

---

**CAPÍTULO I**  
**Las Representaciones Sociales de las Violencias**  
**contra las Mujeres por parte del Personal de las**  
**Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)**  
**en la Ciudad de Barranquilla**

*Paula Andrea Márquez Vásquez*  
*Dhayana Carolina Fernández Matos*  
*María Nohemí González Martínez*

**Universidad Simón Bolívar**  
Convocatoria 702 de 2014 Colciencias  
“Formación de Capital Humano de Alto Nivel  
para el Departamento del Atlántico”, 2017

## **Introducción**

Es mucho lo que se ha escrito sobre la violencia contra las mujeres basada en el género. Desde distintos campos de las Ciencias Sociales, Humanas, Jurídicas e incluso, Políticas, se ha intentado buscar una explicación de este fenómeno, sus causas y sus consecuencias.

Se trata de un problema social que hunde sus raíces en distintos ámbitos del accionar humano, entre ellos, el de la salud.

En ese sentido, es necesario destacar que la violencia de género es un problema de salud pública, que afecta, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006b), a un tercio de las mujeres en el mundo, “alrededor de una de cada tres (35 %) mujeres en el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida” (s.n.), conformando las mujeres que la padecen, una de las poblaciones más vulnerables y desprotegidas a nivel mundial.

Sin embargo, a pesar de los avances en visibilizar el problema, en ratificar tratados internacionales, promulgar leyes nacionales y duras condenas, no se ha logrado erradicar.

Esta violencia que sufren las mujeres por razones asociadas al género, constituye un obstáculo para que puedan desarrollar libre y autónomamente su proyecto de vida. En ese sentido, la violencia contra las mujeres basada en el género, es una violación de derechos humanos que actúa como barrera para el ejercicio de los derechos civiles, políticos, económicos, culturales, los asociados con el desarrollo y la paz, así como los derechos sexuales y reproductivos, y además, se constituye en la forma más perversa de discriminación.

La gravedad que ha alcanzado este fenómeno, ha sido el motivo para que se encuentre dentro de las prioridades en salud a nivel mundial. Se cree que las cifras que se conocen subestiman la magnitud real de la problemática. La Organización Mundial de la Salud (2013) acordó que la violencia es una prioridad en salud pública presente en todos los países del mundo, no se trata de un problema menor que afecta solo a algunos sectores de la sociedad sino un problema que requiere medidas urgentes y del accionar de la comunidad internacional.

A pesar de los avances normativos en esta materia, Colombia requiere de

optimizar su accionar, desde la prevención, atención, protección y sanción en el ámbito de la salud. En el caso específico del departamento del Atlántico, y teniendo en cuenta únicamente la violencia contra las mujeres en el contexto de una relación de pareja, se pudo evidenciar que esta entidad ocupó el quinto lugar a nivel nacional con 365 mujeres afectadas por este delito, considerando solamente los meses de enero y febrero de 2015, ello implica más de seis mujeres por día (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015).

Si se hace un comparativo de la violencia en el contexto de una relación de pareja en el departamento del Atlántico durante el periodo comprendido entre 2010 y 2012, y la manera como afecta a las personas de acuerdo al género al cual pertenecen, se encuentran los siguientes resultados: para el 2010, se presentan 135 hombres afectados por este delito y 1.980 mujeres; en el año 2011, 208 hombres y 2.343 mujeres; y por último, para el año 2012, fueron 179 los hombres afectados por esta violencia y 2.065 mujeres (Humanas Colombia, información obtenida del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2010, 2011 y 2012). Estos datos reflejan que la violencia en las relaciones de pareja afectan a las mujeres de manera desproporcionada. Si se observan las cifras de los años 2011 y 2012, se puede comprobar que, en ambos casos, son más de 2.000 mujeres anualmente las que sufren por este delito en el departamento. De esta forma, cobra vigencia el hecho que el principal agresor es su propia pareja.

Lo grave es que aún con cifras alarmantes, la violencia contra la mujer se sigue considerando un asunto de poca trascendencia, se invisibiliza e incluso se llega a negar que los hechos de maltrato donde la mujer es víctima ocurren; en el ámbito sanitario, consideran algunos/as funcionarios/as prestadores/as de servicios de salud que es un problema privado. Esto lleva a señalar que existen indicios de tolerancia social e institucional, debido a la resistencia tanto del personal administrativo como asistencial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) a visualizarlo como un delito y un problema que afecta la salud de las mujeres, lo cual actúa como impedimento para alcanzar una atención integral y efectiva para las víctimas de este tipo de violencia.

La existencia de tolerancia institucional tanto del personal administrativo

como asistencial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) ante la violencia de género, su visualización como algo cotidiano, normal y privado, no se debe a la falta de mecanismos institucionales y legales para enfrentar este flagelo; Colombia ha hecho avances importantes desde la perspectiva legal y la creación de instituciones en este tema, de manera que la tolerancia hay que revisarla desde la perspectiva cultural, la forma como se interactúa con el mundo y el conjunto de creencias que se tienen de la violencia de género, ubicando el problema desde la perspectiva de las representaciones sociales.

Es por ello que el presente estudio tiene como objetivo general analizar las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres que tiene el personal prestador de servicios de salud, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de Barranquilla, mediante el desarrollo de cuatro objetivos específicos: primero, examinar los componentes teóricos que sirven de base para los lineamientos y la atención de mujeres víctimas de violencia en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; segundo, revisar, desde una mirada crítica, el ordenamiento jurídico nacional e internacional que reconoce los derechos de las mujeres y la obligación del Estado de garantizarles una vida libre de violencias; tercero, describir las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres que tiene el personal prestador de servicios de salud y, cuarto, indagar sobre el conocimiento que tienen de las leyes y medidas de atención dirigidas a las mujeres víctimas de la violencia de género.

Para tratar de profundizar en el tema del presente estudio, se tomó la decisión de aplicar una metodología mixta, para utilizar las fortalezas que tienen tanto la investigación cualitativa como la cuantitativa (Hernández-Sampieri, Fernández & Baptista, 2014). El uso de esta metodología mixta o triangulación, en la cual se usaron como técnicas de recolección de la información, la entrevista (investigación cualitativa) y la encuesta (investigación cuantitativa), aplicadas al personal asistencial y administrativo de nueve Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de Barranquilla, repartidas en las cinco localidades de la ciudad, pretendió, por un lado, que este estudio fuera lo menos vulnerable posible a sesgos y a fallas metodológicas, que siempre pueden ocurrir, pero que el uso de un único método, a los efectos del problema

que se plantea en esta investigación, lo vuelve más débil y por el otro, la idea era identificar algunas de las diferentes formas en las que se puede observar un fenómeno (Okuda & Gómez-Restrepo, 2005).

Con esta investigación se busca contribuir con la plena eficacia de la ruta de atención a las mujeres víctimas de violencia basada en género en la ciudad de Barranquilla, tratando de hacer visible las representaciones sociales que tiene el personal prestador de servicios de salud en las IPS de esta ciudad sobre este tipo de violencia, un tema que pocas veces es abordado cuando se trabaja desde la perspectiva del sector salud y de la garantía del derecho a una vida libre de violencias para las mujeres.

### **Planteamiento del problema**

La violencia contra las mujeres ha sido reconocida durante las últimas décadas como un problema social de grandes dimensiones. Ninguna región en el mundo escapa de este y el factor de riesgo es ser mujer, independientemente del origen social, nacional, político, étnico, religioso o cualquier otra condición social.

La Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer (ONUMUJER, s.f.) presenta en su página oficial, cifras y datos relevantes acerca de la magnitud de este problema:

- Se estima que el 35 % de las mujeres de todo el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de su compañero sentimental o violencia por parte de una persona distinta a su compañero sentimental en algún momento de su vida. Sin embargo, algunos estudios nacionales demuestran que hasta el 70 % ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de un compañero sentimental durante su vida.
- Las mujeres que han sufrido maltrato físico o sexual por parte de sus compañeros tienen más del doble de posibilidades de tener un aborto, casi el doble de posibilidades de sufrir depresión y, en algunas regiones, 1,5 veces más posibilidades de contraer el VIH, en comparación con las mujeres que no han sufrido violencia por parte de su compañero sentimental.
- Pese a que la disponibilidad de datos es limitada, y existe una gran diversidad en la manera en la que se cuantifica la violencia psicológica según

países y culturas, las pruebas existentes reflejan índices de prevalencia altos. El 43 % de mujeres de los 28 Estados Miembros de la Unión Europea ha sufrido algún tipo de violencia psicológica por parte de un compañero sentimental a lo largo de su vida.

- Se estima que en prácticamente la mitad de los casos de mujeres asesinadas en 2012, el autor de la agresión fue un familiar o un compañero sentimental, frente a menos del 6 % de hombres asesinados ese mismo año.
- Unos 120 millones de niñas de todo el mundo (algo más de 1 de cada 10) han sufrido el coito forzado u otro tipo de relaciones sexuales forzadas en algún momento de sus vidas. Con diferencia, los agresores más habituales de la violencia sexual contra niñas y muchachas son sus maridos o exmaridos, compañeros o novios.

Según un estudio realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2013), casi medio millón de personas (437.000) en el mundo, perdieron la vida en el año 2012 como resultado de homicidio intencional. El 15 % de todos los homicidios se derivaron de la violencia doméstica (63.600), en los que el 70 % de las víctimas mortales fueron mujeres (43.600). El mismo estudio demostró que América Latina es la segunda región del mundo más peligrosa para las mujeres:

Dos terceras partes de las víctimas de homicidio cometido por compañeros íntimos o familiares son mujeres (43.600 en 2012) y un tercio (20.000) son hombres. Casi la mitad (47 %) de todas las víctimas femeninas en 2012 fueron asesinadas por sus compañeros íntimos o familiares, en comparación con menos de 6 % de las víctimas masculinas. Se aprecia que, mientras una gran proporción de mujeres víctimas pierden la vida a manos de quienes se esperaba que las protegieran, a la mayoría de los hombres los asesinan personas que quizá ni siquiera conocen. (p.4)

Colombia no escapa de esta realidad. La violencia basada en el género, por el hecho de ser mujer, sigue estando presente, incluso, aparecen nuevas formas de agresiones, como los ataques con ácido, delito en el cual la Fiscalía colombiana ha registrado 190 ataques contra mujeres, desde el año 2012 (Reyes, 2015).

La Corporación Sisma Mujer, que desde 1998 trabaja con mujeres víctimas de distintos tipos de violencia y de discriminación, en su boletín especial del 25 de noviembre de 2014, muestra unas cifras que dimensionan este problema en Colombia. Entre los datos presentados destacan los siguientes:

- En Colombia, las mujeres y las niñas son el 51 % de la población total y representan: 84 % de los casos de violencia sexual, 87 % de los casos de violencia por parte de la pareja o expareja y 94 % de los casos de violencia sexual en contextos de violencia sociopolítica.
- En 10 años, de 2003 a 2013, la violencia sexual contra las mujeres aumentó en un 46 %.
- Durante el 2013 cada 30 minutos una mujer fue víctima de violencia sexual (17.512 casos); por cada 2 hombres, 11 mujeres y niñas fueron víctimas de este tipo de violencia.
- El 55 % de los casos de violencia sexual en contra de las mujeres y las niñas se dan en la vivienda de la víctima y 16 % en la del victimario. En el 84 % de los casos de este tipo de violencia, el agresor fue un familiar, amigo, conocido, pareja o expareja, quedando demostrado que el lugar más peligroso para las mujeres y las niñas es el hogar y los hombres más peligrosos son los de su propio entorno familiar y afectivo.
- En relación con la violencia de pareja contra la mujer, se constató que aumentó en 16 %. Por cada hombre víctima de violencia por parte de su pareja o expareja, 7 mujeres lo fueron.
- El 73 % de las mujeres no denuncia la violencia sufrida por parte de su pareja.

En los casos de feminicidios, el asesinato de una mujer por ser mujer, los datos de Sisma (2014), resultan también alarmantes:

- De 2005 a 2013, el asesinato de mujeres en circunstancias asociadas al delito sexual, la violencia de pareja y la violencia intrafamiliar aumentó en 4,12 %. En el año 2012 el aumento fue de 114 %.

En promedio durante el periodo comprendido entre 2009-2014, fueron asesinadas en Colombia cuatro mujeres por día, cuya edad media estimada fue de 32 años, y el grupo de edad más afectado corresponde al de las mujeres entre los 20 a los 24 años de edad (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2009-2014).

El departamento del Atlántico en general y Barranquilla en particular, también muestran datos estadísticos sobre las violencias contra las mujeres que resultan preocupantes. En el caso de la violencia de pareja, este departamento ocupó el quinto lugar nacional con 365 mujeres afectadas por este delito en los meses de enero y febrero de 2015, ello implica más de seis mujeres por día.

Tabla 1. *Violencia de pareja según departamento del hecho. Colombia, enero y febrero de 2015*

Departamento	Nº de Mujeres
Bogotá D.C.	1.540
Antioquia	576
Valle del Cauca	485
Cundinamarca	477
Atlántico	365
Santander	302
Bolívar	214
Huila	198

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia/Sistema de Información Clínica y Odontología Forense. Fecha de corte: 28-02-2015

Tabla 2. *Casos de violencia intrafamiliar según sexo y tipo, Atlántico, 2010-2012*

Tipo	2010			2011			2012		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Niños, niñas, adolescentes	155	185	340	208	224	432	164	191	355
Adulto mayor	55	34	89	53	26	79	39	30	69
De pareja	135	1.980	2.115	208	2.343	2.551	179	2.065	2.244
Entre otros familiares	235	430	665	271	547	818	252	543	795
Total	580	2.629	3.209	740	3.140	3.880	634	2.829	3.463

Fuente: Humanas Colombia, información obtenida del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2010, 2011 y 2012.

En la Tabla 2, relativa al departamento del Atlántico, se puede comprobar que la violencia en las relaciones de pareja afecta a las mujeres de manera desproporcionada. Si se observan las cifras de los años 2011 y 2012, se pue-

de apreciar que, en ambos casos, son más de 2.000 mujeres anualmente las que se ven afectadas por este delito en el departamento. De esta forma, cobra vigencia el hecho que el principal agresor es su propia pareja. Además, estos datos reflejan que la violencia contra las mujeres que no es producto de una relación de pareja, las afecta en mayor proporción, salvo la ejercida contra los adultos mayores.

Pero como refleja el Gráfico 1, las mujeres no reciben solamente violencia física de sus parejas, sino además distintos tipos de amenazas por parte de su compañero/esposo que busca someterla y mantenerla bajo el control o dominio.

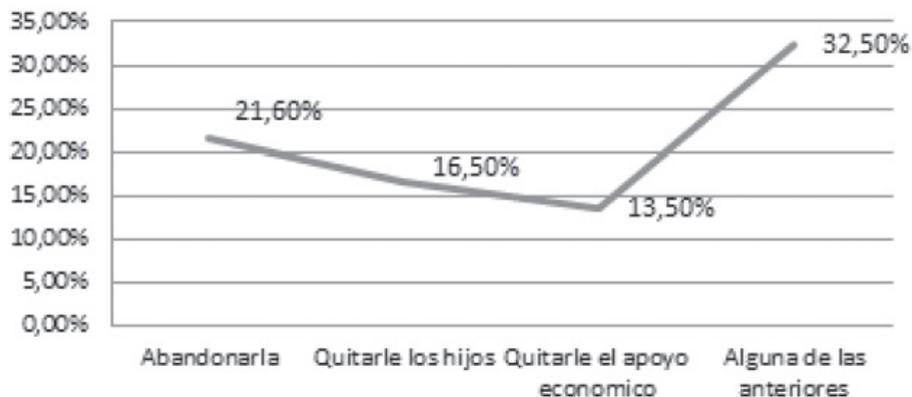


Gráfico 1. Porcentaje de mujeres alguna vez unidas que experimentaron amenazas del esposo/compañero, departamento del Atlántico, 2010

Fuente: PNUD, 2012, Barranquilla. Informe sobre el estado de avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Estado de avance 2012

En la Tabla 3 se muestran las distintas violencias ejercidas contra las mujeres en el departamento del Atlántico, destacando la violencia psicológica con un porcentaje superior al 50 % en 2005 y en 2010, supera el 70 %.

Tabla 3. *Porcentaje de mujeres que han sufrido algún tipo de violencia y su clasificación en el departamento del Atlántico, 2005-2010*

% de mujeres alguna vez unidas que experimentaron violencia física por parte del esposo/compañero		% de mujeres que han sido violadas por una persona diferente al esposo/compañero		% de mujeres alguna vez unidas que experimentaron situaciones de control por parte del esposo/compañero		% de mujeres que han experimentado alguna violencia física por una persona diferente al esposo/compañero
Violencia física 2005	Violencia física 2010	Violencia sexual 2005	Violencia sexual 2010	Violencia psicológica 2005	Violencia psicológica 2010	2010
29,4 %	28,9 %	3,3 %	3,6 %	59,2 %	73,6 %	10 %

Fuente: PNUD (2012), Barranquilla. Informe sobre el estado de avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Estado de avance 2012

Se puede apreciar también en la Tabla 3 que la violencia sexual, específicamente la violación por una persona diferente al esposo o compañero, ha aumentado en el departamento del Atlántico, ubicándose en un 3,6 % del total de mujeres de esa entidad, según los datos del PNUD (2012), basados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

En el Plan de Desarrollo 2016-2019 de la Gobernación del Atlántico (2016), titulado “Atlántico Líder”, se expone claramente la situación de violencias contra las mujeres en el departamento:

- La tasa de mujeres valoradas por violencia de pareja es de 173,71 por cada 100.000 habitantes, mientras que dicha tasa en los hombres es de tan solo de 17,65, lo que refleja que por el solo hecho de ser mujer el riesgo de ser violentada por su pareja es 10 veces más alto. En menor medida, pero no por ello menos preocupante, es la situación de brecha en género que refleja la tasa de violencia intrafamiliar contra mujeres y hombres; cuando la tasa de mujeres violentadas por algún miembro de su familia supera las 228,8 por cada 100.000 habitantes para el 2014, por su lado la tasa de violencia intrafamiliar contra hombres se sitúa en los 55,19 casos por cada 100.000 habitantes; es decir, entre las tasas hay una diferencia de 173,61 puntos por el solo hecho de ser parte de la población femenina o masculina.
- La tasa de mujeres valoradas por presunto delito sexual ha venido en aumento en los últimos cuatro años, en el 2011 este indicador se mantenía en 37,63 mujeres valoradas por cada 100.000 habitantes, mientras que en el

2014 la cifra aumentó a 40,13 por cada 100.000 habitantes, lo que refleja en definitiva que este tipo de violencia se incrementó en 6,6 %. Sumado a lo anterior por el solo hecho de ser mujer se incrementan hasta cuatro veces las posibilidades de ser víctima de algún tipo de agresión sexual, toda vez que la tasa de hombres valorados por presunto delito sexual es de 11,41 por cada 100.000 habitantes en el 2014.

- Durante el 2015 se presentaron 12 feminicidios en el Atlántico (p.46).

Los datos registrados permiten contextualizar la magnitud del problema de la violencia contra las mujeres a nivel mundial, en Colombia y en el departamento del Atlántico.

Vale la pena destacar que Colombia ha desarrollado normativas de diversa índole, así como políticas públicas, en coherencia con los lineamientos contemplados en protocolos y pactos internacionales en materia de Derechos Humanos. Sin embargo, estos esfuerzos no han tenido el resultado esperado para garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias. En el documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES, 2013), titulado *Equidad de género para las mujeres* se establece:

Aunque el país ha diseñado en las tres últimas décadas diferentes políticas para las mujeres, los procesos de implementación han sido discontinuos y fragmentados. Lo anterior, conlleva a la afirmación de que en materia de derechos de las mujeres, el país ha avanzado mucho más en normativas que los reconocen, que en acciones que permitan su ejercicio real. (p.7)

En esta misma línea se ha pronunciado el comité encargado de velar por el cumplimiento de la Convención Internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación para la mujer (CEDAW por sus siglas en inglés). El Comité CEDAW (2013) en su informe *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Colombia* manifestó su preocupación al respecto:

El Comité está preocupado por la alta prevalencia de la violencia contra la mujer, en particular la violencia doméstica y sexual, a pesar del amplio marco jurídico que aborda la violencia contra la mujer en el Estado Parte. También le preocupan:

- a) Las incoherencias y la falta de articulación en el marco regulador de la Ley 1257 (2008), así como la falta de una coordinación eficaz entre los diferentes ministerios e instituciones gubernamentales que se encargan de su aplicación, lo que se traduce en un acceso insuficiente de las mujeres a las medidas de protección y apoyo previstas en ese marco;
- b) Los retrasos en la aplicación de algunas disposiciones de la Ley 1257 (2008), como las que se refieren a la creación de centros de acogida para las mujeres víctimas de la violencia;
- c) La persistente impunidad con respecto a la investigación, el enjuiciamiento y el castigo de los autores de actos de violencia contra la mujer; y la falta de datos exactos desglosados por sexo, edad, etnia y relación entre la víctima y el autor del acto, así como el número de enjuiciamientos, condenas y penas impuestas a los responsables; y
- d) La presión que se ejerce sobre las mujeres víctimas de la violencia para que se reconcilien con sus agresores en las primeras fases del proceso administrativo o judicial, pese a la prohibición de ese procedimiento de reconciliación en la legislación (Ley 1257 y Ley 1542) (Párrafo 15).

El aumento progresivo de las violencias contra las mujeres, los diferentes reportes obtenidos por parte de las organizaciones sociales de mujeres que exigen mayor celeridad en la justicia de género y los innumerables casos de impunidad evidencian que la acción del Estado se ha centrado en proyectar normas o acciones que no han sido suficientes para parar este flagelo, que cobra cada día más vidas, con agravantes y nuevas formas de agresión, como se indicara, y que además constituye un problema de salud pública, porque las mujeres que padecen este tipo de violencia, ven amenazadas su salud física y emocional, llevándolas a padecer de enfermedades que afectan las posibilidades de desarrollar su proyecto de vida, incluso, ocasionarles la muerte.

El Ministerio de Salud en Colombia catalogó la violencia contra la mujer como un interés de salud pública, así mismo, este planteamiento fue ratificado por la Organización Mundial de la Salud cuando la doctora Margaret Chan, Directora General de la OMS, expresó que la violencia contra la mujer es un

problema global de salud pública de “proporciones epidémicas”, aclarando que: “También vemos que los sistemas de salud del mundo pueden y deben hacer más por las mujeres que sufren violencia” (OMS, 2013).

Ya desde el año de 1996 se habían puesto de manifiesto las graves consecuencias que sobre la salud y el sistema sanitario tiene este problema social, siendo hoy día considerado un problema de salud pública que atenta contra la integridad y los derechos humanos de las mujeres.

Las investigaciones sobre el tema reflejan que es una problemática que se produce tanto en países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, siendo necesaria e indispensable la intervención tanto gubernamental como no gubernamental y en gran medida del sistema público de salud para prevenir y mitigar sus efectos.

En Colombia, varios instrumentos normativos y medidas institucionales han reconocido dentro del derecho a una vida libre de violencias para las mujeres, contar con servicios de salud que le presten la atención necesaria y diligentemente, entre ellos: la Ley 1257 de 2008, “Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres”, el Decreto Nacional 4796 de 2011 y el Decreto 2734 de 2012, entre otros.

En ese sentido, la Ley 1257 de 2008 establece entre los derechos de las mujeres en general, el derecho a la salud (artículo 7), mientras que en relación con los derechos de las mujeres víctimas, contempla la norma que tienen derecho a “Recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de la (*sic*) calidad” (artículo 8a.), entre ellos, servicios de salud, lo que es complementado en el artículo 19, relativo a las medidas de atención, donde se regula sobre las responsabilidades que tienen las distintas entidades públicas y privadas en relación con el tema de la salud.

Sin embargo, a pesar que la Ley 1257 de 2008 y los decretos reglamentarios señalados otorgan competencia al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente a las entidades promotoras y prestadoras de salud, no hay responsabilidades asumidas, por un lado, existe confusión en relación a dichas competencias, falta de voluntad a la hora de implementar medidas para las mujeres víctimas de violencias y también prejuicios e ideas arraigadas,

pertenecientes a una cultura patriarcal que naturaliza e invisibiliza este tipo de violencia.

En el trabajo *Segunda medición del estudio sobre tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres. Informe final* (2015), se realizaron algunas entrevistas a las Secretarías de Salud, en las cuales se menciona la no operativización de las medidas de atención de la Ley 1257 de 2008; las EPS aseguran que no cuentan con recursos definidos para responder a dicha competencia, manifestando que no han logrado crear la figura administrativa que le brinde la viabilidad para responder a la ley, considerando que encuentran un vacío en la norma. Así mismo, con relación a la denuncia y atención en salud, hacen hincapié que debe prevalecer la atención médica de urgencia, porque resulta que las EPS exigen que la mujer debe hacer obligatoriamente primero la denuncia en la Fiscalía antes de acudir a la institución prestadora de salud.

Existe una necesidad urgente de mejorar la atención en salud, donde se efectúe una intervención efectiva para la prevención, la detección y la adecuada atención a las mujeres víctimas, teniendo en cuenta que causa afectaciones que generan vulnerabilidad en las que tienen tendencia a problemas de salud a corto, mediano y largo plazo. Además, es preciso reiterar que se tome conciencia por parte de los/as funcionarios/as, tanto administrativos/as como asistenciales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que cuando detecten casos de violencia de género contra las mujeres, deben activar la ruta de atención y ejercer todos los actos necesarios que le garanticen a la mujer una vida libre de violencias; donde el sector salud actúe como uno de los ejes centrales con amplias competencias para el fortalecimiento de su salud integral.

Si existen los mecanismos normativos e institucionales creados por parte del Estado colombiano para asegurar una protección integral a las mujeres víctimas de violencia de género, queda en evidencia que el problema está asociado con la aplicación de la normativa existente y a las deficiencias en el uso de la protección integral, incluidas las medidas asociadas con el derecho a la salud; el problema no son las políticas públicas, sino su implementación, todo lo cual obedece a las actitudes, creencias y comportamientos de los/las pres-

tatarios/as de servicios de salud, en este caso. Es una problemática vinculada con las interpretaciones que se hacen de todos esos instrumentos y medidas.

En la *Segunda medición del estudio sobre tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres* (2015) se cuantificó la tolerancia a la violencia contra las mujeres en sectores y entidades que tienen competencia en la prevención, detección, atención y sanción de este problema, con la finalidad de construir un índice de tolerancia institucional que sirviera para el diseño y seguimiento de políticas públicas en esta materia, “donde 0 es la no tolerancia de las violencias contra las mujeres, es decir, la situación deseable y 1 la tolerancia de la violencia contra las mujeres, es decir, la situación indeseable porque legitima y naturaliza estas violencias” (Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2015, pp.44-45). A continuación, se presentan los resultados en el sector salud:

Tabla 4. *Índice de tolerancia institucional en el sector salud, años 2009 y 2014*

Sector	Actitud		Atención		Imaginario		Práctica		Prevención		Protección	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Salud	0,344	0,342	0,248	0,144	0,163	0,170	0,297	0,224	0,391	0,324	0,536	0,492

Fuente: Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2015

Como se puede observar, el sector salud es uno de los que presenta mayores deficiencias ya que presenta el mayor índice en números en actitud, prevención y protección. “Este hallazgo permite hacer un llamado de atención a estos sectores para el diseño e implementación de políticas, programas y proyectos para abordar las violencias contra las mujeres de manera integral, dirigidos tanto a su talento humano como a las víctimas y la población en general” (Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2015, p.45). Para ello hay que considerar las interpretaciones sobre las violencias contra las mujeres que tiene el personal de salud.

Estas interpretaciones responden al “conocimiento de sentido común”, constituido a partir de las experiencias propias, “pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social” (Jodelet, 1986, p.473, citado por Dorado Caballero, 2015, p.41), en definitiva, están asociadas con las representaciones sociales.

Las representaciones sociales no solo son formas de adquirir y reproducir el conocimiento, sino que su función básica es hacer que lo desconocido se convierta en algo natural (Rizo, 2006).

Estas resultan claves para el estudio de la violencia contra las mujeres basada en género, porque ayudan a entender que las distintas expresiones de violencia contra la mujer y su falta de atención por parte del sector salud, están arraigadas en las construcciones sociales de la realidad. El sujeto al nacer en una cultura aprende a ver la realidad social desde esa cultura y moldeado por los distintos mecanismos socializadores, se convierte en reproductor de esos modelos.

Es en estos modelos, en donde la desigualdad de género y la violencia son justificadas, legitimadas y naturalizadas, las personas actúan con base en las representaciones sociales, al llamado conocimiento del sentido común.

Ello explica la necesidad de conocer las representaciones sociales de la violencia contra las mujeres basada en género de los/as agentes de las entidades prestadoras de servicios de salud, para poder conocer la concepción que tienen y poder evaluar la forma en que estas representaciones inciden en la respuesta institucional y en las garantías al derecho a una vida libre de violencia en Barranquilla.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta problema: ¿Cuáles son las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres que tiene el personal prestador de servicios de salud de las IPS de la ciudad de Barranquilla?

### **Justificación**

Este estudio pretende analizar las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres que tiene el personal prestador de servicios de salud en nueve IPS de la ciudad de Barranquilla. Lo anterior, con el propósito de revisar si su sistema de salud está abordando la temática con la importancia que requiere, como un problema prioritario de salud pública en todo el mundo y con ello la efectividad de la atención y prevención en salud.

Esta investigación se inscribe en la necesidad de la sociedad colombiana de garantizar a la mitad de su población, las mujeres, una vida libre de violencia como derecho humano, requisito para el ejercicio del resto de sus derechos y

para el libre desenvolvimiento de la personalidad, como ciudadanas autónomas, en una sociedad que busca superar sus conflictos históricos y consolidar la paz.

Estamos conscientes que el tema de la violencia contra las mujeres basada en género no es la primera vez que se trabaja en Colombia, por el contrario, desde hace más de tres décadas, desde el Estado, las organizaciones de la sociedad civil y la academia, han generado numerosas investigaciones al respecto. Sin embargo, consideramos que nuestra investigación tiene ciertas particularidades que la hacen novedosa:

En primer lugar, el abordaje de la problemática de la violencia contra las mujeres basada en género se hace desde lo local, ya que se realiza en el distrito de Barranquilla y en un espacio específico, las IPS, y con una población específica, el personal administrativo y de salud de dichas entidades.

Segundo, es una investigación en la cual participarán activamente el personal administrativo y de salud de las IPS, a quienes se les aplicarán los distintos métodos de recolección de la información.

Tercero, se pretende presentar los resultados de la investigación a las IPS y a funcionarios/as públicos/as del sector salud, para que se apropien del conocimiento que se genere y revisen aquello que pueda resultarle útil para su labor.

Cuarto, la metodología usada en esta investigación, una vez manejada y validada, puede servir de marco de referencia y de modelo para ser replicada en otros municipios del Estado colombiano, para indagar en las representaciones sociales de la violencia contra las mujeres de los/as prestatarios/as de servicios de salud.

Quinto, esta investigación busca llenar el vacío existente y superar el abordaje de la violencia contra las mujeres desde una perspectiva “objetiva”, puesta en las deficiencias de los servicios públicos, la impunidad o las trabas legales, por eso se indaga en la subjetividad de las personas, en sus interpretaciones de la realidad, sus representaciones sociales.

El presente estudio pretende dejar abierta la posibilidad de futuras investigaciones en el sector salud, proponiendo unos lineamientos teóricos que sirvan de fundamento para el diseño de un protocolo de atención a las mujeres

víctimas de violencia de género. En este orden de ideas, estará ejecutando acciones que promuevan cumplimiento eficaz y oportuno de la Ley 1257 de 2008 y sus decretos reglamentarios, la Constitución Política, los convenios y tratados internacionales ratificados por Colombia, que buscan garantizar una vida libre de violencias.

## **Objetivos de la Investigación**

### ***Objetivo General***

Analizar las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres que tiene el personal prestador de servicios de salud, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de Barranquilla.

### ***Objetivos Específicos***

1. Examinar los componentes teóricos que sirven de base para los lineamientos y la atención de mujeres víctimas de violencia en instituciones prestadoras de servicios de salud.
2. Revisar, desde una mirada crítica, el ordenamiento jurídico nacional e internacional que reconoce los derechos de las mujeres y la obligación del Estado de garantizarles una vida libre de violencias.
3. Describir las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres que tiene el personal prestador de servicios de salud.
4. Indagar sobre el conocimiento que tienen de las leyes y medidas de atención dirigidas a las mujeres víctimas de la violencia de género.

## **Marco Teórico**

### ***Antecedentes y estudios similares***

Tanto en América Latina y el Caribe en general, como en Colombia en particular, desde las últimas dos décadas del siglo XX, se han realizado numerosos estudios sobre las distintas manifestaciones de la violencia contra las mujeres basada en género. A continuación, se presentarán algunas investigaciones que sirven como antecedentes y marcos de referencia para este proyecto.

La primera investigación que se señala fue realizada por iniciativa del Programa Regional sobre Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Paname-

ricana de Salud (OPS), publicada en el año 2000, con el título de *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (Estudios de caso de diez países)*, desarrollada entre los años 1996 y 1998, en 16 comunidades de los siete países centroamericanos y en tres andinos, Bolivia, Ecuador y Perú.

El objetivo principal de este trabajo consistió en analizar el proceso de la ruta crítica seguida por las mujeres mayores de 15 años afectadas por la violencia intrafamiliar y los factores que influyen en ese proceso. El tema central de investigación fue evaluar “las experiencias de las mujeres afectadas en su búsqueda de ayuda, el proceso seguido, las representaciones sociales y los significados sobre la violencia que existen tanto entre los prestatarios de servicios como en las mismas mujeres afectadas” (OPS/OMS, 2000, p.4).

En Cuba, se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal con 72 mujeres víctimas de maltrato intrafamiliar, procedentes de familias residentes en el Consejo Popular “Los Maceo” en la ciudad de Santiago de Cuba, entre 1999 y 2000. Además de las mujeres víctimas, se trabajó con médicos/as de familia, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, representantes de los sectores jurídico, legal y comunitario, los líderes y miembros de la comunidad. Una de las conclusiones más significativa de este trabajo, es la siguiente:

La ruta crítica fue iniciada por algún miembro de la familia en 51,38 % de las víctimas y solo tres de estas últimas acudieron de forma directa al sector salud y una al asesor jurídico legal. El personal sanitario admitió no estar capacitado para intervenir en este problema y apenas 19,44 % reconoció que debía actuar sobre ello. La comunidad identificó la violencia como problema familiar, pero no se sentía preparada para enfrentarla, pues refirió que era poco el apoyo brindado por los sectores que debían velar por su prevención y control. (Orozco González et al., 2003, p.7)

En México se hizo una investigación en la cual se entrevistaron a 60 prestatadores/as de servicios públicos de salud y a informantes clave, en unidades de atención de tres entidades: Quintana Roo, Coahuila y el Distrito Federal, que se distinguían por la alta prevalencia de la violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico. El objetivo era “Conocer los significados y prácticas

respecto a la violencia doméstica entre prestadores de servicios de salud, para mejorar la atención” (Herrera, Rajsbaum, Agoff & Franco, 2006, s259). Entre los resultados obtenidos destaca el hecho de que los/as prestadores/as de salud clasifican entre los “males del cuerpo” y los “males del alma”, consideran que la violencia contra las mujeres, le compete al área de Psicología y no es un asunto relacionado con el trabajo que realizan:

(...) dicotomía conceptual todavía muy presente en los prestadores de salud, entre aquellos que consideran los “males del cuerpo” (que corresponde tratar a los médicos y tal vez enfermeros/as) en contraposición con los “males del alma”, de los que deben ocuparse los psicólogo/as y eventualmente las trabajadoras sociales. Muchos de los que no se involucran en el problema aducen que eso “no les compete” porque “no son psicólogos”, mientras que entre quienes sí lo hacen, varios lo justifican con frases como “es que yo tengo alma de psicólogo/a” o “yo le hago medio de psicólogo/a con las pacientes”. Incluso los psiquiatras se diferencian a sí mismos de los psicólogos (y viceversa), ubicándose más cerca de los médicos en términos de estatus profesional y discurso sobre la violencia. Se observa que no es solo la cercanía al problema (de quienes tienen que “ver” los casos) lo que hace más sensibles a los prestadores, sino también su definición del tipo de problemas que atiende cada uno y, por lo tanto, su idea del rol profesional (...) la indiferencia o inacción frente a la violencia contra las mujeres es justificada con el argumento de que el problema no es de la competencia profesional del informante. Las respuestas típicas son: “eso no nos corresponde a nosotros”; “es tarea de un médico legista”; o bien, “yo no soy psicólogo/a para atender esos casos”. (Herrera et al., 2006, s265-s266)

En Colombia, hay estudios enfocados en distintas dimensiones de la problemática de la violencia contra las mujeres basada en género, que tratan de buscar explicaciones y soluciones a este flagelo que afecta a la sociedad en su conjunto, algunas de ellas, guardan estrecha relación con esta investigación.

Así tenemos el estudio titulado *Experiencias exitosas. Mujeres que han roto el ciclo de violencia. Violencia basada en género en la relación de pareja*, llevado a cabo con el apoyo de ONUMJERES, el cual “se centra en el desa-

rollo de la VBG contra las mujeres en las relaciones de parejas heterosexuales bajo el fin de visibilizar aquellas condiciones que se dieron para la ruptura de los ciclos de violencia por parte de las mujeres” (Gallego & García, 2011, p.7). La investigación se realizó en las ciudades de Buenaventura, Pasto, Cartagena, Medellín y un municipio cercano a Bogotá. Con este trabajo se buscó privilegiar los testimonios de las mujeres mediante la técnica de Historias de Vida.

El Observatorio de Asuntos de Género de la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer (2013), desarrolló un estudio titulado *Algunos factores asociados a la violencia contra las mujeres afrodescendientes, negras, rai-zales y palenqueras (ANRP) Colombia 2012-2013*, en el cual se plantearon dos preguntas de investigación: 1. ¿Cuál es la caracterización de las mujeres ANRP víctimas de violencia? y 2. ¿Se encuentran diferencias entre los factores relacionados con la violencia contra las mujeres ANRP y los presentados en otros grupos poblacionales y qué factores se asocian a este tipo de violencia según esta pertenencia étnica? El objetivo de este estudio fue:

Aportar elementos de juicio que orienten las intervenciones y superen los paradigmas actuales de intervención de la violencia que no atiende a profundidad los enfoques diferenciales, para darle paso a acciones más específicas centradas en los contextos y las desigualdades sociales. (p.9).

En la ciudad de Medellín, la investigadora Gladys Ariza (2013) trabajó las representaciones sociales de la violencia en la pareja. En su artículo titulado *Las representaciones sociales de la violencia en las relaciones de pareja en Medellín en el siglo XXI*, explica que para llevar a cabo su trabajo de investigación se usaron distintas técnicas de recolección de la información, entre ellas, los grupos focales con personas de los sectores salud, justicia y atención psicosocial, para lo cual se contó con la autorización de cada institución participante, así como de los Comités de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y el de la red pública hospitalaria de Medellín. Los resultados de esta investigación son de gran interés para este trabajo, sin embargo, se quiere destacar, como uno de los descubrimientos a resaltar, la diferencia que las funcionarias tienen en relación con la

violencia contra las mujeres, haciendo una distinción entre “ellas y nosotras”. Al respecto señala el estudio:

(...) emergió una categoría analítica de gran interés, que se denominó “ellas y nosotras” en referencia a cómo se percibían en relación con las mujeres víctimas, pues coincidieron en señalar que ellas también habían sido afectadas directamente por dicha violencia. Las profesionales intervinientes (“nosotras”) se identifican en cierta medida con “ellas”, pero las consideran mujeres sometidas por la dependencia económica y afectiva de sus parejas. De esta forma, en sus discursos se develan percepciones de asimetrías entre las mujeres atendidas y las intervinientes, quienes se consideran más capaces de superar la violencia por motivos laborales, económicos y psicológicos. Asimismo, evidencian diferencias generacionales entre “ellas” y “nosotras”, en los valores, que juzgan importantes en la génesis de la violencia. Ello puede dificultar el establecimiento de una relación horizontal con las mujeres atendidas y tratarlas como ciudadanas iguales. (Ariza, 2013, p.147)

Inspirado en el Modelo Ecológico Feminista Integrado se realizó el *Estudio sobre tolerancia social e institucional a la violencia basada en género en Colombia* en el año 2010, centrado en hábitos, actitudes, percepciones y prácticas individuales, sociales e institucionales.

En 2015, se publicó la *Segunda medición sobre la tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres*, cuyo objetivo principal fue:

Establecer la segunda medición sobre la tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres en materia de representaciones sociales e imaginarios culturales en los que se sustenta la naturalización de las violencias contra las mujeres y que sea comparable con los resultados del estudio de base realizado en 2010. (p.10)

En estos dos estudios, no se indaga a nivel nacional, sino que se seleccionan varias ciudades de Colombia. En la segunda medición, la investigación se realizó en 10 ciudades, a saber: Cartagena, Barranquilla, Medellín, Buenaventura, Pasto, Tumaco, Popayán, Florencia, Villavicencio y Bogotá.

Cabe destacar que de la *Segunda medición sobre la tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres*, se tomaron las categorías

de esta investigación, que fueron modificadas para adecuarlas al contexto y a los objetivos que se formularon.

### **Ejes de Estudio**

Cuatro ejes conceptuales son fundamentales para este estudio: el género como categoría de análisis, el derecho a la salud, la violencia contra las mujeres con un enfoque de derechos humanos y las representaciones sociales. A continuación, haremos una breve referencia a ellos.

#### **a) Género**

Su definición más conocida es aquella que lo identifica como la construcción social de la realidad a partir de las diferencias sexuales, en contraposición del sexo que viene a constituir lo natural, lo biológico, lo inmodificable.

Esa definición de género está inspirada en los primeros abordajes que se hicieron de este concepto en la década del 70. La antropóloga Gayle Rubin (1986), en su artículo *El tráfico de mujeres: Notas sobre la “economía política” del sexo*, define el sistema sexo-género de la siguiente forma: “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en producto de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (p.97).

Innumerables escritos, posiciones y visiones han surgido desde esa época para intentar definir lo que debe entenderse por género. El día de hoy, esa diferencia tajante entre género y sexo, basada en el determinismo biológico de este último, se encuentra bastante superada; la Teoría *Queer* y otras concepciones recientes señalan que no solo el género es construido socialmente sino también el sexo.

En este sentido, se plantea que, al nacer, a las personas se les asigna socialmente un sexo, con base en la percepción que otras personas tienen sobre sus genitales, responde a una construcción ideológica, que es lo suficientemente fuerte para disciplinar a los cuerpos, cuando no se adaptan a la lectura que se pretende hacer de ellos (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2015).

En esta investigación interesa utilizar el género, como categoría de aná-

lisis, teniendo presente la necesidad de vincularla con otras categorías tales como el origen étnico, la edad, la clase social, entre otras, que permiten una mejor comprensión de la realidad.

Precisamente por el interés que se tiene de utilizar al género como categoría de análisis, se tomará la definición de perspectiva de género del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (1997):

(E)l proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas, en todas las áreas y en todos los niveles.  
(s.n)

Cualquier actividad que se pretenda realizar, cualquier acción o decisión que se tome, debe efectuar una evaluación de cuáles serán las consecuencias para los hombres y cuáles para las mujeres de tal actuación.

Esta valoración permite detectar cómo una medida adoptada en un programa, en una política pública, o en una ley, afecta de manera diferente a hombres y mujeres, pudiendo generar, incluso, situaciones de discriminación si no se pueden visibilizar las consecuencias de manera diferenciada.

Es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, se integren en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos igualmente y no se perpetúe la desigualdad. (Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 1997, s.n.)

La posición que hombres y mujeres ocupan en la sociedad; la distribución de recursos; los procesos de socialización que van determinando los comportamientos esperados de los hombres y de las mujeres; los roles de género; la división sexual del trabajo; la situación histórica de dominación en la cual han vivido las mujeres, que las han colocado en una situación de desventaja para el ejercicio de sus derechos, son algunos de los factores que van fijando que hombres y mujeres tengan trayectorias de vida diferentes.

Con el género como categoría de análisis, se visibilizan las experiencias de vida determinadas por esos factores, así como se detectan las preocupaciones

o necesidades presentes en las vidas de hombres y mujeres, porque las diferencias existen y están allí, forman parte de la realidad de las personas y cuando no se toman en cuenta, o no se visualizan, adoptando una supuesta neutralidad en el análisis, se corre el riesgo de mantener, e incluso profundizar, situaciones de desigualdad.

La definición del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (1997) establece que “El objetivo final de la integración [de la perspectiva de género] es conseguir la igualdad de los géneros”.

De allí la importancia que ha tomado en los últimos años el enfoque de género en las distintas actividades sociales. Visto el género desde una perspectiva que conlleva a replantear los esquemas y estructuras ya establecidos en nuestra sociedad; que implica visibilizar lo que le ocurre a la mujer en el ámbito laboral, personal, de salud, educativo, entre otros. Lo anterior, en sus palabras la autora Alda Facio (1992) lo expresa así:

Vemos así que el género no es sinónimo de sexo aunque muchas personas utilicen ambas palabras indistintamente. Menos aún es el género sinónimo de “mujer”. Es imprescindible que se entienda que los hombres también responden a un género de manera que, cuando se dice que hay que incorporar al género en una determinada actividad o estudio no se está hablando de incorporar a la mujer, aunque el resultado de incorporar la visión de género sea visibilizar a la mujer al hacer visibles las relaciones de poder entre los sexos. Incorporar la visión o perspectiva de género en las actividades humanas y los análisis que se hagan de las mismas no es tan sencillo como “agregar” a las mujeres. Es mucho más complejo que eso.

La perspectiva de género contribuye a hacer más visibles a las mujeres en los diferentes ámbitos sociales en los cuales han estado invisibilizadas desde tiempos remotos, lo que ha traído como consecuencia que las grandes verdades que le han dado fundamento a la sociedad, se hayan construido bajo el silencio de las mujeres, no porque estas no hayan tenido qué decir, sino porque sus voces han sido silenciadas durante mucho tiempo.

Es notable que el humanismo no las haya advertido. La perspectiva de género tiene como uno de sus fines contribuir a la construcción sub-

jetiva y social de una nueva configuración de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres. (Marcela Lagarde, citada por Valls-Llobet, 2006, p.295)

La perspectiva de género implica brindarles a las mujeres la importancia que tienen dentro de las distintas facetas de la sociedad, como sujetas de derecho y por tanto, de reconocimiento. Es por ello, que se requiere analizar las características que definen el ser mujer y hombre, donde se identifique el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, cada uno dentro de sus características particulares que los hacen únicos y con necesidades diferentes (Lagarde, 1996).

Se debe iniciar por la integración de las mujeres en cada ámbito social, convocando diferentes campos y saberes, incluyendo la salud, aclarando y reiterando la distinción entre el sexo y el género, siendo que el último se utiliza para describir y analizar las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que sexo se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente (Velasco, 2009).

Es por ello que una perspectiva amplia de género, específicamente en el sector salud, busca reconocer que además de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres existen diferencias socialmente construidas que repercuten en que las necesidades, inclusive de salud, sean distintas. “El género junto con la clase y la etnia es un determinante clave de las oportunidades de salud, tanto en el nivel individual y familiar, como en nivel macro de asignación de recursos dentro del sistema” (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010, p.17).

Programa de Acción Específico. Igualdad de Género en Salud 2013-2018, reconoció al género como un factor determinante social que tiene repercusiones en la salud, se examinó que las desigualdades de género en salud, generan implicaciones para las políticas de salud pública, en lo que se refiere a la prevención, diagnóstico oportuno, calidad de atención, optimización de recursos y mejor calidad de vida, en condiciones de igualdad para las y los ciudadanas/os (Programa Sectorial de Salud. Recuperado de [cnegsr.salud.gob.mx](http://cnegsr.salud.gob.mx)).

El reconocimiento de las mujeres en el ámbito de la salud hace parte de las esferas donde el rol de la mujer es necesario replantearlo, siendo este un

derecho fundamental para toda la humanidad, las mujeres como sujetas de derecho deben ser también depositarias de atención en salud acorde con sus necesidades particulares.

Lo anterior significa que las mujeres requieren mayor visibilidad social y participación en el mundo público, incluido el sector salud, donde sus necesidades específicas sean escuchadas y atendidas. Las mujeres pueden llegar a ser objeto de inatención e incompreensión al convertirse en víctimas potenciales de la asistencia sanitaria (Valls-Llobet, 2009).

La situación de las mujeres en relación con su invisibilización en la prestación del servicio de salud no es reciente, la historia refleja que el modelo universal de ser humano, desde la medicina, ha sido por siglos la escultura anatómica masculina, vista esta como el patrón a seguir y al cual deben semejarse las mujeres, no evidenciando las diferencias biológicas ni sociales entre hombres y mujeres.

El planteamiento del hombre como modelo universal de la humanidad es explicado por la filósofa española Amelia Valcárcel (2009) en los siguientes términos:

Lo que se aprecia es que ser humano se entiende siempre como viril. Y del mismo modo que solamente lo viril es lo que se aprecia como universal. Las mujeres son una peculiaridad a la que no se aplican las características universales; constituyen un subgrupo sin capacidad normativa. Una rareza desigual para la que conviene un trato desigual.

La discriminación a la que la mujer ha sido expuesta es un problema que durante años ha implicado una serie de abusos que solo hasta hoy están siendo visibilizados “el desafío de la violencia es antiguo como problema, pero nuevo como política” (Valcárcel, 2009).

Los problemas de salud de las mujeres se han asociado a patologías hormonales propias de la pubertad, maternidad, lactancia o menopausia; esto anclado a una serie de ejes misóginos que los soportan socialmente:

1. Supuesta inferioridad moral.
2. Eje misógino que sitúa la inferioridad de las mujeres en su propia biología, en la llamada naturaleza femenina.
3. Inferioridad intelectual de las mujeres (Bosch, 2007).

Los problemas de salud de las mujeres se han relacionado con la actividad reproductiva, lo que ha conllevado a que los síntomas se hayan asociado a sus roles de género, tales como la actividad maternal y el cuidado del hogar, por lo que ingresan dentro del margen de “normalidad femenina”, nada que requiera demasiada atención o preocupación por parte del sistema de salud.

Según una perspectiva tradicional, cuando se hablaba de salud de las mujeres generalmente se refería a la salud reproductiva. Los problemas que trataban eran los de su aparato reproductor: embarazos, partos y climaterio, y la salud mental femenina quedaba unida a los problemas psíquicos que tuvieran como efecto de estas situaciones. Este enfoque tradicional, además, enfatizaba “lo normal” y “lo patológico” en la salud mental de las mujeres desde una perspectiva médica-psiquiátrica que indicaba qué era lo saludable y qué era lo enfermizo para ellas. (Fernandéz, 2012)

A partir de los años 90 la mujer empieza a ser estudiada por la medicina por primera vez como persona. Sin embargo, son evidentes los sesgos que rodean el estudio de su cuerpo, Carme Valls-Llobet (2009) menciona tres signos que evidencian la discriminación de la mujer:

1. Exclusión de las mujeres de los trabajos de investigación (varón como norma).
2. Enferman igual hombres y mujeres.
3. No tienen en cuenta las condicionantes bio-psico-sociales de las enfermedades.

Aspectos que han favorecido que se perpetúe la concepción de inferioridad de la mujer, carente de importancia y estudio, enmarcada dentro de los supuestos esquemas de “normalidad”. Signos que se anclan en la subjetividad del ser humano, y no son ajenos a ellos los/as prestadores/as de servicios de salud, lo que unido a una serie de factores como la limitación en la comunicación médico-paciente, la relación de superioridad e inferioridad durante el acto médico, el aislamiento del exterior por el que la mujer no puede tomar decisiones de manera autónoma, la destrucción del ser humano que ha pedido ayuda, pasa de tener una enfermedad a ser un enfermo (Valls-Llobet, 2009), lo que ha favorecido al ciclo de inatención en salud de las necesidades específicas de las mujeres.

La mujer percibe por parte de los/as prestadores/as de salud desinterés en evaluar el origen de los problemas de salud que la aquejan, sensación de ser ignorada, falta de cercanía en la relación médico-paciente; lo que crea una barrera que le impide su reconocimiento, respaldo, calidad en la atención, credibilidad en el diagnóstico, confianza para la comunicación amena de sus síntomas, experiencias, preocupaciones, antecedentes, entre otros.

Las mujeres requieren condiciones mínimas que le brinden seguridad y confiabilidad en la atención a su salud. En el caso de mujeres que han sido víctimas de violencia de género, el/la prestador/a de salud está (o debería estar) en la capacidad de detectar e iniciar la ruta que requiera el caso, con miras siempre al restablecimiento del bienestar bio-psico-social de la mujer, lo que implica que “el resultado óptimo de este proceso es que la víctima del abuso se recupere emocionalmente en grado suficiente como para que pueda tomar por sí misma las decisiones necesarias tanto para su seguridad y salud” (Scott & Markowitz, 2006).

En el caso de Colombia, a pesar de que las políticas públicas le apuntan a un gobierno inclusivo, interesado en la erradicación de la violencia de género, donde se garantiza la igualdad entre los hombres y las mujeres, sigue siendo la violencia contra la mujer una de las conductas punibles de mayor frecuencia a nivel nacional, sin ocasionar asombro dentro de la sociedad, debido a una serie de representaciones sociales que han conllevado a naturalizar el fenómeno en los distintos ámbitos institucionales: judicial, laboral, educativo y en el mismo sector salud, que tienen responsabilidades ineludibles en garantizar una vida libre de violencias para las mujeres.

En la Plataforma para la Acción de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, celebrada en Beijing, China, en 1995, se reconoció que existen barreras que impiden a las mujeres el logro de la igualdad:

En la Plataforma para la Acción se reconoce que las mujeres hacen frente a barreras que dificultan su plena igualdad y su progreso debido a factores tales como su raza, edad, idioma, origen étnico, cultura, religión o sus discapacidades, por pertenecer a comunidades indígenas o por otros factores. Muchas mujeres se enfrentan con obstáculos específicos relacionados con su situación familiar, particularmente en fa-

milias monoparentales, y con su situación socioeconómica, incluyendo sus condiciones de vida en zonas rurales, aisladas geográficamente o empobrecidas. También existen otras barreras adicionales en el caso de las mujeres refugiadas, de mujeres desplazadas, incluso en el interior del país, y de las mujeres inmigrantes y migrantes, incluyendo las trabajadoras migrantes. Muchas de ellas se ven, además, particularmente afectadas por desastres medioambientales, enfermedades graves e infecciosas y por las diversas formas de violencia contra ellas. (Naciones Unidas, 1995, p.55)

Se puede observar el reconocimiento de la violencia contra las mujeres, como un obstáculo para el logro de la igualdad. Además, se puede ver la necesidad de valorar el género, en conjunción con otras características sociales, para conocer los avances y las dificultades que deben superar las mujeres.

“La atribución de características o papeles a los hombres y a las mujeres, de forma individual, explicada únicamente por la pertenencia al grupo de hombres o al grupo de mujeres” (CEJIL y Universidad de Toronto, 2008, p.2), también es un obstáculo para el ejercicio de la igualdad real y efectiva. Estas características, así atribuidas, constituyen los estereotipos de género, abordados por diversos instrumentos de Derechos Humanos, en los cuales se reconoce la discriminación y exclusión que generan, generalmente hacia las mujeres, porque muchos de esos estereotipos parten de ideas naturalizadas basadas en la superioridad de los hombres y la inferioridad de las mujeres.

En los instrumentos de Derechos Humanos, en líneas generales, se contempla la obligación que tienen los Estados de erradicar los estereotipos de género. En esta línea, la CEDAW establece en su artículo 5 la obligación de adoptar medidas para:

- a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.

El Comité CEDAW (1992) por su parte, en su Recomendación General N° 19, señala:

Las actitudes tradicionales, según las cuales se considera a la mujer como subordinada o se le atribuyen funciones estereotipadas perpetúan la difusión de prácticas que entrañan violencia o coacción, como la violencia y los malos tratos en la familia (...) Esos prejuicios y prácticas pueden llegar a justificar la violencia contra la mujer como una forma de protección o dominación. El efecto de dicha violencia sobre su integridad física y mental es privarla del goce efectivo, el ejercicio y aún el conocimiento de sus derechos humanos y libertades fundamentales. Si bien en esta observación se hace hincapié en la violencia real o las amenazas de violencia, sus consecuencias básicas contribuyen a mantener a la mujer subordinada, a su escasa participación en política y a su nivel inferior de educación y capacitación y de oportunidades de empleo. (Párrafo 11)

La *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, suscrita el 20 de diciembre de 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, establece la obligación de los Estados de:

- j) Adoptar todas las medidas apropiadas, especialmente en el sector de la educación, para modificar las pautas sociales y culturales de comportamiento del hombre y de la mujer y eliminar los prejuicios y las prácticas consuetudinarias o de otra índole basadas en la idea de la inferioridad o la superioridad de uno de los sexos y en la atribución de papeles estereotipados al hombre y a la mujer.

Por su parte, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer señala en su artículo 6.b que el derecho a una vida libre de violencia incluye “el derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación”.

Y para finalizar este punto, vale la pena destacar lo señalado por el Comité CEDAW (2013) en las *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Colombia*, acerca de su preocupación por el mantenimiento de los estereotipos de género en Colombia:

El Comité está preocupado por la persistencia de las actitudes patriarcales y los estereotipos profundamente arraigados respecto de las fun-

ciones y responsabilidades de la mujer y el hombre en la familia y en la sociedad en el Estado Parte. Observa que tales actitudes y estereotipos constituyen un obstáculo importante a la aplicación de la Convención, ya que son las causas básicas de la situación de desventaja de la mujer en la vida política y pública, especialmente en los puestos decisorios y los cargos electos, así como en el mercado de trabajo; **de la prevalencia de la violencia contra la mujer**<sup>1</sup>; y de la segregación de género que se refleja en las oportunidades educacionales de las mujeres y las niñas. También está preocupado porque el Estado Parte no ha adoptado medidas sistemáticas, suficientes y sostenidas para eliminar los estereotipos, en particular los que afectan a las mujeres indígenas y afrocolombianas. (Párrafo 13)

El tema de los estereotipos de género está estrechamente vinculado con las representaciones sociales, por ello, en el transcurso de esta investigación profundizaremos en su estudio.

#### ***b) Derecho a la salud como un derecho humano***

Que la salud es un derecho humano, es una cuestión sobre la cual no cabe duda, pese a las distintas posiciones que existen en relación con el contenido prestacional de este derecho. En ese sentido, al considerarse la salud no como un servicio público, sino como derecho humano, significa que forma parte esencial del respeto a la dignidad humana y acarrea un conjunto de obligaciones para los Estados, que están obligados a garantizarlo, de acuerdo con sus particularidades. En el caso colombiano, el derecho a la salud es considerado un derecho fundamental, consagrado en el propio texto constitucional:

Pero, precisamente por su relación directa con la dignidad humana, por ser universal, inherente a la persona humana, indisponible, irrenunciable, por entrañar libertades y derechos, por su esencialidad en la materialización de una vida digna y con calidad, por ser un derecho integral e integrador de otros derechos y condiciones vitales, por tener una dimensión individual, pero también una dimensión colectiva es que

---

1 Negrillas nuestras.

el derecho a la salud, sin lugar a dudas, es un derecho fundamental; y como derecho seriamente fundamental debe ser objeto de todas y cada una de las garantías constitucionales y legales previstas para tal tipo de derechos y no solo para efectos de su justiciabilidad vía acción de tutela. (Gañán Echavarría, 2013, p.19)

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (2006) define la salud como:

Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (Comité DESC, 2000), encargado de velar por el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hace referencia a cuestiones sustantivas sobre este derecho en su Observación General N° 14, titulada *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, entre ellas cabe destacar que el derecho a la salud comprende algunas libertades y algunos derechos:

El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. (Párrafo 8)

Además de los derechos señalados, comprende:

- El derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas;
- El acceso a medicamentos esenciales;
- La salud materna, infantil y reproductiva;

- El acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos;
- El acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud;
- La participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud, 2008, p.4).

Así mismo, la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) reconoce la salud como un derecho humano al que toda persona debe tener acceso para una vida digna, así lo establece en su artículo 25.1:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948)

Además, considera el artículo 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), una protección especial para la infancia y la maternidad, estableciéndose el derecho a la asistencia y cuidados especiales.

En el caso específico de las mujeres, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) o CETFDCM (también conocida por sus siglas en inglés CEDAW) en los artículos 11 y 12, menciona que el derecho a la salud debe ser garantizado por los Estados sin ningún tipo de discriminación, y en lo que respecta a la garantía del acceso y calidad de la atención médica, hace especial hincapié en lo concerniente a la planificación familiar;

Artículo 11.1: Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, los mismos derechos, en particular: (...) f. El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción (...)

#### Artículo 12:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

El artículo 12 se refiere a la obligación que tienen los Estados de adoptar medidas que garanticen la igualdad en los servicios de salud, por ello se requiere que se reconozca que la violencia contra las mujeres pone en riesgo su salud y su vida (Comité CEDAW, 1992). En ese sentido, se precisa que se aplique un enfoque diferencial que permita visualizar las diferencias existentes entre hombres y mujeres, para que se pueda prestar atención tomándolas en cuenta y evitando que, al no hacerse visibles, se conviertan en desigualdades:

La no discriminación y la igualdad también significan que los Estados deben reconocer las diferencias y satisfacer las necesidades específicas de los grupos que generalmente afrontan dificultades especiales en el sector de la salud, por ejemplo, tasas de mortalidad más altas o una mayor vulnerabilidad a ciertas enfermedades. La obligación de garantizar la no discriminación requiere la aplicación de normas de salud específicas a determinados grupos de población, como mujeres, niños o personas con discapacidad. La adopción de medidas positivas de protección son especialmente necesarias cuando determinados grupos de personas han sido permanentemente discriminados por los Estados Partes o por los agentes privados. (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud, 2008, p.10)

El derecho a la salud constituye un derecho humano que debe ser reconocido por todos los Estados, e implementar, obligatoriamente, estrategias, políticas y programas para procurar el mejoramiento del goce en la salud, sin

ningún tipo de distinción, enfocada en la inclusión de todas las personas y esto incluye el reconocimiento de las mujeres. La Organización Mundial de la Salud (2015) identifica siete principios rectores que guían la prestación del derecho a la salud,

1. **No discriminación:** Este principio procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.
2. **Disponibilidad:** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
3. **Accesibilidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
  - No discriminación;
  - Accesibilidad física;
  - Accesibilidad económica (asequibilidad);
  - Acceso a la información.
4. **Aceptabilidad:** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.
5. **Calidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.
6. **Rendición de cuentas:** Los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.
7. **Universalidad:** Los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos (OMS, 2015, s.n.).

En definitiva, se puede destacar o indicar que existen varios instrumentos internacionales que reconocen a la salud como derecho humano, a continuación se mencionarán algunos de ellos:

- Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, 1965: artículo 5e) iv).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966: artículo 12.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979: artículos 11 1) f), 12 y 14 2) b).
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989: artículo 24 Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, 1990: artículos 28, 43 e) y 45 c).
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006: artículo 25.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, “Protocolo de San Salvador”, 1988: artículo 10.

También otros mecanismos internacionales se han pronunciado sobre la necesidad de visualizar los derechos humanos de las mujeres, entre ellos el derecho a la salud. En ese sentido, en la II Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena, en 1993, por primera vez se señaló que los derechos de las mujeres y las niñas, también son derechos humanos y además se manifestó la importancia que tiene para el adelanto en el ejercicio de sus derechos, que los Estados adopten medidas de distinta índole, en esferas tales como la salud. Al respecto señala la Declaración y Programa de Acción de Viena, resultado de esta conferencia:

Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación, en condiciones de igualdad, de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.

La violencia y todas las formas de acoso y explotación sexuales, en particular las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona

humana y deben ser eliminadas. Esto puede lograrse con medidas legislativas y con actividades nacionales y cooperación internacional en esferas tales como el desarrollo económico y social, la educación, la atención a la maternidad y a la salud y el apoyo social. (Naciones Unidas, 1993, Párrafo 18)

En la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, celebrada en Beijing (China), en 1995, se abordó el tema de la salud de las mujeres como derecho humano y ámbito de la violencia contra la mujer. En la Declaración de Beijing y Plataforma para la Acción, entre otras consideraciones se estableció:

Es preciso lograr que la mujer pueda ejercer el derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud durante todo su ciclo vital en pie de igualdad con el hombre. Las mujeres padecen muchas de las afecciones que padecen los hombres, pero de diferente manera. La incidencia de la pobreza y la dependencia económica en la mujer, su experiencia de la violencia, las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas, la discriminación racial y otras formas de discriminación, el control limitado que muchas mujeres ejercen sobre su vida sexual y reproductiva y su falta de influencia en la adopción de decisiones son realidades sociales que tienen efectos perjudiciales sobre su salud. La falta de alimento para las niñas y mujeres y la distribución desigual de los alimentos en el hogar, el acceso insuficiente al agua potable, al saneamiento y al combustible, sobre todo en las zonas rurales y en las zonas urbanas pobres, y las condiciones de vivienda deficientes pesan en exceso sobre la mujer y su familia y repercuten negativamente en su salud. La buena salud es indispensable para vivir en forma productiva y satisfactoria y el derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud y en particular su propia fecundidad es fundamental para su emancipación. (Naciones Unidas, 1995, párrafo 92)

La violencia sexual y basada en el género, incluidos los malos tratos físicos y psicológicos, la trata de mujeres y niñas, así como otras formas de malos tratos y la explotación sexual exponen a las niñas y a las mujeres a un alto riesgo de padecer traumas físicos y mentales, así como enfermedades y embarazos no deseados. Esas situaciones suelen

disuadir a las mujeres de utilizar los servicios de salud y otros servicios.  
(Naciones Unidas, 1995, párrafo 99)

En el caso de Colombia la salud se concibe como un derecho de todos los colombianos y colombianas, cuyo servicio público se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con la participación de agentes públicos y privados. Así lo contempla la Constitución Política de Colombia de 1991 en su artículo 49:

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. (Congreso de la República de Colombia, 1991)

Con base en lo anterior, la Ley 60 de 1993 impulsó el mandato constitucional mediante normas que dieron origen a la descentralización del sistema. La Ley 100 del mismo año creó el actual *Sistema General de Seguridad Social Integral* (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011). Lo anterior, teniendo en cuenta los derechos constitucionales que recaen sobre todos los ciudadanos y las ciudadanas colombianos/as y la responsabilidad estatal de proporcionar las condiciones básicas para una vida digna. El Sistema General de Seguridad Social Integral está conformado por el Sistema General de

Pensiones, el Sistema General de Riesgos Laborales, los Servicios Sociales Complementarios y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Este último sistema nace con la finalidad de unir al sector público y privado para asegurar una atención óptima e integral a la población, como la forma de brindar un seguro que cubra los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros.

Actualmente en Colombia existen dos regímenes de aseguramiento para brindar cobertura en salud a la población colombiana: el régimen contributivo y el régimen subsidiado. Todos los trabajadores y las trabajadoras dependientes e independientes, las y los pensionados con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo mensual vigente, tienen la obligación de afiliarse al régimen contributivo del sistema, para ello deberán contribuir el 12,5 % de los ingresos labores; cuando se trata de los trabajadores dependientes y pensionados, el 4 % del aporte le corresponde al trabajador y el 8,5 %, al empleador. En el caso de los trabajadores independientes son estos quienes deben realizar el total del aporte.

El otro régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es el régimen subsidiado, el cual se encuentra conformado por aquellas personas que no cuentan con los medios para efectuar sus aportes (Guerrero et al., 2011). En esa forma, quedan amparados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia todos los habitantes.

En este orden de ideas, cabe destacar que el artículo 157 de la Ley 100 de 1993 clasifica a los/as afiliados/as al Sistema General de Seguridad Social en Salud en: afiliados/as mediante el régimen contributivo, el cual se refiere a todas las personas vinculadas a través de contratos laborales, servidores/as públicos/as, pensionados/as y jubilados/as, y los/as trabajadores/as independientes con capacidad de pago. Así mismo, se encuentran los/as afiliados/as mediante el régimen subsidiado, que está compuesto por las personas que no cuentan con capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, en este caso será el Sistema General de Seguridad Social en Salud quien cubra estos aportes.

La Ley 1607 de 2012 en su artículo 30 define el régimen contributivo como:

Un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y el empleador o la Nación, según el caso. (Congreso de la República de Colombia, 2012)

De la misma forma, la Ley 100 de 1993 en su artículo 211 define el régimen subsidiado como:

Un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente ley. (Congreso de la República de Colombia, 1993)

Este último, por la necesidad de brindarle cobertura en salud a las personas más pobres y vulnerables del país que no cuentan con la capacidad de cubrir con sus propios recursos los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta condición de subsidiado/a será definida por el Estado en el marco de características como la capacidad económica de las personas, medida por sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda.

En cuanto a las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, hay que señalar que está conformado por organismos categorizados de acuerdo a la función que ejercen en el sistema como vigilante, superintendencia, administradores y/o prestadores de servicios en salud, así lo contempla la Ley 100 de 1993 en su artículo 155:

Integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud: El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por:

1. Los organismos de dirección, vigilancia y control:
  - a) Los Ministerios de Salud y de Trabajo;
  - b) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y
  - c) La Superintendencia Nacional en Salud;
2. Los organismos de administración y financiación:
  - a) Las entidades promotoras de salud;

- b) Las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, y
  - c) El fondo de solidaridad y garantía.
3. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, mixtas o privadas.
  4. Las demás entidades de salud que, al entrar en vigencia la presente ley, estén adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo.
  5. Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.
  6. Los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud en todas sus modalidades.
  7. Los comités de participación comunitaria “Copacos” creados por la Ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud. (Congreso de la República de Colombia, 1993)

En el año 2007 se promulga la Ley 1122, que tiene como objetivo realizar unos reajustes en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud para mejorar la prestación de los servicios en esta materia y con el fin de garantizar adecuadas condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país, esta ley establece que será responsabilidad del Gobierno Nacional definir el Plan Nacional de Salud Pública cada cuatrienio. “Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar” (Congreso de la República de Colombia, 2007). Este plan debe incluir:

- a) El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier entidad pública o privada, en materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción, suicidio y la prevalencia de la epilepsia en Colombia (artículo 11 de la Ley 1414 de 2010, que modifica el artículo 33, literal a de la Ley 1122 de 2007);

- b) Las actividades que busquen promover el cambio de estilos de vida saludables y la integración de estos en los distintos niveles educativos;
- c) Las acciones que, de acuerdo con sus competencias, debe realizar el nivel nacional, los niveles territoriales y las aseguradoras;
- d) El plan financiero y presupuestal de salud pública, definido en cada uno de los actores responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las entidades territoriales, y las EPS;
- e) Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables, que deben ser alcanzadas y reportadas con nivel de tolerancia cero, que serán fijadas para cada año y para cada periodo de cuatro años;
- f) Las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana;
- g) Las prioridades de salud pública que deben ser cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud y las metas que deben ser alcanzadas por las EPS, tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir;
- h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud;
- i) Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria;
- j) El plan nacional de inmunizaciones que estructure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana en particular los biológicos a ser incluidos y que se revisarán cada cuatro años con la asesoría del Instituto Nacional de Salud y el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización;
- k) El plan deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio;
- l) El plan incluirá acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como medidas orientadas a responder al comportamiento de los indicadores de mortalidad materna (Ley 1122 de 2007, artículo 33).

Del artículo 33 se puede comprobar que dentro de las obligaciones que tiene el gobierno nacional en el Plan Nacional de Salud Pública, el perfil epidemiológico de la violencia contra las mujeres basada en género (en conjunción con el artículo 5 de la CEDAW), así como vigilar y controlar los factores de riesgo e impulsar cambios de estilos de vida, entre otras acciones, se encuentran en el mandato legal del artículo señalado y resultan de mucha importancia para asegurar a las mujeres una vida libre de violencia.

Dentro de las responsabilidades en la vigilancia de la salud pública y en las prioridades de salud que deben ser cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud en Colombia, se encuentra la creación de los protocolos de atención a poblaciones con características específicas que requieren de atención prioritaria, como es el caso de las *mujeres víctimas de violencia de género*. De acuerdo a la relevancia del problema en materia de salud pública, la creación de los protocolos de atención se convierte en una medida para la atención y prevención de la violencia contra la mujer, que oriente las actuaciones a seguir y los procedimientos de atención de esta población.

El protocolo de atención es un documento firmado por todas las instancias con responsabilidad en materia de violencia de género donde se recogen todas las actuaciones a seguir por cada servicio profesional implicado (ámbito sanitario, social, policial, judicial, educativo y asociativo), donde este se convierta en guía para el qué hacer, el cómo hacer, y la competencia para realizarlo.

El protocolo debe prever los mecanismos para brindar protección a las mujeres víctimas de violencia, donde es de gran importancia el apoyo del personal político como un proyecto de interés prioritario para la prevención y atención como población en estado de vulnerabilidad. (Diputación Provincial de Sevilla, s.f.)

De lo dicho se desprende que el protocolo de atención es un mecanismo a favor de los derechos de las mujeres y el Estado colombiano, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, tiene la obligación de elaborar los protocolos de atención a mujeres víctimas de violencias, este cuenta con la competencia para la elaboración y/o actualización de las guías de atención a víctimas de violencia de género debido a la importancia que tiene para guiar

la prestación del servicio de salud y optimizar los procesos con miras a garantizarle a la mujer una atención eficiente y de calidad. El Decreto 4796 de 2011 en el artículo 5 lo regula de la siguiente manera:

Dentro del año siguiente a la entrada en vigencia del presente Decreto, el Ministerio de Salud y Protección Social, actualizará las guías para la atención de la mujer maltratada y del menor de edad maltratado, contenidas en la Resolución 412 de 2000 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. De igual forma, adoptará el Modelo y Protocolo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011)

Teniendo como precedente las funciones del Ministerio establecidas en la Ley 1257 de 2008 en su artículo 13; El Ministerio de la Protección Social, además de las señaladas en otras leyes, tendrá las siguientes funciones:

1. Elaborará o actualizará los protocolos y guías de actuación de las instituciones de salud y de su personal ante los casos de violencia contra las mujeres. En el marco de la presente ley, para la elaboración de los protocolos el Ministerio tendrá especial cuidado en la atención y protección de las víctimas.
2. Reglamentará el Plan Obligatorio de Salud para que incluya las actividades de atención a las víctimas que corresponda en aplicación de la presente ley, y en particular aquellas definidas en los literales a., b. y c. del artículo 19 de la misma.
3. Contemplará en los planes nacionales y territoriales de salud un apartado de prevención e intervención integral en violencia contra las mujeres.
4. Promoverá el respeto a las decisiones de las mujeres sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. (Congreso de la República de Colombia, 2008)

En materia de violencia sexual, el Ministerio de Salud y Protección Social dictó la Resolución 459 de marzo 6 de 2012, por la cual se adopta el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, sin embargo es preciso reiterar que la violencia contra las mujeres tiene varias manifestaciones, una de ellas es la sexual. Resulta indispensable que el Estado

elabore protocolos de atención en materia de salud, bajo un enfoque integral, para la atención de los casos de violencias físicas y psicológicas contra las mujeres. Además, se requiere hacer seguimiento y evaluación del cumplimiento de esta Resolución por parte de las entidades que tienen competencia en este tema.

***c) Las violencias contra las mujeres: un enfoque de Derechos Humanos***

El fenómeno de la violencia contra las mujeres, las niñas y las adolescentes no es nuevo en la historia de la humanidad, innumerables narraciones demuestran que ha existido desde tiempos inmemoriales.

Lo que sí es muy reciente desde la perspectiva histórica, es su reconocimiento como una violación de derechos humanos que impide a las mujeres el ejercicio de sus derechos y sus libertades.

Hubo que esperar hasta la década del 90 para que instrumentos internacionales adoptados en el Sistema de Naciones Unidas y en el Sistema Interamericano, reconocieran la violencia contra las mujeres como un asunto de Derechos Humanos.

Así, el Comité CEDAW (1992) en su Recomendación General N° 19, reconoce que:

La violencia contra la mujer, que menoscaba o anula el goce por la mujer de sus derechos humanos y libertades fundamentales en virtud del derecho internacional o de convenios específicos de derechos humanos, constituye discriminación. (párrafo 7)

Con esta afirmación, el Comité dejó establecido que, pese a que la CEDAW no se refiere explícitamente a la violencia contra las mujeres, esta se encuentra incorporada al considerarla como una forma de discriminación.

Un año después, el 20 de diciembre de 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, de esta forma, el tema se saca de los espacios privados, se regula por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y se establecen distintas obligaciones para los Estados que la suscriban.

En esta línea, cabe destacar lo que expresa el artículo 4 de la Declaración: “Los Estados deben aplicar por todos los medios apropiados y sin demora

una política encaminada a eliminar la violencia contra la mujer”. Y así, este problema se convierte en un asunto de Derechos Humanos, que obliga a los Estados a adoptar medidas para erradicarlo.

Otro aspecto de interés en la Declaración, es que en el Preámbulo se establece que la violencia contra la mujer obedece a la desigualdad estructural existente entre hombres y mujeres, responde a las relaciones desiguales de poder entre los hombres y las mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación e impedido su adelanto pleno, convirtiéndose en uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se le fuerza a una situación de subordinación respecto del hombre.

De esta forma se derrumban falsas premisas que naturalizan este tipo de violencia, con el argumento de que se debe al instinto natural y violento de los hombres; a razones de tipo religiosos e incluso, por motivos médicos que patologizan la actitud del hombre violento. De igual manera, se afirma que, no es el alcohol, ni la droga ni la “provocación” por parte de las mujeres, lo que ocasiona esta violencia, se debe a la existencia de relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres.

El salto más importante en el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como un asunto de Derechos Humanos, se dio en el Sistema Interamericano con la adopción de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Organización de Estados Americanos, 1994). Este fue el primer tratado internacional de carácter regional que reconoció el derecho a una vida libre de violencia como derecho humano.

Además, al definir lo de que debe considerarse violencia contra la mujer, hace referencia al género, de forma que no se dude de que se trata de una violencia específica, que afecta a las mujeres en virtud de la construcción social de lo que significa ser mujer.

Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. (artículo 1)

Es importante destacar, que esta Convención reconoce que esta violencia

puede darse tanto en lo público como en lo privado, que puede ocurrir dentro de la unidad doméstica, la comunidad o ser perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes. Y de esta forma, se evidencian distintas manifestaciones de la violencia contra las mujeres, más allá de la que se da en las relaciones de pareja.

Vale la pena resaltar que las distintas manifestaciones de la violencia contra las mujeres tales como el feminicidio, la violencia sexual en el marco de los conflictos armados, la violación, el abuso físico y emocional, el acoso sexual, el uso de las mujeres en la pornografía, la explotación sexual, la esterilización o embarazos forzados, la trata de mujeres y niñas, entre otras, no son fenómenos aislados e inconexos, por el contrario, se refieren a distintas expresiones de la opresión de las mujeres y forman parte de un “continuum de violencia contra las mujeres”.

Se requiere visualizar y analizar el continuum de violencia contra las mujeres, describiendo, problematizando y develando las vinculaciones existentes entre distintos hechos que se dan en un contexto determinado, evitando estudiarlos como hechos inconexos y sin ningún tipo de relación (Arroyo Vargas, s.f.).

En el libro *La verdad de las mujeres. Víctimas del conflicto armado en Colombia* se deja evidencia del continuum de violencia que experimentan las mujeres, en el marco del conflicto armado colombiano:

Las mujeres sitúan la violencia que trastorna sus vidas en un continuum de violencias en la historia de Colombia, que ha comportado toda suerte de violaciones y atentados contra su dignidad y sobre sus cuerpos. Ellas descubren este continuum de violencias no solo en sus propias trayectorias de vida, sino en la misma historia del país.

La comisión ha constatado que numerosas mujeres que dieron testimonio como víctimas en el escenario de la guerra, habían estado expuestas a todo tipo de violencias en el lugar que debería ser seguro para ellas, sus propios hogares, por parte de hombres que formaban parte del entramado familiar. Un 26,1 % (n = 243) de las mujeres declara haber sufrido violencia en sus hogares siendo aún niñas. Una de cada siete mujeres había sufrido también violencia sexual y otras violencias, en

el ámbito familiar durante algún periodo de su vida. Se confirma así la existencia de un continuum de violencias que recorre las biografías femeninas, los espacios de vida y de relación de las mujeres en el patriarcado (...) La lucha contra la violencia contra las mujeres debe llevar a logros que erradiquen el fondo de esta práctica que continúa en contextos posconflicto aunque se logren acuerdos de paz. (Ruta pacífica de las mujeres, 2013, pp.80-81)

Cuando se hace alusión al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia como un asunto de derechos humanos, implica hablar de quién tiene responsabilidades para asegurar el ejercicio de este derecho. Es por ello que la aplicación del enfoque de Derechos Humanos, en la violencia contra las mujeres, requiere que se tomen en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Identificar los derechos que deben ser garantizados, así como aquellos derechos no realizados o que son violados.
- b) Identificar a las titulares de derechos.
- c) Identificar brechas de capacidad de titulares de derechos y titulares de obligaciones (América Latina Genera, s.f.).

En ese sentido, según este enfoque, las mujeres son titulares de derechos humanos y ello implica obligaciones para el Estado que debe garantizarlos.

No cumple el Estado colombiano con la obligación de garantizar el derecho a una vida libre de violencias para las mujeres, únicamente con su reconocimiento como tal en el ordenamiento jurídico, sino que se requiere la adopción de medidas de distinta índole para que este derecho se concrete en la realidad, lo que implica que las mujeres logren una verdadera autonomía.

La obligación de garantizar también implica la de prevenir la violencia contra las mujeres basada en género, en ese sentido, es deber de los Estados la elaboración, planificación y ejecución de políticas públicas destinadas a este fin.

Las obligaciones señaladas se relacionan con la obligación de debida diligencia, la cual significa que los Estados deben adoptar medidas integrales que incluyen un adecuado marco jurídico de protección, con una aplicación real y efectiva del mismo y con políticas de prevención y prácticas que permitan actuar de una manera eficaz ante las denuncias.

El concepto de debida diligencia hace referencia al grado de esfuerzo que un Estado debe realizar para aplicar derechos en la práctica. Además, si un derecho es violado, el Estado está en la obligación de restituirlo en la medida de lo posible y proporcionar la indemnización adecuada. (Fernández Matos, 2012, p.118)

Si bien es cierto que no es suficiente con una ley, esta parece ser un requisito para el avance en el ejercicio efectivo del derecho a una vida libre de violencias. En el caso de América Latina, la tercera ola de reformas legales que se dieron en la región a partir de 2007, plantearon mirar la violencia contra las mujeres de manera integral, incluyendo en leyes especiales al conjunto de políticas públicas, las entidades y recursos responsables para la prevención, sanción y erradicación de la violencia (Frías & Hurtado, 2010).

En esta nueva ola se inscribe la Ley 1257 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.193 de 4 de diciembre de 2008, la cual establece una protección integral para las mujeres víctimas de violencia. El artículo 2 consagra lo que en el texto normativo se entiende por violencia contra las mujeres:

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. (Congreso de la República de Colombia, 2008)

Se reconocen así las distintas dimensiones de la violencia contra las mujeres, a saber: física, sexual, psicológica, económica e incorpora la violencia patrimonial, también establece que la violencia ocurre en distintos espacios, tanto públicos como privados.

En el segundo informe de seguimiento a la Ley 1257 de 2008 de la Mesa por el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias, se señala que

La Ley 1257 de 2008 contiene un modelo de protección integral para las mujeres víctimas de violencias que obliga al Estado a adoptar de forma inmediata medidas de protección integrales, además de investigar los hechos que dieron origen a las medidas.

Este modelo de protección integral ha sido desarrollado por la reglamentación de la Ley 1257, que faculta a la autoridad competente (comisarias, juzgados municipales, promiscuos o jueces de control de garantías) a adoptar un conjunto de medidas para proteger a las mujeres. La autoridad puede, entre otras acciones, ordenar medidas de protección en los ámbitos de la justicia, la salud, la educación y el trabajo, tales como garantizar que los agresores no tengan ningún tipo de contacto con la mujer y sus entornos; aprobar a favor de la mujer medidas de atención en salud física y psicológica, así como la prestación de alojamiento, subsidio monetario, alimentación y transporte; definir la oferta educativa necesaria para la mujer y sus hijos de ser procedente y acceder a una oportunidad laboral que garantice la independencia económica de las mujeres. (Congreso de la República de Colombia, 2008, p.28)

Dentro de las obligaciones que tiene el Estado colombiano para asegurar la protección integral está la de erradicar los patrones y estereotipos que naturalizan las violencias de género y que guardan relación con las representaciones sociales.

### **Marco normativo para la atención en salud de las mujeres víctimas de violencias de género**

Tabla 5. *Marco legal*

<b>Norma</b>	<b>Articulado</b>	<b>Descripción</b>
Declaración Universal de los Derechos Humanos	Artículos 25 y 22	Contempla el derecho que tienen todas las personas a un nivel de vida digno donde se les asegure entre otros aspectos la salud, donde se le garantice su derecho a la seguridad social.
Comité para la Eliminación de la discriminación contra la Mujer (CEDAW)	Recomendación General No. 24, relativa a la mujer y la salud. Literales 15 y 19	Obligación de los Estados Partes de proteger los derechos de las mujeres en lo relativo a la salud mediante la expedición de protocolos sanitarios, políticas y procedimientos hospitalarios.
Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belém Do Pará”	Artículo 8 literal d	Contempla que los Estados Partes convienen en adoptar medidas específicas para brindar especial atención y servicios a la mujer objeto de violencia.

Declaración de Beijing (1995)	La mujer y la salud Numerales 89-111	Declara que los Gobiernos Partes deben promover la atención primaria en salud para las niñas y mujeres, que incluya el más alto nivel de salud física y mental.
Declaración de Viena (1993)	Numerales 41, 31	Esta Declaración pide a los Estados miembros que se abstengan de adoptar medidas unilaterales contrarias al derecho a la salud, reconociendo a su vez la importancia del disfrute de la mujer de un adecuado nivel de salud física y mental.
Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer	Artículos 3, 4 literal g	Reconoce el derecho de la mujer al mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar, por lo cual los Estados deberán garantizar una asistencia especializada.
Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	Objetivo 3	Busca promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2015)	Objetivo 3 Objetivo 5 Objetivo 16	Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos/as.
Resolución 1888 de 2009 del Consejo de Seguridad de la ONU	Numeral 13	Alienta a los Estados a que, con apoyo de la comunidad internacional, aumenten el acceso a la atención de la salud, el apoyo psicosocial, la asistencia jurídica y los servicios de reintegración socioeconómica para las víctimas de la violencia sexual, en particular de zonas rurales.
Resolución 1889 de 2009 del Consejo de Seguridad de la ONU	Numeral 10	Alienta a los Estados miembros a que definan de manera pormenorizada las necesidades y prioridades relativas a las mujeres y las niñas y formulen estrategias concretas, para atender esas necesidades y prioridades, que abarcan, entre otras cosas, la prestación de apoyo para que las mujeres y las niñas tengan mayor seguridad física y mejores condiciones socioeconómicas, mediante la educación, actividades generadoras de ingresos, acceso a los servicios básicos, en particular los de salud.

Resolución 2122 de 2013 del Consejo de Seguridad de la ONU	Numeral 11	Contempla que los Estados miembros, todas las partes interesadas, las entidades de las Naciones Unidas y las instituciones financieras, deben apoyar el desarrollo y el fortalecimiento de la capacidad de las instituciones nacionales, en particular de los sistemas judicial y de salud para prestar una asistencia sostenible a las mujeres y las niñas afectadas por situaciones de conflicto armado y posteriores a conflictos.
CD 37/19, 1993 Organización Panamericana de Salud (OPS)		Reconoció la violencia como un problema importante de salud pública y de derechos humanos
Constitución Política de Colombia 1991	Artículo 49	Contempla la obligación del Estado de organizar, dirigir, reglamentar y ejercer la vigilancia y control en la prestación del servicio de salud.
Ley 823 de 2003. “Por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres”	Artículos 6 y 8	Contempla que el Estado ejecutará las acciones necesarias que garanticen una salud integral física y mental a la mujer. Establece la obligación de asegurar que en los procesos de formación y capacitación de los recursos humanos en salud, públicos y privados, se incorpore la perspectiva de género.
Ley 1257 de 2008	Artículos 8, 12 y 13	Regula los derechos y las medidas de atención en el ámbito de la salud que brindan protección a la mujer.
Decreto 164 de 2010 Presidencia de la República de Colombia	Artículos 1 y 3 literal i	Se crea la Comisión Intersectorial denominada “Mesa Interinstitucional para erradicar la violencia contra las mujeres”, cuyo propósito es aunar esfuerzos para la articulación, coordinación y cooperación entre las entidades, a fin de lograr la atención integral, diferenciada, accesible y de calidad a las mujeres víctimas de la violencia.
Decreto 4796 de 2011 Presidencia de la República de Colombia	Artículos 1, 2, 3, 6, 5, 8 y 11	Definir las acciones necesarias para detectar, prevenir y atender integralmente a través de los servicios que garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las mujeres víctimas de violencia e implementar mecanismos para hacer efectivo el derecho a la salud. Obligatoriedad de Guías y Protocolos de atención.
Decreto 2734 de 2012 Presidencia de la República de Colombia		Por el cual se reglamentan las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia.

Fuente: Elaboración propia.

Cabe destacar que, como señala Raquel Osborne (2009), el término violencia contra las mujeres no está exento de equívocos, con aspectos positivos y negativos. Una de las ventajas del uso de este término, es que delimita hacia quién va dirigida esa violencia, dejando por fuera a los hombres, así como a los/as niños/as (cuando la violencia hacia las niñas no es por razones de género), mientras que tiene como desventaja que no aclara la naturaleza (sexista, machista, patriarcal) de este tipo de agresión, de hecho puede ser que en un delito haya violencia contra las mujeres, por ejemplo, el robo de un banco, sin que sea por razones de género. La misma autora señala algunos términos que pueden contribuir a solucionar la problemática:

Una forma de paliar este problema sería el empleo del término *Violencia masculina contra las mujeres* –propuesta por los grupos de varones profeministas– que junto a otras denominaciones como Violencia machista, Violencia sexista o Violencia patriarcal expresan que nos estamos refiriendo a los casos en que *el varón es el responsable de la violencia*. El resto de los términos o parece neutro o se centra en las víctimas, sin quedar siempre claro que sean mujeres, y no en los agresores, que permanecen invisibilizados. (Osborne, 2009, p.31)

#### **d) Representaciones sociales de la violencia de género en el sector salud**

El tema de la atención en salud a las mujeres víctimas de violencia de género, implica una revisión más allá de que las instituciones prestadoras de salud cumplan con los protocolos de atención y con la normativa vigente; se requiere revisar la subjetividad de los prestadores/as de salud, las representaciones sociales que tienen en torno al tema de las violencias contra las mujeres, las cuales pueden facilitar o impedir una atención efectiva para las víctimas de este flagelo.

En 1961, Serge Moscovici publica su tesis doctoral titulada “El Psicoanálisis, su imagen y su público”, en la cual busca explicar la construcción del pensamiento social. En este documento el autor incorpora la noción de representación social. Parte de la premisa de que las personas construyen y son construidas por la realidad social. En ese sentido, le da preeminencia a lo colectivo y a la comprensión de la realidad a partir de su construcción social. Desde la propuesta de Moscovici (1961), las representaciones sociales son:

“Elaboraciones colectivas de un objeto social por un grupo, con el propósito de guiar su comportamiento y permitir la comunicación” (Moscovici, 1963, p.251, citado por Ariza, 2011).

A través de las representaciones sociales se puede entender la manera en que se constituye el pensamiento social, permiten aproximarse a la visión del mundo que las personas o los grupos humanos tienen, pues se trata del llamado conocimiento del “sentido común”, como señaláramos en el planteamiento del problema, que es el conocimiento que las personas utilizan para conducirse ante los objetos sociales. Este conocimiento, le permite a las personas y a los grupos actuar colectivamente.

Es preciso destacar que estas representaciones obedecen a un contexto determinado y, al ser construidas socialmente, pueden variar en una dimensión histórica, geográfica, entre otras dimensiones. En todo caso, “Las diferencias en las representaciones sociales dan cuenta de diferencias en la cultura y de las diferencias entre grupos sociales” (Chulvi Ferriols, 2003, p.205).

Una representación social es dinámica, por su propia esencia; debido a que se construye en la cultura es susceptible de deconstruirse y reconstruirse de acuerdo con las necesidades y exigencias de contexto y del propio sujeto; es una herramienta del pensamiento que puede ser reflexivo, interpretativo y generativo de cambios. Tiene una función de proceso mental sociocognitivo mediante el cual los colectivos se explican su realidad, la cubren de elementos afectivos y le dan un significado coherente en su estructura de pensamiento. De acuerdo con Christian Guimelli, esta actividad está socialmente marcada, es decir, no se manifiesta independientemente del campo social en el cual, inevitablemente, se inserta. En ella hay un metasistema, constituido por regulaciones sociales que hacen intervenir los modelos, las creencias ya establecidas, las normas y los valores del grupo. De esta manera se constituyen representaciones sociales compartidas y sistemas que operan en las relaciones humanas. (Flores Palacios, 2012, p.343)

Existen distintas definiciones de las representaciones sociales, la mayoría de ellas comparten la idea de que se trata de conocimiento cotidiano o de sentido común, a través de un proceso de comunicación, en el cual las personas y los grupos, construyen y son construidos por la realidad social.

En las representaciones sociales están presentes las creencias, los valores, los estereotipos y las normas existentes en un grupo social dado, por ello, este estudio se centra en indagar sobre las mismas, porque de esa manera se permite abordar el conocimiento que las personas manejan sobre la violencia contra las mujeres basada en género y el tratamiento cotidiano de este fenómeno en el campo de la salud. Es por ello que la definición de Denise Jodelet (1984) resulta muy esclarecedora para este estudio:

El concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social.

Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica.

La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y con los demás. (pp.474-475)

También deja constancia esta autora, que se trata de un conocimiento construido socialmente:

Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido<sup>2</sup>. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo

---

2 Destacado en el original.

de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etc. En otros términos, se trata de un conocimiento práctico. Al dar sentido, dentro de un incesante movimiento social, a acontecimientos y actos que terminan por sernos habituales, este conocimiento forja las evidencias de nuestra realidad consensual, participa en la construcción social de nuestra realidad. (p.473)

Interesa también destacar la aproximación de representación social que realiza Sandra Araya Umaña (2002), debido a que en esta noción habla de la forma en que hombres y mujeres abordan y actúan en el mundo, y al indicarlo expresamente, permite inferir que se reconoce que ese abordaje es diferente. Además, señala esta autora que los valores, las normas, las creencias y los estereotipos de un grupo o sociedad determinado, pueden ser reconocidos en sus representaciones sociales.

Analizar una representación social implica tomar una postura frente al objeto de representación, este debe cubrir ciertas características como ser relevante para el grupo, tener un significado inserto en la cultura, que defina ciertos valores, creencias, atribuciones e ideologías; “una de las cuestiones importantes no es tanto estudiar la representación de un objeto, como saber primeramente cuál es el objeto de representación”. No todo objeto lo es de representación social. Por lo tanto, antes de tomar un problema u objeto de estudio para su análisis desde esta teoría, será indispensable comprobar que se trata de un objeto polémico y anclado en la estructura de una representación social, que orienta cierto nivel de comportamiento y con una carga afectiva importante para el colectivo. Las representaciones sociales abren la posibilidad de indagar en la complejidad de la construcción del pensamiento colectivo y comprender que la legitimidad de las normas se convertirá en modelos dominantes con una fuerte carga ideológica modelada y configurada en la interacción cultural. (Flores Palacios, 2012, pp.344-345)

Y ello es lo que se intenta indagar en esta investigación, ya que se busca conocer las representaciones sociales de la violencia contra las mujeres pre-

senten en los/as agentes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para realizar una aproximación de cómo estos factores pueden incidir en la respuesta institucional ante esta problemática. Partiendo del hecho de que se trata de un objeto polémico, que orienta cierto comportamiento y que tiene una carga afectiva para el grupo con el cual se desarrollará la investigación.

Las RS, en definitiva, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo. (Araya Umaña, 2002, p.11)

Las representaciones sociales como estructuras cognitivas llegan a facilitar la aprehensión de fuentes de información, que pueden ser ambiguas o mal definidas, teniendo en cuenta que la información social es simbólica y significativa (Martínez Benlloch & Ortega Campos, 2000). Las representaciones como construcciones sociales según Moscovici, mantienen su estructura integrando el conocimiento (información), con la interpretación y por supuesto con el obrar en la realidad social (actitud).

Teniendo en cuenta esta estructura de las representaciones sociales, su consolidación puede dar origen a otras producciones también de orden social. Según Sandra Araya Umaña (2002), al igual que las representaciones sociales existen otras producciones mentales que se originan en el ámbito social, como las ideologías, las creencias, la percepción, la actitud, la opinión, la imagen y *los estereotipos*.

Shum, Conde y Portillo (2006) definen los estereotipos como “un conjunto de prejuicios, ideas preconcebidas, creencias profundamente arraigadas en el subconsciente colectivo e individual y aceptadas socialmente sobre las conductas y comportamientos” (p.20), es decir, los estereotipos son el primer acercamiento a la construcción del concepto simbólico que luego que alcanza estructura se convierte en representaciones sociales.

El concepto también lo retomaron Gaviria, López y Cuadrado (2013) en la obra *Introducción a la Psicología Social*: “Los estereotipos sociales son

creencias sobre las características que poseen un conjunto de personas, derivadas, simplemente, de su pertenencia a un determinado grupo o categoría social. Es decir, generalizamos, y esas características se las aplicamos a cualquier persona del grupo, aunque no la conozcamos”.

Una de las formas más frecuente de representación social son los estereotipos grupales, que son definidos como una imagen mental, en general muy simplificada, de alguna categoría de personas, institución o acontecimiento que es compartida por un gran número de personas en sus características esenciales (Tajfel, 1984). Tajfel afirma que *“la representación social es más que el estereotipo, pero este constituye una parte importante de la representación social”* (1982, p.22). Como se puede observar, la utilización de ambos conceptos no supone un dilema, no son teorías antagónicas, sino al contrario, las consideramos perspectivas complementarias para la comprensión de fenómenos muy complejos. (Extraído del Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente de España, s.f., pp.44-45)

Cuando se hace referencia a prestadores/as de salud es necesario indagar en la información, interpretación y por consiguiente, en la actitud que estos/as tienen sobre las mujeres víctimas de violencia de género, ya que incide en la respuesta institucional y debería ser el personal idóneo para brindar la detección, atención y seguimiento a la mujer.

Los prestadores/as de salud pueden llegar a tener una serie de creencias en torno al tema, que inicialmente pueden ser rígidas (estereotipo de género) y que a pesar del contacto con las pacientes pueden perdurar en el tiempo (representaciones sociales), actuando como impedimento para una prestación efectiva y eficaz de salud, obstaculizando el proceso de atención prioritario que ordena la normatividad y que es competencia del sistema de salud.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de México (2010), señala que: “los estereotipos y roles tradicionales de género tienden a ser negativos para la salud porque limitan las capacidades y oportunidades de mujeres y hombres para aprovechar su potencial” (p.16), además sintetiza en el siguiente cuadro los diferentes estereotipos que se han evidenciado a lo largo de su investigación, que traen consecuencias en la prestación de los servicios de salud en cuanto a la perspectiva de género:

Tabla 6. Ejemplos de estereotipos de género que influyen sobre la salud y su atención

Problemática	Sesgo de género y estereotipos
La salud mental, depresión –y otras patologías asociadas– de las mujeres.	El sesgo surge del estereotipo de debilidad, inferioridad y flaqueza en el carácter, que se adjudica al comportamiento femenino. El sesgo debido al estereotipo masculino de fortaleza, firmeza y seguridad también influye en la dificultad de diagnosticar y atender la depresión en los hombres.
La violencia contra las mujeres como problema de salud.	En los servicios de salud muchas veces se trata a las mujeres como víctimas, y con frecuencia se le revictimiza al suponer que ellas merecen ese trato por haberlo provocado de alguna manera.
A menudo se excluye de responsabilidades a los hombres tanto en las medidas anticonceptivas, como durante el proceso de atención pre y postnatal de la mujer embarazada.	Se piensa que todo lo que atañe a las funciones reproductivas les corresponde a las mujeres. Ese estereotipo determina también que no se promuevan suficientemente estrategias para que los hombres acudan más a los servicios a favor de su propia salud sexual y reproductiva y la de sus parejas.

Fuente: Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, México, 2010

La figura femenina siempre se define como opuesta a la figura masculina enmarcadas ambas desde concepciones tradicionales, binarias de la realidad, en las cuales la mujer es sinónimo de ternura, debilidad, inferioridad y flaqueza, mientras que el hombre de firmeza, fortaleza y seguridad. Shum, Conde y Portillo (2006) elaboraron un listado de características que se les atribuyen a las mujeres y a los hombres por razón del sexo:

Tabla 7. Características asignadas a cada sexo

Masculino	Femenino
Estabilidad emocional	Inestabilidad emocional
Mecanismos de autocontrol	Falta de control
Dinamismo	Pasividad
Agresividad	Ternura
Tendencia al dominio	Sumisión
Afirmación del yo	Dependencia
Aspecto afectivo poco definido	Aspecto afectivo muy marcado
Aptitud para las ciencias	Intuición
Racionalidad	Frivolidad
Franqueza	Miedo
Valentía	

Fuente: Sau (1998), citada por Shum, Conde & Portillo (2006). *Mujer, discapacidad y violencia: el rostro oculto de la desigualdad*. Madrid: Instituto de la Mujer

Según este tipo de planteamiento, las mujeres poseen unas características propias que las identifican, y están definidas por el rol social que desempeñan. Lo que ha conllevado a la discriminación, violencia, menosprecio y malos tratos.

En el caso de la violencia de género y la atención por parte de los servicios de salud, como se observa en la Tabla 6, en ocasiones, se les revictimiza por considerar que las mujeres provocaron la agresión, son masoquistas o incluso, que se trata de un problema privado que debe resolverse en la pareja sin que haya intervención de terceros, sin que se evidencien los efectos no solo físicos, sino psicológicos que tienen estos actos sobre la salud de las mujeres.

Existen distintos factores que han creado paredes divisorias entre el sector asistencial y las mujeres afectadas por la violencia de género, los autores S. Scott Polsky y Jennifer Markowitz (2006) han enumerado algunas de ellos:

Hay varias barreras para la implicación del clínico en las situaciones de violencia doméstica. Entre los aspectos sociales están la tolerancia de la sociedad frente a la violencia, la desensibilización a través de la exposición repetida, las distintas normas sociales tanto implícitas como explícitas, y las desigualdades de poder en las relaciones interpersonales. La implicación del contexto clínico en la violencia doméstica también está limitada por factores de tipo personal, entre ellos, el sesgo de género y los antecedentes personales de abuso. Algunos profesionales sanitarios han idealizado conceptos de la vida de familia que interfieren con su capacidad de juicio clínico. (p.5)

Las autoras Patricia Salber, María José Varela Portela y Ellen Taliaferro (2000), en su libro *Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario*, dividen los factores que impiden el diagnóstico de la mujer víctima de violencia de género en tres: factores de la paciente, factores personales del médico y factores estructurales.

Tabla 8. Factores que dificultan el diagnóstico de la mujer víctima de violencia

Factores de la paciente	Factores personales del médico	Factores estructurales
<p>Por miedo de las represalias si el agresor se entera de que su violencia ha sido revelada.</p> <p>Por la vergüenza y humillación que ella siente.</p> <p>Ella puede creer que merece el maltrato.</p> <p>Puede querer proteger a su pareja.</p> <p>Ella no entiende lo que le está pasando.</p> <p>Ella puede creer que su médico no dispone de información o no se interesa lo suficiente sobre la violencia doméstica como para hablarle de ella. Puede estar convencida de que está muy ocupado para perder tiempo hablando de su problema.</p> <p>Ella piensa que su médico no la puede ayudar en este problema.</p>	<p>Creer que no hay violencia doméstica entre la población de sus pacientes. Pero la violencia doméstica puede ocurrirle a cualquiera, a pesar de su edad, raza, nivel socioeconómico o base educacional.</p> <p>La paciente está llorosa y no coopera, incluso está borracha o intoxicada con otras drogas, lo que hace difícil hacer la anamnesis. Pero generalmente no utilizamos estas excusas para olvidar otras condiciones potencialmente fatales.</p> <p>Piensan que la mujer provocó o merecía el abuso. Pero haga lo que haga, nadie merece ser golpeado.</p> <p>Creer que lo que ocurre dentro de la casa, en cuanto a violencia doméstica, es un asunto privado y por lo tanto no tendría que ser discutido.</p> <p>Pero los médicos de forma rutinaria preguntan sobre “asuntos privados” que afectan la salud y el bienestar de sus pacientes, como las preferencias y las prácticas sexuales.</p> <p>Creer que si ella quiere puede irse. Pero hay muchas razones por las que la mujer no puede “simplemente dejarlo”.</p> <p>Conocen al agresor y creen que es incapaz del abuso. Pero la apariencia externa de muchos maltratadores es engañosa y desmiente su potencial para la violencia doméstica.</p> <p>No sabrían qué hacer si descubrieran un abuso o bien creen que es trabajo de otros profesionales, como asistentes sociales. Pero el papel de los médicos en la identificación y derivación de la paciente es muy importante y difícilmente sustituible.</p> <p>Saben qué hacer, pero creen que no ayudará: “De cualquier forma ella volverá con él”. Más a veces, algunas mujeres finalmente se van con la ayuda de sus médicos.</p>	<p>Los ámbitos hospitalarios no favorecen las discusiones sobre violencia doméstica.</p> <p>El área de recepción puede ser semipública.</p> <p>A los pacientes se les pide que expliquen la razón de su visita, mientras otras personas están escuchando u observando.</p> <p>La “habitación” para la exploración puede reducirse a un espacio separado de otros pacientes por una débil cortina.</p> <p>La falta de privacidad puede disminuir la soltura de la mujer para hablar sobre la violencia a que está sometida.</p>

Fuente: Salber, Varela Portela & Taliaferro (2000). *Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario*

En definitiva, estos factores inciden en las falencias en la prestación del servicio de salud y por consiguiente, afectan el bienestar integral de la mujer.

La debilidad en materia de prevención y atención a las mujeres víctimas de violencia de género, ha conllevado a su vez a tolerar dicha violencia desde

las mismas instituciones de salud que tienen el deber de accionar ante un tema que no es de orden privado sino evidentemente público. La Segunda Medición del Estudio sobre Tolerancia Social e Institucional de las Violencias contra las Mujeres, define la tolerancia institucional como el “conjunto de actitudes, percepciones y prácticas de las/os funcionarios públicos que favorecen y perpetúan la violencia contra las mujeres, incluyendo la omisión de los deberes estatales de restitución de derechos, protección, prevención y erradicación así como la perpetración directa de actos de violencia por parte de actores institucionales” (Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, ONUMUJERES y AECID, 2015, p.25).

El tema de la tolerancia social e institucional es de especial importancia, de allí los dos estudios realizados en Colombia, el primero en el año 2009 y en el año 2014 la Segunda Medición del Estudio Tolerancia Social e Institucional de las Violencias contra las Mujeres, como se indicara en los antecedentes. Estos estudios tienen como objetivo central identificar los imaginarios, prácticas y actitudes sociales e instituciones que naturalizan la violencia contra las mujeres basada en el género.

Ambos estudios son de especial importancia para este proyecto y fue a partir del año 2014, que se definieron las categorías que se aplicaron en esta investigación, adecuándolas a los objetivos que se perseguían, para la elaboración de los instrumentos de recolección de la información como se verá en las páginas siguientes.

## **Metodología de la Investigación**

### ***Paradigma de investigación***

Se usará un enfoque mixto para utilizar las fortalezas que tienen tanto la investigación cualitativa como la cuantitativa (Hernández-Sampieri et al., 2014). El uso de esta metodología mixta o triangulación, en la cual se usaron como técnicas de recolección de información, la entrevista (cualitativa) y la encuesta (cuantitativa), aplicadas al personal asistencial y administrativo de nueve Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de Barranquilla, repartidas en las cinco localidades de la ciudad, pretendió, por un lado, que este estudio fuera lo menos vulnerable posible a sesgos y a fallas metodoló-

gicas, que siempre pueden ocurrir, pero que el uso de un único método, a los efectos del problema que se plantea en esta investigación, lo vuelve más débil y por el otro, la idea era identificar algunas de las diferentes formas en las que se puede observar un fenómeno (Okuda & Gómez-Restrepo, 2005).

Cabe destacar, además, que “ambas aproximaciones han evolucionado y hoy en día asumen valores fundamentales comunes: confianza en la indagación sistemática, supuesto de que la realidad es múltiple y construida, creencia en la falibilidad del conocimiento y la premisa de que la teoría es determinada por los hechos” (Universidad César Vallejo y Universidad Señor de Sipán, s.f., p.20).

Del paradigma cualitativo se rescata su idoneidad para el estudio de la variable “representaciones sociales”, ya “que permite una mejor comprensión de las dimensiones subjetivas y simbólicas del comportamiento humano, así como de los procesos vividos por los actores sociales” (OPS/OMS, 2000, p.14), por ello se recurrió a la entrevista, ya que se buscaba “conocer la perspectiva del sujeto estudiado, comprender sus categorías mentales, sus interpretaciones, sus percepciones...” (Corbetta, 2007, p.344).

Del paradigma cuantitativo se rescató la categorización del fenómeno a estudiar, en este caso las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres, en variables entre las que se establecieron relaciones estadísticas.

Cabe destacar que fueron razones pragmáticas las que generaron que se recurriera al paradigma cuantitativo, para complementar la investigación cualitativa: en primer lugar, la aplicación del cuestionario de preguntas en la entrevista se hacía muy largo y los/as prestadores/as de servicios de salud tenían un tiempo limitado para apoyar la investigación, por ello se decidió incorporar la encuesta, con preguntas y respuestas cerradas, como técnica de recolección de la información y poder tener los datos requeridos para completar el estudio y, por otro lado, también existía la limitación por parte de la investigadora que realizó el trabajo de campo, también relacionada con el tiempo. Sin embargo, esta complementariedad entre los métodos permitió obtener mayor comprensión de la realidad estudiada:

Justamente de la naturaleza complementaria y acumulativa de los métodos es como se pueden lograr avances. Atrás de cada dato hay conceptos.

Los estudios cualitativos han mostrado que esos datos con frecuencia se derivan de marcos conceptuales androcéntricos o que simplemente ignoran la presencia de las mujeres en los fenómenos estudiados. Por otra parte, los análisis cuantitativos abren nuevas preguntas de investigación, algunas de las cuales solo pueden ser abordadas por métodos cualitativos. La investigación es siempre un proceso dinámico en el que ambos métodos se retroalimentan. (Pedrero Nieto, 2012, p.240)

### ***Tipo de investigación***

Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva y explicativa.

Es exploratoria porque busca detallar una problemática de la cual existe poca investigación previa, ya que, si bien es cierto que son innumerables los estudios de las violencias contra las mujeres, se consiguieron pocos que abordaran el problema desde la perspectiva de las representaciones sociales de los/as prestadores de servicios de salud y ninguno enfocado en la ciudad de Barranquilla específicamente. En ese sentido, se buscó explorar nuevas perspectivas y que este trabajo sirviera de antecedente a futuras investigaciones.

Es descriptiva porque se persigue detallar las características que definen las representaciones sociales, estereotipos y opiniones que tienen los/as prestadores/as de servicios de salud sobre las violencias contra las mujeres, en sus rasgos más peculiares.

Según Carlos Sabino (1986): La investigación de tipo descriptiva trabaja sobre realidades de hechos, y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta. Para la investigación descriptiva, su preocupación primordial radica en descubrir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento. De esta forma se pueden obtener las notas que caracterizan a la realidad estudiada (p.51).

Además, posee componentes explicativos, en la medida en que se busca comprender y explicar, hasta cierto punto, la influencia que pueden tener las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres en la atención o desatención de las mujeres víctimas por parte de las IPS.

## **Diseño**

Se trata de una investigación de campo, definida por Fidias Arias (2006), como aquella que “consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna” (p.31). En este estudio los datos se obtuvieron directamente del personal administrativo y de salud en sus lugares de trabajo: las IPS seleccionadas, localizadas en la ciudad de Barranquilla.

Este trabajo de campo fue apoyado con la investigación documental, “aquella que se basa en la obtención y análisis de datos provenientes de materiales impresos u otros tipos de documentos” (Arias, 2006, p.49). En ese sentido, se emplearon como fuentes primarias, entrevistas y encuestas, y como fuentes secundarias, la revisión de libros, revistas, normas, reglamentos, informes y demás documentos que permitieron indagar sobre las representaciones sociales de los/as agentes prestatarios de servicios de salud en la respuesta institucional y su influencia en la garantía del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

Es de hacer notar que no se realizó un análisis de contenido de los documentos, que se trata de una técnica con entidad propia, sino un análisis textual de tipo cualitativo (Corbetta, 2007), de acuerdo al uso de esta herramienta en los estudios con enfoque de derechos humanos.

El diseño de investigación es no experimental, de corte descriptivo, ya que su objetivo es describir e identificar, sin ningún tipo de manipulación, a través de un instrumento las características de las variables, que en este caso son las percepciones y opiniones.

## **Población y Muestra**

Para esta investigación la población estuvo constituida por el personal asistencial y administrativo de nueve Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Barranquilla: Clínica Centro, Clínica Centro San Camilo, Clínica General del Norte, Clínica La Asunción, Clínica La Merced, Clínica La Victoria, Clínica Murillo, Hospital La Manga y Hospital Niño Jesús, que abarcan todas las localidades en las cuales se subdivide esta entidad. En este sentido, la muestra estuvo constituida de la siguiente manera:

Tabla 9. *Unidades de observación*

Área	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
Localidad Suroccidente	Hospital La Manga Clínica Centro San Camilo
Localidad Suroriente	Clínica La Victoria Clínica Murillo
Localidad Metropolitana	Clínica Centro
Localidad Riomar	Hospital Niño Jesús de Barranquilla
Localidad Norte Centro Histórico	Clínica La Asunción Clínica General del Norte Clínica La Merced

Fuente: Elaboración propia

En cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) se seleccionaron, de acuerdo a los criterios del muestreo no aleatorio, seis funcionarios/as, distribuidos/as en tres asistenciales y tres administrativos/as, para un total de 54 funcionarios/as prestadores/as de servicios de salud en nueve IPS de la ciudad de Barranquilla.

El universo de estudio de la entrevista y la encuesta se presenta en el siguiente cuadro, junto con el tamaño de la muestra a quienes se les aplicaron:

Tabla 10. *Universo de estudio*

Instrumento	Universo de estudio	Tamaño de muestra
Encuesta	Funcionarios/as administrativos/as y asistenciales de nueve IPS de la ciudad de Barranquilla.	49
Entrevista	Funcionarios/as administrativos/as y asistenciales de nueve IPS de la ciudad de Barranquilla.	54

Fuente: Elaboración propia

## Muestreo

El estudio seleccionó una muestra por conveniencia, “formada por los casos disponibles a los cuales tenemos acceso” (Battaglia, 2008, citado por Hernández Sampieri et al., 2014, p.390), teniendo en cuenta en los siguientes criterios para la selección que:

- La Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) aceptara hacer parte del estudio.

- La Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) se encontrara ubicada en la ciudad de Barranquilla.
- El personal seleccionado ejerciera funciones asistenciales y/o administrativas que implicara contacto directo con los/as pacientes.
- El personal asistencial y/o administrativo brindara su consentimiento para hacer parte del estudio.
- El personal asistencial y/o administrativo contara con la disposición y disponibilidad de tiempo para la aplicación del instrumento.

### **Diseño de las categorías de análisis**

La *Segunda Medición del Estudio sobre Tolerancia Social e Institucional de las Violencias contra las Mujeres* (Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, ONUMUJERES y AECID, 2015), fue el instrumento que sirvió de referencia para el diseño de las categorías usadas en este estudio. Se hizo un ajuste a lo establecido en este documento debido a que su fin último consistió en analizar la tolerancia social e institucional, mientras que nuestra investigación está delimitada a las representaciones sociales, en un área específica: los servicios de salud.

Se hizo uso del *Modelo Ecológico Feminista Integrado*, impulsado por Lori Hesse desde 1998: “El modelo se basa en el reconocimiento de las violencias contra las mujeres como un fenómeno dinámico que se produce en la interacción de las historias individuales, las relaciones más inmediatas (microsistema), los ámbitos socioeconómicos donde se producen (exosistema) y los contextos culturales (macrosistemas)” (Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, ONUMUJERES y AECID, 2015, p.12). Este modelo ha sido usado también por las entidades que conforman el sistema de Naciones Unidas.

A partir de este modelo, se definieron categorías que eran relevantes para cumplir con los objetivos de la investigación y se definieron los conceptos. Este procedimiento se usó tanto para las entrevistas como para las encuestas, de acuerdo con la información que aparece en la Tabla 11.

Tabla 11. *Categorías de estudio*

Categorías	Concepto	Subcategorías	Técnica	Índices
Conocimiento sobre las leyes y mecanismos para la atención de las mujeres víctimas de violencia contra las mujeres	El/la funcionario/a prestador/a de servicios de salud se encuentra informado/a de la normatividad actual en materia de atención a mujeres víctimas de violencia de género y de las medidas que deben garantizar los servicios de salud.		Entrevista	5,6,7,8,9,10, 11,12 y 13
Opiniones sobre la violencia de género	Percepciones y concepciones que tienen los/as agentes de salud sobre las violencias de género.		Entrevista	14,15,16,17, 18,19 y 20
Macrosistema-Contextos culturales	Se refiere a los valores, creencias y representaciones culturales que producen y reproducen el ordenamiento patriarcal de las sociedades (Segunda medición del estudio sobre tolerancia, 2015).	Profundización de los roles de género	Encuesta	1,2,3,4,5,6,7, 8,9 y 10
		Aprobación social del castigo físico hacia las mujeres	Encuesta	11 y 12
		Menosprecio	Encuesta	13,14,15, 16,17,18,19, 20 y 21
Exosistema	Aspectos originados en los factores estructurales pero que afectan los entornos más cotidianos de las personas e incluye para el caso de las violencias contra las mujeres, la posición socioeconómica, el aislamiento de las mujeres y las familias y el rol de los pares (Segunda medición del estudio sobre tolerancia, 2015).	Legitimación social de la violencia en razón de la pobreza	Encuesta	22
		Separación del espacio público y privado	Encuesta	23,24,25 y 26
Microsistema-Relaciones interpersonales	Son los entornos más próximos en los que se gestan o se potencian las agresiones porque, a través de diferentes dispositivos y mecanismos, se construye el sistema de relaciones de los integrantes de la familia que potencian o generan las violencias contra las mujeres (Segunda medición del estudio sobre tolerancia, 2015).	Ordenamiento patriarcal de las familias	Encuesta	27,28 y 29

Categorías	Concepto	Subcategorías	Técnica	Índices
Endosistema Historias personales	El proceso de aprendizaje y normalización de la violencia surtida durante la infancia respecto al cual se incorporaron nociones que validan la violencia como un medio aceptable de interacción (Segunda medición del estudio sobre tolerancia, 2015).	Justificación de la violencia sobre la base de la historia personal.	Encuesta	30 y 31
Ruta crítica	Es un proceso que se construye a partir de la secuencia de decisiones tomadas y acciones ejecutadas por las mujeres afectadas por las violencias de género y las respuestas encontradas en su búsqueda de soluciones (Segunda medición del estudio sobre tolerancia, 2015).	Conciliación	Encuesta	32,33, 34 y 35

Fuente: Elaboración propia

### Técnicas e Instrumentos

Como se indicó, el estudio se realizó a partir de la aplicación de técnicas cualitativas (encuestas) y cuantitativas (entrevistas).

**a) Encuesta:** Se trata de “una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características” (Casas Anguita, Repullo Labrador & Donado Campos, 2003, p.528).

Se utilizó una Escala de Likert que “consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se le solicita al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico” (Hernández Sampieri et al., 2014, p.238).

La Escala de Likert, instrumento base de esta investigación, se diseñó utilizando ítems del cuestionario validado por la escala de medida en el sistema de análisis de información seleccionado (alfa de Cronbach), el cual fue adecuado de la *Segunda Medición del Estudio sobre Tolerancia Social e Institucional de las Violencias contra las Mujeres* emitido por la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer.

El alfa de Cronbach

permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach. La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. (Frías-Navarro, s.f., p.1)

La escala Likert quedó constituida por 35 ítems en donde se midieron cinco grandes variables, organizadas de la siguiente manera:

Tabla 12. *Variables de estudio*

Macrosistema - Contextos culturales	Profundización de los roles de género	10 ítems
	Aprobación social del castigo físico	2 ítems
	Menosprecio	9 ítems
Exosistema	Legitimación social de la violencia en razón de la pobreza	1 ítems
	Separación del espacio público y privado	4 ítems
Microsistema - relaciones interpersonales	Ordenamiento patriarcal de las familias	3 ítems
Historias personales	Justificación de la violencia sobre la base de la historia personal	2 ítems
Ruta crítica	Atención - Conciliación	4 ítems

Fuente: Elaboración propia

Para responder a los ítems se incorporaron cinco opciones de respuesta:

**Totalmente de acuerdo:** Si se cumple **totalmente** la afirmación en su caso.

**De acuerdo:** Si se cumple en **alguna medida** la afirmación en su caso.

**Ni de acuerdo ni en desacuerdo:** Si no se cuenta con una postura clara sobre el tema.

**En desacuerdo:** Si **no se cumple en alguna medida** la afirmación en su caso.

**Totalmente en desacuerdo:** Si **no se cumple** la afirmación en su caso.

**b) Entrevista:** En relación con la técnica cualitativa, se aplicó la entrevista estructurada, que como su nombre lo indica, se realiza conforme a un esquema fijo y sobre la base de un formulario de precisión para controlar las respuestas. Todas las preguntas se definieron previamente y fueron aplicadas en el mismo orden al personal entrevistado.

El cuestionario diseñado fue validado por personas expertas en la temática género y salud. El cuestionario estuvo constituido por 20 preguntas, con las que se midieron el conocimiento sobre las leyes y los mecanismos para la atención de las mujeres víctimas de violencia contra las mujeres y algunas opiniones sobre la violencia de género, así como datos sociodemográficos de las personas entrevistadas, de acuerdo a lo reflejado en la Tabla 13.

Tabla 13. *Variables del cuestionario de entrevista*

Datos sociodemográficos	4 ítems
Conocimiento sobre las leyes y mecanismos para la atención de las mujeres víctimas de violencia	9 ítems
Opiniones sobre la violencia de género	7 ítems

Fuente: Elaboración propia

Previo consentimiento de las personas entrevistadas y asegurándoles la confidencialidad, explicándoles el uso que se daría a las entrevistas y brevemente el estudio, se grabaron las entrevistas para hacer más fácil la recuperación de la información obtenida, se transcribieron íntegramente y se analizó su contenido. Se crearon categorías que permitieron medir los resultados.

Además, como se indicara, también se usaron como técnicas de recolección de información, la revisión documental y bibliográfica especializada en la temática para elaborar el marco de referencia del proyecto.

## **Procedimiento**

En la elaboración del presente estudio, se desarrollaron las siguientes fases:

1. Revisión de la literatura actualizada en torno a las temáticas: violencia contra las mujeres, género, derecho a la salud como un derecho humano, las perspectivas de género en el sector salud y las representaciones sociales.
2. Revisión de la legislación nacional e internacional que regula la protección a la mujer en el ámbito sanitario y el derecho a una vida libre de violencias.
3. Identificación de los indicadores de cada una de las dimensiones y construcción de un banco de ítems o afirmaciones por dimensión.
4. Elección del formato y diseño del instrumento de encuesta.
5. Validación del instrumento mediante la aplicación del alfa de Cronbach.
6. Diseño del cuestionario de entrevista.
7. Validación del cuestionario mediante juicio de expertos/as.
8. Versión final del instrumento y organización de la aplicación.
9. Revisión con base en datos del Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), la información disponible sobre las IPS de la ciudad de Barranquilla (N° de IPS, naturaleza, dirección, teléfono, correo electrónico y gerente).
10. Solicitud de autorización para aplicación de instrumentos en las IPS seleccionadas (solicitud escrita).
11. Socialización del proyecto en las IPS interesadas en el mismo.
12. Socialización del proyecto ante el Comité de Ética de la Clínica General del Norte.
13. Selección de IPS de acuerdo a criterios de muestreo.
14. Elaboración de formato de consentimiento informado para diligenciamiento del personal seleccionado.
15. Aplicación del instrumento y encuesta a personal asistencial y administrativo de las IPS seleccionadas.
16. Transcripción de entrevistas.
17. Preparación de los datos para el análisis: tabulación, codificación y elaboración de matriz en Excel, correspondiente a encuestas y entrevistas.
18. Estimación de la confiabilidad y validez final del instrumento a través de los datos.

19. Elaboración del diario de campo con todas las actividades desarrolladas en la investigación.
20. Análisis de los datos.
21. Elaboración del informe técnico, informe de autoevaluación y del proyecto de investigación.

## **Análisis datos**

### ***Encuesta***

Para la validación del instrumento se empleó el alfa de Cronbach, el cual arrojó los siguientes resultados:

Tabla 14. *Validación de instrumento (encuesta)*

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	Nº de elementos
,753	35

Fuente: Elaboración propia

Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,75, lo que muestra una confiabilidad aceptable del instrumento como se puede ver en la Tabla 14.

El proceso de análisis y validación del instrumento, requirió revertir los siguientes ítems:

- Con apoyo, los agresores pueden superar sus problemas de agresión.
- Todos los agresores deben ser judicializados.
- Si un hombre maltrata a su esposa otras personas ajenas a la familia deben intervenir.
- Los casos de tocamientos de glúteos o senos deben ser conocidos por las entidades del Estado.
- Si está en sus manos resolver un caso de violencia de pareja, la acción que haría sería buscar que las partes concilien.
- Si está en sus manos resolver un caso de violencia de pareja, busca que el agresor salga de la casa.
- La conciliación con el agresor es inviable cuando la víctima corre peligro.

Tabla 15. *Análisis descriptivo*

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujeres	39	79,6
	Hombres	10	20,4
Área	Personal asistencial	26	53,1
	Personal administrativo	23	46,9
Tipo de IPS	Clínica	35	71,4
	Hospital	14	28,6
Localidades Barranquilla	Suroccidente	9	18,4
	Suroriente	10	20,4
	Metropolitana	6	12,2
	Riomar	5	10,2
	Norte Centro Histórico	19	38,8
Naturaleza jurídica	Pública	6	12,2
	Privada	34	69,4
	Mixta	9	18,4

Fuente: Elaboración propia

Se aplicó la encuesta a 49 personas, como se evidencia en la Tabla 15, la mayoría de las entrevistadas fueron mujeres que representaron el 79,6 % y el 20,4 % hombres. Del total, el 53,1 % corresponde a personal asistencial y el 46,9 % a personal administrativo; el 71,4 % laboran en clínicas y el 28,6 % en hospitales; desde el enfoque de localidades el 18,4 % es de la localidad Suroccidente, el 20,4 % de la localidad Suroriente, el 12,2 % de la localidad Metropolitana, el 10,2 % de la localidad Riomar y el 38,8 % de la localidad Norte Centro Histórico. En lo relacionado a la naturaleza jurídica de la institución para la cual laboran, el 12,2 % de los encuestados trabajan en una institución prestadora de salud de carácter público, el 69,4 % en institución privada y el 18,4 % en una institución mixta.

### **Análisis de frecuencia por ítems**

Se hizo el análisis por ítems del instrumento aplicado a la población objeto de estudio, organizado por las categorías anteriormente identificadas:

Ámbitos del modelo ecológico feminista integrado

## 1. Macrosistema - Contextos culturales

### 1.1. Profundización de los roles de género

Tabla 16. Análisis de frecuencia de la categoría “profundización de los roles de género”

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Los hombres de verdad son capaces de controlar a sus mujeres	2 (4,1 %)	7 (14,3 %)	6 (12,2 %)	20 (40,8 %)	14 (28,6 %)
No me gusta cuando veo un hombre con actitudes femeninas	9 (18,4 %)	12 (24,5 %)	9 (18,4 %)	8 (16,3 %)	11 (22,4 %)
Los hombres siempre están listos para tener sexo	7 (14,3 %)	16 (32,7 %)	6 (12,2 %)	14 (28,6 %)	6 (12,2 %)
Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos	11 (22,4 %)	18 (36,7 %)	3 (6,1 %)	9 (18,4 %)	8 (16,3 %)
El papel más importante de las mujeres es cuidar de su casa, cocinar y cuidar a su familia	1 (2 %)	4 (8,2 %)	2 (4,1 %)	15 (30,6 %)	27 (55,1 %)
Una mujer está completa y se realiza solo cuando tiene hijos e hijas	0 (0 %)	1 (2 %)	3 (6,1 %)	18 (36,7 %)	27 (55,1 %)
Las mujeres son las que deben cuidarse para no quedar embarazadas	2 (4,1 %)	3 (6,1 %)	1 (2 %)	15 (30,6 %)	28 (57,1 %)
Se justifica pegarle a una mujer cuando ha sido infiel	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	12 (24,5 %)	36 (73,5 %)
Si las mujeres conservaran su lugar serían menos agredidas por sus parejas	6 (12,2 %)	5 (10,2 %)	3 (6,1 %)	12 (24,5 %)	23 (46,9 %)
La mujer que desea mantener unida a su familia aguanta la violencia del marido	1 (2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	8 (16,3 %)	40 (81,6 %)

Fuente: Elaboración propia

El 40,8 % de la muestra está en desacuerdo con respecto a que “Los hombres de verdad son capaces de controlar a sus mujeres”; el 24,5 % de la mues-

tra está de acuerdo con respecto a “No me gusta cuando veo un hombre con actitudes femeninas”; el 32,7 % de la muestra se encuentra de acuerdo en que “Los hombres siempre están listos para tener sexo”; el 36,7 % de la muestra se encuentra de acuerdo en que “Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos”; el 55,1 % de la muestra está totalmente en desacuerdo en que “El papel más importante de las mujeres es cuidar de su casa, cocinar y cuidar a su familia”; el 55,1 % de la muestra se encuentra totalmente en desacuerdo con respecto a que “Una mujer está completa y se realiza solo cuando tiene hijos e hijas”; el 57,1 % de la muestra se mantiene totalmente en desacuerdo en que “Las mujeres son las que deben cuidarse para no quedar embarazadas”; el 73,5 % de la muestra está totalmente en desacuerdo con respecto a que “Se justifica pegarle a una mujer cuando ha sido infiel”; el 46,9 % de la muestra se considera totalmente en desacuerdo con respecto a que “Si las mujeres conservaran su lugar serían menos agredidas por sus parejas”; y el 81,6 % de la muestra está totalmente en desacuerdo en que “La mujer que desea mantener unida a su familia aguanta la violencia del marido”.

Cabe destacar los resultados asociados al ítem “Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos”, ya que la sumatoria entre las personas que están totalmente de acuerdo y de acuerdo, representa el 59,1 % de la muestra total. Esto significa que más de la mitad de las personas entrevistadas considera que los hombres pueden agredir si se les provoca, cuando en realidad, no hay ninguna justificación ni provocación que legitime la violencia.

También hay que señalar que en los ítems “Se justifica pegarle a una mujer cuando ha sido infiel” y “La mujer que desea mantener unida a su familia aguanta la violencia del marido”, la sumatoria entre quienes están en desacuerdo y completamente en desacuerdo representa la mayoría absoluta, lo que significa, por un lado que se está consciente que la infidelidad no justifica la violencia contra las mujeres y por otro lado, superando, visiones tradicionales, se considera que la unión de la familia no debe basarse en el sometimiento de la mujer a la violencia que le infringe su pareja.

### 1.2. Aprobación social del castigo físico hacia las mujeres

Tabla 17. *Análisis de frecuencia de la categoría “aprobación social del castigo físico hacia las mujeres”*

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Las mujeres que siguen con sus parejas después de ser golpeadas es porque les gusta	6 (12,2 %)	6 (12,2 %)	6 (12,2 %)	16 (32,7 %)	15 (30,6 %)
Las mujeres celosas buscan que las maltraten	1 (2 %)	3 (6,1 %)	3 (6,1 %)	20 (40,8 %)	22 (44,9 %)

Fuente: Elaboración propia

El 32,7 % de la muestra respondió estar en desacuerdo con respecto a que “Las mujeres que siguen con sus parejas después de ser golpeadas es porque les gusta” y el 44,9 % de la muestra cree estar totalmente en desacuerdo con respecto a que “Las mujeres celosas buscan que las maltraten”.

### 1.3. Menosprecio

Tabla 18. *Análisis de frecuencia de la categoría “menosprecio”*

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Al tema de las violencias contra las mujeres se le da más importancia de la que merece	2 (4,1 %)	3 (6,1 %)	3 (6,1 %)	21 (42,9 %)	20 (40,8 %)
Por lo general, las mujeres exageran los hechos de violencia	0 (0 %)	1 (2 %)	2 (4,1 %)	30 (61,2 %)	16 (32,7 %)
La violencia de pareja tiene menos impacto que la violencia contra los niños, niñas y adolescentes	2 (4,1 %)	10 (20,4 %)	5 (10,2 %)	13 (26,5 %)	19 (38,8 %)
Las mujeres que se visten de manera provocativa se exponen	11 (22,4 %)	12 (24,5 %)	2 (4,1 %)	9 (18,4 %)	15 (30,6 %)

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Si una mujer no opone resistencia, no se puede decir que fue una violación	3 (6,1 %)	3 (6,1 %)	1 (2 %)	21 (42,9 %)	21 (42,9 %)
Todos los hombres son propensos a ser agresores	2 (4,1 %)	5 (10,2 %)	4 (8,2 %)	21 (42,9 %)	17 (34,7 %)
Los violadores son, por lo general, hombres que no pueden controlar sus instintos sexuales	11 (22,4 %)	9 (18,4 %)	5 (10,2 %)	13 (26,5 %)	11 (22,4 %)
Con apoyo los agresores pueden superar sus problemas de agresión	11 (22,4 %)	25 (51 %)	1 (2 %)	7 (14,3 %)	5 (10,2 %)
Todos los agresores deben ser judicializados	27 (55,1 %)	18 (36,7 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	3 (6,1 %)

Fuente: Elaboración propia

El 42,9 % de la muestra cree estar en desacuerdo con respecto a que “Al tema de las violencias contra las mujeres se le da más importancia de la que merece”; el 61,2 % de la muestra están en desacuerdo con respecto a que “Por lo general, las mujeres exageran los hechos de violencia”; el 38,8 % de la muestra expresa que está totalmente en desacuerdo con respecto a que “La violencia de pareja tiene menos impacto que la violencia contra los niños, niñas y adolescentes”; el 30,6 % de la muestra considera que totalmente en desacuerdo con respecto a que “Las mujeres que se visten de manera provocativa se exponen”; el 42,9 % de la muestra se encuentra en desacuerdo y totalmente en desacuerdo con respecto a “Si una mujer no opone resistencia, no se puede decir que fue una violación”; el 42,9 % de la muestra se encuentra en desacuerdo con respecto a que “Todos los hombres son propensos a ser agresores”; el 22,4 % de la muestra se encuentra totalmente de acuerdo y totalmente en desacuerdo con respecto a que “Los violadores son, por lo general, hombres que no pueden controlar sus instintos sexuales”; el 51 % de la muestra aprueba que de acuerdo con respecto a que “Con apoyo los agresores pueden superar sus problemas de agresión” y el 55,1 % se encuentra totalmente de acuerdo con respecto a que “Todos los agresores deben ser judicializados”. En

los dos últimos ítems se puede constatar que más de la mitad de las personas encuestadas cree que los hombres agresores pueden superar esta situación, de igual manera, más de la mitad considera que los agresores deben ser judicializados, en este último caso, hay que destacar que esa creencia significa el reconocimiento de que la violencia de género no es un asunto privado, sino que le compete al Estado asegurar a las mujeres una vida libre de violencia, pero en futuras investigaciones habría que indagar si esta fuerte creencia en la judicialización, no estaría relacionada con el hecho de que parte del personal que labora en los centros de salud, opina que la violencia contra las mujeres se trata de un asunto en el cual no tienen competencia.

Es importante hacer mención que la sumatoria de totalmente de acuerdo y de acuerdo, en los ítems “Las mujeres que se visten en forma provocativa se exponen” (46,9 %) y “Los violadores son, por lo general, hombres que no pueden controlar sus instintos sexuales” (40,8 %), indica que todavía hay creencias arraigadas en el personal prestador de servicios de las IPS, basado en los estereotipos de género.

## 2. Exosistema

### 2.1. Legitimación social de la violencia en razón de la pobreza

Tabla 19. Análisis de frecuencia de la categoría “legitimación social de la violencia en razón de la pobreza”

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
La violencia contra las mujeres es más frecuente en los sectores más pobres	10 (20,4 %)	16 (32,7 %)	4 (8,2 %)	12 (24,5 %)	7 (14,3 %)

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 19, llama la atención que más de la mitad de las personas encuestadas, el 53,1 %, consideró estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con que la violencia contra las mujeres es más frecuente en los sectores pobres. Este dato es importante, porque esta creencia no se ajusta a la realidad, según la cual la violencia contra las mujeres se da en todos los estratos sociales, lo

que puede variar en la forma de manifestarse y, además, puede generar la invisibilización de los casos de violencia de género, cuando la víctima no se ajuste al estereotipo de mujer pobre que existe en el imaginario colectivo.

## 2.2. Separación del espacio público y privado

Tabla 20. *Análisis de frecuencia de la categoría “separación del espacio público y privado”*

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Los problemas familiares solo deben discutirse con miembros de la familia	4 (8,2 %)	15 (30,6 %)	2 (4,1 %)	21 (42,9 %)	7 (14,3 %)
Si un hombre maltrata a su esposa otras personas ajenas a la familia deben intervenir	10 (20,4 %)	26 (53,1 %)	2 (4,1 %)	6 (12,2 %)	5 (10,2 %)
Lo que pasa en el espacio privado no es responsabilidad de las instituciones	1 (2 %)	5 (10,2 %)	3 (6,1 %)	19 (38,8 %)	21 (42,9 %)
Los casos de tocamientos de glúteos o senos deben ser conocidos por las entidades del Estado	16 (32,7 %)	23 (46,9 %)	2 (4,1 %)	3 (6,1 %)	5 (10,2 %)

Fuente: Elaboración propia

El 42,9 % está en desacuerdo con respecto a que “Los problemas familiares solo deben discutirse con miembros de la familia”; el 53,1 % está de acuerdo con respecto a que “Si un hombre maltrata a su esposa otras personas ajenas a la familia deben intervenir”; el 42,9 % de la muestra se encuentra totalmente en desacuerdo con que “Lo que pasa en el espacio privado no es responsabilidad de las instituciones” y el 46,9 % de la muestra está de acuerdo con que “Los casos de tocamientos de glúteos o senos deben ser conocidos por las entidades del Estado”. En este último caso, también destaca que la sumatoria entre quienes están de acuerdo y totalmente de acuerdo representa el 79,6 % del total, lo que significa que hay una conciencia mayor de casos de violencia contra las mujeres que anteriormente no se reconocían como tales.

### 3. Microsistema - Relaciones interpersonales

#### 3.1. Ordenamiento patriarcal de las familias

Tabla 21. Análisis de frecuencia de la categoría “ordenamiento patriarcal de las familias”

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Los hombres son la cabeza del hogar	6 (12,2 %)	8 (16,3 %)	9 (18,4 %)	16 (32,7 %)	10 (20,4 %)
Es normal que los hombres no dejen salir sola a su pareja	2 (4,1 %)	4 (8,2 %)	4 (8,2 %)	21 (42,9 %)	18 (36,7 %)
El Estado debe hacer un esfuerzo para que las parejas permanezcan juntas a pesar de que haya violencia	3 (6,1 %)	1 (2 %)	4 (8,2 %)	17 (34,7 %)	24 (49 %)

Fuente: Elaboración propia

El 32,7 % de la muestra opina estar en desacuerdo con respecto a que “Los hombres son la cabeza del hogar”; el 42,9 % se encuentra en desacuerdo con respecto a que “Es normal que los hombres no dejen salir sola a su pareja” y el 49 % de la muestra expresaron estar totalmente en desacuerdo con respecto a que “El Estado debe hacer un esfuerzo para que las parejas permanezcan juntas a pesar de que haya violencia”.

### 4. Historias personales

#### 4.1. Justificación de la violencia sobre la base de la historia personal

Tabla 22. Análisis de frecuencia de la categoría “justificación de la violencia sobre la base de la historia personal”

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Hay casos de violencia de pareja en los que pareciera que a la mujer le gusta que le peguen	8 (16,3 %)	20 (40,8 %)	3 (6,1 %)	8 (16,3 %)	10 (20,4 %)
Solo las mujeres sin autoestima sufren de violencia	1 (2 %)	3 (6,1 %)	1 (2 %)	22 (44,9 %)	22 (44,9 %)

Fuente: Elaboración propia

El 57,1 % de la muestra se encuentra de acuerdo y totalmente de acuerdo con respecto a que “Hay casos de violencia de pareja en los que pareciera que a la mujer le gusta que le peguen”, este dato debe llamar la atención porque responde a uno de los estereotipos más arraigados en los casos de violencia contra las mujeres, que las señala como masoquistas, que les gusta que les peguen, sin entender el ciclo de la violencia, la pérdida de autoestima que puede tener una mujer que está sometida a agresión, así como un conjunto de factores socioculturales y económicos que pueden llevarla a mantenerse en una relación violenta y que nada tienen que ver con el deseo de ser agredida. Detrás de toda agresión, hay humillación, abuso e irrespeto, a ninguna mujer le gusta padecerlos, hay que crear conciencia y educar sobre este tema.

Es importante destacar que más del 80 % de las personas entrevistadas, se encuentran en desacuerdo y totalmente en desacuerdo con respecto a que “Solo las mujeres sin autoestima sufren de violencia”, ya que supone entender que mujeres que se perciben como seguras de sí mismas y con autonomía personal y económica, también pueden padecerla, ya que el factor de riesgo es ser mujer.

## 5. Ruta crítica

### 5.1. Conciliación

Tabla 23. Análisis de frecuencia de la categoría “conciliación”

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Si está en sus manos resolver un caso de violencia de pareja, la acción que haría sería buscar que las partes concilien	7 (14,3 %)	28 (57,1 %)	1 (2 %)	7 (14,3 %)	6 (12,2 %)
Si está en sus manos resolver un caso de violencia de pareja, busca que el agresor salga de la casa	8 (20,4 %)	19 (18,4 %)	3 (6,1 %)	9 (38,8 %)	10 (16,3 %)

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Frente a la conciliación en casos de violencia intrafamiliar, lo más importante es la unidad familiar, por esto es mejor conciliar	8 (16,3 %)	23 (46,9 %)	1 (2 %)	10 (20,4 %)	7 (14,3 %)
La conciliación con el agresor es inviable cuando la víctima corre peligro	21 (42,9 %)	16 (32,7 %)	0 (0 %)	4 (8,2 %)	8 (16,3 %)

Fuente: Elaboración propia

Los resultados de esta categoría deben llamar la atención de las autoridades, ya que los datos muestran que la conciliación entre el agresor y la mujer víctima de violencia de género es una alternativa para solucionar los problemas de este tipo que se den en el contexto de una relación de pareja, sin que se entre a reflexionar que para que la conciliación sirva como método de resolución de conflicto, debe existir igualdad entre las partes, lo que resulta imposible en los casos de violencia de género, en virtud de las relaciones desiguales de poder.

El 71,4 % de la muestra se encuentra de acuerdo o totalmente de acuerdo con respecto a que “Si está en sus manos resolver un caso de violencia de pareja, la acción que haría sería buscar que las partes concilien”. También debe ser una alerta que 55,1 % no esté de acuerdo o totalmente en desacuerdo en sacar al agresor de la casa, sin entrar a analizar las posibles consecuencias para la víctima de continuar habitando la misma casa que este y no se considere que mantener la situación que generó la violencia, hace que el riesgo continúe y el hogar se convierte en el sitio más peligroso para las mujeres.

También, el 46,9 % opina estar de acuerdo con respecto a que “Frente a la conciliación en casos de violencia intrafamiliar, lo más importante es la unidad familiar, por esto es mejor conciliar”, dato que se compara con el hecho de que el 42,9 % de la muestra se encuentra totalmente de acuerdo con respecto a que “La conciliación con el agresor es inviable cuando la víctima corre peligro”.

En la mayoría de los ítems los mayores porcentajes se cargan hacia los niveles de desacuerdo, salvo para los ítems revertidos.

Tabla 24. Análisis inferencial

		Frecuencia	Global	Macrosistema - Contextos culturales	Profundización de los roles de género	Aprobación social del castigo físico hacia las mujeres	Menosprecio	Exosistema	Legitimación social de la violencia en razón de la pobreza	Separación del espacio público y privado	Microsistema - relaciones interpersonales	Historias personales	Ruta crítica de atención
Sexo	Femenino	39	0,14	0,35	0,53	0,93	0,37	0,07	0,03*	0,30	0,37	0,75	0,03*
	Masculino	10											
Área	Personal asistencial	26											
	Personal administrativo	23	0,05	0,08	0,41	0,02*	0,04*	0,12	0,32	0,38	0,05	0,96	0,36
Categoriza- ción IPS	Clínica	35											
	Hospital	14	0,56	0,41	0,11	0,48	0,74	0,43	0,88	0,38	0,88	0,14	0,70
Localidades Barranquilla	Suroccidente	9											
	Suroriente	10											
	Metropolitana Riomar	6 5	0,79	0,71	0,48	0,50	0,43	0,80	1,00	0,90	0,85	0,42	0,99
Naturaleza jurídica	Norte Centro Histórico	19											
	Pública Privada Mixta	6 34 9	0,65	0,53	0,19	0,73	0,80	0,72	0,96	0,58	0,97	0,55	0,89

P-valor: significativo mediante prueba wilcoxon para las variables sexo, área y tipo de IPS

Fuente: Elaboración propia

En el estudio se relacionaron las características sociodemográficas y cada una de las categorías del instrumento. Para lo cual se empleó para sexo, área y tipo de IPS la prueba Wilcoxon encontrándose p-valores significativos como se evidencia en la Tabla 24. Para las variables localidad y naturaleza jurídica se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis no encontrándose valores significativos.

Relacionada la característica sexo y las categorías “legitimación social de la violencia en razón de la pobreza”, y “ruta crítica de atención” se encontró un p-valor significativo equivalente a  $p = 0,03^*$  para ambas relaciones. En el caso de la característica área y la categoría “aprobación social del castigo físico hacia las mujeres” se halló una relación significativa de  $p = 0,02^*$  y con la categoría “menosprecio” un p-valor significativo de  $p = 0,04^*$ .

### Entrevista

Se entrevistaron a 54 funcionarios de nueve Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Barranquilla, 27 corresponden a personal administrativo y 27 a personal asistencial. De la información arrojada por las entrevistas transcritas, se construyeron categorías y se realizó el correspondiente análisis organizando los datos de la siguiente manera: principal agresor de las mujeres, atención brindada a las mujeres víctimas de violencia de género, principal causa generadora de la agresión hacia las mujeres, conceptualización de la violencia contra la mujer por razones de género, conocimiento de la normatividad actual que garantiza a las mujeres una vida libre de violencias, detección de la violencia en mujeres, formación para la atención integral de la mujer, existencia en la IPS del protocolo de atención, registro de la información de las víctimas de violencia de género, rol del/la funcionario/a prestador/a de servicios de salud y propuestas de solución a la problemática.

Tabla 25. Análisis descriptivo de la categoría “Agresor”

CATEGORÍA = Agresor	
	Frec. (%)
Adictos	1 (1,7 %)
Estrato bajo	1 (1,7 %)
Familia	4 (6,7 %)
Hombre y mujer	2 (3,3 %)

Hombres	48 (80 %)
Mujeres	2 (3,3 %)
Personas mayores	1 (1,7 %)
Policías	1 (1,7 %)
Total	60 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

Se destaca dentro del análisis de los datos, que el 80 % de la muestra considera que los hombres son las personas que con mayor frecuencia agreden o maltratan a las mujeres.

Pues en el hospital siempre llegan, la mayoría son mujeres agredidas por la pareja, por el esposo, son pocos casos que vienen o que de pronto por el típico machismo el hombre no reporta estos casos, pero la mayoría son las mujeres que reportan esto. (Entrevista 74-G)

Definitivamente que los hombres, verdad, no cabe duda que ya hay grandes niveles en que ya las mujeres han optado formas de agredirse entre ellas, pero sigue siendo todavía en una estadística mayor que el hombre y sobre todo sus compañeros permanentes, son los que agreden a estas mujeres. (Entrevista 47-G)

Tabla 26. *Análisis descriptivo de la categoría “Atención”*

CATEGORÍA = Atención	
	Frec. (%)
Asistencial	5 (12,2 %)
Interdisciplinaria	25 (61 %)
No tienen competencia	4 (9,8 %)
Ruta de atención estatal	5 (12,2 %)
Solo psicología	2 (4,9 %)
Total	41 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

En relación con el tipo de atención brindada por las IPS, se destaca dentro del análisis de los datos, que el 61 % de la muestra considera que la atención a las mujeres víctimas de violencia de género brindada en sus instituciones ha

sido interdisciplinaria, al integrar las distintas áreas de la salud en pro de la mujer. A continuación, un ejemplo de una de las respuestas dada:

Pues si está en hospitalización, intervenimos de forma integral, el médico que es la persona encargada de evaluarla y trabajo social, una persona encargada de orientarla, denunciar si es el caso, orientarla más o menos como tiene que denunciar, ese es más o menos el trabajo de apoyo de trabajo social y psicología, brindarle el apoyo, el apoyo dependiendo de la situación, si está en crisis, si no está en crisis, cómo está, dependiendo esa, cómo esté la paciente y a nivel de las personas que vienen aquí a consulta externa se le da el apoyo, el apoyo familiar o el apoyo terapéutico dependiendo. (Entrevista 9G)

Cabe destacar que, en este punto, hay que profundizar para conocer realmente en qué consiste la atención interdisciplinaria de la cual hablan los/as prestadores/as de servicios, lo cual puede plantearse en futuras investigaciones.

Tabla 27. *Análisis descriptivo de la categoría “Causa”*

CATEGORÍA = Causa	
	Frec. (%)
Adicciones	9 (12,3 %)
Celos	12 (16,4 %)
Conflictos entre parejas	7 (9,6 %)
Culpa de la mujer	12 (16,4 %)
Débil accionar del Estado	3 (4,1 %)
Débil comunicación en la pareja	2 (2,7 %)
Dependencia económica	1 (1,4 %)
Discriminación de género	3 (4,1 %)
Falta de educación	4 (5,5 %)
Infidelidad	4 (5,5 %)
Machismo	7 (9,6 %)
Ordenamiento familiar	4 (5,5 %)
Pobreza	5 (6,9 %)
Total	73 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

En relación con las causas de la violencia, se puede apreciar que se señalan distintos factores, destacando que los mayores porcentajes (16,4 % en ambos casos) considera que la principal causa por la que agreden a las mujeres es por celos y por circunstancias provocadas por ellas mismas (culpa de la mujer). Este último dato es comparable con las respuestas dadas en la encuesta, en la que se señala que hay mujeres a las cuales les gusta ser golpeadas y esta debe llevar a las autoridades con competencia en la materia, a tomar medidas para erradicar estos estereotipos que se constituyen en barreras y obstáculos para la protección y garantía integral del derecho de las mujeres a una vida libre de violencias.

Pese a que la mayoría de las personas entrevistadas no visualiza las desigualdades como una causa de la violencia de género, destaca la respuesta de una de las personas entrevistadas en relación con este tema:

Sin lugar a dudas, el proceso que ellas manejan de que todavía no estamos en una igualdad de condiciones sociales, laborales, económicas, donde el hombre es el que lleva de pronto el sustento a la casa y del otro lado, la parte de que todavía en este país aunque hemos avanzado mucho no estamos en igualdad de condiciones, en cuanto al estudio, en cuanto a lo laboral, en cuanto a los mismos cargos en los entes administrativos, gubernamentales, verdad, pero se ha avanzado, esperemos que los gobiernos adopten unas posiciones donde la mujer tenga el equilibrio normal de lo que significa que en el mundo seamos iguales todos, un 50 y 50 %. (Entrevista 46G)

Tabla 28. *Análisis descriptivo de la categoría “Conceptualización”*

CATEGORÍA = Conceptualización	
	Frec. (%)
Acción injustificable	1 (2 %)
Acto contra voluntad	3 (5,9 %)
Agresión física	19 (37,3 %)
Discriminación	1 (2 %)
Enfermedad	1 (2 %)
Maltrato fines de dominio	3 (5,9 %)
Multifactorial	20 (39,2 %)
Violencia por ser mujer	1 (2 %)
Vulneración de derechos	2 (3,9 %)
Total	51 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

Se resalta dentro del análisis de los datos, que el 39,2 % de la muestra considera que la violencia de género es multifactorial porque afecta de varias formas el bienestar de la mujer: físico, sexual, psicológico, económico y social. No obstante, también cabe destacar que el segundo mayor porcentaje es la agresión física (37,3 %), lo que significa que se sigue viendo como violencia aquella que deja rastros físicos, lo que invisibiliza las secuelas a largo plazo que puede generar la violencia psicológica.

Es preciso alertar los bajos porcentajes obtenidos por la categoría discriminación (2 %) y vulneración de derechos (3,9 %), esto quiere decir que menos del 6 % visualiza la problemática como un asunto relacionado con los derechos humanos, lo que trae como consecuencia que no se concientice de las obligaciones que tienen como prestadores de un servicio público asociado al derecho a la salud, ya que la violencia de género ha sido declarada como problema de salud pública, como se indicó en páginas precedentes.

Es necesario que se den herramientas para el abordaje sociosanitario del problema de las violencias contra las mujeres, bajo un enfoque de derechos humanos.

Tabla 29. *Análisis descriptivo de la categoría “Conocimiento normatividad”*

CATEGORÍA = Conocimiento normatividad	
	Frec. (%)
Conoce	44 (44,4 %)
Desconoce	55 (55,6 %)
Total	99 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

Se destaca dentro del análisis de los datos, que el 55,6 % desconoce la normatividad actual en materia de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres. Este dato debe ser una alerta a las autoridades sobre la necesidad de informar, capacitar y sensibilizar a los/as funcionarios/as que tienen competencia en la ruta de atención integral de las violencias contra las mujeres, porque su desconocimiento genera desprotección y falta de garantías para las víctimas.

De las entrevistas, también resulta importante observar cómo la normatividad en esta materia se asocia a judicialización, lo cual fue revelado por la encuesta, sin que se tenga claro que la Ley 1257 de 2008, establece sanciones para los agresores, así como un conjunto de medidas obligatorias de distintos sectores, entre ellos el de salud.

Definitivamente eso tiene que nacer de la ley, tiene que nacer del Estado, verdad, la normatividad debe ajustar unos puntos que se deben apoyar desde todo punto de vista de los entes, desde la Fiscalía, desde la Procuraduría, desde las Cortes para que sean justos y equilibrados en cuanto a la pena de estas personas que se vuelven agresoras de las mujeres. (Entrevista 48G)

Si hay una ley, la ley es del año 2012, ahora mismo se me escapa cómo es el número de esa resolución para atención de violencia sexual, estoy totalmente de acuerdo con respecto a la nueva normatividad que existe, es más, pienso que todavía se queda corta, hay casos de violencia intrafamiliar que no penalizan inmediatamente al agresor y es una parte de revictimizar nuevamente a la mujer, yo creo que ya la justicia se quedó un poco corta con las penas. (Entrevista 103G)

Bueno, nosotros cumplimos con todo lo que es de ley, sí, desconozco exactamente punto por punto pero sí nos hacen capacitaciones muy continuas sobre el tema y creo que es la forma correcta de llevar a cabo y apoyar a las mujer en este tipo de situaciones porque ahí está amparada en la ley, cómo puede proceder ella ante este tipo de situación. (Entrevista 122G)

Así como se precisa la última de las personas entrevistadas (122G) les dan capacitaciones, habrá que revisar su calidad para asegurar que se conocen los derechos de las mujeres y las obligaciones que se tienen. Además, en los talleres, cursos y demás estrategias educacionales que se desarrollen, se debe incorporar la erradicación de los estereotipos de género, como se ha señalado anteriormente.

Tabla 30. Análisis descriptivo de la categoría “Detección”

CATEGORÍA = Detección	
	Frec. (%)
Indaga al paciente	29 (53,7 %)
Labor de psicología	1 (1,9 %)
Labor de trabajadora social	1 (1,9 %)
No se indaga	9 (16,7 %)
No se Indaga	2 (3,7 %)
Paciente informe	9 (16,7 %)
Sintomatología	3 (5,6 %)
Total	54 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

Se destaca dentro del análisis de los datos, que el 53,7 % de la muestra manifiesta que la detección de la violencia en las mujeres que acuden a la institución prestadora de salud a la cual pertenecen, se da porque el personal asistencial o administrativo indaga a la paciente durante la atención si ha sido víctima de violencia.

Es necesario que se mejoren las herramientas que maneja el personal porque las violencias contra las mujeres, como se ha señalado, tienen innumerables manifestaciones y de los datos podemos apreciar que solo en tres casos (5,6 %), fueron detectadas por la sintomatología de las víctimas. Hay que recordar que se trata de un tema que, pese a los avances, continúa siendo tabú y además, que en muchos casos, al estar la violencia “naturalizada”, las mujeres no la visualizan como un problema asociado con la salud, es por ello que un conocimiento sólido por parte del personal que presta sus servicios en las IPS redundará en beneficios para las mujeres.

Claro, o sea, primero pregunto cuál es el motivo de su consulta, dependiendo de lo que ella me diga, ahí comienzo a hacerle las preguntas respectivas, depende el caso, o a veces que les da pena de decirlo, pero generalmente ya uno está en estos puestos, uno como que por malicia o algo ya aprende como a conocer esos casos y les pregunto, las guío, o sea generalmente les doy consejos, que no se dejen maltratar y todas esas cuestiones. (Entrevista 50G)

Tabla 31. *Análisis descriptivo de la categoría “Formación”*

<b>CATEGORÍA = Formación</b>	
	<b>Frec. (%)</b>
Capacitación estatal	4 (6,9 %)
No capacitan	15 (25,9 %)
Personal seleccionado	5 (8,6 %)
Si capacitan	26 (44,8 %)
Solo personal administrativo	3 (5,2 %)
Solo personal asistencial	5 (8,6 %)
Total	58 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

Se destaca dentro del análisis de los datos, que el 44,8 % de la muestra sí recibe algún tipo de taller de información o capacitación respecto a la atención a las mujeres víctimas de violencia de género. No obstante, las otras respuestas obtenidas, también deben alertar sobre la necesidad de profundizar en los procesos de sensibilización, formación y capacitación, ya que un 25,9 % manifestó que no se capacita, pero otras personas señalaron que se capacitaba solo al personal administrativo (5,2 %) o solo al asistencial (8,6 %), cuando debe darse a todas las personas que tienen competencia y funciones en el contexto de la ruta de atención.

Tabla 32. *Análisis descriptivo de la categoría “Protocolo de Atención”*

<b>CATEGORÍA = Protocolo de Atención</b>	
	<b>Frec. (%)</b>
Activa personal asistencial	4 (7,5 %)
Aplicación Ley	1 (1,9 %)
Desconoce existencia	8 (15,1 %)
Existencia	27 (50,9 %)
Existencia solo violencia sexual	2 (3,8 %)
Inexistencia	6 (11,3 %)
Manejo personal seleccionado	2 (3,8 %)
Notificación entes competentes	3 (5,7 %)
Total	53 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

Se destaca dentro del análisis de los datos, que el 50,9 % de la muestra manifiesta que la institución donde prestan los servicios de salud cuenta con protocolos de atención que protegen a las mujeres víctimas de violencia de género, sin embargo, no estuvo planteado como objetivo de este estudio realizar un análisis y evaluación de dichos protocolos para conocer su idoneidad bajo un enfoque de derechos humanos y de género. Además, que exista no implica necesariamente que se aplique en todas las circunstancias, lo anterior se indica ya que de las respuestas a las preguntas de la entrevista, se puede apreciar que en algunas de las personas existe la visión de que el protocolo conlleva a la remisión de los casos a Bienestar Familiar, cuando en dichos protocolos deben establecerse los lineamientos y fases para la atención en el centro de salud, por parte del personal con competencia en esta materia.

Eh bueno, lo que pasa es que nosotros manejamos un protocolo, eh diferente a lo que se maneja de pronto con la parte del derecho, nosotros lo que se refiere a violencia intrafamiliar lo manejamos desde el Bienestar Familiar, ya, se pasa las remisiones a Bienestar Familiar y Bienestar Familiar se encarga de hacer el proceso como tal de hacer la investigación, nosotros nos encargamos únicamente de la atención física, ellos se encargan de la atención, eh ya trabajo social del ICBF se encarga de hacer la visita, ICBF se encarga de llevar la psicóloga, de estudiar todo el proceso como tal, pero que nosotros generemos desde aquí, nos encarguemos de hacer la denuncia no, porque no se puede, nosotros no podemos hacer la denuncia como tal, la denuncia la tiene que hacer la paciente, verdad, que fue la afectada, únicamente nos encargamos de hacer el reporte al ente que es ICBF en este caso. (Entrevista 22G)

Sí, está montado bajo las bases de unos programas de calidad que nosotros tenemos y está toda la información pertinente y están todos los protocolos a seguir en cuanto a estos casos, es una directriz importante de las directivas de la IPS donde se tienen unos programas activos con el respaldo del Bienestar Familiar, con el respaldo del Distrito, de Defensa a la Mujer, donde se tiene todo el andamiaje, toda la estructura para brindarle todo el soporte que ellas necesitan cuando se presenta un caso de estos, verdad y por supuesto la ley, la ley nos ampara, nos

cobija y se hacen los formatos y las denuncias pertinentes al respecto.  
(Entrevista 39G)

Tabla 33. *Análisis descriptivo de la categoría “Registro información”*

CATEGORÍA = Registro información	
	Frec. (%)
Desconoce registro	6 (11,1 %)
En trámite de rutina	12 (22,2 %)
Estadística	5 (9,3 %)
No se registra	11 (20,4 %)
Registra personal administrativo	1 (1,9 %)
Registra personal asistencial	2 (3,7 %)
Registra trabajo social y psicología	3 (5,6 %)
Registra violencia sexual	1 (1,9 %)
Sí se registra	12 (22,2 %)
Total	54 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

Se destaca dentro del análisis de los datos, que el 22,2 % de la muestra aclara que en la institución en donde prestan los servicios de salud se lleva algún tipo de registro, o dentro de sus formatos de rutina se registran los casos de violencia contra las mujeres atendidos en esa IPS, pero también es importante indicar que el 20,4 % de la muestra señala que no se registran estos casos. Algunas de las personas entrevistadas, explicaron el proceso de registro:

Pues se llena una ficha, esta, la ficha, pues se vigila, nos da para llenarla que es sobre los datos de violencia de género, eso está la jefe de Epidemiología, que es la que se encarga de esa parte de reportarlo en caso de que ya haya pues algo mayor, pues ahí es donde directamente nos comunicamos ya con la policía que es la encargada de eso y también viene y se hace sus registros pues básicamente eso. (Entrevista 132 G)  
Sí, si como te venía diciendo el formulario y eso lo maneja Trabajo Social, se le hace eso y se le coloca en la historia clínica, se custodia allá con la historia clínica pero sí se hace el formato y se llena. (Entrevista 185G)

Tabla 34. *Análisis descriptivo de la categoría “Rol del/la Funcionario/a”*

CATEGORÍA = Rol del/la Funcionario/a	
	Frec. (%)
Apoyo a los procesos	1 (1,8 %)
Atención administrativa y asistencia	1 (1,8 %)
Capacitarse para mejor servicio	1 (1,8 %)
Comunicación con el paciente	20 (35,1 %)
Denunciar	3 (5,3 %)
Gestión con entes competentes	17 (29,8 %)
Informar al paciente	7 (12,3 %)
No tiene competencia	6 (10,5 %)
Seguimiento y control	1 (1,8 %)
Total	57 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

Se destaca dentro del análisis de los datos, que el 35,1 % de la muestra afirma que el rol como funcionario/a prestador/a de salud con las mujeres víctimas de violencia de género es mantener una efectiva comunicación con la paciente, que permita crear una relación de confiabilidad para la atención y seguimiento de la mujer. Un 29,8 % señala que dentro de las funciones está la gestión ante los entes competentes.

Cabe destacar la respuesta de una de las personas entrevistadas que señala que se debe evitar la revictimización de la víctima, tema que resulta crucial para poder garantizar una atención idónea que respete la dignidad y los derechos humanos de la mujer maltratada.

En el Hospital Niño Jesús tratamos de no revictimizar a la paciente, entonces cuando llega una paciente, sea que la hallamos detectado aquí o sea que venga ya notificada, se hace la atención en conjunto, entonces el rol mío principalmente es lograr que la paciente tenga esa empatía contigo, te diga lo que le está pasando, guardarle su privacidad y su confidencialidad, pero brindarle la ayuda que ella necesita, orientarla donde tiene que ir y tratar de que eso que ella vivió no la siga afectando para que no se repita, nosotros tendemos a repetir los patrones, entonces si yo fui maltratada voy a maltratar y esa es la idea de que cuando llegues al Hospital y te hacen atención psicológica que vayas rompiendo esos patrones. (Entrevista 233G)

Tabla 35. Análisis descriptivo de la categoría “Solución”

CATEGORÍA = Solución	
	Frec. (%)
Accionar de entes estatales	5 (5,3 %)
Atención integral	5 (5,3 %)
Capacitar personal prestador de salud	3 (3,2 %)
Centros de atención a la mujer	1 (1,1 %)
Educación a la mujer	33 (34,7 %)
Educación a la sociedad general	18 (18,9 %)
Implementación protocolo	1 (1,1 %)
Mejorar comunicación con el paciente	4 (4,2 %)
Mejorar selección pareja	2 (2,1 %)
Mujer denuncie	8 (8,4 %)
No hay solución	2 (2,1 %)
Obligatoriedad del registro	1 (1,1 %)
Opciones de empleo a las mujeres	1 (1,1 %)
Orientación familiar	8 (8,4 %)
Sanciones más severas	1 (1,1 %)
Seguimiento y control	2 (2,1 %)
Total	95 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

Se destaca dentro del análisis, que la mayoría de las respuestas dadas por las personas entrevistadas, como solución al problema de las violencias contra las mujeres, se concentran en el área de educación y capacitación: 56,8 % del total, repartidas en quienes piensan que se debe educar a la mujer (34,7 %); educar a la sociedad en general (18,9 %) y capacitar al personal prestador de salud (3,2 %). Las investigadoras que suscribimos este estudio reconocemos que este es un tema crucial para garantizar el derecho a una vida libre de violencias para las mujeres.

A continuación se presentan algunas de las respuestas dadas en relación con la categoría solución al problema de las violencias contra las mujeres, desde la educación:

A nivel de educación, definitivamente es educativo, porque es cambiar-

le la mentalidad, que la mujer sepa que si ella no quiere que le toquen el cabello, hablando de sexualidad, pero no, ellas piensan que como es el esposo tiene derecho a hacerlo, y está bien, no son pocas las que dicen no quiero y no quiero y no, ay, es que él quiso, es que él me obligó y si no le digo me pega, entonces, pero eso está bien porque yo entiendo que él tiene una necesidad, entonces es a nivel educativo totalmente. (Entrevista 13G)

Pues, lo primero es educar al paciente, educar a cada una de esas personas, pero vuelvo y te repito es difícilmente la educación con ellos, nosotros contamos con un programa que se llama *Caminantes de la Salud*, que cuando se presentan esos casos, ellos se encargan de dirigirse pues, a los hogares de esas personas y tratan de capacitar pues, a los miembros, pero muchos de ellos son apáticos a eso, casi la mayoría, cuando ven que de pronto llega un *Caminante de la Salud*, uy, mira que lo que pasa es que me dijeron que esto, que lo otro, que estuviste en el hospital, vamos a hablar acerca de eso, vamos a buscarle ayuda psicológica, vamos a buscarle ayuda por Trabajo Social, son apáticos, ¿qué hacen algunas? de pronto escuchando lo que nosotros les estamos diciendo aquí mientras están en el proceso que llegó, que llegó cortada, que llegó golpeada y pues se activa todo, la Psicóloga, Trabajo Social, sigue, ella hace la denuncia pero a los tres días ves tú que quitó la denuncia, entonces ya no puede generarse una nueva denuncia porque resulta que ella... (Entrevista 34G)

Yo pienso que empezando por el colegio, enseñándole a las niñas los derechos y en sí, qué es una agresión, porque a veces uno piensa que la agresión es pegar, pero la agresión la más fuerte es la verbal, porque ahí hablando, hablando, agrediendo, agrediendo verbalmente, ahí se van incendiando las cosas y ahí es donde empiezan, conlleva a lo físico, al maltrato físico. (Entrevista 100G)

Ahí dándole una buena educación, que una educación, todo parte de la educación realmente, porque de pronto no tanto ni del aspecto económico porque de pronto, este, ay no sé, o sea, o sea, o sea, o sea, dándole una buena asesoría, no sé, o sea, enseñándoles desde pequeños, uno

como madre a los hijos que no se dejen violentar por otra persona, que conozcan sus derechos, que se hagan respetar, o sea y parte de ahí y luego del Estado brindándole y ayudando a esa familia a que los hijos se puedan educar y no estén sumidos ahí dependientes de otras personas que económicamente para que luego los maltraten por cualquier cosa. (Entrevista 61G)

La siguiente respuesta, deja claro que se trata también de sensibilizar y de ir a las causas del problema:

Hay que sensibilizar, primero sensibilizar a la mujer de que no solamente es que el esposo te maltrate en la casa, empezando por la casa, que si el esposo no la deja salir, que si el esposo no le permite hacer, ser extrovertida ya estoy siendo violento, cierto, y que esa pareja debe tener apoyo psicológico, esa es la parte que debemos empezar desde la casa para que los hijos y todo el mundo, ya tengo claro que es que debemos evitar la violencia hacia la mujer, yo pienso que es lo ideal porque cuando estamos tratando ya aquí, ya tratamos la causa, tratamos lo que ya pasó, cuando me llega a mí una mujer que el esposo la golpeó porque estaba borracho o porque llegó y la agredió, ya yo voy a ver lo que pasó mas no estoy viendo la causa, de pronto tenemos hombres que son machistas y no permiten a la mujer ser, tiene la cómo es que es, la costumbre de quedarse callada y eso hay que modificarlo y eso lo debemos cambiar. (Entrevista 110G)

Desde las entidades con competencia en esta materia, debe aprovecharse la claridad de los/as funcionarios/as de las IPS sobre la educación y sensibilización como soluciones al problema, para elaborar y aplicar programas de formación, capacitación y sensibilización encaminados a erradicar este flagelo en la sociedad colombiana.

### **Conclusiones**

La revisión de la normatividad nacional e internacional en materia de atención a las mujeres víctimas de violencia de género, refleja que este problema es antiguo, pero solo desde hace unas décadas se ha hecho visible en las legislaciones del mundo; los Estados han tratado durante años de demostrar que

sus políticas apuntan a la inclusión de las mujeres y a que estas disfruten de sus derechos en condiciones de igualdad, lo cual, pese a los avances existentes, está aún lejos de conseguirse, entre otras razones, porque las violencias contra las mujeres están muy presentes en las sociedades, realidad de la cual no escapa Colombia ni la ciudad de Barranquilla, como lo reflejaron los datos estadísticos incluidos en esta investigación.

Más reciente es el abordaje de las violencias contra las mujeres como un problema de salud pública y la necesidad de una atención integral que supere la visión de judicialización de los agresores como única alternativa, lo que sin duda es importante, pero es necesario visibilizar las necesidades de las mujeres víctimas, quienes generalmente requieren atención en el área de la salud y una protección integral de sus derechos.

Los resultados de este estudio arrojaron que una proporción importante de las personas que respondieron a las preguntas de la encuesta o de la entrevista, ponen el énfasis en el abordaje del problema desde la perspectiva de la administración de justicia, de la judicialización de los casos, por ello se requiere actuar para que se entienda que la protección integral, establecida en la Ley 1257 de 2008, regula las conductas delictivas, pero también un conjunto de medidas, entre estas las de atención, que son competencias de distintas entidades y áreas, incluida la salud.

La mayoría de los países se han declarado defensores de los derechos de las mujeres y responsables de brindar especial atención en salud a la mujer objeto de violencia a través de un servicio integral que identifique los problemas de salud que las afectan y en esa medida, que sus necesidades estén en el orden de prioridades de los planes de salud, falta que esto se materialice y que efectivamente se lleve a la práctica. Para lograrlo, hay dos cosas muy importantes, relacionadas con las y los agentes prestadores de servicios de salud: por un lado, que conozcan las medidas y la normativa existente para el abordaje de esta problemática y, por el otro, la existencia de protocolos de atención idóneos que efectivamente aborden las necesidades de las mujeres afectadas por este flagelo.

En relación con el conocimiento de la normativa para la atención de los casos de violencias contra las mujeres, que existe en Colombia y es completa,

integrada por la Constitución Política, tratados internacionales en materia de derechos humanos en general y derechos de las mujeres en particular, leyes emanadas del Congreso, reglamentos y decretos del Ejecutivo Nacional, así como los planes de desarrollo de las distintas entidades político-territoriales, entre otros, cabe destacar que más de la mitad de las personas consultadas para esta muestra, el 55,6 % del total, desconoce la existencia de esta normativa, ello se constituye en una barrera u obstáculo en la garantía del derecho a una vida libre de violencias para las mujeres, en la medida que no se saben cuáles son las competencias y obligaciones que se tienen desde el área donde se labora.

A ello hay que agregar que la mitad de la muestra, el 50,9 %, señaló que no existe un protocolo de atención para las mujeres víctimas de violencias de género. En relación con este punto, pueden darse varias interpretaciones: 1. Que el protocolo exista y parte del personal no lo conozca, lo que implica la necesidad de socializarlo y la obligación que tienen en esta materia las IPS; 2. Que exista y se esté aplicando, lo que lleva a plantearse si dicho instrumento está contemplando solamente la violencia sexual o también la física y aquella violencia más difícil de detectar, pero cuyas secuelas pueden ser las más duraderas: la psicológica. Esto es necesario delimitarlo ya que se observó a nivel nacional, que se han hecho importantes avances en la implementación de protocolos de salud para la atención de la violencia sexual, pero no ocurre lo mismo con la violencia física, ni mucho menos con la psicológica y, por último; 3. Asociado con el anterior, si existe el protocolo, su idoneidad para garantizar la protección integral de la salud de las mujeres víctimas de violencia de género. Como próximos pasos a seguir, se recomienda evaluar los protocolos existentes y, cuando sea necesario, adecuarlos a las necesidades de las mujeres, mediante un enfoque integral y de derechos humanos.

Es preciso advertir, además, sobre la necesidad de contar con datos estadísticos confiables que permitan cuantificar la magnitud del problema de las violencias contra las mujeres, asociado con la atención por las IPS, ya que de esa manera se pueden tomar las medidas pertinentes y elaborar políticas públicas adecuadas al problema que se pretende atender. En ese sentido, resulta preocupante que un 20,4 % del total de personas consultadas manifieste que en

la entidad donde trabaja, no se lleve registro de los casos de violencias contra las mujeres, ello genera subregistros, invisibilización y discriminación contra las mujeres porque sus necesidades no son tomadas en cuenta y eso afecta la atención que reciben.

Colombia otorgó competencia al Ministerio de Salud y Protección Social para reglamentar las guías de actuación de las instituciones de salud, incluir en el Plan Obligatorio de Salud las actuaciones pertinentes para la atención a las mujeres víctimas de violencia e incluir en los planes de desarrollo nacionales y territoriales el tema de la prevención e intervención integral en violencia contra las mujeres. Así mismo, se les otorgó a las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la facultad de emplear todas las medidas de atención necesarias que les garantice a las mujeres una vida libre de violencias.

La Alcaldía Distrital de Barranquilla a través de su Secretaría de Salud, manifiesta que viene trabajando para darle cumplimiento a lo que ordena la normatividad vigente en materia de promoción, prevención y atención de la violencia contra la mujer, motivo por el cual el 10 de julio de 2015, la Secretaría hizo el lanzamiento de la Ruta Integral de las Medidas de Atención a la Mujer Víctima, según la cual, las medidas de atención otorgadas por las Comisarías de Familia son recepcionadas y gestionadas a través del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE). Algunos datos de la actuación de la Secretaría de Salud del distrito de Barranquilla frente a la problemática son:

- En el año 2015 atendieron a 25 mujeres y en el año 2016 a 10 mujeres víctimas de violencia en el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE).
- En el año 2015 trasladaron a los albergues de paso a 14 mujeres y para el año 2016 a 11 mujeres.
- El Distrito no cuenta con un protocolo de atención para las mujeres víctimas de violencia de género.
- Las capacitaciones sobre la ruta de atención son dirigidas a un número específico de prestadores/as de salud, previa selección de la IPS.

El tema de las capacitaciones del personal de las IPS fue abordado en esta investigación, arrojando como resultado que el 44,8 % de la muestra manifes-

tó haber recibido algún tipo de taller de información o capacitación respecto a la atención de las mujeres víctimas de violencia de género. No obstante, las otras respuestas obtenidas, también deben alertar sobre la necesidad de profundizar en los procesos de sensibilización, formación y capacitación, ya que un 25,9 % reconoció que no se capacita, pero otras personas señalaron que se capacitaba solo al personal administrativo (5,2 %) o solo al asistencial (8,6 %), cuando debe darse a todas las personas que tienen competencia y funciones en el contexto de la ruta de atención.

Además, es preciso advertir que un taller de mediodía o una charla no son suficientes para el abordaje de un problema basado en relaciones desiguales de poder, que es estructural y que hunde sus raíces en patrones culturales y estereotipos de género que colocan a las mujeres en una posición de subordinación y desventaja social, por ello, en la formación al personal de las IPS, debe dársele herramientas teóricas para asegurar la protección integral que la mujer víctima de violencia requiere.

En relación con este último planteamiento, los fundamentos teóricos en torno a la atención en salud de las mujeres víctimas de violencia coinciden en contemplar que la figura de la mujer en la sociedad es necesario replantearla, al considerar que es importante despertar el interés de los prestadores/as de servicios de salud ante las necesidades particulares de la mujer, que no siempre estarán relacionadas con los problemas que afectan a los hombres, ni con las características hormonales de las mujeres o con su capacidad reproductiva.

Distintos/as autores/as coinciden en que el sector salud se debe desprender de la concepción del modelo de cuerpo humano y de enfermedad como sinónimo de masculinidad, se requiere deslastrarse de la concepción del hombre como referente o modelo universal de la humanidad, a lo que la mujer necesariamente debe ser igual y de lo contrario se sentencia al margen de “normalidad femenina”, que le otorga de manera simultánea desinterés, poca importancia y despreocupación por parte del sector salud, por el solo hecho de ser “mujer” con todo lo que esto implica en el abordaje de las violencias que padece por serlo.

En cuanto a las opiniones sobre la violencia de género, la aplicación del instrumento a los/as prestadores/as de servicios de salud refleja una diferen-

cia significativa en la opinión entre hombres y mujeres al considerar que la violencia contra las mujeres es más frecuente en los sectores más pobres de la ciudad, y la importancia que tiene la conciliación para el mantenimiento de la unidad familiar.

En lo concerniente con la conciliación en los casos de violencia de género, se trata de una creencia muy arraigada en los/as prestadores/as de servicios de salud, como lo reflejan los datos de este estudio, por ello, es preciso sensibilizar y concientizar en relación con las desigualdades de poder que se encuentran en la raíz de este tipo de violencia y que traen como consecuencia un conjunto de barreras u obstáculos que imposibilitan la conciliación entre la víctima agredida o maltratada y su agresor, ya que no hay paridad, ni hablamos de dos partes con circunstancias similares, por ello, una eventual conciliación puede estar dada, entre otras razones, por el miedo que la víctima le tiene a su agresor, por la naturalización de las violencias o a otras circunstancias que no tienen que ver con los presupuestos de este método de resolución de conflictos y que mal aplicado en estos casos, puede incluso incidir en los feminicidios.

Continuando con el tema de las representaciones sociales, este estudio pudo comprobar que existe claridad por parte de los/as prestadores/as de servicios de salud, en que la violencia contra la mujer no es un asunto solo de la pareja sino que, por el contrario, el Estado debe intervenir para garantizarle una vida libre de violencias, así opinó más del 80 % de la muestra, al señalar no estar de acuerdo o totalmente en desacuerdo con la afirmación “Lo que pasa en el espacio privado no es responsabilidad de las instituciones”.

Sin embargo, siguen existiendo ciertas creencias basadas en estereotipos de género que son preocupantes y que pueden incidir en la respuesta institucional a las violencias por parte de las IPS. Entre ellas destacan:

- El 46,9 % de las personas consultadas manifiestan estar de acuerdo y totalmente de acuerdo con la siguiente afirmación: “Las mujeres que se visten de manera provocativa se exponen”.
- El 57,1 % considera que “Hay casos de violencia de pareja en los que pareciera que a la mujer le gusta que le peguen”.
- El 40,8 % considera que “Los violadores son, por lo general, hombres que no pueden controlar sus instintos sexuales”.

- El 59,1 % de la muestra considera que “Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos”.

Estas respuestas arraigadas en representaciones sociales deben ser abordadas y trabajar por su transformación, de acuerdo a lo establecido en el artículo 5 del Comité de la CEDAW que señala:

Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para: a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.

Cuando se habla de modificación de patrones socioculturales, se asocia con educación y formación, solución seleccionada por la mayoría de las personas consultadas para acabar con las violencias contra las mujeres.

En definitiva, las soluciones a este problema deben ir encaminadas a la formación y concientización de la sociedad sobre el rol de la mujer y las consecuencias que el peso de la historia ha desbordado sobre su salud, trayendo consigo innumerables afectaciones de tipo físico, psicológico y emocional.

Los Estados deben replantear las medidas puestas en marcha para la erradicación de la violencia, ya que por años han incrementado las sanciones, han promulgado nuevas legislaciones, han otorgado a la mujer información sobre las rutas de atención, pero pese a ello, la violencia contra las mujeres sigue siendo hoy un problema de salud pública de grandes proporciones.

En materia de salud, es necesario que los/as prestadores/as de salud estén informados/as sobre las rutas de atención, para brindarle el acompañamiento que requiere el caso, contar con protocolos de atención y conocer el modo en que deben operar, lo que no surtirá efecto si sigue persistiendo la mentalidad de las representaciones sociales en torno al tema creando barreras que distancian el deber del/la funcionario/a con la paciente, que lo/la aíslan del problema sintiéndose sin la competencia para hacer parte de la solución, anclado a estereotipos de género que lo mantienen en la posición de que la mujer se encuentra en un ciclo del que nunca saldrá, que son asuntos netamente maritales en los que no debe entrometerse ya que son de tipo privado.

Vencer las representaciones que le han impedido a las mujeres gozar de una atención integral de salud acorde con sus necesidades, le permitirá dejar atrás el yugo que la historia le entregó, no siendo escuchada, no siendo valorada, y poco visible para la ciencia. Acabar con las representaciones sociales basadas en estereotipos de género permitirá formar una sociedad más equitativa y justa en camino a la prevalencia de los derechos humanos.

### Referencias

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud (2008). *El derecho a la salud*. Folleto informativo N° 31. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
- América Latina Genera (s.f.). *Derechos Humanos*. Recuperado de: [http://www.americalatinagenera.org/es/documentos/tematicas/tema\\_derechos\\_humanos.pdf](http://www.americalatinagenera.org/es/documentos/tematicas/tema_derechos_humanos.pdf)
- Araya Umaña, S. (2002). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. *Cuadernos de Ciencias Sociales*, 127. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Recuperado de: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ICAP/UNPAN027076.pdf>
- Arias, F. (2006). *El Proyecto de Investigación: introducción a la metodología científica*. 5ª edición. Caracas: Editorial Episteme.
- Ariza, G. (2011). *La violencia en las relaciones de pareja en Medellín y sus representaciones sociales*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Ariza, G. (2013). Las representaciones sociales de la violencia en las relaciones de pareja en Medellín en el siglo XXI. *CES Psicología*, 6(1), 134-158. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-30802013000100009&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802013000100009&lng=en&tlng=es)
- Arroyo Vargas, R. (s.f.). *Violencia estructural de género. Una categoría necesaria de análisis para los derechos humanos de las mujeres*. Recuperado de: <http://cidem-ac.org/PDFs/bibliovirtual/VIOLENCIA%20CONTRA%20LAS%20MUJERES/Violencia%20Estructural%20de%20Genero%20contra%20las%20Mujeres.%20%20Dra.%20Roxana%20Arroyo.pdf>

- Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado de: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Recuperado de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
- Bosch, E. (2007). *Violencia de género, algunas cuestiones básicas*. Jaén: Formación Alcalá S.L.
- Casas Anguita, J., Repullo Labrador, JR. & Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Atención Primaria*, 31(8), 527-538. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion--13047738>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2010). *Guía para la incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud*. México D.F.: Secretaría de Salud. Recuperado de: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinterrelacionadosconelVIH/CENSIDA/GUIA\\_PERSPECTIVA\\_GENERO%20ssa.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinterrelacionadosconelVIH/CENSIDA/GUIA_PERSPECTIVA_GENERO%20ssa.pdf)
- Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL) y Universidad de Toronto (2008). *Amicus Curiae. Aplicación ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos*. Campo Algodonero: Claudia Ivette González, Esmeralda Herrera Monreal y Laura Berenice Ramos Monárrez en contra de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de: <http://cejil.org/sites/default/files/amicus-campo-algodonero-espl.pdf>
- Chulvi Ferriols, B. (2003). *El prejuicio hacia las minorías: El caso de los gitanos* (Tesis doctoral). Dirigida por: Juan Antonio Pérez Pérez. Universidad de Valencia, Valencia. Recuperado de: <http://mobiroderic.uv.es/handle/10550/38824>

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2015). *Violencia contra personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en América*. Recuperado de: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaPersonasLGBTI.pdf>
- Comité CEDAW (1992). *Recomendación General N° 19. La violencia contra la mujer*. 11° periodo de sesiones. Recuperado de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>
- Comité CEDAW (2013). *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Colombia*. Recuperado de: <http://www.equidadmujer.gov.co/Documents/Observaciones-CEDAW-VII-VIII-Informe-Colombia.pdf>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). *Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Recuperado de: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view>
- Congreso de la República de Colombia (1991). Constitución Política de Colombia, Bogotá D.C. *Gaceta Constitucional* No. 116 de 20 de julio de 1991. Recuperado de: [http://www.senado.gov.co/images/stories/Informacion\\_General/constitucion\\_politica.pdf](http://www.senado.gov.co/images/stories/Informacion_General/constitucion_politica.pdf)
- Congreso de la República de Colombia (1993). Ley 100 de 1993. *Diario Oficial* 41.148 del 23 de diciembre. Recuperado de: <http://www.alcaldia-bogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=274>
- Congreso de la República de Colombia (2007). Ley 1122 de 2007. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=22600>
- Congreso de la República de Colombia (2008). Ley 1257 de 2008. *Diario Oficial* 47193 del 4 de diciembre. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=34054>
- Congreso de la República de Colombia (2010). Ley 1414 de 2010. *Diario Oficial* 47890 del 11 de noviembre. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=40746#11>
- Congreso de la República de Colombia (2012). Ley 1542 de 2012. Recuperado de [www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=48239](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=48239)

- Congreso de la República de Colombia (2012). Ley 1607 de 2012. *Diario Oficial* 48655 del 26 de diciembre. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=51040>
- Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, ONUMUJERES y AECID (2015). *Segunda medición del estudio sobre tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres. Informe final, 2015*. Recuperado de: <http://www.equidadmujer.gov.co/ejes/Documents/Segunda-medicion-estudio-tolerancia-violencias-contra-mujeres.pdf>
- Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) (2013). CONPES 161. *Equidad de género para las mujeres*. Recuperado de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/161.pdf>
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y Técnicas de Investigación Social*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Diputación Provincial de Sevilla (s.f.). Guía sobre creación y funcionamiento de las comisiones locales de seguimiento contra la violencia de género. Recuperado de [www.famp.es/racs/ramlvm/03%20documentos%20de%20consulta/guias/6%2006.pdf](http://www.famp.es/racs/ramlvm/03%20documentos%20de%20consulta/guias/6%2006.pdf)
- Dorado Caballero, A. (2015). *Construyendo la representación social de la diversidad afectivo-sexual* (Tesis Doctoral). Dirigida por: Santiago Pezera Izquierdo. Universidad de Girona, Girona. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/303044/tadc.pdf?sequence=6>
- Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer (ONUMUJER) (s.f.). *Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas*. Recuperado de: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures#sthash.6bhrHSP1.dpuf>
- Equidad Mujer (2015). *Segunda medición del estudio sobre tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres*. Bogotá.
- Facio, A. (1992). *Cuando el género suena cambios trae*. San José: ILANUD. Recuperado de: <http://www.fiscalia.gub.uy/innovaportal/file/2477/1/libro.pdf>
- Facio, A. & Fries, L. (2005). Feminismo, género y patriarcado. *Academia Revista sobre enseñanza del Derecho de Buenos Aires*, 3(6), 259-294. Recuperado de: [http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/rev\\_academia/revistas/06/feminismo-genero-y-patriarcado.pdf](http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/rev_academia/revistas/06/feminismo-genero-y-patriarcado.pdf)

- Fernández Matos, D.C. (2012). *El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Estudios de Derechos Humanos y Género*. Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Flores Palacios, F. (2012). Representación social y género: una relación de sentido común. En N. Blazquez Graf, F. Flores Palacios & M. Ríos Everardo (Coord.), *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp.339-358). México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Frías-Navarro, M.D. (s.f.). *Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Valencia: Universidad de Valencia. Recuperado de: <http://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Frías, L. & Hurtado, V. (2010). *Estudio de la información sobre la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe*. Serie Mujer y Desarrollo, N° 99. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina.
- Gallego, M. & García, L. (2011). *Experiencias exitosas. Mujeres que han roto el ciclo de violencia. Violencia basada en género en la relación de pareja*. Bogotá: ONUMUJERES.
- Gañán Echavarría, J.L. (2013). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. *Monitor Estratégico*, (3), 7-19. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>
- Gaviria, E., López-Sáez, M. & Cuadrado, I. (Coords.) (2013). *Introducción a la Psicología Social*. 2ª edición. Madrid: Sanz y Torres.
- Gobernación del Atlántico (2016). *Plan de Desarrollo 2016-2019. "Atlántico Líder"*. Barranquilla: Autor. Recuperado de: [http://www.atlantico.gov.co/images/stories/plan\\_desarrollo/plan\\_de\\_desarrollo\\_2016\\_2016\\_definitivo.pdf](http://www.atlantico.gov.co/images/stories/plan_desarrollo/plan_de_desarrollo_2016_2016_definitivo.pdf)
- Guerrero, R., Gallego, A.I., Becerril-Montekio, V. & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), S144-S155. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800010&lng=es&tlnq=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010&lng=es&tlnq=es)

- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ª edición. México: McGraw-Hill.
- Herrera, C., Rajsbaum, A., Agoff, C. & Franco, A. (2006). Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México. *Salud Pública de México*, 48(Supl. 2), S259-S267. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342006000800006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800006)
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2009-2014). *Masatugó N° 1. Forensis de Mujeres. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en mujeres en Colombia*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/2331290/Masatugo+2009-2014..pdf/1b5a8a14-ace6-46f3-ab7f-a947f042f005>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2015). *Cifras estadísticas de la violencia contra la mujer*. Recuperado de: [http://www.medicinalegal.gov.co/el-instituto/-/asset\\_publisher/4Of1Zx8ChtVP/content/cifras-estadisticas-de-violencia-contra-la-mujer-en-2015](http://www.medicinalegal.gov.co/el-instituto/-/asset_publisher/4Of1Zx8ChtVP/content/cifras-estadisticas-de-violencia-contra-la-mujer-en-2015)
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En S. Moscovici, *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós. Recuperado de: <https://sociopsicologia.files.wordpress.com/2010/05/rsociales-djodelet.pdf>
- Lagarde, M. (1996). *El género: La perspectiva de género*. España: Editorial Horas y Horas.
- Martínez Benlloch, I. & Ortega Campos, A. (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Universitat de València.
- Mesa por el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias, Ley 1257 de 2008. *Cinco años después... II Informe de seguimiento a la implementación de la Ley 1257 de 2008*, 2013. Recuperado de: <http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/informesddhh/Informe%20Ley%201257.pdf>

- Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente de España (s.f.). 3. *Representaciones sociales, estereotipos e identidad social*. Recuperado de: [http://www.mapama.gob.es/ministerio/pags/biblioteca/fondo/pdf/87506\\_7.pdf](http://www.mapama.gob.es/ministerio/pags/biblioteca/fondo/pdf/87506_7.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (2011). Decreto 4796 del 2011. Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2011/Documents/Diciembre/20/dec479620122011.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Resolución 459 de marzo 6 de 2012, por la cual se adopta el Protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2014). *Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>
- Moya, M. & Rodríguez-Bailón, R. (Coord.) (2011). *Fundamentos de la Psicología Social*. España: Ediciones Pirámide.
- Movimiento de Género Perspectiva de género. Recuperado de [www.movimientosdegenero.com/articulos/perspectiva-de-genero](http://www.movimientosdegenero.com/articulos/perspectiva-de-genero)
- Naciones Unidas (1995). *Declaración de Beijing y Plataforma para la Acción. IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres*. Beijing (China), septiembre 1995. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.
- Naciones Unidas (1993). *Declaración y Programa de Acción de Viena*. Recuperado de: [http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA\\_booklet\\_Spanish.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf)
- Observatorio de Asuntos de Género (2013). *Algunos factores asociados a la violencia contra las mujeres afrodescendientes, negras, raizales y palenqueras (ANRP) Colombia 2012-2013*.
- Observatorio de Humanas: Mujeres, Paz y Seguridad (2013). Boletín No. 2 Estadísticas sociodemográficas, información regional. Atlántico, Barranquilla.

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2013). *Estudio mundial sobre el homicidio. Resumen ejecutivo*. Recuperado de: [http://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/GLOBAL\\_HOMICIDE\\_Report\\_ExSum\\_spanish.pdf](http://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/GLOBAL_HOMICIDE_Report_ExSum_spanish.pdf)
- Okuda Benavides, M. & Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(1), 118-124. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a08.pdf>
- Organización de Estados Americanos (1994). *Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "CONVENCIÓN DE BELÉM DO PARÁ"*. Recuperado de: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Organización Mundial de la Salud (2006a). *La Constitución de la Organización Mundial de Salud*. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre. Recuperado de: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2006b). *Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Nota descriptiva. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado de: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2013a). *Salud y Derechos Humanos*. Nota descriptiva N° 323. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2013b). *Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es "un problema de salud global de proporciones epidémicas"*. Recuperado de: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence\\_against\\_women\\_20130620/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Salud y derechos humanos*. Centro de prensa. Recuperado de [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/)
- Orozco, M., Valdés, L., Fuentes, N., García, J. & Orozco A. (s.f.). *Ruta crítica y percepción de la violencia intrafamiliar contra la mujer en el Consejo Popular "Los Maceo"*. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

- Osborne, R. (2009). *Apuntes sobre violencia de género*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Pedrero Nieto, M. (2012). Metodología cuantitativa para reforzar estudios cualitativos. En N. Blazquez Graf, F. Flores Palacios & M. Ríos Everardo (Coords.), *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp.239-270). México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2012). *Barranquilla. Informe sobre el estado de avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Estado de avance 2012. Recuperado de: [http://www.pnud.org.co/2012/odm2012/odm\\_barranquilla.pdf](http://www.pnud.org.co/2012/odm2012/odm_barranquilla.pdf)
- Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS (2000). La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. Estudios de caso de diez países.
- Reyes, E. (2015). La cruzada para detener los ataques de ácido en Colombia. *El País*, Bogotá, 20 de junio de 2015. Recuperado de: [http://internacional.elpais.com/internacional/2015/06/20/actualidad/1434753951\\_855089.html](http://internacional.elpais.com/internacional/2015/06/20/actualidad/1434753951_855089.html)
- Rizo, M. (2006). Conceptos para pensar lo urbano: el abordaje de la ciudad desde la identidad, el habitus y las representaciones sociales. *Bifurcaciones*, (6). Recuperado de: <http://www.bifurcaciones.cl/006/Rizo.htm#autor>
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: Notas sobre la “economía política” del sexo. *Nueva Antropología*, VIII(30), 95-145. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/159/15903007.pdf>
- Ruta pacífica de las mujeres (2013). *La verdad de las mujeres. Víctimas del conflicto armado en Colombia*. Resumen. Recuperado de: <http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/Paz/undp-co-resumenlaverdaddelasmujeres-2013.pdf>
- Sabino A., C. (1986). *El proceso de investigación*. Caracas: Editorial Panapo.
- Salber, P., Varela Portela, M.J. & Taliaferro, E. (2000). *Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario: cómo hacer las preguntas correctas y reconocer el mal trato: ... otra forma de salvar vidas*. Barcelona: Cedecs.

- Scott Polsky, S. & Markowitz, J. (2006). *Atlas en color de violencia doméstica*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Shum, G., Conde, A. & Portillo, I. (2006). *Mujer, discapacidad y violencia: el rostro oculto de la desigualdad*. Serie Estudios, N° 93. Madrid: Instituto de la Mujer. Recuperado de: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/discapacidadViolencia.pdf>
- Sisma Mujer. Boletín especial 25 de noviembre, 2014. Recuperado de: <http://www.sismamujer.org/wp-content/uploads/2014/11/Boletin-Especial-25-noviembre-2014.-La-erradicacion-de-las-violencias-en-contra-de-las-mujeres-y-las-ni%C3%B1as-el-paso-definitivo-hacia-la-paz.pdf>
- Universidad César Vallejo y Universidad Señor de Sipán (s.f.). *Los métodos mixtos*. Recuperado de: [https://www.slideshare.net/Bernachi/los-metodos-mixtos?from\\_action=save](https://www.slideshare.net/Bernachi/los-metodos-mixtos?from_action=save)
- Valcárcel, A. (2009). *Feminismo en el mundo global*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Valls-Llobet, C. (2006). *Mujeres invisibles*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Velasco, S. (2009). *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Minerva Ediciones.

## ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

(Resolución 8430 de octubre 4 de 1993)

**Título del Proyecto:** Las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres por parte del personal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Barranquilla.

**Investigador principal:** María Nohemí González Martínez.

**Coinvestigadora:** Dhayana Fernández Matos.

**Joven investigador Colciencias:** Paula Andrea Márquez Vásquez.

**Grupo de investigación:** Estudios de Género, Familias y Sociedad, categoría A Colciencias.

**Entidad patrocinadora:** Colciencias - Universidad Simón Bolívar.

**Personal (directivo, administrativo o sanitario):** Estamos invitándolo a participar en un proyecto de investigación titulado “Las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres por parte del personal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Barranquilla”; donde la institución a la cual usted pertenece ha sido seleccionada para participar, sin embargo es usted quien decide si acepta participar o no, debe conocer y comprender los siguientes puntos en el proceso conocido como consentimiento informado. Usted tiene toda la libertad para preguntar sobre cualquier punto que no le sea claro de tal forma que pueda establecer si desea participar o no en este proyecto de investigación. En caso de aceptar, deberá firmar la carta adjunta, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

**Objetivo del estudio:** El objetivo de la investigación es analizar las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres que tiene el personal prestador de servicios de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Barranquilla.

**Justificación:** Este proyecto es relevante debido a que existe evidentemente una necesidad urgente de mejorar la atención en salud como un problema de carácter prioritario, donde se efectúe una intervención efectiva para la prevención, la detección y la adecuada atención a las mujeres víctimas de

violencia de género, teniendo en cuenta que causa afectaciones que generan vulnerabilidad en las mujeres con tendencia a problemas de salud a corto, mediano y largo plazo.

**Procedimientos:** En caso de que usted acepte participar en el estudio, se le hará una entrevista que tendrá una duración entre 30 a 45 minutos, y posterior a ello una encuesta que se enviará por correo electrónico donde se abordarán preguntas relacionadas con el conocimiento, prácticas y actitudes para la atención a las mujeres víctimas de violencia de género, se desarrollarán las siguientes temáticas:

- Identificación de las representaciones sociales que tiene el personal administrativo y sanitario de las IPS de la ciudad de Barranquilla con relación a las mujeres víctimas de violencia de género.
- Identificación de los procedimientos, prácticas y actitudes para la atención prioritaria a la mujer víctima de violencia de género.
- Percepciones sobre los principales impedimentos para el ejercicio y cumplimiento de la competencia otorgada por la Ley 1257 de 2008.
- Conocimiento sobre la normativa a aplicar en los casos de violencia contra las mujeres.

**Beneficios del estudio:** Con este estudio se podrá conocer las representaciones sociales en torno a las violencias contra las mujeres con enfoque de género, teniendo en cuenta las actitudes, prácticas y conocimientos acerca del tema, estudiar el alcance de la normatividad existente que regula la materia, la influencia en la respuesta institucional brindando así mayor claridad sobre la actual atención, detección y prevención que se les brinda a las mujeres víctimas de violencia en la ciudad de Barranquilla.

**Riesgos para salud:** Según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud sobre normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en su artículo 11, se clasifica en la categoría de una investigación con riesgo mínimo, debido a que la principal molestia que podrían recibir los/as entrevistados/as, es que no deseen abordar los temas o por el contrario, manifiesten algún tipo de resistencia al tema.

**Aclaraciones:** Su decisión de participar en el estudio es voluntaria, no existe ninguna consecuencia negativa hacia usted en el caso de no aceptar

participar; en caso de aceptar, usted podrá retirarse cuando así lo desee, informando las razones de su decisión, las cuales serán absolutamente respetadas. Al participar en el estudio usted no tendrá que realizar ningún tipo de gasto, estos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación, además, no recibirá ningún tipo de pago por su participación. Durante el transcurso del estudio usted podrá solicitar información sobre el mismo a las investigadoras responsables. Los resultados obtenidos en el estudio son confidenciales, respetando la identidad de la persona y serán divulgados y publicados a la comunidad respetando su identidad y privacidad.

Si no tiene dudas al respecto y acepta la participación, lo/la invitamos a firmar la Carta de Consentimiento Informado adjunta a este instructivo.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_

Personal (directivo, administrativo y/o sanitario) prestador de servicios de salud \_\_\_\_\_

He recibido la información correspondiente al proyecto de investigación “Las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres por parte del personal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Barranquilla”; y mis inquietudes han sido respondidas de manera satisfactoria. Acepto participar en el estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del Entrevistado

**PARA SER DILIGENCIADO POR LA INVESTIGADORA**

**Certifico que he explicado a:**

\_\_\_\_\_

La naturaleza y los propósitos de la investigación; explicando los beneficios de su participación. He contestado sus preguntas e inquietudes y aclarado toda duda existente al respecto. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar la investigación con seres humanos y me apego a ella. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de la investigadora

\_\_\_\_\_

Fecha

## CUESTIONARIO DE ENTREVISTA

**Proyecto:** “Las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres por parte del personal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Barranquilla”.

**Entrevistadora:** Paula Márquez Vásquez

En primer lugar, queremos agradecerle su colaboración con este proyecto que busca conocer las opiniones que tiene el personal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Barranquilla sobre las violencias contra las mujeres, con el fin de realizar un diagnóstico que contribuya con el ejercicio del derecho a una vida libre de violencias de las mujeres y niñas de Barranquilla.

A continuación, le haremos un conjunto de preguntas, algunas abiertas, así que siéntase con la libertad de decir lo que piense y de hecho puede agregar algún comentario sobre las violencias contra las mujeres que no se haya señalado expresamente en el cuestionario, y otras cerradas, en las cuales se le dirá las categorías que puede seleccionar.

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Género:

a) Mujer \_\_\_\_\_

b) Hombre \_\_\_\_\_

2. La IPS en la cual trabaja es:

a) Pública \_\_\_\_\_

b) Privada \_\_\_\_\_

3. Usted es personal:

- a) Administrativo \_\_\_\_\_ Señale su cargo: \_\_\_\_\_  
b) De salud \_\_\_\_\_ Señale su cargo \_\_\_\_\_

4. Tiempo que tiene usted de experiencia laborando en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS):

- a) 6 meses a 1 año \_\_\_\_\_  
b) 1 a 3 años \_\_\_\_\_  
c) 4 a 6 años \_\_\_\_\_  
d) 7 a 9 años \_\_\_\_\_  
e) 10 o más años \_\_\_\_\_

#### CONOCIMIENTO SOBRE LAS LEYES Y MECANISMOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN CONTRA LAS MUJERES

5. ¿Cuáles son las razones más comunes por las que acuden mujeres al servicio de las IPS?
6. En algún momento, en los procedimientos de rutina, ¿se indaga si las mujeres que acuden a la IPS, son víctimas de violencia de género?
7. ¿Conoce usted alguna ley y/o mecanismo del Estado colombiano que proteja las mujeres de las violencias de género? Si los conoce, ¿cuál es su opinión al respecto? Explique.
8. ¿La IPS posee protocolos y/o estándares para la atención a las mujeres víctimas de violencia de género?
9. ¿Recibe el personal administrativo y sanitario algún tipo de taller de información o capacitación respecto a la atención de las mujeres víctimas de violencia de género?
10. ¿Ha detectado o atendido directamente a alguna mujer víctima de violencia de género en los últimos tres meses? Si la respuesta es afirmativa, ¿puede mencionar los tipos de violencia contra las mujeres que ha atendido?, ¿son daños psicológicos, físicos, sexuales o de otro tipo? Por favor explique.

11. ¿Existe algún formulario o registro, o se lleva alguna estadística de los casos de violencia contra las mujeres atendidos en esa IPS?
12. ¿Qué tipo de servicios presta la IPS a las mujeres víctimas de violencia contra la mujer?, ¿cuál es su opinión sobre el servicio prestado?
13. La Ley 1257 de 2008 que establece normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, establece unas obligaciones para las IPS. ¿Usted conoce estas disposiciones?, de ser afirmativa su respuesta, ¿puede darnos su opinión al respecto?

#### OPINIONES SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

14. ¿Cómo definiría usted la violencia contra las mujeres basada en el género?
15. ¿Considera usted que las violencias contra las mujeres es un problema que está presente en la ciudad de Barranquilla?
16. ¿Cómo cree usted que se mejoraría la atención a las mujeres víctimas de violencia de género?
17. ¿Cuáles cree usted son los motivos y/o causas de la violencia de género contra las mujeres?
18. ¿Quiénes cree usted son las personas que más frecuentemente agreden o maltratan a las mujeres?
19. ¿Cómo se podría prevenir o evitar la violencia de género contra las mujeres?
20. ¿Cuál considera usted es su rol ante las mujeres víctimas de violencia de género que acuden a la IPS?

## CUESTIONARIO

CASO N° \_\_\_\_\_

La siguiente encuesta tiene como objetivo describir las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres por parte del personal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Barranquilla y su influencia en la respuesta institucional.

El uso de esta información es para fines investigativos y garantizamos su completa confidencialidad. Agradecemos su sinceridad al momento de responder las preguntas.

Sexo: F ( ) M ( ) Edad: \_\_\_\_\_

IPS: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

### Instrucciones:

A continuación encontrará algunas afirmaciones, lea atentamente cada frase sobre algunos temas relacionados con hombres y mujeres, en las cuales se presentan cinco posibilidades de elección y van desde totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Señale con una “X” el valor que mejor considere apropiado.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Totalmente de Acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo

Los hombres de verdad son capaces de controlar a sus mujeres	1	2	3	4	5
No me gusta cuando veo un hombre con actitudes femeninas	1	2	3	4	5
Los hombres siempre están listos para tener sexo	1	2	3	4	5

Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos	1	2	3	4	5
El papel más importante de las mujeres es cuidar de su casa, cocinar y cuidar a su familia	1	2	3	4	5
Una mujer está completa y se realiza solo cuando tiene hijos e hijas	1	2	3	4	5
Las mujeres son las que deben cuidarse para no quedar embarazadas	1	2	3	4	5
Se justifica pegarle a una mujer cuando ha sido infiel	1	2	3	4	5
Si las mujeres conservaran su lugar serían menos agredidas por sus parejas	1	2	3	4	5
La mujer que desea mantener unida a su familia aguanta la violencia del marido	1	2	3	4	5
Las mujeres que siguen con sus parejas después de ser golpeadas es porque les gusta	1	2	3	4	5
Las mujeres celosas buscan que las maltraten	1	2	3	4	5
Al tema de las violencias contra las mujeres se le da más importancia de la que merece	1	2	3	4	5
Por lo general, las mujeres exageran los hechos de violencia	1	2	3	4	5
La violencia de pareja tiene menos impacto que la violencia contra los niños, niñas y adolescentes	1	2	3	4	5
Las mujeres que se visten de manera provocativa se exponen a que les falten el respeto	1	2	3	4	5
Si una mujer no opone resistencia, no se puede decir que fue una violación	1	2	3	4	5
Todos los hombres son propensos a ser agresores	1	2	3	4	5
Los violadores son, por lo general, hombres que no pueden controlar sus instintos sexuales	1	2	3	4	5
Con apoyo los agresores pueden superar sus problemas de agresión	1	2	3	4	5
Todos los agresores deben ser judicializados	1	2	3	4	5
La violencia contra las mujeres es más frecuente en los sectores más pobres	1	2	3	4	5
Los problemas familiares solo deben discutirse con miembros de la familia	1	2	3	4	5
Si un hombre maltrata a su esposa otras personas ajenas a la familia deben intervenir	1	2	3	4	5
Lo que pasa en el espacio privado no es responsabilidad de las instituciones	1	2	3	4	5
Los casos de tocamientos de glúteos o senos deben ser conocidos por las entidades del Estado	1	2	3	4	5
Los hombres son la cabeza del hogar	1	2	3	4	5
Es normal que los hombres no dejen salir sola a su pareja	1	2	3	4	5
El Estado debe hacer un esfuerzo para que las parejas permanezcan juntas a pesar de que haya violencia	1	2	3	4	5

Hay casos de violencia de pareja en los que pareciera que a la mujer le gusta que le peguen	1	2	3	4	5
Solo las mujeres sin autoestima sufren de violencia	1	2	3	4	5
Si está en sus manos resolver un caso de violencia de pareja, la acción que haría es buscar que las partes concilien	1	2	3	4	5
Si está en sus manos resolver un caso de violencia de pareja, busca que el agresor salga de la casa	1	2	3	4	5
Frente a la conciliación en casos de violencia intrafamiliar, lo más importante es la unidad familiar, por esto es mejor conciliar	1	2	3	4	5
La conciliación con el agresor es inviable cuando la víctima corre peligro	1	2	3	4	5