

Serie DEUDA SOCIAL

*La violencia contra la mujer
en la pareja
y la predicción del riesgo
de femicidio
en Cartagena de Indias*

Lluís Casanovas i Plà

Marzo 2021

CiDESD



Centro Interdisciplinario de
Derechos Sociales y Desarrollo

La violencia contra la mujer en la pareja y la predicción del riesgo de feminicidio en Cartagena de Indias

Lluís Casanovas i Plà

Marzo 2021

La violencia contra la mujer en la pareja y la predicción del riesgo de feminicidio en Cartagena de Indias

Serie: Deuda Social

ISBN: 978-958-56539-1-7

Marzo 2021

Autor: Lluís Casanovas i Plà

Apoyo Técnico-Estadístico: Tatiana Patrón

Diagramación e impresión

Editorial El Búho S.A.S.
Calle 54A N° 9-32
Tel.: 60/1/ 3576725
editorialelbuho@gmail.com
Bogotá

El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva del autor. De ningún modo, refleja la posición de las instituciones que apoyan el estudio.

Se permite la reproducción parcial o total del contenido de la publicación siempre que se dé el crédito correspondiente citando la fuente.



Apoyan:



cidesd@cidesd.org
57/5/6649522
h <http://www.cidesd.org/>

Contenido

Presentación	5
La violencia contra las mujeres y sus miradas	9
La violencia contra las mujeres como un problema público	9
El complejo concepto de “violencia” y su vinculación jerárquica	11
La violencia contra las mujeres y el enfoque de género	13
La violencia contra las mujeres: injusticia estructural y derechos humanos	16
Determinación social, igualdad de género y salud	17
La violencia contra las mujeres en la pareja: lo conocido y lo oculto	20
La vida cotidiana de las mujeres transcurre en riesgo.	42
Violencia feminicida en el contexto de los homicidios	49
Homicidios de mujeres y feminicidios	58
Feminicidios íntimos	64
Prevención individualizada de la violencia y la muerte	67
Valoración del riesgo de violencia mortal en Colombia.	68
Vivir en riesgo en Cartagena de Indias.	75
Inmersa en la problemática	75
La violencia contra la mujer en la pareja y el riesgo de muerte	80
Panorama desalentador en la ciudad	86
Más allá del enfoque de riesgo	89
Contrapuntos	95
Referencia bibliográfica.	97

En un periodo relativamente corto, la violencia contra las mujeres ha recibido una mayor atención tanto en el ámbito político como en el social y los medios de comunicación; pero la naturalización y normalización de la violencia hacia las mujeres persisten en la sociedad y en todas las esferas e instituciones sociales prolongándose, en el tiempo, aquella interpretación de Hannah Arendt: “las conciencias estaban dormidas frente al espectáculo cotidiano”.

Esta convivencia cotidiana con la violencia no solo termina banalizando el verdadero trasfondo de la violencia contra las mujeres –el sistema de poder y dominación masculina que sustenta el orden social de las desigualdades de género y el sexismo en la sociedad– sino que se constituye en un obstáculo para aproximarse y producir información en relación a su real existencia y magnitud. Complejas tesituras que implican, entre distintos desafíos, insuficiente voluntad política para acabar las violencias, los acosos sexuales, violaciones y feminicidios que afectan a las niñas y mujeres; y una amplia variedad de formulaciones e implementaciones de medidas para la protección y erradicación de la violencia de bajo aliento y, en muchos casos, de dudosa efectividad.

La priorización del problema sigue siendo una asignatura pendiente en distintos ámbitos y disciplinas; y la desconexión de las leyes y políticas con la realidad cotidiana que viven las mujeres y las niñas sigue siendo profunda. En consecuencia, la violencia contra la mujer continúa siendo una violación de derechos humanos generalizada con importantes consecuencias sociales, económicas y sobre la salud de las mujeres que con frecuencia transita del sufrimiento cotidiano a la muerte anticipada. Desde esta realidad es necesario e inevitable repensar el accionar y situarse en una perspectiva teórico-política crítica para afrontar las determinaciones estructurales de poder y dominación que producen y reproducen la violencia contra las mujeres; transformar una realidad que dista de la justicia de género, adoptar una prevención amplia y colectiva y luchar eficazmente por su erradicación.

La violencia contra la mujer ha sido ampliamente estudiada por distintas disciplinas. Se dispone actualmente de numerosas líneas de investigación y de un sinnúmero de estudios sobre el tema en el mundo de la academia, incluido el ámbito de las ciencias de la salud. No obstante, la elección del enfoque teórico –en el momento de las observaciones y del ejercicio interpretativo; del orden metodológico en el proceso de análisis; de brindar propuestas sea de atención, prevención o erradicación del fenómeno– es diversa y plural. En este sentido no sobra decir que las tensiones conceptuales son evidentes en todas las disciplinas que abordan el tema de las violencias contra las mujeres y niñas y allí confluyen distintos pensamientos, ideologías y convicciones. Se pone de manifiesto que el campo de la ciencia –y de la salud en concreto– no es neutro. La evidencia científica tampoco.

Los conceptos de salud, violencia contra las mujeres y la perspectiva de género a menudo son interpretados de manera distinta entre diferentes sectores y disciplinas y con frecuencia en las miradas, valoraciones y abordajes subyace un antropocentrismo que implica un sesgo de género y una estrecha visión. Asistimos, hoy en día, a reconocidos avances en el estudio y abordaje de la

violencia de género colocando en su centralidad a las mujeres. Sin embargo, centrar la atención en la mujer no es sinónimo de entender e incorporar la naturaleza relacional del género –que va más allá de las diferencias de sexo– ni mucho menos de adoptar una perspectiva interseccional –múltiples discriminaciones relacionadas con el poder y la dominación– que implica interrelacionar el género con la clase social y la etnia. A pesar de los avances, persisten desanclajes que son determinantes para la comprensión holística del fenómeno y el marco de interpretación y tienen ramificaciones en los diseños de intervención.

Los marcos y las categorías teóricas tienen una influencia decisiva en la planificación y en el accionar sociosanitario. En este sentido, bajo la óptica conceptual dominante, si bien focalizan los esfuerzos en garantizar servicios de atención de salud, protección, prevención del riesgo y justicia a las víctimas su impacto de transformación es muy limitado al concentrarse más en una intervención personal –necesaria, pero insuficiente–, fragmentada y compasiva, produciendo y reproduciendo respuestas en una misma dirección y sentido. Otro abordaje –desde una visión holística, relacional y transdisciplinar con una actuación orientada a la dimensión colectiva– encuentra no sólo importantes obstáculos sino, también, ausencia de voluntades y resistencias.

Los procesos que sustentan la violencia contra la mujer están determinados por un conjunto distintivo de interrelaciones e interacciones jerarquizadas que deben ser comprendidas teórica y políticamente para adoptar soluciones que vayan más allá de los niveles individuales e intersectoriales y apunten estratégicamente a la transformación social de las inequidades de poder que perpetúan la dominación de los hombres sobre las mujeres y justifican y legitiman el ejercicio de la violencia contra las mujeres y niñas.

El propósito de esta publicación es aproximarse al fenómeno de la violencia contra las mujeres en la pareja entendiendo la importancia de la prevención y protección ante la gravedad de las lesiones y las consecuencias asociadas a feminicidios en el país y en la ciudad. Primeramente, se transita por un breve recorrido por el marco interpretativo de la violencia contra la mujer en la pareja resaltando la importancia de la perspectiva de género y la determinación social de la salud como categorías esenciales para la base conceptual e interpretación del fenómeno de las violencias contra las mujeres.

En un segundo momento, se observa desde un análisis descriptivo la magnitud y el comportamiento del fenómeno de la violencia contra las mujeres en la pareja a nivel nacional y, en particular en Cartagena de Indias y su estrecha interrelación con el riesgo de ser asesinada la mujer víctima (feminicidio). Hechos, consecuencias, valoración del riesgo mortal y actuaciones de protección constituyen aspectos de un proceso asociado a la violencia contra la mujer en la pareja que implican reconocer la gravedad del problema y la importancia de la actuación preventiva centrada en la individualización de las predicciones y la probabilidad estadística del nivel de riesgo de ser la mujer asesinada a manos de la pareja o expareja. Pero, asimismo, obliga a repensar su alcance ante las manifiestas limitaciones sanitarias, sociales, políticas y jurídicas que coexisten en el contexto local donde, en gran medida, los procedimientos, las propuestas y la urgencia de intervención para poner fin a la situación de violencia que afecta a las mujeres y niñas ponen de manifiesto que hay cosas que no se están haciendo correctamente. El panorama

exige cambios de mentalidad, políticos y de actuación para lograr el irrenunciable propósito de contrarrestar y erradicar la violencia contra las mujeres.

Mientras no se enfrente la cultura del poder patriarcal, el androcentrismo y el sexismo que atraviesa la manera de pensar de todos los estamentos de la sociedad y la institucionalidad; mientras no se confronten y solucionen las razones estructurales de desigualdad y múltiples discriminaciones que permiten y toleran la existencia de la violencia contra las mujeres; y mientras no se reconozca la violencia contra las mujeres como un problema de los hombres, la deuda social del Distrito con las mujeres no sólo se acrecienta sino que se pone de manifiesto que no se está actuando como debería ser según los propios marcos normativos y, en consecuencia, la institucionalidad y las instituciones se constituyen en cómplices de la violencia machista que afecta a las mujeres y niñas.

La violencia contra las mujeres y sus miradas

Es un hecho consabido que la violencia contra las mujeres, es un fenómeno tan amplio y persistente como invisibilizado y naturalizado. Es la violación de derechos humanos más sistemática, habitual y extendida en todos los países, culturas y razas; evidenciándose en todas las clases sociales y ámbitos de la sociedad.

La violencia perpetrada contra las mujeres por su condición de género sin diferencia de edad, es un fenómeno ampliamente generalizado. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) la identifica como un apremiante problema, no sólo por las consecuencias que acarrea en la salud de las mujeres afectadas, sino también por tratarse de un componente de la mortalidad femenina (OMS/OPS, 2002).

Es una de las formas más graves de violencia con una elevada prevalencia. Sin embargo entraña amplios debates teóricos sobre sus orígenes y causas, con distintas comprensiones sobre el proceso y la dinámica de las relaciones abusivas que contempla, y con múltiples dificultades en su control y erradicación, así como en las medidas para prevenir y combatir sus efectos en las mujeres víctimas.

La violencia contra las mujeres como un problema público

Pese a la magnitud que ha alcanzado el panorama de la violencia contra las mujeres y niñas, el problema se conoce poco. Falta un conocimiento estadístico preciso de su dimensión, continúa un subregistro del número real de víctimas y de victimarios. La violencia es permanentemente *infraidentificada, infradiagnósticada e infradeclarada*, y persiste una información del fenómeno dispersa e insuficientemente documentada. A pesar de su generalización y de haberse convertido, en las últimas décadas, en un asunto de preocupación pública, paradójicamente, detenta todavía una bajo perfil social y público por la falta de reconocimiento del problema en todos los ámbitos políticos, institucionales y sociales.

Esta constatación, se refleja en las dificultades y resistencias existentes de aceptar una terminología y una conceptualización unívoca que haga referencia explícita a todos los actos violentos que sufren específicamente las mujeres y niñas, tanto por parte de sus parejas y miembros de la familia como por individuos por fuera de ella, e incluirla explícitamente en las iniciativas legislativas y políticas de los países. Persisten una gran variedad de términos que además de generar confusión desconocen el aporte teórico de la conceptualización feminista, ocultan el carácter estructural del fenómeno por el sistema de dominación patriarcal, uniformizan la violencia y su direccionalidad y, en últimas, despolitizan su contenido.

Pese a este panorama, las sucesivas declaraciones de las Naciones Unidas han ido aceptando e incorporando los reclamos y posicionamientos del movimiento social de mujeres y feminista. Paulatinamente, se ha ido precisando la definición y ampliando su contenido, en aras a contemplarla como la violencia que sufren las mujeres y niñas a causa de la desigualdad relacionada con el género y con la posición social de subordinación con respecto a los hombres, independientemente de contextos, clases sociales y ámbitos. Definiciones que van asumiéndose ampliamente por la comunidad internacional y que se constituyen como punto de referencia obligada para todos los países.

En el marco de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena, realizada el 25 de junio de 1993, se abordó en la Declaración y el Plan de Acción (NN.UU. 1993) como un tema de derechos humanos de la mujer. Posteriormente, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en el mes de diciembre del mismo año 1993 (NN.UU. 1993, b), aprobó una Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres. Un año después (septiembre 1994) en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (NN.UU. 1995) se trató en su relación con la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (1995) marcó un importante punto de inflexión para la agenda mundial de igualdad de género. Su Plataforma de Acción formuló amplios compromisos en doce (12) esferas de especial preocupación. El cuarto compromiso se dedicó completamente a la violencia contra la mujer donde la expresión “violencia contra la mujer” se refiere a *todo acto de violencia basado en el género* (NN.UU.1995 b).

En el siguiente año 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA-49.25, en la que se declaró que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo. Se decidió que la prevención de la violencia era una prioridad de salud pública e instó a los países miembros para que se *aborde urgentemente el problema de la violencia contra las mujeres y muchachas y se determinen sus consecuencias para la salud* (AMS, 1996).

En Colombia, el 4 diciembre de 2008 se promulga la ley 1257 *por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres* (Ley 1257, 2008). Es un significativo avance para la erradicación de las violencias en el país con sus decretos reglamentarios aprobados¹, encaminados a erradicar la violencia contra las mujeres y niñas en distintos ámbitos (educativo, laboral, salud, justicia).

Han transcurrido 25 años de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing y 10 años de la Ley 1257 en Colombia, y los aumentos en los índices de violencia contra las mujeres no cesan. La invisibilidad de la violencia contra las mujeres y niñas persiste. Las enormes dificultades para identificarla continúan y los subregistros son amplios; pero los esfuerzos de análisis, investigación y, sobre todo, el activismo de las organizaciones de mujeres han puesto de manifiesto que es un problema generalizado que, lejos de erradicarse, no sólo persiste sino que tiene una tendencia a crecer alarmantemente y con mayor grado de ensañamiento y atrocidad. Se constituye en un grave y persistente problema social y público sin precedentes.

Los hechos y cifras, sobre las diferentes formas de violencia contra mujeres y niñas, recopiladas por instancias internacionales gubernamentales y no gubernamentales muestran este retrato social extendido por todos los rincones del mundo. Pero a pesar de este incremento y de un creciente reconocimiento social de la violencia contra las mujeres y las niñas, *la información básica sobre la magnitud del problema sigue siendo insuficiente, al igual que sucede con el conocimiento de sus causas profundas y de los factores que pueden resultar protectores* (C García-Moreno, C. 2000)².

¹ Decreto 4463 de 2011 (por objeto definir las acciones necesarias para promover el reconocimiento social y económico del trabajo de las mujeres...). Decreto 2733 de 2012 (por objeto establecer los requisitos necesarios para hacer efectiva la deducción de impuestos sobre la renta y complementarios...). Decreto 4799 de 2011 (por objeto reglamentar las leyes 294 de 1996, 575 de 2000 y 1257 de 2008, en relación con las competencias de las Comisarias de Familia, la Fiscalía General de la Nación, los Juzgados Civiles y los Jueces de Control de Garantías. Decreto 4798 de 2011 (por el cual el Ministerio de Educación Nacional, las entidades Territoriales y las instituciones educativas en el ámbito de sus competencias se comprometen a implementar acciones para la prevención, atención y protección de violencias contra las mujeres...). Decreto 4796 de 2011 (por objeto 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...).

² Los datos de que se dispone para valorar la magnitud de la violencia en general y de la violencia contra la mujer en particular son insuficientes. Son muchas las razones que explican la insuficiencia de la notificación y gran parte de los datos procedentes de los servi-

Las consecuencias de la violencia contra las mujeres y niñas son muy amplias y graves afectando tanto la salud física y mental como todos los ámbitos de la vida privados y sociales. La expresión máxima de la gravedad que puede conllevar la violencia contra las mujeres es la muerte o «feminicidio». Debido a los efectos destructivos de las distintas formas de violencia que afectan a las mujeres y niñas, una gran parte de los esfuerzos se han orientado a la prestación de servicios de atención en salud y asistencias/protección a las sobrevivientes de la violencia. Pero no es suficiente. La prevención y detección precoz constituyen dos componentes esenciales tanto para evitar las distintas formas de violencia como para contrarrestar los posibles daños físicos, mentales, sexuales y efectos que pueden causar la muerte anticipada de las mujeres y niñas.

Ante los hechos y el carácter de las dinámicas lesivas que se observan, las estrategias preventivas constituyen el pilar fundamental de toda actuación en la lucha para erradicar las violencias, ya que una prioridad es la seguridad personal, incluyendo la evaluación, con las mujeres víctimas, para detectar si hay o no un peligro inmediato para sus vidas. La acción preventiva como cultura de salud y seguridad debería constituir la base de partida que debería enmarcarse a través de la promoción de la igualdad de género, el empoderamiento de las mujeres y su disfrute de los derechos humanos, como señaló el 57º periodo de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (NN.UU. CSW57, 2013)³.

Sin duda, el fenómeno de la violencia contra las mujeres y niñas, es un problema prioritario de salud individual y colectiva⁴; pero va más allá de los impactos sanitarios teniendo implicaciones políticas, socioculturales, jurídicas y económicas en las vidas de las víctimas. Se constituye, en la vida cotidiana, en la violación de Derechos Humanos más extendida, sistemática, habitual e invisibilizada afectando al derecho a la dignidad, a la integridad, a la libertad y al desarrollo pleno de las mujeres y las niñas, y limitando sus autonomías y sus horizontes de futuro.

El complejo concepto de “violencia” y su vinculación jerárquica

En los estudios de la violencia, si en algo se coincide, es en reconocer la complejidad del concepto pese a su uso cotidiano y las evidencias que se tienen en hechos concretos. Una de las dificultades es la falta de una definición precisa que pueda dar respuesta a la complejidad de tramas y multiplicidad de formas en las que ésta se presenta, y permita señalar sus características principales. Es evidente que tenemos una pluralidad de significados y múltiples matices en relación al concepto de violencia.

En todas las definiciones hay alcances, pero también limitaciones. Como elementos comunes cabría resaltar el uso de la fuerza (física o no física), la intencionalidad, el fin para alcanzar un propósito, imponer algo, dominar a alguien y causar daño físico o psicológico. Igualmente, hay otras concepciones, que la amplían considerándola como la negación del otrx. El otrx negadx como persona (negación de sus derechos, de su voluntad, de su cuerpo, de su diferencia, etc.).

cios son incompletos y a menudo poco fiables. Los estudios publicados proceden en su mayoría de los Estados Unidos, Canadá, Australia y algunos países europeos, siendo escasos los originados en países más pobres. Además, muchos de estos estudios conllevan problemas metodológicos de diseño o utilizan muestras derivadas de los sistemas de salud, lo que complica la obtención de cálculos confiables de prevalencia. (C.García-Moreno, 2000, pág. 5).

³ La prevención implica respaldar la implementación de las conclusiones convenidas en la Comisión, que hicieron un fuerte hincapié en la prevención a través de la promoción de la igualdad de género, el empoderamiento de las mujeres y su disfrute de los derechos humanos al tener como prioridad la eliminación y prevención de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas. (CSW57, 2013)

⁴ La gran magnitud de la violencia contra las mujeres llevó a que la Organización Mundial de la Salud la declarara como un problema prioritario en salud pública 1996. (AMS, 1996)

Si bien, todos los aspectos son componentes esenciales, es particularmente importante resaltar algunos de ellos. *La existencia de la intencionalidad* donde la violencia no es accidental. No es tampoco un acto involuntario ni una mera pérdida de control sino, por el contrario, *acto deliberado* para generar daño e imposición. De la misma manera, *la noción de otredad* amplía la comprensión al constatar que la violencia se apoya en la negación del otro al considerarlo inferior y al cosificarlo. El otro se reduce a la categoría de objeto para ser utilizado como se desee y se le despoja de su propia dignidad como persona. Y, asimismo, se sustenta en la *dimensión vincular jerárquica y desigual*, socialmente aceptada, y que nos ubica en el lugar del poder, la autoridad y el sometimiento –sean tangibles o no tangibles–.

En este sentido hay que subrayar, en palabras de Inés Izaguirre, *que del mismo modo que el registro del poder, el registro de la violencia pasa por su re-conocimiento, y como todo conocimiento éste es tributario de la experiencia. Toda situación de poder que naturalice la desigualdad y la jerarquía es una situación de violencia permanente, que nos escinde como miembros de una especie humana única, que transforma una porción de sujetos en objetos* (I. Izaguirre, 1998). De igual manera, será indispensable a la hora de dimensionar los significados de la violencia, reconocer que la conducta agresiva y violenta se produce siempre en un contexto relacional y asimismo no se puede desvincular del contexto estructural y del orden sociocultural imperante. Dicho de otro modo, como subrayan, M. Doménech y L. Íñiguez (2002), *los actos agresivos no lo son al margen de las colectividades en los que se producen. Y sería ingenuo pensar que los recursos interpretativos están al margen de los intereses de poder y dominación que atraviesan a toda formación social*.

Sin duda, el fenómeno de la violencia contra las mujeres y niñas compartirá esta polisemia de significados. Como lo entendemos tendrá implicaciones y consecuencias en cómo lo interpretamos, qué sentido y relevancia le otorgamos, de qué modo procedemos para confrontarlo como problema; pero, inclusive, incidirá en la designación de un sinnúmero de denominaciones particulares corriendo el riesgo de favorecer la confusión, si no hay una clara distinción en los términos o si se usan los conceptos de forma indistinta.

Al respecto, el sinnúmero de publicaciones, declaraciones y/o legislaciones acerca de la violencia contra las mujeres y niñas siguen ratificando que las conceptualizaciones son diversas y variadas. Unas son restringidas, algunas presentan aproximaciones particulares, otras optan por sostener un marco amplio para dar cuenta de las causas, las formas en que se presentan y las dinámicas que asumen las diferentes formas de violencia. Hay una multiplicidad de análisis y argumentaciones que dan lugar a distintas comprensiones del fenómeno y en últimas se concretizan en diferentes definiciones y nomenclaturas. Es una realidad actual que muestra no sólo la complejidad del fenómeno, sino que dificulta la precisión y su estudio en muchos casos. Incluso, conduce a hablar de las violencias y no de la violencia en singular.

No es el espacio, ni hay la intención de abordar esta reflexión acerca de las conceptualizaciones y terminologías⁵. Pero sí es pertinente tenerlo en cuenta porque más allá de colocarnos en matices importantes o complejos planteamientos teóricos también nos advierte de las falsas neutralidades e indeterminaciones de ciertas definiciones. Los procedimientos de análisis, las conceptualizaciones y la adopción de términos se realizan, en muchas ocasiones, desde perspectivas distintas y con miradas y enfoques diferentes. El contexto sociocultural e ideológico influye y determina en el análisis,

⁵ Entre muchos términos que se asignan figuran: mujer maltratada, mujer golpeada, malos tratos en la pareja, violencia contra las esposas, violencia doméstica, violencia íntima, violencia doméstica hacia la mujer por su pareja, violencia en la pareja, la pareja en situación de violencia; términos que tienen connotaciones diferentes y posiciones y procedimientos de abordaje distintos.

la comprensión de los fenómenos, la significación de los mismos, la interpretación y, por supuesto, en las asignaciones de nombres y términos.

La comprensión de la violencia contra las mujeres y las niñas no está exenta de estas influencias ideológicas. En el uso de determinadas terminologías prevalece un sentido de ocultar su carácter estructural conllevando a una distorsión de su comprensión, a una confusión uniformista sin considerar lo específico de la violencia contra las mujeres y las niñas, y a una despolitización de su carácter. En muchos casos, como nos recuerda Jaime Brehil, *en el marco de interpretación del problema, no se incorporan suficientemente los presupuestos inequitativos del sistema social (reales y simbólicos)* que determinan la desigualdad en el contexto relacional en donde se produce y reproduce toda conducta y acción violenta dirigida a las mujeres y las niñas. Se prescinde de aquella *vincular jerárquica* que nos ubica en el lugar del poder y la dominación. Con ello se desentienden del esfuerzo de diferenciar la violencia contra las mujeres y las niñas y delimitarla con claridad (preocupación y esfuerzo de los marcos de interpretación desarrollados por la teorización feminista).

No hay duda que todo ello incide en el proceso de caracterizar las distintas formas de violencias y sus determinantes. De la misma manera, tiene también significativas repercusiones en el cómo se aborda el problema y en las medidas que se adoptan para erradicarlo.

La violencia contra las mujeres y el enfoque de género

A pesar de alcanzar un amplio reconocimiento público la gravedad y la magnitud de la violencia contra las mujeres y las niñas, y de tener una atención cada vez mayor en la comunidad internacional –como una forma de discriminación y una violación de los derechos humanos de las mujeres–, la noción y el abordaje del análisis, con frecuencia, denotan una limitada mirada y una matizada comprensión del fenómeno social.

Desde diversos enfoques y perspectivas, como se mencionaba anteriormente, los estudios y teorizaciones⁶ siguen mostrando particulares explicaciones y divergencias en las valoraciones y comprensiones del fenómeno. Se acepta, incluso, considerar la violencia contra las mujeres y niñas como un tema estructural; pero en la aproximación prevalece más un enfoque de causas multifactoriales que un asumir la determinación social de la violencia de género. El problema demanda todavía un esfuerzo comprensivo holístico desde la distribución desigual del poder y las desigualdades relacionales en todas las dimensiones (individual, particular, general) y ámbitos (privados, públicos, institucionales, etc.) tanto para interpretar como para identificar e intervenir.

No obstante, el compromiso y el trabajo de teorización desde el feminismo y la militancia y activismo de las organizaciones y movimientos de mujeres en todo el mundo han facilitado una mayor comprensión de la naturaleza, diferenciación y alcance de la violencia contra las mujeres y las niñas. Asimismo, su esfuerzo ha sido determinante en las instancias internacionales (Naciones Unidas) para lograr la atención, el posicionamiento en relación al fenómeno, y el reconocimiento como tema de derechos humanos. Pero, sobre todo han conseguido la incorporación de la perspectiva de género no como una mera variable analítica sino como visión que replantea la comprensión, análisis y abordaje del problema desde las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres y busca avanzar en la construcción de la igualdad de género.

⁶ Desde distintas disciplinas y desde diferentes corrientes de pensamiento como son la sociología, el feminismo, la justicia, los derechos humanos, la salud pública, la psicología y la psicología social, la criminología, el desarrollo, etc.

Al respecto, cabe resaltar que un punto de acuerdo en el recorrido de las definiciones y redefiniciones va siendo la incorporación del enfoque de género basado en derechos humanos conllevando un impulso y una impronta a la cuestión en términos políticos.

Así la Recomendación general N° 19 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1992) define *La violencia contra la mujer por motivos de género como “la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada. Incluye actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de la libertad.” “La violencia contra la mujer, que menoscaba o anula el goce de sus derechos humanos y sus libertades fundamentales en virtud del derecho internacional o de los diversos convenios de derechos humanos, constituye discriminación, como la define el artículo 1 de la Convención.”* (CEDAW, 1979)

En 1993, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres adoptada por las Naciones Unidas define la violencia contra las mujeres como *todo acto de violencia basado en el sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.*

En 1995, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing, declara la expresión “violencia contra la mujer” como *todo acto de violencia basado en el género refiere que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada*⁷.

A nivel Regional el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, en 1994 logra la aprobación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer o “Convención de Belem do Para”. *Afirmando que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades; y Preocupados porque la violencia contra la mujer es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres; entiende 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*⁸.

En África, el Protocolo de Maputo del año 2003 y que entró en vigor en el 2005, *violencia contra la mujer significa todos los actos perpetrados contra las mujeres que les causen o puedan causar daño físico,*

⁷ Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Naciones Unidas. 1995. Según la misma Declaración, párrafo 113, la violencia contra la mujer puede tener, entre otras, las siguientes formas: a) La violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; b) La violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, la trata de mujeres y la prostitución forzada; c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra. Pf. 114. Entre otros actos de violencia contra la mujer cabe señalar las violaciones de los derechos humanos de la mujer en situaciones de conflicto armado, en particular los asesinatos, las violaciones sistemáticas, la esclavitud sexual y los embarazos forzados. Pf. 115, Los actos de violencia contra la mujer también incluyen la esterilización forzada y el aborto forzado, la utilización coercitiva o forzada de anticonceptivos, el infanticidio de niñas y la determinación prenatal del sexo. (NN.UU.1995 b).

⁸ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer “CONVENCION DE BELEM DO PARA” (junio, 1994): Artículo 1 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 2 Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica: a. que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer; y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; b. que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar; y c. que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.

sexual, psicológico y económico, incluido el amenaza de realizar tales actos; o emprender la imposición de restricciones arbitrarias o privación de libertades en la vida privada o pública en tiempos de paz y durante situaciones de conflictos armados o de guerra (Protocolo Maputo, 2003).

En Europa, en el 2011, el Convenio del Consejo de Europa sobre la prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica donde se aprueba que *por “violencia contra las mujeres” se deberá entender una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres, y designará todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada (aptdo a). De igual manera, se declara que por “violencia contra las mujeres por razones de género” se entenderá toda violencia contra una mujer porque es una mujer o que afecte a las mujeres de manera desproporcionada (aptdo.C) (Convenio de Estambul, 2011)*⁹.

En esta misma línea, en Colombia, la Ley 1257 de 2008¹⁰ contempla esta diversidad y complejidad del fenómeno al entender por *violencia contra la mujer 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.*

En términos generales, hay que resaltar que en las definiciones confluyen dos aspectos esenciales. Por un lado, se identifica a las mujeres y las niñas como principales afectadas de la violencia sexista y se enmarca en la garantía del libre y pleno ejercicio de los derechos de las mujeres. Por otro, se refiere a un conjunto diverso y plural de afectaciones y realidades que pueden ir desde el acoso moral y sexual al asesinato, de la violencia física y psicológica a la trata de mujeres y la prostitución forzada, del hostigamiento a la privación de la libertad, o del control económico a la mutilación genital. Una confluencia que ubica el análisis y su interpretación desde el imperativo ético de los derechos humanos y de la justicia social.

⁹ Artículo 3 – *Definiciones* A los efectos del presente Convenio. En este artículo también se incluye b) por “violencia doméstica” se entenderán todos los actos de violencia física, sexual, psicológica o económica que se producen en la familia o en el hogar o entre cónyuges o parejas de hecho antiguos o actuales, independientemente de que el autor del delito comparta o haya compartido el mismo domicilio que la víctima; c) por “género” se entenderán los papeles, comportamientos, actividades y atribuciones socialmente construidos que una sociedad concreta considera propios de mujeres o de hombres; e) por “víctima” se entenderá toda persona física que esté sometida a los comportamientos especificados en los apartados a y b. El Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, también conocido como el Convenio de Estambul de 2011. Es el primer tratado europeo dedicado específicamente a abordar la violencia contra las mujeres, incluyendo la mutilación genital femenina. Entra en vigor en el año 2014. (Convenio de Estambul, 2011)

¹⁰ En la ley 1257 en su artículo 2o. se contempla la DEFINICIÓN DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. Por violencia contra la mujer se entiende 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. Para efectos de la presente ley, y de conformidad con lo estipulado en los Planes de Acción de las Conferencias de Viena, Cairo y Beijing, por violencia económica, se entiende cualquier acción u omisión orientada al abuso económico, el control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica o política. Esta forma de violencia puede consolidarse en las relaciones de pareja, familiares, en las laborales o en las económicas. En el artículo 3o. se define el CONCEPTO DE DAÑO CONTRA LA MUJER. Para interpretar esta ley, se establecen las siguientes definiciones de daño: a) Daño psicológico: Consecuencia proveniente de la acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal. b) Daño o sufrimiento físico: Riesgo o disminución de la integridad corporal de una persona. c) Daño o sufrimiento sexual: Consecuencias que provienen de la acción consistente en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas. d) Daño patrimonial: Pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o económicos destinados a satisfacer las necesidades de la mujer (Ley 1257, 2008).

La violencia contra las mujeres: injusticia estructural y derechos humanos

La perspectiva de género brinda un mejor entendimiento sobre la violencia contra las mujeres y niñas. Nos ubica en el análisis estructural de las causas y consecuencias de la violencia y conlleva que la atención ya no se centre en la violencia como un particular problema individual de las mujeres y niñas. Habrá que ubicarla en la dinámica estructural que alimenta la lógica de las injusticias y de una cultura violenta patriarcal.

En el propio proceso de afianzamiento y difusión de las definiciones se constata que la violencia contra la mujer no es el resultado de meras conductas patológicas sino que, por el contrario, es estructural sobre la base del orden social patriarcal inserto. Sistema básico de dominación imperante y profundamente arraigado en nuestra sociedad que sustenta la subordinación, control, uso y opresión de la mujer y se regenera y recrea mediante la cultura.

La vida de las mujeres y niñas –independientemente de ser un colectivo no homogéneo y diverso– se desarrolla en unas sociedades inequitativas sustentadas por unas relaciones sociales jerarquizantes y una distribución del poder desigual. Viven una múltiple y compleja combinación de inequidades (género, social, étnica, etaria, sexualidad...) que se entretajan conllevando a múltiples formas de discriminación entrecruzadas y constituyendo, como ha definido P. Hill Collins, una “matriz de dominación” (Hill Collins, 2000)¹¹. La violencia contra las mujeres, como expresión extrema de la opresión y subordinación, hay que ubicarla en esta relación de poder desigual que otorga y legitima la dominación masculina sobre las mujeres en todos los ámbitos sociales (social, económico, político, cultural, institucional...). En este sentido, la violencia contra las mujeres no puede ser pensada aisladamente ni atribuida meramente a una casuística de factores asociados. Es imprescindible e inobjetable la comprensión de la violencia de género como injusticia estructural, si se desea poner fin, realmente, a la violencia contra las mujeres y las niñas.

Ubicarse en la injusticia estructural conduce a aceptar que la sociedad, en general, se caracteriza por una dinámica de apropiación de poder y dominación que determina como consecuencia las relaciones asimétricas y las desigualdades sociales. El género, la clase y la etnia son elementos estructuradores de las relaciones sociales asimétricas y de dominación entre hombres y mujeres. Una triada que opera sinérgicamente en la distribución y concentración del poder y, en consecuencia origina las múltiples discriminaciones, las desigualdades, y las violencias.

Avanzar realmente en la prevención y erradicación de la violencia implicará tener en cuenta la raíz estructural y diferenciar entre la determinación social que la genera y aquellas desigualdades o factores que la facilitan, potencian o ayudan a que se haga más manifiesta¹². Concentrarse en estos últimos no implica erradicar las causas últimas (injusticia estructural) que originan la violencia.

En este orden de ideas, la injusticia estructural nos pone en el centro los paradigmas patriarcales y sus dinámicas de dominación en donde las mujeres sufren las desigualdades, las discriminaciones y el no reconocimiento. Los actos violentos individuales contra las mujeres y niñas son expresión y

¹¹ Patricia Hill Collins redefine el concepto de opresión en términos de interseccionalidad incorporando lo que denomina «matriz de dominación». Construyó sobre la teoría de Kimberlé Crenshaw, argumentando que múltiples formas de opresión se conectan para formar una «matriz de dominación»; así como las identidades se superponen, también lo hacen las jerarquías por las cuales se mantiene el desequilibrio estructural de poder. Ver al respecto Hill Collins, *Pensamiento feminista negro. Conocimiento, conciencia y la política del empoderamiento* (Hill Collins, 2000).

¹² Siguiendo la determinación social de la salud (Alamos).

ejercicio del poder patriarcal que se condensa y materializa en la negación de su dignidad personal y de sus derechos.

En este sentido, la adopción del enfoque de los derechos humanos es irrefutable como garantía de la inviolabilidad de la dignidad y el principio de la igualdad. La noción y la realización práctica de los derechos humanos será la forma pertinente para asentar tanto la comprensión como la actuación transformadora integral frente a la violencia contra las mujeres. El abordaje del tema de la violencia contra las mujeres y niñas desde los derechos humanos coloca en el centro la real universalización de la vida digna para todas y todos desde el reconocimiento de las diferencias y la diversidad.

Como consecuencia los derechos humanos deberán contemplar en su noción las causas estructurales y las relaciones de poder que implican actos violentos de múltiples formas que están presentes en todos los niveles y ámbitos de la vida (públicos y privados) de las mujeres y niñas y niegan su derecho a vivir libres de violencia. A su vez demanda en su conceptualización la perspectiva de género para un efectivo cumplimiento y protección de los derechos humanos de las mujeres y niñas. Resultaría incompleta y abstracta dicha comprensión sin la perspectiva de género. Desde esta perspectiva las causas estructurales que dan lugar a las discriminaciones y desigualdades específicas que afectan a las mujeres y niñas son violaciones de los derechos humanos. La incorporación de la perspectiva de género es indiscutible: por una parte, por su capacidad analítica como categoría relacional y permitir comprender el impacto diferencial de las causas estructurales en las mujeres; por otra parte, por su potencial transformador de la realidad (potencial político) que permite responder diferencial y específicamente a las mujeres. No hay derechos humanos sin perspectiva e igualdad de género.

Esta capacidad transformadora que integran la perspectiva de género y los derechos humanos, se amplía y cualifica con el lente de la interseccionalidad al integrar la complejidad y la multiplicidad de las inequidades específicas en la visión estructural de las violencias que padecen y se ejercen contra las mujeres y niñas. La conjunción de las distintas perspectivas es imprescindible. Garantiza una dimensión integral que amplía los horizontes para la comprensión holística del fenómeno y es fundamental para abordar las relaciones históricas y estructurales de poder que determinan el proceso de las violencias contra las mujeres y niñas. Única manera de avanzar hacia una mejor y más eficaz intervención para la prevención y erradicación de dichas violencias.

Determinación social, igualdad de género y salud

Conforme a lo expresado anteriormente, cabe subrayar que es incompatible la realización de la igualdad de género, el reconocimiento cultural y los derechos humanos de las mujeres con estructuras sociales y políticas patriarcales y androcéntricas. En este sentido, tampoco es posible tener una efectiva erradicación de las violencias contra las mujeres y niñas si no se incide en los procesos estructurales socio-históricos que sostienen, producen y legitiman las dinámicas, los actos y manifestaciones de violencia que padecen. Los procesos estructurales no pueden simplificarse a un conjunto de determinantes sociales¹³ reducidos a factores. Los determinantes sociales, al ser convertidos en factores pierden su dimensión de procesos socio-históricos (ALAMES-UAM, 2008)¹⁴.

¹³ La Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la OMS. *ha puesto el acento en lo que llama las «causas de las causas», es decir, en el conjunto de factores sociales, económicos y políticos que anteceden a la generación de causas.* Véase Benach, Joan y Muntaner, Carles (2008).

¹⁴ Los determinantes sociales en relación a su dimensión de procesos socio-históricos. Ver al respecto las ponencias: Jaime Breilh “Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud; Carolina Martínez Salgado “Abrir la Epidemiología”; Laurell, Asa Cristina, “Los determinantes sociales de la salud y la acción política”, del Taller Latinoamericano sobre *Determinantes Sociales de la Salud*; (ALAMES-UAM, 2008).

Atendiendo a ello, cualquier abordaje al problema de la violencia contra las mujeres exige partir de interpretaciones acerca de las disposiciones relativas a la igualdad y *no desvincularlas del contexto estructural de inequidad* (Jaime Brehil, 2003)¹⁵ que define el sistema social patriarcal en el que vivimos. Sistema donde se otorga y legitima el poder, control y opresión de los hombres sobre las mujeres; y en el cual se impone y se asigna, según el género (masculino o femenino), el lugar social que se debe ocupar y el valor social que corresponde. La sociedad se estructura en base a un proceso de socialización de género donde se establecen y justifican las jerarquías entre sexos ejerciendo los hombres la autoridad sobre las mujeres. La sociedad *está estructurada con base a la desigualdad y opresión de género –aunque el grado varía de una cultura a otra–. La violencia contra las mujeres además de ser uno de los elementos fundamentales del proceso de socialización de género es, también, un componente estructural del sistema de opresión de género*¹⁶ (M. Sagot, 1995).

Este marco de interpretación de las causas, que alude al modo de ser de la sociedad, nos da cuenta del carácter social y político de la violencia contra las mujeres y niñas como resultado de las relaciones estructurales inequitativas y de dominación basadas en el género y su entrecruzamiento con aquellas dominaciones coexistentes como la clase, la etnia, la edad o la preferencia sexual. Desde esta apropiación del poder, la violencia ejercida contra las mujeres y niñas, se constituye en un mecanismo social clave para perpetuar la subordinación y dominación de las mujeres, debido a que el poder se considera patrimonio genérico de los varones (Amorós, 1990). La hegemonía masculina se basa en el control social de lo femenino¹⁷, realidad que no deja de recrearse y acentuarse a menudo como “castigo” y “miedo a perder control” en aquellas situaciones donde la mujer avanza en términos de igualdad.

En este orden de ideas, la violencia teniendo este enraizamiento socio–histórico se torna también un tema de salud tanto individual como colectiva. Sean sus expresiones estruendosas o silenciosas, ocultas o visibles, todas ellas generan o agudizan procesos de enfermar y morir. La violencia contra las mujeres y niñas hunde sus raíces en las inequidades¹⁸ (injusticias) estructurales y de la lógica de poderes y dominios que subyacen en nuestra sociedad. Es expresión de la dominación patriarcal caracterizada por la subordinación y explotación de género que se imponen directa o solapadamente sobre las mujeres en todos los ámbitos económicos, sociales, culturales, políticos; una dominación que se da en situaciones concretas y cotidianas superpuesta con la dominación de clase social y la dominación étnica.

La imposición de la múltiple dominación–subordinación produce y reproduce condiciones sustantivas que no se dan de forma igual en la vida de las mujeres y hombres, en los distintos grupos étnicos, en las diferentes clases sociales. Las desigualdades persisten e incluso aumentan, configurando distintas condiciones y modos de vivir de cada grupo social, y determinando distintos procesos de enfermar y morir que afectan de manera diferente a mujeres que a hombres. En este sentido, es conveniente tener presente que las mujeres no forman un colectivo homogéneo y las disparidades en

¹⁵ Entiendo la inequidad desde la conceptualización que alude al carácter y modo de devenir de un Sociedad que determina el Reparto y acceso desiguales (desigualdad social) que es su consecuencia. Véase a Jaime Breihl en *Epidemiología Crítica* (Jaime Brehil, 2003) págs. 214-224.

¹⁶ *El uso de la violencia contra las mujeres es no solo un medio por el cual se controla y oprime, sino también una de las expresiones más brutales y explícitas de la dominación y subordinación* (Montserrat. Sagot, 1995).

¹⁷ Citado en Nieves Rico, *Violencia de género: un problema de derechos humanos*, pág. 7-8 (N. Rico, 1996).

¹⁸ *La categoría inequidad social expresa, en última instancia, las contradicciones sustanciales de poder que enfrentan los grupos existentes en una sociedad. Contradicciones que determinan tres procesos interdependientes, donde la apropiación y reproducción del poder ocurre, así mismo, en tres dominios de distinta generalidad y peso determinante que son: las relaciones sociales (de clase) dadas por la ubicación de propiedad en la estructura productiva; las relaciones etnonacionales que existen y las relaciones de género.* Jaime Breilh, P. (1996) en *El género entre fuegos Inequidad y esperanza*, págs. 19-20.

los modos de vida inciden de manera específica en los procesos de salud –colectiva e individual– y la calidad de vida de las mujeres.

Así, el sistema sexo–género imperante en la sociedad no sólo ordena roles y posición social sino que sostiene y consolida la discriminación y la violencia contra las mujeres; y también produce inequidades y desigualdades en el proceso salud/enfermedad de las mujeres. La salud de la mujer tiene que enmarcarse e interpretarse en ese contexto sociocultural jerarquizante y de dominación que prefija su posición de subordinación e inferioridad en la sociedad y las ubica en un plano de infravalorización. Nadie duda que la violencia contra las mujeres y niñas da lugar, a nivel individual, a trastornos y afecciones tanto físicas como psicológicas, e incluso se reconoce como un problema esencial de salud pública. Sin embargo, la oferta de atención y de prevención en los servicios sanitarios es, hoy por hoy, reduccionista y fragmentada, y el riesgo de patologizar y medicalizar la violencia es alto. Se sigue abordando desde el paradigma biomédico y medicalizado. Para hacer posible la salud de las mujeres se necesita ir más allá de la patología y focalizarse en la dominación y las desigualdades.

La situación de desventaja social y política que define e incide en la vida de las mujeres debe incorporarse en el ámbito de los análisis de salud para contribuir a explicar los propios procesos de salud/enfermedad/atención/curación de las mujeres y saber dar respuesta a las necesidades específicas de las mujeres. Las relaciones de género intervienen en el proceso de determinación de la salud–enfermedad. Determina los modos particulares de vivir de las mujeres y niñas que dan lugar a procesos favorables o procesos destructivos, de desgaste y sufrimiento –en el caso de la violencia de género¹⁹– que condicionan su salud, (física, mental, sexual y reproductiva), su calidad de vida y sus vidas, expresándose de distintas formas según los grupos sociales.

Su análisis es imprescindible para avanzar en los planteamientos y estrategias integrales de intervención en aras a la prevención primaria del sufrimiento, a una detección precoz y recuperación global en la atención integral de las mujeres víctimas que sufren la violencia; y, especialmente, en interés de centrar la actuación en la salud colectiva alrededor del proceso de salud–enfermedad–cuidado/atención de las mujeres y de abordajes integrales que sean realmente efectivos para los cambios y las transformaciones sociales necesarias para la erradicación de la violencia y garantizar el derecho a la salud de la mujer.

¹⁹ Se entiende por violencia de género el ejercicio de la violencia que refleja la asimetría existente en las relaciones de poder entre varones y mujeres, y que perpetúa la subordinación y desvalorización de lo femenino frente a lo masculino. Ésta se caracteriza por responder al patriarcado como sistema simbólico que determina un conjunto de prácticas cotidianas concretas, que niegan los derechos de las mujeres y reproducen el desequilibrio y la inequidad existentes entre los sexos. La diferencia entre este tipo de violencia y otras formas de agresión y coerción estriba en que en este caso el factor de riesgo o de vulnerabilidad es el solo hecho de ser mujer. Nieves Rico en *Violencia de Género: Un Problema de Derechos Humanos*. (N. Rico, 1996) pág. 8.

La violencia contra las mujeres en la pareja: lo conocido y lo oculto

Como se ha mencionado anteriormente, la violencia es una constante en la vida cotidiana de las mujeres y de las niñas. Desde esta realidad las múltiples formas de violencia contra las mujeres y las niñas (física, sexual, psicológica y económica) se dan en distintos contextos y diferentes ámbitos. Al respecto, en el ámbito privado del hogar se han adoptado distintos términos (violencia doméstica, violencia de pareja, violencia intrafamiliar, violencia conyugal, violencia íntima, etc.) que en la práctica hacen desaparecer la dimensión diferencial de la violencia, el alcance de la misma y la noción de “violencia ejercida sobre la mujer” perdiendo fuerza argumentativa y alcance público y político. Las denominaciones no aluden exactamente a lo mismo ni tampoco la variedad de términos. Como hemos señalado, no es un mero problema de léxico. No es casual, al contrario, la existencia de esta diversidad de designaciones entronca dentro de distintas ideologías y perspectivas que, evidentemente, determinan comprensiones, definiciones y teorías dispares que influyen tanto en las metodologías de análisis y estudio como en las respuestas para abordar el problema (Andrés Pueyo et al, 2008)²⁰.

Al respecto, he optado por el concepto “violencia contra la mujer en la pareja” (VCMP), en la medida en que, desde mi punto de vista, nos aproxima más a la realidad del problema siendo sensible a la dominación y al escenario que específicamente afectan a la mujer. Se entiende así que es un grave problema que viven las mujeres, en su cotidianidad, como consecuencia de la violencia machista ejercida por parte de su pareja o expareja, hombre. Se explicita que las manifestaciones violentas adoptan formas específicas contra las mujeres y no diluye la acción violenta de uno o varios miembros de la familia contra los otros. Favorece la delimitación en relación a la temática que nos atañe y, a su vez, la precisión con respecto a la direccionalidad de la violencia: la víctima es la mujer y el agresor (victimario) es el hombre. Para poder analizar, prevenir, combatir y erradicar un tipo de violencia es imprescindible saber exactamente a qué nos estamos refiriendo y qué es lo que tenemos que enfrentar. Determinadas denominaciones, sin duda, no ayudan, esconden la raíz del problema, diluyen el significado de la violencia contra la mujer e impiden construir conocimiento.

Actualmente, es ampliamente reconocido que la VCMP es uno de los problemas más generalizados e importantes por su prevalencia, pero también por su creciente incidencia y mortalidad (OMS/OPS 2002). Es un problema con un carácter multidimensional (derechos humanos, jurídicos, económicos, culturales, de salud pública, políticos...) y con una dinámica emergente pública y social que se constituye en un serio problema de salud individual y colectiva para las mujeres, al tiempo que se torna en un complejo reto multidisciplinar y multisectorial para dar una respuesta eficaz e integrada de intervención holística encaminada a defender la vida y los derechos en salud de las mujeres.

Según la OMS, la violencia infligida por la pareja contra la mujer incluye maltrato físico, sexual o emocional y comportamientos controladores por un compañero íntimo (pareja o expareja) (OPS, web 2021). En este sentido, la VCMP agrupa varios tipos de violencia según su naturaleza y se mani-

²⁰ Winstock, (2007) Z. Toward an interactional perspective on intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 348-363 mencionados por A. Pueyo, S. López, y E. Álvarez en *Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por medio de La Sara* (Andrés Pueyo et al, 2008).

fiesta de múltiples formas. *La violencia física* contempla maltrato físico, agresiones desde bofetadas y patadas a quemaduras y golpizas hasta llegar a lesiones graves por armas (blanca o de fuego) y a los asesinatos en distintas formas²¹. Por otro lado, *la violencia psicológica* se constituye en un abuso emocional (OMS 2005)²² con un conjunto de comportamientos que pueden comprender agresiones verbales, insultos, intimidaciones, coacciones, humillaciones y amenazas.

Contiene también chantajes, aislamiento familiar o social, privación de libertad, restricciones –de movilidad, acceso a la información, a la asistencia sanitaria, etc–, y conductas controladoras –económica, social, vestido, etc.–²³. Y *la violencia sexual* se caracteriza por abarcar desde el acoso sexual (verbal o físico) creando un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo, a la imposición de tener relaciones sexuales contra su voluntad (violación) o forzar la realización de cualquier acto sexual mediante la fuerza, coacción, intimidación o amenaza. En estos tipos de violencia se deberá incluir el maltrato por negligencia, descuido o por privación limitando los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades básicas o restringiendo los medios indispensables para vivir una vida digna, circunstancias donde las mujeres en situaciones de exclusión social o discapacidad son más vulnerables. Manifestaciones que pocas veces se detectan y se denuncian; pero que tienen, también, consecuencias en los procesos de enfermar y morir de las mujeres víctimas.

Todo este conjunto de actos violentos, que van desde de los malos tratos y agresiones verbales –con apariencia de menor gravedad– hasta las formas de violencia más graves y severas sean físicas o sexuales, confluyen en la VCMP no de manera aislada. Raramente ocurren por sí solos²⁴. Habitualmente la VCMP está relacionada con la violencia física, emocional y privaciones, pero generalmente es acompañada de violencia sexual.

De la misma manera la VCMP no constituye un fenómeno ocasional o esporádico en el tiempo. Se caracteriza por darse en un contexto reiterativo de relaciones conflictivas en clave de las relaciones de poder y dominio que los hombres ejercen sobre las mujeres y que dan lugar a una sucesión, prolongada en el tiempo, de maltratos verbales y físicos, abusos psicológicos y daños emocionales, y agresiones sexuales; situaciones que se concretizan en un ciclo de sufrimientos, daños y riesgos para la mujer dando lugar a unos procesos destructivos para la vida y la salud de las mujeres víctimas. En este sentido cabe resaltar, como características de la VCMP, que a la situación de dominio de los agresores (hombre) (Miguel Lorente Acosta, 2004)²⁵ –“plenamente conscientes de su agresión y del daño que están causando se deciden realizar la agresión porque consideran lícito usarla con alguien a quien se considera inferior”²⁶– y a la ubicación donde muchas veces suceden los hechos –en el hogar– se le suma la reiteración o habitualidad de los actos violentos.

²¹ En Colombia, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses opta por el término violencia de pareja y la entiende como “cualquier comportamiento, dentro de una relación íntima, que cause o pueda causar daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación”. Forensis 2017 Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2018, Bogotá.

²² La Organización Mundial de la Salud denomina “violencia psicológica o abuso emocional” (OMS 2005).

²³ El abuso, maltrato o violencia psicológica ejercida sobre la víctima, en la VCP, también incluye una serie de acciones del agresor que, siguiendo a O’Leary, podemos distinguir en: denigrar y dañar la auto-estima y la imagen de la pareja, amenazas explícitas o implícitas de muerte o lesiones, restricción de los derechos de la víctima y evitación pasiva o activa del apoyo emocional o cuidados debidos a la víctima. Citado por A. Andrés Pueyo, S. López, y E. Álvarez (2008), pp. 107-122 (Andrés Pueyo et al, 2008).

²⁴ *La mayoría de las víctimas de agresiones físicas se ven sometidas a múltiples actos de violencia durante largos periodos (61,62) y suelen sufrir más de un tipo de maltrato. Por ejemplo, en el Japón, un estudio basado en 613 mujeres maltratadas demostró que menos del 10% de ellas sufrieron únicamente violencia física, y que el 57% habían padecido maltrato físico y psíquico, y abusos sexuales (63). En un estudio realizado en México se comprobó que aproximadamente la mitad de las mujeres que habían sido víctimas de agresiones físicas habían sufrido también abusos sexuales por parte de su pareja (64).* (OMS/OPS 2002).

²⁵ Como afirma Miguel Lorente Acosta “(...) Si tuviéramos que definir un perfil que pudiera recoger al agresor en todas sus manifestaciones, éste vendría dado por tres características fundamentales: hombre, varón, de sexo masculino” (LORENTE ACOSTA, Miguel, 2004) pág. 45.

²⁶ Carmen Delgado Álvarez, en «70 respuestas desde la psicología» en AA.VV., *161 respuestas sobre la violencia de género*, 1a. ed., Salamanca, Caja Duero, 2008; citada por Julieta Evangelina Cano (2014).

• Ciclo de la violencia de pareja y múltiples formas

Muchos son los estudios en relación a la caracterización de esta violencia que se vive en la intimidad y a nivel personal, pero que constituye un grave problema social que han sufrido y sufren una amplia mayoría de mujeres en sus vidas cotidianas. Uno de los modelos más utilizados y reconocidos para la explicación de cómo se produce y se mantiene la VCMP es el propuesto por Leonore Walker (L. E. Walker, 1979)²⁷. Formuló la teoría del “ciclo de la violencia” (cycle of abuse). La duración en el tiempo de la VCMP se caracteriza por tener una dinámica de carácter cíclico que está *compuesta por tres fases distintas, las cuales varían en tiempo e intensidad, para la misma pareja y entre las diferentes parejas: Fase 1. Acumulación de tensión Fase 2. Explosión violenta y Fase 3. Arrepentimiento y Cariño*²⁸. La situación de violencia es un proceso que se va desarrollando a lo largo del tiempo donde los episodios de agresiones y actos violentos aparecen tras etapas de calma aparente y de acumulación de tensión e inmediatamente terminan con un período de arrepentimiento y comportamiento cariñoso donde regresa la aparente calma. Con el paso del tiempo, el ciclo se repetirá varias veces y la duración del ciclo cada vez será más corto provocando la desaparición de alguna de las fases. Las fases de tensión y arrepentimiento se irán haciendo más cortas e incluso la última desaparecerá comenzando la fase de tensión inmediatamente después de la agresión. Por este motivo, la violencia es cada vez mayor y más frecuente, alcanzando un grado de intensidad alto con agresiones cada vez más violentas.

Este “Ciclo de la Violencia”, si bien por su carácter descriptivo tiene limitaciones interpretativas del fenómeno, explica en gran medida las interacciones violentas dentro de la pareja vinculadas con las relaciones de poder establecidas (tensiones), la razón de los comportamientos de muchas mujeres mediados por la esperanza de cambio (perdón, retirada de denuncias, etc.), el motivo por el cual tantas mujeres quedan “aprisionadas” en dicha relación violenta y frustradas por su impotencia, y el aumento de la vulnerabilidad, el sentimiento de indefensión y la pérdida de autoestima de las mujeres víctimas²⁹.

²⁷ Leonore Edna Walker, psicóloga estadounidense, que demostró cómo la violencia de pareja contra las mujeres seguía un ciclo o patrón predecible que se repetía. Con cada ciclo, el tiempo necesario para completarlo se acorta y la violencia dentro de él aumenta. Publicó el libro *The Battered Woman* en 1979. Ed. Harper Perennial, New York, 1980.

²⁸ “En la primera fase, comienzan los pequeños desacuerdos. Durante esta etapa, ocurren incidentes de agresión menores que van creando un clima de temor e inseguridad en la mujer; a partir de que su marido o compañero se enoja por cualquier cosa, le grita o la amenaza, le manifiesta insinuaciones, exigencias o menosprecios. Todo puede ser objeto de disputa por parte del maltratador. Comienza la violencia psicológica basada en la idea del control. La mujer va adoptando una serie de medidas para calmar la situación y minimizar o negar el problema. Incluso, tiende a culpabilizarse, trata de «complacer» o no “molestar” al agresor. Intenta desesperadamente evitar que él la lastime más. La tortura psicológica conlleva frecuentes estados de ansiedad y depresivos que la incapacitan para valorar lo que está sucediendo. La fase dos se caracteriza por una descarga incontrolable de las tensiones que se han venido acumulando en la fase uno, donde confluyen todo tipo de agresiones (físicas, sexuales, económicas, psicológicas) y que tienen distintas formas y grados de intensidad. Es la fase más corta (24 horas, aunque puede durar a veces semanas), pero es la que se vive con mayor intensidad. Se producen estados de ansiedad, temor y terror en la mujer víctima. En esta fase, el comportamiento de la víctima es de negación e incredulidad de lo ocurrido. Se racionaliza el hecho violento justificando el comportamiento de su pareja o restando importancia. Viven un colapso emocional, sienten depresión, impotencia y debilidad convenciéndose que no puede hacer nada y tiene que soportar el maltrato. Con frecuencia permanecen aisladas por al menos las primeras veinticuatro horas, y pueden pasar varios días antes de que busquen ayuda (a menos que estén tan gravemente heridas que requieran de atención médica inmediata). Las mujeres que han sido agredidas declaran que no creen que nadie las pueda proteger de la violencia de sus hombres. Si acude la policía, la mayoría de las mujeres reportan que la violencia se incrementa después que la policía se va. A veces sí suele darse un distanciamiento de la pareja que lleva a buscar ayuda a la mujer. En otros la misma pareja agresora le cura las lesiones o la lleva al hospital reportando accidente doméstico. La tercera fase, terminada la violencia viene un período de calma. Se caracteriza por un comportamiento extremadamente cariñoso, amable y de arrepentimiento por parte del agresor. Sabe que ha ido demasiado lejos y trata de compensar a la víctima. Tiene miedo de que ella deje la relación. La víctima es acosada y manipulada emocionalmente, se responsabiliza de las consecuencias de la destrucción familiar, rompimiento del matrimonio, del castigo al agresor, etc. y así mismo en este momento es cuando la mujer abandona cualquier iniciativa que haya considerado tomar para poner límite a la situación violenta en que vive y mantiene expectativas de cambios en su pareja. Esta fase generalmente se acorta o desaparece con el tiempo en que se agudizan los episodios violentos. Síntesis realizada a partir básicamente de *The Battered Women*” (Las mujeres agredidas). Leonor Walker (1979), pág. 55. Harper and Row Publishers, Inc. Nueva York, 1979. Traducido por Ma. del Rocío Cordero.

²⁹ Otras teorías explicativas desde distintas perspectivas intentan dar explicación a la violencia de pareja (la teoría generacional enfatiza los factores psicológicos (apego), teoría sistémica (factores interaccionales), teoría biológica (estructura biológica de la violencia), la perspectiva de género (patriarcado), la ecológica (sistemas de interacción y las características del entorno). Ver al respecto Alencar-Rodrigues, R. y Cantera, L. 2012.

Para la autora Leonore Walker este patrón cíclico de la violencia se aplica a muchas mujeres víctimas, aunque no a todas las que sufren maltrato. Con el paso del tiempo la fase de “luna de miel” se va haciendo más breve y las agresiones son cada vez más graves y frecuentes, lo que disminuye los recursos psicológicos de las mujeres para salir de la espiral de la violencia. Es importante para las mujeres conocer este ciclo porque es la única forma en que ella se concientice de que la fase de arrepentimiento o luna de miel es simplemente un momento intermedio entre la agresión y la reanudación del ciclo³⁰.

Complementando este proceso de violencia que viven las mujeres, los trabajos de Karen Landenburger (1989) identifican cuatro etapas para comprender el proceso de las mujeres al entrar y, ocasionalmente, salir de las relaciones violentas y abusivas, como un proceso gradual en la relación: Etapa de entrega: Al momento de formar pareja una mujer busca una relación positiva y significativa; ella proyecta en su compañero cualidades que ella desea tenga él. Si él la maltrata, tiende a justificar sus actos, y a creer que él terminará el abuso si ella logra satisfacerlo. Etapa de aguante: La mujer se resigna a la violencia, minimiza o niega el abuso, modifica su propio comportamiento como un esfuerzo por alcanzar algún nivel de control sobre la situación. Etapa de desenganche: La mujer comienza a darse cuenta de su condición de mujer maltratada, puede empezar la búsqueda de ayuda, la mujer reconoce actitudes y comportamientos de su pareja como actos de violencia y puede querer salir de la relación (puede requerir varios intentos antes de conseguirlo exitosamente). Etapa de recuperación: El trauma de la mujer no termina con salir de la relación, normalmente pasa por un proceso de duelo por la pérdida de la relación y una búsqueda de sentido de su vida.

Esta conceptualización de Landenburger indica cómo hay diversas maneras de reconocer la violencia en el periodo de relación aunque se minimice o se niegue. La propia autora señala que es en la etapa de aguante que ocurren con mayor frecuencia las experiencias que crean el ciclo de la violencia descrito por Walker pasando por diferentes momentos que van destruyendo la autoestima e identidad de las mujeres y dando lugar al síndrome de la mujer maltratada³¹, definido como el patrón de signos y síntomas que sufre una mujer después de haber sido objeto de abusos físicos, sexuales y/o psicológicos en el ámbito de una relación íntima, cuando el compañero ejerce poder y control sobre ella y es capaz de coaccionarla para que haga lo que él decida, con desprecio a sus derechos y sus sentimientos. La investigación actualizada (L. Walker, 2012)³² demostró que existen seis grupos de criterios que permiten identificar el síndrome³³. El análisis de los datos obtenidos de las mujeres que participaron en esta investigación indicó que el síndrome de la mujer maltratada existe como subcategoría del síndrome por estrés postraumático (TEPT), siendo los tres primeros criterios comunes a dicho síndrome por estrés postraumático y los tres últimos aparecen solo en las víctimas de sus parejas sentimentales³⁴.

³⁰ El ciclo de la violencia de WALKER, Leonore, citada por Julieta Evangelina Cano (2014).

³¹ El término se utiliza por primera vez en 1977.

³² En esta tercera edición ofrece una actualización en la investigación de los temas clave, incluidos el trastorno de estrés postraumático, la impotencia aprendida, el optimismo aprendido, el ciclo de la teoría de la violencia y otros. Esta edición presenta los datos más actuales obtenidos. A partir del modificado Test del Síndrome de la mujer maltratada (BWSQ) presenta los datos más actuales obtenidos en el tema de la violencia doméstica. Se revisan los criterios del SIMAM y del trastorno de estrés postraumático (TEPT) (L. Walker, 2012).

³³ Los seis grupos de criterios testados científicamente que permiten identificar el Síndrome de la Mujer Maltratada. son: 1) Recuerdos intrusivos del suceso o sucesos traumáticos. 2) Hiper excitación y altos niveles de ansiedad. 3) Comportamiento de evitación y entumecimiento emocional, normalmente expresado como depresión, disociación, minimización, represión y negación. 4) Relaciones interpersonales irregulares e interrumpidas derivadas del poder del agresor y sus medidas de control. 5) Imagen corporal distorsionada y/o dolor físico o somático. 6) Problemas en las relaciones sexuales. De ellos los tres primeros son comunes al síndrome por estrés postraumático y los tres últimos aparecen solo en las víctimas de sus parejas sentimentales.

³⁴ Al respecto cabe resaltar que el término no ha sido ampliamente aceptado. Según la propia autora L. Walker, “El síndrome de la mujer maltratada también tuvo que afrontar el ataque de las defensoras feministas durante la década de 1990, ya que creyeron que utilizar el término síndrome para explicar los efectos psicológicos del maltrato no era nada estimulante, ni tampoco suficiente para explicar todos los

Estas propuestas explicativas acerca de la dinámica de la VCMP por parte de las investigadoras estadounidenses muestran, no obstante, singulares limitaciones. En la actualidad se ha considerado, incluso, reduccionistas al incorporarse en el análisis del fenómeno de la VCMP una mirada más integral VCMP teniendo como punto de partida la complejidad del patriarcado con su dinámica relacional de pareja (poder, roles, posición social subordinada o no, sexismo, resistencia violenta, etc.). En su momento, el Informe mundial sobre violencia y salud de la OMS del 2002 indicó que las formas de violencia infligida por la pareja que se observan no son las mismas para todas las parejas que experimentan conflictos violentos. Parecería haber al menos dos modalidades: a) Una modalidad grave y cada vez más frecuente de violencia es la caracterizada por muchas formas de maltrato, amedrentamiento y amenazas, aunadas a una conducta posesiva y un comportamiento dominante paulatinos por parte del agresor. b) Una forma más moderada de violencia en las relaciones íntimas, en que la frustración y la ira continuas estallan ocasionalmente en forma de agresión física (OMS/OPS, 2002)³⁵.

En este sentido, tal como subrayan Victoria A. Ferrer-Pérez y Esperanza Bosch-Fiol, citando a Johnson et al. (Johnson MP. 2011), se establece la diferencia entre la violencia situacional y el terrorismo íntimo. La violencia de pareja situacional (también denominada violencia de pareja común, violencia marital o maltrato marital) ocurre cuando los conflictos de pareja surgidos por diferentes motivos (incluida la gestión de la ruptura de la pareja) e inadecuadamente resueltos se convierten en discusiones en las que la ira y la frustración pueden llegar ocasionalmente a estallar y convertirse en una agresión (incluso física), pero no forman parte de un patrón general de control coercitivo, sus consecuencias son menos graves y, en general, su incidencia y riesgo disminuyen tras la ruptura. El terrorismo íntimo o control coercitivo violento, en cambio, sería un patrón de comportamiento habitual coercitivo, que incluye una combinación de violencia física y/o sexual con tácticas de control, amedrentamiento y amenazas (incluyendo, entre otros, el abuso económico o emocional, el uso de los niños/as, las amenazas y la intimidación, la invocación de privilegios masculinos, el control continuo del tiempo, los recursos económicos o el espacio, la culpa de la víctima, etc.) y que va en aumento, de modo de se produce una escalada de violencia cada vez de mayor intensidad hasta llegar, incluso, al asesinato o femicidio íntimo (OPS, 2013), que es aún más probable tras la separación. Este tipo de violencia tiene una finalidad concreta (lograr el control y ejercer poder sobre la otra persona y causarle miedo), constituye una expresión de la situación estructural de desigualdad, poder y dominio de los hombres sobre las mujeres propia de una sociedad patriarcal y en su origen desempeñan un papel destacado las creencias sexistas y la misoginia. En ocasiones, esta forma de violencia podría llegar a derivar en lo que Johnson y cols. (Kelly y Johnson, 2008; Johnson, 2011) denominaron resistencia violenta, esto es, una violencia ejercida por las mujeres como reacción ante las agresiones recibidas. Cabe remarcar que tanto el terrorismo íntimo como la resistencia violenta están fuertemente generizadas (V. A. Ferrer-Pérez y E. Bosch-Fiol 2019).

Atendiendo a todo ello, la comprensión de la VCMP y su complejidad apuntan a una descripción del fenómeno de la VCMP que revela una caracterización particular basada en la interiorización de la

síntomas que experimentaban las mujeres maltratadas. Optaron por utilizar un modelo que situase los síntomas clínicos dentro del medio que los producía, denominándolo enfoque ecológico". Ver al respecto el Prefacio en Síndrome de la Mujer Maltratada (L. Walker, 2012)

³⁵ En el capítulo 4. *La violencia en la pareja* de Lori Heise y Claudia García-Moreno del Informe se subraya la existencia de al menos dos modalidades de violencia. citando a Johnson MP. Patriarchal terrorism and common couple violence: two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 1995. Según el Informe, esto puede ayudar a explicar por qué las encuestas comunitarias de violencia en los países industrializados a menudo encuentran indicios sustanciales de agresión física por las mujeres, a pesar de que la gran mayoría de las víctimas que solicitan atención de los proveedores de servicios (por ejemplo, en albergues) y de la policía o los tribunales son mujeres. Aunque se ha comprobado en los países industrializados que las mujeres llevan a cabo la violencia común de pareja, hay pocos indicios de que sometan a los hombres al mismo tipo de violencia grave y paulatina que se observa con frecuencia en grupos clínicos de mujeres golpeadas. (OMS/OPS, 2003) Pág. 102.

ideología patriarcal. La VCMP se vertebra sobre la dominación intergeneracional, presenta una variabilidad de formas de expresión, tiende a la habitualidad y al ocultamiento, y persiste con continuidad y progresividad en el tiempo, lo que la diferencia y singulariza de otras violencias interpersonales, pese a los intentos, incluso, de algunas víctimas por salir de la relación abusiva y de la resistencia violenta. Como afirma Ana de Miguel Álvarez, la violencia contra las mujeres, aun en medio de un universo de violencia, presenta claves específicas, es decir, formas específicas de legitimación, basadas no en su condición de personas sino de mujeres (A. de Miguel Álvarez, 2005).

- **Aspectos epidemiológicos y algo más que factores de riesgo**

Pese a la gravedad de la VCMP, la elevada prevalencia y la multiplicidad de síntomas, el sínfin de trastornos de la salud y de alteraciones sociales, la visibilidad de la VCMP es extraordinariamente reducida. Los hechos violentos conocidos, denunciados y registrados son, esencialmente, aquellos que no se pueden ocultar por su severidad, crueldad o reiteración (sean por lesiones o por muerte) y, en gran parte, los casos más denunciados son los que tienen su ocurrencia en los grupos sociales más desfavorecidos económicamente y las minorías étnicas (son los que muestran mayor probabilidad de ser identificados y denunciados por maltrato). Una de los prejuicios, más ampliamente extendido en la sociedad, es que la VCMP es un problema de las clases sociales más desfavorecidas. Pero, aunque la carencia de recursos económicos y educativos puede implicar mayor grado de vulnerabilidad por distintos determinantes sociales (dependencia, aislamiento, etc), la VCMP ocurre en todas las clases sociales y no sólo en las más desfavorecidas. En la violencia contra las mujeres no hay clases sociales. Las mujeres víctimas del maltrato de clases socioeconómicas acomodadas tardan más en denunciar a sus agresores. Tienen más dificultades en develar las agresiones y violencias, se intentan guardar las apariencias, casi nunca se recurre a la institucionalidad, buscan apoyos en el ámbito privado y quedan más ocultos y no registrados los actos de violencia y abusos.

Sea cual sea el motivo con demasiada frecuencia persiste una invisibilización cuyas causas van más allá de si las mujeres víctimas no denuncian o no buscan ayuda con prontitud. En el amplio abanico de impedimentos y barreras se trasciende el componente psicológico de la propia víctima y entran en juego dimensiones de carácter social que frenan la autonomía, (entorno social, conductas y actitudes sociales, control social, etc.), así como institucionales (actitudes institucionales con poca sensibilidad y concienciación ante la VCMP, falta de conocimientos y habilidad para detectar el maltrato, modelos de actuación o protocolos conductuales centrados en un carácter reactivo, limitaciones en los programas con insuficiente intervención pro-activa y de prevención *profunda* (Breihl, J. 2010)³⁶, etc.). Como es sabido, todas las formas de VCMP participan del “fenómeno iceberg”, aludiendo al alto grado de invisibilidad y de subregistros que se tienen acerca del problema.

³⁶ El ámbito de la prevención, según Jaime Breihl recogiendo el sentir de la Salud Colectiva de América Latina, afirma: Si queremos defender la vida y la salud, y promoverlas, tenemos entonces que actuar promoviendo los procesos saludables/protectores (a eso llamamos promoción de la salud), y contrarrestando los procesos malsanos/destructivos (a eso denominamos prevención profunda – para diferenciarla de la prevención etiológica individual convencional). Para la Salud Colectiva nuestra gestión debe combinar acciones preventivas enfocadas tanto en contrarrestar los procesos malsanos, como en promover los procesos protectores/saludables. Las acciones son más eficaces y sustentables, mientras más abarquen las tres dimensiones de la realidad. Tenemos que actuar respetando, protegiendo y asegurando el derecho a los servicios de salud para las personas, pero esas acciones no son sustentables si no se acompañan de acciones que actúen sobre los procesos colectivos, particulares y generales. Las acciones de salud individuales pueden ser más inmediatas, y se requieren como reacción emergente a trastornos de salud individuales, que demandan respuestas inmediatas, pero si bien reparan la salud individual, no resuelven el problema de modificar las condiciones determinantes que provocan el problema. (Jaime Breihl 2010).

Por parte de la OMS, define los niveles de prevención en su primer Informe Mundial sobre Violencia y Salud (2002). Las intervenciones de salud pública se clasifican tradicionalmente en tres niveles de prevención: • Prevención primaria: intervenciones dirigidas a prevenir la violencia antes de que ocurra. • Prevención secundaria: medidas centradas en las respuestas más inmediatas a la violencia,

Reconociendo esta realidad y considerando las graves consecuencias tanto inmediatas como a largo plazo que la violencia tiene para la salud, calidad de vida y desarrollo social de las mujeres y niñas se hace necesario afrontarla a varios niveles y con un enfoque integral. Al sector salud le corresponde un papel importante no sólo en la atención–curación sino ante la promoción de la salud individual y colectiva de las mujeres (vida libre de violencia y de la dominación) que contemple tanto la prevención como la protección. Supondrá *un repertorio social de acciones preventivas de la morbilidad (riesgos, enfermedades, etc.), protectoras y fomentadoras de la salubridad, que de cierto modo contribuya a la reducción de los sufrimientos causados por los problemas de salud–enfermedad en la comunidad* (Almeida et al. 2009). Se deberá evitar que la actuación no quede restringida a la prevención de daños y se oriente a la Promoción de la Salud y a una vida digna y sin violencias para las mujeres y niñas.

Con el objetivo de avanzar en esta problemática, la detección de la violencia contra las mujeres y las niñas a través del Sistema de Salud no puede conllevar a la mera asistencia y eficacia de decisiones clínicas provenientes de la medicina. Considerando la determinación social de la vida y de la salud se hace necesario entender el proceso de la salud–enfermedad–curación de las mujeres víctimas en su complejidad³⁷. En el abordaje será necesario un cambio de la lógica convencional en salud y del modelo biomédico. Las atenciones curativas y asistenciales terminan en una visión restringida centrada en la dimensión individual y biológica. Si bien es importante, y se pueden aliviar, reparar e incluso cambiar y eliminar los efectos destructivos y perjudiciales singulares (medidas curativas–asistenciales) sólo se actúa sobre lo “palpable” y “detectable”. Como se señaló anteriormente, con este proceder el riesgo de patologizar y medicalizar la violencia prevalece ante cualquier otra mirada. No se considera la integralidad de los procesos determinantes de la VCMP, se reduce la comprensión del fenómeno, no se contribuye a incidir en los procesos de determinación de la VCMP y las acciones orientadas a la promoción de la salud son muy limitadas y personales.

Frente a esta visión de los servicios sanitarios reduccionista y fragmentada, se hace necesario incorporar en los servicios de salud una perspectiva más amplia si se desea tener una mayor incidencia y garantizar sustentabilidad en la intervención sobre el proceso de determinación histórico y social de la salud de las mujeres víctimas de la VCMP. En este sentido, incorporar la noción de vulnerabilidad es esencial, como señalan N. de Almeida F, L. D. Castiel y J. R. Ayres, *la epidemiología nos puede mostrar quién, dónde y cuándo está, o podría estar, más involucrado en situaciones de riesgo para la salud. pero para poder entender por qué y trazar caminos para intervenir sobre ese proceso también resultan necesarios saberes mediadores, síntesis en las cuales los aspectos políticos, éticos, culturales y psicoafectivos puedan mostrarse en la concreción de su complejidad social* (N. Almeida et al. 2009).

En este sentido, es imprescindible ir más allá de la teoría causal y multicausal basada en los factores de riesgo y la asociación de variables porque por un lado se debilita el concepto de la determinación social y el entendimiento sistémico; y por otro, se termina focalizando, fragmentando y reduciendo la acción de salud. Se interviene sobre factores puntuales de riesgo perdiendo integralidad y capacidad y eficacia en la prevención. La actuación, cuando existe, se concentra en las medidas más inmediatas.

como la atención prehospitalaria, los servicios de urgencia o el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual después de una violación. • Prevención terciaria: intervenciones centradas en la atención a largo plazo con posterioridad a los actos violentos, como la rehabilitación y reintegración, e intentos por reducir los traumas o la discapacidad de larga duración asociada con la violencia. Estos tres niveles de prevención se definen por sus características temporales; es decir, si tienen lugar antes de que se produzca el acto violento, inmediatamente después o a un plazo más largo. Aunque tradicionalmente se dirigen a las víctimas de la violencia y dentro de los ámbitos de asistencia sanitaria, las intervenciones de prevención secundaria y terciaria también son pertinentes para los perpetradores de actos violentos, y se aplican en ámbitos judiciales en respuesta a la violencia... (OMS/OPS, 2002) pág. 15.

³⁷ Al respecto Jaime Beihl subraya que el reconocimiento de la complejidad no puede ser la ampliación de la misma lógica teórico-política, ni la adopción del relativismo (Jaime Beihl 2010). Pág. 200.

Siguiendo este razonamiento es importante resaltar que no se trata de desconocer el concepto de riesgo y el aporte del factor de riesgo como subrayan *Naomar de Almeida Filho, Luis David Castiel, y José Ricardo Ayres* en el campo epidemiológico (N. Almeida et al. 2009); así como los logros alcanzados en el campo clínico al cambiar, suprimir o mejorar los efectos destructivos individuales. Pero hoy se debe reconocer que su carácter lineal y aislado persiste y su enfoque individualizado predomina en la actuación. Implica una prevención restringida (individual) y una insuficiente reducción de los trastornos fisiopatológicos, psicológicos y sociales incluida la mortalidad. No se puede lograr una vida saludable *con cambios de los efectos y de los estilos de vida individuales, aunque se lo haga en una campaña epidemiológica masiva, eso puede lograr mejoras pero no sustentables* (Breihl, J. 2010)³⁸.

Con estos logros individualizados no se soluciona el problema de fondo. En el caso de los procesos nocivos de la VCMP no se está garantizando una transformación de los patrones característicos de exposición y vulnerabilidad que tienen las mujeres según condición social (clase, género, étnico/racial). No se logra, hoy por hoy, una prevención y promoción eficaz de la salud y la vida de las mujeres en relación con los procesos y condiciones determinantes que provocan el problema de la VCMP.

Modificar los determinantes estructurales y las condiciones de vida dañinas que provocan el problema de la VCMP conlleva y compromete a tener una doble lógica de intervención unísona y no fragmentada en la prevención y promoción que involucra –sin excepciones– todos los ámbitos de la salud individual y colectiva. Comporta aproximarse al problema y a la salud desde una nueva mirada. El abordaje multicausal y sus análisis multivariados para afrontar la complejidad no dejan de mantener la linealidad y la simplicidad. Así sus menciones a la integralidad y a una concepción multidisciplinaria tienden, en la práctica, a focalizarse en la dimensión individual. La acción de salud se centra en la probabilidad de la ocurrencia (determinación del riesgo del enfoque positivista). Se restringe el examen comprensivo. En términos de *Naomar de Almeida* se arrincona la perspectiva de la vulnerabilidad³⁹, mencionada anteriormente, restringiéndose el conocimiento transdisciplinario y limitándose la planificación de actuación, su carácter político y su sentido procesual⁴⁰. Si bien hay un interés y un esfuerzo integrador, este se presenta en la actuación más desde una superposición asociativa superpuesto que desde un enfoque holístico. Como resultado una concentración en las medidas individualizadas y reparadoras (biológicas) –que sin duda son efectivas y necesarias, pero insuficientes–; un enmascaramiento de la dimensión social y la noción relacional en la salud; y un distanciamiento del paradigma de la complejidad (relaciones contradictorias) en el campo de la Salud Colectiva (N. Almeida–F. 2006) que no favorecen las capacidades y posibilidades reales preventivas y de promoción de la salud, desde una visión holística del cuidado, para las mujeres víctimas.

³⁸ Breihl, J. 2010, pág. 110.

³⁹ La vulnerabilidad puede ser definida como una síntesis comprensiva de las dimensiones comportamentales, sociales y político-institucionales implicadas en las diferentes susceptibilidades de individuos y grupos poblacionales a un daño a la salud y sus consecuencias indeseables (sufrimiento, limitación y muerte) (N. Almeida et al. 2009), pág. 338.

⁴⁰ La adopción de la perspectiva de la vulnerabilidad tiene implicancias en diversos órdenes. Como forma de conocer, imprime la necesidad de procedimientos sintéticos e interpretativo/comprensivos, de carácter transdisciplinario. Como recurso para la planificación, la noción de vulnerabilidad refuerza la importancia de la politización radical de esta práctica, ya que siempre remitirá a aspectos relacionales, valorativos y de visiones del mundo, en la definición de los “qué observar/qué hacer”. Asume también el carácter siempre procesal, nunca finalista, de esta práctica, dado que, en cada nueva situación alcanzada, entrarán en escena nuevos horizontes de intereses, concepciones y valores. (N. Almeida et al. 2009) Pág. 339.

- **Los modelos explicativos**

En el abordaje del análisis de la VCMP los modelos explicativos del fenómeno –independientemente de sus perspectivas o énfasis⁴¹–, se han centrado en la noción de causalidad y su lógica causa–efecto. La ocurrencia, la distribución y los factores asociados a la VCMP son pilares centrales de los modelos. Prioritariamente son modelos multicausales. Con el paso del tiempo, han ganado en complejidad, buscando dar respuestas explicativas más abarcativas e integradoras, no sin mostrar tensiones entre lo individual y lo social, en la determinación social de la violencia, las relaciones de jerarquización del movimiento de determinación o en la vulnerabilidad diferencial colectiva.

Como afirma las Naciones Unidas, de todas esas investigaciones empíricas y teóricas han surgido diversas explicaciones. Si bien difieren en la importancia que asignan a los distintos factores individuales y sociales en la explicación de la violencia contra la mujer, todas ellas han llegado a la conclusión de que no hay una causa única que explique adecuadamente la violencia contra la mujer. Dicha violencia proviene de la convergencia de factores específicos en el contexto general de las desigualdades de poder en los niveles individual, grupal, nacional y mundial⁴².

En este sentido, se puede afirmar que en la mayoría de estudios e investigaciones predomina la utilización de los modelos de tipo multicausales con la ponderación de la asociación estadística (probabilidad) entre factores para explicar el fenómeno de la VCMP⁴³. Si bien, se coincide en un abordaje de la VCMP desde la complejidad y como consecuencia de la acción de un conjunto de diversos factores asociados e interactuando, hay diversidad de interpretaciones. Los énfasis factoriales explicativos (individuales, culturales, sociales, etc.) difieren y la incorporación de la perspectiva de género varía (en aplicación metodológica y explicación analítica) en los diferentes modelos. El enfoque multicausal no es garantía, por sí mismo, de la no existencia de reduccionismo o sesgos interpretativos en los hallazgos.

No obstante, debe reconocerse *que en la actualidad hay un conjunto de modelos multicausales* (Bosch–Fiol E. y Ferrer–Pérez V. A 2019)⁴⁴ que no sólo toman en consideración múltiples factores que contribuyen a la génesis y/o mantenimiento de esta violencia, sino que consideran que el género, las relaciones de género y las normas socioculturales y expectativas de rol de género, que sostienen la dominación masculina y la subordinación femenina y contribuyen a perpetuar la violencia, desempeñan un papel clave en la violencia ejercida por el hombre hacia la mujer –Anderson, 2005; APA, 1999; Heise, 2011; Koss et al., 1994; ONU, 2006– (V. A. Ferrer–Pérez y E. Bosch–Fiol, 2019).

⁴¹ Las causas de la violencia contra la mujer han sido investigadas desde diversas perspectivas, entre ellas, el feminismo, la criminología, el desarrollo, los derechos humanos, la salud pública y la sociología. Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer Informe del Secretario General Asamblea General (NN.UU. 2006).

⁴² Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Art 67. Informe del Secretario General. ONU 2006.

⁴³ Esperanza Bosch-Fiol y Victoria A. Ferrer-Pérez señalan que actualmente, y tomando en consideración el carácter complejo de la violencia contra las mujeres en sus diferentes formas (Lori L. Heise, 1997), hay coincidencia en considerar que su análisis debe ser realizado desde modelos explicativos de tipo multicausal (Bosch; Ferrer, 2002; Teresa Cabruja, 2004; Harway, 2002; Heise, 1997; Jesús L. Megías; Pilar Montañés, 2010; ONU, 2006; OPS, 2013; Rodríguez-Menés; Safranoff, 2012) ver en Bosch-Fiol, E. y Ferrer-Pérez, V. A. 2019.

⁴⁴ Distintos abordajes sistémicos y modelos multicausales para explicar la violencia contra las mujeres en el contexto de la pareja, se encuentran reconocidos en distintos países y a nivel global. Entre otros se podría señalar a: Sandra Stith y Sarah Farley (1993); J. Corsi (1994); James O’Neil y Harway (1999); E. Echeburúa y J. Fernández-Montalvo (1997); M.C. Ravazzola, 1997; Lori L. Heise (1998); C. Sluzki, 1998; J. Rodríguez-Menés and A. Safranoff (2012); E. Bosch-Fiol y V. Ferrer-Pérez (2019). Véase Bosch-Fiol, E. y Ferrer-Pérez, V. A. 2019.

El modelo ecológico

Sin duda, de las diferentes propuestas mencionadas que sostienen un énfasis en la lectura sistémica sobre la VCMP y consideran las relaciones de género –asimétricas y de dominación– como factor determinante en la violencia ejercida por los hombres hacia las mujeres, el modelo Ecológico de Heise (1998)⁴⁵ constituye en la actualidad el modelo multicausal más reconocido.

Es el modelo de Heise el más utilizado para comprender el problema de la violencia contra las mujeres y niñas. Es recomendado su uso por parte de las diferentes Agencias de las Naciones Unidas (ONU, OMS/OPS, UNIFEM, etc. y Organismos Multinacionales y se aplica en la investigación y elaboración de documentos de análisis nacionales e internacionales para explicar la VCMP e identificar factores de protección contra dicho problema. Se implementa en las instituciones estatales de la mayoría de países para el análisis de la VCMP y formulación de estrategias y políticas de prevención y protección. Y se incorpora en el ámbito investigativo de la VCMP por la comunidad científica en el campo de la salud y de las ciencias sociales.

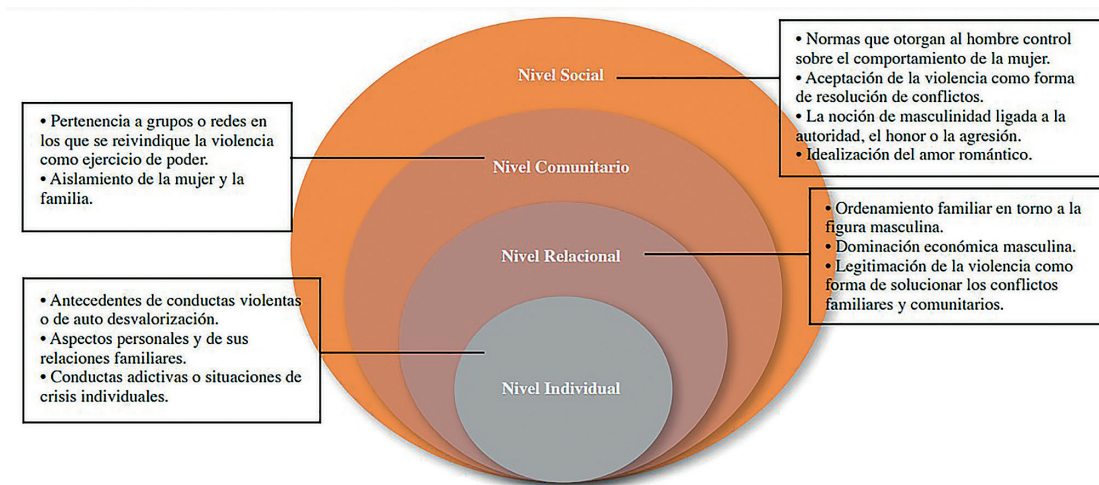
Tal como señala Carmen Vives Cases, este modelo explicativo se basa en una revisión de la investigación académica de Estados Unidos y Canadá incorporando los hallazgos de diferentes disciplinas (antropológica, sociológica y psicológica) que han teorizado sobre las posibles causas de este problema. La autora Lori L. Heise propone un modelo de determinantes de la violencia contra las mujeres distribuido en cuatro niveles de la ecología social:

1. Nivel 1: Historia personal
 - Presenciar violencia conyugal en la infancia
 - Sufrir malos tratos durante la infancia
 - Padre ausente o que rechaza a su hijo/a
2. Nivel 2: Microsistema
 - Dominación masculina en el seno familiar
 - Control masculino del patrimonio familiar
 - Consumo de alcohol
 - Conflicto conyugal/ verbal
3. Nivel 3: Exosistema
 - Bajo status socioeconómico/ desempleo
 - Aislamiento de la mujer y la familia
 - Grupos delictivos de iguales
4. Nivel 4: Macrosistema
 - Derecho/ propiedad del hombre sobre la mujer
 - Masculinidad asociada a la dominación y agresión
 - Roles de género rígidos
 - Aprobación de la violencia interpersonal
 - Aprobación del castigo físico

⁴⁵ El modelo es inspirado en la propuesta de Bronfenbrenner (1979) publicada en su libro *La ecología del desarrollo humano*.

El modelo ecológico, postula que la VCM es resultado de múltiples causas y la interacción de factores de riesgo que actúan en el *nivel macrosistema* (el marco sociocultural: como serían, por ejemplo, la aceptación de la violencia como forma legítima de resolver conflictos, la masculinidad vinculada a la dominación o unos roles rígidos basados en el sexo). Un *nivel exosistema* (un marco situacional, llamado también comunitario, por ejemplo, la pobreza o el aislamiento de las mujeres y la familia). Un *nivel microsistema* (en el marco familiar, por ejemplo, los conflictos de pareja o el control masculino de los bienes), y *el nivel personal* (marco individual como serían, por ejemplo, haber presenciado episodios de violencia de pareja en la infancia o el abuso de alcohol u otras sustancias) (C. Vives Cases, 2011). En definitiva, múltiples causas y factores de riesgo que operan en la interrelación dinámica y bidireccional de las personas con su medio o contexto (individual, familiar, en la comunidad y en los ámbitos social, cultural e histórico).

Grafica n° 1
Enfoque ecológico de factores relacionados con la violencia basada en el género



Tomado de: Modelo de protocolo latinoamericano de investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (femicidio/feminicidio). OACNUDH o de ONU Mujeres

Este modelo multicausal, incorpora una mirada sistémica y de género contemplando las dimensiones sociocultural, socioeconómica, antropológica y psicológica para la identificación de la determinación de causas y factores de riesgo asociados que intervienen en la interacción de estos niveles entre ellos y con las personas. Esta confluencia de dos perspectivas permite avanzar en un abordaje integral y en una lectura integradora de la VCMP al comprender el fenómeno a partir de una multiplicidad de niveles relacionales en los cuales se pueden favorecer, producir o impedir las dinámicas de violencia. Sin embargo, el modelo experimenta limitaciones que se reflejan en el marco interpretativo como en el de la intervención.

No hay intención ni es el espacio para realizar una revisión crítica del modelo ecológico; pero debe reconocerse que desde una perspectiva de la determinación social de la salud prevalece una comprensión holística restrictiva del proceso salud–enfermedad porque la dinámica de las relaciones terminan subsumidas a la lógica causal. Su propuesta no deja de ser una variante de la lógica empírico analítica y el causalismo –asociaciones externas entre factores–, y del paradigma del riesgo y su ocurrencia probabilística. Aspectos que, como se ha mencionado anteriormente, pese a mantener el interés del conocimiento global y los niveles del proceso de la violencia, minimizan el análisis

estructural al no establecer niveles jerárquicos entre los planos de la determinación social y, en consecuencia, no se elimina la fragmentación y se mantiene una tendencia a la linealidad. Así, la intervención integral tiende a la transformación de factores o riesgos –aislados o en conjunto–; pero no se orientan sus esfuerzos a priorizar la transformación estructural.

El Informe mundial sobre la violencia y la salud (OMS/OPS, 2002)⁴⁶ recurre al «modelo ecológico» para intentar comprender la naturaleza polifacética de la violencia. Afirma que su principal utilidad estriba en que ayuda a distinguir entre los innumerables factores que influyen en la violencia, al tiempo que proporciona un marco para comprender cómo interactúan. Sin embargo, subraya que está todavía en fase de desarrollo y perfeccionamiento como instrumento conceptual. Según el Informe, algunas cuestiones mundiales muy prioritarias demandan investigaciones transnacionales a nivel internacional; entre ellas, la relación entre la violencia y diversos aspectos de la globalización, como sus repercusiones económicas, medioambientales y culturales; los factores de riesgo y de protección comunes a las distintas culturas y sociedades, y las estrategias de prevención prometedoras que son aplicables en diversos contextos (OMS/OPS, 2002)⁴⁷.

La propia Heise en su publicación de 2011 (Heise, L. 2011), revisa la evidencia empírica de lo que funciona en los países de ingresos bajos y medios para prevenir la violencia contra las mujeres por parte de sus maridos y otros compañeros. Menciona las limitaciones existentes de las investigaciones y de la intervención, recuerda que la causalidad es compleja y señala que se requieren enfoques múltiples. Resalta que es importante reconocer que ciertos factores que figuran de manera prominente en el discurso internacional no están representados en el modelo ecológico; y subraya que varios factores macrosociales y comunitarios –como son la militarización, el conflicto, la guerra y el desplazamiento– que comúnmente se plantean como relacionados con las tasas de violencia de pareja no hay suficiente información y estudios realizados para confirmar empíricamente estas hipótesis⁴⁸.

En este orden de ideas la OPS, desde su marco empirista, asume el planteamiento de Heise que postula que la violencia es resultado de factores que operan en cuatro niveles: individual, relacional, comunitario y social y recomienda su utilización para comprender el problema de la violencia. Sin embargo, señala que todavía son limitadas las investigaciones sobre las influencias de la comunidad y de la sociedad. Algunos factores de riesgo han sido sistemáticamente identificados en todos los estudios efectuados en diferentes países, pero otros dependen del contexto y pueden variar de un país a otro y dentro de un mismo país (por ejemplo, entre entornos rurales y urbanos). También es importante señalar que, a nivel individual, algunos factores van asociados a la perpetración, otros a la victimización y algunos a ambas posiciones (OPS, 2013).

En la actualidad, desde distintas teorías y propuestas investigativas se intentan superar las limitaciones y llenar los vacíos del modelo ecologista buscando obtener una mirada más abarcativa y del “todo”. Con distintos énfasis (afectivos, patriarcales, género, feministas, situacionales, globalización, criminológicas, etc.) y con ampliaciones, complementariedades o propuestas alternativas a las explicaciones teóricas existentes se buscan modelos interpretativos que faciliten una más completa comprensión del fenómeno de la VCMP a través de una mayor integración de elementos causales y factores. Una gran mayoría de propuestas y planteamientos se asientan en la noción multifactorial y probabilística y realizan sus relecturas y esfuerzos explicativos desde el patrón asociativo. Pese a todas las limitaciones y restricciones factoriales y estadísticas, hoy por hoy, es el método promovido

⁴⁶ OMS/OPS, 2002, pág. 11.

⁴⁷ OMS/OPS 2002, pág. 36.

⁴⁸ Heise, L. 2011, pág. 9.

y más utilizado en los distintos ámbitos institucionales nacionales y de la comunidad internacional. En el centro se mantiene una visión convencional positivista que se estanca en su propio método interpretativo ampliando los factores causales, con una incorporación social no sustantiva y un reduccionismo cuantitativo de la complejidad que no logran dar suficiente explicación los niveles diseñados del proceso (VCMP). El proceso explicativo –pese a tomar en consideración el carácter complejo de la VCMP y las nociones de integralidad y articulación– conduce a una manera de planificar y actuar tecnocrática–pragmática –centrada más en los factores de riesgo que las condiciones sociales y de género de vulnerabilidad presentes en la conformación y distribución de las violencias ejercidas contra las mujeres– con amplias restricciones para formular estrategias colectivas de transformaciones estructurales y de carácter no fragmentado.

- **El estado de la cuestión: muy difundida y prevalencia alta**

En el mundo, los resultados de diversos estudios indican que la VCMP se halla extendida en todos los países y en todas las culturas. Es una realidad generalizada en el mundo. Su alta prevalencia es un hecho indiscutible. Sin embargo, las mujeres víctimas de esta violencia machista continúan siendo poco reconocidas en los servicios sanitarios (consulta, servicios de urgencias, programas preventivos, estudios epidemiológicos, etc.). Como se mencionó anteriormente, la VCMP es permanentemente *infraidentificada, infradiagnósticada e infradeclarada*.

Según la OMS, *en todo el mundo, casi un tercio (el 30%) de todas las mujeres que han mantenido una relación de pareja han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. En algunas regiones, esta cifra puede llegar a ser de hasta el 38%*. Para América Latina, la prevalencia alcanzó el 29,8% con un intervalo de confianza del 25.8% al 33.9% (pág. 17, 2013). *Asimismo, a nivel mundial, el 42% de las mujeres que han estado físicamente y/o abusado sexualmente por una pareja ha experimentado lesiones como resultado de esa violencia. El 38% del número total de homicidios femeninos se debe a la violencia conyugal, una cifra muy alarmante (OMS 2013)⁴⁹.*

Por su parte, *El Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer (OMS, 2005)⁵⁰* permite observar las numerosas dimensiones del fenómeno. *Los datos recopilados en 10 países por la OMS y distintos grupos de investigadores confirman que la violencia ejercida contra la mujer constituye un problema social fundamental.*

Violencia física: *el porcentaje de mujeres que habían sufrido violencia física a manos de sus parejas oscilaba entre el 13% en Japón y el 61% en el entorno provincial de Perú. Japón también registraba el nivel más bajo de violencia sexual (6%), mientras que el más elevado se registraba en Etiopía (59%). En la mayoría de los lugares, entre el 10% y el 20% de las mujeres había recibido puñetazos propinados por sus parejas. el porcentaje de mujeres que alguna vez habían tenido pareja y habían sido víctimas de violencia física grave variaba entre el 4% de las mujeres en Japón y el 49% en el entorno provincial de Perú, aunque en la mayoría de los países se situaba entre el 15% y el 30%. La gran mayoría de las mujeres que habían sido víctimas de maltratos físicos en manos de sus parejas había sufrido actos de violencia más de*

⁴⁹ Ver al respecto *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence*. World Health Organization 2013.

⁵⁰ El Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer constituye un hito tanto por su alcance como por el modo en que se ha llevado a cabo. En lo que se refiere a sus resultados, equipos formados específicamente para la ocasión recabaron información de más de 24 000 mujeres procedentes de 15 entornos ubicados en 10 países con diferentes entornos culturales: Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania. Según la OMS, en el mismo informe señala que el término “violencia doméstica” está siendo sustituido actualmente por “violencia infligida por la pareja. (OMS, 2005) págs. 6-13.

una vez, y en ocasiones con frecuencia. A excepción de la mayor parte de los distintos tipos de violencia física grave (estrangulamiento, quemaduras y la amenaza o el uso real de un arma) en todos los entornos, más de la mitad de las mujeres que habían sido víctimas de un acto violento en los últimos 12 meses lo había sufrido más de una vez. Lejos de tratarse de un hecho aislado, la mayoría de los actos de violencia física infligida por la pareja sigue un patrón de maltratos continuados. La gran mayoría de las mujeres que habían sido víctimas de maltratos físicos en manos de sus parejas había sufrido actos de violencia más de una vez, y en ocasiones con frecuencia.

Violencia sexual el porcentaje de mujeres que declararon haber sido víctimas de abusos sexuales por parte de su pareja oscilaba entre el 6% en Japón y Serbia y Montenegro, y el 59% en Etiopía, si bien el porcentaje registrado en la mayoría de los entornos se situaba entre el 10% y el 50%. La proporción de mujeres que habían sido coaccionadas a tener relaciones sexuales oscilaba entre el 4% en Serbia y Montenegro y el 46% en los entornos provinciales de Bangladesh y Etiopía. En la mayoría de los entornos, cerca del 50% de los casos de violencia sexual había sido consecuencia de la fuerza física más que del miedo. Sin embargo, en Etiopía y Tailandia hubo un mayor porcentaje de mujeres que declararon haber tenido relaciones sexuales por temor a lo que pudieran hacer sus parejas. En todos los entornos, hubo mujeres que habían sido forzadas por sus parejas a realizar actos sexuales que consideraban degradantes o humillantes.

El patrón más común es que las mujeres sean víctimas de violencia física únicamente, o de violencia física y sexual. En la mayoría de los entornos, entre el 30% y el 56% de las mujeres que habían sido víctimas de algún tipo de violencia por parte de su pareja informó que se había tratado tanto de violencia física como sexual. Sólo en los entornos urbanos de Brasil y Tailandia, así como en Japón y en Serbia y Montenegro, la superposición entre violencia física y sexual era inferior al 30%.

Violencia psíquica: Las mujeres a menudo consideran el maltrato psíquico más devastador que la violencia física. En todos los países objeto del Estudio, entre el 20% y el 75% de las mujeres había experimentado, como mínimo, uno de estos actos, en su mayoría en los últimos 12 meses previos a la entrevista. Los que más se mencionaron fueron los insultos, la humillación y la intimidación. Entre las mujeres que informaron haber sido objeto de este tipo de violencia, al menos dos tercios había sufrido la experiencia en más de una ocasión.

Los hombres que infligen maltratos psíquicos a sus parejas también registran un porcentaje más elevado de comportamiento dominante que los hombres que no lo hacen.

Cabe destacar que, según se desprende del Estudio de la OMS, la violencia física o sexual, o ambas, suele ir acompañada, en todos los entornos, de un comportamiento más dominante de la pareja (OMS, 2005)⁵¹.

El porcentaje de mujeres que declararon haber sufrido uno o más de estos comportamientos dominantes variaba entre un 21% en Japón y casi un 90% en la República Unida de Tanzania. Esta situación sugiere que existen numerosas diferencias en cuanto al grado en el que dicho comportamiento se considera aceptable (normativo) en las diferentes culturas.

En América Latina, el informe de la Organización Panamericana de la Salud de 2014 centrado en un análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países, aplicando las encuestas de demografía y salud (DHS) y las encuestas de salud reproductiva (RHS) como fuentes de datos sobre la violencia contra las mujeres, llegó a la conclusión que la violencia contra las mujeres por parte de un esposo/compañero está generalizada en todos los países de América Latina y el Caribe, y pone

⁵¹ El Estudio de la OMS definió el comportamiento dominante de la pareja de una mujer incluyendo los actos siguientes: • impedirle ver a sus amigas; • limitar el contacto con su familia carnal; • insistir en saber dónde está en todo momento; • ignorarla o tratarla con indiferencia; • enojarse con ella si habla con otros hombres; • acusarla constantemente de serle infiel; • controlar su acceso a la atención para la salud (OMS, 2005), pág. 11.

de relieve los contornos dramáticos de esa epidemia, o mejor llamémosla endemia de violencia de género (OPS/CDC, 2014)⁵².

Violencia física por parte de un esposo/compañero⁵³. En los 12 países, un porcentaje sustancial de mujeres informaron violencia física por parte de un esposo/compañero alguna vez; sin embargo la prevalencia informada variaba mucho, entre un 13,4% de las mujeres en Haití 2005/6 y un 52,3% en Bolivia 2003. En Colombia 2005/38,6%. En cuatro países la prevalencia era de menos de un 20%, en seis países se hallaba entre un 20% y un 40%, y en Bolivia 2003 rebasaba de la mitad (52,3%).

La prevalencia informada de violencia física por parte de un esposo/compañero en los últimos 12 meses variaba entre un 6,5% en Jamaica 2008/9 y un 24,5% en Bolivia 2008. En Colombia 2005/20,7; mientras que en la mayor parte de los países se hallaba dentro del intervalo de 6–11%. En tres encuestas DHS (Colombia 2005, Haití 2005/6 y República Dominicana 2007), la mayor parte de las mujeres que informaron violencia física por parte de un esposo/compañero alguna vez también informaron violencia física en los últimos 12 meses.

En la mayoría de los países las formas más comunes de violencia física por parte de un esposo/compañero alguna vez eran actos ‘moderados’, como empujarla, torcerle un brazo o jalarle del pelo, según informaron entre un 12,5% de las mujeres en Haití 2005/6 y un 37,9% de las mujeres en Colombia 2005. Entre las mujeres alguna vez casadas o unidas, el porcentaje de las que informaron violencia física ‘grave’ alguna vez variaba entre un 7,4% en Haití 2005/6 y un 25,5% en Perú 2007/8. En la mitad de los países los porcentajes rebasaban el 15% y en varios países (Colombia 2005, Ecuador 2004, Nicaragua 2006/7 y Perú 2007/8) se acercaban al 20% o lo rebasaban. La prevalencia informada de violencia física ‘grave’ por parte de un esposo/compañero en los últimos 12 meses variaba dentro de una gama más restringida que la infligida alguna vez (pues lo anterior es un subconjunto de esto último), entre un 4,6% en Paraguay 2008 y un 9,7% en Colombia 2005.

Violencia sexual por parte de un esposo/compañero⁵⁴. La prevalencia informada de violencia sexual por parte de un esposo/compañero alguna vez variaba según el país, entre un 5,2% en República Dominicana 2007 y un 15,2% en Bolivia 2003. En Colombia 2005/15,2%. La prevalencia informada de violencia sexual por parte de un esposo/compañero en los últimos 12 meses también variaba según el país, entre un 2,8% en Jamaica 2008/9 y un 10,1% en Haití 2005/6. En Colombia 2005/6,7%.

Indicador combinado de toda violencia física o sexual por parte de la pareja⁵⁵. La prevalencia informada de cualquier violencia física o sexual por parte de un esposo/compañero alguna vez variaba ampliamente, entre un 17,0% en República Dominicana 2007 y un 53,3% en Bolivia 2003. En Colombia 2005/39,7%.

La prevalencia informada de cualquier violencia física o sexual por parte de un esposo/compañero en los últimos 12 meses también variaba según el país, desde un 7,7% en Jamaica 2008/9 y El Salvador 2008 hasta un 25,5% en Bolivia 2008. En Colombia 2005/22,1%.

⁵² Es el primer informe que presenta un análisis comparativo de datos representativos a nivel nacional sobre la violencia contra las mujeres en un gran número de países de la Región. Págs. 21-23 (OPS/CDC, 2014).

⁵³ Violencia física por parte de un esposo/compañero *Cualquiera de los siguientes actos*: • Abofetearla, sacudirla, arrojarle objetos, empujarla, torcerle el brazo o jalarle el pelo, • Golpearla con un puño o con algo que podría hacerle daño • Patearla, arrastrarla, darle una golpiza • Ahorcarla o quemarla (hacerlo efectivamente o intentar hacerlo) • Amenazarla o herirla con un cuchillo, un arma de fuego u otra arma. Pág. 13 (OPS/CDC, 2014).

⁵⁴ Violencia sexual por parte de un esposo/compañero *Cualquiera de los siguientes actos*: • Ser forzada (u obligada) a tener relaciones sexuales no deseadas (todas las encuestas) • Ser forzada a realizar ‘actos sexuales’ no deseados (3 encuestas DHS) • Tener relaciones sexuales no deseadas por temor a lo que el esposo/compañero pudiera hacer si ella se negaba (4 encuestas RHS). Pág. 26 (OPS/CDC, 2014).

⁵⁵ Utilizando las respuestas de las mujeres a todas las preguntas del cuestionario acerca de la violencia física y sexual por parte de la pareja, este análisis comparativo creó un indicador combinado de toda *violencia física o sexual por parte de la pareja*, construido para dos marcos temporales, *alguna vez y en los últimos 12 meses*. Las mujeres que informaron alguna violencia física o sexual por parte de una pareja comprendían a tres grupos de mujeres, a saber: las que informaron violencia física solamente (sin violencia sexual), las que informaron violencia tanto física como sexual y las que informaron violencia sexual solamente (sin violencia física). Pág.27 (OPS/CDC, 2014)

El porcentaje de mujeres que informaron violencia física pero no sexual por parte de un esposo/compañero *alguna vez* variaba entre un 11,8% en República Dominicana 2007 y un 38,1% en Bolivia 2003. En Colombia 2005/27,9%.

El porcentaje de mujeres que informaron violencia tanto sexual como física *alguna vez* variaba entre un 4,4% en República Dominicana 2007 y un 14,2% en Bolivia 2003. En Colombia 2005/10,7%.

La violencia solamente sexual por parte de un esposo/compañero, sin violencia física de parte de este, era relativamente rara, informada en general por un 1–3% de las mujeres alguna vez casadas o unidas, excepto en Haití 2005/6, donde un 5,9% de las mujeres alguna vez casadas o unidas informaron violencia *sexual* pero no *física* por parte de un esposo/compañero *alguna vez*. En Colombia 2005/ 1.1%

Violencia por parte de un esposo/compañero y embarazo no planeado⁵⁶. Entre las mujeres alguna vez casadas o unidas que informaron un hijo nacido vivo en los cinco años precedentes:

En todas las encuestas, excepto Haití 2005/6, el porcentaje de mujeres que informaron un embarazo no planeado (no deseado o inoportuno) y el porcentaje de las que informaron un embarazo no deseado (no quería estar embarazada en ese momento ni en el futuro) en los cinco años precedentes era significativamente mayor ($p < 0,001$) entre las mujeres que informaron violencia física o sexual por parte de la pareja alguna vez en comparación con las que no informaron violencia por parte de la pareja.

En algunos países, los niveles de embarazo no deseado eran de dos a tres veces mayores entre las mujeres que informaron violencia por parte de la pareja alguna vez en comparación con las que no la informaron. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres que informaron embarazo no deseado en los cinco años precedentes era casi dos veces más alto entre las mujeres que informaron violencia por parte de la pareja alguna vez, en comparación con las que no la informaron en El Salvador 2008 (30,7% en comparación con 16,4%) y casi tres veces más alto en Paraguay 2008 (17,6% en comparación con 6,0%) En Colombia mujeres que informaron violencia 31,3% y mujeres que informaron ninguna violencia de pareja 22,4%.

Consecuencias físicas de la violencia por parte de un esposo/compañero. En las cinco encuestas en las cuales se preguntó a las mujeres que alguna vez habían vivido violencia por parte de la pareja si habían quedado físicamente lesionadas como resultado, la proporción de las que informaron haber sido lesionadas por su esposo/compañero variaba entre la tercera parte (33,0%) de las mujeres en Haití 2005/6 y las dos terceras partes (66,5%) de las mujeres en Colombia 2005. En tres de los cinco países (Bolivia 2003, Colombia 2005 y Perú 2007/8), la mayor parte de las mujeres que habían informado violencia por parte de la pareja alguna vez informaron haber sido lesionadas físicamente como resultado. En Colombia el 14,8% informó Lesión grave (huesos o dientes rotos, quemadura, pérdida de función de un órgano...).

Consecuencias de salud mental, emocionales y relacionadas con el trabajo⁵⁷. Más de dos tercios (69,9%) de las mujeres en Bolivia 2008 y más de tres cuartos (77,9%) de las mujeres en Guate-

⁵⁶ Los indicadores específicos examinados en esta sección comprenden violencia por parte de un esposo/compañero según el resultado de embarazo no planeado, no deseado o inoportuno que haya dado lugar a un hijo nacido vivo en los cinco años precedentes (11 encuestas) y la intención de quedar embarazada en relación con el último hijo nacido vivo (cuatro encuestas RHS). Los denominadores de todos estos indicadores eran mujeres alguna vez casadas o unidas que informaron un hijo nacido vivo en los cinco años precedentes. Los embarazos que dieron lugar a un hijo nacido vivo se clasificaron como planeados, no planeados, inoportunos o no deseados, según las definiciones técnicas estándar utilizadas en las encuestas DHS y RHS en todo el mundo, 101 como se indica a continuación. Definiciones de DHS y RHS de embarazo planeado, inoportuno, no deseado y no planeado: • Embarazo planeado: la mujer quería quedar embarazada en ese momento. • Embarazo inoportuno: la mujer hubiera querido esperar y tener un hijo en otro momento. • Embarazo no deseado: la mujer no quería quedar embarazada en ese momento ni en el futuro. • Embarazo no planeado: el embarazo fue o inoportuno o no deseado. Págs. 47-48 (OPS, 2014).

⁵⁷ En tres encuestas DHS y las seis encuestas RHS se preguntaba a las mujeres acerca de las consecuencias de salud mental, emocionales o relacionadas con el trabajo que había tenido la violencia por parte de la pareja *alguna vez* o *en los últimos 12 meses*. Sin embargo, las mediciones eran diferentes y solo algunas eran susceptibles de un análisis comparativo. Se disponía de datos comparables para las siguientes consecuencias de la violencia por parte de un esposo/compañero *alguna vez* o *en los últimos 12 meses*: • Ansiedad, depresión, o sentir que no valía nada (3 encuestas) • Ansiedad o angustia tan graves que las mujeres no podían completar su trabajo o cumplir

mala 2008/9 que habían sufrido violencia por parte de un esposo/ compañero en los últimos 12 meses informaron ansiedad o depresión como consecuencia de esa violencia. Casi la mitad (49,6%) de las mujeres en Colombia 2005 que habían vivido violencia por parte de un esposo/compañero alguna vez informaron sentir como resultado que no valían nada.

Una gran proporción de las mujeres que habían sufrido violencia por parte de un esposo/compañero en los últimos 12 meses informaron ansiedad o angustia tan graves como resultado de la agresión de su pareja que no podían cumplir con su trabajo u otras obligaciones; esa proporción variaba entre casi la mitad (49,0%) de esas mujeres en Ecuador 2004 y más de dos tercios (68,5%) de ellas en Paraguay 2008.

En cuatro países, entre las mujeres que habían sufrido violencia física o sexual por parte de un esposo/ compañero en los últimos 12 meses, el porcentaje de las que informaron haber tenido que perder o interrumpir un trabajo generador de ingresos como resultado variaba entre un 15,8% en Jamaica 2008/9 y un 19,9% en Nicaragua 2006/7.

En las siete encuestas que preguntaban acerca del miedo, entre las mujeres que informaron violencia física o sexual por parte de la pareja en los últimos 12 meses, grandes proporciones dijeron que vivían con miedo de que su esposo/compañero las volviera a agredir; las proporciones variaban entre casi la tercera parte (32,5%) de esas mujeres en Paraguay 2008 y las tres cuartas partes (75,5%) de ellas en Bolivia 2008.

En Paraguay 2008, las mujeres que habían sufrido violencia por parte de la pareja en los últimos 12 meses informaron haber considerado o intentando el suicidio a una tasa cuatro veces mayor que las que nunca habían sufrido esa violencia, y en Guatemala 2008/9 la diferencia era más de siete veces mayor. En Colombia 2005 un 23,7% de las mujeres que habían informado violencia por parte de la pareja alguna vez y en El Salvador 2008 un 31,7% de las mujeres que habían informado violencia por parte de la pareja en los últimos 12 meses informaron a las entrevistadoras que habían deseado suicidarse como consecuencia de esa violencia.

Maltrato emocional por parte de un esposo/compañero⁵⁸. Proporciones sustanciales de mujeres alguna vez casadas o unidas informaron maltrato emocional por parte de un esposo/compañero alguna vez, que variaban entre cerca de la sexta parte (17,0%) en Haití 2005/6 y casi la mitad (47,8%) en Nicaragua 2006/7. (En Colombia 2005/41,5%). El porcentaje de mujeres que informaron maltrato emocional por parte de un esposo/compañero en los últimos 12 meses variaba entre un 13,7% en Honduras 2005/6 y un 32,3% en Bolivia 2008. (En Colombia 2005/21,9%).

Amenazar con abandonarla, quitarle los hijos o negarle apoyo económico, en Colombia 2005 cada una de estas amenazas era informada por aproximadamente una de cada 10 mujeres en los últimos 12 meses. Alguna vez amenazó con abandonarla (21,2%), quitarle sus hijos (18,6%) o negarles apoyo económico (16,0%), y en los últimos 12 meses, Amenazó con abandonarla (13,6%), quitarles a sus hijos (11,3%) o negarles apoyo económico (11,5%).

La prevalencia de maltrato emocional era significativamente mayor ($p < 0,001$) entre las mujeres que habían informado violencia física por parte de la pareja en los últimos 12 meses en comparación con las que no la habían informado. De hecho, la gran mayoría de las mujeres que informaron violencia física por parte de una pareja en los últimos 12 meses también informaron maltrato emocional durante ese período; las cifras variaban entre un 61,0% de esas mujeres en Colombia 2005 y un 92,6% de ellas en El Salvador 2008. En cambio, entre las mujeres que no informaron ninguna violencia física por parte de un

con otras obligaciones (5 encuestas) • Pérdida o interrupción de actividades generadoras de ingresos (4 encuestas) • Miedo que la persona la volviera a agredir o “miedo constante” en los últimos 12 meses (7 encuestas) • Pensamientos suicidas (querer suicidarse) como consecuencia de la violencia (2 encuestas). Págs. 57-58 (OPS/CDC, 2014).

⁵⁸ Maltrato emocional por parte de un esposo/compañero *Cualquiera de los siguientes actos*: • Insultarla • Menospreciarla o humillarla • Asustarla o intimidarla (por ejemplo, rompiendo sus pertenencias) • Amenazar con causarle daño a ella o a alguien importante para ella • Amenazar con abandonarla • Amenazar con quitarle a sus hijos • Amenazar con negarle apoyo económico. Págs. 67-68 (OPS/CDC, 2014).

esposo/compañero en los últimos 12 meses, la prevalencia de maltrato emocional variaba entre menos de una de cada cinco (18,9%) en Bolivia 2008 y menos de una de cada 15 (7,0%) en Haití 2005/6. (En Colombia 2005/11,8%).

Comportamientos controladores⁵⁹. Mientras que la proporción de mujeres que informaron comportamientos controladores específicos variaba según el país, en todos los países los dos comportamientos informados con mayor frecuencia eran insistir en saber en todo momento dónde estaba ella y ponerse celoso o molesto si ella hablaba con otro hombre; entre la tercera parte y la mitad de las mujeres informaron esos comportamientos. Les seguían en frecuencia comportamientos tales como sospechar a menudo que ella le fuera infiel y limitar el contacto de ella con sus amistades o familiares. En Colombia (2005) los controladores específicos: Insistir en saber en todo momento dónde está ella (37,2%); sospechar a menudo que ella le sea infiel (26,2%); impedir a la mujer que vea a sus amistades (26,2%); tratar de limitar el contacto de ella con su familia (17,2%), y desconfiar de ella con el dinero, no permitirle que tenga dinero (19,4%).

El porcentaje de mujeres alguna vez casadas o unidas que informaba tres o más comportamientos controladores de parte de su pareja actual o más reciente variaba entre un 15,4% en Jamaica 2008/9 y un 32,9% en Haití 005/6. En Colombia fue del 19%. mientras que la proporción de mujeres que informaron ausencia de comportamientos controladores por su pareja actual o más reciente fue de 49% y las que informaban de uno o dos comportamientos el 33%.

La proporción de mujeres que informaron tres o más comportamientos controladores por parte de su pareja actual o más reciente era significativamente mayor ($p < 0,001$) entre las que habían informado haber sufrido violencia física o sexual por parte de un esposo/compañero tanto alguna vez como en los últimos 12 meses, en comparación con las que no. En algunos países (Colombia 2005, El Salvador 2008 y Paraguay 2008), la proporción de mujeres que informaron tres o más comportamientos controladores era cerca de cinco (o más) veces mayor entre las mujeres que informaron violencia física o sexual por parte de un esposo/compañero alguna vez, en comparación con las que no. En Colombia (37,3% versus 6,0%).

En todos los estudios se identifican un cúmulo de actos violentos y coercitivos, habitualmente, reiterativos donde el hombre busca someter, dominar y controlar a la mujer produciendo lesiones, problemas de salud importantes y severas secuelas que incluso pueden llegar a causar la muerte sea por complicaciones de la morbilidad, suicidio o feminicidio. Los efectos se extienden más allá de la agresión física y de ser un hecho puntual y ocasional. Asimismo, se constata que las mujeres que han sufrido violencia de pareja presentan tasas más altas de distintos problemas de salud y de conductas de riesgo comparado con las mujeres que informan ninguna violencia de pareja (OMS, 2013)⁶⁰.

En términos de lo expresado, la VCMP es reconocida como una forma de violencia grave por su alta prevalencia, los graves deterioros que condicionan la vida y la salud de las mujeres víctimas tanto a nivel corporal como psíquico; las diferentes y numerosas patologías que se pueden presentar incluida la mortalidad; y las amplias repercusiones sociales (A. Andrés Pueyo et al, 2008)⁶¹. Así, no cuesta imaginar que la forma más grave y extrema de la VCMP es el feminicidio. El 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina (OMS, 2017).

⁵⁹ Cualquiera de los siguientes actos: • Impedir a la mujer que vea a sus amistades • Tratar de limitar el contacto de ella con su familia • Insistir en saber en todo momento dónde está ella • Ponerse celoso o molesto si ella habla con otro hombre • Sospechar a menudo que ella le sea infiel • Exigir que ella le pida permiso antes de buscar atención médica • Desconfiar de ella con el dinero, ejercer control sobre el dinero que ella gane o reciba. Pág. 70 (OPS/CDC, 2014).

⁶⁰ Págs. 31-33 (OMS, 2017).

⁶¹ A. Andrés Pueyo, S. López, y E. Álvarez al respecto citan a Tjaden, P y Thoennes, N. (2000). *Extent, nature, and consequences of intimate partner violence*. Research Report. Findings from the National Violence Against Women Survey.: U.S. Department of Justice. Office of Justice Programs. National Institute of Justice. Medina-Ariza, J. y Barberet, M. (2003) *Intimate Partner Violence in Spain*. Findings from a National Survey. *Violence against woman*.9:302-322. Cobo, J.A. (2007). (A. Andrés Pueyo et al, 2008) pp. 107-122

Un estudio (Stockl et al., 2013) orientado a una revisión de la prevalencia global y regional de los homicidios de pareja en 66 países estimó que en general, uno de cada siete homicidios (13,5%) es cometido por una pareja íntima. La proporción de mujeres asesinadas por su pareja es seis veces mayor que la proporción de hombres asesinados por su pareja (38,6% y 6,3% de homicidios de mujeres y hombres, respectivamente), lo que refleja las disparidades de ambos sexos en los niveles de intimidad, violencia de pareja y diferencias en los niveles generales de homicidio entre mujeres y hombres. El panorama muestra que la VCMP y el feminicidio como forma más extrema de ella, tal como se ha comentado en anteriores apartados, son fenómenos complejos que conllevan, para muchas mujeres vivir en una permanente exposición y vulnerabilidad.

- **Consecuencias sobre la vida y la salud de las mujeres**

Es primordial resaltar que la dominación–subordinación y su variabilidad de expresiones se reflejan en unos patrones destructivos particulares en la vida cotidiana de las mujeres que se manifiestan en trastornos individuales físicos, psicológicos e incluso, sociológicos. Los efectos sobre la salud –física y mental– de la mujer son acumulativos con el transcurso del tiempo y pueden extenderse después de las agresiones.

Tanto en la literatura de las ciencias de la salud como del campo del feminismo o de la sociología, innumerables son los estudios y la documentación relacionada con las graves e importantes consecuencias que tiene la VCMP en la salud física y mental, así como en el ámbito social de las mujeres víctimas de la violencia. No hay duda de que el carácter cíclico de la VCMP y la variabilidad de las formas de violencia –desde la más soterrada a la más descubierta o desde las más moderada a la más coercitiva– que se pueden dar contribuyen a consolidar un proceso reiterativo de dominación y subordinación que lesiona no sólo su condición espiritual sino que *incrementa los niveles de sufrimiento mental y determina la agudización de múltiples procesos epidemiológicos, lo cual constituye uno de los campos de demostración del nexo profundo, pero oculto, que existe entre varias enfermedades y la violencia de género* (J Breihl 1993⁶²). Enfermedades físicas y psíquicas que persisten, incluso, cuando los actos violentos han cesado. Los efectos sean físicos o psicológicos pueden ser a corto, medio o largo plazo.

Es evidente que, en este proceso destructivo, la violencia física es la más evidente y tangible. Se han descrito, relacionados con ella, un detallado y específico número de problemas de *salud física*. A corto plazo, los efectos físicos pueden ir desde contusiones o heridas en diversas regiones del cuerpo, traumatismos craneoencefálicos, laceraciones, fracturas, lesiones oculares, roturas de tímpano hasta lesiones que generan disminución física, discapacidad crónica o la muerte. Igualmente, a mediano y largo plazo, la VCMP se asocia a la manifestación de enfermedades crónicas como el síndrome de dolor crónico (cefaleas, dolor pélvico, dorso lumbalgias), hipertensión, diabetes, fibromialgias, trastornos del aparato digestivo, síndrome de colon irritable, infección de vías urinarias, afectaciones relacionadas con el sistema nervioso central, desgarros y abrasiones, pérdida de visión, limitaciones funcionales y discapacidades crónicas. Problemas de salud física que con frecuencia acompañan a los daños psicológicos.

La violencia sexual tiene también amplias consecuencias negativas en *la salud sexual y reproductiva* de las mujeres víctimas. Una de las diferencias más contrastada, en términos de salud física, entre mujeres víctimas de violencia doméstica y mujeres que no han sido víctimas, es la presencia de pro-

⁶² Pág. 73 (J Breihl, 1993).

blemas ginecológicos (J. Campbell, 2002) Los abusos sexuales pueden originar trastornos del aparato genital, problemas menstruales, enfermedades de transmisión sexual (entre ellas la infección por VIH/SIDA), enfermedades inflamatorias de la pelvis, disfunción sexual y esterilidad. Por otra parte, la violencia sexual y las relaciones forzadas (sin posibilidades del uso de condones ni anticonceptivos) puede originar un embarazo no deseado. Al respecto, cabe señalar que, con frecuencia, la violencia durante el embarazo permanece y con ello se asocia con complicaciones del embarazo, aborto espontáneo, parto prematuro, lesiones o muerte fetales. Consecuencias que afectan no sólo a la mujer sino también al feto o al recién nacido (bajo peso al nacer) (OMS/EMTL, 2010).

En relación a la *salud mental*, la VCMP puede tener importantes afectaciones psíquicas. Las mujeres víctimas suelen presentar ansiedad, insomnio, fobias, miedo, pérdida de peso y, con frecuencia, llegan a padecer depresión, trastorno por estrés postraumático, trastornos somatomorfos y síntomas psicósomáticos (Stein MB, Kennedy C. Major 2001). Igualmente suelen presentar baja autoestima y sentimientos de inferioridad e indefensión. Por otra parte, en distintos estudios se ha encontrado que las mujeres víctimas de la VCMP son proclives a cambios de conducta que se reflejan en el comportamiento suicida y daño autoinfligido o el consumo de sustancias psicoactivas, tabaco y alcohol (Lila Marisol, 2010)⁶³. En este marco de los efectos psicosociales que sufren las mujeres víctimas de la VCMP es oportuno señalar que en diferentes estudios se ha comparado el impacto de sufrir este tipo de violencia con el trauma causado tras haber sufrido secuestro y tortura (Lila Marisol, 2010)⁶⁴.

Adicionalmente, a todos estos síntomas físicos y mentales, el deterioro de la salud y calidad de vida de las mujeres víctimas de la VCMP se agrava con las consecuencias sociales que conllevan las conductas de control y vigilancia de la pareja o expareja. En este sentido, las conductas de control (movilidad, medios electrónicos –online–⁶⁵, familiar, etc.) conllevan a una pérdida de libertad con amplias consecuencias como son el aislamiento social, la pérdida del reconocimiento social, dificultades para acceder al mercado laboral, impedimentos para participar en actividades de formación y ampliar sus conocimientos y perfil laboral y profesional, dificultades de las víctimas para concentrarse y realizar adecuadamente sus tareas en sus trabajos, ausentismo laboral y mayor probabilidad de abandonar su trabajo y pérdida de empleos. Como resultado, la mujer víctima ve disminuida su capacidad para obtener ingresos económicos, se empobrece y se reduce su independencia económica; pero asimismo se limita su autonomía personal con una pérdida de libertad y de ciudadanía.

Atendiendo a este ámbito social cabe resaltar la importancia en el aumento de las conductas de control o vigilancia a la pareja o expareja a través de medios electrónicos (M.I Gámez-Guadix et al 2018)⁶⁶. Se trata de una forma relativamente reciente de agresión y victimización, que constituye otra forma de violencia que se asocia con las diferentes formas de violencia tradicional (física, psicológica y sexual), tanto en cuanto a victimización como a perpetración. Así, la victimización de la violencia online se asoció con la victimización de las formas de violencia y abuso tradicionales. Las TICs son con frecuencia empleadas como medios para llevar a cabo comportamientos abusivos

⁶³ Ver al respecto la publicación de Stark y Flitcraft, 1996. Citada por Lina Marisol (Lila Marisol, 2010).

⁶⁴ Ver al respecto el artículo de Graham et al, 1998. Citado por Lina Marisol (Lila Marisol, 2010).

⁶⁵ El abuso online en la pareja se ha definido como un conjunto de comportamientos repetidos que tienen como objetivo controlar, menoscabar o causar un daño al otro miembro de la pareja. Incluyen el control a través de las redes sociales, el robo o el uso indebido de contraseñas, la difusión de secretos o informaciones comprometidas, las amenazas y los insultos públicos o privados a través de las TICs. Las conductas de abuso online a la pareja incluyen el control a través de las redes sociales, el robo o el uso indebido de contraseñas, la difusión de secretos o informaciones comprometidas, las amenazas y los insultos públicos o privados a través de las TICs. Estas conductas aparecen frecuentemente asociadas a comportamientos de agresiones psicológicas y físicas cara a cara, y podrían constituir un precursor de las mismas (M. I Gámez-Guadix , E. Borrajo E. Calvete, 2018).

⁶⁶ Las conductas de control o vigilancia a la pareja o expareja a través de medios electrónicos han sido los comportamientos que mayor interés han generado. (Ver al respecto Brown y Hegarty, 2018; Leisring y Giumetti, 2014; citados por M.I Gámez-Guadix et al 2018).

hacia la pareja, principalmente en forma de control psicológico y agresiones psicológicas y verbales (M.I Gámez-Guadix et al, 2018)⁶⁷.

Esta pluralidad de efectos terminales físico-psicopatológicos y los diversos trastornos sociológicos que los acompañan ponen de relieve la complejidad de los procesos destructivos que conlleva la VCMP y afectan la vida y la salud de las mujeres. Advierten de posibles enfermedades crónicas, discapacidades, intentos de suicidio y de muerte para mujeres. Es en este contexto de manifestación extrema de violencia contra las mujeres que se ha introducido el concepto de feminicidio⁶⁸. Como se ha mencionado anteriormente, la violencia de pareja va de la mano del feminicidio. En la mayoría de los países de América Latina, 2 de cada 3 feminicidios se producen en contextos de relaciones de pareja o ex pareja (Cepal, 2021). Desde esta perspectiva las posibilidades que las mujeres víctimas de la VCMP pierdan la vida es una realidad. La vida cotidiana de las mujeres transcurre en riesgo por las condiciones estructurales de dominación y desigualdad. El feminicidio se constituye en la expresión última machista de dominio y control sobre la vida de las mujeres. Como subraya Marcela Lagarde (1996), *la opresión de las mujeres tiene una profunda marca feminicida: llevar a la práctica una política personal y cotidiana o institucional de este signo implica la concertación consciente e inconsciente de quienes ejercen la dominación y se benefician de ella*⁶⁹.

*En este orden de ideas, el concepto de feminicidio, como señala Montserrat Sagot, permite además establecer conexiones entre las diversas formas de violencia masculina contra las mujeres, estableciendo lo que Liz Kelly (1988) llama un continuum de la violencia, que adquiere sentido en un determinado contexto. Desde esa perspectiva, el abuso físico y emocional, la violación, el incesto, el acoso sexual, el uso de las mujeres en la pornografía, la explotación sexual comercial, el tráfico de mujeres, la esterilización o la maternidad forzadas, la negligencia contra las niñas, etc., son todas expresiones distintas de la opresión de las mujeres y no fenómenos inconexos. En el momento en que cualquiera de estas formas de violencia resulta en la muerte de la mujer o de la niña, ésta se convierte en femicidio. El femicidio es, por tanto, la manifestación más extrema de este continuum de violencia*⁷⁰.

Asimismo, Marcela Lagarde, afirma el feminicidio implica normas coercitivas, políticas expoliadoras y modos de convivencia enajenantes que, en conjunto, componen la opresión de género, y en su realización radical conducen a la eliminación material y simbólica de mujeres y al control del resto. Para que

⁶⁷ En relación a las TICs en forma de control psicológico y agresiones psicológicas y verbales véase Borrajo, E., Gámez-Guadix, M. y Calvete, E. (2015a). Cyber dating abuse: prevalence, context, and relationship with offline dating aggression. *Psychological Reports*, 116, 565585. doi:10.2466/21.16.PR0.116k22w4 y Zweig JM, Dank M, Yahner J, Lachman P *The rate of cyber dating abuse among teens and how it relates to other forms of teen dating violence*. *J Youth Adolesc*. 2013 Jul; 42(7):1063-77. doi: 10.1007/s10964-013-9922-8. Epub 2013 Feb 15. PMID: 23412689. Citados por M.I Gámez-Guadix et al (2018)

⁶⁸ El feminicidio o femicidio define un acto de violencia extrema contra las mujeres por el hecho de ser mujeres. Asesinato de una mujer a manos de un hombre por machismo o misoginia (Real Academia Española de la lengua). Ha quedado a criterio de los países la utilización de la expresión *femicidio* o *feminicidio*.

El proceso de conceptualización del fenómeno de la muerte violenta de una mujer por ser mujer adquirió importancia en la década de 1970. En 1976 Diana E.H. Russell (escritora y activista feminista) utilizó por primera vez el concepto femicide, en el Tribunal Internacional de Crímenes contra Mujeres. En 1992 presentó junto con Jill Radford, y Jane Caputi la teorización del mismo y los diversos factores que forman y constituyen la explicación del término en su libro *Femicide: The Politics of Woman Killing*. En la década de los noventa las feministas anglosajonas introdujeron el paradigma teórico de femicide (Radford y Russell, 1992, en Monárrez, 2005), mientras en los países latinoamericanos la incorporación del término se inició en Centroamérica desde mediados de los ochenta dentro del movimiento feminista, y de mujeres organizadas desde mediados de los ochenta (República Dominicana, M.J.Pola). En Costa Rica, Ana Carcedo y Montserrat Sagot lo utilizaron desde mediados de la década de los noventa. En México, el concepto femicidio fue introducido a la academia en 1994 por Marcela Lagarde. En desarrollo del concepto anterior, la investigadora mexicana Marcela Lagarde acuñó el término "feminicidio". Lo definió como el acto de matar a una mujer solo por el hecho de su pertenencia al sexo femenino pero confirió a ese concepto un significado político con el propósito de denunciar la falta de respuesta del Estado en estos casos y el cumplimiento de sus obligaciones internacionales de garantía, incluso el deber de investigar y de sancionar.

⁶⁹ Pág. 14, M. Lagarde (1996).

⁷⁰ Pág. 5, M Sagot (2013).

*el feminicidio se lleve a cabo con el conocimiento social y no provoque la ira social, ni siquiera de la mayoría de las mujeres, requiere una complicidad y el consenso que acepte varios principios concatenados: interpretar el daño a las mujeres como si no lo fuera, tergiversar sus causas y motivos y negar sus consecuencias*⁷¹.

De esta manera, la visión de análisis va más allá de unos factores de riesgo, conductas individuales y probabilidades. Nos sitúa en la comprensión de la vulnerabilidad (comprensión de las dimensiones estructurales–social, económica, género, étnica, político–institucionales–) implicadas en el proceso de determinación de la VCMP de las mujeres y en sus consecuencias (sufrimiento, enfermedades, discapacidades y muerte). Su interpretación demanda incorporar una mirada holística para ampliar la comprensión y explicar la relación entre el sistema social, los modos de vivir y la salud de las mujeres y poder entender la vulnerabilidad diferencial de las mujeres como colectivo diverso, heterogéneo y con inserciones sociales distintas.

De la misma manera, la comprensión integral de las condiciones de vulnerabilidad, presentes en la conformación y distribución de la VCMP, resulta imprescindible en el ámbito de la intervención y actuación para centrarse en aquellos aspectos determinantes y alcanzar mayor efectividad. Así, la acción se traduce no sólo a los ámbitos de la atención–curación y prevención individual sino que se orienta sobre las determinaciones de la violencia. Actuar, tal como pone de manifiesto Jaime Breihl , en la *prevención profunda*, que busca actuar sobre las determinaciones más de fondo de la violencia. *Las políticas deben cubrir esas tres dimensiones interrelacionadamente y no reducirse a ninguna con exclusividad* (J. Breihl 1996). La salud de las mujeres y su calidad de vida depende de no quedarse en la prevención individual, incorporar en la intervención todas las dimensiones y abandonar la lógica funcionalista y focalizada que prioriza la actuación biomédica.

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente, es evidente que la VCMP es un fenómeno significativo de enfermedades y muerte en las mujeres, identificado como un problema social y de salud endémico. Una práctica aprendida, consciente y orientada, producto de una organización social estructurada sobre la base de la desigualdad (Sagot y Carcedo, 2000). Se reconoce que si bien es enorme su ocurrencia y ampliamente extendida la magnitud del fenómeno, es todavía difícil de determinar su real dimensión por las dificultades de infradetección. De igual manera, a pesar de los avances experimentados en cuanto a legislación en todos los países, las consecuencias en la salud de las mujeres víctimas y el impacto negativo en sus vidas cotidianas y en sus expectativas de futuro a mediano y largo plazo no terminan de vislumbrarse en su totalidad por las dinámicas de invisibilización e impunidad existentes, así como por unas relaciones de poder coercitivas que condicionan la dinámica social y familiar, pero también la esfera política, institucional y económica y niegan los derechos humanos de las mujeres.

⁷¹ Pág. 14, M. Lagarde (1996).

La vida cotidiana de las mujeres transcurre en riesgo

Desde finales de 2008⁷², asistimos en Colombia a una serie de cambios importantes en materia de legislación e intervención sobre violencia contra las mujeres. Se dispone de todo un marco normativo⁷³ para la protección de los derechos de la mujer en consonancia con los Convenios y Acuerdos Internacionales que ha suscrito el país para erradicar la violencia y discriminación de las mujeres. No obstante, persiste un desanclaje entre un desarrollo legislativo, normativo y de reglamentaciones garantistas de los derechos de las mujeres y una cotidianidad donde permanecen altos índices de violencia en su contra. Las cifras siguen siendo alarmantes y la VCMP –donde los mayores agresores, de lejos, son la pareja o expareja de la mujer víctima– alcanza a ser para las mujeres la más frecuente con una prevalencia significativamente alta constituyéndose en un preocupante y serio problema de violación flagrante de los derechos humanos, de salud pública y socioeconómico para las mujeres víctimas.

A pesar de la magnitud y trascendencia del problema es difícil valorar su dimensión e impacto en la vida de las mujeres. Si bien son varias las entidades gubernamentales⁷⁴ que llevan a término registros y recolección de información sobre la violencia contra las mujeres, los subregistros siguen presentándose por diferentes motivos. Se observa un esfuerzo institucional que permite, cada vez más, visualizar la problemática; pero las divergencias de criterios conceptuales, categorías empleadas, la ausencia de información desagregada, las debilidades en la incorporación de la perspectiva de género en los procedimientos, las formas como se recoge y registra la información por las distintas entidades, los vacíos en la clasificación y caracterización de hechos, contextos y su ocurrencia, dan lugar a discrepancias en la información y a serias limitaciones para conocer la incidencia y prevalencia real tanto de la VCMP como de los feminicidios.

Ambos fenómenos son infradentificados, infradiagnósticos e infradeclarados y los datos estadísticos son todavía, en general, incompletos e insuficientes para el conocimiento certero de las determinaciones –por razones de género, étnicas y de clase social–, y sus consecuencias para la salud de las mujeres víctimas afectadas. Como señalan M. A. Otero y M.E. Ibarra (2017) se debe mejorar la coordinación dentro de las instituciones y entre ellas para sistematizar con mayor precisión los casos de VCMP y así contribuir a la reducción del subregistro. Ajustar los procedimientos de captura de información, para que sean aún más eficientes, sistemáticos y sensibles al género (Otero e Ibarra 2017).

Es importante mencionar que la VCMP, como hemos señalado en anteriores apartados, tiene distintos tipos de expresividades más allá de la violencia física. La legislación y normatividad reconoce

⁷² El 4 de diciembre de 2008 el Congreso de la República promulga la Ley 1257, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.

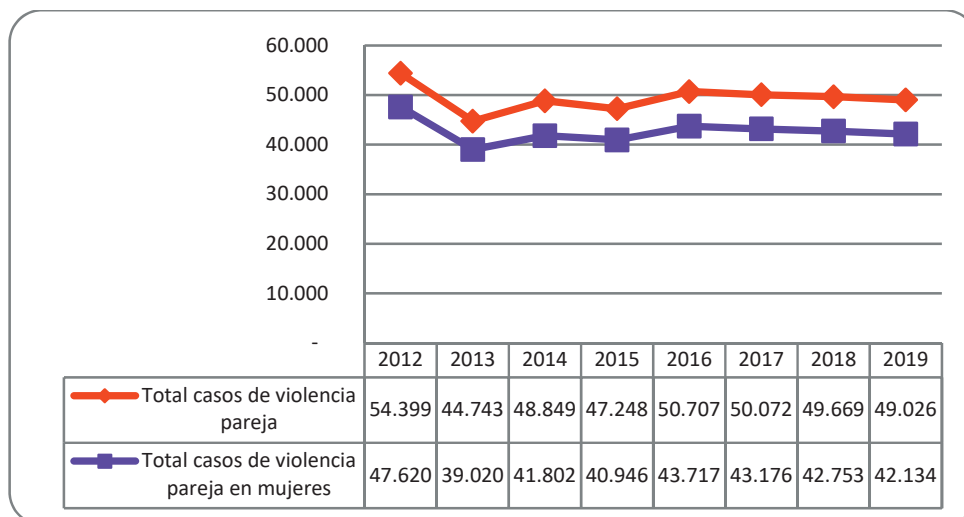
⁷³ Colombia ha ratificado todos los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos y derechos de las mujeres, y ha hecho un progreso significativo en el desarrollo de leyes para promover la igualdad de género y garantizar los derechos humanos de las mujeres. Algunos ejemplos, la Ley 1257 “Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres”, de 2008; los Lineamientos de la Política Pública para la Equidad de Género para las Mujeres y el Plan Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencias aprobados en 2012; la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, aprobada en 2011, con disposiciones importantes sobre la igualdad de género, la Ley 1719 por la cual se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, de 2014, la Ley 171 de 2014 ley Natalia Ponce, que endurece penas a ataque con ácidos, entre otras.

⁷⁴ Entre otras están el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), el Ministerio de Salud y Protección Social (mediante Sistema integrado de información de violencias de género -SIVIGE-), Profamilia- Ministerio de Salud y Protección Social (mediante la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS-), la Fiscalía General de la Nación, el Observatorio de Asuntos de Género de la Presidencia de la República (OAG), la Defensoría del Pueblo y el Observatorio de Derechos Humanos de la Presidencia (ODDHH).

los distintos tipos de violencia: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, violencia patrimonial y violencia económica. Sin embargo, este reconocimiento teórico y legal, colisiona con la praxis, mencionada anteriormente, que dificulta disponer de una información. precisa, oportuna y fidedigna. En este sentido, el propio Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) –quizás la entidad con un mayor control de la calidad de los datos que produce y esfuerzo en incorporar la perspectiva de género– reconoce que las cifras que aporta corresponden a presuntos hechos de violencia por lo que “dichos casos deben ser objeto de investigaciones adicionales que trasciendan la competencia del Instituto (...) por lo cual los datos presentados son apenas una aproximación a la realidad de violencia vivida en el país” (INMLCF 2020)⁷⁵.

A pesar de las dificultades y teniendo en cuenta las limitaciones expresadas, la información estadística disponible, ofrece un panorama de la VCMP que permite develar la realidad opresiva que sufren las mujeres en su vida cotidiana. De una manera descriptiva y básica, se puede decir que según INMLCF en Colombia, en los últimos seis años (2014–2019) se presentaron un total de 295.571 denuncias por violencia de pareja.

Gráfica n° 2
Comportamiento Violencia de pareja
Período 2012 - 2019
Nacional



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal – INMLCF Grupo: Centro de Referencia Nacional sobre la Violencia – GCRNV. Base: Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense – SICLICO. Informe Masatugó 2009–2014. INMLCF, Observatorio de Violencia 2015–2019, julio 2020. Cálculos CiDES

Del total de las valoraciones de violencia infligida en el interior de la pareja, durante este mismo período (2014–2019), el 86% correspondió a mujeres (254.528). Un promedio de 42.421 valoraciones por año. La tasa promedio de la VCMP fue de 205,59 por 100 mil presentándose la tasa más alta durante este período en el año 2016 (213,48) y la más baja en el año 2019 (196,23) siendo el año que menor número de casos registró. Los registros muestran una reducción en términos absolutos entre el año 2012 y el 2019 (5.486 casos menos); pero la dinámica del período evidencia unas oscilaciones estadísticas interanuales que no permiten considerar una tendencia decreciente del fenómeno ni

⁷⁵ Pág. 9 (INMLCF, 2020).

mucho menos hablar de que las reducciones son fruto de una intervención preventiva a pesar de que el último año (2019) fue el que registró una de las tasas más bajas de los últimos seis años (196,23).

Cuadro n° 1
Violencia de pareja
Período 2012 - 2019
Nacional

Concepto	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total casos de violencia pareja	54.399	44.743	48.849	47.248	50.707	50.072	49.669	49.026
Total casos de violencia pareja en hombres	6.779	5.723	7.047	6.302	6.990	6.896	6.916	6.892
Total casos de violencia pareja en mujeres	47.620	39.020	41.802	40.946	43.717	43.176	42.753	42.134
Porcentaje de mujeres afectadas	87,54	87,21	85,57	86,66	86,21	86,23	86,08	85,94
Tasa violencia de pareja en mujeres	221,61	163,56	209,62	202,59	213,48	208,14	203,50	196,23

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal – INMLCF Grupo: Centro de Referencia Nacional Sobre la Violencia – GCRNV.
 Base: Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense – SICLICO.
 Informe Masatugó 2009–2014.
 INMLCF, Observatorio de Violencia, julio 2020.
 Cálculos CiDESD.

Atendiendo a los registros durante este período se puede estimar que por cada hombre que denuncia ser víctima de violencia por parte de su pareja, seis mujeres lo hacen. Asimismo, se puede observar que la llamada violencia de pareja es frecuente, mayoritaria y desproporcionadamente dirigida hacia a las mujeres y tiene un carácter persistente y sistemático en el tiempo. A pesar de las disminuciones de casos registrados durante estos años, la proporción de mujeres afectadas prácticamente no presenta variaciones.

Si bien en los datos de la violencia de pareja suministrados por INMLCF hay una distribución geográfica por departamentos y municipios, no parece existir un patrón geográfico definido en relación a la VCMP y la incidencia de denuncias. Tampoco se puede apreciar una relación entre las tasas de incidencia de denuncias y la mortalidad contabilizada.

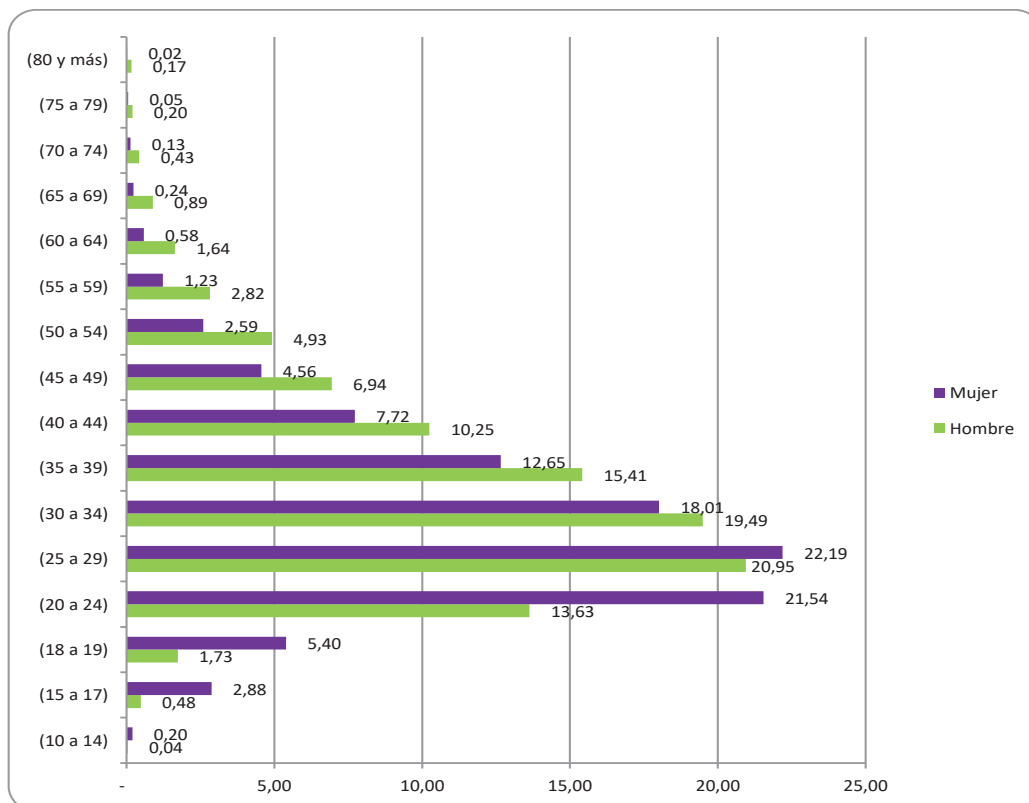
Cuadro n° 2
Violencia de pareja y feminicidios de pareja registrados
Período 2014 - 2019
Nacional

Concepto	2014	2015	2016	2017	2018	2019
VCMP	41.802	40.946	43.717	43.176	42.753	42.134
Tasa de mujeres	209,62	202,59	213,48	208,14	203,50	196,23
Feminicidios íntimos (pareja/expareja)	145	114	128	144	139	133

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal – INMLCF Grupo: Centro de Referencia Nacional Sobre la Violencia – GCRNV.
 Base: Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense – SICLICO.
 Informe Masatugó 2009–2014.
 Informe Evaluación de la aplicación del protocolo de valoración del riesgo feminicida (2014–2017). Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses. ONU Mujeres, 2019.
 INMLCF Observatorio de Violencia, julio 2020 (feminicidio íntimo, según agresor).
 Cálculos CiDESD.

Con respecto a la edad, la mayor incidencia de VCMF en este período es de 30 años y la edad promedio anual entre los 25–29 años, seguido de los 20–24 años de edad. La mayoría de mujeres víctimas se ubican entre los 20 y 30 años; pero ello no significa que la gravedad de las lesiones se concentra en estas edades ni que las mujeres de otras edades no viven situaciones graves de violencia machista. Lo que los datos según edad pueden indicar es que la edad adulta–joven incrementan las condiciones de vulnerabilidad motivadas por interacciones y relaciones que deben ser identificadas para ser intervenidas y transformar.

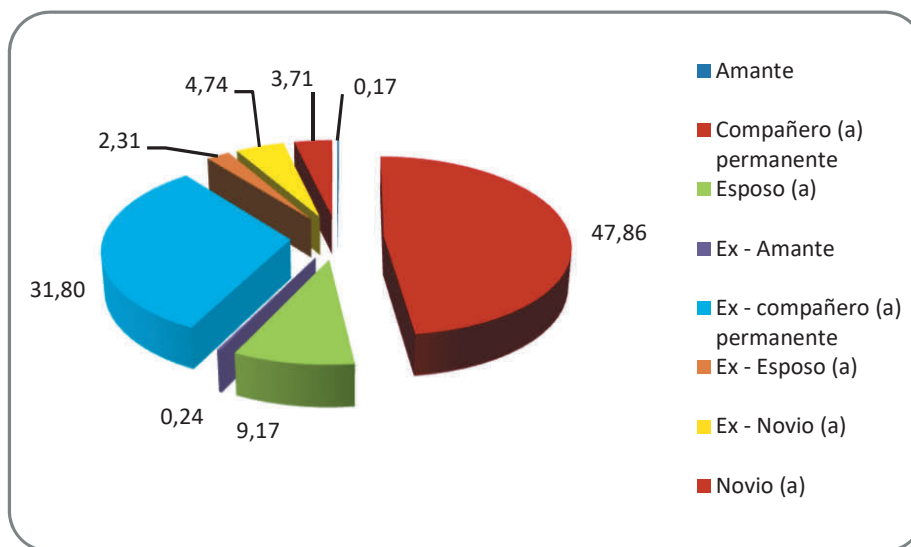
Gráfica n° 3
Violencia de pareja según sexo y edad
Promedio 2015 – 2019
Nacional



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal – INMLCF. Grupo: Centro de Referencia Nacional sobre la Violencia – GCRNV. Base: Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense – SICLICO. Observatorio de Violencia 2015–2019, julio 2020.
 Nota: no se incluyen personas que no informan de la edad.
 Cálculos CiDESD

Desde el 2015, en el 47,86% de las mujeres víctimas el agresor fue compañero permanente, esposo, novio o expareja y el hogar es el lugar más inseguro y peligroso. Durante este período las razones, con mayor prevalencia, identificadas por los agresores para ejercer la violencia contra las mujeres fueron la intolerancia, los celos, la desconfianza, la infidelidad y el alcoholismo. Aspectos, todos ellos, que tradicionalmente se han asociado a la noción de riesgo individual y a un incremento de la violencia de género. Se focaliza hacia una probabilidad y se orienta a una conducta individual sin contemplar ni informar de las distintas condiciones de vulnerabilidad que determinan la salud y la vida de las mujeres víctimas.

Gráfica n° 4
Violencia de pareja en mujeres según presunto agresor
Promedio 2015 - 2019
Nacional



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal – INMLCF Grupo: Centro de Referencia Nacional sobre la Violencia – GCRNV. Base: Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense – SICLICO. INMLCF, Observatorio de Violencia 2015–2019, julio 2020.
 Nota: no se incluyen personas que no informan del presunto agresor.
 Cálculos CiDESd

Adicionalmente, cabe resaltar que según los casos reportados por el sistema SIVIGILA⁷⁶, en el período 2015–2019 se detectaron 38.151 casos de violencia psicológica donde en promedio el 83,68% corresponden a mujeres y en el 54,5% del total el victimario es la pareja o expareja sin especificar por sexos. Asimismo, en relación al tipo de violencia por negligencia o abandono, se identifican 89.154 casos. Modalidades de violencia que se hacen presentes en la VCMP y conllevan consecuencias desfavorables para la salud mental de las mujeres víctimas.

Para las víctimas sobrevivientes los costos tangibles o intangibles derivados de las secuelas visibles o invisibles son altamente significativos. Los efectos destructivos de la violencia no sólo dañan su cuerpo y su mente sino que deterioran su vida en todas sus facetas –relacionales, afectivas, familiares, económicas, laborales, educativas, etc.– impidiendo una realización plena de su desarrollo personal y social⁷⁷. El impacto en todos los ámbitos sociales, tiene múltiples efectos inmediatos y

⁷⁶ El Sistema de Salud Pública (SIVIGILA) tiene como responsabilidad el proceso de observación y análisis objetivo, sistemático y constante de los eventos en salud, el cual sustenta la orientación, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud pública. Cuenta con Sistema Integrado de Información sobre violencias de género. Ver al respecto <http://onviolenciasgenero.minsalud.gov.co/Paginas/sivige.aspx>

⁷⁷ En mi opinión, ante tanta mercantilización de la vida es oportuno señalar que no hacen falta estimaciones de econometría sobre el costo que representa la violencia contra las mujeres, valoraciones del gasto del sector salud, seguridad, justicia o, incluso, del sector social público y privado para generar conciencia de la magnitud, gravedad e importancia de un problema que niega la dignidad y la vida a las mujeres. Tampoco es necesaria la realización de estimaciones acerca de la carga global de enfermedad (Años de Vida Ajustados por Discapacidad), para motivar la concienciación y las sensibilizaciones de cambio conductual. Luchar por la erradicación de la violencia contra las mujeres y apostar por la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, en todos los ámbitos, no puede tener como argumentación y razonamiento justificativo los criterios economicistas en los que se expresan muchas Instituciones Internacionales, Estados y entidades financieras, sin ningún rubor, afirmando que es una vía eficiente y segura de garantizar las tasas de crecimiento sostenibles de un país y de la economía mundial. La pregunta que subyace es ¿si no aportaran al crecimiento de la economía no sería necesario erradicar la violencia contra las mujeres ni las desigualdades de género? Escandaloso e Inaceptable.

otros a mediano y largo plazo lo que resulta para las sobrevivientes y su familia (hijxs) un enorme costo tanto biológico y psicológico como económico y de relacionamiento social.

La VCMF desde la perspectiva de que es un continuum de violencias que viven las mujeres puede desembocar en una violencia feminicida (incluye los asesinatos de mujeres o los intentos de hacerlo) conllevando en muchos casos a la muerte. Obviamente, las consecuencias feminicidas obligan a centrar la atención en el problema final: el asesinato (feminicidio); pero se debería ir más allá y tener presente la noción misma de la violencia feminicida inherente en la VCMF porque desde un sentido de complejidad relacional no contempla sólo la muerte –como consecuencia– sino, también, la dinámica de las amenazas de terminar o no con la vida de las mujeres. En esta situación se dinamizan nuevos vínculos e interrelaciones que puedan dar –de manera visible o no– procesos desfavorables o no desfavorables. No necesariamente todo termina en el feminicidio. Pero tampoco todo finaliza si la muerte no ocurre, ya que la mujer sobreviviente, a menudo, se ve inmersa en un nuevo contexto de vulnerabilidades con actores incluso diferentes a la pareja o expareja.

No podemos quedarnos restringidos en los riesgos que dependen de una cierta casuística y de las asociaciones probabilísticas. Los patrones estructurados de exposición y vulnerabilidad a la violencia machista (teniendo en cuenta la dimensión de la interculturalidad como condición de objetividad–subjetividad) son más abarcativos y nos centran en las diferentes susceptibilidades a la violencia en las mujeres expuestas. Esta mirada desde la vulnerabilidad puede contribuir a potenciar el campo de la intervención. No se está negando la importancia del riesgo y la capacidad de intervención individual en la prevención, pero se debe reconocer que presentan limitaciones, sesgos e incluso desatención en relación a los que presentan probabilísticamente menos riesgo. Desde el enfoque de vulnerabilidad –que es una noción dinámica, multidimensional y con graduaciones– la práctica de la intervención gana en efectividad, operatividad y progresividad (Ayres, J. R. et al. 2006)⁷⁸ al actuar más allá de la reducción del riesgo.

⁷⁸ Págs. 135-161 (J.R. C. M. Ayres et al 2006).

La violencia contra las mujeres en la pareja:

En los últimos seis años (2014–2019) se presentaron un total 295.571 denuncias por violencia de pareja.

La proporción correspondiente a mujeres presenta unas fluctuaciones anuales entre el 87,54% y 85,57%. En promedio, el 86% correspondió a mujeres (254.528).

Por cada hombre que denuncia ser víctima de violencia por parte de su pareja, seis mujeres lo hacen.

La violencia de pareja es mayoritaria y desproporcionadamente dirigida hacia las mujeres y tiene un carácter persistente y sistemático en el tiempo.

Según datos del INMLCF no parece existir un patrón geográfico definido en relación a la VCMP y la incidencia de denuncias.

Tampoco se puede apreciar una relación entre las tasas de incidencia de denuncias y la mortalidad contabilizada (feminicidios íntimos). En los últimos tres años el número de denuncias disminuyen y el número de los feminicidios de pareja presenta una tendencia a incrementar.

Con respecto a la edad, la mayor incidencia de VCMP en este período es de 30 años y la edad promedio anual entre los 25–29 años, seguido de los 20–24 años de edad.

No significa que la gravedad de las lesiones se concentra en estas edades ni que las mujeres de otras edades no viven situaciones graves de violencia machista.

En esta edad adulta–joven se incrementan las condiciones de vulnerabilidad motivadas por interacciones y relaciones que deben ser identificadas para ser intervenidas y transformar.

Las razones, con mayor prevalencia, identificadas por los agresores para ejercer la violencia contra las mujeres fueron la intolerancia, los celos, la desconfianza, la infidelidad y el alcoholismo. Aspectos, todos ellos, que tradicionalmente se han asociado a la noción de riesgo individual y a un incremento de la violencia de género.

La VCMP desde la perspectiva de que es un continuum de violencias que viven las mujeres puede desembocar en una violencia feminicida (incluye los asesinatos de mujeres o los intentos de hacerlo) conllevando en muchos casos a la muerte.

Desde un sentido de complejidad relacional deberá contemplarse un marco más comprensivo de la VCMP –más allá de factores de riesgo– y adentrarse en los patrones estructurados de exposición y vulnerabilidad a la violencia machista que nos centra en observar las diferentes susceptibilidades a la violencia en las mujeres expuestas.

Violencia feminicida en el contexto de los homicidios

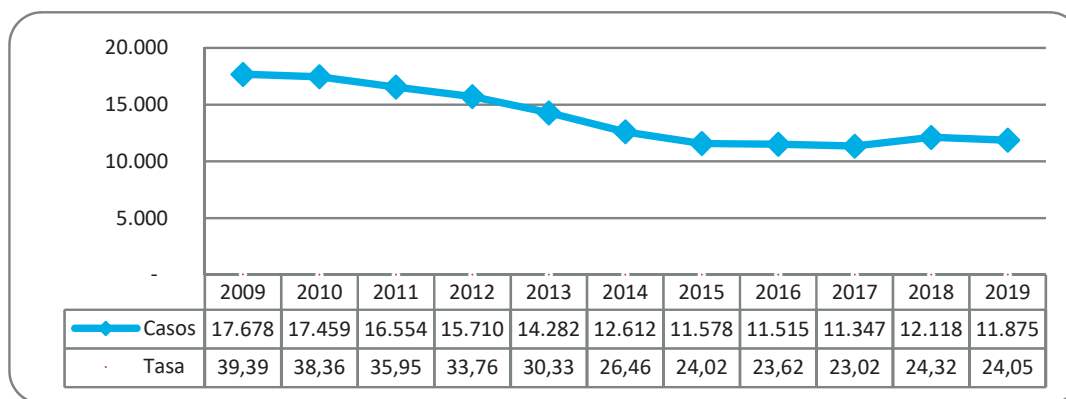
La violencia feminicida, en todas sus variantes, persiste y tiende a estar presente contribuyendo a incrementar la proporción de muertes anticipadas de mujeres de todas las edades, pese al comportamiento oscilante que se observa en los registros oficiales. Las prácticas violentas arraigadas en el país favorecen la violencia extrema hacia las mujeres donde convergen, también, los asesinatos de mujeres por diferentes motivaciones sean por violencia social o comunitaria, violencia sexual, violencia juvenil, violencia criminal por narcotráfico o crimen organizado y/o violencia política.

Independientemente de que el asesinato de las mujeres obedezca a distintas causas de los contextos sociales y políticos, una evidencia es que las mujeres padecen, mayoritariamente, a manos de los hombres. De igual manera, tampoco se pueden descartar como posibles feminicidios los casos de homicidios que, de entrada, no se consideran violencia feminicida. Nada permite asumir que la mentalidad patriarcal y la lógica del dominio masculino operan de modo fragmentario y selectivamente, y no forman parte de los contextos de vulnerabilidad de las diferentes variantes de violencia que determinan la muerte de las mujeres. En estos casos hay un desafío de identificación porque existe la posibilidad de que los homicidios cometidos sean por razones de violencia de género.

Comportamiento y caracterización de los homicidios según sexo

Al respecto, es pertinente visibilizar el comportamiento de los homicidios de las mujeres en el país para contextualizar la dinámica de violencia extrema que padecen las mujeres. De acuerdo con el INMLCF, durante el período 2009 a 2019 el número total de homicidios en el país fue de 101.037. Del total de las víctimas el 91,44% (92.386) correspondieron a hombres mientras el 8,56% fueron mujeres (8.651). Las víctimas más frecuentes de los homicidios son hombres, estando en consonancia, en mayor o menor grado, con la dinámica observada mundialmente, en todos los países. Por cada mujer hay 11 hombres víctimas de homicidios.

Gráfica n° 5
Total homicidios
Período 2009-2019
Nacional

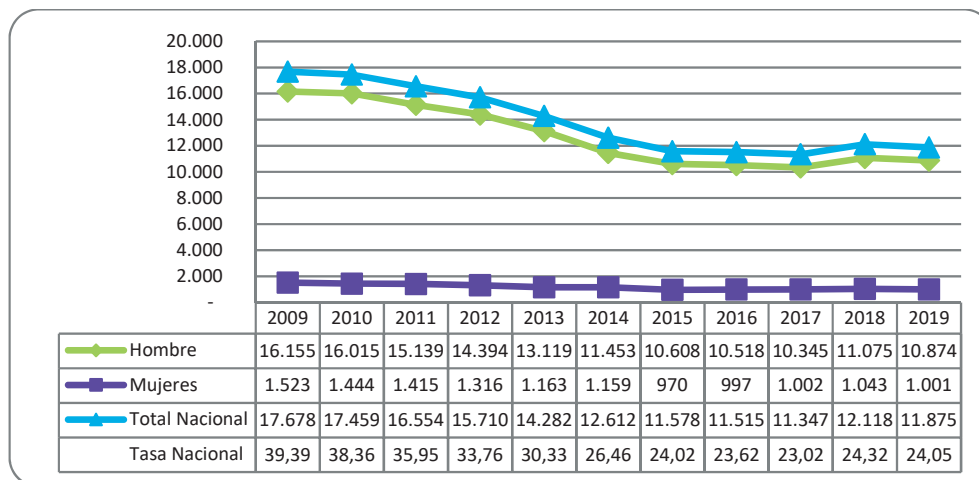


Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Grupo: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. INMLCF, Informes Forenses anuales 2009-2019. INMLCF, Observatorio de Violencia 2015 - 2019. Nota: no se incluyen casos de sexo indeterminado. Cálculos CiDESD.

Desde el año 2010 la trayectoria de los homicidios mantiene en términos absolutos una tendencia al descenso después de un pico en el año 2009 (17.678). Comportamiento que se refleja en una reducción absoluta de 5.803 homicidios durante el período observado y en un significativo descenso de la tasa, pasando de 39,39 casos por cada 100 mil habitantes en 2009 a 24,05 casos por cada 100 mil habitantes en 2019. Significativo descenso en el marco de las conversaciones de paz entre el gobierno y la insurgencia de las FARC-EP iniciadas oficialmente en el año 2012 y con la firma del Acuerdo de Paz en 2016.

En relación al comportamiento de los homicidios según sexo, la distribución de las cifras, en el período observado, indican que los homicidios de hombres presentaron una reducción absoluta de 5.281 casos, mientras que el número de mujeres víctimas mostró una disminución de 522 casos. En los dos últimos años, se observa a nivel general que la tendencia decreciente se detiene y hay un aumento en relación al año 2017 a cargo, en su mayoría, de los homicidios de los hombres. No obstante, el repunte en las mujeres se inicia dos años antes en el año 2016.

Gráfica n° 6
Homicidios total, hombres y mujeres
Período 2009-2019
Nacional



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Grupo: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. INMLCF, Informes Forensis anuales 2009-2019. INMLCF, Observatorio de Violencia 2015 - 2019. Nota: no se incluyen casos de sexo indeterminado. Cálculos CiDESD.

Las tasas de ambos sexos en este período observado muestran la tendencia decreciente, mientras que el comportamiento de la tasa de los hombres se reduce significativamente 27,6 puntos porcentuales pasando de 72,76 por 100 mil (2009) a 45,08 (2019), las mujeres pasan de una tasa de 6,69 por 100 mil a 3,96 mostrando una reducción de 2,7 puntos porcentuales; pero sin marcadas fluctuaciones en los últimos seis años (entre 4,8 y 3,96 anuales)

Gráfica n° 7
Tasas de homicidios según sexo
Período 2009-2019
Nacional



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Grupo: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. INMLCF, Informes Forensis anuales 2009-2019. INMLCF, Observatorio de Violencia 2015 - 2019. Nota: no se incluyen casos de sexo indeterminado. Cálculos CIDESD

En cuanto a la proporción de homicidios de mujeres ocurridos entre 2009 y 2019 con respecto al total ha experimentado unas mínimas fluctuaciones entre 8,14% (valor mínimo en el año 2013) y el valor máximo (9,19%) alcanzado en el año 2014. Prácticamente la proporción de mujeres se mantiene constante. Cualquier incremento no se debe tanto a un aumento significativo de los homicidios de mujeres sino más bien al descenso que experimentan los homicidios de los hombres.

Cabe resaltar observado el comportamiento del total de los homicidios que la tendencia al descenso de estos años no se debe a una reducción del número de mujeres asesinadas en el país. El descenso de homicidios de mujeres (522) representa sobre la reducción total del número de asesinatos apenas un 8,99%. Las tasas de homicidios de las mujeres registradas mantienen, en los últimos seis años, poca variabilidad y las proporciones, a pesar de ligeras variaciones en los últimos cuatro años, son prácticamente similares en relación al pico de homicidios de 2009. Hay desde el 2009 hasta 2015 una disminución sostenida, como en los hombres; luego inicia en 2016 un ligero incremento que se mantiene fluctuando entre 997 y 1.043 casos anuales (un promedio de 1.010 homicidios femeninos anuales entre 2016-2019). Mientras los hombres siguen decreciendo hasta 2018, año en que se tiene repunte de asesinatos en los hombres.

La variabilidad de los comportamientos está en gran parte relacionada con los tipos de violencia. Mientras los tipos de violencia que están asociados a los homicidios de los hombres están estrechamente vinculados con los contextos sociales y políticos, los homicidios de mujeres, si bien están también interrelacionados e incluso se agravan en los contextos de violencia social y política, siguen su propia dinámica al estar presente la violencia de género; violencia que, como comenta-

remos más adelante, mantiene una presencia y un patrón constante más allá de las circunstancias contextuales.

Cuadro n° 3
Homicidios y distribución porcentual según sexo
Período 2009-2019
Nacional

Concepto	Casos			Porcentajes		
	Hombre	Mujeres	Total	Hombre	Mujeres	Total
2009	16.155	1.523	17.678	91,38	8,62	100
2010	16.015	1.444	17.459	91,73	8,27	100
2011	15.139	1.415	16.554	91,45	8,55	100
2012	14.394	1.316	15.710	91,62	8,38	100
2013	13.119	1.163	14.282	91,86	8,14	100
2014	11.453	1.159	12.612	90,81	9,19	100
2015	10.608	970	11.578	91,62	8,38	100
2016	10.518	997	11.515	91,34	8,66	100
2017	10.345	1.002	11.347	91,17	8,83	100
2018	11.075	1.043	12.118	91,39	8,61	100
2019	10.874	1.001	11.875	91,57	8,43	100

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Grupo: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIR-DEC.

INMLCF, Informes Forensis anuales 2009-2019.

INMLCF, Observatorio de Violencia 2015-2019.

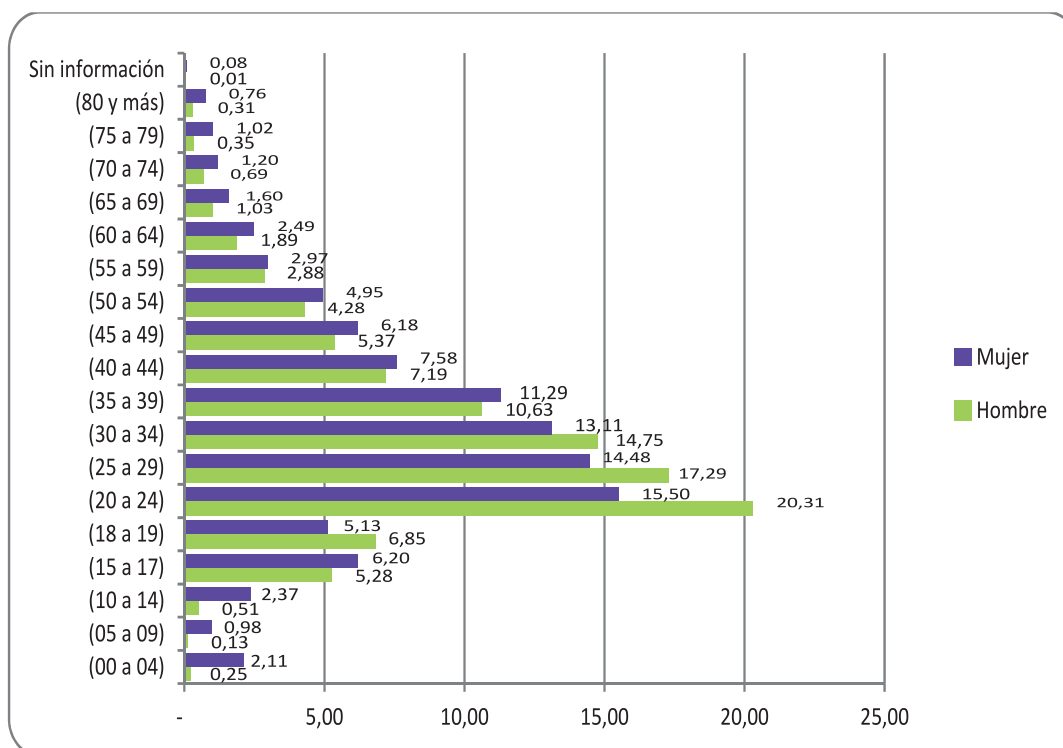
Nota: no se incluyen casos de sexo indeterminado.

Cálculos CiDESD

En cuanto a la edad de las víctimas se observa que los homicidios para ambos sexos se concentran entre los 20 y 39 años de edad. El grupo de edad más vulnerable para los dos sexos es comprendido entre los 20 a 24 años, le sigue el grupo entre los 25 y 29, el tercero es el grupo de los 30 a 34 años y el cuarto grupo es el de las edades entre 35 y 39 años de edad.

Esta población etaria (20-39 años) ha sido durante el período la más afectada y sigue siéndolo. Para las mujeres los datos observados indican que la mayor incidencia de homicidios se concentra en las mujeres jóvenes y adultas comprendidas en las edades reproductivas. Aquí es importante resaltar que no se puede inferir que las mujeres más afectadas de acuerdo a la distribución etaria sufren un mayor número de hechos violentos ni experiencias de agresión con mayor grado de gravedad. Sólo indica que fueron víctimas de la violencia feminicida.

Gráfica n° 8
Homicidios según sexo y edad
Promedio 2015-2019
Nacional



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Grupo: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Observatorio de Violencia 2015 - 2019.
 Nota: no se incluyen casos de sexo indeterminado.
 Cálculos CiDESD.

Atendiendo al presunto agresor es importante destacar que en la identificación de los homicidios el subregistro es alto. Son muchos los homicidios de hombres y mujeres cuya identidad se desconoce. Falta mucha información sobre el vínculo entre las víctimas y sus victimarios. El porcentaje de registros sin datos para esta variable es mayor al 60% de casos. En los homicidios de mujeres la falta de información se establece entre un 50-55%.

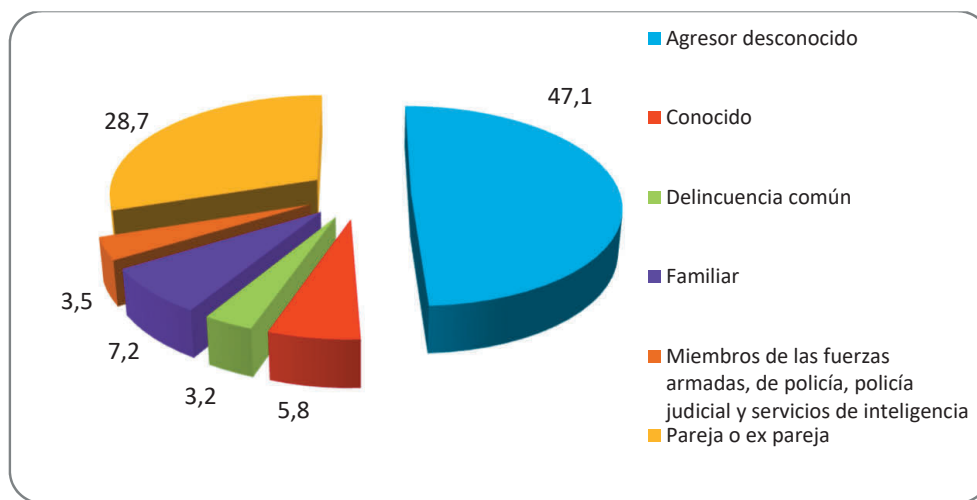
En relación a las categorías del presunto agresor con identidad, la categoría con mayor frecuencia es la de agresor desconocido en ambos sexos (72,2% para hombres y 47,1% para mujeres) manteniéndose a lo largo del período analizado. Sin embargo, hay que resaltar que mientras la gran mayoría de hombres son asesinados por desconocidos (72,2%), en las mujeres el 43% de los presuntos agresores son personas con las que se tiene relación (pareja o expareja, familiares, conocidos, amigos).

Para los hombres al presunto agresor desconocido le siguen el agresor conocido (8,4%); miembros de la Fuerza Pública (4,5%); delincuencia común (3,8%); miembros de grupos alzados al margen de la ley (3,8%) y familiares (2,3%).

En relación a las mujeres después del victimario desconocido, le siguen en segundo lugar la pareja o expareja (28,7%) y a continuación los familiares (7,2%), miembros de la Fuerza Pública (3,5%); agresor conocido (5,8%) y delincuencia común (3,2%). Las diferencias con respecto al agresor son significativas para las mujeres. A las mujeres las matan personas cercanas a ellas y conocidas (pareja o expareja, familiares, conocidxs, amigxs). Si observamos sólo al grupo de los agresores identificados, excluyendo desconocidos y sin información, aproximadamente entre el 68-70% de todas las mujeres víctimas son asesinadas por las personas más cercanas a ellas; y los hogares siguen siendo los lugares menos seguros para las mujeres.

Con respecto a la autoría de los homicidios, cabe señalar que los datos registrados del INMLCF no suministran información directa sobre el sexo del presunto agresor. No se puede constatar ni comparar el grado de participación de cada sexo en la ejecución del total de los homicidios registrados. Sin embargo, considerando los informes internacionales (UNDOC, 2019) alrededor del 90% de los homicidas a nivel global son hombres, siendo los porcentajes similares en todas las regiones y países independientemente de la tipología del homicidio o del arma empleada. En este sentido, los homicidios son un problema de hombres tanto desde la perspectiva de víctimas como de ejecutores. Esta constancia, atendiendo a la elaboración de datos propios estimados a partir de las distintas fuentes oficiales⁷⁹, se observa en el país. La participación de las mujeres en la autoría de los homicidios se puede estimar entre 7-9 por ciento siendo significativamente menor que la de los hombres.

Gráfica n° 9
Homicidios mujeres, según presunto agresor
Promedio 2015-2019
Nacional

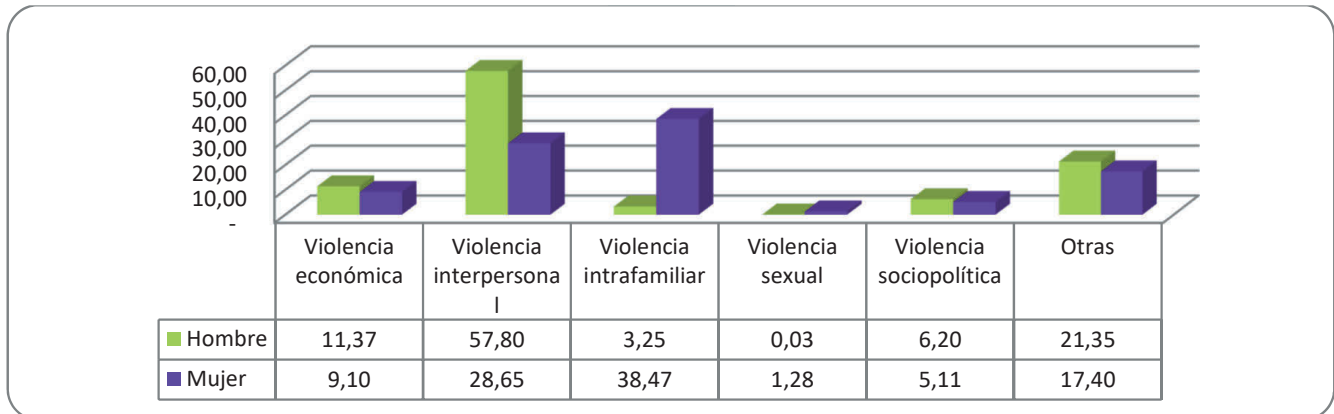


Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Grupo: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Observatorio de Violencia 2015 - 2019.
 Nota: no se incluyen casos de sexo indeterminado, ni casos donde no informan sobre el presunto agresor.
 Cálculos CIDESD

⁷⁹ Analizando las fuentes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; Fiscalía General de la Nación y Policía Nacional (Revista de Criminalidad).

Teniendo en cuenta la variable circunstancia del hecho, en el período 2015-2017, las diferencias entre sexos también son notorias. La violencia intrafamiliar (38,47%) y la violencia sexual (1,28%) representan prácticamente el 40%, mientras la violencia interpersonal es la causante del 28,65% de los homicidios de mujeres. El desagregado para los hombres muestra con mayor incidencia a la violencia interpersonal, representando el 57,8% de los homicidios en los hombres, seguida de la violencia sociopolítica (6,20%) y la violencia económica (11,37%).

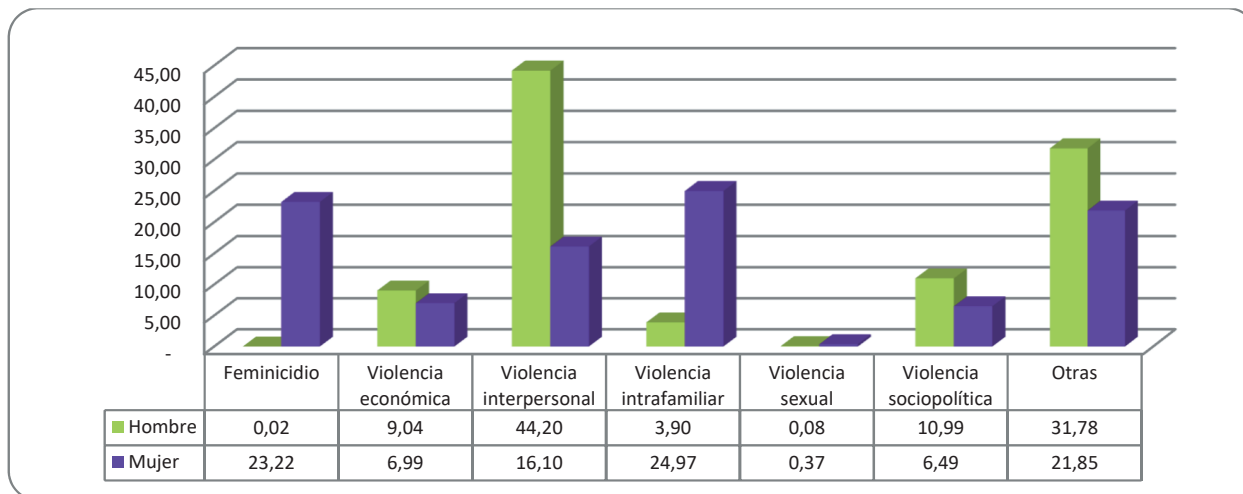
Gráfica n° 10
Homicidios según sexo y circunstancia del hecho
Promedio 2015-2017
Nacional



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Grupo: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Observatorio de Violencia 2015 - 2017.
 Nota: no se incluyen casos de sexo indeterminado, ni casos donde no informan sobre la circunstancia del hecho. Cálculos CiDESD.

Cuando se incorporó la categoría de la violencia feminicida a partir del año 2018 las circunstancias familiares descendieron a un 24,97%, los feminicidios ocuparon el segundo lugar con el 23,22% y la violencia sexual participó con el 0,37%, representando todas tres el 48,56% de las circunstancias más frecuentes de los homicidios de mujeres del período 2018-2019; mientras la violencia interpersonal (relacionada con riñas y disputas interpersonales) sólo alcanzó a ser responsable de un 16,10% de los asesinatos de mujeres, y la violencia política de un 6,49%. En relación a los homicidios de los hombres las proporciones, pese a tener ligeras variaciones mantienen el mismo comportamiento (mientras la violencia interpersonal en un 44,20% y la violencia política con el 10,99% tienen la mayor correlación, la violencia intrafamiliar (3,90%) y la violencia sexual (0,08%) muestran una significativa menor incidencia).

Gráfica n° 11
Homicidios según sexo y circunstancia del hecho
Promedio 2018-2019
Nacional



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Grupo: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Observatorio de Violencia 2015 - 2019.
 Nota: no se incluyen casos de sexo indeterminado, ni casos donde no informan sobre la circunstancia del hecho.
 Nota: el feminicidio se introduce desde el año 2018.
 Cálculos CiDESD.

Como puede observarse, en el comportamiento de las circunstancias en las que se producen los homicidios hay una diferencia de causantes y de escenarios entre hombres y mujeres. Mientras en los hombres la violencia interpersonal (riñas, peleas, disputas, etc.) está presente en la mayoría de los homicidios por encima del 50%, por el contrario en las mujeres la mayor ocurrencia, alrededor de un 45%, se observa en la violencia intrafamiliar, feminicidios y violencia sexual. La violencia relacionada con las riñas y peleas en las mujeres representa entre un 20-25% (la mitad de la ocurrencia en los hombres).

Los problemas familiares y de género (ejercicio del poder) son los que causan más muertes en las mujeres; mientras que las peleas y otras características como vendettas, ajustes de cuentas y las lesiones por embriaguez, que son resultado de la intolerancia, comportamientos violentos (afirmar poder y el control) o tomar la justicia por propia mano sin necesidad de acudir a las autoridades correspondientes (violencia interpersonal), están asociadas con mayor proporción a los homicidios de los hombres.

Así, observando las circunstancias de los hechos, se entiende cómo en la mayoría de los asesinatos de mujeres los responsables no son solo personas conocidas sino que son las más cercanas (familiares); y por el contrario, las personas desconocidas representan la mayoría de los homicidios de los hombres. A las mujeres las matan en su mayoría los familiares. A los hombres los matan más y no saben quién los mata.

El comportamiento del total de homicidios, desde una mirada diferencial de género, muestra unas significativas diferencias que definen la caracterización de los homicidios. A modo de resumen se puede resaltar:

Comportamiento homicidios

- Con las conversaciones de paz el número total de homicidios decrece significativamente en el país reduciéndose la tasa de 39,9 (2009) a 24,05 (2019).
- Las tasas de homicidios en los últimos años decrecen en ambos sexos; pero las tasas de los hombres se reducen más a lo largo del período.
 - El número de mujeres asesinadas se ha reducido, pero la proporción sobre el total de homicidios, prácticamente, no varía (8,5%) a lo largo del período.
 - Si la participación de las mujeres aumenta en el total de los homicidios, es debido, generalmente, a que el porcentaje de asesinatos masculinos ha experimentado un descenso.
 - El grupo de edad más afectado por los homicidios en ambos sexos es aquel entre los 20 y 39 años de edad. En las mujeres esta mayor incidencia etaria en los homicidios se concentra en las mujeres jóvenes y adultas comprendidas en las edades reproductivas.

Homicidios de hombres: los hombres se matan más

La violencia homicida de ambos sexos es perpetrada predominantemente por hombres

- Los hombres aportan mayor número de víctimas.
- La autoría de los homicidios es mayoritariamente de los hombres.
- Los homicidios de los hombres están estrechamente vinculados con las dinámicas de violencia social y política y de las propias conductas agresivas insertas en los distintos escenarios contextuales.
- La violencia interpersonal está asociada con mayor proporción en los homicidios de los hombres. Se sitúa por encima del 50%, mientras la violencia intrafamiliar representa el 20%.
- La mayoría de hombres son asesinados por alguien que ni siquiera conocen. Desconocidos.

Homicidios de mujeres: La violencia contra las mujeres es cosa de hombres

- Las mujeres cometen menos homicidios que los hombres.
- Las mujeres tienen una ligera mayor participación como víctimas que como homicidas.
- Las variantes más comunes de violencia que afectan a las mujeres son la violencia intrafamiliar, de pareja, sexual y feminicidio. Representan el 50% del total de casos, mientras la violencia interpersonal se sitúa en el 21%.
- Los homicidios de las mujeres mantienen una constancia en el tiempo más allá de los escenarios contextuales de violencia social y política al estar en su mayoría basados en la violencia de género; violencia que tiene un comportamiento permanente en el tiempo y, si bien está permeabilizada por los contextos e incluso agravada, no depende de ellos para que se exprese en sus distintos grados de agresividad.
- La mayoría de mujeres son asesinadas por personas cercanas y conocidas.
- La violencia intrafamiliar es la que causa más muertes en las mujeres. Alrededor del 65% de mujeres fueron asesinadas por su pareja o expareja o familiares.
- Más del 70% de todas las mujeres víctimas son asesinadas por las personas más cercanas y conocidas a ellas (amigos/conocidos/familiares/pareja o expareja).

Homicidios de mujeres y feminicidios

En Colombia, mediante la Ley 1761 de 2015 se creó el tipo penal de feminicidio⁸⁰ que lo define como el asesinato de una mujer por su condición de mujer o por motivos de su identidad de género. Este tipo penal será agravado cuando sea cometido por un servidor público, la víctima sea menor de 18 años o mayor de 60, sea cometido por varias personas, le anteceda una agresión sexual o sea perpetrada por la pareja o expareja de la víctima⁸¹.

Desde entonces, la Fiscalía General de la Nación es la encargada de tipificar el delito y es el Sistema Integrado⁸² de información de violencias de género que se encarga de producir las estadísticas sobre los casos. Los registros del Observatorio Nacional de Violencias (ONV) nos permiten complementar el panorama descriptivo estadístico atendiendo a los feminicidios relacionados con la VCMP. En el Sistema integrado de información de violencias de género SIVIGE⁸³ se registraron en el período 2015-2019 un total de 245.220 casos de violencia de pareja donde en promedio el 86,2% corresponden a mujeres (211.380). En relación a los “homicidios efectuados por pareja o expareja”, en el período 2015-2019, se tipificaron 823 donde en promedio el 79,29% (652) fueron feminicidios. Mujeres asesinadas por sus esposos, compañeros o expareja. Por cada hombre asesinado por su pareja son asesinadas 4 mujeres.

⁸⁰ La Ley 1761 de 2015 a través de su artículo 2, agregó al Código Penal Colombiano, Ley 599 de 2000, en el libro segundo, título 1, “Delitos contra la vida y la integridad personal”, el artículo 104A, que señala: Feminicidio. Quien causare la muerte a una mujer, por su condición de ser mujer o por motivos de su identidad de género o en donde haya concurrido o antecedido cualquiera de las siguientes circunstancias, incurrirá en prisión de doscientos cincuenta (250) meses a quinientos (500) meses. a) Tener o haber tenido una relación familiar, íntima o de convivencia con la víctima, de amistad, de compañerismo o de trabajo y ser perpetrador de un ciclo de violencia física, sexual, psicológica o patrimonial que antecedió el crimen contra ella. b) Ejercer sobre el cuerpo y la vida de la mujer actos de instrumentalización de género o sexual o acciones de opresión y dominio sobre sus decisiones vitales y su sexualidad. c) Cometer el delito en aprovechamiento de las relaciones de poder ejercidas sobre la mujer, expresado en la jerarquización personal, económica, sexual, militar, política o sociocultural. d) Cometer el delito para generar terror o humillación a quien se considere enemigo e) Que existan antecedentes o indicios de cualquier tipo de violencia o amenaza en el ámbito doméstico, familiar, laboral o escolar por parte del sujeto activo en contra de la víctima o de violencia de género cometida por el autor contra la víctima, independientemente de que el hecho haya sido denunciado o no. f) Que la víctima haya sido incomunicada o privada de su libertad de locomoción, cualquiera que sea el tiempo previo a la muerte de aquella.

⁸¹ El artículo 3 de la Ley 1761 de 2015 estableció como circunstancias de agravación las siguientes: “Artículo 3. La Ley 599 de 2000 tendrá un artículo 104B del siguiente tenor: Artículo 104B. Circunstancias de agravación punitiva del feminicidio. La pena será de quinientos (500) meses a seiscientos (600) meses de prisión, si el feminicidio se cometiere: a) Cuando el autor tenga la calidad de servidor público y desarrolle la conducta punible aprovechándose de esta calidad. b) Cuando la conducta punible se cometiere en mujer menor de dieciocho (18) años o mayor de sesenta (60) o mujer en estado de embarazo. c) Cuando la conducta se cometiere con el concurso de otra u otras personas. d) Cuando se cometiere en una mujer en situación de discapacidad física, psíquica o sensorial o desplazamiento forzado, condición socioeconómica o por prejuicios relacionados con la condición étnica o la orientación sexual. e) Cuando la conducta punible fuere cometida en presencia de cualquier persona que integre la unidad doméstica de la víctima. f) Cuando se cometa el delito con posterioridad a una agresión sexual, a la realización de rituales, actos de mutilación genital o cualquier otro tipo de agresión o sufrimiento físico o psicológico. g) Por medio de las circunstancias de agravación punitiva descritas en los numerales 1, 3, 5, 6, 7 y 8 del artículo 104 de este Código”.

⁸² El Grupo técnico coordinador está conformado por: Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

⁸³ SIVIGE es el Sistema integrado de información de violencias de género. Es una herramienta de gestión del conocimiento que permite identificar, comprender y visibilizar la naturaleza, la magnitud, las tendencias, los factores de riesgo y de protección, así como las consecuencias de estas violencias, paso fundamental para que las políticas y programas estén basados en evidencia.

El Observatorio Nacional de Violencias (ONV) espacio intersectorial dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de fomentar la generación, recopilación, análisis y difusión de información sobre las violencias de género y su abordaje integral en el territorio nacional. El Grupo técnico coordinador está conformado por: Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

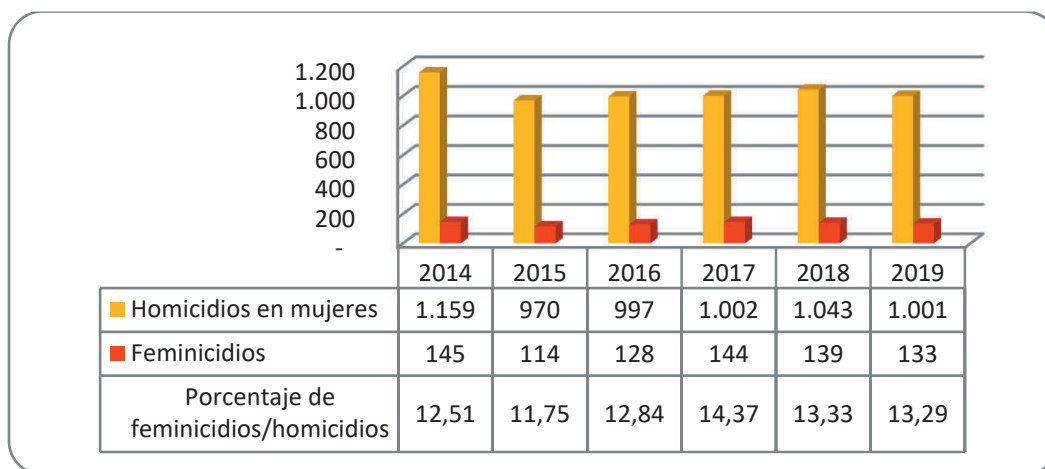
Cuadro n° 4
Homicidios cometidos por la Pareja o Expareja
Período 2014 - 2019
Nacional INMLCF

Concepto	2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Hombre	15*	9,38	31	21,38	44	25,58	38	20,88	32	18,71	26	16,35
Mujer	145	90,62	114	78,62	128	74,42	144	79,12	139	81,29	133	83,65
Total	160	100	145	100	172	100	182	100	171	100	159	100

Fuente: Observatorio Nacional de Violencias (ONV). Sistema integrado de información de violencias de género SIVIGE. Informe Evaluación de la aplicación del protocolo de valoración del riesgo feminicida (2014-2017). Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. ONU Mujeres, 2019.
 *Instituto Nacional de Medicina Legal, Forensis 2014.
 INMLCF, Observatorio de Violencia 2015 - 2019.
 Cálculos CiDESD.

En este mismo sentido, en el período 2014-2019, del total de homicidios de mujeres (6.172) el 13,0% fueron catalogados de feminicidios (803). Así, la violencia feminicida tiene una participación muy reducida en los registros oficiales. Los feminicidios registrados son solo aquellos que se catalogan como asesinato cometido por un hombre con quien la víctima tenía o había tenido una relación o vínculo íntimo (feminicidio íntimo: homicidios de pareja o expareja).

Gráfica n° 12
Homicidios en mujeres vs Feminicidios Intimos
Período 2014 -2019
Nacional INMLCF



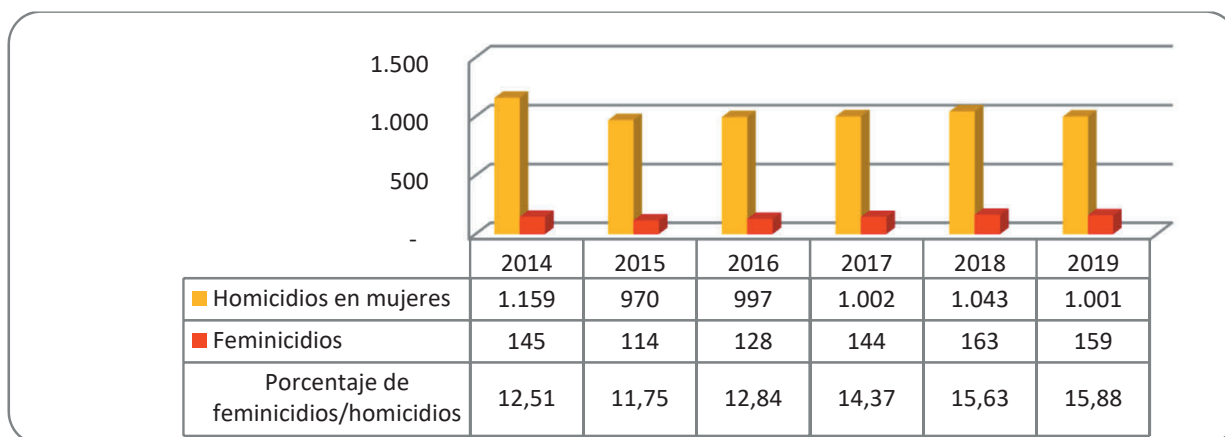
Fuente: Observatorio Nacional de Violencias (ONV). Sistema integrado de información de violencias de género SIVIGE. Informe Evaluación de la aplicación del protocolo de valoración del riesgo feminicida (2014-2017). Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. ONU Mujeres, 2019.
 *Instituto Nacional de Medicina Legal, Forensis 2014.
 INMLCF, Observatorio de Violencia 2015 - 2019.
 Cálculos CiDESD.

A partir del año 2018, el INMLCF introduce la categoría feminicidio, como una variable más a tener en cuenta en las “circunstancias del hecho” relacionadas con el homicidio según sexo. Pese a la incorporación de la categoría feminicidio en los últimos años no se observa un mejor registro de las muertes de mujeres por razones de género. Asimismo, si se considera el Protocolo Latinoamericano

donde se identifican y explican varias modalidades⁸⁴, las calificaciones existentes de acuerdo a los contextos de los hechos (feminicidio, interpersonal, intrafamiliar, sexual, sociopolítico, económico, etc.) invisibilizan, a primera vista, los feminicidios. No se puede descartar que aquellos homicidios catalogados por otras variantes de violencias no sean feminicidios. Tampoco se puede catalogar con precisión a qué tipo o modalidad corresponde el feminicidio registrado.

Atendiendo a la incorporación de la categoría feminicidio en el año 2018 y 2019, el total de feminicidios se incrementa en el período 2014-2019 pasando de 823 a un total de 853, representando los feminicidios un 13,82% del total de homicidios de mujeres.

Gráfica n° 13
Homicidios en mujeres vs Feminicidios
Período 2014 -2019
Nacional INMLCF



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Grupo: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Observatorio de Violencia 2015 - 2019.

Feminicidio año 2014: Informe Evaluación de la aplicación del protocolo de valoración del riesgo feminicida (2014-2017). Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. ONU Mujeres, 2019.

Feminicidio años 2015-2019: INMLCF, Observatorio de Violencia, junio 2020

Nota: no se incluyen casos de sexo indeterminado.

Cálculos CiDESD.

⁸⁴ Modelo de protocolo latinoamericano de investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (femicidio/feminicidio) OACNUDH y ONU Mujeres. Se presenta una clasificación y explicación de modalidades de feminicidios:

Íntimo. Es la muerte de una mujer cometida por un hombre con quien la víctima tenía o había tenido una relación o vínculo íntimo: marido, exmarido, compañero, novio, exnovio o amante, persona con quien se procreó un niño o una niña. Se incluye el supuesto del amigo que asesina a una mujer –amiga o conocida– que rechazó entablar una relación íntima (sentimental o sexual) con este.

No íntimo. Es la muerte de una mujer cometida por un hombre desconocido con quien la víctima no tenía ningún tipo de relación. Por ejemplo, una agresión sexual que culmina en el asesinato de una mujer a manos de un extraño. También se considera el caso del vecino que mata a su vecina sin que existiera entre ambos algún tipo de relación o vínculo.

Infantil. Es la muerte de una niña menor de 14 años de edad cometido por un hombre en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder que le otorga su situación adulta sobre la minoría de edad de la niña.

Familiar. Es la muerte de una mujer en el contexto de una relación de parentesco entre la víctima y el victimario. El parentesco puede ser por consanguinidad, afinidad o adopción

Por conexión. Hace referencia al caso de la muerte de una mujer “en la línea de fuego” por parte de un hombre en el mismo lugar en el que mata o intenta matar a otra mujer. Puede tratarse de una amiga, una pariente de la víctima, madre, hija, o de una mujer extraña que se encontraba en el mismo escenario donde el victimario atacó a la víctima.

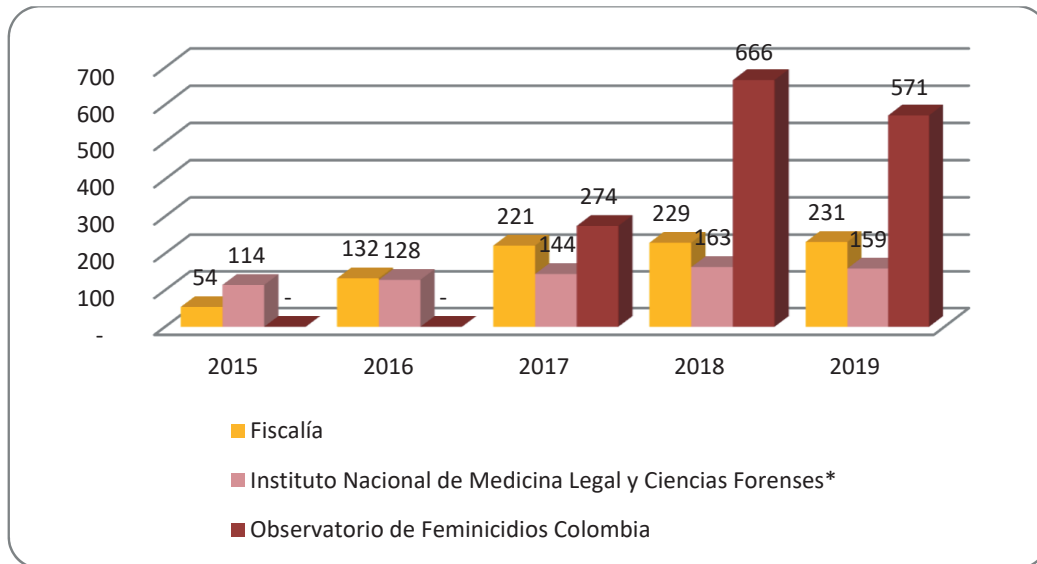
Sexual sistémico. Es la muerte de mujeres que son previamente secuestradas, torturadas y/o violadas.

Otras. Por prostitución o por ocupaciones estigmatizadas. Por trata.. Por tráfico.. Transfóbico.. Lesbófóbico.. Racista. Por mutilación genital femenina.

Los feminicidios y otras fuentes

Tal como hemos comentado, el número real de feminicidios muy probablemente sea mayor que el que se reporta. En este sentido, con el fin de ampliar la información, se observaron otras fuentes. Para este mismo período, los registros de la Fiscalía reportan 867 feminicidios. Por otro lado, el Observatorio de Feminicidios Colombia de la Red Feminista Antimilitarista que empezó a cubrir todo el territorio nacional a partir de julio de 2017 reporta en sus informes 1.511 feminicidios entre el mes de julio de 2017 a diciembre del 2019 (OFC,2020)⁸⁵. Según estas fuentes los feminicidios registrados aumentarían y representarían de acuerdo con la Fiscalía el 14,4% del total de homicidios de las mujeres y según el Observatorio de Feminicidios Colombia la proporción aumentaría a 24,48% sobre el total de mujeres asesinadas

Gráfica n° 14
Feminicidios según Fiscalía, INMLCF y Observatorio Feminicidios
Período 2015 -2019
Nacional

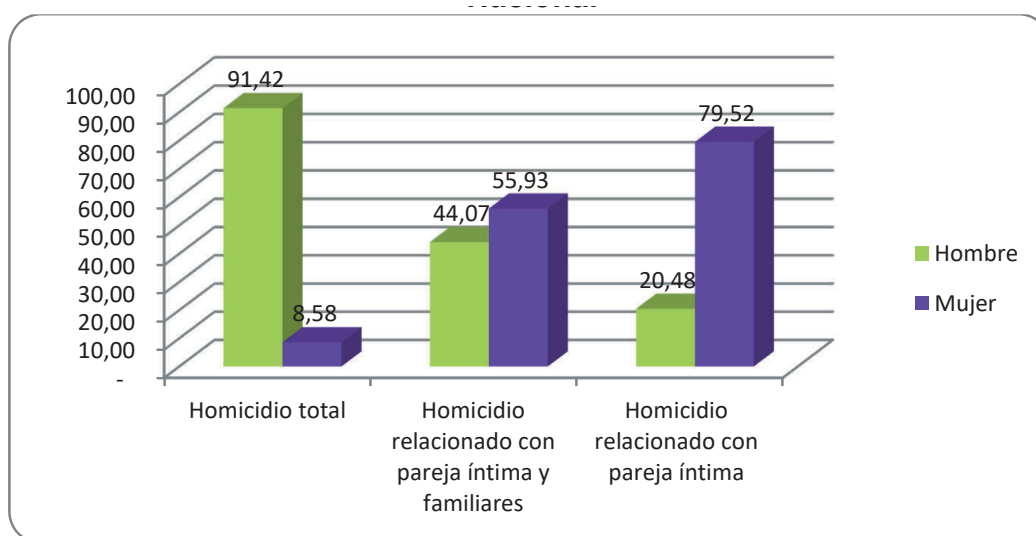


Fuente: Fiscalía: Observatorio Nacional de Violencias (ONV). Sistema integrado de información de violencias de género SIVIGE. 2015-2019. Observatorio de Feminicidios Colombia.
 *INMLCF: Observatorio de Violencia 2015-2019.
 Nota: no se incluyen casos de sexo indeterminado.
 Cálculos CiDESD.

⁸⁵ Desde que el Observatorio de Feminicidios Colombia de la Red Feminista Antimilitarista empezó a cubrir todo el territorio nacional en sus informes (julio de 2017) a diciembre del 2020, ha registrado 2.140 feminicidios. 274 de julio a diciembre de 2017, 666 en 2018, 571 en 2019 y 629 en 2020, un año en el que estuvimos más tiempo encerradas en nuestras casas que en las calles. Septiembre de 2020 ha sido el mes con mayor cantidad de feminicidios desde que se empezó el registro: 86 feminicidios, casi tres diarios. 2.140 mujeres, 2.140 historias. Véase <https://www.vice.com/es/article/93wzpz/mas-muertas-que-dias-que-pasa-con-los-feminicidios-en-colombia>.

Realizando un ejercicio estimativo, si se tiene en cuenta únicamente los homicidios de mujeres en los que se conocen las características y circunstancias en las que ocurrieron los hechos (agresor, lugar, relación, forma de muerte) y se excluyen aquellos que no disponen de información, el porcentaje de posibles feminicidios se sitúa entre el 50-68% de los homicidios de mujeres. En este sentido, hay que tener en cuenta que solo los homicidios de mujeres por pareja u otros familiares (feminicidio íntimo/ feminicidio familiar) asciende de manera estimada en los últimos cinco años a 67,90%. Las cifras estimadas son significativamente altas y las estadísticas se quedan cortas y ocultan la realidad; pero estarían acorde con el panorama mundial y de la Región. En el año 2017 el 58% del total de los homicidios de mujeres en el mundo fueron asesinadas por pareja íntima u otros miembros de la familia (UNODC 2019).

Gráfica n° 15
Homicidios según sexo y agresor
Promedio 2015 -2019
Nacional INMLCF

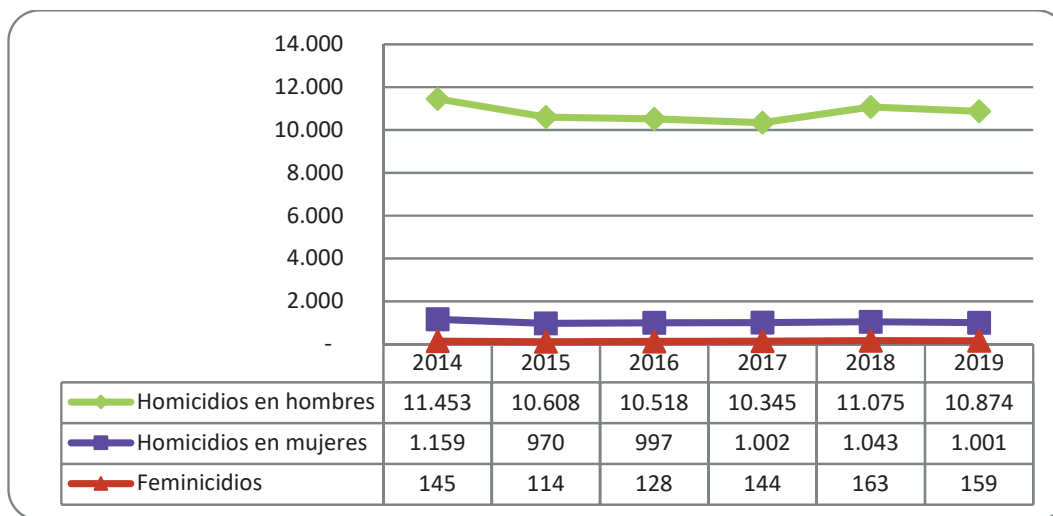


Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Grupo: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Observatorio de Violencia 2015 - 2019.
 Nota: no se incluyen casos de sexo indeterminado.
 Cálculos CiDESD.

Comportamiento de los feminicidios

En relación al comportamiento de los feminicidios se hace difícil precisar la dinámica del fenómeno en el tiempo por la limitada información. Sin embargo, con la información que se dispone y realizamos una observación comparativa, en el período estudiado, se puede constatar que el fenómeno de los feminicidios no se comporta igual que el resto de los homicidios. Mientras los datos registran un pronunciado descenso del total de los homicidios y, especialmente, de los homicidios de los hombres, el comportamiento del número de feminicidios es más bien estable (sin muchas oscilaciones) en el tiempo e incluso tiende a un ligero incremento en los últimos años. Por el contrario, el número de homicidios de mujeres –sin feminicidios– define una trayectoria más similar a los homicidios de los hombres aunque sin tantas pronunciadas fluctuaciones y con ligeras diferencias.

Gráfica n° 16
Homicidios según sexo y feminicidios
Período 2014 -2019
Nacional INMLCF

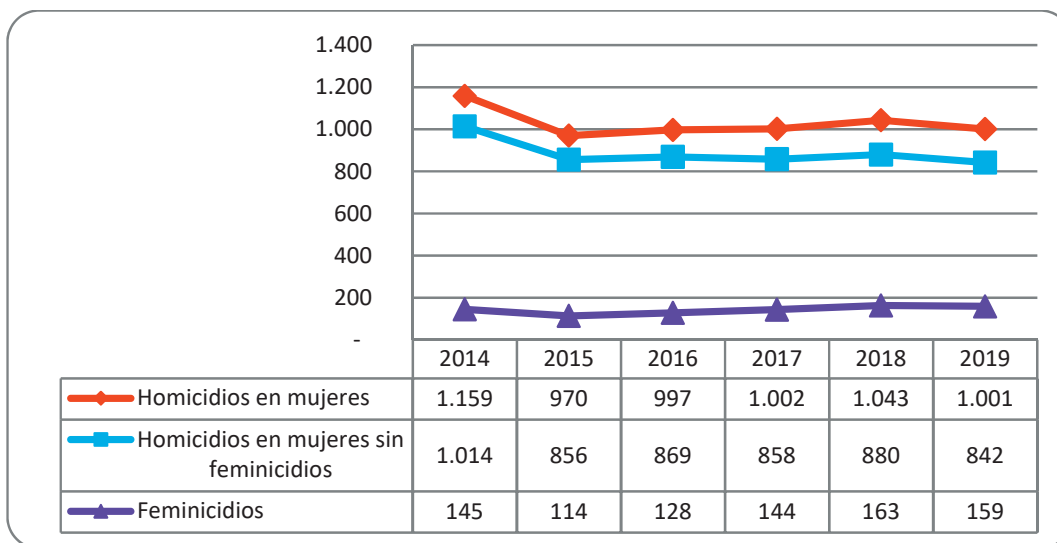


Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Grupo: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Observatorio de Violencia 2015 - 2019.
 Femicidio año 2014: Informe Evaluación de la aplicación del protocolo de valoración del riesgo feminicida (2014-2017). Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. ONU Mujeres, 2019.
 Femicidio años 2015-2019: INMLCF, Observatorio de Violencia.
 Nota: no se incluyen casos de sexo indeterminado.
 Cálculos CiDESD.

Atendiendo a los datos, mientras el número de casos de feminicidios registrados tienden a la estabilidad durante los cinco últimos años, el número de los homicidios de mujeres –excepto feminicidios– sigue el perfil del comportamiento nacional con una tendencia decreciente a partir de 2010 hasta 2016 y repuntando en 2018 y 2019. En los feminicidios no se observa en su comportamiento una correlación con la evolución de los homicidios en general ni de los homicidios de mujeres.

Así observando el comportamiento de los feminicidios, a través del tiempo, se muestra una dinámica específica caracterizada por la constancia. Se pone de manifiesto que no siguen la misma trayectoria que los demás homicidios. Lo que deberá permitir entender, al menos, que hay que diferenciar el feminicidio del homicidio. Por la exposición es específica, permanente, no aislada y no puede reducirse a un orden biológico-individual. Si estos asesinatos de las mujeres por razón de su género son un indicador de la violencia por la inequidad de género, esta violencia –si bien, está inserta en los escenarios contextuales (sociales, económicos, políticos, etc.), que la pueden agravar o acentuar– mantiene una permanencia en el tiempo independientemente de los vaivenes contextuales. Su determinación y situaciones de vulnerabilidad que se configuran, no pueden ser explicadas solamente con las razones que sustentan las dinámicas de violencia en general sean por riñas, robos, criminalidad, conflictos políticos o armados, etc.

Gráfica n° 17
Homicidios de mujeres y feminicidios
Período 2014 -2019
Nacional



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Grupo: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Feminicidio año 2014: Informe Evaluación de la aplicación del protocolo de valoración del riesgo feminicida (2014-2017). Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. ONU Mujeres, 2019. Feminicidio años 2015-2019: INMLCF, Observatorio de Violencia.
 Nota: no se incluyen casos de sexo indeterminado.
 Cálculos CIDESD.

Feminicidios íntimos

El distinto alcance de la violencia que los hombres ejercen sobre las mujeres es difícil de identificar y precisar con los registros oficiales existentes, ya que la información más detallada corresponde acerca de los feminicidios íntimos⁸⁶. En términos generales, si tenemos en cuenta las dificultades que subyacen para la recopilación de información en el caso del total de los homicidios y, particularmente, en todo lo concerniente con la identificación y caracterización del agresor (un gran porcentaje sin información y otros tanto se catalogan como desconocidos); las limitaciones se agudizan para la investigación, tipificación y clasificación de los feminicidios⁸⁷.

No obstante, pese a los subregistros importantes en relación a los distintos tipos de feminicidios, algunos datos permiten obtener información general sobre los feminicidios íntimos ocurridos y aproximarse a una mejor comprensión del fenómeno. De acuerdo con la información suministrada por el

⁸⁶ Feminicidio íntimo es el asesinato de una mujer cometido por un hombre con quien la víctima tenía o había tenido una relación o vínculo íntimo. Incluye las parejas actuales y las ex parejas, y cualquiera de los tipos de relación de pareja: noviazgo, compañeros permanentes, cónyuges y amantes.

⁸⁷ Los tipos de feminicidios: feminicidio íntimo, no íntimo y feminicidio por conexión, en concordancia con los que clasificó Diana Russell. Pero el feminicidio se expresa de muy diversas maneras, configurando diversos tipos; además de los citados estarían entre otros: familiar, infantil, sexual, sexual sistémico, transfóbico, lesbofóbico, racista, ocupaciones estigmatizadas, crimen organizado, crimen de lesa humanidad o crimen de guerra.

INMLCF en 224 municipios del país⁸⁸, entre 2014 y 2017, se registraron 531 feminicidios en donde el agresor fue la pareja o expareja de la víctima y entre algunas características se pueden señalar (INMLCF/ONUMUJERES 2019)⁸⁹:

- Los feminicidios íntimos⁹⁰ fueron 531. Un 12,86% del total de casos asesinatos de mujeres registrados en el período 2014–2017.
- El 59,1% de los feminicidios fueron ejecutados en la casa de la víctima, mientras que el resto en la calle o en lugares públicos. En segundo orden, se encuentra la vía pública⁹¹ (18,1%) y el tercer lugar (7,3%) lo ocupan los establecimientos⁹². Un 6,8% de los feminicidios ocurre en espacios al aire libre⁹³.
- A su vez, el 43,7% de los feminicidios fueron ocasionados con armas cortopunzantes (incluye punzantes y cortantes), el 30,5% con armas de fuego, el 10,9% de los casos la muerte fue producida por asfixia, mientras que el 7,7% por golpes y el 6% con un arma corto–contundente.
- Considerando la distribución del tipo de arma utilizada según el sitio en el que ocurrió el feminicidio, se encuentra que en la vivienda son más frecuentes los feminicidios por asfixia (67,2%), arma corto–contundente (62,5%), arma de fuego (62,3%), arma cortopunzante (57,3%), golpe (46,3%) y otras (33,3%).
- En la vía pública son más frecuentes los feminicidios con otros mecanismos (33,3%), arma cortopunzante (21,1% y arma de fuego (20,4%). En los establecimientos, el mayor porcentaje de feminicidios es por asfixia (17,2%) mientras que en los espacios al aire libre son más comunes los feminicidios por golpe (22%).
- Las detonantes asociadas a los feminicidios, los celos, las acusaciones de infidelidad, el consumo de alcohol, los intentos de las mujeres de ejercer su autonomía (no querer relaciones sexuales en ese momento, tomar decisiones, tener una nueva pareja, etc.), y la conducta autoritaria desmedida del agresor son los factores que en la mayoría de los casos detonan la violencia.

Pero lo más inaceptable, escandaloso y dramático es que algunas de estas mujeres víctimas de severo sufrimiento y lesiones por la violencia ejercida contra ellas terminan siendo asesinadas por sus esposos, compañeros o expareja, a pesar de buscar y solicitar ayuda. De acuerdo con la información del propio INMLCF (INMLCF/ONUMUJERES 2019)⁹⁴ es de resaltar que de las 531 víctimas de feminicidio del período estudiado, 188 mujeres habían pasado previamente por los servicios forenses del INMLCF a una valoración médico–legal por violencia de pareja, por orden de una autoridad competente, es decir al menos una de cada tres mujeres (el 35,4%) había buscado protección y justicia. Según el Informe, de todas ellas, a 14 mujeres se les aplicó el Protocolo de valoración del riesgo. Once (11) quedaron clasificadas en riesgo extremo, una (1) en riesgo grave, otra (1) en riesgo moderado y una (1) en riesgo variable.

⁸⁸ Colombia tiene 1123 municipios, en 2020.

⁸⁹ Pág. 20-21. (INMLCF/ONUMUJERES 2019).

⁹⁰ Incluye compañero, excompañero (por unión marital de hecho), esposo, exesposo, novio, exnovio, amante y examante (en adelante pareja o expareja).

⁹¹ En esta categoría se agrupan los ítems: andén, puente peatonal, paradero de transporte público, zona verde.

⁹² En esta categoría se agrupan los ítems: establecimientos comerciales, lugares de hospedaje, instituciones de salud, oficinas y centros de reclusión.

⁹³ En esta categoría se agrupan los ítems: áreas o establecimientos deportivos, espacios terrestres al aire libre (bosque, potrero, playa), finca, granja, hacienda.

⁹⁴ Pág. 21 (INMLCF/ONUMUJERES 2019).

Como puede observarse, tanto las distintas fuentes oficiales como las de las organizaciones feministas presentan significativas discrepancias en los datos sobre ocurrencia de feminicidios y se tienen serias limitaciones para disponer de un panorama preciso, completo y fidedigno sobre los feminicidios. Hoy por hoy, la identificación total de todos los homicidios de mujeres no permite establecer con certeza cuáles son feminicidios y cuáles no. Con los registros que se utilizan en relación a las posibles causas de los homicidios (celos, alcoholismo, acusaciones de infidelidad, etc.) no se puede llegar a una identificación total de todos los feminicidios de mujeres. En consecuencia, asistimos a un importante ocultamiento del fenómeno. Asimismo, se invisibiliza el carácter de la violencia contra las mujeres por el género y la relación desigual de poder que conduce, en definitiva, a severos daños para la salud y vidas perdidas.

Hasta la fecha, ni la visibilización estadística ni la tipificación del delito han sido suficientes para mostrar la real dimensión y magnitud del fenómeno. La vida cotidiana de las mujeres transcurre en riesgo y puede terminar, en muchos casos, en una violencia mortal ya que la muerte de mujeres, por el hecho de ser mujeres, principalmente a manos de sus parejas es un hecho cotidiano. Sin embargo, es conveniente señalar que si bien, normalmente, el feminicidio es precedido por reiteradas experiencias de violencia y escalada de agresiones esto no significa que exista un gradiente lineal de gravedad para terminar en la muerte. Tampoco el ser asesinada es resultado de ser una mujer afectada por múltiples factores de riesgo. La desigualdad de género profundamente ligada a una violencia feminicida no es la suma de las partes por bien razonadas que sean para corregir el problema.

Prevención individualizada de la violencia y la muerte

La tendencia de la violencia de pareja, –a pesar de los ocultamientos, silencios y amplios subregistros– demuestra que es una problemática compleja “in crescendo” en Colombia, y en la mayor parte de los países. Asimismo se evidencia que la gravedad de las agresiones exponen con frecuencia a las mujeres a unas situaciones determinantes de vulnerabilidad que dan lugar a un aumento de posibilidades de feminicidio.

Ante la realidad, un gran número de mujeres viven estas situaciones de violencia cotidiana y de amenaza real de muerte, como se afirmó, sus vidas transcurren en riesgo y se hace necesaria e imperativa la vigilancia de la salud de las mujeres para prevenir o vigilar la exposición a agravios y acciones violentas que pueden terminar con la muerte. En este orden de ideas las acciones de prevención–protección–atención y acción oportuna de la institucionalidad son primordiales; y la intervención preventiva en la VCMP adquiere relevancia y se sitúa como una estrategia esencial para reducir dicha violencia. Una de las formas más reconocida y utilizada para prevenir es la predicción de la violencia futura con la finalidad de intervenir y proteger eficazmente a la víctima evitando nuevas agresiones incluida la muerte.

Las técnicas de Valoración del Riesgo de Violencia se han incorporado en la estrategia de prevención y constituyen en este momento uno de los procedimientos más utilizado para predecir y tratar, a niveles individuales, la violencia y evitar su continuidad o la muerte. Todo el conjunto de técnicas existentes tienen como base un conjunto de factores de riesgo identificados previamente⁹⁵ y la estimación de la probabilidad de que los hechos violentos sucedan con la finalidad de adoptar, como subrayan Andrés–Pueyo y E. Echeburúa (2010), medidas de protección específicas e individualizadas a las víctimas de violencia de pareja. Asimismo, cabe recordar, como resalta el mismo E. Echeburúa/et al., que la evaluación del riesgo no busca medir un constructo psicológico o una disposición interna, sino estimar la probabilidad de una conducta violenta.

La valoración del riesgo de la VCMP se ha ido implementado en distintos campos como el de la salud, forense, jurídico, policial, etc. como en un procedimiento indispensable para la predicción y prevención de las violencias. Para ello existen diversas guías protocolarias con distintos énfasis (E. Echeburúa et al. 2010)⁹⁶ que son utilizadas en distintos países y se aplican de acuerdo a los diferentes tipos de violencias. Al respecto, Andrés–Pueyo nos recuerda que una primera lección de las técnicas de valoración del riesgo de violencia dice que no se puede predecir, en general, el riesgo de

⁹⁵ Según Antonio Andrés-Pueyo, la valoración del riesgo amplía las posibilidades de intervención porque permite ajustar los procedimientos de control y minimización del riesgo a los niveles individuales y contextuales del mismo con lo que se generan muchas posibilidades de intervención proporcionadas al pronóstico más probable. En la valoración y estudio del riesgo, en nuestro caso el riesgo de violencia, las causas han dejado paso a los factores de riesgo. Las predicciones se van a realizar atendiendo a la identificación pasada de factores de riesgo que incrementaron o fueron los responsables de la toma de decisiones previa a la conducta violenta y a la generalización hacia el futuro de estos (u otros) factores de riesgo que estén presentes en el futuro probable del sujeto sobre el cual predecimos su comportamiento futuro. Véase artículo Evaluación del Riesgo de Violencia 2007 (Andrés-Pueyo 2007).

⁹⁶ En los últimos años han surgido diversas escalas orientadas a predecir el riesgo de violencia contra la pareja, tales como el Danger Assessment Tool (DA) (Campbell, 1995), la Femicide Scale (Kerry, 1998), la Spousal Assault Risk Appraisal Guide (SARA) (Kropp, Hart, Webster y Eaves, 1999) o la Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA) (Hilton et al., 2004). Estas escalas se han desarrollado en Estados Unidos o Canadá y no están validadas en la población española, a excepción de la SARA (Andrés Pueyo, López y Álvarez, 2008). Por ello, se diseñó una escala específica heteroaplicada (Escala de Predicción de Riesgo de Violencia contra la Pareja) (EPV) (Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral y López-Goñi, 2009) que intenta ser un reflejo de la situación cultural existente en Europa (en donde, por ejemplo, el uso de armas o el contexto de la familia son diferentes que en Norteamérica). E. Echeburúa et col. (2010).

“cualquier” tipo de violencia a partir de los mismos predictores, sino que cada tipo de violencia tiene sus factores de riesgo y de protección particulares y, por tanto, debemos adecuar los procedimientos genéricos de predicción de riesgo de violencia al tipo concreto de violencia a predecir (Andrés-Pueyo, 2007).

Valoración del riesgo de violencia mortal en Colombia

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) reconociendo la problemática que viven las mujeres en relación a la VCMF elaboró el Protocolo de valoración del riesgo de violencia mortal contra mujeres por parte de la pareja o expareja (INMLCF, 2014). De las técnicas existentes se seleccionó la escala Danger Assessment Tool (DA) (JC Campbell, 1985)⁹⁷. Con esta herramienta se tiene el Objetivo de *Valorar el riesgo de muerte en mujeres que acuden a reconocimiento médico legal por violencia de pareja o ex pareja al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, a fin de entregar a las autoridades competentes un documento con recomendaciones que orienten las medidas de protección y atención descritas en la ley 1257 de 2008* (INMLCF, 2014). El protocolo asume, igual que en la mayoría de los países, como enfoque de interpretación, el ecofeminista integrado, propuesto por Lori Heise en 1998⁹⁸.

Desde 2013 viene aplicando el Proyecto⁹⁹ a mujeres a quienes se les ha hecho reconocimiento médico legal por solicitud de una autoridad competente, y quienes voluntariamente participan del mismo, con el objetivo de entregar a las autoridades competentes un documento con recomendaciones que orienten las medidas de protección y atención descritas en la Ley 1257 de 2008. El producto de la valoración es el informe que se convierte en una herramienta para la prevención de la violencia feminicida contra las mujeres brindando recomendaciones sobre el riesgo tanto a las víctimas como familiares y autoridades competentes (INMLCF / ONUMUJER. 2019)¹⁰⁰.

⁹⁷ Danger Assessment Tool (DA) de JC Campbell (1985) es la guía que se considera más adecuada para medir específicamente el riesgo de muerte de una mujer en el marco de la violencia de pareja. Los ítems de la Escala DA es de 20 ítems.

⁹⁸ Este marco interpretativo ecológico, Colombia ya lo utiliza desde el año 2010 al incorporarlo en el estudio sobre tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres. El INMLCF implementó, en el año 2013, el proyecto denominado “Valoración del riesgo de violencia mortal contra mujeres por parte de su pareja o ex-pareja en la ciudad de Medellín, reconociendo el impacto que, en países como España, Canadá y EE. UU ha tenido esta valoración. Al año siguiente, en el 2014, se extendió a 11 ciudades donde se incluía Cartagena. En la actualidad son 16 ciudades del país, (Bogotá, Cali, Medellín, Bucaramanga, Cúcuta, Popayán, Pasto, Villavicencio, Quibdó, Soacha, Yopal, Ibagué, Neiva, Barranquilla, Cartagena y Sincelejo) consolidándose como un ejercicio profesional requerido por fiscales y comisarios a nivel nacional. (INMLCF, 2016).

⁹⁹ El INMLCF A través de los recursos asignados a la ley de víctimas, ha desarrollado e implementado el proyecto de Valoración del riesgo de mujeres víctimas de violencia grave o letal a manos de su pareja o expareja. Siguiendo los criterios establecidos, el INMLCF ha aplicado el protocolo de valoraciones de riesgo cuya ruta metodológica tiene 4 fases: 1) La entrevista semiestructurada (evaluación básica en psiquiatría y psicología forenses del INMLCF: Información sobre el hecho denunciado/ Historia familiar/ Historia personal/ Antecedentes personales/ Estrategias de afrontamiento.) 2) Escala de valoración del riesgo, (Consta de 20 preguntas y a través de su aplicación se señalan cuatro niveles de riesgo de sufrir lesiones graves o fatales, en los que puede encontrarse una mujer que ha sido víctima de violencia de pareja. Los grados de la escala son: variable (corresponde a una puntuación menor a 8 puntos), moderado (entre 8 y 13 puntos), grave (entre 14 y 17 puntos) y extremo (se establece cuando hay una puntuación de 18 o más puntos). 3) Plan de seguridad (consensuado con la víctima, se identifican unas acciones preventivas que la orientan sobre el procedimiento que sigue a la valoración). 4) Elaboración del informe (informe psicosocial, no corresponde al resumen de la información allegada, sino a la consignación de la información pertinente y relevante con base en la cual se expresa el resultado de la valoración del riesgo y da sustento científico a la interpretación de los hallazgos y las recomendaciones a la autoridad derivadas de dicho análisis. Ver al respecto Protocolo de valoración del riesgo de violencia mortal contra mujeres por parte de su pareja o expareja. Véase para más información (INMLCF, 2014) y (INMLCF / ONUMUJER 2019).

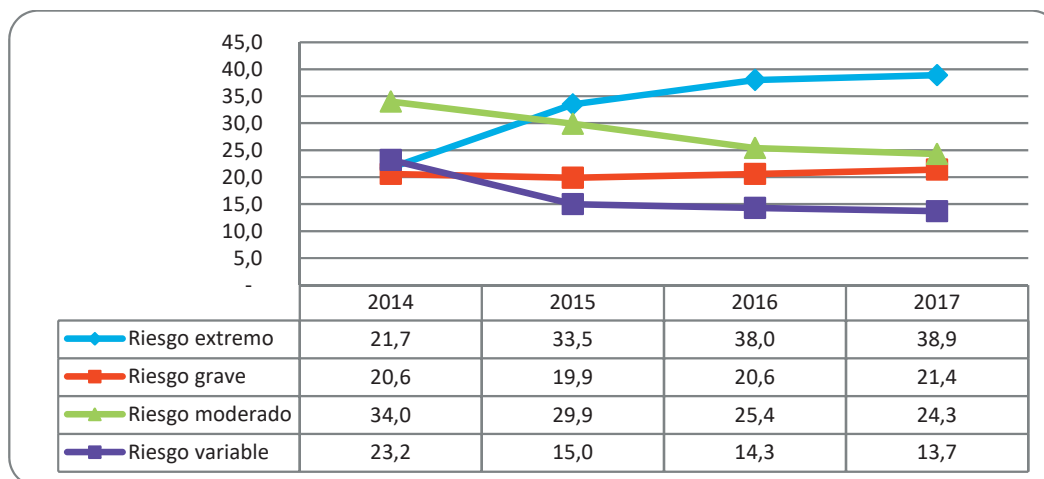
¹⁰⁰ Como señala el INMLCF es una herramienta de prevención en la medida en que permite alertar, tanto a las víctimas y sus familias como a las autoridades competentes, sobre el riesgo de la víctima, a fin de que se adopten las acciones pertinentes para la protección de su vida y la garantía de sus derechos, con base en la Ley 1257 de 2008, sobre las medidas de protección y atención, y con base en el nivel de riesgo arrojado por la Escala DA (INMLCF I. N., 2017). El resultado de la valoración del riesgo no hace parte del proceso legal que inicie la víctima contra el agresor. Este informe solo se utilizará para el caso de las acciones de protección y atención contempladas en la Ley 1257 de 2008 y, a partir de esta, se brindan recomendaciones (INMLCF / ONUMUJER. 2019).

De acuerdo al INMLCF, el proyecto de valoración de Riesgo, entre 2014 y 2019, en Colombia valoró a 23.189 mujeres víctimas de violencia feminicida. Como se señaló en el apartado anterior, se registraron un total 531 feminicidios (en 224 municipios del país) durante el período observado y de ellos 188 mujeres habían pasado previamente por los servicios forenses del INMLCF a una valoración médico-legal por violencia de pareja, por orden de una autoridad competente, es decir al menos una de cada tres mujeres (el 35,4%) había buscado protección y justicia.

Según la información publicada por el INMLCF de las 23.189 mujeres valoradas, frente a la violencia feminicida (riesgo de violencia mortal), se encontró que el 33% de las mujeres víctimas valoradas por Medicina Legal, entre 2014 y 2017, se hallaban en riesgo extremo de ser asesinadas (7.658). Le siguen el 28,6% en riesgo grave (6.653) y el riesgo moderado con el 21% (4.796) de los casos. En menor porcentaje (17%) las mujeres que se encuentran en riesgo variable (3.860).

Atendiendo al comportamiento durante el período se puede observar la tendencia ascendente del riesgo extremo y el riesgo grave a través de los años. En 2014, el año de la implementación del Protocolo, el mayor porcentaje de víctimas fue valorado con riesgo moderado (34%) y en segundo lugar con riesgo variable (23%). A partir del segundo año de la aplicación del Protocolo, los mayores porcentajes de víctimas fueron clasificados con riesgo extremo (34% en 2015, 38% en 2016 y 39% en 2017). Tal como señala el INMLCF, en estos cuatro años se destaca que mientras los riesgos grave y variable no han tenido gran cambio, el aumento del riesgo extremo ha estado acompañado de la disminución del riesgo moderado.

Gráfica n° 18
Casos atendidos por valoración de riesgo mortal
Promedio 2014-2017
Nacional



Fuente: Resumen Ejecutivo “Evaluación de la aplicación del protocolo de valoración del riesgo feminicida (2014-2017)”.
INMLCF, ONU Mujeres.
Cálculos CiDESd.

De acuerdo con información registrada por parte del INMLCF, el comportamiento general de los ítems de la Escala DA identificó que

Los ítems con mayor recurrencia fueron:

- 77,8% el aumento de la violencia física en severidad o frecuencia, durante el último año
- 75,9% los celos constantes y violentos
- 73,4% la creencia de las mujeres de que su pareja (o expareja) es capaz de matarla
- 68,0% el control de la mayoría de las actividades diarias
- 65,4% la amenaza de muerte

Entre el 50% y el 65%: el intento de dejar a la pareja en el último año (58,3%), el intento de estrangulamiento (58,0%), la persecución, espionaje y notas amenazantes (51,3%) y los problemas con el alcohol (50,6%).

Entre el 25% y el 50%: la resistencia al control de las actividades diarias (41,2%), la tenencia de algún hijo o hija que no es del agresor (39,5%), el uso de algún arma en contra o la amenaza con algún arma (34,0%), víctimas de relaciones sexuales forzadas (30,1%), de haber sufrido golpes estando embarazada (29%) y de amenaza o intento de suicidio por parte del agresor (28,2%).

Menos del 25% se relacionaron con el desempleo de él (24,9%), el uso de drogas (24,7%), la amenaza o intento de suicidio por parte del agresor (21,7%), el hecho de que él haya evitado ser arrestado por violencia en la familia (20,8%), haber estado en embarazo de él (19,2%), la posesión de algún arma (15,3%) y la amenaza con hacer daño a sus hijos e hijas (15,0%).

El análisis por tipo de riesgo (20) muestra que si bien todos los ítems tienen variaciones de ocurrencia, cabe subrayar que la mayoría se presentan con mayor frecuencia en el riesgo extremo. Al respecto, atendiendo a la caracterización del Informe del (INMLCF / ONUMUJER. 2019)¹⁰¹ se pueden subrayar algunos elementos que constituyen el perfil de riesgo extremo (deterioro–enfermar–morir):

En la mayor parte de los casos el maltrato y las agresiones violentas son precoces iniciándose en el primer año de convivencia, pues muchas de las agresiones se producen durante el noviazgo de la pareja

La diferencia de edad entre la mujer víctima y la pareja es mucho más amplia en el riesgo extremo (13,7 promedio años de diferencia en promedio), mientras que por ejemplo para el riesgo moderado es de 7,8 años promedio. La asimetría de edad se correlaciona con una asimetría de poder.

Los celos, están entre los principales desencadenantes de la violencia y responden al imaginario y a las prácticas de posesión y de control de las mujeres por parte de sus parejas. En todos los niveles de riesgo se reportan.

El consumo de alcohol potencia la violencia, y a su vez se asume como un “justificante” de la misma, lo que genera una renovación permanente del ciclo de la violencia, presente en todos los niveles de riesgo siendo de especial relevancia en el Riesgo Variable

¹⁰¹ Págs. 25-35 (INMLCF / ONUMUJER. 2019)

Las agresiones violentas y el maltrato tienen un carácter continuo

Los relatos evidencian que una de las características de las mujeres en riesgo extremo es que llevan varios años conviviendo con el agresor, con violencia constante.

El evento violento de mayor importancia para los riesgos moderado y variable, el aumento de la violencia física en severidad y ocurrencia durante el último año.

Para los riesgos extremo y grave, la severidad se agrava con la amenaza de muerte, que a su vez se relaciona con el hecho de que las mujeres creen que el agresor es capaz de matarlas.

La violencia física no se presenta sola. Está acompañada de otras manifestaciones de violencia que se producen de manera conexas.

Las mujeres en riesgo extremo y grave mencionaron que la violencia física se expresaba a través de patadas, jalones de pelo, intentos de asfixia, puños en la cara y extremidades.

Este tipo de violencia se exacerba, con frecuencia, en el momento en que quedaron embarazadas. Sobre el riesgo variable no se encontraron menciones sobre violencia física durante el embarazo.

El intento de estrangular está presente en todos los niveles de riesgo. Intentar asfixiar, después de agresiones múltiples, como mecanismo de control y amenaza.

Las mujeres en riesgo extremo establecieron que sus parejas o exparejas han usado armas cortopunzantes en su contra y las mujeres en riesgo grave que las han amenazado con armas del mismo tipo.

El riesgo extremo se caracteriza por la exacerbación de todos los tipos de violencia y con frecuencia el uso de armas (en general armas blancas) para violentar o amenazar se convierte en uno de los factores determinantes de la violencia mortal en el marco de este riesgo. En el Riesgo extremo la pareja en un 22% de casos dispone de arma de fuego.

La diferencia para los casos clasificados en riesgo moderado y variable es que no se refiere el uso o amenaza con armas.

Los insultos y las palabras que buscan disminuir la autoestima de las mujeres es la forma en la que opera la violencia psicológica, la cual se evidencia en la totalidad de los casos estudiados. En los casos extremos los malos tratos vienen acompañados de amenazas de muerte (uso de armas).

En los casos de violencia feminicida grave, la constante es el control de las actividades diarias.

Para los casos en riesgo moderado y grave llama la atención que la violencia verbal se centra en amenazas o daños a terceros, como familiares o hijos e hijas, y sobre el cuestionamiento del rol de las mujeres como madres o cuidadoras.

Tanto en riesgo extremo como grave la mayoría de las mujeres han sido víctimas de violencia sexual (forzar a las mujeres a tener relaciones sexuales) por parte de su pareja o expareja o han sido obligadas a tener prácticas sexuales que no deseaban. Se acompaña, con frecuencia, de la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres víctimas.

Las menciones sobre violencia sexual son menos comunes en los relatos de las mujeres en riesgo variable y moderado.

La violencia económica también está presente en todos los niveles del riesgo. En el extremo, las mujeres dicen especialmente que se les prohíbe trabajar, que no toman las decisiones de largo plazo sobre el bienestar de sus hogares y que sus parejas o exparejas controlan la forma en la que gastan el dinero.

En los riesgos grave y moderado la forma en la que opera la violencia económica es a través de la no entrega del dinero para la manutención de los hijos e hijas, y en el riesgo variable la constante es la dependencia económica.

Cuadro n° 5
Comportamiento de los tipos de riesgo
Frecuencias generales

Ítems	Riesgo Extremo	Riesgo Grave	Riesgo Moderado	Riesgo Variable	Total
Mayor de 65%					
El aumento de la violencia física en severidad o frecuencia en el último año	90,5	83,2	80,6	58,1	77,8
Los celos constantes y violentos	93,7	88,0	78,9	44,9	75,9
la creencia de las mujeres de que su pareja (o expareja) es capaz de matarla	95,0	84,4	74,3	39,0	73,4
El control de la mayoría de las actividades diarias	88,7	78,4	71,1	35,2	68
Amenazado con matarla	98,2	90,4	64,5	15,3	65,4
Entre 50% y 65%					
El intento de dejar a la pareja después de vivir juntos en el último año	72,9	65,9	55,8	42,8	58,3
El intento alguna vez de estrangulamiento	81,0	70,3	57,2	28,0	58,0
La persecución, espionaje y notas amenazantes	78,7	66,3	50,0	15,3	51,3
los problemas con el alcohol	65,6	56,7	48,6	35,2	50,6
Usted nunca ha vivido con él	14,9	25,4	35,6	18,1	24,2
Entre 25% y 50%					
Ha usado algún arma contra usted o le ha amenazado con algún arma	81,4	44,2	18,2	4,2	34
La ha forzado a mantener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba	54,8	40,9	21,1	11,0	30,1
Alguna vez él ha amenazado con suicidarse o lo ha intentado	44,3	34,6	25,7	10,6	28,2
La ha golpeado estando embarazada	41,6	39,4	26,0	12,7	29,0
Menor de 25%					
Él está desempleado	35,7	29,3	21,1	16,9	24,9
Él toma drogas	45,2	29,8	20,2	8,1	24,7
Alguna vez ha amenazado usted con suicidarse, o lo ha intentado	34,8	21,6	18,2	14,8	21,7
Él ha evitado ser arrestado por violencia en la familia	47,1	28,4	12,7	1,7	20,8
Tiene él algún arma	52,0	13,5	2,0	–	15,3
Él amenaza con hacer daño a sus hijos	35,7	17,3	7,8	4,2	15,0

Fuente: INMLCF, Grupo Centro de referencia Nacional sobre Violencia. Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense (SICLICO). Extraído del Resumen ejecutivo “Evaluación de la aplicación del protocolo de valoración del riesgo feminicida (2014–2017). ONU MUJERES. Cálculos CI DESD.

La importancia de la valoración predictiva

No vamos a entrar en un análisis de los instrumentos de la valoración predictiva. Ni tenemos la pretensión de abordar las limitaciones ni las referencias críticas sobre el tema. La información que brinda la valoración del riesgo permite estimar la probabilidad de la gravedad en la violencia feminicida. Una violencia en las parejas o exparejas que incrementa, con el paso del tiempo, el riesgo de letalidad para las mujeres como expresión última (más allá de un conjunto de factores identificados) de la determinación estructural del poder desigual y la dominación que incide en la vida de las mujeres.

Esta realidad demanda ser consecuentes con el ejercicio predictivo. Debe conducir a comprender que la importancia de la VCMP, como bien resalta Antonio Andrés-Pueyo, se mide en términos de consecuencias y no en meros términos de frecuencia. En este sentido, nos obliga a reducir el impacto de la violencia antes de que termine en la muerte. Si se han desarrollado procedimientos para predecir la violencia y el riesgo de morir hay que desarrollar estrategias y adoptar medidas específicas para la prevención individualizada de la violencia y la gestión del riesgo.

Al analizar la ocurrencia y las tasas en el tiempo de los feminicidios se observó que no mantenían un comportamiento similar a los homicidios en general. Como se comentó en su momento, mientras en estos últimos sus variaciones dependen, en gran medida, del grado de la violencia social y de la violencia política y muestran, en los últimos años, un descenso en los números absolutos, el comportamiento de los feminicidios dependiente de las razones de género, por el contrario, ha permanecido sin grandes variaciones en el tiempo con una constancia (incluso con incremento) que marca la diferencia con el resto de las violencias y de los homicidios en general. Todo indica que los patrones de dominación y desigualdad de género determinantes de la violencia feminicida tienen una presencia permanente en el tiempo; pero también observando las maneras de expresarse, más allá de los factores que refieren las valoraciones de riesgo, desarrollan procesos no homogéneos y no lineales.

En este sentido, la evolución del riesgo de la violencia feminicida en las parejas o exparejas indica la existencia, a partir de una casuística, de unas dinámicas propias basadas en la imposición, la dominación, posesión y el control. Las razones expuestas apuntan, con menor o mayor enmascaramiento, a ese patrón posesivo y controlador que da lugar a una mayor probabilidad estadística de ser asesinada. Es verdad que valorando cifras, el comportamiento de riesgo particulariza una identidad “diana”; pero esto no quiere decir que las demás mujeres viven mejor, que la acumulación de sufrimientos no sea letal o que no sea posible morir asesinada.

Asistimos incluso a situaciones donde se exacerbaban las expresiones de dominación con mayor agresividad (a menudo, últimamente, expresándose con ferocidad, atrocidad y ensañamiento) y se termina inesperadamente con la muerte. E incluso, la idea generalizada de que la violencia de género implica una escalada de agresiones, cada vez más, se constata que deja de ser la norma. Sin antecedentes violentos, también hay feminicidios. Interesa destacar que, en el tiempo, las determinaciones de género por su carácter relacional crean distintas situaciones de vulnerabilidad que son dinámicas y cambiantes con distintos conjuntos de condicionamientos y diferentes susceptibilidades. No se dan de forma homogénea ni producen efectos semejantes en las mujeres víctimas de la VCMP.

Así, enfrentarse a la violencia feminicida desde el comportamiento de riesgo implica reconocer que los factores de riesgo son circunstancias de exposición que aumentan las probabilidades del feminicidio y que se debe actuar para evitar el asesinato de la mujer. En este sentido, la actuación debe ofrecer apoyo, pero también solución a las mujeres afectadas y las medidas, de acuerdo a la lógica predictiva, deberán ser adecuadas al riesgo, no al probable daño. Si se realiza la valoración del riesgo, implica que nos situamos ante una emergencia que exige priorización, respuestas adecuadas,

soluciones de protección oportunas y eficaces y se deberá ir más allá de una acción focalizada en los propios factores de riesgo.

La adopción de las medidas implementadas orientadas a prevenir la VCMP no son las más eficaces, pese al potencial estadístico y factorial, para impedir que ocurran los hechos violentos y feminicidas de esta forma de violencia. Muchas de las acciones que, independientemente de ser más o menos adecuadas, se desarrollan de apoyo y ayuda a las víctimas, sin duda, son necesarias, bien intencionadas y esenciales; pero dejan el abordaje “profundo”, no incorporan como centralidad las determinaciones estructurales de poder y dominación (inequidad de género) para que, ante todo, dejen de existir más víctimas y se erradique la VCMP. La praxis implementada no es satisfactoria, persisten notables vacíos e incluso sesgos al focalizarse en factores de riesgo y servicios de apoyo y no en una acción orientada por los intereses estratégicos, la dimensión colectiva y el bien común.

No debe perderse de vista que nos encontramos ante una perentoriedad donde no cabe la dilación; pero, también ante un fenómeno de vulnerabilidades estructurales que debe tener una visión holística que favorezca una acción preventiva integral y profunda (Jaime Breihl, 1996)¹⁰². La atención debe centrarse en una acción multidimensional que aborde los procesos contradictorios para desarrollar unas prácticas preventivas realmente transformadoras donde se salven vidas, se eviten las situaciones de agresiones reduciendo el sufrimiento y protegiendo el bienestar, la autonomía y empoderamiento de las mujeres, y se apunte a revertir las inequidades estructurales que sostienen el fenómeno del VCMP.

¹⁰² Pág. 146 (Jaime Breihl, 1996).

Vivir en riesgo en Cartagena de Indias

Un ejemplo del desanclaje entre evolución y consecuencias del fenómeno de la VCMP en las mujeres víctimas y las acciones preventivas adoptadas por la Institucionalidad es la ciudad de Cartagena de Indias. En la ciudad, la VCMP es claro que es un grave problema social que afecta a la salud y bienestar de la mujer donde el hombre (pareja o expareja masculina) constituye un factor de riesgo de violencia severa y de feminicidio. Al abrigo de las creencias y costumbres sociales y culturales que naturalizan y justifican la violencia machista de pareja, las mujeres pueden ser violentadas con graves lesiones o/y asesinadas a cualquier edad, en cualquier lugar y en cualquier momento de la relación. Es indudable entonces que la VCMP no sólo es una causa significativa de enfermedad y daños irreparables en las mujeres sobrevivientes sino, también, de mortalidad femenina.

Esta VCMP está asociada a los efectos de la permisividad social y la dominación masculina en la vida de las mujeres cartageneras conllevando múltiples procesos de deterioro que determinan las condiciones de vida, salud y muerte de las mujeres. Procesos todos ellos como resultado de la forma extrema de la opresión sexista y la posesión machista que subyace en el intersticio sociocultural.

Inmersa en la problemática

La sociedad cartagenera se enfrenta a un importante problema público de enorme magnitud con graves consecuencias personales y sociales para las mujeres víctimas. Un problema formalmente reconocido, pero entendido como natural y escasamente asumido pese a que demandan la necesidad de que el Estado (Administración nacional y local) adopte y profundice con medidas eficaces de prevención y protección; y la sociedad en general se responsabilice y se comprometa en su erradicación.

Durante los últimos años, se ha observado una ligera reducción estadística de los casos de VCMP; sin embargo el comportamiento oscilante no indica la consolidación de una tendencia favorable a la reducción significativa de víctimas. Se registran menos denuncias sin correlacionarse, claramente, con una reducción de la población de maltratadores, la seguridad de haberse rasgado el velo de ocultación, las garantías de seguridad y la disminución y desaparición de su sufrimiento.

Cuadro n° 6
Violencia de pareja
Período 2012 - 2019. Cartagena de Indias

Concepto	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total casos de violencia pareja	1.075	837	942	1.218	1.079	1.030	966	992
Total casos de violencia pareja en hombres	76	62	70	69	80	48	75	87
Total casos de violencia pareja en mujeres	999	775	872	1.149	999	982	891	905
Porcentaje de mujeres afectadas	92,93	92,59	92,57	94,33	92,59	95,33	92,24	91,22
Relación H/M	1/13	1/13	1/13	1/17	1/13	1/21	1/12	1/10

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal – INMLCF. Grupo: Centro de Referencia Nacional Sobre la Violencia – CRNV.

Base: Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense – SICLICO.

Informe Masatugó 2009–2014. Informe Forensis “Comportamiento de la violencia intrafamiliar y de Pareja”. Colombia 2012 – 2018.

2019: INMLCF, Observatorio de Violencia, julio 2020. Cálculos CIDESD.

- En el Distrito, las cifras y datos indican que la violencia de pareja es un fenómeno frecuente en la ciudad de Cartagena y es, incluso, un problema emergente en parejas de adolescentes y jóvenes.
- Las cifras y los datos muestran un desproporcionado mayor riesgo de las mujeres a ser asesinadas por sus parejas o exparejas y evidencia una víctima clara, la mujer, y un victimario también claro, el hombre.
- En la actualidad, las cartageneras corren más riesgo de ser asesinadas por su pareja o expareja en su hogar que por un desconocido en la calle.
- Si bien asistimos, en el Distrito, a una deslegitimación y a acciones legales de aquellas formas extremas y trágicas hechas públicas, hay múltiples prácticas de violencia de pareja, en la cotidianidad, que son ignoradas, normalizadas o legitimadas y conducen a la invisibilización e impunidad de la dominación machista sobre las mujeres en su relación de pareja.

De acuerdo a las estadísticas suministradas por el INMLCF entre 2014 y 2019, los homicidios causaron la muerte de 1.542 personas en el Distrito. Lo que representa un promedio anual de 257 muertes intencionadas. La tasa relativa a la población era de 30,60 por 100.000 habitantes en 2014, siendo 18,81 para el año 2019. Una dinámica decreciente en concordancia con el comportamiento nacional.

En este sentido, las cifras de los asesinatos en el Distrito han ido fluctuando durante el último decenio con una variación entre el índice máximo de 303 casos en 2014 (tasa de 30,60) y el mínimo de 197 casos en 2019 (tasa de 18,81).

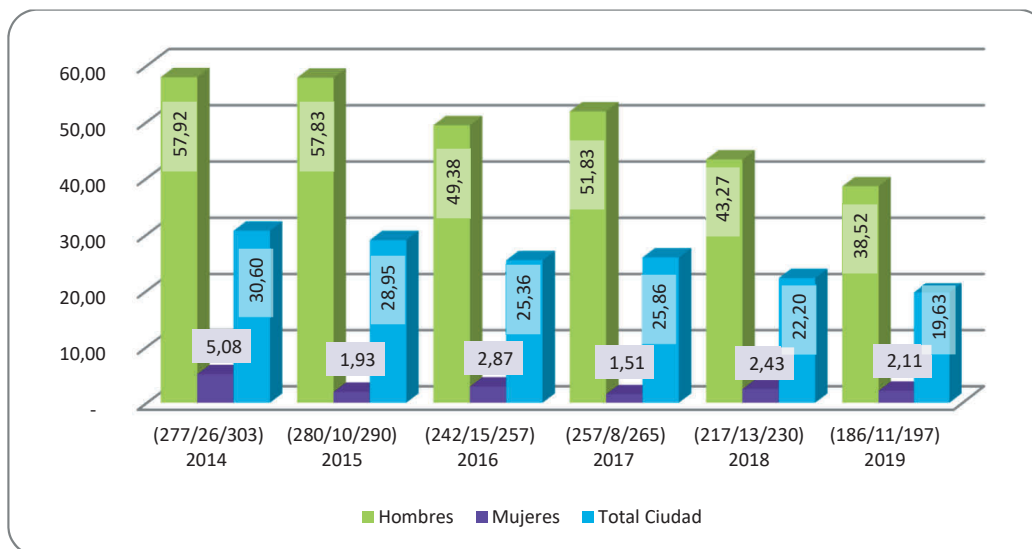
Cuadro n° 7
Tasas y casos de homicidios
Período 2014 - 2019
Cartagena de Indias

Concepto	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total homicidios	303	290	257	265	230	197
Tasa anual total homicidios	30,60	28,95	25,36	25,86	22,20	18,81

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense – INMLCF. Grupo Centro de Referencia Nacional Sobre la Violencia – GCRNV. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres – SIRDEC. Informe Masatugó 2009–2014. Informes Anuales Forensis 2010 – 2018. 2019 p*: Información preliminar sujeta a cambios por actualización. Observatorio de Violencia, enero 2020. Tasa 2019: cálculos realizados por Cidesd con Proyecciones de población del DANE de 2019. Cálculos CIDESD.

El comportamiento del total de los homicidios sigue el mismo patrón que se observa a nivel nacional, y en la mayoría de los países. Los hombres son las víctimas más frecuentes de los homicidios. Del total de personas muertas por esta causa a lo largo del período estudiado, el 94,62% fueron hombres y el 5,38% mujeres. Diferencia mayor que a nivel nacional (91,4% vs 8,58%) y que pone en evidencia que los hombres, en la ciudad, están más involucrados en los actos violentos tanto de víctimas como de victimarios.

Gráfica n° 19
Tasas y casos de homicidios, según sexo
Período 2014 - 2019
Cartagena de Indias



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense – INMLCF. Grupo Centro de Referencia Nacional Sobre la Violencia – GCRNV. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres – SIRDEC. Informe Masatugó 2009–2014. Informes Anuales Forensis 2010 – 2018. 2019 p*: Información preliminar sujeta a cambios por actualización. Observatorio de Violencia, enero 2020. Tasa 2019: cálculos realizados por Cidesd con Proyecciones de población del DANE de 2019. Cálculos CIDESD.

Durante este periodo fueron asesinada 83 mujeres en el Distrito. La proporción de homicidios de mujeres ocurridos, en relación al total de homicidios, ha oscilado entre el 8,6%, valor máximo (26) alcanzado en 2014, y el 5,58% en 2019. De la misma manera, que el comportamiento general de homicidios, las cifras han ido variando presentando la tasa más alta en el 2014 (5,08) y la mínima en el 2017 (1,51). En el último año 2019, la cifra de asesinatos de mujeres disminuyó en un 15,38% (11 casos) con respecto al 2018, con una tasa de 2,04 por 100.000.

Como se puede observar la tendencia decreciente de homicidios en la ciudad tampoco se debe estrictamente a un descenso en los homicidios de mujeres. Estos se mantienen fluctuando entre 26 y 11 anuales sin observarse cambios favorables en el actual contexto del proceso de paz. Similar al comportamiento nacional, mientras los homicidios de hombres y sus tasas descienden significativamente, los asesinatos de mujeres, desde 2015 muestran un comportamiento oscilante, permaneciendo prácticamente constantes en el tiempo sin afirmar una tendencia decreciente ni variaciones de tasas pronunciadas.

Cuadro n° 8
Homicidios de mujeres
Período 2014-2019
Cartagena de Indias

Concepto	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Homicidios de mujeres	26	10	15	8	13	11
Proporción de homicidios mujeres sobre el total de homicidios	8,58	3,45	5,84	3,02	5,65	5,58
Tasa anual homicidios mujeres	5,08	1,93	2,87	1,51	2,43	2,04

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense – INMLCF. Grupo Centro de Referencia Nacional Sobre la Violencia – GCRNV. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres – SIRDEC. Informe Masatugó 2009-2014. Informes Anuales Forensis 2010-2018. 2019 p*: Información preliminar sujeta a cambios por actualización. Observatorio de Violencia, enero 2020. Tasa 2019: cálculos realizados por Cidesd con Proyecciones de población del DANE de 2019. Cálculos CIDESD.

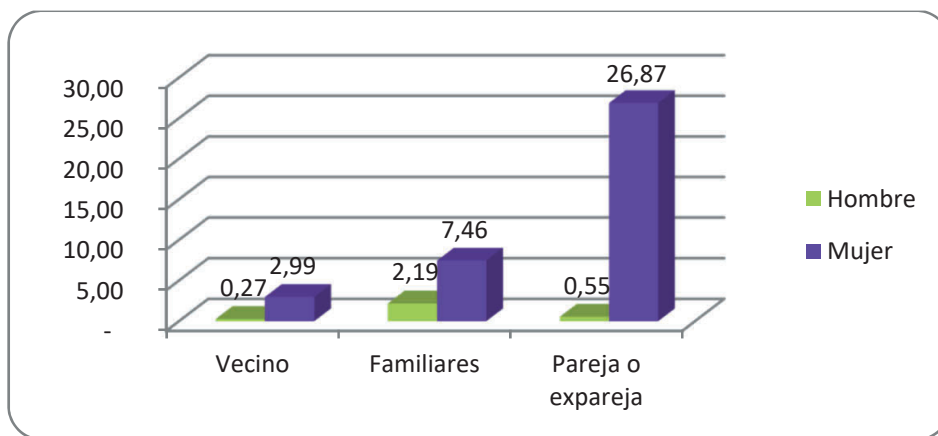
La caracterización de los homicidios de mujeres presenta, también, una dinámica similar a la nacional:

- Observando el rango de edad, la mayoría de mujeres asesinadas, en los últimos seis años (2014-2019), estaba entre los 15 y 39 años (70%). La tasa más alta se encuentra entre las mujeres de 25 a 29 años (17,5%). En los últimos años la edad de las mujeres víctimas de homicidio se ha ido concentrando hacia los grupos etarios de mayor edad, por encima de los 25 años.
- La propia vivienda constituye el lugar más peligroso para las mujeres que sufren violencia. En este escenario ocurren el mayor porcentaje de feminicidios (41,56%), en segundo lugar, se encuentra la vía pública (28,57%) y el tercer lugar lo ocupan los establecimientos comerciales, los establecimientos al aire libre, centros de reclusión y edificios de oficinas con el 2,6% cada uno.
- En relación al agresor los registros indican que en el 19,28% de casos, no se cuenta con información. En aquellos casos que se dispone de información en relación al agresor, se registra que el 50,75% de casos el presunto agresor es desconocido, el segundo presunto agresor es la pareja o expareja con un porcentaje de 26,87%, en tercer lugar un familiar con un porcentaje de 7,46%.
- En relación al arma empleada, en promedio, se observa que el 28,05% de los homicidios de mujeres fueron ocasionados con armas cortopunzantes (incluye punzantes y cortantes), el 63,41% con armas de fuego, en 4,88% de los casos la muerte fue producida por asfixia, mientras que en 2,44% por un objeto contundente y en 1,22% con mecanismo tóxico.

Al respecto cabe recordar, como hemos comentado, que el comportamiento del número de homicidios de mujeres anuales durante este período es fluctuante no teniendo variaciones significativas; pero sí se observa que los hombres más cercanos son el principal agresor y constituyen una gran amenaza para las mujeres cartageneras. Durante el período observado el 43,29% de los victimarios eran conocidos de las mujeres víctimas, el 37,32% de los victimarios fueron personas cercanas a la víctima y el 26,87% fueron pareja o expareja; mientras en los hombres asesinados, los agresores cercanos representan el 3,01%. En los hombres el victimario desconocido llega a ser el 74,31% del total de los presuntos agresores; por el contrario esta proporción se sitúa en el 50,

75% para las mujeres. Todo indica que son más las personas cercanas y conocidas responsables de los asesinatos de las mujeres que las personas desconocidas, y cada vez más asistimos a un mayor número de feminicidios íntimos¹⁰³, aumenta la proporción de los homicidios cometidos por parejas y exparejas.

Gráfica n° 20
Porcentaje de Homicidios según sexo y presunto agresor cercano
Período acumulado 2014-2019
Cartagena de Indias



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal – INMLCF. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia – GCRNV.
 Nota: no se incluyen personas que no informan sobre el presunto agresor.
 Cálculos Cidesd.

La tendencia de la violencia de pareja, –a pesar de los ocultamientos, silencios y amplios subregistros– demuestra que es una problemática que constituye una verdadera alarma social en el Distrito. Asimismo evidencia que el ensañamiento y la gravedad de las agresiones pone a las mujeres en una situación de riesgo mortal. Una gran mayoría de mujeres, que viven sistemáticamente amenazadas, violentadas y atemorizadas en su propio hogar, terminan gravemente lesionadas o asesinadas por sus esposos, compañeros o familiares. El riesgo de muerte forma parte de la vivencia cotidiana de muchas mujeres. En este sentido, cabe subrayar que las estadísticas y cifras reafirman que un gran número de mujeres-cartageneras viven estas situaciones de violencia cotidiana y de amenaza real de feminicidio.

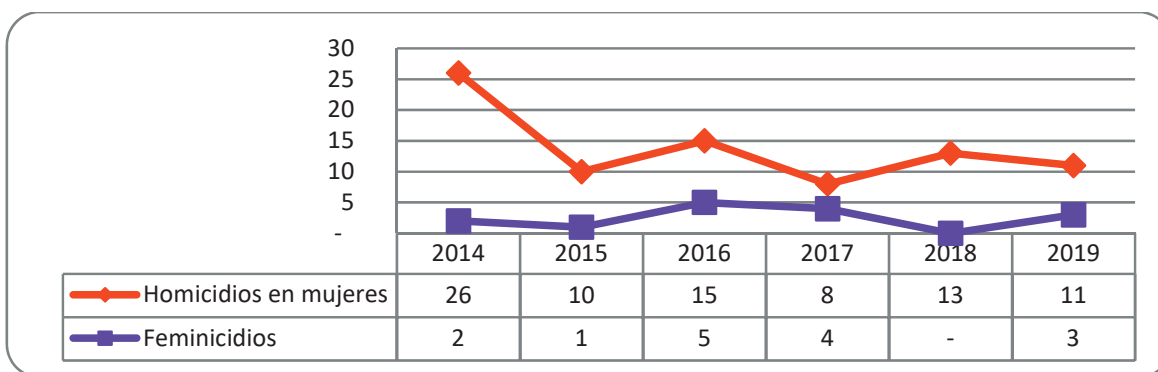
¹⁰³ El INMLCF finalizando el año 2019 anunció un nuevo protocolo Medicina Legal implementará un nuevo protocolo para identificar de forma más precisa y en detalle los casos en los que la muerte de las mujeres de forma violenta se enraíza en cuestiones de género. Dicho protocolo incluye una clasificación del fenómeno, basada en la que propone el Consejo Académico de Naciones Unidas. Así, se contemplarán los feminicidios producto de la violencia dentro de la pareja, motivados por crímenes de honor, relacionados con el crimen organizado, los dirigidos a mujeres en contexto de guerra o conflicto armado, el infanticidio femenino o feticidio femenino selectivo, el relacionado con la mutilación genital, el asesinato de mujeres acusadas de brujería o hechicería y el asesinato misógino de las mujeres.

La violencia contra la mujer en la pareja y el riesgo de muerte

En el Distrito, el feminicidio también se encuentra oculto como hecho e invisibilizado estadísticamente. Durante el período 2014 a 2019, de acuerdo el INMLCF, se registraron un total de 6.227 casos de violencia de pareja donde 5.798 correspondieron a mujeres (93,1% del total). De acuerdo con la información obtenida del INMLCF, en el mismo período, se registraron 16 feminicidios en donde el agresor fue la pareja o expareja de la víctima¹⁰⁴ (un 19,27% del total de mujeres asesinadas).

Asimismo, para dicho período del total de homicidios de mujeres (83) en el Distrito, el INMLCF catalogó de feminicidios el 22% (18 casos en circunstancias de violencia de pareja y feminicidios). Como se observaba a nivel nacional, en Cartagena la violencia feminicida queda, también, invisibilizada estadísticamente y la información existente reducida al ámbito de las relaciones íntimas (violencia pareja o expareja) no reconociendo todos aquellos asesinatos de mujeres que se dan por violencia de género. debido a su condición de ser mujeres y que no ocurren en una esfera íntima (feminicidio no íntimo, familiar, infantil, crimen de guerra, etc.)

Gráfica n° 21
Homicidios/feminicidios
Período 2014 –2019
Cartagena de Indias



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Grupo: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia – GCRNV. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres – SIRDEC. Observatorio de Violencia 2014–2019.

Nota: A efectos de la realización del gráfico se consideran feminicidios los homicidios que tienen como circunstancia del hecho: la violencia de pareja o expareja y feminicidio en el registro del INMLCF (Forensis y el Observatorio de violencia del INMLCF. Dicho registro no coincide con el de Evaluación de la aplicación del Protocolo de valoración del riesgo feminicida (2014–2017), donde en el período 2014–2017 se registran 15 mujeres asesinadas por la pareja o expareja (feminicidio íntimo). Cálculos CIDESD.

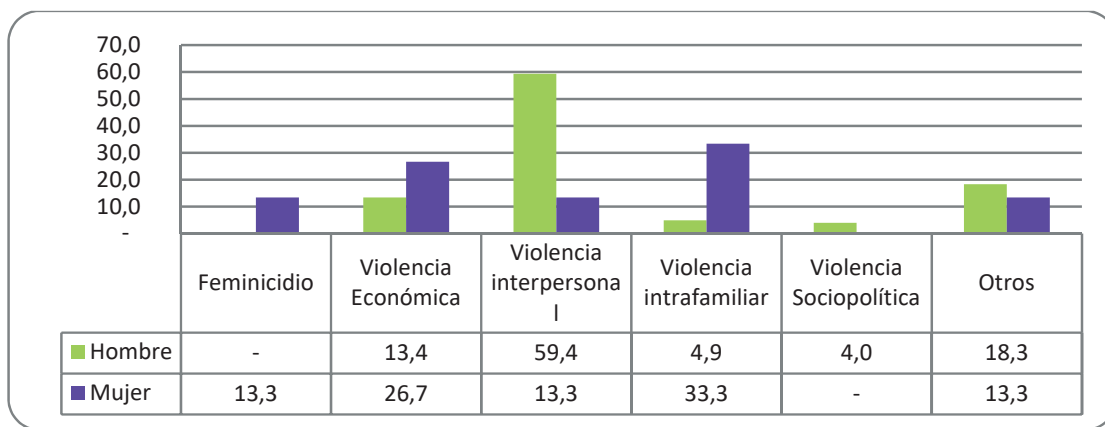
Sin duda, el feminicidio en la ciudad hay que ubicarlo en un contexto más amplio. El número real de feminicidios en la ciudad muy probablemente sea mayor que el registrado. Al respecto una estimación en el período 2014–2019, atendiendo a los registros “según las circunstancias del homicidio” (feminicidio y violencia intrafamiliar –feminicidio íntimo y feminicidio familiar–)¹⁰⁵ y no incluyendo

¹⁰⁴ Incluye compañero, excompañero (por unión marital de hecho), esposo, exesposo, novio, exnovio, amante y examante. Datos obtenidos de Evaluación de la aplicación del Protocolo de valoración del riesgo feminicida (2014–2017), Forensis 2018 y el Observatorio de violencia del INMLCF.

¹⁰⁵ Feminicidio íntimo: es el asesinato cometido por un hombre con quien la víctima tenía o había tenido una relación o vínculo íntimo: marido, exmarido, novio, exnovio o amante. Se incluye el supuesto del amigo que asesina a una mujer -amiga o conocida- que rechazó

a los que no informan las cifras se ubican entre el 38-47%. Al respecto, teniendo en cuenta los Informes Anuales de CiDESD donde se realiza un ejercicio de aproximación estimativa observando y articulando las variables que el INMLCF contempla de forma independiente: circunstancia del hecho y presunto autor y la información del seguimiento de prensa en relación a los respectivos casos evitando legitimar o reforzar sus representaciones sexistas o misógena¹⁰⁶, las cifras estimadas durante este período visibilizan otro panorama. Entre el 50-60% de los asesinatos de las mujeres en el Distrito corresponderían a homicidios relacionados con la violencia sexista y misógina (feminicidios).

Gráfica n° 22
Homicidios según sexo y circunstancia del hecho
Promedio 2018-2019
Cartagena de Indias



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Grupo: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia – GCRNV. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres – SIRDEC. Observatorio de Violencia 2018 – 2019.
 Nota: el feminicidio se introduce desde el año 2018.
 Cálculos CiDESD.

En Cartagena, desde el año 2014, siguiendo los criterios establecidos, ya mencionados en el apartado anterior, el INMLCF ha aplicado el protocolo de valoraciones de riesgo brindando recomendaciones sobre el riesgo tanto a las víctimas como familiares y autoridades competentes. Tal como se analizó anteriormente, de acuerdo a la información obtenida del INMLCF¹⁰⁷ en 224 municipios del país, entre 2014 y 2017, se registraron en 531 feminicidios donde el agresor fue la pareja o expareja de la víctima¹⁰⁸. Las ciudades con el mayor número de casos fueron Bogotá (59), Medellín (42), Barranquilla (22), Bucaramanga (18), Cali (16), Cartagena (15) y Valledupar (13).

La ciudad de Cartagena durante este período 2014–2017 de estudio tuvo 59 homicidios de mujeres y de ellos fueron catalogados de feminicidios 15. Cartagena fue la sexta ciudad del país en número

entablar una relación íntima con este 8violencia pareja). El feminicidio familiar: El asesinato se produce en el contexto de una relación de parentesco entre la víctima y el victimario. El parentesco puede ser por consanguinidad, afinidad o adopción

¹⁰⁶ Informe Anual CiDESD. La Situación del derecho de las mujeres a una vida libre de violencias en Cartagena de Indias. Ver al respecto ediciones publicadas en www.cidesd.org

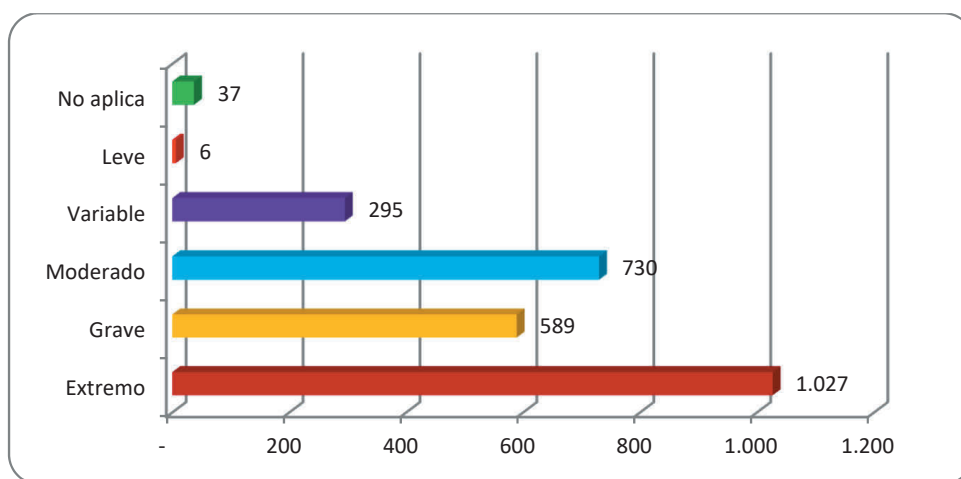
¹⁰⁷ Evaluación de la Aplicación del Protocolo de Valoración del Riesgo Feminicida (2014-2017). Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / ONUMUJER. Bogotá 2019.

¹⁰⁸ Incluye compañero, excompañero (por unión marital de hecho), esposo, exesposo, novio, exnovio, amante y examante (en adelante pareja o expareja).

absoluto de homicidios de mujeres asesinadas por su condición de ser mujeres (por razones de género).

De acuerdo al INMLCF, el proyecto de valoración de riesgo, entre 2014 y 2019, en Cartagena de Indias valoró a 2.684 mujeres¹⁰⁹, frente a la violencia feminicida, es decir, aquella que implica el riesgo de ser la víctima asesinada. El estudio de riesgo, durante este período, identificó que el 38,26% de las mujeres víctimas cartageneras (1.027) valoradas por Medicina Legal, entre 2014 y 2019, se hallaban en riesgo extremo de ser asesinadas. En riesgo grave se encontraron 21,94% (589) y en riesgo moderado el 27,20% (730) de los casos. Y el grupo de mujeres en riesgo variable representó el 10,99% (295). El Riesgo Leve registró 0,22% (6) y no aplica 1,38% (37).

Gráfica n° 23
Distribución de los casos atendidos para valoración de riesgo
Período acumulado 2014-2019
Cartagena de Indias



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Datos suministrados directamente por el INMLCF como respuesta a la solicitud realizada por Accisol en el Oficio No. 00533-DRNR-2020, Barranquilla, 1 de julio del 2020.
Cálculos Cidesd.

En el año 2014, a nivel nacional se realizaron 6.251 valoraciones. En ese año el mayor porcentaje de riesgo grave se detectó en las ciudades de Cúcuta, Cali, Neiva, Medellín y Bogotá; y de riesgo extremo, en Popayán, Bogotá, Cartagena, Bucaramanga y Soacha¹¹⁰. En la valoración de riesgo en el Distrito para este año 2014, se valoraron 483 mujeres. El mayor porcentaje de víctimas fue valorado con riesgo extremo, el 38% de los casos (184 mujeres).

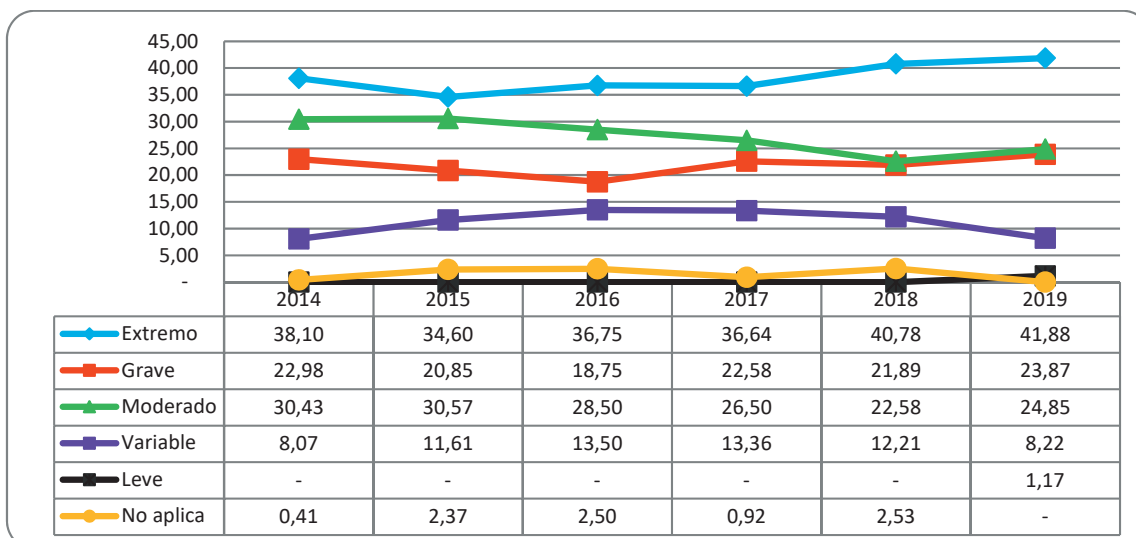
Para el año 2015, el porcentaje de riesgo extremo (34,60%) detectado descendió, pero permaneció en primer lugar. A partir del tercer año (2016) hasta el último (2019) el riesgo extremo presenta un incremento constante con relación al 2015. En todos los años le corresponden los mayores porcen-

¹⁰⁹ Los datos que se exponen a continuación para analizar el comportamiento de la Valoración de Riesgo son los suministrados directamente por el INMLCF como respuesta a la solicitud realizada por Accisol en el Oficio No. 00533-DRNR-2020, Barranquilla, 1 de julio del 2020.

¹¹⁰ Ver al respecto Forensis 2014 INMLCF pág. 203-208

tajes mientras el riesgo grave y el riesgo variable han tenido ligeras variaciones y el riesgo moderado ha presentado disminuciones.

Gráfica n° 24
Comportamiento del nivel de riesgo detectado por año
Período 2014-2019
Cartagena de Indias



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Datos suministrados directamente por el INMLCF como respuesta a la solicitud realizada por Accisol en el Oficio No. 00533-DRNR-2020, Barranquilla, 1 de julio del 2020. Cálculos Cidesd.

El gráfico muestra la tendencia del riesgo feminicida, de acuerdo con los casos que se atienden. En este período analizado el comportamiento de la valoración de riesgo en el Distrito permite observar que el aumento del riesgo extremo ha estado acompañado de la disminución del riesgo moderado, aunque mantiene el segundo lugar, y un progresivo incremento del riesgo grave.

Los resultados obtenidos de la valoración de riesgo entre 2014 y 2019 indican que de las 2.684 mujeres cartageneras valoradas para identificar el riesgo de violencia mortal o feminicida, más de la tercera parte de ellas (38,26%) se hallaba en riesgo extremo de ser asesinada. Un porcentaje superior a la media nacional que visibiliza el aumento significativo del nivel de riesgo extremo en el Distrito.

Este comportamiento de la valoración del riesgo a las mujeres víctimas de violencia de pareja expone un panorama preocupante en la ciudad donde la tendencia en los últimos años ha ido expresando un notable incremento y una alerta significativa sobre el alto riesgo de violencia feminicida contra las mujeres víctimas del Distrito.

Así, para el último año 2019 la valoración afianza este riesgo de violencia feminicida mostrando un incremento significativo de la valoración del riesgo extremo. Sobre un total de 511 mujeres víctimas valoradas, el 41,88% (214 mujeres) correspondieron a riesgo extremo. Un incremento de 3,78 puntos porcentuales con relación al año 2014 y un ligero aumento en relación al año anterior 2018 (40.78%).

La ciudad Heroica, según el Informe de Evaluación de la Valoración de Riesgo, es una de las cinco ciudades del país (Popayán, Bogotá, Cartagena, Bucaramanga y Soacha) más riesgosa para las mujeres. La dinámica de la valoración de riesgo, en mujeres que han sido víctimas de la violencia de pareja en Cartagena, muestra con el paso del tiempo una concentración en el riesgo extremo, manteniéndose una brecha de distanciamiento significativa entre los registros de los niveles (moderado y grave) que ocupan el segundo y tercer lugar en los casos detectados.

Este panorama pone de manifiesto las elevadas probabilidades de sufrir lesiones graves o fatales que tiene una mujer cartagenera que ha sido víctima de violencia de pareja. Cabe recordar que para este año 2019, en el Distrito, el número de mujeres víctimas de la violencia de pareja fue de 891 y que el propio INMLCF estima que la cifra podría ser mayor, pues solo se denuncian entre el 30 y el 35% de los actos de violencia¹¹¹.

Como se ha subrayado, la violencia infligida por la pareja es una de las formas más extendida de violencia contra la mujer en Cartagena; alrededor del 30–35 por ciento de las violencias ejercidas contra la mujer es de pareja o expareja. Pero se le suma una atención de alarma al detectarse que esta violencia no sólo causa lesiones graves en las mujeres víctimas, sino que puede terminar, con gran probabilidad, en la muerte. Una violencia feminicida que conlleva un alto riesgo de muerte (41,88% en riesgo extremo) para las mujeres cartageneras¹¹².

En este sentido, se constata que el feminicidio en el Distrito no es un incidente aislado, casual o puntual. Hoy las mujeres víctimas de violencia de pareja viven un aumento de múltiples acciones violentas de severa gravedad y, con frecuencia, acompañadas de mayor sevicia y ensañamiento contra ellas que pueden terminar con la muerte. La tendencia da cuenta que la violencia íntima en Cartagena se intensifica hacia la violencia feminicida. Las mujeres víctimas de esta violencia se encuentran en mayor riesgo de sufrir agresiones que producen daños y lesiones muy graves, pero también con una alta probabilidad de ser asesinadas. En promedio la proporción de homicidios cometidos por parejas y exparejas¹¹³ se encuentra entre 27–30% por año. Todo indica, como se señaló, que la proporción puede ser superior (estimada en 50–55%) tanto por los casos no identificados como por el incremento del riesgo de feminicidio con el paso de los años.

Finalmente, en relación a la edad el comportamiento sigue el mismo perfil nacional. Los casos atendidos para la valoración de riesgo en la violencia de pareja indica que el rango de edad que registra más víctimas es el comprendido entre los 25–29 años de edad. Le sigue el grupo de 30 a 34 años de edad y, en tercer lugar las mujeres comprendidas entre los 20 y 24 años de edad.

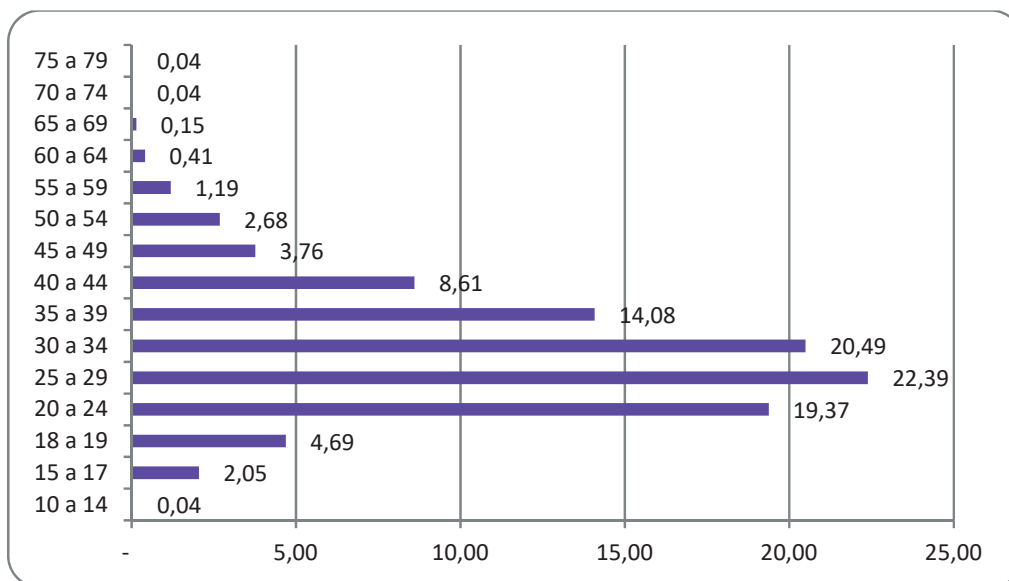
Atendiendo al riesgo, las mujeres víctimas que tienen entre los 25 y 29 años son las que se les detectó un mayor riesgo extremo y riesgo moderado. Las mujeres de 30 y 34 años ocupan el segundo lugar en estos dos tipos de riesgo, y las mujeres que integran el rango de edad entre los 20 y 24 años registran el tercer lugar.

¹¹¹ Ver al respecto *El Tiempo* 27 noviembre 2017. Según el INMLCF, sólo entre el 30 y el 35% de los actos de violencia, especialmente la sexual, se denuncian, pero, en todo caso, estos son los que terminan en los procesos judiciales, pues son los únicos sucesos que aparecen en las estadísticas forenses.

¹¹² Según el Informe de Evaluación de la Aplicación del Protocolo de Valoración del Riesgo Feminicida (2014-2017) en el apartado de Conclusiones sobre la Escala DA se afirma: *Del cruce de información de los feminicidios ocurridos entre 2014 y 2017 y las mujeres a las que se les realizó un dictamen médico-legal por agresiones de su pareja o expareja, y las mujeres a quienes se les aplicó el Protocolo de valoración durante el mismo periodo, se puede concluir la fiabilidad de la escala, ya que la mayoría de los feminicidios corresponden a mujeres clasificadas en riesgo extremo, lo que indica una medición precisa de la evolución y las consecuencias mortales de la violencia.* Evaluación de la Aplicación del Protocolo de Valoración del Riesgo Feminicida (2014-2017). INMLCF /ONUMUJER. Bogotá 2019 pág. 43.

¹¹³ Como se ha señalado en otros apartados el término Incluye compañero, excompañero (por unión marital de hecho), esposo, exesposo, novio, exnovio, amante y examante (en adelante pareja o expareja).

Gráfica n° 25
Casos atendidos para valoración de riesgo, según el rango de edad de la víctima
Período acumulado 2024 - 2019
Cartagena Indias



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Datos suministrados directamente por el INMLCF como respuesta a la solicitud realizada por Accisol en el Oficio No. 00533-DRNR-2020, Barranquilla, 1 de julio del 2020. Incluye riesgo extremo, grave, moderado, variable, leve y no aplica. Cálculos Cidesd.

Como puede observarse, la violencia de pareja en Cartagena se expresa con diversos grados de intensidad, es heterogénea, se presenta, cada vez más, con un aumento creciente de la frecuencia y de la gravedad de los episodios violentos, y se incrementa con el correr del tiempo implicando mayor riesgo de vida para las mujeres. Es una violencia feminicida donde las más afectadas por estas relaciones de mayor riesgo de muerte son las jóvenes y adultas en edad reproductiva, mostrando que la agresión letal se concentra entre los 25 y 34 años de edad con la misma tendencia etaria de los países de la Región.

No obstante, más allá de esta característica etaria en las situaciones donde la violencia termina en feminicidio, cabe resaltar como hemos señalando en apartados anteriores que la severidad de las agresiones y de la violencia íntima se inflige en todas las edades causando continuos sufrimientos y graves efectos físicos y mentales en las mujeres cartageneras víctimas derivados de la violencia física, pero también psicológica, sexual, económica y patrimonial. Cabría señalar aquí que la situación de pobreza (un 48% estimada para el año 2020) y de inequidad social de Cartagena de Indias, que afecta mucho más a las mujeres que a los hombres, hace que los efectos de la VCMP causen un daño mayor que la simple suma de sus propios efectos a las mujeres. La interacción entre la violencia por razones de género y la profunda desigualdad social (pobreza, hambre, desempleo, ausencia de ingresos y sin autonomía económica, etc.) configura un escenario de sindemia potenciando las condiciones desfavorables y ampliando las consecuencias negativas en las vidas de las mujeres mucho más allá del componente biológico-corporal.

Panorama desalentador en la ciudad

Los datos y las tendencias de la valoración de riesgos no permiten vislumbrar un panorama alentador en la ciudad. La ciudad registra una valoración de riesgo extremo alto que pone de manifiesto unas relaciones abusivas de poder, desigualdad y discriminación de género en el ámbito de la pareja que se traducen en una violencia machista y feminicida; una violencia que sustenta la cultura de orden patriarcal imperante en la sociedad cartagenera y que subyace y se construye en la familia, las escuelas y en el ámbito institucional con la influencia de los medios de comunicación.

Que la ciudad de Cartagena aporte a nivel nacional el 28% de los feminicidios del Informe y que se sitúe entre las ciudades del país con el mayor número de valoraciones del riesgo de violencia mortal contra mujeres, por parte de su pareja o expareja calificadas con nivel de riesgo extremo y grave, pone en evidencia la gravedad del problema. Y a la vez, demanda a la Institucionalidad actuar con rigurosidad y voluntad política para garantizar el derecho a la vida y la integridad física y psicológica de las mujeres asumiendo los compromisos internacionales y las leyes nacionales.

En este sentido es también motivo de especial preocupación el que a pesar de ser valoraciones anunciadas e informadas por el INMLCF exista todavía la posibilidad, tal como informa la Evaluación de la Aplicación del Protocolo de Valoración del Riesgo Feminicida, de que se presenten casos en los que mujeres valoradas en riesgo extremo vivan cotidiana y persistentemente graves situaciones de violencia que no sólo producen severas lesiones sino que pueden terminar en la muerte. De ser así, implicaría que las valoraciones en riesgo de violencia mortal no son atendidas oportuna ni suficientemente por la institucionalidad. Las autoridades pudieron y no tomaron medidas para protegerlas.

Las narrativas relacionadas con la VCMP en la ciudad y por parte de la Institucionalidad no están siempre en concordancia con la literatura y el mandato internacional. Con frecuencia, el panorama en los distintos sectores y las experiencias cotidianas vividas (en ámbito privado y público) por las mujeres están lejos de coincidir con las expectativas en torno a la igualdad de género y una vida libre de violencias. La cultura es legitimadora de relaciones sociales de dominación masculina y exclusión femenina acrecentando las desigualdades que deterioran y acortan la vida de las mujeres; y los comportamientos individuales y/o colectivos no siempre coinciden con las expectativas de las mujeres. En medio de estas contradicciones persiste un predominio de resistencias invisibilizadas que mantienen la naturalización de la violencia contra las mujeres y la oposición latente a la igualdad de género. Situación sociocultural que incide en la desequilibrada y recortada actuación de la institucionalidad y en las insuficientes y restringidas medidas de prevención y protección que se promueven e implementan.

Adicionalmente, está en juego el entendimiento y la apropiación del campo preventivo en el ámbito de la salud para el bienestar y calidad de vida. Se podría decir que el verbo prevenir se conjuga poco y su comprensión más allá de lo discursivo y convencional no alcanza a verse. En el día a día se desestima la importancia de la prevención no sólo en el campo de la salud sino en todos los ámbitos ciudadanos (circulación, seguridad viaria y peatonal, laboral, construcción y mantenimiento de edificios, etc.). El contraste entre el avance en el acceso a lo curativo–medicalizado (independientemente de la calidad y discriminación en la prestación de los servicios) y el “impasse” y el carácter marginal de la actuación preventiva –tanto en términos generales como en aspectos prioritarios de temáticas como la promoción y protección de la salud de la mujer– constituyen un perjuicio y un deterioro para las mujeres y una vulneración sistemática de sus derechos.

El papel de la prevención en salud, pese a algunos esfuerzos, queda reducido a las clásicas acciones individuales de prevención de enfermedades y planes de vacunaciones, y no alcanza a contemplar, en la práctica de intervención, una actuación integral desde la comprensión holística de los procesos salud–enfermedad–muerte. Si se comprende que los procesos determinantes de la salud y de la calidad de vida de las mujeres están relacionados con la inequidad estructural (económica, de género y étnica) y la organización social que determinan, la visión preventiva cambia. Se enriquece su conceptualización y se amplía en actuaciones, más allá de las prevenciones en base a los cálculos de riesgos que ocurren por fuera y a aquellas meramente patológicas –por supuesto, necesarias; pero a todas luces insuficientes–, orientándose a evitar la ocurrencia de la violencia machista y feminicida. Orientándose a la prevención estructural, como diría Saúl Franco.

La prevención para erradicar la VCMP deberá impulsar, por ejemplo, el fortalecimiento y ampliación de la autonomía y el empoderamiento de las mujeres, la transformación de los patrones familiares discriminatorios y desiguales (incluidas las sobrecargas en la economía del cuidado en el hogar), las actuaciones que garanticen la igualdad y el trabajo decente en el mercado laboral para las mujeres, y los planes de educación centrados en la igualdad de género y la coeducación. Si no orientamos la acción preventiva –por mucho que sea compleja y difícil– hacia transformaciones sustantivas desde una perspectiva diferenciada y desde la interseccionalidad que impliquen reales cambios en la sociedad, muy poco se podrá lograr más allá de evitar algunos efectos o impactos dañinos y letales. Será importante, pero incompleto.

Asimismo, deberá tenerse otra noción de la participación en salud y en el ámbito de la ciudadanía. Los ciudadanos y ciudadanas no pueden ser reducidxs a beneficiarixs agradecidxs que deben acudir a charlas y talleres desde una perspectiva paternalista y asistencial; ni a sujetos–clientes que se les propone opinar sobre lo decidido y que interesa ratificar; ni a ser asistentes pasivos de formalismos consultivos. La agenda de la participación no puede ni debe ser una mera forma para alcanzar objetivos institucionales sin vínculos efectivos con la ciudadanía ni tampoco puede ser el instrumento para legitimar las acciones, medidas, programas o políticas de la institucionalidad sin mayor alcance. La participación activa de los ciudadanos y ciudadanas tampoco se puede restringir a estar informadxs, a la instrumentalización del empoderamiento como una práctica para prevenir enfermedades y a asumir nuevas conductas saludables para mudar el comportamiento riesgoso. La participación en la práctica preventiva en salud coloca en el centro a las personas–ciudadanas fomentando su integridad, autonomía y emancipación para tener presencia y participar como sujetos sociales en la toma de decisiones para superar las situaciones de vulnerabilidad. La construcción de la salud, la protección de la vida y la vida saludable como bien común se insertan en un planteamiento político local y nacional que conlleva una democracia realmente participativa. Asimismo, el carácter de transformación implica una participación intersectorial real y articulada. Será fundamental para la reducción de las vulnerabilidades. En este sentido, la construcción de una propuesta preventiva para una vida libre de violencias y la salud de la mujer deberá contemplarse de manera integral y desde un marco político para abordar el plano de las vulnerabilidades socialmente presente. Deberá la concepción preventiva, como se ha mencionado antes, trascender la prevención de los riesgos y enfermedades e impulsar las acciones de cambio en los distintos ámbitos y sectores societales –desde lo objetivo y lo subjetivo– que realmente fomenten la autonomía y el empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género en la sociedad.

La violencia contra las mujeres, el riesgo feminicida y el feminicidio deberían ser abordados con mayor predisposición y capacidad por parte de la institucionalidad local para ejercer una eficaz prevención y protección a las mujeres víctimas; pero también para ejercer control y sanción ante estos hechos delictivos de violencia machista. La persistencia de una falta de voluntad política, una

adjudicación presupuestaria insuficiente, la focalización de la prevención en servicios de atención (sanitarios, jurídicos, sociales, policiales, etc.) de baja calidad y con importantes vacíos de articulación, las dificultades de acceso a la justicia y los altos niveles de impunidad, la ausencia de la incorporación adecuada de la perspectiva de género en medidas y acciones de prevención–protección–atención y la carencia de protocolos de actuación preventiva con visión holística y estratégica son circunstancias que ponen de relieve un tipo de respuestas fragmentadas, insuficientes en muchos casos a nivel individual, con un escaso abordaje político integral orientado a las reducciones de las situaciones de vulnerabilidad estructural que inciden en la vida de las mujeres víctimas, y de insignificante impacto a nivel de la salud colectiva. Se impide el logro de las expectativas en el ámbito de garantizar la vida y la salud de las mujeres.

Desde la perspectiva de la salud es imprescindible no tecnificar el tema. La responsabilidad de la Institucionalidad de cumplir con la obligatoriedad de proteger y garantizar los derechos humanos de las mujeres no se reduce a la formulación de políticas públicas y programas, a actuaciones de servicios técnicos y jurídicos, ni a abrir espacios de participaciones formales y consultivas. Se hace necesaria, sin dejar de atender lo inmediato, una direccionalidad estratégica transformadora orientada a la igualdad y la democracia plena, que implica reformas reales en los distintos ámbitos y sectores de la sociedad para lograr una prevención eficaz y real para las mujeres.

Priorizar una direccionalidad estratégica e integral en el campo de la salud significa enfrentar las vulnerabilidades estructurales desde distintos campos y sectores articulados. No significa que no deban implementarse la legislación, la vigilancia, las medidas de protección, la lucha contra la impunidad como una vía para evitar la violencia de género extrema; pero hasta que no se supere la mentalidad focalizada y fragmentaria y se apueste por acciones que favorezcan la autonomía y el empoderamiento de las mujeres en los distintos ámbitos y sectores societales, los resultados serán limitados y con perspectiva acotada.

Más allá del enfoque de riesgo

En este ejercicio de aproximación a la VCMP y sus consecuencias se ha intentado realizar un recorrido teórico, desde el ámbito de la salud colectiva y una mirada crítica sobre el problema que contempla no sólo distintos abordajes sino múltiples interpretaciones y posicionamientos. Nada nuevo, donde predomina el pensamiento hegemónico de las ciencias caracterizado por el pragmatismo positivista; pero también donde se constatan aportes teóricos e interpretativos que asumiendo las dinámicas de las contradicciones y vulnerabilidades estructurales dan luces de mayor complejidad sin ánimo de negar lo inmediato; pero con la convicción de profundizar en las actuaciones aunque parezcan imposibles. El enfoque feminista y el posicionamiento de la salud colectiva de América Latina en la determinación social de la salud aportan una interpretación crítica y una direccionalidad estratégica en la intervención que no se puede ignorar ni omitir si se desea avanzar en la erradicación de la VCMP y de los feminicidios y en lograr garantizar la salud y la calidad de vida en las mujeres.

En un segundo momento, la atención se centra en las diferentes posturas acerca de las causas de la VCMP y del feminicidio. Ahí prima el modelo ecológico, utilizado en la mayoría de países y recomendado por los organismos multilaterales, con sus múltiples niveles y su conjunto de factores que influyen en las tendencias de la VCMP y de la violencia feminicida. Dinámicas con múltiples causales, asociaciones de factores y ejercicio probabilístico del riesgo prevalecen como instrumentos de identificación del problema y su gravedad y como orientación de la intervención y acción preventiva. Hoy por hoy, en todos los países los resultados son diversos, con limitantes y con un grado de insatisfacción por un sinfín de razones inherentes a los distintos grados y rigurosidad de las implementaciones, pero también por las tensiones del propio marco conceptual del modelo. Pese a los amplios esfuerzos teóricos de ampliar y ajustar la propuesta del modelo, quizás la limitante más notoria es no avanzar en el abordaje de la determinación social de la VCMP y las situaciones de vulnerabilidad estructural que se configuran en la sociedad. Es el dilema clásico entre las “hojas” y las “raíces” de un problema, donde no vale la pena considerar las “raíces” porque “no se puede” intervenir ni cambiar.

El abordaje de la VCMP en Colombia desde una perspectiva nacional y local (ciudad de Cartagena de Indias) es una observación descriptiva, a partir de los datos oficiales, del comportamiento específico de esta violencia y sus consecuencias letales en la vida de las mujeres. La VCMP, sus efectos feminicidas y la valoración del riesgo de muerte obligan a contextualizar el fenómeno dentro de la dinámica feminicida donde las observaciones constatan un comportamiento similar a otros países pese a los subregistros y la invisibilización estadística manifiesta; pero también ponen en evidencia las limitaciones propias en el campo de la intervención y de la prevención efectiva.

La observación tiene como último aspecto la dinámica de la VCMP y el feminicidio en la ciudad de Cartagena, la ciudad Heroica, turística por excelencia, y rostro del país en el exterior donde pese a ser Cartagena de Indias una de las ciudades con un mayor porcentaje de riesgo extremo detectado año tras año y de disponer de los informes del INMLCF para la prevención secundaria de la violencia contra la mujer y la adopción de acciones oportunas y pertinentes de protección y atención para evitar el riesgo de muerte de las mujeres víctimas no sólo han sido insuficientes sino que puede afirmarse que han sido deficitarias en el corto plazo, con la seguridad de las mujeres, con garantizarles justicia y con impedir la impunidad de la agresión. Pese a todo no es un tema prioritario para una

Institucionalidad que transita con escasa sensibilidad de género y con un marco de actuación en el desarrollo local de espaldas a la igualdad de género.

La observación de la información y de los datos evidenció que la visibilidad de la magnitud de la VCMP y de los feminicidios es limitada. El problema es infraidentificado, infradiagnosticado e infradeclarado mostrando disonancias (a pesar del esfuerzo del Sistema integrado de información de violencias de género –SIVIGE–) entre los distintos sistemas de información y registros estadísticos de las diferentes fuentes oficiales. Particularmente, la vigilancia y análisis de los datos disponibles en el sistema de salud hacen evidente la necesidad de mayor precisión e información detallada (incluida la de género). Todo ello indica subregistros estadísticos, ocultamiento de los hechos e invisibilización de la VCMP y de los feminicidios e implica serias limitaciones para conocer la incidencia y prevalencia real tanto de la VCMP como de los feminicidios.

La dimensión social, sanitaria, económica y política de la VCMP ya es consabida por todos los sectores y estamentos públicos y privados. Su magnitud constituye una alarma pública y política que exige una actuación en profundidad coherente con las raíces y determinaciones del proceso violento que daña la salud y la vida de las mujeres y puede terminar con su muerte. Todas estas acciones impulsadas para combatir la violencia contra las mujeres, hoy por hoy, no resultan proporcionales a la magnitud del problema ni tampoco los esfuerzos de prevención y protección están mostrando la eficacia deseada. En su mayoría las intervenciones, focalizadas a nivel individual y con un entendimiento de factores causales asociados, se dirigen a tratar a las mujeres con agresiones físicas de mayor o menor grado de gravedad, que si bien son absolutamente necesarias no son suficientes. Son la parte más visible y llamativa del problema que muy probablemente no abarca ni el 5% del total de mujeres maltratadas. Si tenemos en cuenta que las cifras y datos indican que la violencia de pareja es un problema emergente en parejas de adolescentes y jóvenes; y que el propio INMLCF estima que solo entre el 30 y el 35% de los actos de violencia se denuncian,¹¹⁴ la cobertura de las actuaciones de otros sectores podría llegar a ser, estimativamente, inferior a un 15% del total de mujeres que sufren la violencia machista. La mirada profunda a la prevención y promoción en salud en relación a la VCMP observa que para disponer de unas condiciones básicas para desarrollar la intervención y lograr los propósitos a favor de la reducción y erradicación de las violencias contra las mujeres se requieren cambios sustantivos en políticas, enfoques, implementaciones y servicios de salud y de otros sectores participantes.

En relación a los feminicidios no hay claridad ni precisión en los datos y la información registrada. Aquellos más identificados son los homicidios efectuados por pareja o expareja que corresponderían en las mujeres a feminicidios íntimos. Más allá de la valoración de los datos expuestos en el texto, desde la perspectiva de la determinación del fenómeno, se hace importante resaltar que no se observa una relación entre el comportamiento de los feminicidios (número de casos registrados) con el del total de homicidios en el tiempo. El descenso de los homicidios (muy significativo en los hombres) durante el período no se acompaña de la disminución del número de feminicidios. Mientras la violencia social y política ha disminuido en estos diez últimos años y decrecen los homicidios masculinos, la ocurrencia de los feminicidios se mantiene en el tiempo e incluso experimenta un ligero incremento. Si bien los feminicidios pueden estar afectados por el contexto, los datos muestran que fundamentalmente la violencia feminicida caracterizada por el poder y dominio masculino y las desigualdades de género se mantiene en el tiempo de manera sostenida. A su vez, se percibe que las

¹¹⁴ Ver al respecto *El Tiempo* 27 noviembre 2017. Según el INMLCF, sólo entre el 30 y el 35% de los actos de violencia, especialmente la sexual, se denuncian, pero, en todo caso, estos son los que terminan en los procesos judiciales, pues son los únicos sucesos que aparecen en las estadísticas forenses.

dinámicas de violencia contextual (agresiones personales, de violencia social, económica, política, y de otras situaciones violentas) no alcanzan a dar la explicación de la ocurrencia de la violencia feminicida (matar por el hecho de ser mujer).

Todo indica que hay un fenómeno de violencia extrema contra las mujeres basada en la inequidad estructural de género que tiene un comportamiento específico en el tiempo y en la ocurrencia. Hay una diferencia en la manera de expresarse con respecto a la violencia contextual (interpersonal, social, económica, política, etc.) que implicará una mirada diferenciada. Demanda un abordaje distinto no sólo en materia de identificación sino de análisis e intervención en la prevención, protección y atención desde el enfoque de género y la perspectiva de interseccionalidad. De la misma forma, desde el desafío de la salud colectiva, el comportamiento de la violencia extrema de género nos indica la determinación estructural y su carácter relacional que se manifiesta en las distintas situaciones determinantes de vulnerabilidad para las mujeres. Ante este contexto, el enfoque de Riesgo y su focalización individual experimenta limitaciones en sus respuestas efectivas y diferenciadas. El abordaje desde el enfoque de la vulnerabilidad, pese a su amplitud y complejidad, direcciona la intervención preventiva y su carácter intersectorial hacia la transformación de estas situaciones. Sin ello, no se conseguirá modificar la exposición de la violencia contra las mujeres de manera efectiva y sostenida ni tampoco se lograrán los cambios necesarios en el patrón sociocultural para erradicar la inequidad de género.

Atendiendo a la valoración del riesgo de violencia mortal, este instrumento pone de manifiesto las elevadas probabilidades de sufrir lesiones graves o fatales que tiene una mujer víctima de la VCMP. Los resultados obtenidos permiten estimar que más de la tercera parte de mujeres valoradas para identificar el riesgo de violencia feminicida se hallan en riesgo extremo de ser asesinadas. Al respecto, se constata que la violencia feminicida no se trata de un incidente aislado, casual o puntual y su magnitud y gravedad obligan a que la detección y el abordaje sean inmediatos. Independientemente de las limitaciones o vacíos, ya mencionados, que tienen estas técnicas probabilísticas, es una herramienta de valor reconocido en el perfil y grado del riesgo (la intervención no debe confundirse con la intervención de causas). Su aporte sustenta la necesidad fundamental de evitar la muerte y apunta a abordar el probable feminicidio con acciones específicas –más allá de las medidas para la erradicación de la VCMP–. Su carácter de urgencia define una situación de necesidades urgentes que deben ser abordadas en el conjunto de las intervenciones encaminadas a impedir su ocurrencia y brindar seguridad a las mujeres. Aquí implica que la institucionalidad asuma sus responsabilidades sin dilaciones, sin dilataciones y sin pretextos. Evitar el feminicidio y el derecho de las mujeres a la vida –y más con un informe de valoración de riesgo– no puede estar subordinado a cuestiones económicas, presupuestarias o administrativas.

Por supuesto que en el ámbito de la intervención juegan distintos aspectos que inciden sobre la evolución del fenómeno. La lógica cultural patriarcal está presente en todos los ámbitos (público y privado) y en los distintos sectores de la sociedad y la naturalización de la violencia contra las mujeres, su justificación y su tolerancia, en mayor o menor grado, permeabiliza todos los estamentos y a todxs lxs actorxs de la sociedad. La institucionalidad no queda ajena. En relación a este aspecto cabe preguntarse por la actuación de la institucionalidad. Uno de los mayores retos planteados por la ocurrencia de la VCMP y del feminicidio es la sensibilidad de la clase política y del funcionariado sobre el tema de las violencias contra las mujeres y la igualdad de género. La actuación y funcionalidad de la institucionalidad está, guste o no guste, estrechamente vinculada con la voluntad política y ésta, a su vez, con el compromiso y la sensibilidad de los dirigentes en la igualdad de género, en la incorporación de la perspectiva de género y en el impulso de la transversalidad de género de la Administración –en la formulación de políticas y programas y en la organización institucional–. Sin

ello no hay prioridad en las garantías de los derechos humanos de las mujeres y en el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias.

Hoy por hoy, las Administraciones públicas siguen siendo insensibles y resistentes a la igualdad de género y a la obligatoriedad de garantizar los derechos de las mujeres en todos los ámbitos, y un ejemplo es la Institucionalidad de la ciudad de Cartagena de Indias. A pesar de la retórica instaurada subyace la lógica patriarcal que no adopta como centralidad la igualdad de género como objetivo prioritario de una sociedad justa y un desarrollo inclusivo. Se refleja en una insuficiente direccionalidad estratégica –si existe– a favor de la igualdad de género, un vacío en las políticas públicas, un desajuste presupuestario para materializar los derechos humanos de las mujeres, un desequilibrio operativo con desatención, descoordinación y pérdida de eficacia con resultados escasos e impactos –si se logran– de poca durabilidad en el tiempo.

Este panorama impide tener una actuación coherente y consistente tanto con la “prevención inmediata” para evitar el feminicidio como con una prevención sustantiva y profunda (J. Breihl, 1999) que se requiere para erradicar las violencias contra las mujeres. La sensibilidad y la comprensión del fenómeno desde la igualdad de género es fundamental para una actuación de prevención–protección y atención eficaz tanto de carácter primario como profundo. Su ausencia condiciona las acciones –que debería asumir la institucionalidad– con serias desarticulaciones y limitantes, al no garantizar las respuestas oportunas que se necesitan desde la especificidad de género y no favorecer los intereses estratégicos de las mujeres ante la VCMP y la violencia feminicida. En ellas está la tan nombrada impunidad, que incluso estudios probabilísticos realizados sitúan como un elemento clave para neutralizar la violencia feminicida.

Las resistencias en la transformación de la Administración y sus áreas específicas –como podrían ser economía, salud, educación, justicia y seguridad– no sólo impiden avanzar en la defensa de los derechos de las mujeres y la igualdad de género sino que frenan el liderazgo del Estado para impulsar la transformación societal en términos de justicia de género; dan lugar al incumplimiento sistemático de sus obligaciones internacionales como es el mandato de la Convención de Belém do Pará¹¹⁵ y, en últimas favorecen la perpetuación y el aumento de la violencia contra las mujeres y sus efectos dañinos para su salud y sus vidas.

Desde la prevención de la VCMP no hay duda que una mayor sensibilidad de la Institucionalidad conlleva a un mayor despliegue de políticas públicas e iniciativas legislativas y normativas, así como tiene un efecto en el desarrollo de cambios en relación con la implementación de programas y dotación de recursos e infraestructuras en las distintas áreas de la Administración. Así mismo, la acción intersectorial es fundamental (jurídica, seguridad, económica, trabajo, educación, bienestar social, etc.); pero su alcance y sus logros dependen no sólo si se consigue una adecuada articulación de todas los sectores o áreas administrativas sino también sobre qué enfoque preventivo se trabaja. Como se ha señalado en distintos apartados, el enfoque predominante es el de riesgo configurando poblaciones de riesgo y una actuación focalizada en el nivel individual e interrelacionada con las cadenas causales, factores de riesgo y factores protectores o de compensación y su carácter probabilístico. Es una actuación que si tiene claridad en su identificación, se puede reconocer que facilita el diseño de programas de intervención, es operacional y demuestra cierta efectividad en el ámbito de cambios de prácticas de las personas (individualidad). Sin embargo, su concepción si bien los

¹¹⁵ La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como Convención de Belém do Pará (1994), define la violencia contra las mujeres, establece el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia y destaca a la violencia como una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales.

puede reconocer y mencionar, no contempla el carácter complejo, relacional y dinámico de los contextos que configuran las situaciones determinantes de vulnerabilidad. Habrá en la intervención límites individuales, no incide en la prevención estructural y en consecuencia tiene dificultades para garantizar modificaciones y cambios sostenidos. Con frecuencia las actuaciones de prevención son limitadas y sus éxitos son relativos desde una perspectiva de cambio y sostenibilidad.

Otro posicionamiento será desde la determinación social de la salud que nos demanda una mirada holística, dinámica, compleja y no lineal de los procesos salud–enfermedad–atención. La centralidad será en los procesos de la VCMP estrechamente relacionados con contextos sociales como determinantes de distintas situaciones de vulnerabilidad. La prevención consistirá en ir más allá de la prevención primaria y direccionarla hacia la prevención profunda (J. Breihl) o estructural (S. Franco) y la promoción del cuidado para ganar en efectividad y lograr cambios duraderos. En este sentido la articulación de los distintos sectores es imprescindible para dar respuestas integrales orientadas a las transformaciones sociales donde se vinculan los cambios sociales necesarios con los derechos de las mujeres, el empoderamiento y autonomía de las mujeres, el fortalecimiento de su ejercicio de ciudadanía, la acción jurídica, etc. Si bien nadie niega la complejidad y lo abarcativo de los análisis y de la intervención, se hace imprescindible una direccionalidad integral (niveles y componentes múltiples) hacia transformaciones sociales para un avance significativo en la prevención de la VCMP y los feminicidios. Lo importante es la direccionalidad de la intervención que lógicamente contemplara unas acciones enmarcadas en la efectividad y progresividad. De lo contrario la prevención del fenómeno seguirá siendo limitada, corto–placista y reducida desde la dimensión colectiva.

En todo este panorama de la VCMP, es evidente que las acciones de prevención no pueden quedar restringidas al sector salud. La experiencia muestra su limitado impacto por distintos motivos, unos intrínsecos al sector y otros de ausencia de articulación con los demás sectores. Sin embargo, el sector tiene un papel importante a desarrollar por el proceso salud–enfermedad–atención que se presenta en la VCMP; pero su debilidad es notoria, pese a sus actuaciones, ya que en términos generales las mujeres no suelen recibir la atención adecuada. El abordaje eminentemente biologicista de la atención y su respuesta medicalizada en muchas ocasiones no suele ser la más adecuada para las mujeres víctimas. En ello inciden muchos aspectos; pero la escasa formación de lxs profesionales de la salud (médicxs, enfermería, auxiliares, técnicos, administrativos, etc.) respecto a este grave problema, la limitada incorporación de la perspectiva de género en la praxis asistencial e instituciones sanitarias y la falta de tiempo por parte de lxs facultativxs en las consultas constituyen obstáculos importantes para la atención–prevención–protección de las mujeres maltratadas. Resultado: acúmulo de fracasos desapercibidos y no reconocidos, el riesgo de la medicalización de la violencia y el infradiagnóstico e invisibilización de la VCMP. Teniendo en cuenta que las mujeres violentadas física, sexual o psicológicamente acuden habitualmente a los servicios sanitarios, y no necesariamente a urgencias, el sistema sanitario pierde la oportunidad de la detección precoz, el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado y una actuación inicial de prevención integral vinculada con otros sectores necesarios.

Las acciones y normativas impulsadas en el sector salud, hoy por hoy, han tenido resultados en la práctica muy limitados y las entidades prestadoras de servicios no tienen, en su mayoría, incorporado el enfoque de género ni la prioridad asistencial contempla la salud mental. Las condiciones para abordar adecuadamente la problemática en el sector asistencial de la salud son reducidas y la temática tampoco parece ser prioritaria. Todo ello se refleja con frecuencia en un conjunto de barreras (incluidas tecno–administrativas) en el acceso a la atención, en falta de actuaciones preventivas primarias oportunas y adecuadas, en una coordinación intersectorial muy insuficiente, en unos altos subregistros por ausencia de detección precoz y diagnósticos oportunos, ya que los problemas de salud derivados de la VCMP no son reconocidos o relacionados, habitualmente, por los profesionales

sanitarios ni figuran como preocupación de las instituciones sanitarias. Asimismo, la investigación sobre la violencia de género y la VCMP desde el sector salud son insuficientes y se hacen necesarios más estudios e información epidemiológica sobre la incidencia y prevalencia de la VCMP; la comprensión del fenómeno de la VCMP y sus efectos en la vida y la salud de las mujeres; los estudios que analicen las estrategias de prevención; y aquellos que evalúen intervenciones tanto en el ámbito de la atención como de la prevención. Promover las investigaciones en el ámbito de la salud acerca de la VCMP es fundamental para las propuestas diferenciadas de intervención en la detección y prevención de la violencia y el feminicidio. En términos generales e institucionales, si bien hoy se dispone de la Ruta de Atención Integral para las víctimas de violencia de género¹¹⁶, la sensibilización y la responsabilización de las entidades sanitarias no se traduce en la práctica en iniciativas que marquen la diferencia y sean sustanciales en la detección y el abordaje integral de la VCMP; tampoco opera un sentido de la importancia de la articulación con otros sectores (con frecuencia no trasciende la formalidad administrativa) para lograr una mayor y eficaz actuación preventiva y de protección para las mujeres víctimas.

¹¹⁶ En el marco del abordaje integral de las violencias de género, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolla acciones para el fortalecimiento institucional y el apoyo técnico a los departamentos, distritos y municipios priorizados para la construcción de rutas intersectoriales para la atención integral a las víctimas de violencias de género con énfasis en las violencias sexuales. Véase: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Ruta-de-atencion-integral-para-victimas-de-violencias-de-genero.aspx>

Contrapuntos

La importancia de la VCMP y del feminicidio no parece que sólo se pueda medir en términos de frecuencia se debe contemplar y medir en términos de situaciones sociales de vulnerabilidad (ique no son riesgos!) y consecuencias. No se puede ocultar las relaciones bidireccionales de los procesos que determinan o no la violencia, sin lo cual nunca la intervención será íntegra y holística.

La lucha por erradicar la violencia contra las mujeres y niñas como expresión máxima de la lógica patriarcal de sometimiento y dominación del hombre sobre la mujer no se puede banalizar ni deformar su verdadero significado. Hay que direccionar esfuerzos en maximizar la visibilización (detección, diagnóstico, estadísticas, comunicación social, etc.), mantener el verdadero carácter estructural de la violencia contra las mujeres, y con actuación intersectorial coherente, coordinada y articulada minimizar su ocurrencia antes que se produzca. La construcción de las respuestas deben ser generar posibilidades reales de vida y equidad en todas las áreas sin despolitizar la violencia de género. Sin lo cual nunca se conseguirá.

En prevención es preciso reconocer su extensión en los distintos niveles y debe ir más allá del nivel personal por muy eficaz y necesaria que sea. Asimismo, en el nivel social la “actuación preventiva” debe actuar en el modelo institucional orientándose a revertir las consecuencias negativas y graves determinadas por las actuaciones desfavorables e inadecuadas del funcionamiento de la Institucionalidad (áreas de la salud, jurídica, servicios sociales, educativa, seguridad, trabajo, economía, etc.). En la violencia contra las mujeres y las niñas no se puede aceptar la lógica del “riesgo–aceptable” porque asume o tolera en forma consciente por considerar innecesaria, normal, natural o imposible actuar, la violencia machista y, en particular, sus consecuencias. La prevención profunda o estructural no puede quedar en el margen o postergarla a un segundo momento. Debería direccionar todo el accionar preventivo y orientarse a la transformación estratégica y progresiva de las estructuras de inequidad (género, étnicas, socioeconómicas) que determinan los procesos de VCMP a través de los distintos sectores o áreas administrativas. Eludir la intervención de la determinación estructural es permanecer con el fenómeno y el sufrimiento de las mujeres a mayor o menor escala, reducir las actuaciones a gestionar una crisis de la mejor manera posible, y renunciar a modificar la situación de forma efectiva y sostenida. Sin lo cual nunca liberaremos a la prevención de reduccionismos y carecerá de su potencial transformador.

El papel del sector justicia no se discute en la intervención preventiva del fenómeno, incluso debería revalorizarse desde la estrategia de prevención. La dificultad de acceso a la justicia y su inadecuado funcionamiento es reconocido que contribuyen a la impunidad de los hechos y a perpetuar la violencia contra las mujeres y la violencia feminicida. En este ámbito ocupa relevancia la lucha contra la impunidad, incluso en determinados posicionamientos dominantes y en algunos estudios probabilísticos le adjudican el rol central para acabar con la violencia de género extrema. No parece que la reducción del fenómeno, desde la perspectiva de la vulnerabilidad, pueda garantizar efectividad si se restringe la intervención a la esfera institucional de la justicia. Conduce a una intervención fragmentada que puede tener logros parciales e individualizados; pero reduce el alcance de los resultados preventivos. Si bien, es vital la justicia y necesaria la lucha contra la impunidad para las mujeres víctimas y para el propio marco preventivo, el depositar la centralidad de la prevención de la ocurrencia de la violencia en la eficacia y eficiencia del ámbito jurídico es tan utópico como seguir considerando que la prevención empieza y acaba en el sector salud. Hay en el proceso de la violencia

otras situaciones que mantienen distintas vulnerabilidades y demandan ampliar el plano desde la acción intersectorial. Sin ella no se mejorarán en efectividad ni se ampliarán los resultados en aras a la reducción de la vulnerabilidad.

En la sociedad, la actuación contra la violencia contra las mujeres y niñas si no se fusiona con la movilización contra las inequidades y a favor de la igualdad de género y la defensa de la vida digna y del bien común, tendrá poco sentido y carecerá de alcance real e impacto social. Las lógicas patriarcales constituyen un orden social que implica en muchos contextos, sectores y situaciones un poder social y beneficios para los hombres y subordinación y desventajas para las mujeres que van más allá de lo niveles domésticos y nos sitúan en una dimisión política donde debe abordarse el poder en las toma de decisiones políticas y económicas para que las mujeres puedan participar en igualdad de condiciones y tengan centralidad los derechos de las mujeres y la igualdad de género. Para la salud colectiva la dimensión política y la participación ciudadana es fundamental para garantizar el interés común desde la equidad y diversidad y propiciar las condiciones saludables y de bienestar para todas y todos. Sin lo cual, tampoco es posible confrontar democráticamente las resistencias y la tolerancia reinante que sustenta implícita o explícitamente la violencia contra las mujeres y las niñas.

En el modelo de desarrollo imperante prevalecen las inequidades socioeconómicas, étnicas y de género y las condiciones cotidianas de exclusiones sociales y políticas que afectan de manera específica a las mujeres. Este legado del desarrollo persiste sumergido en una cultura patriarcal que propicia la negación de las mujeres como sujetas de derechos; y perpetúa profundas y dolorosas situaciones en la vida cotidiana de las mujeres, que afectan a su ámbito íntimo de la salud y la sexualidad, al desarrollo y realización de sus capacidades, al de la socialización y al ejercicio de ciudadanía. La violencia como fruto de la subordinación de género se convierte en el instrumento –permitido y silenciado– para seguir manteniendo la subordinación de manera activa en distintos ámbitos del desarrollo. No se puede aceptar ni perder el sentido de la lucha por la erradicación de las violencias machistas y la igualdad de género: de ninguna manera es para sostener la rentabilidad y el crecimiento económico del modelo de desarrollo vigente, como distintos estamentos argumentan. Toda actuación contra la violencia de las mujeres debe enmarcarse desde el compromiso por historizar los derechos de las mujeres, expandir su autonomía y empoderamiento y hacer realidad, la justicia de género (redistributiva, reconocimiento, participativa) en el desarrollo.

Hacia ese objetivo debe apuntar toda la conceptualización, argumentación y acción para terminar con unas prácticas de barbarie que conllevan nefastas consecuencias en la vida de las mujeres y las niñas. No se trata de reformar para atenuar y continuar con lo existente sino de transformar, como horizonte social y político, las condiciones de vida, tanto materiales como simbólicas para hacer realidad la vida digna. La aportación de la salud será el esfuerzo y compromiso sostenido con la defensa y el cuidado de la vida digna. Con los derechos de las mujeres y la igualdad de género para propiciar un desarrollo equitativo y sostenible que garantice la vida digna de las mujeres en sus vidas cotidianas libres de violencias y exclusiones.

Referencias bibliográficas

- ALAMES-UAM Taller Latinoamericano sobre *Determinantes Sociales de la Salud*, (2008) organizado por Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES)-Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). México.
- Breilh, Jaime. “Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud.
- Alencar-Rodrigues, R. y Cantera, L. Violencia de género en la pareja: una revisión teórica. *Psico* v. 43, n. 1, pp. 116-126, jan./mar. 2012.
- Almeida-Filho, N. “Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones”. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 2(2): 123-146, Mayo–Agosto 2006.
- Almeida-Filho, N., Castiel, L.D., Ayres J. R. “Riesgo: concepto básico de la epidemiología”. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 5(3):323-344, Septiembre-Diciembre, 2009.
- Amorós, Celia. (1990), “Violencia contra las mujeres y pactos patriarcales”, Virginia Maquieira y Cristina Sánchez (comps.), *Violencia y sociedad patriarcal*. Madrid, Editorial Pablo Iglesias.
- Amorós, Celia. *El feminismo: senda no transitada de la Ilustración*. Universidad Complutense, 1990.
- Amorós, Celia y De Miguel, Ana (Eds.) *Teoría Feminista: De la Ilustración a la globalización, de los debates sobre el género al multiculturalismo*. Minerva Ediciones, Madrid, 2005.
- Andrés Pueyo, A., López, S. y Álvarez, E. (2008) “Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por medio de la SARA”. *Papeles del Psicólogo*, 2008. Vol. 29(1), pp. 107-122.
- Andrés Pueyo, A. (2007). Evaluación del riesgo de violencia.
https://www.academia.edu/27661771/Evaluaci%C3%B3n_del_riesgo_de_violencia_EVALUACION_DEL_RIESGO_DE_VIOLENCIA
- Andrés Pueyo, A. y Echeburúa, E. “Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación”. *Psicothema*, 22, 403-409, 2010.
- Asamblea Mundial de la Salud (AMS). *Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública (manual de resolución)*. WHA, 25 de mayo de 1996 (Sexta sesión plenaria, cuarto informe de la Comisión B. 3ª ed.).
- Ayres, J.R., I.França J., G. Junqueira C. y G.C. Saletti F. “El concepto de la vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos”. En *Promoción de la Salud –Conceptos, reflexiones, tendencias–*. Dina Czeserina y Carlos Machado de Freitas. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2006. Pág. 135-161.
- Benach, J. y Muntaner, C. “Desigualdades en salud: una epidemia que podemos evitar”. (Entrevista por Salvador López Arnal), *Rebelión*, 31 de agosto de 2008. <https://rebelion.org/desigualdades-en-salud-una-epidemia-que-podemos-evitar/>

- Borrajo, E., Gámez-Guadix, M. y Calvete, E. (2015). "Cyber dating abuse: prevalence, context, and relationship with offline dating aggression". *Psychological Reports*, 116, 565585. <https://doi.org/10.2466/21.16.PR0.116k22w4>
- Bosch-Fiol, E. y Ferrer-Pérez, V. A. (2019). "El Modelo Piramidal: alternativa feminista para analizar las violencias contra las mujeres". *Revista Estudios Feministas*, Florianópolis, Brasil 27(2): <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n254189>.
- Breilh P, J. *Género, poder y salud*. Universidad Técnica del Norte y Centro de Estudios y Asesorías en Salud (CEAS). Quito, 1993.
- Breilh P, J. *El género entre fuegos: Inequidad y esperanza*. Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), 1996, Quito.
- Breilh P, J. *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2003.
- Breilh P, J. "Las tres 'S' de la determinación de la vida. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud". Capítulo del libro: Passos Nogueira, Roberto, ed. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Río de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2010. 200 p.
- Brown, C. y Hegarty, K. (2018). "Digital dating abuse measures: A critical review". *Aggression and Violent Behavior, A Review Journal* 40, 44-59. doi: 10.1016/j.avb.2018.03.00.
- Bronfenbrenner, Urie. *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós, 1979.
- Campbell, J. C. (2002). "Health consequences of intimate partner violence". *The Lancet*, 359:1331-1336. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08336-8 PMID:11965295 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
- Cano, Julieta Evangelina (2014). "Violencia contra la mujer en el ámbito de la pareja. Definiendo términos". *Sistema Argentino de Información Jurídica* (Infajus). Diciembre. www.infojus.gov.ar.
- CEDAW (1979) Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. "Recomendación General N ° 19 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer", de 1992, párrfs. 6 y 7, emitida de conformidad con el Artículo 21 de la CEDAW.
- CEPAL. Observatorio de Igualdad de Género (2021). Disponible en : <https://oig.cepal.org/es/indicadores/muerte-mujeres-ocasionada-su-pareja-o-ex-pareja-intima>
- Cobo, J. A. (2007). "La prevención de la muerte homicida: un nuevo enfoque". Informe técnico no publicado. *El Justicia de Aragón* (expediente n° 1066/07).
- Congreso de Colombia: Ley 1257 de 2008 (diciembre 4). Bogotá.
- Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "CONVENCION DE BELEM DO PARA": Suscrita en Belém do Pará, Brasil, el 9 de junio de 1994, en el vigésimo cuarto período ordinario de sesiones de la Asamblea General. Organización de los Estados Americanos.
- Convenio Estambul 2011. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Estambul, 11.V.2011. Council of Europe Treaty Series- No. 210.

- De Miguel Á., Ana. “La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género”. *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 18 (2005): 231-248.
- Domènech i Argemí, M. y Íñiguez Rueda, “La construcción social de la violencia”. *Athenea Digital: Revista de Pensamiento e Investigación Social* · Noviembre 2002.
- Echeburúa E., Amor, P. J., Loinaz y Paz de Corral, I. “Escala de predicción del riesgo de violencia grave contra la pareja –Revisada– (EPV-R)”, *Psicothema* 2010. Vol. 22, nº 4, pp. 1054-1060. www.psycothema.com
- Ferrer-Pérez, V. A y Bosch-Fiol, E. “El género en el análisis de la violencia contra las mujeres en la pareja: de la “ceguera” de género a la investigación específica del mismo”. *Anuario de Psicología Jurídica*. Nº. 29, 2019, págs. 69-76, Madrid.
- Gámez-Guadix, M., Borrajo, E. y Calvete, E. “Abuso, control y violencia en la pareja a través de internet y los smartphones: características, evaluación y prevención”. *Papeles del Psicólogo*, vol. 39, núm. 3, 2018 (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España) <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77857281013>
- García-Moreno, C. (2000). *Violencia contra la mujer: Género y equidad en la salud*. Organización Panamericana de la Salud y Harvard Center for Population and Development Studies. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DBI/po06.htm>
- Graham, D. L. R., Rawlings, E. y Rimini, N. “Survivors of terror: battered women, hostages and the Stockholm Syndrome”. En K. Yllo y M. Bograd (eds.), *Feminist perspectives on wife abuse*. London: Sage, 1998. Págs. 217-233.
- Heise, Lori L., What Works to Prevent Partner Violence: An Evidence Overview (¿Qué funciona para prevenir la violencia de pareja? Una descripción general de la evidencia). Department for International Development. London. December 2011.
- Hill Collins, P. *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. Routledge Classics 2000. Disponible en <https://uniteyouthdublin.files.wordpress.com/2015/01/black-feminist-thought-by-patricia-hill-collins.pdf>
- INMLCF Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2014). *Protocolo de valoración del riesgo de violencia mortal contra mujeres por parte de su pareja o expareja*. (La primera versión fue en el año 2013). Bogotá.
- INMLCF Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2017). Valoración del riesgo de violencia mortal contra mujeres por parte de su pareja o expareja: Prevención secundaria. *Boletín Epidemiológico Violencia de Género en Colombia*. Análisis comparativo de las cifras de los años 2014, 2015 y 2016. Bogotá.
- INMLCF Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / ONU MUJERES Colombia (2019). *Evaluación de la Aplicación del Protocolo de Valoración del Riesgo Femicida (2014-2017)*. Bogotá.
- INMLCF Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2020). *Masatugó 2009-2014. Forensis de Mujeres*. Bogotá.
- Intendencia Regional de Atacama. *Protocolo de atención para casos de violencia intrafamiliar*. Ministerio Interior Chile. 2010. Disponible <http://www.intendenciaatacama.gov.cl/filesapp/Protocolo%20Atencion%20de%20VIF.pdf>

- Izaguirre, Inés. “Reflexiones sobre la violencia”. En *Violencia social y derechos humanos*. Eudeba. Buenos Aires. 1998. Pág. 14.
- Johnson, M. P. “Patriarchal terrorism and common couple violence: two forms of violence against women”. *Journal of Marriage and the Family*, 57 (May 1995) 283-294.
- Kelly, J. B. y Johnson, M. P. (2008). “Differentiation among types of intimate partner violence: research update and implications for interventions”. *Family Court Review*, 46 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1744-1617.2008.00215>.
- Krug E.; Dahlberg L.; Mercy J.; Zwi A., Lozano R. editores. *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2002. Informe técnico N°: 588.
- Lagarde, Marcela. *Identidad de género y Derechos Humanos. La construcción de las humanas*. Corte Interamericana de los Derechos Humanos. San José, C.R. : IIDH , 1996.
- Landenburger, K. (1989). A process of entrapment in and recovery from an abusive relationship. *Issues in Mental Health Nursing*, 10, 209-227. doi: 10.3109/01612848909140846
- Lorente Acosta, M. *El rompecabezas: Anatomía del maltratador*. Editorial Crítica. Barcelona. 2004.
- Marisol, Lila. “Investigación e intervención en violencia contra la mujer en las relaciones de pareja”. *Psychosocial Intervention*, vol. 19, núm. 2, Madrid, junio 2010, pp. 105-108.
- Martínez Salgado, Carolina “Abrir la Epidemiología”, Laurell, Asa Cristina, “Los determinantes sociales de la salud y la acción política”.
- Medina-Ariza, J. y Barberet, M. (2003). “Intimate Partner Violence in Spain. Findings from a National Survey”. *Violence against woman*.9:302-322.
- Naciones Unidas. Derechos Humanos (NN.UU. 1993). Vienna Declaration and Programme of Action. Adopted by the World Conference on Human Rights in Vienna on 25 June 1993. United Nations. Human Rights.
- Naciones Unidas Asamblea General (NN.UU. 1993. b) *Declaration on the elimination of violence against women*. Proceedings of the 85th Plenary Meeting. Geneva, 20 de diciembre de 1993.
- Naciones Unidas (NN.UU. 1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York, 1995.
- Naciones Unidas (NN.UU. 1995 b) *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995.
- Naciones Unidas (NN.UU. 2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*. Informe del Secretario General 6 de julio de 2006. Sexagésimo primer período de sesiones. Washington.
- Naciones Unidas (NN.UU. CSW57, 2013). *Informe sobre el 57º período de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer*. Nueva York, 4 al 15 de marzo de 2013.
- O’Leary, D. y Maiuro, R. D. (Eds.). *Psychological Abuse in Violent Domestic Relations*. New York: Springer Publishing Company. 2001.

- Observatorio de Femicidios Colombia, (O.F.C. 2020). Disponible en <https://www.vice.com/es/article/93w-zpz/mas-muertas-que-dias-que-pasa-con-los-femicidios-en-colombia>
- Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud (AMS 1996) *Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública* (manual de resolución). WHA, 25 de mayo de 1996 (Sexta sesión plenaria, cuarto informe de la Comisión B. 3ª ed.).
- Organización Mundial de la Salud (OMS-OPS, 2002) en su *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C.: OPS, © 2002.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005). *Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Informe preliminar de resultados* (www.who.org). Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS, 2003). *Informe mundial sobre violencia y salud*. Washington, D.C.
- Organización Mundial de la Salud (OMS 2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence*. Geneva, Switzerland.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). *Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer* (Centro de prensa, nota descriptiva, septiembre). Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. (OMS/EMTL, 2010). *Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (Traducción, 2011).
- Organización Panamericana de la Salud. OPS, 2013. *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Femicidio*. Washington, D.C.: Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98816/WHO_RHR_12.36_spa.pdf;jsessionid=3234B177B647433D7E6370AA12FB43B9?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud / Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (OPS/CDC 2014) Sarah Bott, Alessandra Guedes, Mary Goodwin y Jennifer Adams Mendoza. *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Washington, D.C.: OPS, 2014. Estudio de Colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, con aportes técnicos de MEASURE DHS, ICF International.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Violencia contra las mujeres*. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer>
- Protocolo Maputo, (2003) *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa* de julio de 2003; Maputo, Mozambique. Protocolo adicional a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. Entró en vigencia en 2005.
- Otero G., María A. y Ibarra M., María E. (2017). "Detrás de las cifras de violencia contra las mujeres en Colombia". *Sociedad y Economía*, núm. 32. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Universidad del Valle. Cali, Colombia.
- Rico, Nieves. *Violencia de género: un problema de derechos humanos*. Serie Mujer y Desarrollo 16. CEPAL 1996.

- Sagot R., M. *El femicidio como necropolítica en Centroamérica*. Disponible en labrys, études féministes/ estudios feministas juillet / décembre 2013 -julho / dezembro 2013.
- Sagot R. M. y Carcedo, A. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina* (estudios de caso de diez países). Organización Panamericana de la Salud (OPS) Programa Mujer, Salud y Desarrollo 2000.
- Stark, Evan i Anne Flitcraft (1996) *Women at Risk, Domestic Violence and Women's Health*. Thousand Oaks, CA, Londres, Nova Delhi: Sage Publications, 264 pp. Ver en *International Social Work*, 1997. Vol. 40 (2): 239-240. <https://doi.org/10.1177/002087289704000216>
- Stein, M.B., Kennedy, C. “Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence”. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 66, Issues 2–3, 2001.
- Stockl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, M., Campbell, J., Watts, C. y Garcia Moreno, C. (2013). “The global prevalence of intimate partner homicide: A systematic review”. *The Lancet*, 382, 859-865. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61030-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61030-2)
- Tjaden, P y Thoennes, N. (2000). “Extent, nature, and consequences of intimate partner violence”. Research Report. *Findings from the National Violence Against Women Survey*.:U.S. Department of Justice. Office of Justice Programs. National Institute of Justice.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC 2019). *Global Study on Homicide: Gender-related Killing of women and girls*. 2019, Vienna.
- Vives Cases, C. “Un modelo ecológico integrado para comprender la violencia contra las mujeres”. *Feminismo/s* 18, diciembre 2011, pp. 291-299.
- Walker, Leonore E. 1979, *The Battered Woman*. Ed. Harper Perennial, New York, 1980. Traducido por Ma. del Rocío Cordero. *El Síndrome de la Mujer Maltratada* (SIMAM). Desclée de Brouwer Editores, 2012.
- Zweig, J. M., Dank, M., Yahner, J., Lachman, P. “The rate of cyber dating abuse among teens and how it relates to other forms of teen dating violence”. *J. Youth Adolesc.* 2013 Jul;42(7):1063-77. doi: 10.1007/s10964-013-9922-8. Epub 2013



Con el apoyo de :

