de conflictos, manejo de emociones y la toma de decisiones compartidas. Posiblemente esto pueda materializarse en los planes escolares y en espacios comunitarios.

Finalmente, a nivel individual se recomienda brindar espacios de formación de nuevas subjetividades entorno a las creencias, actitudes y normas de género patriarcales. Con el objetivo de abrir espacios que permitan construir otras formas de autorreconocimiento y reconocimiento de los demás más respetuosas.

BIBLIOGRAFÍA:

Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaría de Salud. Observatorio Municipal de Salud Mental. Recuperado de URL <http://www.cali.gov.co/bienestar/loader.php?IServicio=Tools2&ITipo=descargas&IFuncion=descargar&idFile=30183>

Alcaldía de Santiago de Cali. (2010). Política Pública para las Mujeres en el Municipio de Santiago de Cali: Reconocimiento, Equidad de Género e igualdad de oportunidades, 2010-2020. Recuperado del URL https://www.cali.gov.co/equidadgenero/publicaciones/115658/politica_publica_para_las_mujeres_en_santiago_de_cali/

Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo AWID. (2004). Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica.

Caro, M. (2004). El desamparo de la mujer inmigrante maltratada. Andalucía: Córdoba.

Balanta-Cobo, P. Y Padilla-Muñoz, A. (2019). Un paso más allá de la discriminación directa e indirecta contra las personas con discapacidad. Enfoque metodológico de la discriminación desde la perspectiva interseccional. *Revista The Age of Human Rights* , (13), 99-124. <https://doi.org/10.17561/tahrj.n13.6>

DIANOVA. (2020). Las adicciones: un factor determinante de la violencia de género. Recuperado del URL <https://www.dianova.org/es/noticias/las-adicciones-un-factor-determinante-de-la-violencia-de-genero/>

Fiscalía General de la Nación. (2020). Todos podemos poner fin a la violencia contra la mujer. Recuperado del URL <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Todos-podemos-poner-fin-a-la-violencia-contra-la-mujer.aspx>

Fleury, S. (1999). Documento de trabajo. Hasta p.10.

Fleury, S. (2002). Políticas Sociales y Ciudadanía. CIDES: Brasil.

Gobernación del Valle del Cauca. (2018). Proyecto de Ordenanza No.026 del 09 de octubre de 2018 “por medio de la cual se establecen los lineamientos para la construcción del plan departamental para la prevención y erradicación de todo tipo de violencia contra la mujer en el valle del cauca y se dictan otras disposiciones. Recuperado del URL <https://ogen.valledelcauca.gov.co/storage/Clientes/Gobernacion/OGEN/imagenes/contenido>

s/1097452-ord._497-

2018_nov.28__plan_de_preencion_y_erradicacion_de_violencia_contra_la_mujer%20(1).pdf

FEDEAFES. (2017). Guía de investigación sobre violencias contra las mujeres con enfermedad mental. Recuperado del URL <https://consaludmental.org/publicaciones/Investigacion-violencia-genero-salud-mental-2017.pdf>

González, M. (2019). La violencia contra las mujeres: análisis de las políticas públicas españolas desde la perspectiva de género. Universidad de Oviedo: España.

Hernández- Sampieri, R. (2001). Metodología de la Investigación: las rutas cuantitativas, cualitativas y mixta.

HUV. (2018). PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO. Recuperado del URL https://www.cali.gov.co/equidadgenero/publicaciones/115658/politica_publica_para_las_mujeres_en_santiago_de_cali/

L. 1257/2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.

Maldonado, C. (2019). Los ejes de la inequidad estructural en américa latina. Recuperado del URL <https://inncontext.avina.net/el-nucleo-de-la-desigualdad-social-en-america-latina/>

Ministerio de Salud. (2012). Plan decenal de salud pública 2012- 2021. Recuperado del URL <https://consaludmental.org/publicaciones/Investigacion-violencia-genero-salud-mental-2017.pdf>

Sierra R, Guacaneme J, Monroy C, Barreto M. Reglamento técnico para el abordaje integral de la violencia de pareja en clínica forense. 2.a ed. 2011.

SISMA Mujer. (2019). Boletín No. 19 del 8 de marzo de 2020: día internacional de las mujeres. Recuperado de URL <https://www.sismamujer.org/boletin-no-19-l-8-de-marzo-de-2020-dia-internacional-de-las-mujeres/>

Serret, E. (2008). Qué es la perspectiva y para qué es la perspectiva de género. Recuperado de URL <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/Oaxaca/oax09.pdf>

Observatorio Colombiano de las Mujeres. (2019). Octavo Boletín sobre la atención de líneas de atención telefónica a mujeres en el contexto de medidas de aislamiento preventivo por Coronavirus en Colombia. Recuperado del URL <http://www.equidadmujer.gov.co/prensa/2019/Paginas/linea-155-boletin-8.aspx>

OGEN. (2021). Informe de violencia de genero departamento del valle del cauca con corte a 15 de junio 202. Recuperado de URL <https://ogen.valledelcauca.gov.co/informes-1/estadisticas-mayo-de-2021-de-resumenes-ejecutivos-de-estado-de-violencias-contra-la-mujer-->

OMS. (2015). Plan de acción mundial para fortalecer la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia interpersonal, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general. Ginebra.

ONU Mujeres. (2021). Mujeres y hombres: brechas de género en Colombia. Recuperado de URL <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20colombia/documentos/publicaciones/2020/11/mujeres%20y%20hombres%20brechas%20de%20genero.pdf?la=es&vs=5814>

Organización Mundial de la Salud. (2020). RESPETO a las mujeres: Prevención de la violencia contra las mujeres. WHO: Suiza.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. Recupera de URL <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Atención para las mujeres que han sufrido violencia: programa de capacitación de la OMS dirigido a los prestadores de servicios de salud. Recuperado del URL <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52496>

Pole, K. (2003). Diseño de metodologías mixtas: una revisión de las estrategias para combinar metodologías cuantitativas y cualitativas. Recuperado de URL https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/252/kathryn_pole.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Sierra R, Guacaneme J, Monroy C, Barreto M. (2011). Reglamento técnico para el abordaje integral de la violencia de pareja en clínica forense. 2.a ed.

Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2003). Handbook of mixed methods in social and behavioral research. Sage, Thousand Oaks, California.

Torres, C. 2001. *Equidad en salud, desde la perspectiva de la etnicidad*. Washington, D.C.: Organización

Veracruz, I. (2006). Panorama de violencia contra las mujeres, ENDIREH. México.

World Health Organization. (2021). Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women: executive summary. World Health Organization.