

RESISTIR Y RE-EXISTIR ANTE LAS DESIGUALDADES: MUJERES DIVERSAS QUE ALZAN LAS VOCES Y SE SOSTIENEN EN COLECTIVIDAD

Investigación sobre violencias basadas en género
contra las mujeres en el Eje Cafetero (2020-2024)



Red de Organizaciones y Activistas Feministas
y Diversas del Eje Cafetero-RedEje,
y Fundación Ítaca Laboratorio

Resistir y re-existir ante las desigualdades: mujeres diversas que alzan las voces y se sostienen en colectividad. Investigación sobre violencias basadas en género contra las mujeres en el Eje Cafetero (entre 2020 y 2024).

Primera edición: 25 de noviembre 2025

© Red de Organizaciones y Activistas
Feministas y Diverses del Eje Cafetero -
RedEje - Fundación Ítaca Laboratorio

Quindío, Colombia

www.itacalaboratorio.com

itacalaboratorio@gmail.com -

itacalaboratorio@fundacioncol.org

Instagram: @itacalaboratorio

Facebook: Ítaca Laboratorio

Investigadoras

Valeria Urán Sierra

Vanessa González García - Fundación Polari

Evelin Álvarez Bocanegra - Red de
Organizaciones y Activistas Feministas y
Diverses del Eje Cafetero

Laura Aristizábal Hernández - Red de
Organizaciones y Activistas Feministas y
Diverses del Eje Cafetero

Angélica Hurtado Atehortúa - Ruta Pacífica de
las Mujeres Eje Cafetero

Natalia Barriga Gómez - Fundación Ítaca
Laboratorio

Apoyo investigación

Laura Hernández García

Isabella Rendón

Estefanía Torres

Stella Gómez

Iván Darío Barriga

Coordinadoras y editoras de la investigación

Natalia Barriga Gómez

Laura Hernández García

Ilustraciones y diagramación

Daniela Ilustra

Catalina Ochoa

Visualización de datos

Laura Daniela Barriga Gómez

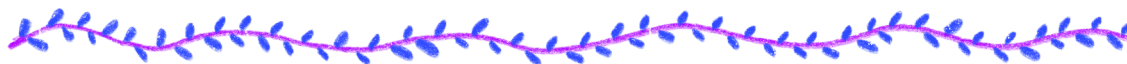
Investigación realizada en el marco del desarrollo de la creación de la Red de Activistas y Organizaciones Feministas y Diverses del Eje Cafetero - RedEje, impulsada por la Fundación Ítaca Laboratorio, con apoyo de Agence Française de Développement por medio del proyecto Feminist Opportunities Now (FON por sus siglas en inglés), desarrollado en Latinoamérica por Médicos del Mundo Francia (MdM). Las ideas y opiniones son responsabilidad exclusiva de las autoras de la investigación, y no necesariamente reflejan el punto de vista de Agence Française de Développement.

Noviembre 2025, Armenia - Quindío, Colombia.

Esta investigación es de libre reproducción y distribución siempre y cuando las autoras y fuentes entrevistadas reciban sus respectivos créditos.



Contenido



Pág

8 **Introducción**

13 Metodología, técnicas de recolección de la información y sistematización

15 Conceptos guía

18 **Capítulo 1. Contexto regional: invisibilización de las violencias a través de narrativas de “paz”**

22 ¿Aquí no pasa nada? Invisibilización y negación de las violencias en el Eje Cafetero

23 Violencia basada en género en el Eje Cafetero: una realidad alarmante que debería estar siendo atendida de manera urgente

30 **Capítulo 2. Entre montañas devotas y hogares disciplinados: una aproximación a las Violencias Basadas en Género en el territorio de Caldas**

32 Características de la población participante de Caldas

35 Territorios que hablan: La configuración del departamento de Caldas, entre la religión e ideas conservadoras

44 Registro de violencias basadas en género en Caldas

49 Femicidios y transfemicidios en Caldas

53 Medidas de protección: cobertura y alcance en Caldas

54 Un acercamiento a las violencias basadas en género desde las experiencias de vida

59 Ciclo de la violencia

60 El continuum de las violencias y la trampa del amor romántico

68 Capítulo 3. Risaralda: territorio triétnico atravesado por el racismo, el conflicto armado y las violencias basadas en género

- 74 Características de la población participante en Risaralda
- 75 Tipos de violencias contra las mujeres en Risaralda, entre 2020 y 2024
- 78 La violencia intrafamiliar en Risaralda, y su relación con los roles de género
- 82 Violencia física y feminicidios en Risaralda
- 86 Medidas de protección para víctimas de violencias basadas en género en Risaralda
- 90 Mutilación genital o ablación femenina en la comunidad Emberá Chamí, en Pueblo Rico

98 Capítulo 4. El Quindío: uno de los departamentos más pequeños del país y con mayores índices de violencias basadas en género

- 100 Contexto del territorio quindiano
- 102 Características de la población participante en Quindío
- 103 Alerta por violencia de género
- 109 Violencias que comienzan desde el hogar y se expanden a otros ámbitos sociales
- 113 Continuum: violencias que se multiplican
- 114 Feminicidio y el continuum de violencias
- 119 Mujeres trans asesinadas en el Quindío
- 123 El número de medidas de protección para víctimas de violencia supera la capacidad de la Policía en el Quindío

124 Capítulo 5. Patrones y desigualdades que agudizan las violencias que sufren las mujeres en sus diversidades en el Eje Cafetero

- 129 Racismo y misoginia: estereotipos y violencia estética
- 135 Violencia psicológica y económica como base de las violencias basadas en género
- 140 Desigualdad y dependencia económica: un factor que agudiza las condiciones de violencia de las mujeres
- 143 Mujeres en la ruralidad y la agudización de las desigualdades
- 145 Ser mujer lesbiana en el ámbito laboral: espacios inseguros y violencias estructurales

- 153 Diversidad de género, barreras labores y trabajo sexual en el Quindío
- 158 ¿Alguien quiere pensar en los agresores y qué pasa con la prevención?

160 Capítulo 6. Instituciones educativas como espacios inseguros en los que se replican violencias basadas en género y discriminación

- 167 Violencias basadas en género y discriminación en universidades públicas del Eje Cafetero
- 169 Los altos índices de violencias en la Universidad de Caldas
- 174 Violencias basadas en género en la Universidad del Quindío
- 180 Racismo y violencias basadas en género en la Universidad Tecnológica de Pereira (UTP)

186 Capítulo 7. Violencias y barreras por parte de políticos, funcionarios y servidores públicos

- 192 Machismo, prejuicios y revictimización que se replican en las instituciones gubernamentales contra mujeres en sus diversidades
- 194 Barreras gubernamentales para la atención de violencias basadas en género contra mujeres y la garantía de sus derechos en el Eje Cafetero

208 Capítulo 8. Acceso al aborto, parto humanizado y violencia ginecobstétrica en el Eje Cafetero

- 211 Nuestros derechos no son opcionales: acceso al aborto y violencia ginecobstétrica en el Eje Cafetero
- 229 Barreras y violencia ginecobstétrica en la interrupción voluntaria y el aborto espontáneo
- 264 Asesorar y acompañar el acceso al aborto: organizaciones que resisten
- 271 Mi parto me pertenece: violencia obstétrica en el Eje Cafetero
- 313 Herramientas para resistir y exigir nuestros derechos sobre parto

318 Capítulo 9. Invisibilización y negación del conflicto armado en el Eje Cafetero: una problemática profunda que amplía las brechas de injusticia social

322 Entre la huída, el silencio y la resistencia: conflicto armado en la piel de las mujeres

334 Desaparición forzada el Quindío y el Eje Cafetero: “aquí estamos buscando porque ustedes no lo hacen”

336 En el Eje Cafetero la búsqueda de familiares desaparecidos tiene rostro de mujer

342 Capítulo 10. El cuidado como resistencia colectiva: experiencias organizativas que sostienen las vidas

356 Tejer nuevos mundos posibles desde las diversidades, los afectos y el fortalecimiento comunitario

360 Capítulo 11. Recomendaciones para entidades gubernamentales





Introducción

Esta investigación está marcada por la fuerza, la dignidad y el coraje de las mujeres y personas diversas que han sido víctimas y sobrevivientes de las violencias basadas en el género en el Eje Cafetero, y de las activistas, lideresas y organizaciones que acompañan, defienden, tejen y cuidan las vidas en los territorios. Agradecemos a las mujeres y personas que hicieron parte de este proceso, y que, a pesar del dolor y de las cicatrices, encontraron en la palabra un acto de resistencia, y decidieron compartir sus historias para hacer visibles aquellas realidades que tantas veces han sido silenciadas, negadas o empujadas al olvido.

Sus voces nos recuerdan que narrar lo vivido es un acto político, una forma de hacer memoria y de sostener la lucha. No se trata solo de contar lo que duele, sino también de nombrar lo que queda, lo que se reconstruye y se transforma, lo que resiste y también aquello que nace y florece. Este trabajo no habría sido posible sin ustedes, sin su confianza. Les reconocemos como tejedoras de sentidos, saberes, resistencias y cuidados; como sujetas que no solo sobreviven ante la injusticia, sino que también crean, cuestionan, acompañan, sostienen y transforman.

Gracias por resistir y re-existir frente a este sistema que tantas veces ha querido silenciarnos y eliminarnos. Seguiremos caminando juntas, hacia la construcción de acciones colectivas que nos movilicen desde la ternura radical y la digna rabia, para la prevención y erradicación de todas las formas de violencias que tanto han intentado normalizar.

Llamadas por la necesidad urgente de visibilizar, investigar, documentar y denunciar las violencias basadas en género contra las mujeres en sus diversidades en el Eje Cafetero, la garantía de sus derechos, y las resistencias y defensas que realizan las lideresas, activistas y organizaciones feministas y diversas en la región, emprendimos esta investigación de la mano de las voces, experiencias, sentires, reflexiones, dolores y reivindicaciones de más de 100 personas, en su mayoría mujeres de distintos enfoques, sectores y territorios, con la finalidad de responder a la pregunta, ¿cómo está la situación de violencias basadas en género contra mujeres en sus diversidades en el Eje Cafetero y la garantía de sus derechos?

La respuesta no es alentadora y esperamos que pueda generar no solo alarma, sino reflexiones y acciones reales, integrales, diferenciales y efectivas para garantizar los derechos de las mujeres en la región. **En los últimos cinco años, entre 2020 y 2024, se han registrado al menos 33.020 casos de violencias contra las mujeres en sus diversidades en el Eje Cafetero.** Siendo la violencia física y sexual las de mayores registros, seguidas de la violencia psicológica, y de los altos índices de feminicidios y transfeminicidios, crímenes que en los últimos años han llevado a que distintas mujeres y organizaciones feministas de la región se hayan declarado en dos ocasiones en Alerta por violencias basadas en género y feminicidios.

Cada año (entre 2020 y 2024), la región cafetera ha registrado más de cinco mil casos de violencias contra las mujeres, y en años como 2023, hubo un

incremento en el que se registraron casi ocho mil (7.918) casos de violencias.

Además, el registro de la Policía indica que en los últimos tres años (2022 - 2024) entre dos mil y tres mil mujeres víctimas han solicitado medidas de protección cada año en la región, pero las solicitudes superan la capacidad de cobertura de la Policía en cada departamento, según funcionarias de las instituciones.

Las violencias basadas en el género hacen parte de una base histórica y estructural que se ha configurado a lo largo del tiempo como un orden social, cuyo objetivo es perpetuar el sistema patriarcal, violentando y oprimiendo día a día a millones de mujeres y personas diversas en Colombia y el mundo. Este orden colonial, en el que el hombre es “superior y dueño de todo”, contribuye a la construcción de un imaginario que naturaliza e invisibiliza las violencias y desigualdades contra las mujeres y personas diversas, como medio de control y dominación del poder.

El patriarcado al ser un sistema estructural, expone a las mujeres y personas diversas a ser víctimas de múltiples violencias y vulneraciones a sus derechos en distintos momentos de sus vidas, siendo aún más agudizado para las mujeres y personas LGBTIQ+ que enfrentan mayores condiciones de vulnerabilidad. Algunos de los hallazgos y patrones sobre las violencias basadas en género en el Eje Cafetero son:

* Los principales perpetradores de

las violencias contra las mujeres en sus diversidades son hombres cercanos a las víctimas, como parejas, exparejas, familiares.

* Desde la vivienda, hasta el colegio, las universidades, las instituciones de salud, el trabajo y la vía pública: las mujeres son víctimas de violencias en distintos contextos, ámbitos sociales, lugares y tiempos.

* Se observa un alto control de los cuerpos y vidas de las mujeres a través de los roles, estereotipos y prejuicios basados en el género, y en el “deber ser” que obstaculizan y limitan la libertad y autonomía de muchas mujeres.

* El amor romántico –relacionado con las ideas de control, subordinación y posesión de la otra persona– continúa siendo movilizador y excusa de violencias contra las mujeres, para ejercer control, manipulación, restricción de sus libertades, e incluso de su asesinato, además de ser cuna del ciclo de violencias.

* Las mujeres de orientación sexual diversa, las mujeres trans, migrantes, trabajadoras sexuales, madres, afro, indígenas, víctimas del conflicto armado, rurales, empobrecidas y habitantes de calle enfrentan una agudización mayor de las violencias y brechas de desigualdad. Y a su vez, la carencia de registros y datos diferenciales que permitan analizar,

documentar y visibilizar las violencias y problemáticas que enfrentan para la creación de políticas públicas que respondan a sus necesidades.

* La violencia psicológica, la manipulación y el aislamiento son algunas de las bases de las violencias que sufren las mujeres en sus diversidades y que impide que muchas mujeres puedan salir de los ciclos y condiciones de violencias en los que se encuentran.

* La desigualdad económica y laboral, el empobrecimiento de las mujeres y la violencia económica son factores que agudizan las violencias y obstaculizan que las mujeres puedan salir de esas condiciones y ciclos de violencia, especialmente para las mujeres en condición de pobreza, rurales, campesinas y trabajadoras sexuales.

* Hay una invisibilización estructural de la violencia ginecobstétrica, las instituciones de salud del Eje Cafetero no suelen reconocerla, y prefieren hablar de parto respetado. Esta falta de reconocimiento explícito de esta violencia como una forma específica de violencia basada en género por parte del Estado colombiano constituye no solo una omisión institucional, sino también una forma de violencia epistémica.

* Los departamentos de Caldas, Quindío y Risaralda tienen fuertes tradiciones

conservadoras y católicas con profundos tabúes, estereotipos, prejuicios y estigmas sobre la sexualidad, el placer, la autonomía y la libertad de los cuerpos de las mujeres y las personas LGBTIQ+, los cuales generan grandes barreras y vulneraciones sobre sus derechos sexuales y reproductivos, el acceso al aborto y la atención de salud.

* Aún existen múltiples barreras para que el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en el Eje Cafetero sea plenamente garantizado. Esta brecha es aún más fuerte para las mujeres y personas con capacidad de gestar más jóvenes, que se encuentran en la ruralidad, en mayores condiciones de pobreza y dependencia económica, sin redes de apoyo, y que son indígenas, negras, afro.

* Existen múltiples barreras gubernamentales para la atención integral y el acceso a la justicia y la reparación de las mujeres en sus diversidades víctimas y sobrevivientes de violencias basadas en género.

* La distribución de las labores de cuidado continúa sobrecargada en las mujeres e identidades feminizadas, ampliando las brechas de desigualdad y violencia. Lo que requiere una redistribución urgente de estas labores.

* En los tres departamentos se encuentran patrones de personal

y actores gubernamentales no capacitados en atención de violencias basadas en género, aplicación del enfoque de género y diferencial, no discriminación y no revictimización, a pesar de que es su deber constitucional.

- * El patriarcado como sistema estructural desigual y violento (racista, misógino, homofóbico) es exacerbado contra las mujeres, y tiene como consecuencia que las mujeres se enfrenten a múltiples formas de violencias por uno o varios actores a lo largo de su vida, incrementando los impactos de esas afectaciones y brechas de desigualdad.

- * Las lideresas, activistas, colectivas, organizaciones feministas, diversas y defensoras de derechos humanos en la región desempeñan labores fundamentales y vitales de asesoría, pedagogía, acompañamiento, sostén, denuncia, defensa y exigencia de los derechos de las mujeres y personas diversas, ejerciendo en muchas ocasiones las labores que son deber principal del Estado y los gobiernos asumir.

- * La mayoría de lideresas, activistas, colectivas, organizaciones feministas, diversas y defensoras de derechos humanos en la región no tienen recursos económicos ni materiales para el funcionamiento parcial ni total de sus actividades, procesos, acompañamientos; están sobrecargadas, enfrentando hasta

triples jornadas laborales —teniendo en cuenta las actividades laborales, de cuidados y de activismo— y sufriendo afectaciones a nivel físico-psicológico relacionadas con las labores de cuidado, activismo, amenazas y sobrevivencia, en relación con ser mujeres y personas con orientación sexual y de género diverso.

- * Todo lo anterior se suma a un contexto gubernamental general regional en el que las acciones de prevención, atención y erradicación de estas violencias por parte de las instituciones son carentes, comúnmente revictimizantes, desarticuladas y no integrales.

- * A continuación, se presentan los resultados de esta investigación, que surge a partir de diversos diálogos y análisis realizados con mujeres y personas de diferentes contextos, que unidos a las cifras registradas de violencias nos permitieron conocer y analizar con más cercanía las realidades, experiencias y múltiples desafíos a las que mujeres y diversidades están expuestas en términos de las violencias basadas en el género. Además del vital trabajo que realizan las activistas y organizaciones de mujeres que apoyan y sostienen a muchas víctimas y sobrevivientes de violencias basadas en género, en especial en mayores condiciones de desigualdad.

Convencidas del poder de la juntanza y de la visibilización de nuestras necesidades y luchas para la transformación de los territorios, también destacamos esas formas de resistir, enfrentar y crear redes de apoyo ante estas violencias. En este sentido, no solo se presentan los obstáculos, riesgos e impactos de las violencias y desigualdades contra mujeres en sus diversidades en el Eje Cafetero, sino también se destaca el poder transformador de la juntanza feminista, de las acciones colectivas y de las estrategias personales para contrarrestar las violencias basadas en género y sus impactos en la región.

Sabemos y confiamos en que estos saberes y análisis investigativos desde el enfoque de género e interseccional, seguirán abonando y revolucionando el camino comunitario, político, social, gubernamental y estatal hacia vidas más dignas, libres de violencias, y en buen vivir.

Natalia Barriga Gómez y
Vanessa González García
Noviembre de 2025



Metodología, técnicas de recolección de la información y sistematización



Esta investigación fue desarrollada por seis activistas e investigadoras de Quindío, Caldas, y Risaralda, de múltiples disciplinas como antropología, psicología, derecho, periodismo y literatura. Y fue apoyada por seis activistas y personas voluntarias en áreas como sistematización de datos, visualización de datos, edición, entre otros.

El enfoque que aplicamos en esta investigación es feminista, interseccional, y comunitario. De carácter cualitativo y cuantitativo. El periodo de registro y análisis de las violencias es de los últimos cinco años, entre 2020 y 2024.

Realizamos 37 entrevistas semiestructuradas individuales y 13 grupales, en las que participaron más de 100 personas de 14 municipios del Eje Cafetero, en su mayoría mujeres diversas: lesbianas, bisexuales, trans, sobrevivientes de violencias basadas en género, rurales, lideresas, activistas, integrantes de organizaciones feministas y diversas, pertenecientes a comunidades étnicas, funcionarias de entidades públicas como enlaces de género, integrantes de la policía, de la Defensoría del Pueblo y otras actoras y actores.

Los espacios de diálogo se orientaron bajo principios de cuidado y escucha activa, facilitando conversaciones fluidas con preguntas reflexivas que permitieron profundizar en los

relatos y experiencias de las personas entrevistadas de acuerdo con las realidades vividas por cada persona.

Por cuestiones de seguridad, los nombres de las personas entrevistadas fueron cambiados por seudónimos, y los nombres de las colectivas entrevistadas fueron anonimizados.

Ejercimos el derecho de acceso a la información pública relacionada con la vulneración y garantía de los derechos de las mujeres en el Eje Cafetero, por medio del envío de más de 100 derechos de petición a cerca de 40 entidades gubernamentales como comisarías de familia, Defensoría del Pueblo, Policía, secretarías de salud, hospitales, Fiscalía, entre otras entidades públicas. Obteniendo solamente la respuesta del 45% del total de las solicitudes enviadas.

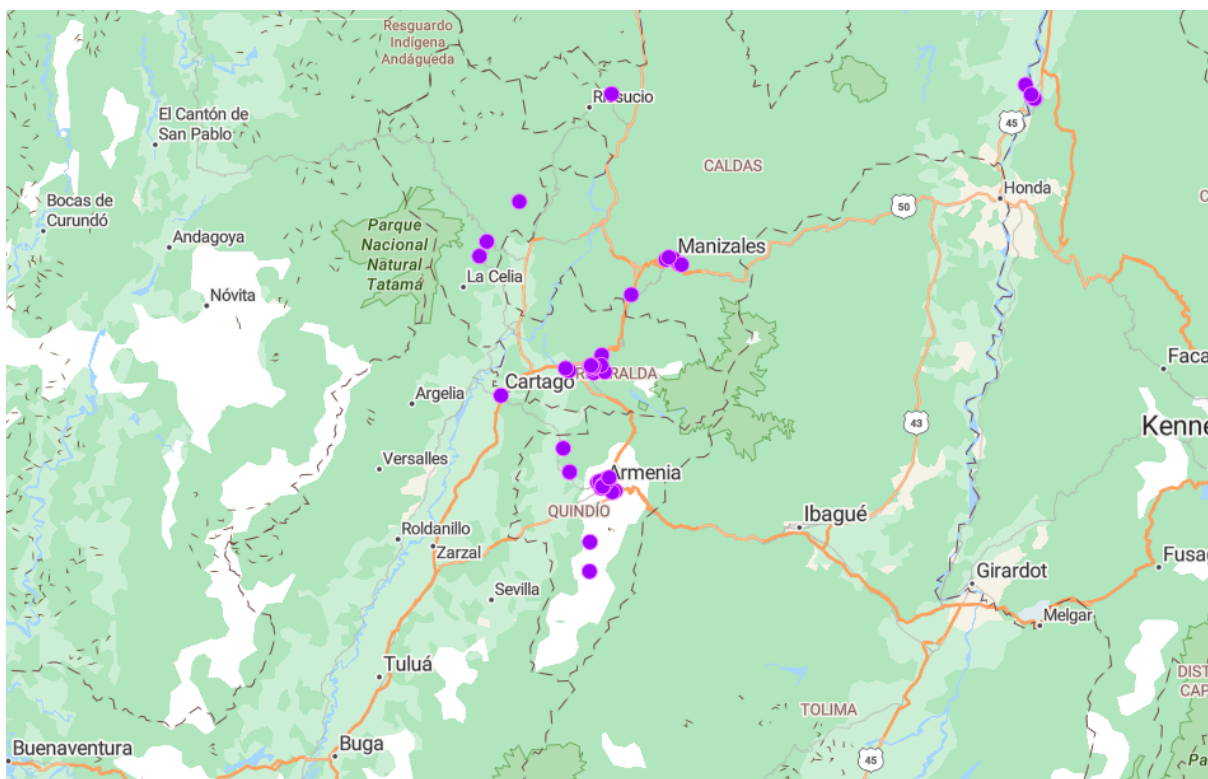
Realizamos la búsqueda, revisión y análisis documental de distintas fuentes abiertas gubernamentales como en el Sistema Integrado de información de Violencias de Género-SIV-IGE.

Organizaciones
participantes

42

Total personas
entrevistadas

105



Mapa 1. personas y colectivas entrevistadas.

Instituciones públicas a las
que se les solicitó información

39

Derechos de petición
respondidos

45,4 %

También realizamos investigaciones, reportes, documentación, y aportes de organizaciones defensoras de derechos humanos, colectivas feministas e investigadoras del Eje Cafetero y del país, dándole relevancia a sus análisis independientes y territoriales.

Conceptos guía



Género: es una construcción social, cultural y normativa que según los roles y estereotipos relacionados con el binario femenino y masculino, le asigna un conjunto de actividades, expectativas, comportamientos, funciones y características a

las personas según el sexo con el que nacen. Esta construcción está mediada por el contexto en el que se encuentran las personas, y las ideas y creencias que fundamentan las realidades, y permite establecer normas, prácticas y valores que regulan los cuerpos y las identidades, construyéndose como un elemento constitutivo de las relaciones sociales. Autoras como Simone de Beauvoir (2015) y Judith Butler (2007) han contribuido a comprender que el género no es algo estático, sino que es dinámico. Beauvoir al expresar que “no se nace mujer, se llega a serlo” planteó que las identidades de género no son innatas, sino un producto social y de construcción constante. Butler, por su parte, profundiza esta idea al proponer que el género es performativo, entendiendo que este no es una identidad fija ni preexistente, sino el resultado de una serie de actos repetitivos que configuran y estilizan los cuerpos. En ese sentido, no hay un género “verdadero” o una “esencia natural” detrás de este, sino que es una imposición social y normativa que regula socialmente la manera en cómo se “debe” habitar el mundo desde un sistema binario.

Personas diversas o disidentes del sistema sexo-género: personas de orientación sexual y/o de identidad de género no normativas, es decir, que no son

heterosexuales, ni cisgénero (es decir, que el sexo biológico coincide con la identidad de género). Como personas gays, lesbianas, bisexuales, pansexuales, trans, no binarias, queer, intersexuales, entre otras.

Roles de género: se refieren al conjunto de normas, comportamientos y expectativas sociales que se le asignan a las personas según su sexo asignado al nacer. Es decir, se expresa en las formas en que se espera que hombres y mujeres actúen, se vestan, se comporten y ocupen los espacios. Lo anterior, se alinea con lo que plantea Marcel Mauss (1979) al hablar de técnica corporal, al argumentar que las personas hacen uso de su cuerpo de manera tradicional, en donde se enseña a actuar, moverse y estar en el mundo de manera diferenciada según el género.

Estereotipos de género: son ideas preconcebidas o juicios de valor, que se atribuyen de forma generalizada a la manera en la que hombres y mujeres deben actuar. Por ejemplo, los estereotipos que consideran a las mujeres como emocionales, pasivas y aptas para el cuidado o a los hombres como racionales, fuertes y proveedores. Estos estereotipos no solo refuerzan roles de género, sino que también legitiman desigualdades y asimetrías de poder. En ese sentido, los estereotipos de género, funcionan como un sistema de creencias y de control simbólico sobre los cuerpos, que busca sancionar y eliminar todo aquello que se desvíe de la norma binaria y hegemónica.

Violencias basadas en género:

La violencia basada en género (VBG) es un concepto en el que se reconoce las relaciones desiguales de poder, en las que las mujeres y personas diversas se ven principalmente afectadas y subordinadas. Hace referencia a cualquier acción u omisión que daña, afecta, discrimina y excluye a una mujer, persona diversa o un grupo de personas en razón de su género, identidad de género y orientación sexual, y que perpetúa la subordinación de estas poblaciones. Estas violencias se basan en estructuras sociales, políticas, económicas y culturales desiguales y opresoras que se sustentan en prejuicios, roles y estereotipos de lo que supuestamente “deben ser” las personas.

Algunas de las violencias basadas en género son: violencia psicológica, física, sexual, económica, simbólica, ginecobstétrica, política, vicaria, institucional, epistémica.

Violencia por prejuicio: La violencia por prejuicio son los actos de discriminación, exclusión y violencia contra las personas con orientación sexual e identidad de género diverso. Son violencias racionalizadas y ejercidas con el objetivo de advertir, dominar, castigar o eliminarles por transgredir el orden social establecido, y mantenerles en posiciones de subordinación. “Este tipo de violencia está motivada por actitudes consideradas como negativas, en razón de su pertenencia real o percibida a la población LGBTIQ+. En este sentido, el o los victimarios racionalizan y justifican sus actos por ideas discriminatorias, dentro de un contexto donde gozan de complicidad social, por lo que generan a su vez un impacto simbólico”, explica Dejusticia.

Violencia ginecobstétrica: Es una manifestación de las violencias estructurales basadas en género en el campo de la salud sexual y reproductiva, que se intensifica desproporcionadamente por el patriarcado, la cisheteronormatividad, el racismo, el capacitismo, la xenofobia y otros sistemas de opresión. Esta violencia puede expresarse en tratos deshumanizantes y discriminatorios, procedimientos médicos innecesarios y sin consentimiento, agresiones verbales, físicas, psicológicas, emocionales o simbólicas, entre otras vulneraciones de derechos humanos.

Fuente: paráfrasis del Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva (s.f.) y Dayana Méndez Aristizábal (2023a)

Violencia epistémica: abarca múltiples mecanismos estructurales e individuales que anulan, impiden, desacreditan, objetifican, infravaloran, se apropian o explotan el conocimiento y/o la agencia de las personas, desde sus experiencias y saberes, hasta sus subjetividades, cosmovisiones y otras formas de conocimiento disponibles en su contexto histórico y sociocultural. En la siguiente tabla se encuentra una síntesis de algunas expresiones de la violencia epistémica.

Fuente: paráfrasis a partir de Moira Pérez (2019: 82-91).

Feminicidio/transfeminicidio: asesinato de una mujer por razón de su género o identidad de género y en Colombia está tipificada en el Código Penal y bajo la Ley Rosa Elvira Cely - 1761 de 2015. Constituye una de las manifestaciones más extremas de violencia del

sistema patriarcal. Como lo plantea Rita Segato (2016), estos asesinatos no son hechos aislados ni fortuitos, sino el desenlace de múltiples violencias que buscan inscribir en el cuerpo de las mujeres un mensaje de dominación, castigo y control como una supremacía masculina. En ese sentido, el feminicidio se configura como una herramienta simbólica y material de poder masculino sobre los cuerpos feminizados.

Patriarcado: sistema social y estructural basado en la jerarquía de poder y de control de los hombres sobre la sociedad en general, tanto en los ámbitos públicos como en los privados, y sobre las mujeres y las personas con identidades feminizadas y diversas. Está fundamentado de forma sesgada y errónea en roles y estereotipos basados en el género, según un supuesto “orden biológico” en el que los hombres “por naturaleza” tienen características superiores a las mujeres (fuerza, inteligencia, tenacidad, templanza, autonomía, discernimiento, entre tantas otras). Y en las que las mujeres, las cuerpos feminizadas y lo femenino está subordinado, errado, y debe ser “controlado”, “corregido” y “eliminado” si no se ajusta al mandato.

Este sistema de opresión es colonial, racista, misógino, capitalista, aporofóbico, homofóbico, transfóbico y extractivista, y se sostiene en la supremacía individual y colectiva de los hombres en casi todos los ámbitos, especialmente desde las instituciones de poder político y económico, y en las relaciones sociales de parentesco.



Capítulo 1. Contexto regional:

invisibilización de las
violencias a través de
narrativas de “paz”







El Eje Cafetero ha sido referenciado desde hace varios años como “un paraíso”, como un “territorio de paz” en el que se dice que “pocas cosas suceden”, narrativas que son promovidas e impulsadas por gobernantes, empresarios y comerciantes, y que invisibilizan las graves violencias y flagelos que se viven en este territorio. Como la desaparición forzada, la explotación sexual infantil, el saqueo de recursos naturales, la megaminería y la minería ilegal, los cultivos ilícitos, el narcotráfico, el conflicto armado, los feminicidios y transfeminicidios, los altos índices de violencia de género, de desempleo, suicidio, consumo problemático de sustancias psicoactivas, y la falta de garantías de los derechos humanos, entre tantas otras violencias patriarcales que han marcado la región desde su conformación.

Como lo expuso la Comisión de la Verdad en el Informe Final, en Caldas, Risaralda y Quindío “se vivió una temprana violencia bipartidista, con alto número de masacres y repertorios de violencia, y desde finales de los años setenta diversos grupos guerrilleros y paramilitares operaron en varias subregiones causando picos históricos de homicidios, secuestros y desplazamientos forzados con alto impacto sobre las comunidades campesinas, indígenas y afrodescendientes (...)”. Violencias asociadas al narcotráfico que persisten en la región con grupos ilegales y organizaciones armadas.

La región del Eje Cafetero, o también conocida como el triángulo del café por su ubicación estratégica en el centro-occidente de Colombia, permitió desde el siglo XX el desarrollo y la confluencia de rutas comerciales para el ingreso de mercancías legales e ilegales al centro y suroccidente del país, así como importaciones y exportaciones hacia el Pacífico que atraviesan en su camino la cordillera Central. Conformando entre estos departamentos, un triángulo que limita al norte con el departamento de Antioquia, al oriente con Cundinamarca y Tolima, y al occidente con Chocó y el Valle del Cauca.

Esta región es reconocida por sus paisajes, biodiversidad y cultivos de café, además de su geografía montañosa, ondulada, con pisos térmicos que alcanzan elevaciones entre los 1.000 y 2.500 metros sobre el nivel del mar ubicados entre las cordilleras Central y Occidental. De allí que de los 53 municipios que conforman los tres departamentos, 41 de ellos hagan parte del Paisaje Cultural Cafetero, declarados Patrimonio de la Humanidad por la UNESCO en 2011, debido al número de cultivos cafeteros, tradiciones y de hábitats para el interés de la conservación de la diversidad de fauna y flora.¹

1 Unesco, «Decision 35 COM 8B.43. Cultural Properties - Coffee Cultural Landscape of Colombia (Colombia)». <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309360174046>

La fuerza que tomó el narcotráfico, la presencia, expansión y violencias ejercidas por actores armados ilegales y la entrada de cultivos ilícitos en la región, tuvieron una fuerte relación con la crisis económica cafetera que vivía el país en 1989, desatada a raíz del fin del pacto de cuotas de la Organización Internacional del Café (CEV,2022²).

Sin embargo, la naturalización de las violencias producto del conflicto armado y la baja visibilidad de la injerencia de los diferentes grupos armados ilegales en la región ha logrado reforzar la narrativa del Eje Cafetero como un territorio de “remanso de paz”. Posicionando un discurso negacionista, detrás del cual se silencian hechos victimizantes como desplazamientos forzados, homicidios selectivos, reclutamientos forzados, desapariciones forzadas, hostigamientos, secuestros, violencia sexual, entre otros hechos victimizantes. Dificultando así, el reconocimiento y la reparación de las víctimas, y de la sociedad en general en relación con las violencias asociadas al conflicto, el acceso a la justicia, la verdad y la no repetición.

Según el Registro Único de Víctimas (RUV), el Eje Cafetero registra al menos 213.181 víctimas de desplazamiento forzado, 47.639 homicidios, 249 eventos de reclutamiento forzado a menores de edad y 6.551 casos de desaparición forzada registrados hasta

inicios de 2025. Sin embargo, Luis Eduardo Torres, director territorial de la Unidad para las Víctimas expuso en 2024 que las cifras eran más altas, pues para la fecha la región tenía 282.000 víctimas del conflicto armado.

A pesar de la gravedad de la situación, las élites políticas y económicas mantuvieron y muchas aún mantienen discursos de negación del conflicto armado, generando no solo revictimización de las personas que han sufrido por esta problemática, sino también desatendiendo las necesidades sociales y territoriales para mitigar el impacto del conflicto en esta región.

★ Conoce más sobre la negación e invisibilización del conflicto armado, en el **Capítulo 8.**

2 Informe de la Comisión de la Verdad. Tomo Colombia Adentro. Relatos territoriales sobre el conflicto armado, Eje Cafetero.

¿Aquí no pasa nada? Invisibilización y negación de las violencias en el Eje Cafetero

Como explica la Comisión de la Verdad, la narrativa de “territorio de paz” y “paraíso turístico” ha sido también promovida desde intereses económicos para incentivar y fortalecer el turismo en la región, como fuente laboral y económica de los departamentos, especialmente desde la crisis cafetera. Esta promoción ha hecho que la región y que los departamentos, en especial el Quindío, sean reconocidos a nivel nacional e internacional como destinos de gran atractivo turístico y natural, en donde “la tranquilidad”, la belleza y la amabilidad de las personas son características principales.

¿Qué problemáticas puede enfrentar una región que es llamada como “paradisiaca” o como “remanso de paz”? Parece que la conclusión rápida es: ninguna, pero la realidad evidencia todo lo contrario.

Esta narrativa social, económica, cultural y gubernamental no solo ha invisibilizado y negado el conflicto armado sino también otras violencias sistémicas como las violencias basadas en género, el machismo, el patriarcado, la discriminación de la diferencia, el racismo, la homofobia, la transfobia, el clasismo, las barreras y desigualdades que sufren las mujeres, personas LGBTIQ+, las poblaciones étnicas y más empobrecidas. Lo que a su vez ha generado desatención estatal y gubernamental tanto local como nacional, revictimización, agudización de las brechas de desigualdad y de los impactos en las personas víctimas y vulneradas, porque si no se reconocen los conflictos, violencias y desigualdades en un territorio, ¿qué hay por atender, resolver o mejorar?

Ante esta grave y preocupante situación, han sido y siguen siendo principalmente las mujeres, lideresas, activistas, organizaciones feministas, diversas y derechos humanos de distintos municipios, contextos, enfoques, saberes y miradas, quienes desde la autogestión han asumido muchos de los deberes estatales y gubernamentales en relación con las violencias y la garantía de los derechos de las comunidades, de las mujeres y las personas LGBTIQ+ en la región. Con la intensa búsqueda de transformar los territorios, de forma que sean más justos, libres, seguros, y en buen vivir.



Violencia basada en género en el Eje Cafetero: una realidad alarmante que debería estar siendo atendida de manera urgente

La violencia basada en género (VBG) hace referencia a cualquier acción u omisión que daña, afecta, discrimina y excluye a una mujer, persona diversa o un grupo de personas en razón de su género, identidad de género y orientación sexual, y que perpetúa la subordinación de estas poblaciones. Este concepto reconoce las relaciones desiguales de poder que posicionan a los hombres en la jerarquía y a las que las mujeres y personas diversas en la subordinación. Estas violencias se basan en estructuras sociales, políticas, económicas y culturales desiguales y opresoras que se sustentan en prejuicios, roles y estereotipos de género en relación a lo “femenino” y lo “masculino”.

A pesar del amplio marco normativo y legal de Colombia y las convenciones y declaraciones a las que el país está adscrito como la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer* *Convención de Belem Do Para*, que establece un compromiso de los Estados y sus gobernantes para garantizar los derechos de las mujeres y eliminar las violencias que las afectan, **en los últimos cinco años las violencias basadas en género contra las mujeres en sus diversidades no han cesado.**

En Quindío, Risaralda y Caldas se han registrado al menos 33.020 casos de violencias contra las mujeres entre 2020 y 2024: violencia física, psicológica, sexual, por discriminación, mutilación genital, trata de personas y por negligencia o abandono, según el Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género (SIVIGE). Siendo el Quindío el de mayor registro, teniendo en cuenta la dimensión poblacional.

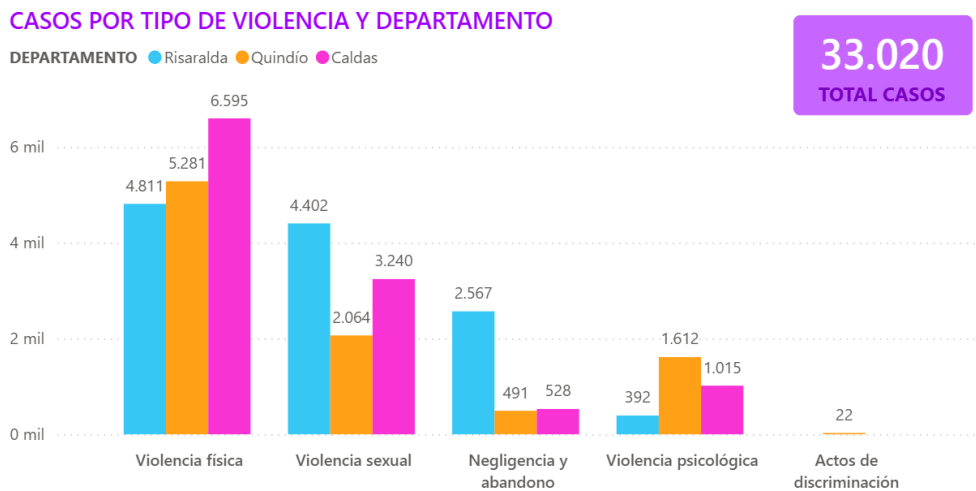


Gráfico 1. Resumen de registro de violencias basadas en género en el Eje Cafetero agrupadas por tipos de violencias (2020-2024).

Esto quiere decir que cada año, en la región del Eje Cafetero se registran entre 5.000 y 7.000 casos de violencias basadas en género contra las mujeres, sin contar los casos de feminicidios y transfeminicidios.

Los registros demuestran que las mujeres desde la primera infancia hasta la vejez son víctimas de violencias basadas en género. En la región, las mujeres que se encuentran en la adultez, juventud y adolescencia tienen un mayor registro de ser víctimas de violencias.

Además, el principal lugar en el que sufren esas violencias las mujeres son sus hogares, en donde los agresores principales son sus parejas, exparejas y familiares. Reflejando que al menos el 44% de las víctimas convivían con sus agresores. También se evidencia un alto índice de agresores desconocidos, que corresponde a un 25% del total de los casos de violencias desde el año 2020 hasta 2024 en el Eje Cafetero.

GRUPO ETARIO

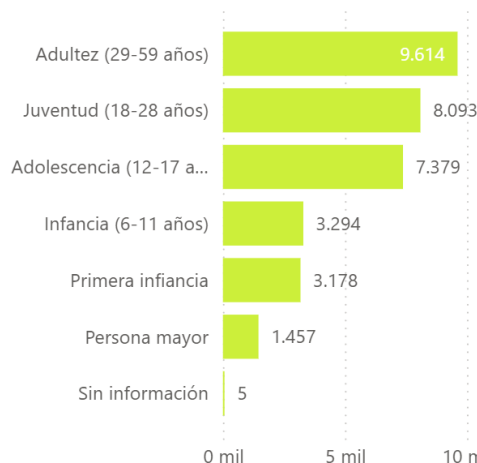


Gráfico 2. Grupo etario víctimas de VBG en el Eje Cafetero (2020-2024).

LUGAR DEL HECHO

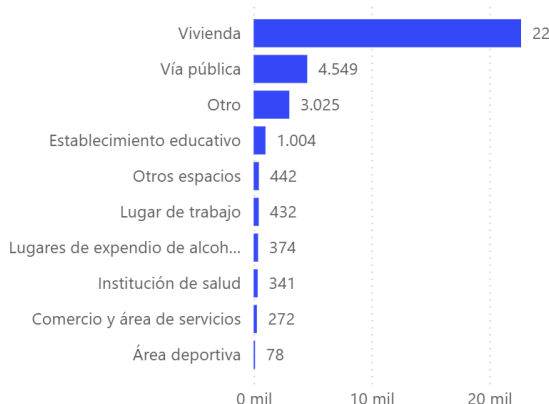


Gráfico 3. Lugar donde se encontraban las víctimas de VBG en el Eje Cafetero (2020-2024).

PARENTESCO CON EL AGRESOR

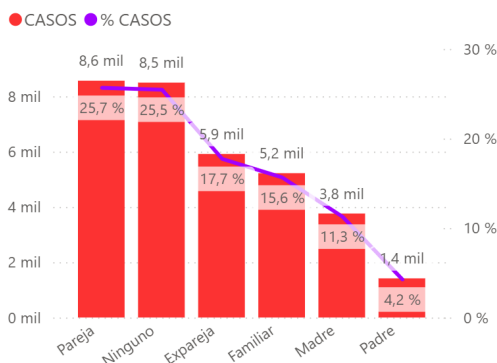


Gráfico 4. Parentesco con el agresor - víctimas de VBG en el Eje Cafetero (2020-2024).

CONVIVENCIA CON AGRESOR

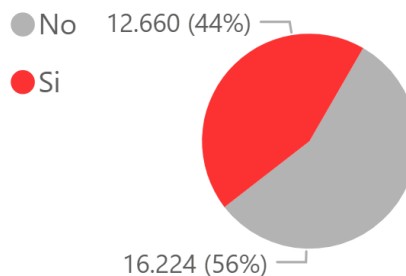


Gráfico 5. Convivencia con el agresor - víctimas de VBG en el Eje Cafetero (2020-2024).

PERTENENCIA ÉTNICO-RACIAL

Además, es importante destacar, que se registra un alto índice de mujeres indígenas víctimas de estas violencias, siendo Risaralda el departamento con mayor registro (859), seguido de Caldas (455) y de Quindío (237).

También llama la atención el bajo registro de mujeres negras, mulatas y afro víctimas de estas violencias, teniendo en cuenta que en los tres departamentos hay población negra, especialmente en Risaralda, por su cercanía con Chocó.

En cuanto a la nacionalidad, alrededor del 4% (1.034) del total de las víctimas de violencias basadas en género en el Eje Cafetero registradas en SIVIGE, eran extranjeras, en su mayoría venezolanas.

Por otro parte, los feminicidios, entendidos como el asesinato de mujeres por razón de su género o identidad de género, constituye una de las formas más extremas de violencia del sistema patriarcal. En Caldas, Risaralda y Quindío **se han registrado al menos 208 mujeres asesinadas entre 2020 y 2024, y 10 de ellas eran trans.**

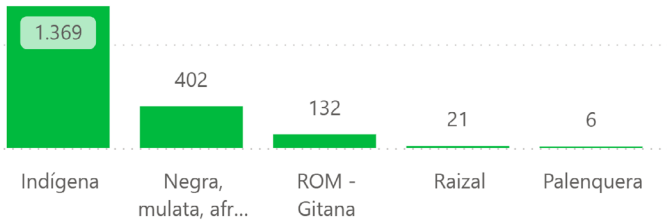


Gráfico 6. Pertenencia étnico-racial registrada de las víctimas de VBG en el Eje Cafetero (2020-2024).

NACIONALIDAD

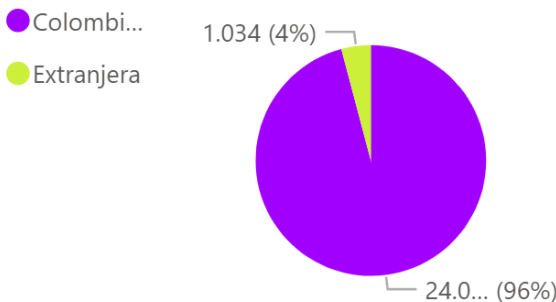


Gráfico 7. Nacionalidad de las víctimas de VBG en el Eje Cafetero (2020-2024).

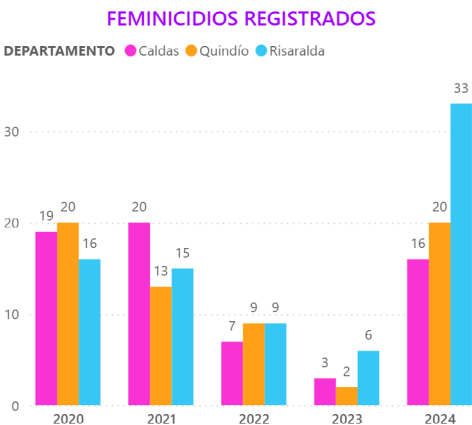


Gráfico 8. Feminicidios registrados en el Eje Cafetero, agrupados por año y departamento (2020-2024).

En promedio cada año entre 25 y 30 mujeres cisgénero y transgénero son asesinadas en el Eje Cafetero, especialmente jóvenes y adultas, según el Observatorio de Feminicidios Colombia, registro que realiza de forma independiente la organización feminista Republicanas Populares, y que contiene mayores registros en comparación con otras entidades públicas como la Fiscalía.

Como lo plantea Rita Segato (2016), estas muertes no son hechos aislados ni fortuitos, sino el desenlace de múltiples violencias que buscan inscribir en el cuerpo de las mujeres un mensaje de dominación, castigo y control como una supremacía masculina. En ese sentido, el feminicidio se configura como una herramienta simbólica y material de poder masculino sobre los cuerpos feminizados.

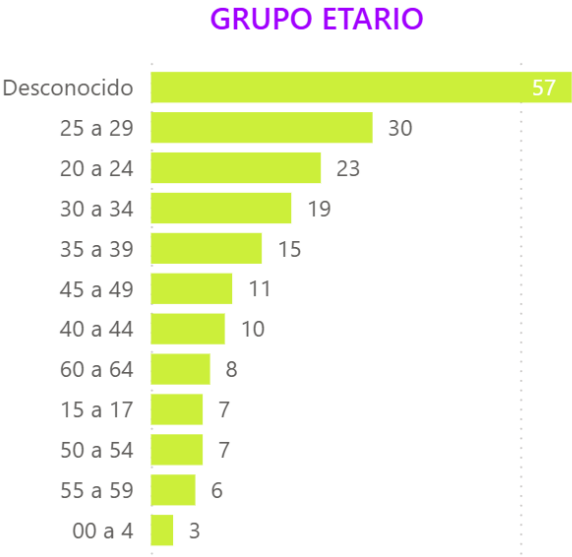


Gráfico 9. Grupo etario víctimas de feminicidios en el Eje Cafetero (2020-2024).

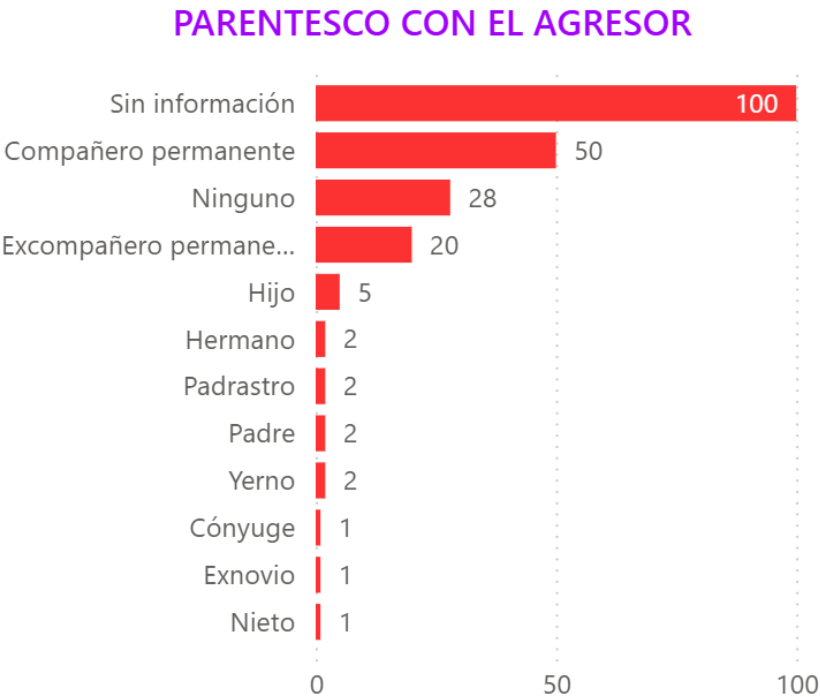


Gráfico 10. Parentesco con el agresor - víctimas de feminicidio en el Eje Cafetero (2020-2024).

SUJETO FEMINICIDA

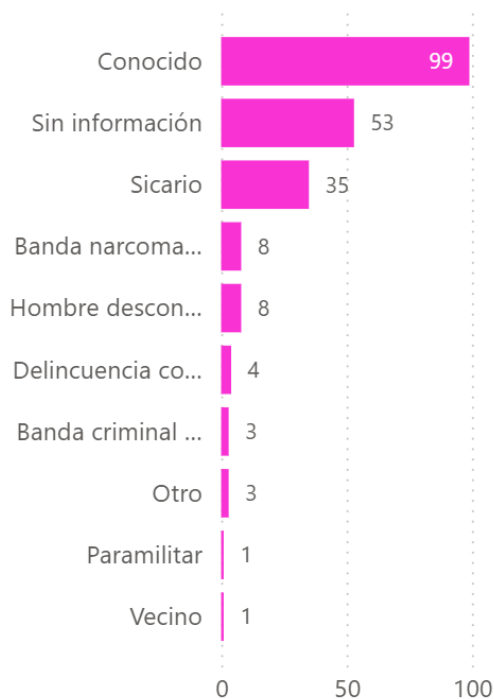


Gráfico 10. Parentesco con el agresor - víctimas de femicidio en el Eje Cafetero (2020-2024).

Esta máxima expresión de violencia y de poder sobre los cuerpos de las mujeres **es ejercida principalmente por hombres conocidos de las víctimas** como sus compañeros permanentes, exparejas, familiares, pero también por otros actores especialmente armados y al margen de la ley, como sicarios, integrantes de bandas criminales y delincuenciales. Crímenes que son cometidos principalmente en las viviendas de las víctimas y en la vía pública.

Estos altos y dolorosos índices de violencias basadas en género también se ven reflejados en el número de medidas de protección solicitadas a la Policía de cada departamento, como se muestra en el siguiente gráfico.

MEDIDAS DE PROTECCIÓN EN VIOLENCIAS BASADAS EN GÉNERO

Departamento: ● Caldas ● Quindío ● Risaralda

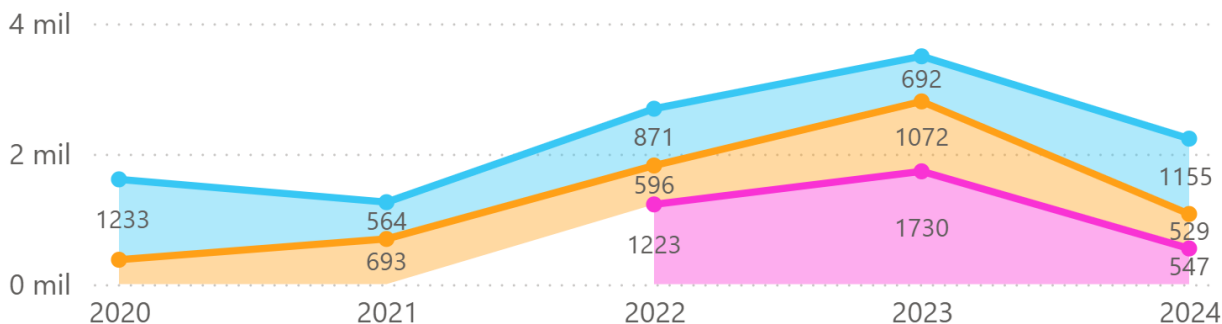


Gráfico 12. Medidas de protección solicitadas por víctimas de VBG en el Eje Cafetero (2020-2024).

Un aspecto preocupante es que según indicaron las instituciones de cada departamento, las solicitudes de medidas de protección superan la capacidad de la Policía para atender estos casos, dejando en desprotección a muchas mujeres víctimas y sobrevivientes de violencias basadas en género, y en riesgo de ser víctimas de feminicidio.

Una de las reflexiones de esta investigación, es que aunque existen programas y servicios gubernamentales de atención para las víctimas de estas violencias basadas en género, en la región estas violencias aún no son abordadas con los enfoques, coberturas y urgencia necesarias, además del común el desconocimiento y la revictimización por parte de funcionarios y funcionarias públicas en los departamentos, quienes deberían procurar por el bienestar de las víctimas de forma integral.

En muchos casos son las activistas y organizaciones quienes nombran, registran y denuncian muchas de estas violencias y conflictos, principalmente. Quienes asesoran, acompañan, apoyan a las víctimas y sobrevivientes, quienes realizan incidencia política y social por la garantía y defensa de los derechos, y quienes luchan por visibilizar las violencias y desigualdades, y contrarrestar la narrativa de “territorio de paz” y de “paraíso turístico” que tienen grandes y extensas repercusiones en el avance en la garantía de los derechos de las mujeres y personas diversas en la región.

Todo esto, en un contexto de sobrecarga mental, laboral, económica y de cuidados para las lideresas y defensores de derechos humanos, además de riesgoso y estigmatizante, pues

recordemos que Colombia es el segundo país más peligroso y amenazante para la defensa de los derechos humanos. **En el caso del Eje Cafetero, más de 600 líderes y lideresas solicitaron medidas de protección a la Unidad Nacional de Protección, entre 2020 y agosto de 2024**, según la respuesta que la Unidad dio a la solicitud de información que le hicimos para esta investigación.

De lo anterior, parte que distintas activistas y organizaciones de mujeres, feministas, sociales y diversas han movilizado en distintas ocasiones campañas y alertas que se preguntan: **¿paraíso para quienes?**

Conoce la visualización de datos sobre violencias contra las mujeres en el Eje Cafetero, acceso al aborto, fuentes y colectivas entrevistadas en:

www.itacalaboratorio.com



Capítulo 2. Entre montañas devotas y hogares disciplinados:

una aproximación a las
Violencias Basadas en Género
en el territorio de Caldas







Contexto del territorio caldense

El departamento de Caldas se encuentra localizado sobre las cordilleras andinas central y occidental, con alturas entre los 5.400 y 170 msnm. Limita por el norte con Antioquia, al noroeste con Boyacá, sobre el Río Magdalena; al oriente con Cundinamarca, al sureste Tolima y occidente y suroccidente con Risaralda. El departamento está dividido política y administrativamente en 27 municipios, siendo Manizales su capital. Este departamento hace parte de la región del Eje Cafetero, el cual ha sido conocido por su paisaje cultural cafetero, su geografía montañosa y donde sus dinámicas socioculturales han estado marcadas por ideas conservadoras y patriarcales producto de su colonización.

Según el antropólogo Orlando Jaramillo Gómez (2009) la cultura regional del departamento se divide en tres subgrupos importantes. El primero corresponde al, *alto occidente*, una zona mestiza y mulata que tiene sus raíces asociadas a la explotación minera colonial, pero que con el tiempo ha desarrollado una base agrícola. En este territorio se encuentran los resguardos indígenas de La

Montaña, San Lorenzo, Bonafont-Escopetera y Cañamomo – Lomapieta, ubicados en el municipio de Supía y Riosucio.

Si bien, el alto occidente mantiene presencia de actividades mineras como sucede en el municipio de Marmato, resulta importante reconocer el trabajo que las comunidades han venido realizando en favor de la conservación medioambiental y la protección del territorio. Un ejemplo de ello es el Resguardo Colonial Cañamomo-Lomapieta, declarado como “territorio y Área Conservada por Pueblos Indígenas y Comunidades Locales” (TICCA) por su labor en la defensa ambiental y restauración ecológica.



Más allá de la descripción inicial propuesta por Jaramillo, es necesario reconocer cómo el territorio ha experimentado transformaciones profundas, pasando de ser visto sólo como un espacio de explotación minera a considerarse como un territorio de vida y resistencia. En este proceso, la siembra, las mingas, la educación y las prácticas de cuidado medio ambiental, constituyen expresiones de re-existencia, siendo formas de habitar, sostener y defender el territorio.

En contraste, *el lejano oriente de Caldas* de características muy homogéneas, en la zona ribereña del río Magdalena, con los municipios de La Dorada y Victoria. Y *la región central y suroccidental de Caldas* la cual se dedicó principalmente al cultivo de papa y la ganadería. En esta subregión encontramos los municipios de Aguadas, Pácora, Salamina, La Merced y Aranzazu. Al norte; Samaná, Pensilvania, Manzanares y Marulanda. Al oriente; y en la zona centro-sur, los municipios de Neira, Palestina, Chinchiná, Villamaría, y Manizales. Finalmente, en el suroccidente se encuentra Anserma, Belalcázar, Viterbo y Risaralda.

Las características históricas y geográficas de Caldas han llevado a que el departamento sea heterogéneo. Cada subregión se distingue por marcadas diferencias sociales, culturales y políticas lo que les otorga una identidad propia. Sin embargo, hay un elemento unificador en casi todo el territorio caldense: el cultivo del café. Actividad económica que ha sido uno de los hilos que conectan y cohesionan a gran parte del territorio.



Mapa 2. Caldas, imagen recuperada de internet.

De acuerdo con el portal estadístico de Caldas CALDATA, el departamento contaba con una población de 1.050.126 habitantes para el 2024. DeWl total de población el 52% son mujeres y el 48% son hombres, quienes se encuentran en los siguientes grupos etarios: 0-14 años (193.148) 15 a 19 años (77.545) 20 a 59 años (569.786) De 60 años en adelante (209.647).

El 77,08% de la población habita la zona urbana del departamento, y el 22,92% la zona rural. De la población total del departamento, 61.450 personas se identifican como indígenas, 16.891 personas negras, afro o mulatas, 122 raizales, 43 personas gitanas o Rrom y 33 personas palenqueras.

Con respecto a las necesidades básicas insatisfechas, encontramos que aunque ha habido una reducción en las necesidades básicas insatisfechas, la miseria, el hacinamiento y la inasistencia escolar entre 2005 y 2018, todavía existen más de 93.000 personas en Caldas que no cuentan con sus necesidades básicas satisfechas. De igual forma, se observa una constante en los índices relacionados con la vivienda y el acceso a servicios básicos, lo que sugiere que aún existen desafíos importantes en el departamento para cerrar las brechas de desigualdad.

Con respecto a los servicios públicos como acueducto y alcantarillado, se observa un escenario desigual entre las cabeceras municipales y las zonas rurales del departamento. Esta problemática evidencia la falta de cobertura de servicios esenciales principalmente en territorios rurales, en donde la infraestructura de saneamiento es fundamental para la salud pública y la calidad de vida de las personas.

Por otro lado, el acceso a energía eléctrica en el departamento es considerablemente amplio tanto en zona rural como urbana. Sin embargo, el acceso al servicio de internet presenta una amplia brecha digital, especialmente en la zona rural. Finalmente, en lo que respecta al servicio de gas y recolección de basura también se observa notables desigualdades en el acceso. Lo cual no solo trae consigo problemáticas de salubridad y afectación en la calidad de vida, sino que además proporciona prácticas que afectan al medio ambiente como lo es la quema de residuos y el uso de desagües artesanales que desembocan en fuentes hídricas.

En términos de la pobreza multidimensional, entre 2018 y 2023, se observa una reducción significativa, al pasar de 13,8 a 7,4. Sin embargo, para el año 2024 se evidencia el incremento de estas cifras, alcanzando el 9,2 según los datos obtenidos del DANE. A pesar de la reducción que se ha dado en los últimos años de las cifras de pobreza multidimensional en el departamento, esta problemática continúa siendo un desafío estructural. Su incremento para el año 2024 pone de manifiesto la fragilidad de los avances que se han obtenido y la necesidad de fortalecer las estrategias para garantizar su sostenibilidad en el tiempo. Los microdatos del DANE permiten observar que las mujeres enfrentan mayor impacto de la pobreza multidimensional, lo que subraya la necesidad de abordar las desigualdades de género en el territorio como un punto fundamental para la reducción de la pobreza. Además, la disminución de esta ha sido más lenta en zonas rurales, lo que destaca las persistentes brechas entre la ruralidad y la urbanidad, y la prioridad que los gobiernos le han dado a la centralización en la capital del departamento.



Características de la población participante de Caldas

En un primer lugar, se contó con la participación de 40 personas entre ellas organizaciones feministas y diversas de Caldas, víctimas o sobrevivientes de violencias basadas en género, actrices y actores institucionales y personas académicas.

En segundo lugar, se tuvo en cuenta las reflexiones y discusiones que se dieron en las mesas de trabajo de la subregión centro-sur para la construcción de los lineamientos de la política pública para la población sexualmente diversa en Caldas. Esta subregión está compuesta por los municipios de: Manizales con la participación de 35 personas; Villamaría con 11 personas; Palestina con 30 personas; Neira con 12 personas; y Chinchiná con 11 personas. Como Coordinadora Territorial en su momento de estas mesas de trabajo, pude

escuchar, conversar y aportar en el diagnóstico rápido participativo que se llevó a cabo para comprender las necesidades de la población sexualmente diversa en este territorio y en donde se abordaron problemáticas claves para esta investigación como lo es VBG.

En tercero y último lugar, se tuvo en cuenta las discusiones y reflexiones que se dieron en el taller “Gobernanza, Derechos humanos y Seguridad Humana con enfoque de género”, realizado por el Ministerio del Interior en Manizales, al que asistieron 30 personas representantes de organizaciones de mujeres y diversidades sexuales del municipio. El interés de este taller fue analizar los riesgos que enfrenta esta población en Manizales e identificar aspectos que se puedan fortalecer, entre lo cual se habló de la VBG en el municipio y por lo cual es clave para esta investigación.

Territorios que hablan: La configuración del departamento de Caldas, entre la religión e ideas conservadoras

Las sociedades caldense y de la región cafetera se conformaron principalmente a partir de la expansión antioqueña, y producto a su vez de un hibridaje cultural; en palabras de Gonzalo Valencia, historiador de la Academia de Historia del Quindío, a finales del siglo XVIII e inicios del XIX: “Antioquia puso la gente, Cauca la tierra y Caldas la identidad”. Este hibridaje ha sido reconocido por una parte como colonización, pues hubo concesiones de tierra a colonos antioqueños por parte de la Corona Española, con fines de aprovechamiento agrícola y de cuidado territorial, por otra parte como poblamiento, pues en muchas ocasiones quienes llegaron desde Antioquia arribaron a extensos terrenos baldíos y deshabitados, lo que no requirió violencia frente a otros habitantes. En cualquiera de los casos, la práctica de la g.uaquería representó violencia respecto a la historia y los patrimonios ancestrales. En este territorio confluyeron en menor medida de caucanos, cundinamarqueses y boyacenses. Este proceso de colonización/poblamiento incluyó diferentes formas del despojo y las violencias contra comunidades indígenas y afro que habitaban el territorio que hoy es Quindío, Risaralda y Caldas. Y más adelante la región se vio fuertemente marcada por la violencia política.

Ante la poca información sobre la vida cotidiana en estos territorios hace más de 100

años, Robledo (1996) en su libro “*La ciudad en la colonización Antioqueña: Manizales*” recopila y analiza una crónica novela del siglo XIX firmada bajo el seudónimo de Emiro Kastos, la cual explora las costumbres parroquiales de las provincias antioqueñas. Este relato resulta clave para comprender la configuración de la vida cotidiana en el Gran Caldas, pues a través de los procesos de socialización familiar, sociales y religiosa, los colonos antioqueños, principalmente, reprodujeron y transmitieron sus concepciones y valores, con una huella profunda basada en la religión católica. En estas crónicas Kastos ilustra la situación de las mujeres, sus roles situados en el ámbito privado, religioso, dedicadas a las labores del hogar y de cuidado no remunerado que sostiene las vidas:

“Con respecto a mi comadre Fulgencia, el compadre dice que hace arepas como la más pintada, lava y aplancha a las mil maravillas; no deja perder un huevo ni un grano de maíz; sabe con exactitud, cuántos frisoles puede comer un peón y cuantas tabletas de chocolates se sacan de cada millar de cacao.

Trabajar mucho de día y rezar mucho de noche es la vida de la familia. El destino de las mujeres está lejos de ser poético. Ellas desgranar el maíz, cuidan a los marranos, planchan la ropa, cosen vestidos, preparan la comida y ordeñan las vacas. Ya no hay esclavas y ahorrar en sirvientes es una necesidad imperiosa, pues la economía no da para más. Es doloroso ver a las hijas de mi compadre, jóvenes guapas, con sus manos blancas y sus rostros delicados trabajando en la cocina. Para las muchachas de la familia no hay más desahogo que el domingo, y

eso porque de sus ahorros pagan a una vecina, para que en su lugar desempeñe los quehaceres domésticos”.

Este relato muestra varias características de la época: la mirada tradicional de las familias y la imposición de los roles de género, anclados a las estructuras patriarcales, que se basan en la división sexual y racial del trabajo, la subordinación de las mujeres, el servilismo y la desigualdad. De esa manera, las mujeres debían encargarse de la maternidad, el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, posicionando a las madres y mujeres como figuras claves en la administración del hogar (responsable de las llaves de despensas, alacena, limpieza y demás actividades domésticas) pero relegando su poder al ámbito privado, en el que el trabajo es invisibilizado, feminizado y desvalorizado. Mientras que los hombres se dedicaban y dedican a la política, a trabajos remunerados, al ámbito público, y relacionados con la inteligencia, el poder y la autoridad.

En ese sentido, es importante resaltar cómo el género ha sido comprendido como un elemento constitutivo que se basa en la diferencias biológicas que distinguen a los sexos (como pene y vagina), pero que, al mismo tiempo terminan siendo un dispositivo de poder y de control para regular y condicionar las formas en las que las personas “deben” supuestamente habitar el mundo según esas diferencias construidas socialmente entre hombres y mujeres, sustentadas en ideas esencialistas (Joan Scott, 1996).

Lo anterior se enlaza con las reflexiones de Silvia Federici (2004/2010) quien sostiene

que, para la sociedad capitalista, la “feminidad” se ha construido a través de la función-trabajo que oculta el verdadero valor de la fuerza de trabajo de las mujeres, bajo la idea de que hay actividades, como los cuidados, que supuestamente hacen parte de un destino biológico ineludible y natural que “no requiere ser remunerado”. De allí que en la actualidad existan frases célebres como “Eso que llamas amor es trabajo no remunerado”.

En este sentido, el trabajo no remunerado de las mujeres ha sido fundamental para el desarrollo de la modernidad y el capitalismo, ya que asegura el mantenimiento de la fuerza de trabajo y consolida el patriarcado, dando lugar a la figura de la “ama de casa” y redefiniendo a la familia como espacio ideal para la producción de la fuerza de trabajo. Así, la familia es relegada a la esfera privada, donde el marido comúnmente se erige como el representante del Estado, encargado de disciplinar y supervisar a las “nuevas clases subordinadas” que, según los teóricos políticos de los siglos XVI y XVII, incluían tanto a la esposa como a sus hijas, hijos e hijes.

En la crónica de Kastos, la frase “*Ya no hay esclavas y ahorrar en sirvientes es una necesidad imperiosa...*” permite ver la fuerte persistencia de estructuras coloniales, racistas y sexistas de la época (que persisten en la actualidad) en la división del trabajo y de las labores de cuidados. Esto revela cómo el sistema colonial de dominación y explotación no desaparece sino que se transforma y se adapta a nuevas formas de jerarquización moderna. Aunque en la actualidad la figura de “la sirvienta” no son mujeres esclavizadas, sigue

siendo encarnada en mujeres empobrecidas, indígenas, negras, afro, madres cabeza de hogar, que se ven obligadas a aceptar relaciones laborales informales, afectivas o solidarias que en muchas ocasiones encubren la explotación y las violencias. Y que benefician no solo a los hombres que tienen el poder político, económico y social, sino también, aunque en menor grado y en subordinación, a las mujeres privilegiadas (sus esposas, madres, hijas).

Así mismo, el fragmento evidencia el racismo y la tradición esclavista, anclada a ideas como que las mujeres blancas -de “manos blancas y rostro delicado”- no son quienes “deberían” realizar las labores domésticas, sino las mujeres indígenas, afro, negras, racializadas y empobrecidas. Esta distribución racista y sexista del trabajo, los cuidados, el esfuerzo, el servilismo y el sufrimiento revela una matriz de dominación en la que el género, la pertenencia étnica, el tono de piel y clase social operan de manera entrelazada, no sólo para asignar tareas y trabajo, sino también para determinar quién merece descanso y protección, quién está más cerca de tener ciertos derechos, y en sí para determinar y definir la vida misma de las personas según su pertenencia étnica y su género.

Simone de Beauvoir (1949/2015) argumenta que, a lo largo de la historia, las mujeres y los cuerpos feminizados han sido situadas como el “otro” en relación con los hombres, quienes, en contraste, ocupan un lugar de lo “universal”. Las mujeres se suelen ver condenadas a poseer no más que un poder precario, atravesado por múltiples desigualdades, y sin haber tenido la

oportunidad de elegir su propio destino y en libertad de violencias y subordinaciones.

En la década de 1920, en Colombia las mujeres seguían limitadas a las labores domésticas y los cuidados no remunerados; aún no tenían libre acceso a la educación superior, no podían votar, ni trabajar ni habitar ciertos espacios públicos.

Los roles y estereotipos de género eran fuertemente promulgados por la iglesia católica y las estructuras políticas que sostenían que las mujeres eran las encargadas de mantener la moral en el hogar y la familia, y asumir y moldear sus actitudes desde el servicio, la bondad, el sacrificio, la prudencia, y la sumisión.

Desde sus doctrinas, el catolicismo y el cristianismo han replicado y promocionado roles y estereotipos de género esencialistas, ideas violentas y castigadoras sobre las libertades y la diversidad, fundamentalismos religiosos que se basan en doctrinas morales que en muchos casos desconocen la realidad y niegan los derechos de las personas, especialmente de las mujeres y personas diversas. Operando históricamente como herramienta de colonización civilizatoria, no solo sobre los territorios, sino también sobre los cuerpos (como primer territorio). En el caso de las mujeres, la figura de la Virgen María funciona como un arquetipo simbólico que cumple esos roles y estereotipos de “buena mujer”, con características sumisas, maternales, serviciales, virginales y sacrificadas, moldeadas para encarnar una feminidad obediente y despolitizada, anulando su deseo, autonomía y presencia en la vida pública.

En el año 1922, antes de la división de la región en los tres departamentos (Gran Caldas), Manizales empezó a consolidarse como centro social y cultural en el que se dictaban las directrices políticas y económicas que influían en los poblados de Armenia y Pereira, según los docentes e investigadores³ Gabriel Gallego, Juana Uribe, Claudia Patricia Jaramillo y Lina María Martínez (2013).

En esta época, el periódico *La Patria* jugó un papel clave al convertirse en el principal medio de difusión y debate de los asuntos del Eje Cafetero, el cual tenía una posición política conservadora. Este periódico fue fundado en 1921 “para apoyar la candidatura de Pedro Nel Ospina para la campaña de 1922 y servir de plataforma del conservatismo en la región”, según la historia del periódico.

Y por otro lado, la iglesia tomó un lugar aún más importante pues se convirtió en un símbolo para redefinir la ciudad en una época en la que varios incendios (1922, 1925, 1926) destruyeron parte de la ciudad, como afirma el sociólogo Rodrigo Santofimio (2019).

En el proceso de restauración y modernización de la ciudad, la catedral se volvió protagonista y símbolo de “fuerza religiosa”, encarnando las aspiraciones de los feligreses quienes deseaban una obra monumental que reflejara la belleza y creencias de la época.

El 5 de febrero de 1928, se inició la construcción de la catedral, con una arquitectura que fusionaba estilos neogóticos, neorromanos y bizantinos, diseñada para cumplir las expectativas estéticas de la comunidad. Este proyecto no solo tenía un carácter religioso, sino que termina **representando los cimientos de la idiosincrasia del Gran Caldas, en donde la religión se erige como emblema de crecimiento y progreso** (Gallego, Uribe, Jaramillo y Martínez, 2013).



*Fotografía 1. Incendio 1992.
Recuperada de Santofimio
– Ortiz, R (2019)*

3 Gallego – Montes, G., Uribe – Arango, J., Jaramillo – Ángel, C. P y Martínez – González, L. M. (2013). *Biografías socio-sexuales en varones y mujeres con prácticas homoeróticas en el eje cafetero*.

En el relato que narra Robledo (1996), cuenta que en 1929, cuando la crisis económica amenazaba la ciudad, los medios de comunicación de la época persuadían a las personas manizaleñas a elegir entre la construcción de la catedral o los servicios públicos, como la editorial *La voz de Caldas* que se proclamó con firmeza: *“¿Cómo podemos dar prelación al acueducto o al alcantarillado sobre la catedral? De ninguna forma, porque sería tanto como regresar a los tiempos primitivos, despojándonos de la espléndida*

vestimenta de esta civilización que va en busca de Dios”.

Este tono doctrinario, que priorizaba lo religioso incluso en las decisiones que afectaban la vida cotidiana y derechos de las personas más pobres, se repetía constantemente, especialmente en asuntos considerados importantes, aunque fueran de carácter privado o en relación con las necesidades básicas de las personas, sus libertades cuerpos, vidas, deseos y placeres, especialmente de las mujeres y de las disidencias sexo-género.

Por su lado, la mirada general de la religión católica y cristiana sobre las personas diversas fue y ha sido tomada desde la patologización, la “desviación”, el castigo divino, y la supuesta necesidad de “corrección”, avalando y practicando incluso formas de tortura y violencias para intentar “convertir” a personas con identidades sexuales y de género diverso. Violencias como las “terapias de conversión” que han sufrido y continúan sufriendo muchas personas diversas en Colombia y otros países del mundo, y que a pesar de los varios proyectos de ley propuestos en el Congreso de Colombia para prohibir estas prácticas, la mayoría de congresistas han archivado o negado.

Así, el catolicismo y el cristianismo en Caldas y en el Eje Cafetero no han sido únicamente transmisoras de saberes espirituales, sino que hasta la actualidad, han funcionado como mecanismos de control social y moral, a través de creencias y fundamentalismos que han moldeado las formas de habitar los cuerpos, las libertades y el territorio, utilizando la exclusión, la discriminación, los prejuicios, la desinformación y las violencias como estrate-



gias de persuasión. A su vez, **la realidad actual sociopolítica y cultural de la región cafetera evidencia una hegemonía religiosa, particularmente católica, que ha permeado profundamente la cultura, las instituciones, los imaginarios colectivos y las estructuras de poder**, como lo destacaron las más de 30 organizaciones y activistas participantes del primer encuentro de la Red de Organizaciones y Activistas Feministas y Diverses del Eje Cafetero, en junio de 2024.

En esta difusión histórica de creencias violentas y erróneas sobre las experiencias de vida y los derechos de las mujeres y las personas diversas, medios de comunicación locales como *La Patria* fueron claves ya que sirvieron como plataforma que no solo informaba sobre los acontecimientos de la región, sino que era un reflejo del orden moral y social de la época. Pues como plantea Michael Foucault (2002), el discurso es un medio a través del que se ejerce poder, determinando la forma en cómo las personas deben pensar y actuar según un orden establecido, orden que suele perpetuar discursos dominantes que funcionan como mecanismo para el control y la vigilancia social.

Entre 1920 y 1985 en el Eje Cafetero la literatura sobre la homosexualidad todavía era escasa, y lo poco que se abordaba estaba cargado de estigmas y señalamientos, se utilizaba un lenguaje que asociaba el homoerotismo y la diversidad con personas criminales, depravadas y aberrantes, convirtiéndoles en ese “otro” que es peligroso y el cual se debe exterminar, según la investi-

gación del las y los investigadores Gallego, Uribe, Jaramillo y Martínez (2013).

En ese entonces las personas sexualmente diversas no solo se veían relegadas al silencio y la marginalidad, sino que se enfrentaban a un constante escrutinio, las noticias difundidas desde este periódico no solo reproducían las normas hegemónicas, sino que eran claves para reforzar la noción de que cualquier “desviación” del orden heterosexual debía ser corregida o castigada. Lo que obligaba de cierta forma a la invisibilización sistemática de las personas diversas, relegándolas a la clandestinidad y el silencio, en una región profundamente influenciada por los valores y las normas tradicionales.

Las alusiones directas al lesbianismo o amor erótico entre mujeres fue un tema aún más marginado, parecía estar tan alejado del discurso público que el solo hecho de mencionarlo era impensable. Ni que decir del transgenerismo en su expresión más amplia, que sólo comenzó a aparecer tímidamente en la prensa regional a partir de mediados de los años sesenta. Las escasas narraciones sobre personas travestis que emergieron en la prensa local evidenciaban una profunda confusión histórica entre las prácticas homoeróticas y la identidad de género que constantemente asociaba la homosexualidad con quiebres en la identidad de género, como todavía sucede en la actualidad (lastimosamente).

En la región, las representaciones comunes tanto religiosas (católicas y cristianas) como en los medios de difusión y comunicación, han naturalizado y sostenido un orden social heteronormativo y cisnormativo marcado por normas morales y sociales que funcionan como instrumentos de control sobre las personas. De allí que sea crucial que las religiones y los medios de comunicación tomen parte activa en la erradicación de las violencias y la discriminación, de forma que no repliquen violencias, prejuicios, sesgos y desinformación relacionadas con las experiencias, vidas y derechos de comunidades históricamente vulnerables, como las mujeres, las personas diversas y las comunidades étnicas.

Registro de violencias basadas en género en Caldas

Entre el 2020 y finales de 2024 se registraron en el departamento de Caldas un total de **11.378** casos notificados de mujeres que habían sufrido algún tipo de *violencia física, sexual, psicológica, y por negligencia y abandono* en el departamento de Caldas, según el Sistema Integrado sobre Violencia de Género (SIVIGE). Reflejando no solo la persistencia de esta problemática, sino también la necesidad urgente de respuestas institucionales integrales.

La **violencia física** se mantuvo como la forma más reportada durante todo el periodo. Los casos pasaron de 1.198 en 2020, a 1.486 en 2023, con una cifra de 1.189 para finales del año 2024.

La **violencia sexual**, evidencia un aumento sostenido, pasando de 506 casos en 2020 a 789 en 2023, y 704 hasta finales de 2024. Este crecimiento es alarmante, dado que la violencia sexual, no solo vulnera derechos fundamentales, sino que constituye una forma de apropiación violenta del cuerpo y de la voluntad y autonomía de las mujeres, lo que refuerza estructuras de dominación históricas.

En tercer lugar, la **violencia psicológica** muestra un incremento paulatino, reflejando mayor visibilidad de esta forma de violencia y el reconocimiento institucional de esta violencia que ha sido invisibilizada y naturalizada, dadas sus características.

Por su parte, la **negligencia y abandono**, junto a otras formas de violencia, se presentan en cifras menores, pero constantes, lo cual señala que si bien pueden parecer menos frecuentes, forman parte del entramado general de violencias que enfrentan las mujeres de distintas edades.

Las violencias por **hostigamiento, discriminación y trata de personas** presentan las cifras más bajas en el periodo (entre uno y nueve casos). Sin embargo, la baja estadística no refleja necesariamente una menor incidencia, sino que puede significar una falla estructural en su reconocimiento, tipificación y denuncia. Estas formas de violencia suelen afectar a poblaciones históricamente marginalizadas, cuyas experiencias son frecuentemente invisibilizadas por el mismo sistema.

Es importante resaltar una limitación en el registro institucional de los casos: aunque las violencias se clasifican en categorías para su análisis cuantitativo, **esta clasificación tiende a invisibilizar la simultaneidad y la interconexión entre diferentes formas de violencias**. Muchas mujeres como se verá en adelante, no sufren una sola violencia, sino que son víctimas de múltiples violencias al mismo tiempo, y en distintos momentos de sus vidas.

Sin embargo, por efectos de registro y para evitar duplicidades, las instituciones encargadas registran y categorizan el hecho según la tipología de “mayor” gravedad o recurrencia en el momento de la denuncia,

lo cual reduce la posibilidad de comprender la complejidad real de las situaciones de violencia y la agudización de las condiciones de riesgo que viven las víctimas, lo que puede conducir a intervenciones gubernamentales que no reconozcan ni atiendan integralmente la multicausalidad y multidimensionalidad de esta problemática.

CASOS POR TIPO DE VIOLENCIA Y DEPARTAMENTO

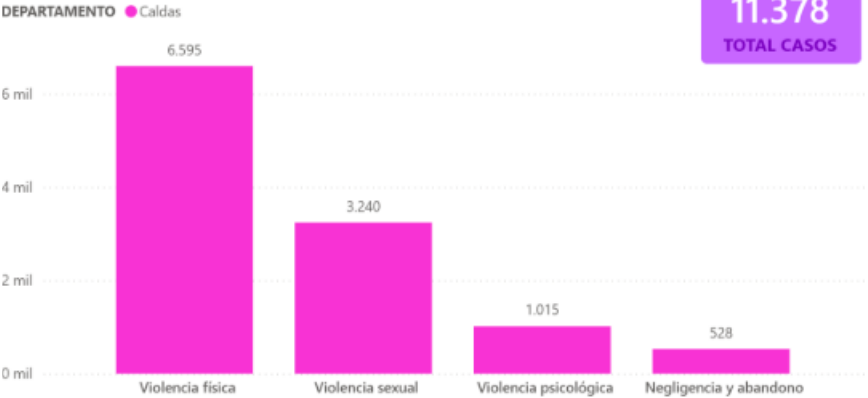


Gráfico 13. Registro de VBG en Caldas agrupadas por tipo de violencias (2020-2024).

CASOS POR TIPO DE VIOLENCIA EN CALDAS

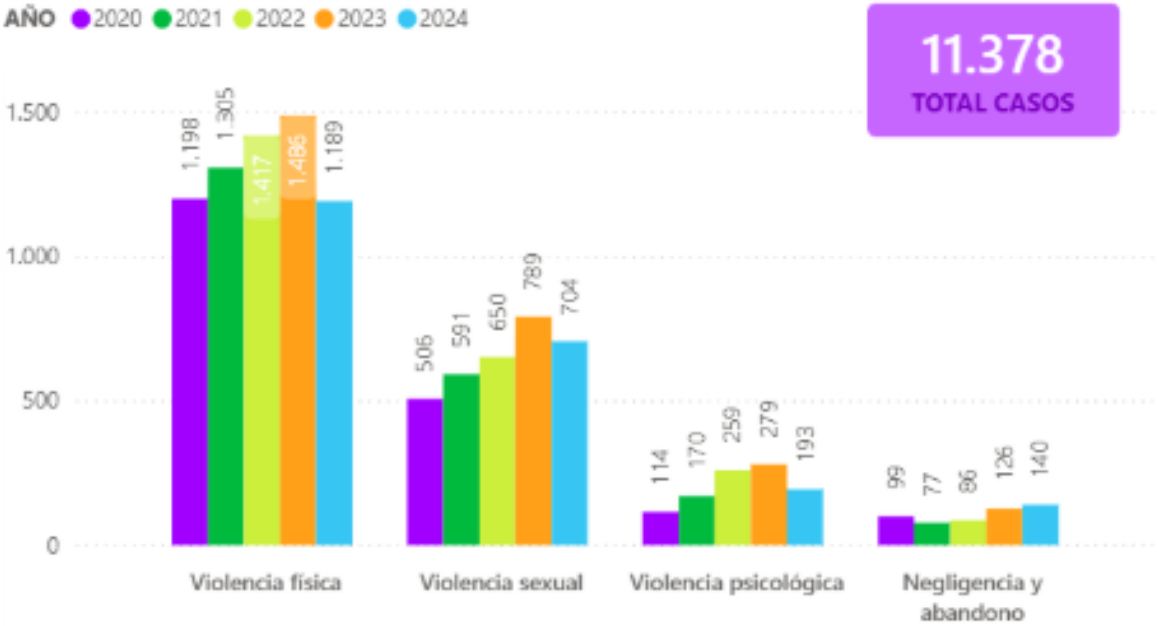


Gráfico 14. Registro de VBG en Caldas agrupadas por tipo de violencias y años (2020-2024).

El siguiente gráfico, permite apreciar una concentración significativa de casos de violencias basadas en género en la etapa de vida de la adultez, seguida por la juventud y adolescencia. En contraste, con las cifras de la infancia, primera infancia y la adultez mayor. Este panorama nos permite apreciar cómo las VBG en Caldas atraviesan todas las etapas de vida, y nos permite hipotetizar que su aumento en las etapas de juventud y adultez responden a un sistema patriarcal en donde los mandatos de este sistema son más fuertes por cuestiones como las relaciones de pareja, dependencia emocional y económica, los roles establecidos.

Asimismo, el gráfico anterior, nos permite reconocer que estas violencias basadas en género afectan todas las etapas de vida sin

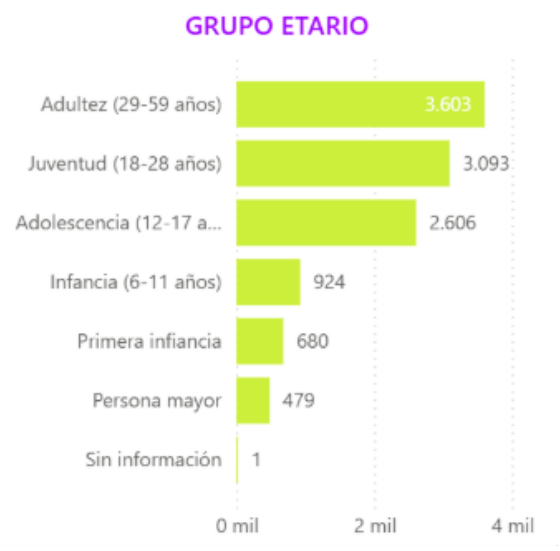


Gráfico 15. Grupo etario víctimas de VBG en Caldas (2020-2024).

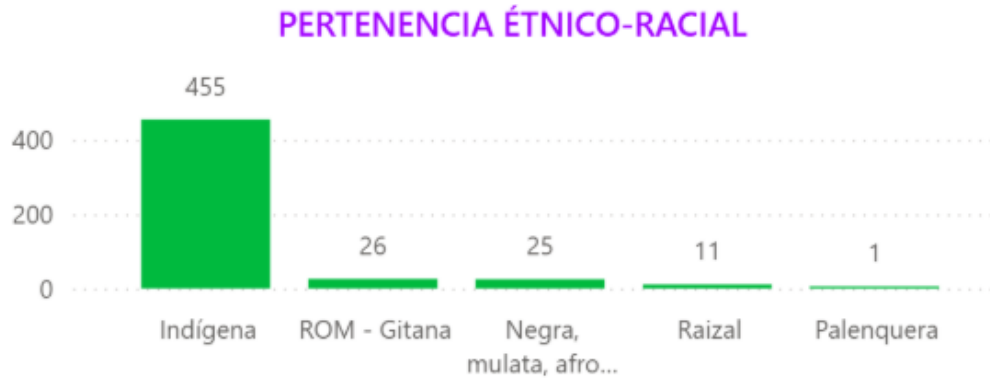


Gráfico 16. Pertenencia étnico-racial registrada de las víctimas de VBG en Caldas (2020-2024).

discriminación alguna, haciendo evidente su carácter estructural y en ese sentido, es un llamado a la necesidad de que se diseñen estrategias, herramientas y políticas integrales en prevención, protección y reparación que garanticen una vida libre de violencia desde la infancia hasta la vejez.

Con respecto a la pertenencia de las víctimas a comunidades étnico-raciales, encontramos que 455 mujeres son indígenas, 26 ROM - Gitana, 25 mujeres negras, Mulata o Afrocolombiana, 11 Raizales y una mujer palenquera.

Por su parte, la información obtenida por el derecho de petición enviado a la Fiscalía General de La Nación, permite apreciar que el **espacio doméstico y familiar continúa siendo uno de los principales escenarios que perpetúa las violencias basadas en género** contra mujeres en sus distintas etapas de vida, a pesar de su frecuente idealización como lugar de cuidado, afecto y protección.

Esto también se evidencia en los registros de SIVIGE, que indican que **el 68% de los casos de violencias basadas en género registradas en Caldas entre 2020 y finales de 2024, ocurrieron en las viviendas de las víctimas, y más del 40% de las víctimas convivían con su agresor.**

El gráfico anterior, permite apreciar cómo en Caldas, la mayoría de VBG se ejercer dentro de las relaciones afectivas y familiares más cercanas, lo que evidencia que el ámbito más íntimo, termina siendo el escenario de mayor riesgo para las mujeres. Lo anterior, refleja cómo el patriarcado se sigue sosteniendo y perpetuando desde la esfera más íntima y privada de la vida. En este escenario los roles impuestos tradicionalmente permiten mantener el control, la dependencia y el ejercicio de poder. Asimismo, **la concepción y la materialización del amor romántico también cobra un papel importante, perpetuando la idea de posesión sobre el cuerpo y la vida de las mujeres, lo cual no es algo nuevo sino que se ha sido sistemático a través del tiempo.**

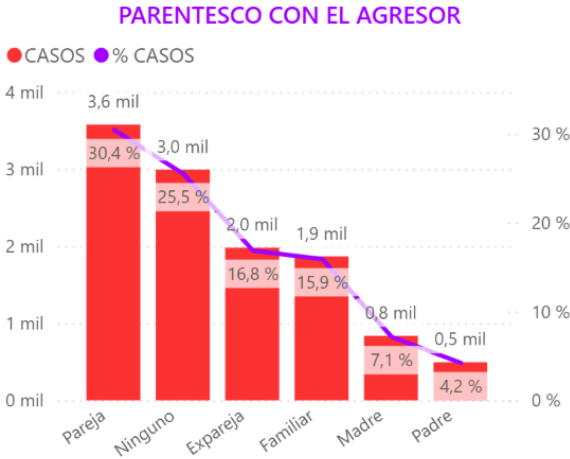


Gráfico 17. Parentesco con el agresor - víctimas de VBG en Caldas (2020-2024).

CONVIVENCIA CON AGRESOR

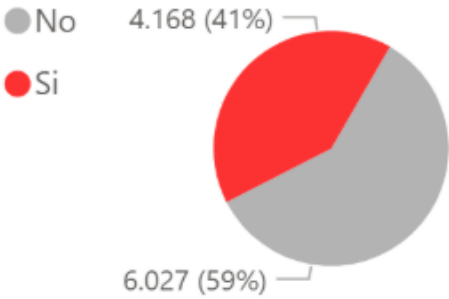


Gráfico 18. Convivencia con el agresor - víctimas de VBG en Caldas (2020-2024).

La persistencia de estos casos pone en evidencia la urgencia de intervenir de manera estructural las relaciones de poder al interior de las familias, que siguen reproduciendo lógicas patriarcales normalizadas como veremos más adelante en relación con las experiencias de vida de algunas mujeres del territorio.

Municipios con mayores registros de violencias basadas en género

A continuación se presenta un análisis de los cinco municipios del departamento de Caldas con más casos de violencias basadas en género según el SIVIGE, en el periodo 2020- 2024.



Gráfico 19. Municipios con mayores registros de VBG en Caldas (2020-2024).

Manizales, como capital departamental y principal centro urbano, concentra el mayor número de casos en todos los años analizados. Se observa un crecimiento sostenido de 830 casos en 2020 a 1.274 en 2023, con 1.096 casos reportados hasta finales del año 2024.

En segundo lugar, se encuentra el municipio de **La Dorada** presentando un aumento de 333 casos, entre 2021 (275 casos) y 2023 (432 casos).

Chinchiná y **Riosucio**, si bien reportan cifras más bajas, evidencian una tendencia que no debe subestimarse. En Chinchiná, el pico se da en 2022 con 199 casos de violencias registradas contra las mujeres. Y en Riosucio, los casos se mantienen relativamente estables. **Villamaría**, por su parte, presenta un

crecimiento constante, pasando de 134 casos en 2020 a 193 casos hasta finales de 2024.

Si bien en este análisis se presentaron únicamente los cinco municipios con mayor número de casos de violencias de género en el departamento de Caldas, es importante señalar que este panorama no debe invisibilizar la persistencia de estas violencias en municipios con menor densidad poblacional y, por ende, con cifras más bajas. La menor cantidad de casos registrados en algunos municipios, no implica necesariamente una menor ocurrencia de las violencias, sino que puede responder a múltiples factores estructurales como la falta de acceso a canales de denuncia, la ausencia de rutas institucionales efectivas o la naturalización de estas violencias, por ejemplo.

Feminicidios y transfeminicidios en Caldas

El feminicidio y el transfeminicidio son las formas más extremas de las violencias basadas en el género y de género, constituyéndose como prácticas sistemáticas de eliminación y como la expresión máxima de violencia del sistema patriarcal. Estas violencias no surgen de la nada, por el contrario, son el resultado de un sistema de opresión que sostiene y reproduce relaciones de poder desiguales, donde ciertos cuerpos particularmente feminizados, racializados, empobrecidos y disidentes, son vistos como inferiores y desechables. Como lo plantea Rita Segato (2016), estas muertes no son hechos aislados ni fortuitos, sino el desenlace de múltiples violencias que buscan

inscribir en el cuerpo de las mujeres un mensaje de dominación, castigo y control como una supremacía masculina. En ese sentido, el feminicidio se configura como una herramienta simbólica y material de poder masculino sobre los cuerpos feminizados, a causa de las jerarquías de poder, las desigualdades históricas y los roles y estereotipos de género impuestos que legitiman su ocurrencia.

Entre 2020 y 2024, al menos 65 mujeres fueron asesinadas en el departamento de Caldas. Tres de ellas eran mujeres transgénero, según el Observatorio de Feminicidios Colombia.

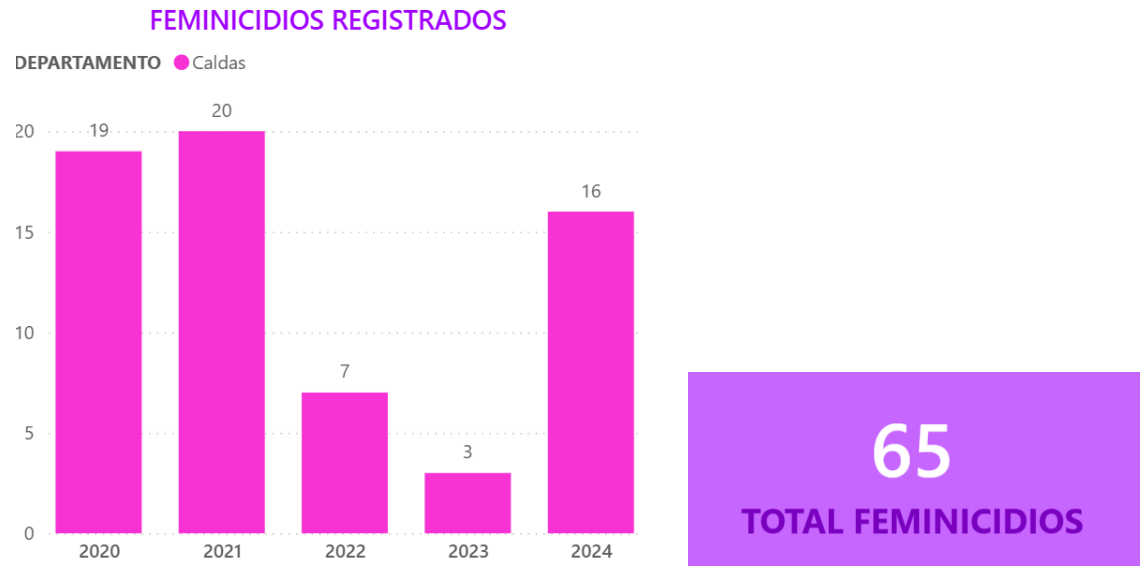


Gráfico 20. Feminicidios registrados en Caldas, agrupados por año (2020-2024).

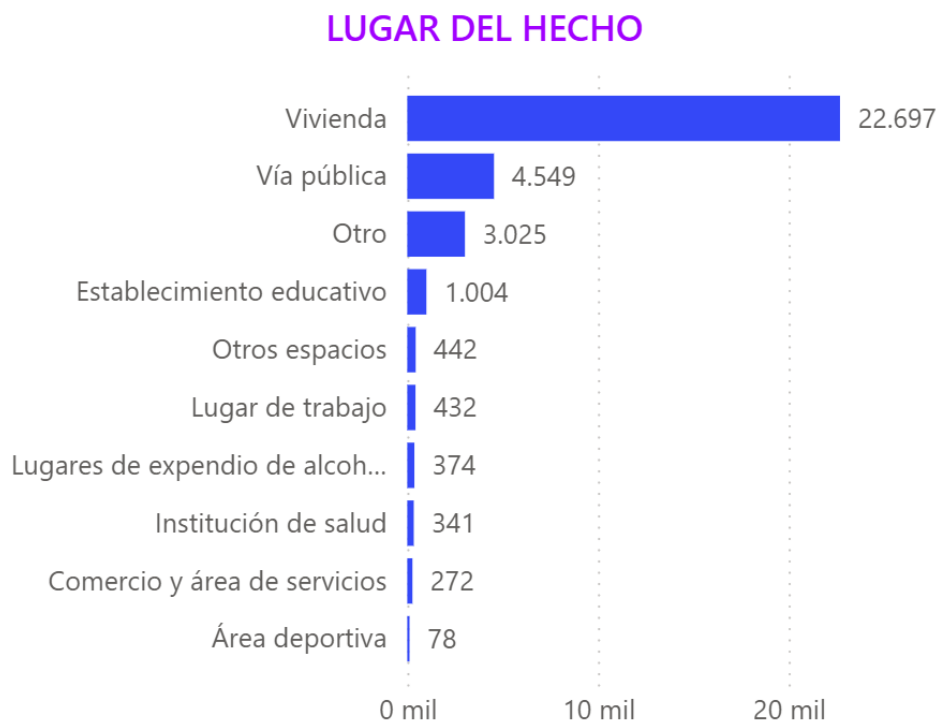


Gráfico 21. Lugar donde se encontraban las víctimas de feminicidio en Caldas (2020-2024).

De los 65 feminicidios registrados, 44 ocurrieron en zona urbana, 16 en zona rural y dos sin información específica de donde ocurrió el hecho. Asimismo, se encontró que el 48,39% de los feminicidios se cometieron al interior de la vivienda de la víctima, como se aprecia en el siguiente gráfico. Este dato resulta preocupante, pues, como se mencionó en apartados anteriores, el hogar continua siendo el espacio más privado de la vida y, a la vez, el escenario donde las violencias basadas en género ejercen con mayor fuerza su poder y dominación.

del total de feminicidios, 23 de estos femicidios fueron cometidos por compañeros permanentes, siendo este el sujeto feminicida más frecuente. 21 casos carecen de información que permita establecer la relación entre el agresor y la víctima. Por su parte, 7 casos fueron perpetrados por ex compañeros permanentes, mientras que otros 7 casos no presentaban ningún tipo de vínculo entre ambas partes. De igual forma, se registran que en relaciones familiares directas, se han dado 2 feminicidios donde el sujeto feminicida son hijos, 1 nieto y 1 por el padre de la víctima.

Por su parte la distribución del vínculo entre el sujeto feminicida y la víctima evidencia que,

Al realizar un análisis de los feminicidios en el departamento de Caldas entre el año 2020 y 2024, se ponen en evidencia no solo la persistencia de esta forma de violencia, sino la inconsistencia en los registros oficiales. Como se observa en el siguiente gráfico, existe una diferencia entre las cifras registradas por la Fiscalía General de la Nación y las del Observatorio de Feminicidios Colombia, que se mantiene con los años.

Esta diferencia en los datos, refleja cómo el subregistro es una problemática estructural que distorsiona la magnitud real de los feminicidios en los registros oficiales, dificultando su reconocimiento, y por tanto la formulación y ejecución de acciones, planes, leyes, programas y estrategias efectivas e

integrales para su reducción, y para la garantía de vidas libres de violencias para las mujeres en sus diversidades, como lo estipula la Ley 1257 de 2008.

En el análisis de las violencias basadas en género, resulta crucial problematizar el subregistro no solo como una falla técnica, sino como una expresión de **violencia institucional que perpetúa la impunidad, el silenciamiento y la exclusión de las mujeres y personas diversas. Lo que puede traducirse en grandes obstáculos para los procesos de investigación, justicia y reparación de las víctimas.**

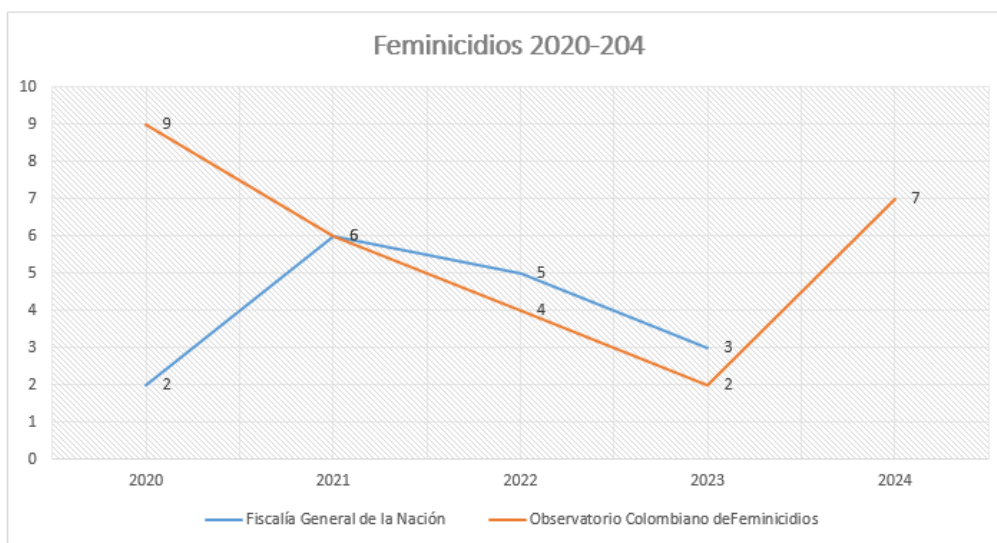


Gráfico 22. Comparación de registro de feminicidios en Caldas de la Fiscalía, y del Observatorio de Feminicidios Colombia (2020-2024).

Para esta investigación, se le solicitó a la Fiscalía información específica sobre transfeminicidios en Caldas, pero la institución en lugar de brindar estos datos, respondió con información correspondiente a casos de homicidios de hombres con experiencia de vida trans, información crucial para la comprensión de las violencias en su contra. Sin embargo, teniendo en cuenta que la solicitud fue sobre transfeminicidios en el departamento, la respuesta pone a considerar si existe desconocimiento por parte de algunos funcionarios o si esta respuesta parte de una mirada biologicista, la cual termina confundiendo o ignorando la identidad y expresión de género de las mujeres con experiencia de vida trans, lo que puede tener como consecuencia su invisibilización y anulación simbólica y material de los registros oficiales, factores que pueden obstaculizar el acceso a la justicia de las mujeres trans y aumentar la impunidad.

En el análisis de las violencias basadas en género, resulta crucial problematizar el subregistro no solo como una falla técnica, sino como una expresión de **violencia institucional que perpetúa la impunidad, el silenciamiento y la exclusión de las mujeres diversas y de las personas con identidades de género y orientación sexual diversa.**

Por último, es importante mencionar que la precariedad en los registros que se tienen de la población disidente al sistema sexo-género en general, pone en evidencia la falta de una política pública integral, sostenida y con enfoque interseccional que

atienda problemáticas como el feminicidio, el transfeminicidio, los homicidios y la violencia por prejuicio y discriminación de manera urgente y diferenciada. A pesar de que existen personas LGBTQ+ trabajando al interior de las instituciones públicas y como actoras y actores gubernamentales (como enlaces de diversidad, por ejemplo), su representación aún no se traduce en transformaciones estructurales ni en respuestas institucionales efectivas a las realidades que vive la población diversa en el territorio, asunto que podría analizarse más profundamente en otra investigación en relación a los cargos que ocupan estas personas, el poder de decisión e incidencia real que tienen, el porcentaje de representatividad, y las barreras y violencias que incluso ellas mismas experimentan al interior de las instituciones gubernamentales.

Medidas de protección: cobertura y alcance en Caldas

Entre 2022 y el primer trimestre de 2024, la Policía Nacional Metropolitana de Manizales otorgó al menos 3.500 medidas de protección a mujeres y personas personas disidentes del sistema sexo-género en el departamento de Caldas, según indicó en su respuesta al derecho de petición enviado en la presente investigación.

Según esta fuente, en 2022 se otorgaron 1.223 medidas de protección, de las cuales el 97% fueron aplicadas en zona urbana y solo 3% en la zona rural. En 2023, el número aumentó a 1.730 medidas, con una distribución del 99% en el área urbana y tan solo un 1% en la zona rural. Para el corte de marzo de 2024, se reportaron 547 medidas, con un 91% en zona urbana y un 9% en zona rural, y llama la atención que en este último periodo, solo una persona disidente del sistema sexo-género figura registrada con medida de protección.

Es importante mencionar, que no fue posible incluir información correspondiente a los años 2020 y 2021, dado que, según la respuesta emitida por la Policía Nacional Seccional Caldas al derecho de petición interpuesto, mencionan que en sus bases de datos no reposa registro sobre las medidas de protección otorgadas durante dicho periodo. La ausencia de esta información impide conocer las cifras para esos años y, por ende, podríamos decir que limita no sólo un análisis crítico sobre las violencias basadas en género en el territorio, sino también, la posibilidad de establecer acciones y respuestas estatales frente a esta problemática.

Por su parte, las cifras compartidas anteriormente permiten evidenciar una sobrerrepresentación sistemática de la zona urbana en la implementación de medidas de protección, y la profunda desigualdad que viven las mujeres que habitan la ruralidad en el departamento. Esta disparidad no sólo



Gráfico 23. Medidas de protección solicitadas por víctimas de VBG a la Policía de Caldas (2022-2024).

se expresa en datos cuantitativos, sino que responde a barreras estructurales que afectan el acceso a atención, denuncias, y mecanismos de protección en los contextos rurales.

Así mismo, la escasa representación de personas disidentes del sistema sexo-género en los registros insitucionales sugieren un fenómeno de subregistro, que podria estar relacionado con la falta de reconocimiento de las violencias especificas que experimenta esta población, así como la ausencia de rutas claras y personal que pueda atender de manera integral y no revictimizante sus experiencias de vida y necesidades, y que en efecto aplique las medidas de protección.



Un acercamiento a las violencias basadas en género desde las experiencias de vida

Las violencias basadas en el género son un fenómeno histórico y estructural que se ha configurado a lo largo del tiempo como un orden simbólico, cuyo objetivo es perpetuar el orden social patriarcal. Este orden contribuye a la construcción de un imaginario que naturaliza e invisibiliza estas violencias y desigualdades, como un medio de control y dominación. Su finalidad es mantener el statu quo, en donde las mujeres y personas diversas continúan siendo vistas como subordinada de los hombres, al igual que las diversidades sexuales, quienes históricamente han enfrentado múltiples formas de opresión por no ajustarse al sistema cisnormativo y heteronormativo que regula y constriñe sus cuerpos.

Como explica Rita Laura Segato (2016), todas las violencias basadas en el género obedecen a un orden cuyo patrón se establece, se mantiene y se reproduce desde los primeros

ciclos de vida de la persona, a través de esos procesos de socialización que se dan en la familia, y que atraviesa y se refuerza por medio de la socialización en el ámbito social al definir nuestras formas de actuar, ser y habitar el mundo. En ese sentido, a continuación se presentan las experiencias de algunas de las mujeres entrevistadas en los diferentes escenarios de socialización y relacionamiento en el que se desarrollan, y experiencias indirectas de mujeres recopiladas a través de fuentes secundarias como artículos, noticias, y libros. Experiencias violentas en las que se identifican una serie de situaciones críticas que permiten realizar un análisis profundo de las formas de opresión que las personas enfrentan en diferentes entornos, al igual que las formas de resistir y crear redes de apoyo ante estas violencias.

De la sacralización de la familia como escenario “seguro” a la reproducción de violencias

El concepto de familia, tiene un uso tan común en nuestra cotidianidad que a menudo lo consideramos como algo simple y obvio, sin cuestionar las relaciones y dinámicas que allí se gestan. Sin embargo, no es algo simple como se cree, la socióloga María Cristina Palacios (2009) señala que “el tema de familia es quizás el asunto más complejo y resbaloso del mundo social” (p.47). Aunque históricamente se ha sacralizado la familia como “nido de amor”, afecto y protección, es importante reconocer que en estas también se gestan relaciones de poder, desigualdad y violencia.

La familia se configura como el primer escenario que forma y direcciona a sus integrantes para la integración social y la convivencia cotidiana, ya sea desde una parentalidad impuesta o elegida, en donde se crean y establecen límites y posibilidades sobre el cuerpo, la sexualidad, el encuentro o desencuentro entre los géneros y orientaciones sexuales, que hacen de la familia un ámbito de profundas variedades y polaridades, pero en donde la presión del orden social se encuadra bajo un único modelo de vida y organización, como un mundo homogéneo y sagrado (María Cristina Palacios, 2009; 2020). Pese a la diversidad interna de las familias y a la existencia de múltiples formas de organización, el orden social ha impuesto un único modelo legítimo: la familia *nuclear*. Esta idealización se remonta a la consolidación del modelo burgués en la modernidad occidental,

donde comenzó a imponerse una estructura de familia específica, conformada por un padre proveedor, una madre dedicada al cuidado y las labores domésticas, y sus hijos, con una clara división sexual del trabajo y de los roles de género.

Esta configuración no solo responde a las necesidades económicas y sociales del momento, sino que ha operado como un dispositivo de poder orientado a regular la sexualidad, controlar los cuerpos y organizar la reproducción. En este marco, la familia se constituyó como un espacio de reproducción de normas de género y mandatos morales que promueven la obediencia y refuerzan dinámicas de autoridad, dando principal legitimidad a los hombres integrantes de la familia.

Es de resaltar, que la religión católica y cristiana ha desempeñado un papel central en la legitimación de este modelo, al sacralizarla y promoverla como ideal mediante la imagen de la *Sagrada Familia*; José, María y Jesús fueron presentados como el ideal divino y terrenal de organización familiar, funcionando no sólo como símbolo religioso, sino como modelo social normativo que desconoce y rechaza otras formas de familias que no estén conformadas bajo esos preceptos, como las familias conformadas por dos mujeres y sus hijos, o las relaciones poliamorosas, por ejemplo. Contribuyendo desde lo simbólico, moral y social a la naturalización de una supuesta única forma legítima de vida familiar: heterosexual, binaria y monogámica.

Si bien este orden imperante limita las visiones y acciones tanto dentro de las familias como en la sociedad en general, es importante

señalar que las familias no son agentes pasivos frente a estas influencias, como suele asumirse. Lejos de ser una realidad estática, las familias también están en constante cambio, transformándose en función de las realidades y desafíos que enfrentan, y según los cambios que experimentan quienes las integran. En este sentido, las familias tienen la capacidad de asumir por dadas y naturalizadas tanto sus propias estructuras como las de la sociedad o, por el contrario, sus integrantes tienen la posibilidad de transformarlas, trascendiendo patrones culturales e influencias tradicionales, tal como lo planteó la socióloga Eleonora Cebotarev, 1998 citada en Nelly del Carmen Suárez y Dalia Restrepo (2005) al hablar de la indeterminación familiar.

Sin embargo, cuando nos referimos a las violencias basadas en el género, encontramos una serie de obstáculos que dificultan ese agenciamiento de las familias y la transformación de la realidad. La estructura y naturalización de las violencias basadas en género han llevado a que, de manera consciente o inconsciente, se perpetúan roles de poder y dominación que atraviesan la vida familiar, concibiendo como natural su presencia y su impacto, como se aprecia en la siguiente experiencia.

Andrea⁴ tiene 46 años, es madre de tres hijos -una mujer y dos hombres-, quienes vive en el municipio de Villamaría, Caldas, se dedica al cuidado de Santiago su hijo menor y las labores domésticas no remuneradas,

funciones esenciales para el mantenimiento familiar y que en una sociedad como la nuestra son invisibilizadas. Su rol no solo se limita al cuidado de la familia y del hogar, con energía y persistencia ha sido una red de apoyo fundamental para Enrique su actual pareja, pues le acompaña y le apoya en las funciones del trabajo.

En nuestra entrevista, Andrea relata parte de su juventud, una época marcada por decisiones difíciles y sacrificios. Tenía apenas 18 años cuando conoció a Alberto, un hombre de 35 años. Para él conocerla fue una ilusión inmediata que, en poco tiempo, terminó siendo una obsesión. Alberto no solo la quería, sino que deseaba poseerla, tenerla “solo para él” como si se tratara de un objeto al cual podía controlar y acceder sin restricciones.

Andrea, sin embargo, lo veía con otros ojos. Para ella, Alberto era un hombre insistente además de “lechero”. Era un hombre al que no le importaba gastar dinero para invitarla a salir y cortejarla. Aunque eso aligeraba las preocupaciones económicas que tenía en ese momento, no compartía los sentimientos que él tenía, algo que desde un principio ella dejó claro pero que para Alberto no tuvo importancia. Al cabo del tiempo de tanto insistir, Andrea decidió darle una oportunidad, convencida de que podría intentarlo, aunque su corazón le dijera lo contrario.

Pasado un tiempo, Andrea decidió que no quería continuar con esa relación. El vínculo con Alberto se había vuelto insostenible. Alberto no estaba dispuesto a dejarla ir, según él, ella le pertenecía. Las circunstancias, pronto se complicaron aún más: Andrea quedó

4 El nombre de la entrevistada fue cambiado por seguridad.

embarazada de su primera hija, Sara, lo que la llevó a irse a vivir con él. Para entonces, él no tenía un trabajo estable, y fue ella, quien con esfuerzo y dedicación en su trabajo se volvió un sostén para la familia. Alberto poco a poco fue ejerciendo una serie de opresiones sobre Andrea. La violencia psicológica fue su primer medio de control; sus acciones, comentarios y miradas eran un recordatorio del poder y control que ejercía sobre ella. Estas violencias fueron escalando cada vez más, y esa violencia aparentemente sutil y silenciosa terminó abriendo paso a la violencia económica, y la dominación sobre su cuerpo, que tuvo como desencadenante la violencia sexual.

Andrea recuerda aquellas dolorosas experiencias: aunque no deseaba compartir su cuerpo con Alberto, sintió que negarse no era una opción. Sentía que su voluntad estaba anulada por un mandato invisible pero inquebrantable, en donde ella no podía elegir sobre su propio cuerpo. Fue entonces en ese momento que quedó embarazada de su segundo hijo. La situación empeoró meses después cuando la madre de Alberto enviudó y se fue a vivir con ellos. Andrea esperaba que al vivir juntos las cosas mejoraran, pero en lugar de eso, la convivencia con su suegra tornó el ambiente aun más hostil. Ahora no solo sufría la violencia ejercida por su pareja, quien ya no tenía ningún tipo de límite para ejercer fuerza y agredirla, sino también la vigilancia y el control de una mujer que parecía perpetuar, desde otra posición, las mismas dinámicas de poder patriarcales.

De acuerdo con las expertas María Cristina Palacios y Laura Cecilia Castaño

(1994), la familia es un espacio de interacción que se constituye en la dinámica particular de las relaciones sociales, y que no se escapa a las dinámicas de poder, ejercidas por distintas personas integrantes de la familia. La historia de Andrea, nos muestra cómo la violencia no solo se ejerce por su pareja, sino también por su suegra. Desde un análisis histórico y de acuerdo con algunas entrevistas que se llevaron a cabo, en muchas ocasiones las mujeres han sido instrumentalizadas y educadas para vigilarse, controlarse y violentarse entre sí mismas, con el fin de mantener el sistema patriarcal y de opresión que beneficia especialmente a los hombres, y a las personas que gozan de más privilegios.

Silvia Federici (2010) en su texto Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria permite apreciar cómo se creaban sistemas de vigilancias para que las mujeres no escaparan del control público, allí se reclutaban mujeres para vigilar a otras. Por su parte, Rita Segato (2010) evidencia cómo este tipo de acciones son una clara materialización de las violencias estructurales que reproducen estas acciones para fundarse en el imaginario colectivo, por lo cual terminan reforzando y naturalizando las normas de género y contextos de violencia y desigualdad.

Con el paso del tiempo, Alberto se fue perdiendo en el alcohol. El dinero que Andrea ganaba con tanto sacrificio terminaba en manos de él para seguir tomando, sufriendo también violencia económica. “¿Quién la va a querer así? ¿Usted no se ve? con dos muchachitos encima, ningún hombre se fijará en usted”, fueron palabras y formas de violencia psicológica que

Alberto le dijo y que Andrea nunca olvidó. La violencia física ya sucedía a diario y sus redes de apoyo se fueron difuminando. Andrea ya no tenía con quien conversar porque si lo hacía, ella o las personas con quien hablaba podrían sufrir consecuencias.

La situación era tan violenta, insostenible y asfixiante que Andrea intentó acabar con su vida. Cuando fue atendida en el hospital le preguntaron la razón de su acto, y ella respondió que no aguantaba más estar con Alberto, que prefería la muerte a tener que seguir allí, con él. A pesar de manifestar lo riesgoso que era para su vida estar cerca de Alberto, el acompañamiento del hospital en el que fue atendida se limitó a enviarla a terapia y no activó ninguna ruta por violencia basada en género. Al tiempo, Andrea buscó apoyo institucional, exigiendo medidas de protección para que Alberto la dejara en paz. Este hombre, en tono burlón le expresaba que era algo imposible pues era “su esposa” y solo por eso no le darían nada. Sin perder la esperanza, Andrea esperaba que la institucionalidad hiciera algo, pero nunca pudo contar con un proceso de atención y acompañamiento.

Después de verse nuevamente en una situación injusta de precariedad económica y vital, y de sobrevivir a incontables episodios de violencia física, sexual, económica, psicológica y al nulo respaldo institucional, Andrea encontró fuerzas para ponerle fin a su relación forzada y violenta, a pesar de que las amenazas de Alberto continuaron constantes durante un tiempo, por lo que ella se sintió forzada en varias ocasiones a mantener relaciones sexuales con él, como una forma de sobrevivencia, por

miedo a que le hiciera daño. Tiempo después pudo continuar su vida y solo fue hasta que Andrea conoció a su nueva pareja que Alberto la dejó de acosar y violentar.

Relatos como el de Andrea nos permiten comprender cómo las violencias basadas en género se entrecruzan y agudizan, aumentando el riesgo de las víctimas y de sus hijos. Violencias íntimas e intrafamiliares que se naturalizan y hasta se promueven para “salvaguardar la familia”, encontrando que esto no solo está profundamente arraigado por nuestra sociedad, sino que es reforzado por el sistema de justicia que, en lugar de proteger a las víctimas, muchas veces las revictimiza e impone barreras, o no apoya de manera integral a las víctimas para que puedan salir de estos escenarios de violencia, y para disminuir el riesgo de afectaciones y de prevención del feminicidio.

Para una mejor comprensión de las dinámicas de violencia, la psicóloga y escritora Lenore E Walker (2013) ha teorizado sobre la existencia de **patrones que se desarrollan en las relaciones de maltrato**, especialmente cuando hay vinculaciones afectivas, y que pueden ser identificados y nombrados como el **ciclo de la violencia**, que consta de tres fases que se pueden identificar como:

Ciclo de la violencia

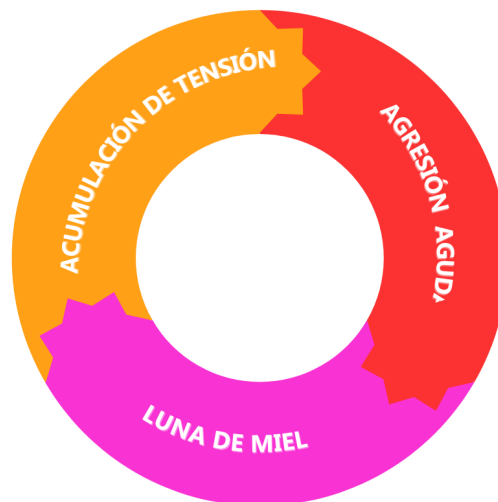
El ciclo de violencia termina siendo un patrón repetitivo en relaciones abusivas en donde cada fase puede durar desde horas, días, semanas o meses. **La duración de cada fase varía de acuerdo a la relación y puede acortarse con el tiempo, haciendo que la violencia sea más frecuente y más peligrosa para la vida y seguridad de la víctima.**

Cada fase puede durar horas, días, semanas o meses variando de acuerdo a la relación y puede acortarse con el tiempo, agudizando las violencias y poniendo en mayor riesgo a las víctimas. En el caso de Andrea, a pesar de las múltiples violencias por las que tuvo que pasar, logró resistir ante la relación de maltrato que vivía con Alberto y reconstruir su vida a pesar de las cicatrices que dejó esta experiencia.

Para tener en cuenta:

Es común que las mujeres y víctimas de violencias basadas en género sean revictimizadas por las violencias que son ejercidas en su contra, culpabilizadas y juzgadas por no “salir” de las relaciones o vinculaciones violentas en las que se encuentran. Sin embargo, el ciclo de violencia se identifica como un patrón repetitivo en relaciones abusivas en las que suele haber manipulación y violencia psicológica por parte de los agresores. Y una de las graves consecuencias de la violencia psicológica es que puede afectar las herramientas mentales y psicosociales que las personas tienen para afrontar la vida.

Otro factor identificado como un obstáculo para salir del es la falta de autonomía económica que viven muchas de las mujeres y



ACUMULACIÓN DE TENSIÓN:

Aparición de agresiones como bromas hirientes, chantajes, engaños, celos, control. La víctima intenta calmar, con actitudes pasivas y cariñosas, a la persona agresora para evitar un daño mayor; esto puede reforzar su poder y control.

AGRESIÓN AGUDA

Las agresiones se intensifican y pueden incluir gritos, insultos, empujones, golpes o amenazas, hasta causar tanto daño y brutalidad que puede terminar en la muerte. La víctima percibe la violencia como inevitable y siente que resistirse solo empeora la situación, lo que la lleva a una parálisis emocional y psicológica en donde la persona maltratadora tiene el control.

LUNA DE MIEL

Tras la explosión de violencia, la persona agresora suele mostrarse arrepentida, promete cambiar, aparecen gestos de cariño y reconciliación (regalos inesperados, mensajes afectuosos o actos de aparente cuidado). Esto genera en la víctima una esperanza de cambio, la creencia de que es la única fuente de estabilidad emocional de la persona maltratadora, e incluso su único vínculo con el mundo exterior; lejos de ser el resultado de lo que realmente sucede, es el efecto de la violencia emocional y del aislamiento sistemático al que ha estado sometida. La persona agresora suele mostrarse “vulnerable” y amenaza con hacerse daño si la víctima decide alejarse, lo que refuerza la dependencia emocional y el control sobre la víctima.

personas víctimas, la violencia económica y la agudización de estas condiciones al ser madres, o tener personas a su cuidado, y la ausencia de redes de apoyo.

★ Conoce más sobre este punto en el capítulo 4.



El continuum de las violencias y la trampa del amor romántico

La experiencia de vida por la que tuvo que pasar Andrea, no solo tuvo efectos en ella, sino que terminó afectando los procesos de socialización y relacionamiento de su hija e hijos dada la violencia que se daba al interior de la familia. Desde las prácticas de crianza y los procesos de socialización se reproducen y naturalizan conductas y acciones patriarcales, hetero y cisnormativas, y las violencias que estas generan, las cuales se transmiten de una manera tan cotidiana por medio de la socialización diferencial entre los géneros marcando la forma en cómo los hombres y mujeres deberían habitar el mundo de acuerdo a esos patrones limitantes.

Como se mencionaba antes, la familia constituye el primer espacio de socialización y es allí donde comienza la construcción de

identidades y subjetividades. En este entorno, las personas aprenden desde temprana edad qué se espera de ellos según su género. En la mayoría de casos, con base a los roles y estereotipos de género, a las infancias se les enseña desde muy pequeñas cómo deben comportarse, qué “deben” desear, qué se considera “bueno” o “malo”, y en general, cómo deben actuar y relacionarse en la sociedad.

Pero este proceso no es único ni completamente rígido. Ya que existen otros espacios de socialización secundaria como lo son las instituciones educativas, los grupos de pares, los medios de comunicación y los diferentes espacios que ocupa la persona. Estos nuevos entornos pueden reforzar lo aprendido en la familia, pero también tienen el potencial de cuestionarlo y transformarlo, ofreciendo diferentes formas de ver, sentir y comprender el mundo.

Tanto la socialización primaria como la secundaria son fundamentales porque moldean las interacciones cotidianas y tienen un impacto directo en la manera en que las personas construyen sus vínculos y entienden las relaciones. Asimismo, son espacios en los que se configuran o desafían asimetrías de poder, y donde se puede contribuir tanto a la naturalización como al cuestionamiento de las violencias. Esto se refleja en la experiencia de Sara, quien reproduce ciertos patrones aprendidos desde su infancia.

Sara tiene 24 años y se encuentra finalizando sus estudios universitarios. Actualmente vive con su madre Andrea a quien le apoya con el cuidado de su hermano menor Santiago. Sara es una mujer alegre, quien desea cumplir todos

sus sueños, como graduarse de la universidad y encontrar el amor de su vida. Aquel hombre que la ame profundamente y con quien pueda compartir todas sus tristezas y alegrías.

Sus amigos y amigas se ríen de la manera en como ella concibe el amor. Entre chistes y comentarios burlones dicen que ella cree que vive en una película de Disney, algo parecido a *High School Musical*, donde ella sería Gabriella y su novio Troy Bolton. Al hablar de su experiencia de vida, Sara cuenta sobre su pasado y presente, recordando aquellas épocas donde le decían cómo debía de actuar. Desde pequeña su tío y abuelo le han impuesto la forma en la que supuestamente “debe” comportarse una *mujer*, interiorizando la idea de que debe ser sumisa, recatada y vestirse como toda una “dama”.

Sara recuerda que las dinámicas familiares en su infancia y durante la convivencia con Alberto -su progenitor- fueron complejas, marcadas por distintas formas de violencia hacia su madre y que también dejaron afectaciones en ella. Pues ella y su hermano fueron testigos del control, la manipulación y las amenazas de muerte que Alberto ejercía contra su mamá y contra otras personas a su alrededor (especialmente hombres). En ocasiones, Alberto obligaba a sus hijos a que vigilaran a su mamá en el trabajo.

Uno de los momentos más dolorosos que Sara conserva en su memoria es el abuso sexual que Alberto ejerció contra su madre. Sara tenía solo siete años cuando ocurrió. En ese entonces la familia solo tenía una cama en la que todos dormían. En su memoria permanece el doloroso momento en el que Alberto ignoró

la negativa de Andrea, quien insistentemente le manifestó que no quería tener relaciones sexuales, pero él violentándola no le importó.

Las acciones de Alberto, al obligar a su hija e hijo a vigilar y controlar a su madre, así como el hecho de exponer a Sara a una situación de alto impacto como lo es el abuso sexual, terminan constituyendo formas de violencia vicaria (Sonia Vaccaro, 2021) donde el agresor instrumentaliza el vínculo materno-filial como herramienta para mantener la donaminación sobre la madre y seguir ejerciendo violencias en su contra, generando a su vez daños a sus hijos.

Además de lo anterior, Sara creció en un contexto en el que tuvo que interiorizar una serie de mandatos patriarcales que impactaron profundamente la manera en la cual fue construyendo su subjetividad. Desde la infancia, las personas aprenden a comportarse y relacionarse con el mundo por observación e imitación (Albert Bandura y Richard H Walters, 1974) que lo que hace es moldear conductas y acciones por medio de una pedagogía corporal o técnicas corporales como menciona Marcel Mauss (1979), en donde se enseñan las formas en las que hombres y mujeres deben habitar el mundo y las cuales estructuran los comportamientos según el orden de género dominante.

En ese sentido, Sara no solo fue socializada en un escenario donde se reproducen roles y expectativas de género limitantes, sino que su experiencia de vida estuvieron reforzadas por situaciones de abuso y violencia al interior de la familia conformando lo que la socióloga Liz Kelly (1988) denominó el *continuum de la*

violencia el cual permite comprender cómo las diferentes formas de violencias se entrelazan, se repiten, y exacerban en las relaciones cotidianas de las mujeres y personas diversas a lo largo de su vida, en los distintos contextos sociales, por distintos actores y agudizadas por las mismas condiciones de desigualdad y opresión.

Sara tuvo una relación que siente que la marcó de por vida: un novio con el que estuvo cinco años de los cuales los últimos tres años solo fueron golpes. Fueron tres años de violencia psicológica, violencia física y violencia sexual que se fueron naturalizando en la relación. Al pensar en esa época, Sara no entiende por qué siguió en esa relación a pesar de las humillaciones que allí sufría. Al reflexionar un poco más, siente que su expareja era un reflejo de su padre. Sus gestos, su forma de hablar e incluso la manera en cómo se le imponía, le recuerdan a Alberto y cree, que quizás fue eso lo que llevó a que le costará alejarse, ya que en el fondo, era una historia que conocía.

La violencia que su expareja ejercía sobre ella no solo se reflejaban en los golpes o desde palabras agresivas e hirientes, sino que también se extendía a su cuerpo y autonomía, pues la obligaba a tener relaciones con él, sin importar si lo deseaba o no. Para él, que Sara le dijera que no quería tener relaciones sexuales era sinónimo de engaño, por lo que ella se veía forzada a tener relaciones sexuales sin desearlas temiendo lo que él hiciera. Lo único que ella alcanzó a expresar es que ella era su “cisterna”, algo que a este hombre no le importaba.

En el relato de Sara se evidencia cómo

ella es tratada por su pareja como una propiedad, sin derecho a decidir, ni siquiera sobre su propio cuerpo. Esta grave violencia responde a varias ideas erróneas pero socialmente extendidas como: 1) que las mujeres siempre deben satisfacer el deseo de los hombres, anulando su agencia y deseo propio, y 2) que dentro de una relación de pareja, noviazgo o en el matrimonio, el consentimiento sexual “siempre está dado porque la otra es mi propiedad” y por tanto “no existe el abuso sexual”.

Estas ideas erróneas y violentas anulan el derecho a decidir de las mujeres sobre su propio cuerpo, sus deseos y sus placeres. De este modo, la violencia sexual se naturaliza e invisibiliza, ya que se encuentra encubierta por la relación afectivo y por el imaginario del amor romántico, que sirve como un dispositivo para la replicación de los roles y estereotipos de género que posicionan a las mujeres como objetos y propiedades de los hombres, promoviendo la *entrega total*, el sacrificio y la subordinación de los deseos propios sobre los de la pareja.

Expresiones como “yo era su cisterna” dan cuenta de la profunda violencia, cosificación y deshumanización a la que Sara fue sometida. En esa lógica, ella no es reconocida como sujeta con derechos y voluntad propia, sino como un objeto funcional, destinado a satisfacer a su pareja. También es importante señalar cómo la violencia sexual también se relaciona con la manipulación y la violencia psicológica, en el caso de Sara, esta manipulación se expresó en frases como “*si no quiere estar conmigo es porque me está engañando*” la cual funcionó

como herramienta de control apelando a la culpa, a asumir responsabilidades (así no tuviera razón) y al abandono como arma de manipulación emocional. Además, es común que si las estrategias de manipulación no logran su objetivo deseado, que es la obediencia y la sumisión sexual de la víctima, el agresor suele intensificar más las violencias, lo que pone en más riesgo la vida de la víctima.

Con ira y dolor, Sara recuerda aquellos días: se aferraba a la idea de que soportó todo por **“amor”**. Un amor que le hizo creer que, pese a las violencias que tuvo que vivir, él podría cambiar. Solo tenía que aguantar un poco más, para que todo ese amor se transformara. Sin embargo, una vez más esa transformación nunca llegó. Fue una idea tan violenta del amor del amor, que al final lo que hizo fue que se perdiera a sí misma, pues sentía que sin él no era nada y a pesar de los golpes y los abusos, decidía llorar y suplicar por el amor de aquel hombre, antes de que la dejara. Pero cuando su expareja la amenazó de muerte, dimensionó que lo mejor era salir de esa relación.

El caso de Sara nos permite comprender cómo las ideas patriarcales y la idealización del amor romántico puede facilitar la normalización de diversas formas de violencia y control sobre las personas. Esta concepción del amor no solo reproduce desigualdades de género, sino que también funciona como dispositivo de control social que mantiene relaciones de poder asimétricas y prescribe normas de manera rígida de lo que significa amar y ser amado. Según la psicóloga y sexóloga Ligia Noemi Coronado (2019), la configuración histórica del amor ha relegado a

las mujeres a un rol de sacrificio, en el que se espera que entreguen todo, incluso a costa de su bienestar y autonomía, en nombre del amor. Un amor concebido como maternal, altruista, incondicional y abnegado. Este modelo convierte el sufrimiento en una virtud y moldea la subjetividad de las mujeres desde el deber de entregarse totalmente y subordinarse como una ofrenda.

En la entrevista Sara menciona que ella sueña con encontrar al amor de su vida, un hombre que le brinde felicidad y con quien pueda compartir sus sueños y emociones. Hoy cree haberlo encontrado, pero las expectativas que ha interiorizado y sus vivencias revelan que el ciclo de violencia vuelve a reproducirse con otras características. Lucas es la nueva pareja de Sara, con quien siente que todo es diferente. No hay golpes de por medio a pesar de las tensiones y momentos incómodos, lo que la hace sentir que hay mayor respeto. Él se muestra como una persona desprendida o al menos eso es lo que le dice a Sara cada vez que ella le menciona que no está de acuerdo con la manera en cómo manejan sus desacuerdos. Cuando discuten, Lucas dice lo que piensa y siente, e ignora lo que tiene por decir Sara, lo que ha generado en ella una duda que cada día crece con respecto a la manera en cómo se resuelven las cosas, ya que no ve un diálogo.

Al indagar un poco más en esa relación, Sara expresa que a veces siente que por medio del chiste y las burlas, salen los celos a flote. En ocasiones, no ha podido contestar el celular dado que ha estado ocupada, pero en medio de risas lo que le dice su pareja es “ahora le decimos estar con la mamá: mentirosita... es

que usted miente mucho”, comentarios que ha pasado por alto para no generar conflictos, pero que le han dejado una sensación amarga en donde sus palabras no son suficientes para que su pareja confíe.

Además, otros comentarios que son violencia psicológica, atacan otras partes profundas relacionadas con sus capacidades, diciéndole *inmadura, insegura y poco suficiente* para tener logros en la vida, lo que ha impactado la percepción que Sara tiene de sí misma. Ha llegado a creer que al lado de Lucas ella solo es fracaso, ya que este solo le refuerza ideas donde desacredita sus sueños, se burla de sus metas, hasta el punto de cuestionar la manera en cómo ella debe o no gastar el dinero que con tanto sacrificio gana. Sin embargo, ella siente que él es un buen hombre, donde hay una buena relación y en donde no hay golpes de por medio.

La experiencia por la que ha pasado Sara evidencia que, aunque no exista violencia física por parte de su pareja, se manifiestan otras formas de violencias basadas en género, igual de complejas y con graves y profundos impactos en las víctimas, como lo son la violencia psicológica, simbólica y económica. Estas violencias, muchas veces minimizadas, suelen pasar en algunas ocasiones desapercibidas o naturalizadas, se escucha decir que “es normal que esas cosas pasen”, pero se debe en parte a que se asume erróneamente que solo hay violencia cuando hay agresiones físicas, ignorando que existen múltiples tipos y formas de las violencias que vulneran la dignidad, el bienestar de las personas y que ponen en riesgo sus vidas, especialmente de quienes están en

mayores condiciones de desigualdad.

Así como la historia de Andrea y Sara, en nuestro territorio se presentan múltiples experiencias de vida que revelan las distintas formas de violencias vividas al interior de las familias y en las relaciones de pareja. Es fundamental visibilizar estas violencias y cuestionar el modelo tradicional y monolítico de familia, el cual, lejos de ser un espacio seguro, muchas veces oculta dinámicas asimétricas de poder, control y opresión que permanecen silenciadas. Datos de Medicina Legal permiten evidenciar cómo se han comportado los casos de violencia intrafamiliar y de pareja en el departamento de Caldas entre los años 2015 y 2023, como se aprecia a continuación.



Gráfico 24. Comparación de registro violencia de pareja y violencia intrafamiliar en Caldas (2015-2023).

Este gráfico, nos permite apreciar cómo la violencia intrafamiliar y de pareja, no deben entenderse como asuntos aislados, sino que deben comprenderse como expresiones de relaciones de poder profundamente desiguales, enraizadas en el orden social que, como señala Pierre Bourdieu (2000) opera como una máquina simbólica que legitima la dominación sobre los cuerpos y las vidas de las mujeres.

Aunque entre 2015 y 2020 se registra una aparente disminución en los casos reportados de violencia de pareja e intrafamiliar, esta tendencia no debe interpretarse como una mejora en las condiciones de vida que tienen las mujeres. Muy por el contrario, la significativa caída de los reportes en el 2020 coincide con el periodo más crítico de la pandemia por COVID-19, cuando el confinamiento forzado y la crisis sanitaria agudizaron las violencias al interior de los hogares, mientras las posibilidades de denuncia y protección se redujeron drásticamente (Sisma Mujeres, 2020; ONU Mujeres, 2020).

El aumento registrado entre 2021 y 2023 en los casos reportados de violencia de pareja e intrafamiliar puede interpretarse como un leve avance en términos de reconocimiento de las rutas de atención y denuncia. No obstante, este incremento también pone en evidencia que las violencias persisten y se reproducen de manera sistemática. En ese sentido, la continuidad de estos casos señala que no basta con tener mecanismos de denuncia, es necesario transformar las estructuras sociales y culturales que siguen legitimando las dinámicas de dominación, control y violencia contra las mujeres y personas de identidades diversas.

La filósofa y feminista española Ana de Miguel⁵ (2015) advierte cómo la pedagogía del amor romántico, profundamente interiorizada desde la infancia, enseña a las mujeres a interpretar el control, la manipulación

emocional y el despojo de su autonomía como expresiones de afecto, lo que impide identificar estas acciones como formas de violencia obstaculizando no solo su visibilización sino también su denuncia. En este contexto, la deslegitimación de las víctimas, los procesos de revictimización institucional y los discursos sociales que responsabilizan a las mujeres por permanecer en este tipo de relaciones violentas, refuerzan un entorno donde las cifras registradas representan apenas la punta del iceberg. Por ello, se hace necesario promover una pedagogía crítica sobre el amor, el consentimiento y la autonomía, la libertad, y la prevención de las violencias, para dismantelar los discursos que sostienen estas prácticas violentas en la vida cotidiana.



Gráfico 25. Comparación de registros de violencia intrafamiliar en Caldas por parte de Fiscalía y Medicina legal (2020-2023).

Por último, resulta fundamental advertir las profundas discrepancias entre las cifras reportadas por distintas instituciones públicas en relación con la violencia intrafamiliar en el departamento de Caldas.

5 De Miguel, A. (2015). *Neoliberalismo sexual: El mito de la libre elección*. Edición Cátedra.

Un análisis comparativo entre los datos de Medicina Legal y los de la Fiscalía General de la Nación revelan una diferencia abismal en los registros. Medicina Legal reporta cifras considerablemente bajas con apenas 173 casos en 2023 mientras que la Fiscalía General de La Nación, para ese mismo año, registró 2356 casos.

Esta diferencia, refleja diferencias estructurales se podría suponer que en la manera en que ambas instituciones recolectan y procesan la información. En el caso de Medicina Legal, los datos derivan de valoraciones médico-legales. Por lo tanto, se podría suponer que algunas formas de violencia como la psicológica, verbal, patrimonial o simbólica quedan por fuera del registro, ya sea porque no deja una marca visible o porque las víctimas no acceden a este tipo de atención especializada. En el caso de la Fiscalía, los registros se basan en las denuncias formales, lo que incluye una gama más amplia de casos, con independencia de si han sido o no valoradas por Medicina Legal. Esta base de datos pareciera estar más próxima a la realidad vivida en los territorios, pues pareciera que reconoce múltiples manifestaciones de la violencia al interior de las familias.

La desarticulación entre los sistemas de información y la ausencia de un registro unificado, termina generando un subregistro significativo que dificulta la comprensión integral de esta problemática. Estas brechas en los datos, impide dimensionar con precisión la magnitud del fenómeno y en ese sentido, impide diseñar respuestas contextualizadas.

Capítulo 3. Risaralda:

territorio triétnico
atravesado por el racismo,
el conflicto armado y las
violencias basadas
en género







El departamento de Risaralda, está situado al occidente del Eje Cafetero, limitando al norte con los departamentos de Caldas, al este con Tolima, al oeste con Chocó y al Sur con Quindío y Valle del Cauca. Su división política-administrativa está conformada por 14 municipios: Pereira, Apia, Balboa, Belén de Umbria, Dosquebradas, Guática, La Celia, La Virginia, Marsella, Mistrató, Pueblo Rico, Quinchía, Santa Rosa de Cabal y Santuario.

Según el último censo realizado por el DANE (2018) para ese año el departamento contaba con una población estimada de 943.401 personas, de los cuales el **52,1% eran mujeres** y el 47,9% hombres. En cuanto a las zonas de habitabilidad, dicho censo expresa que 736.164 personas habitaban la zona urbana y 207.237 personas la zona rural. Un dato que llama la atención es que se estima que la población de mujeres en Risaralda sea mayor en las cabeceras municipales (53,6%) que en las zonas rurales (47,8%), contrario a lo que sucede con los hombres (DANE, 2022).

Risaralda es considerado un departamento tri-étnico, pues su población es diversa y cuenta con la presencia significativa de comunidades indígenas y afrodescendientes en diferentes municipios del territorio. En este departamento se reconocen 8 resguardos indígenas, los cuales se presentan en la siguiente tabla:

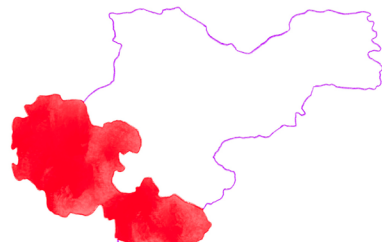


Tabla 1. Resguardos Indígenas identificados en Risaralda

Municipio	Nombre Resguardo Indígena
Marsella	Resguardo Embera Chamí Suratena
	Resguardo Embera Chamí de Altomira
Belén de Umbría	Resguardo Flor del Monte
Mistrató	Embera Chamí la loma de Citabara, Palestina, Atarraya y la Albania
	Resguardo Unificado Chamí Río San Juan
Quinchía	Resguardo Escopetera-Pirza
Pueblo Rico	Resguardo Unificado Chamí Río San Juan
	Resguardo Embera Katío Gitó Dokabú

Datos tomados del Ministerio del Interior (2020)

Según el DANE (2022), el mayor número de población indígena concentrada en Risaralda es el pueblo Emberá Chamí, luego del emberá, Emberá Katío y finalmente la población indígena perteneciente al resguardo Cañamomo Lomapieta de Riosucio y Supía (Caldas).

Según la página de la Organización Nacional Indígena de Colombia - ONIC

la mayor cantidad de población indígena se encuentra ubicada en los municipios de Mistrató y Pueblo Rico. En este último municipio, también se concentra un número importante de población afrodescendiente y se sitúan allí los únicos dos concejos comunitarios de la población negra de la región: el consejo Comunitario de comunidades negras de Santa Cecilia y el de Piedras-Bachichí (CEV,2022).

Por otro lado, Risaralda enfrenta problemáticas sociales comunes a las del país y la región, tales como la pobreza, la desigualdad y la violencia relacionada con el conflicto armado. Los municipios de Pueblo Rico, Mistrató, Balboa y Quinchía fueron identificados dentro de los municipios que hacen parte de las Zonas Más afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), en donde hasta la fecha el Registro Único de Víctimas (2025) ha registrado un total de 83.147 víctimas del conflicto armado en Risaralda, de las cuales, los municipios con mayor registro de víctimas corresponden a Pueblo Rico (19.201), Quinchía (15.834) y Pereira (11.584).

Es importante señalar que para el caso de Risaralda, si bien el conflicto está presente en diversos municipios del departamento, sus dinámicas en cada uno de ellos son diferenciadas. Por ejemplo, para el caso de Pereira, por ser la capital del departamento, acoge unas características dentro del conflicto que se conectan con su tendencia a la concentración del desarrollo económico e industrial del departamento. Siendo epicentro importante para el control de diferentes grupos

armados⁶ que se vinculan con actividades asociadas al narcotráfico y al paramilitarismo dentro de la ciudad.⁷

De allí que si bien Pereira cuenta con una alta recepción de población en situación de desplazamiento, el caso de homicidios sea mayor al de otros municipios a nivel departamental. Esto también lo podemos evidenciar en informes como el de Pereira Cómo Vamos (2024), en donde mencionan que a octubre del 2024, **Pereira fue la octava ciudad a nivel nacional registrada con mayor tasa de homicidios en lo corrido del año, teniendo la tasa más alta de homicidios entre las capitales del Eje Cafetero y con tendencia al incremento.**

Para el caso de Pueblo Rico, estas altas cifras se deban posiblemente a la presencia de grupos armados al margen de la ley, y a sus características como municipio receptor de población víctima en situación de desplazamiento forzado proveniente en su mayoría del departamento del Chocó o de zonas rurales aledañas pertenecientes a poblaciones indígenas; además de su característica como municipio expulsor por el bajo crecimiento

económico y acceso a oportunidades. Por lo que si se realizara un análisis más exhaustivo de indicadores sociales y económicos del departamento, nos encontraríamos que Risaralda es un departamento centralista, en donde Pereira como capital del departamento tiende a concentrar la mayor parte de los recursos relacionados al acceso al trabajo, a servicios sociales, educativos, de salud y de calidad de vida, contrario al resto del territorio que enfrenta rezagos estructurales con mayor profundidad.

Una evidencia de ello se encuentra en el análisis realizado por el DANE en cuanto a la medida de pobreza multidimensional en el departamento, en donde se mide no solo el nivel de pobreza basado en lo monetario, sino el acceso a derechos fundamentales que tienen las personas en diferentes dimensiones de bienestar en su vida, como la educación, la salud, la vivienda y el acceso a servicios básicos.

El mapa a continuación (figura 1) evidencia lo mencionado anteriormente, en donde se observa que los municipios con tonos más oscuros como Pueblo Rico y Mistrató, son aquellos que presentan mayores porcentajes de pobreza multidimensional; es decir, los departamentos que presentan más dificultades para el acceso a estos servicios básicos, mientras que los municipios con tonos más claros representan aquellos con menor porcentaje de esta pobreza.

6 Un ejemplo de ello ha sido el control ejercido por la Cordillera en el área Metropolitana del Centro Occidente que comprende los municipios de Pereira, Dosquebradas y la Virginia.

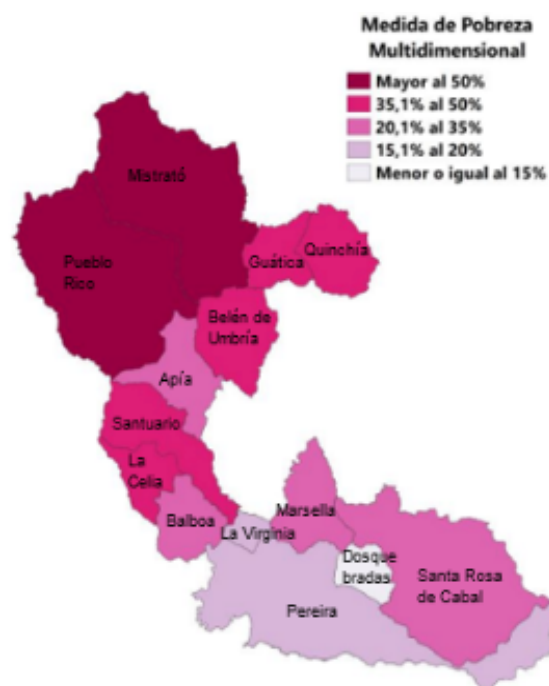
7 La Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad menciona en su informe del Eje Cafetero que en los años 70, 80 y 2000 se registró en Pereira presencia de grupos armados como el M-19, el Frente Urbano Martha Elena Barón del ELN, hasta el Frente Urbano y Rural Jacobo Arenas (Furja) de las FARC-EP y el EPL. (Pág. 44) *CEV_TERRITORIAL_EJECAFETRO_DIGITAL_2022.pdf

Medidas de pobreza multidimensional según censo realizado por el DANE (2022)

No es casualidad entonces que según este análisis realizado por el DANE, los dos municipios con mayor porcentaje de pobreza multidimensional sean los municipios de Pueblo Rico y Mistrató, quienes a su vez, como ya lo habíamos mencionado, son municipios que hacen parte de las Zonas Más afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC) en el departamento. Lo cual también nos permite analizar la relación entre desigualdades socioeconómicas, las dinámicas centralistas del departamento, y los impactos del conflicto armado en el bienestar de la población de estos municipios con mayor número de víctimas del conflicto en Risaralda.

Ahora bien, este centralismo también se sostiene dentro de la Capital risaraldense, en donde a una menor escala, se evidencia que la población tiende a concentrarse en la zona urbana de la capital del departamento aunque a nivel de territorio físico represente un menor porcentaje: alrededor del 84,5% de la población vive en la zona urbana que representa el 5% del territorio, y el 15,% de la población vive en la zona rural, que representa el 85% del territorio, como lo muestra Pereira Cómo Vamos (2024).

Como veremos, el centralismo y las brechas inequitativas para el acceso a la garantía de derechos se acentúa con mayor fuerza sobre las mujeres y la población diversa en el departamento, en especial si se encuentran en la ruralidad, si pertenecen a comunidades étnicas y son víctimas y sobrevivientes del conflicto armado.



Mapa 3. Risaralda, imagen adaptada del DANE (2022).

Características de la población participante en Risaralda

Se llevaron a cabo un total de quince (15) entrevistas y dos (2) grupos focales en el municipio de Risaralda, en las que participaron un total de 35 mujeres. Cinco (5) de estas entrevistas fueron realizadas a mujeres sobrevivientes de Violencias Basadas en Género (VBG) distribuidas de la siguiente manera: una (1) en el municipio de Pueblo Rico, dos (2) en Santuario, una (1) en Pereira y una (1) en el municipio de Cartago, Valle del Cauca, dada la cercanía del territorio con Risaralda y su relación con la atención de violencias, y las dinámicas sociales que se comparten con el departamento.

En cuanto a las entrevistas a entidades gubernamentales se hicieron tres (3) en la ciudad de Pereira, y siete (7) entrevistas semiestructuradas a organizaciones de mujeres y activistas también en la ciudad de Pereira. Finalmente, se realizaron dos (2) grupos focales, uno (1) en el municipio de Belén de Umbría con un colectivo de mujeres del municipio, y el otro en la ciudad de Pereira con una colectiva afrofeminista.

También realizamos consultas en fuentes documentales con el fin de recopilar datos sobre violencias basadas en género contra mujeres en el departamento, registrados desde el 2020 hasta el 2024, así como en el Sistema Integrado de información de Violencias de Género-SIVIGE. Y se solicitó a través del ejercicio del derecho fundamental de petición y del derecho de acceso a la información pública un reporte a las diferentes instituciones gubernamentales sobre las diferentes cifras de violen-

cia de género sistematizadas en el intervalo de tiempo mencionado y la garantía de derechos.

¿Qué ha sucedido con las violencias basadas en género en Risaralda? Un acercamiento entre 2020 y 2024

Dentro de la comprensión y el abordaje de las Violencias Basadas en Género (VBG), es importante recordar que esas acciones que buscan el daño de las mujeres y personas diversas se basan en relaciones de poder desiguales, en donde los hombres ocupan la jerarquía del poder, violentando y discriminando también por razones de identidad de género, orientación sexual, color de piel y pertenencia étnica. Por lo que es importante tener presente que la raíz de este tipo de violencias se fundamentan principalmente en ideas, creencias y factores culturales y sociales, y no en cuestiones biológicas razonables y sin sesgos. Partimos del hecho de que son explicaciones sociales de lo que supuestamente significa ser hombre o mujer, según toda una estructura social, política, cultural y económica; y a su vez, cómo estos factores terminan forjando una representación social en estas relaciones de poder de lo que significa lo femenino y lo masculino, subvalorando principalmente todo lo relacionado a comportamientos y cuerpos vinculados con lo femenino.

Por lo que, por ejemplo, dentro de un contexto como el de las relaciones afectivas, ser mujer o una persona con identidad de género asociado a lo femenino, es un factor de riesgo para sufrir diferentes tipos de violencias, y en donde quienes violentan sistemáticamente suelen ser hombres.

Tipos de violencias contra las mujeres en Risaralda, entre 2020 y 2024

Entre el 2020 y el 2024 se registraron un total de **12.172** casos notificados de mujeres que habían sufrido algún tipo de *violencia física, psicológica, sexual, y por negligencia y abandono* en Risaralda. Se identificó que dentro de este total de casos se encuentra la *trata de personas* y la *mutilación genital*, categorizadas dentro de las violencias sexuales según el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).

En los últimos cinco años, el departamento registró más de 2.000 casos de violencias basadas en género por año, dentro de los cuales se encontró que el **2023** fue el año con mayor reporte con un total de **2.871** casos. Durante este año, las mujeres reportaron vivenciar con mayor frecuencia violencia sexual (1.116 casos reportados); seguido de violencia física (1.042 casos); negligencia y abandono (644 casos) y violencia psicológica (69 casos reportados).

Durante el 2023, los municipios con mayores registros fueron **Pereira** con (1.363 casos) siendo la violencia sexual la mayor reportada; **Dosquebradas** (552 casos) en su



Gráfico 26. Registro de víctimas de VBG en Risaralda agrupadas por año (2020-2024).

mayoría casos de violencia física; **Santa rosa de Cabal** (183 casos) en su mayoría de violencia física; **Pueblo Rico** (172 casos casos); **La virginia** (148 casos); **Marsella** (82 casos); **Mistrató** (66 casos); **Quinchía** (57 casos); **Apía** (54 casos) y **Belén de Umbría** con 50 casos.

También llama la atención que entre 2020 y 2024, sólo se registró cada año entre 69 y 99 casos de violencia psicológica en la plataforma de SIVIGILA, a pesar de que la violencia psicológica suele ser una de las manifestaciones de violencias que atraviesan sus distintos tipos, y a pesar de que la violencia psicológica, la manipulación, el control, y las afectaciones a la salud mental fueron puntos destacados con insistencia y como llamados urgentes por parte de la mayoría de entrevistadas sobrevivientes de violencias basadas en género, activistas y actoras institucionales.

De estas situaciones de violencias registradas entre 2020 y 2024, se reconoce que más de 500 casos fueron ejercidos a mujeres extranjeras, principalmente mujeres venezolanas (SIVIGILA, 2025).

En cuanto al parentesco con el agresor en el período 2020–2024 en Risaralda, se encontró que el mayor porcentaje de los casos (28,4%) correspondía a situaciones en las que no existía ningún tipo de parentesco entre víctima y agresor. No obstante, en el 21,6% de los casos reportados, el agresor era la pareja de la víctima; en el 19,9%, la madre; y en el 14,6%, algún otro familiar.

Lo que llama la atención para el caso de Risaralda es que aunque se deja en evidencia que la violencia basada en género continúa perpetuando principalmente en contextos familiares y de pareja, las personas con cuerpos feminizadas también son violentadas por personas sin ningún vínculo de parentesco, lo que demuestra una exposición constante a diferentes formas de violencia.



Gráfico 26. Nacionalidad de víctimas de VBG en Risaralda.

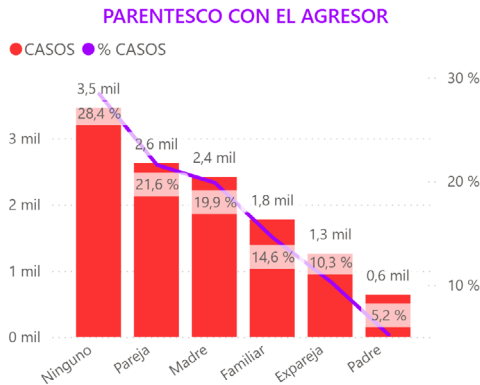


Gráfico 27. Parentesco con el agresor - víctimas de VBG en Risaralda (2020-2024).

Lo anterior es consecuente con el número de casos reportados en los lugares del hecho, en donde se reportó que el lugar con mayor casos de hechos de VBG es en la **vivienda** con 8.344 casos, seguido de la **vía pública** con 1.452 casos.

Por otra parte, en cuanto a la pertenencia étnico-racial de los casos reportados en SIVILA, se observa un mayor reporte de casos de VBG entre el 2020 al 2024 correspondiente a la **población indígena** con **859** casos y posteriormente a la **población negra, mulata Afrocolombiana** con **140** casos.

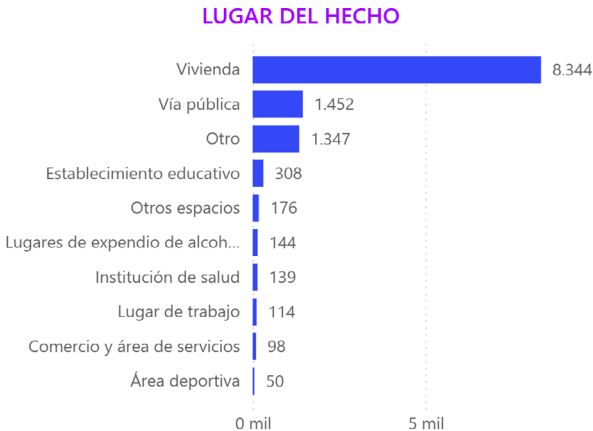


Gráfico 28. Lugar donde se encontraban las víctimas de VBG en Risaralda (2020-2024).

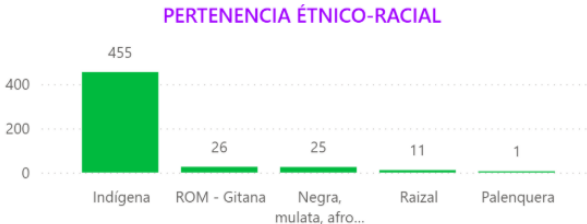


Gráfico 29. Pertenencia étnico-racial registrada de las víctimas de VBG en Risaralda (2020-2024).

Una posible explicación del por qué la mayor número de casos reportados están vinculados a la población indígena, pueda deberse a que, tal como se mencionó anteriormente, uno de los principales municipios con mayor número de reporte de casos de VBG en SIVIGILA en tan solo el año 2023 fue el municipio de Pueblo Rico, población que abarca mayoritariamente varios de los resguardos Emberá Chamí en Risaralda. Adicionalmente, otro posible argumento se deba a los casos de Mutilación Genital Femenina categorizados dentro de la Violencia Sexual, que han sido reportados mayoritariamente por varias mujeres indígenas durante este período del 2020 al 2024.

Ahora bien, en Risaralda se evidenció que entre el 2020 y 2024 la violencia con mayor reporte fue la **violencia física** con 4.811 casos, seguida de la **violencia sexual** con 4.402 casos.

En lo que corresponde a la **violencia física** durante este período, se observa que el 42% de los casos el agresor fue la pareja, seguido por el 21,5% en el que se mencionó que el agresor fue la expareja y el 13,3% algún familiar. Asimismo, para este tipo de violencia durante el período del 2020 al 2024 el lugar de hecho más frecuente fue la vivienda y el grupo etario al cual suele afectar más es a mujeres adultas entre los 29 - 29 años (2.020 casos reportados).

Para el caso de la **violencia sexual** según los registros, el grupo etario con mayor afectación son mujeres adolescentes entre los 12-17 años (2.154 reportados). En donde el 57,4% de los casos de las mujeres reporta que

CASOS POR TIPO DE VIOLENCIA Y DEPARTAMENTO

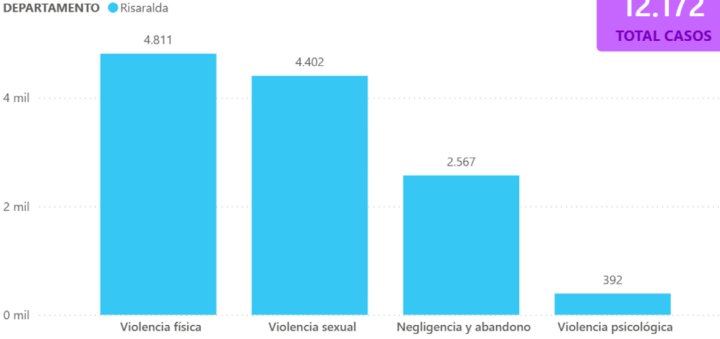


Gráfico 30. Resumen de registro de violencias basadas en género en Risaralda agrupadas por tipos de violencias (2020-2024).

no existe un parentesco con el agresor, mientras que el 19,0% mencionan que su agresor es algún familiar, y el 10,2% su pareja. Lo cual continúa evidenciando que el contexto familiar y vivienda continúan siendo espacios pocos seguros para las Niñas y Adolescentes en Risaralda.

Cabe recordar que dentro de esta categorización de v. sexual se encuentra la trata de personas, la cual durante el período del 2020-2024 se reportaron en el SIVIGILA un total de 5 casos en Risaralda. Asimismo, dentro de esta categorización se identifica la mutilación genital femenina, a cual para este período de tiempo se han reportado un total de 103 casos.

En cuarto lugar se sitúa la **violencia psicológica**, con un total de 392 casos reportados entre los años 2020 y 2024, allí se localiza que el 31,1% de quienes la ejercen suele ser la pareja en su mayoría a mujeres adultas entre los 29-59 años (130 casos reportados), principalmente en lugares como la vivienda (309 casos), la vía pública (20 casos) u otros (30 casos). Finalmente, el 58% de estos casos de violencia psicológica mencionaron vivir con el agresor.

La violencia intrafamiliar en Risaralda, y su relación con los roles de género

Ahora bien, como lo notamos en el apartado anterior, no existen unas categorías unificadas entre las instituciones, para el registro de las violencias basadas en género que permita un lenguaje unificado para su sistematización. Esto también se debe a que actualmente en Colombia las VBG no están tipificadas como un delito único en el Código Penal, sino que se abordan a través de la clasificación de otros delitos que sancionan agresiones contra las mujeres y personas diversas por motivos de género.

Si bien las VBG pueden ocurrir dentro o fuera del hogar, en muchas ocasiones estos casos suelen estar registradas o vinculadas con la Violencia Intrafamiliar (VIF), puesto que la familia o la pareja es uno de los escenarios privados en donde puede existir una alta ocurrencia de violencia por razones de género. Por consiguiente, en cuanto a estadísticas, esto dificulta el nivel de análisis para conocer de manera exacta cuántos de estos casos registrados como VIF refieren una razón con base al género, y es una falencia que hoy en día la institucionalidad no ha resuelto. Por lo cual, se hace importante hablar y nombrar la VIF por la intersección frecuente que existen entre estas dos violencias.

Teniendo en cuenta lo anterior, el contexto familiar está lejos de ser un lugar seguro, ya que es uno de los primeros contextos perpetuadores de violencias no solo hacia las mujeres si no hacia niños, niñas y adolescentes. Según el registro de SIVIGE, **al menos el 48% de las**

CONVIVENCIA CON AGRESOR

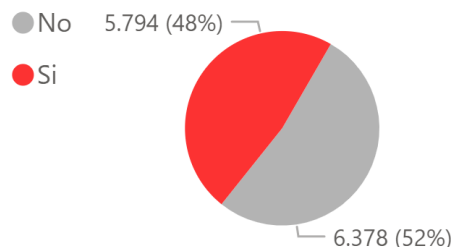


Gráfico 31. Convivencia con el agresor - víctimas de VBG en Risaralda (2020-2024).

mujeres víctimas de violencias basadas en género en Risaralda entre 2020 y 2024 convivían con sus agresores.

Lo anterior ha conllevado a realizar estudios a nivel nacional para identificar los departamentos más afectados; un ejemplo de este fue el informe realizado por Restrepo-Betancourt (2023), en donde al analizar los casos reportados en las diferentes bases de datos de la Policía Nacional y otras instituciones entre los años 2010 y 2021, identificó un aumento significativo de la violencia intrafamiliar en ese periodo, siendo Risaralda uno de los departamentos con más denuncias. De hecho, en 2019 Risaralda ocupó el séptimo lugar a nivel nacional en los casos reportados según el Instituto Nacional de Salud (2019).

La violencia intrafamiliar hace referencia a la violencia que se ejerce a cualquier miembro del núcleo familiar, incluyendo relaciones personales tales como las relaciones de pareja (ya sea de matrimonio, de convivencia, noviazgo, o aquellas relaciones ya disueltas

por la separación). Este tipo de violencia se caracteriza por que su objetivo suele ser mantener el control o la autoridad sobre la otra persona, y además, este tipo de maltrato puede ser a nivel físico, sexual, psicológico, emocional, económico y/o patrimonial (Ducuara Eliana, 2022).

En Colombia existe el marco normativo para la prevención de este tipo de violencia que se desarrolla en las leyes 294 de 2006, 575 de 2000 y 1257 de 2008, la cual esta última promueve la prevención para violencias contra la mujer, pero tal como lo venimos comentando, debido a su intersección, aplica a su vez para la protección de víctimas de VIF, tal como se menciona en el documento de línea técnica para VBG y VIF.

Durante el proceso de investigación, se llevaron a cabo 5 entrevistas a mujeres sobrevivientes de VBG de los municipios de Pereira, Santuario y Cartago. A través de estas vivencias relatadas por algunas de estas mujeres, podemos identificar que los espacios más frecuentes en donde experimentaron principalmente la violencia estuvieron relacionados con los espacios de pareja y familia.

Ana tiene 34 años y es tecnóloga agropecuaria, actualmente continúa formándose en administración agropecuaria mientras que trabaja y cuida de su hija de 7 años al tiempo. Ana es una mujer joven con mucha fuerza y ganas de salir adelante, sobre aquella relación de 11 años pudo contarnos que:

“[...] Siempre fue igual, cuando lo conocí tenía como 20 años, y creo que en esa edad la falta de amor propio hace que uno idealice. Entonces uno tiene ideas de que: si me cela

es porque me quiere, y si está ahí como tan pendiente es porque está interesado. Pero uno no ve el control. Entonces yo siento que él nunca fue diferente. Desde un principio mostró las mil banderas rojas que uno debía ver. Obviamente yo sabía que él tenía muchas heridas de base, por ejemplo, cuando yo lo conocí recién él había perdido la ex, en circunstancias extrañas, bueno... a ciencia cierta nunca supe qué pasó. Entonces digamos que él también venía como un proceso muy complejo, y yo estuve ahí como en ese proceso, pero igual él siempre fue muy grosero. Y es ahí donde uno cree en eso de que “sale un hombre proyecto”, en donde uno piensa que con uno va a ser diferente. El tema es que uno piensa que porque no le pega no ha pasado nada. ¿Pero y lo demás?, ¿y la manipulación y cómo te trata? Por ejemplo, él se enojaba por cualquier cosa, y me trataba de puta para arriba y yo toleraba todo eso”.

Ana, sobreviviente de VBG de
Cartago (2024)

Teresa es una mujer llena de energía de 47 años, que además de ser ama de casa y cuidar a su nieta e hijos, se reconoce como una mujer campesina caficultora a quien le gusta colaborar a las personas en comunidad, por eso menciona que decide trabajar en la huerta comunitaria y ser representante de salud de la vereda Peralonso - Santuario. Teresa relata como años atrás durante la relación con su expareja identificó vivir algunos hechos de violencia:

“[...] Fue agresión por celos cuando yo estaba empezando el embarazo de mi hija mayor. Me celaba por todo, o sea, hasta por la sombra. Yo no salía de mi casa y ya era: ¿en

dónde estuvo?, ¿a dónde fue? A lo último de tantos celos, él me dejó. Pero me decía: ¡Agh es que yo la vi hablando con tal persona!” Cosa que yo a veces no salía de la casa, muchas veces estaba yo en la casa y le decía “yo de aquí no me he movido”, e insistía, entonces les preguntaba a otras personas para confirmar que me había quedado en la casa. Siempre me mantenía viendo, no sé por qué, era cómo una obsesión, no sé.

Teresa - Campesina/Caficultora de
Risaralda (2024)

Además de que el agresor era la pareja, otro de los factores en común que comparten estas vivencias de violencias, es la manipulación y el comportamiento de sus parejas en relación con los celos, los cuales eran expresados desde el control y la posesión por la atención y comportamiento de estas mujeres. Además de la naturalización de este tipo de comportamientos en relación a la narrativa del amor romántico.

¿Por qué vincular al amor romántico con estas violencias? Porque las ideas y creencias que sostienen al amor romántico implican la reproducción de los estereotipos y roles de género, que ponen en un lugar de inferioridad a las mujeres y a la población diversa, y legitiman ideas violentas como el sufrimiento, el sacrificio, la incondicionalidad, la propiedad. A partir de un sistema heteronormativo que dicta estas “reglas o creencias” conductuales y afectivas en “el deber ser” para el relacionamiento en los diferentes contextos de la vida, los afectos, el deseo, y la construcción familiar.

Lo cierto es que muchas de estas creencias o mitos que se crean dentro del amor romántico, que promueven una idea

de “amor eterno, duradero y único” sostiene estereotipos que en su mayoría ponen en roles de sacrificio, aguante, sobrecarga de cuidados y dependencia económica a las mujeres, y en un rol de capacidad, proveedor y autosuficiencia a los hombres y las personas con identidades masculinas; lo que por desgracia termina generando una tensión en los vínculos, generando consecuencias relacionadas con las diferentes formas de violencias a nivel psicológico, sexual, emocional, física, económica, entre otras (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2020).

Cabe destacar también, que este modelo del amor romántico no se constituye únicamente en las relaciones de pareja, o en aquellos primeros espacios sexoafectivos; sino que también se reproduce en espacios institucionalizados como la familia, en especial en el tipo de familias fundamentalistas con valores tradicionales (Marín Loaiza, 2023).

“Al principio la convivencia fue muy dura porque yo no tenía tantos hábitos de limpieza y ese tipo de cosas, y él si era así como más ordenado. Entonces con ese tema fue muy horrible porque se enojaba si no encontraba los platos limpios, se enojaba si estaba la cama sin tender, si le colocaba los dos zapatos así y uno le corría un zapato entonces era un problema. Además se sumaba desde el inicio que nos fuimos a vivir juntos él consumía y yo no, entonces imagínate ya uno vivir con eso; pero siempre yo por él era muy tolerante con todo desde que estábamos de novios”.

Ana, sobreviviente de VBG
de Cartago (2024).

Vemos como el relato de Ana nos muestra esos roles y estereotipos de género que muchas veces se ven expuestos dentro de la convivencia con la pareja, en donde el hombre normalmente asume que la mujer debe ser servil y debe tener aprendido unos roles y hábitos domésticos y de cuidado, para ser quien responde por el cuidado de la casa, los alimentos, la educación y cuidado de las hijas e hijos, los animales, entre otras labores.

Violencia física y feminicidios en Risaralda

La psicóloga especialista Patricia Herrera (2000) en su estudio sobre *Rol de Género y Funcionamiento Familiar*, menciona que el proceso de aprendizaje afectivo y emocional de los hombres a través de los roles de género **estimula en ellos el uso de violencia para dominar a otros, o ejercer el poder en el momento de resolver los conflictos, puesto que este aprendizaje tradicional de lo masculino restringe el contacto con el mundo de los afectos y por el contrario, promueve esa identificación con la rudeza y la agresividad dentro de la afectividad y la comunicación de sus emociones negativas.**

En el caso de Ana, como de muchas víctimas y sobrevivientes de violencias, las agresiones fueron escalando y siendo cada vez más graves:

“[...] Entonces pues al principio no hubo violencia física, solo violencia verbal, me trataba como muy feo. Una vez, se montó en su película, así loca, en ese momento no le puse cuidado, sino que simplemente me metí al baño, cuando me abrió la puerta del baño y me pegó un puño, entonces ya ahí se encendió el tropel, yo me le fui encima, porque pues uno trata de defenderse, y el tipo pues obviamente me ganaba por fuerza. Me acuerdo tanto que yo estaba maquillada y él me cogió del cabello tan duro contra la cama, que al otro día yo miré en el tendido de la cama y se veía la línea del ojo, o sea el maquillaje marcado, me cogió contra el piso, así como con odio, horrible.

El man se puso muy enojado porque él quería que yo le dejara llevar a la niña, y yo le dije que no, porque yo no iba a dejar ir a la niña sin mí; entonces claro ahí yo era la mala [...]”

Ana, sobreviviente de VBG
de Cartago (2024)

El relato anterior nos permite identificar cómo estas tensiones en los vínculos se expresan en una resolución conflictiva que va aumentando durante la relación, y cómo se naturalizan comportamientos de violencia que se suelen presentar al inicio del vínculo, como las agresiones verbales, hasta escalar a la violencia física o en otros casos, a violencias irreparables como el feminicidio.

Y es que el caso de Ana no es aislado al de otras mujeres en la región, ya que según el Observatorio Nacional de Violencias de Género, durante el período del 2020 al 2024, se observó que en el 2023 se reportaron el mayor número de casos de violencia física en Risaralda, **en donde en el 42,51% de los casos el agresor de la víctima fue la pareja, y en el 23,42% fue su expareja.**

CASOS POR TIPO DE VIOLENCIA Y DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO ● Risaralda

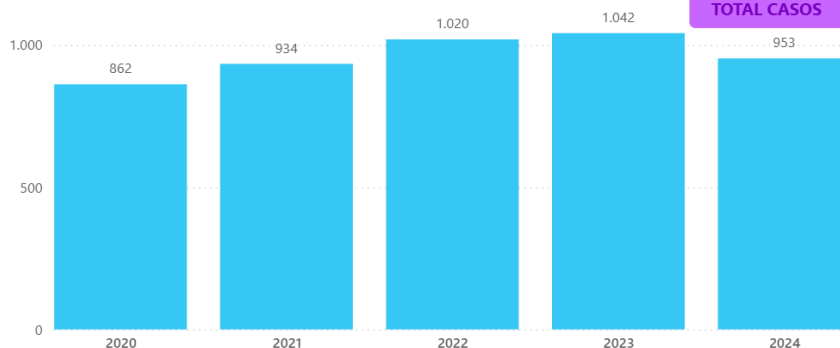


Gráfico 32. Registro de mujeres víctimas de violencia física en Risaralda (2020-2024).

Referenciando los datos de la gráfica anterior, este Observatorio también recoge uno de los datos más importantes en cuanto a violencia física, que es el número de casos de feminicidios sistematizados en el departamento. Lo cual nos hablaría de ese punto extremo de la violencia física que es el de arrebatar el derecho a la vida a alguien solo por su género. En cuanto al número de feminicidios presentados en los municipios de Risaralda, entre los años 2020 – 2024, la Fiscalía reportó un total de 52 feminicidios, de los cuales 26 casos fueron reconocidos en Pereira, 11 en dosquebradas, 4 en Belén de Umbría, 4 en Mistrató, 2 en la Virginia, y un caso en cada uno de los siguientes municipios: Apía, Marsella, Pueblo Rico y Santa Rosa de Cabal.

Sin embargo, estos no son los únicos registros que existen de este delito en el departamento, [el Observatorio Colombiano de Feminicidios](#) ha identificado a partir de la prensa local, regional y nacional un total de 79 casos de feminicidios

en Risaralda entre 2020 y 2024, de los cuales con un poco más de detalle mencionan que 32 de los reportes fueron feminicidios en grado de tentativa, 3 transfeminicidios y 44 feminicidios de mujeres cis.

FEMINICIDIOS REGISTRADOS

DEPARTAMENTO ● Risaralda

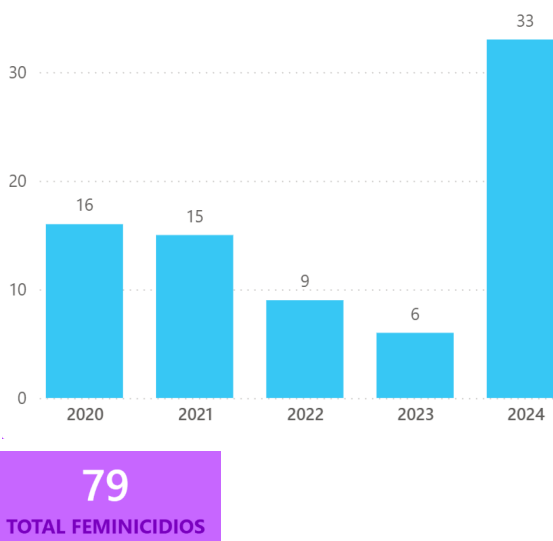


Gráfico 33. Feminicidios registrados en Risaralda, agrupados por año (2020-2024).

Al menos 5 de las mujeres asesinadas eran mujeres afrocolombianas, negras raizales o palenqueras; 1 era indígena y 27 mujeres mestizas. Más de 45 mujeres se encuentran sin registro de identificación de pertenencia étnica, lo cual significa que puede existir un subregistro en los datos, indica el Observatorio Colombiano de Feminicidios.

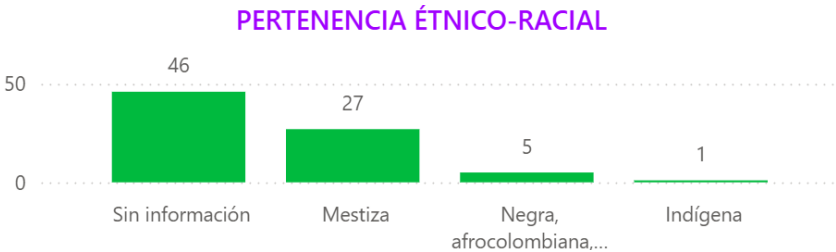


Gráfico 34. Pertenencia étnico-racial registrada de las víctimas de VBG en Risaralda (2020-2024).

“Eso fue hace como un año, yo la verdad me enteré por las noticias, supe que la mujer fue asesinada. Estaba con su bebé en un hotel del municipio y el esposo, por alguna razón, el hombre salió, se fue, la dejó y tengo entendido que los representantes del hotel escuchaban el llanto de un bebé y cuando subieron vieron la escena. Supe que un cliente mío que era vecino me comentó que la chica era muy joven y el esposo tenía mucha edad y tenía muchos celos, la celaba mucho de que no salgas, de que no te vea alguien por la juventud que tenía. Bueno, finalmente, acá en el pueblo, como siempre se congregó la comunidad, la recogieron y ayudaron a los familiares a que vinieran de Venezuela. No recuerdo si a ella la enterraron acá o se la llevaron.”

Integrante de la Organización Comunitaria que promueve la participación y toma de decisiones de mujeres en Belén de Umbría
(2024)

el municipio de Belén de Umbría, en donde esta historia puso sobre la discusión como muchas veces las mujeres pueden estar teniendo más de una situación de riesgo o de vulneración de sus derechos, como lo es para muchas mujeres que son migrantes. En donde algunos factores que se experimentan dentro de este estatus migratorio pueden conllevar a incrementar que esta población se vea más expuesta a situaciones de riesgos que limitan sus derechos. Como por ejemplo, la dependencia económica y emocional, que junto con la diferencia de edad y el control coercitivo ejercido por la pareja, son factores que tienden a agudizarse en contextos migratorios donde las mujeres se encuentran en condiciones de pobreza, y no cuentan con trabajos formales ni información sobre rutas de atención y protección institucional para mujeres migrantes.

El relato anterior se dio en el marco del grupo focal realizado con diversas mujeres en

De igual forma, se suman otros factores, como el hecho de encontrarse en situación de tránsito entre ciudades o en zonas rurales, donde se intensifica el aislamiento respecto a la red familiar y se dificulta la búsqueda de apoyo ante situaciones de violencia. Además, las mujeres y personas migrantes son víctimas de violencias, estigmatización y barreras para el acceso a sus derechos, por razones de xenofobia, lo que las expone aún más a riesgos y violencias como a la explotación sexual, la violencia económica y el feminicidio.

Todos estos factores se desarrollan bajo un contexto de impunidad y de ausencia de políticas de atención diferencial en los protocolos de activación de rutas para mujeres migrantes, que como consecuencia, deja en evidencia en los registros oficiales que no se documenta de manera sistemática la nacionalidad o el estatus migratorio de las víctimas, lo cual, a su vez, a largo plazo genera una brecha en el abordaje de estos casos y en el acceso a la regulación migratoria o el acceso a salud, la justicia o a los servicios de protección integral.

Medidas de protección para víctimas de violencias basadas en género en Risaralda

Según la información compartida por la Policía Metropolitana de Risaralda (responsable de los municipios de Pereira, Dosquebradas y La Virginia); y la Policía departamental (encargada de los otros once municipios del departamento), entre el 2020 y 2024 en Risaralda se reportaron un total de **4.515** medidas de protección.

A continuación se puede identificar el número de medidas de protección en VBG emitidas por año:

Medidas de protección en los municipios de Risaralda

En los últimos cinco años, **la Policía departamental apenas expidió 226 medidas de protección a mujeres víctimas de violencia de once municipios de Risaralda**. También expidió 16 medidas a hombres, y (1) una a otra persona (categorizada en la respuesta del derecho de petición como “otros”). En la siguiente tabla se muestra de manera específica el total de número de medidas de protección registradas por la Policía Departamental De Risaralda, según el municipio:



Gráfico 35. Medidas de protección solicitadas por víctimas de VBG a la Policía de Risaralda (2020-2024).



Gráfico 36. Medidas de protección solicitadas por víctimas de VBG en municipios de Risaralda (2020-2024).

El municipio con mayor reportes emitidos de medidas de protección fue Santa Rosa de Cabal (123 casos), seguido del municipio de Quinchía (37 casos) y Marsella (27 casos).

Sin embargo, analizando la información entregada por parte de la Comisaría de Familia de Guática sobre las medidas de protección durante los años ya mencionados, existen un total de 76 registros; evidenciando una brecha respecto a la información obtenida por la Policía departamental, que respondió que se habían emitido 9 medidas de protección por violencias basadas en género, entre 2020 y 2024.

Tabla 5. Datos de las Medidas Protección en Guática - Risaralda

Año	Policía departamental	Comisaría de Familia Guática
2020	0	17
2021	0	15
2022	1	9
2023	2	18
2024	6	17
TOTAL	9	76

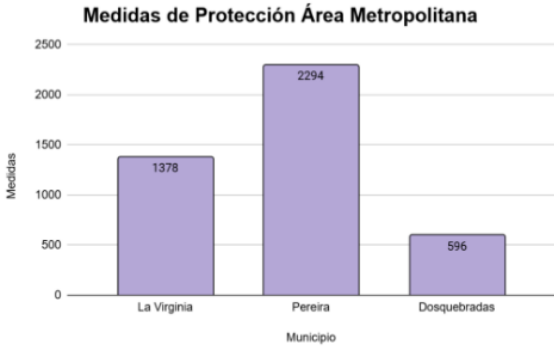
Estas discrepancias entre la Policía departamental y la Comisaría de Familia de Guática preocupan, teniendo en cuenta que de acuerdo con el artículo 20 de la Ley 294 de 1996, la Policía es la encargada de elaborar el registro nacional de las medidas de protección, y si este no concuerda con la información entregada por la comisaría de familia del municipio, la probabilidad de un mayor subregistro y de ausencia de articulación entre las entidades del Estado es muy alta, lo que

aumenta la desprotección de las mujeres en sus diversidades en este municipio.

Medidas de protección en el área metropolitana de Risaralda

En cuanto a los municipios del área metropolitana Centro Occidente como lo son Pereira, Dosquebradas y La Virginia se evidenció lo siguiente en los datos entregados por la Policía Metropolitana:

Pereira registra el mayor número de medidas entre los años 2020-2024 con **2.294 medidas**, seguido de La Virginia con **1.378 casos** y luego Dosquebradas con **596 casos**.



Gráfica 5. Medidas de Protección Registradas por Policía Metropolitana de Pereira

En cuanto a estas medidas de protección del área metropolitana entre el año 2020 al 2024, se encuentran que:

Las medidas de protección tienden a incrementar entre los años 2021 y 2024 en Pereira y Dosquebradas, exceptuando por el año 2023 que presenta un registro menor que llama la atención con relación al año anterior para los dos municipios (ver tabla 6).

Tabla 6. Medidas de Protección área metropolitana por año

Municipio	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Pereira	No se reporta	491	561	486	756	2294
Dosquebradas	No se reporta	39	189	96	272	596
La Virginia	1231	21	32	61	33	147

Tal como se muestra en la tabla 6. durante el 2020 sólo se reportaron datos para La Virginia, los cuales muestran una cifra bastante alta en relación con el histórico presentado en este municipio y en relación con los otros dos municipios. Una de las posibles explicaciones del por qué de la ausencia de estos datos en Pereira y Dosquebradas podría ser que hubo una deficiencia en el registro de datos durante la pandemia y toda la información respecto a violencias fue registrada en La Virginia. Otra posibilidad es que efectivamente las denuncias en La Virginia escalaron de forma alarmante a causa de la pandemia, sin embargo, la entidad responsable no explicó la razón de la ausencia de datos para el año 2020.

En la información compartida por la Policía metropolitana, se detalla algunos datos de las tipologías de violencia identificadas en las medidas de protección emitidas, lo que logra establecer un diferenciador en estos datos entre las violencias que se viven dentro de los entornos familiares y las violencias basadas en género por año y por municipio. No obstante, aunque tienen esta tipología, no se otorgan datos sociodemográficos que permitan relacionarlas con género, etnia o rango de edad.

Tabla 7. Tipos de violencia área metropolitana por Municipio

Municipio	Tipo de Violencia	Total 2020 -2024
La virginia	V.Inrafamiliar	1375
	V. Económica	1
	V. Psicológica	2
Pereira	V.Inrafamiliar	2276
	V. Sexual	12
	V.Económica	2
	V. Acoso Sexual	1
	V. Física	2
	V.Psicológica	1
Dosquebra- das	V.Física	4
	V.Psicológica	2
	V. Intrafamiliar	589
	V. Sexual	1

Tal y como se puede analizar en la tabla 7, existe un elemento en común entre los 3 municipios del área metropolitana y es que el tipo de violencia con mayor reporte en las medidas de protección entre el 2020 y el 2024 fue la Violencia Intrafamiliar, siendo mayoritaria en la ciudad de Pereira con **2.276 casos**. Sin embargo, se identifican unos reportes muy

bajos para los demás tipos de violencias en el área metropolitana durante el 2020-2024, lo cual indica un registro de la información otorgada insuficiente e inconsistente por parte de la policía metropolitana.

Adicionalmente, teniendo en cuenta los datos analizados a nivel departamental y desde los municipios metropolitanos, se observa que no existe una forma de consolidación de la información de manera estandarizada entre las instituciones, de forma que permita realizar un análisis más profundo entre los datos que otorgan y las características de las víctimas, con el fin de trabajar bajo el principio de colaboración armónica entre estas entidades, puesto que manejan categorías diferentes, generalizadas o desde el binarismo hombre-mujer, desconociendo las identidades de género diverso.

Además, esto refuerza la percepción negativa de la ciudadanía frente a la eficacia y la confianza en el proceso y desarrollo de las denuncias, en donde la forma en cómo se sistematiza la información desconoce e invisibiliza a poblaciones históricamente marginadas como la población afrodescendiente, indígena y la población diversa, traducéndose esto en múltiples barreras para la materialización de derechos que permiten el acceso diferenciado a la justicia, la salud y una vida digna y plena. Desconociendo así, la importancia que tienen estos registros para la toma de decisiones por parte de las entidades territoriales, la asignación de recursos y el diseño de programas para la mitigación de estas violencias.

Un sustento de lo anterior lo encontramos dentro de algunos relatos de las entrevistas con organizaciones de mujeres de la ciudad de Pereira, en donde se evidencia esta percepción negativa de la ciudadanía frente a la eficacia y la confianza en el proceso de la instauración de las medidas de protección realizadas específicamente por la Policía, porque además no hay una capacidad suficiente para atenderlas:

“Sobre todo en el tema de las medidas de protección hay una problemática que es estructural y es que hay muchísimas medidas de protección decretadas y activas en este momento y muy pocos policías, lo cual es un tema estructural, entonces sentimos que no tiene eco la voz de las víctimas con la Policía y que sólo acuden cuando de verdad es una emergencia super marcada, entonces no, con policía sólo hacemos contacto cuando el agresor se presenta al domicilio, cuando es el tema de que necesitamos que alguien llegue ahí ya. Ahí sí ponemos y activamos la medida de protección que se le haya decretado, pero como corporación al ser lo primero, poner una medida de protección, preferimos hacerlo con Comisaría de familia o con Fiscalía ya que ambos tienen la función de dictar medidas de protección provisional”.

Organización que brinda asesorías en representación jurídica con enfoque de género en Risaralda (2024)

Mutilación genital o ablación femenina en la comunidad Emberá Chamí, en Pueblo Rico

Si bien la Mutilación Genital Femenina ha estado principalmente asociada a los pueblos indígenas emberá Chamí de Mistrató y Pueblo Rico - Risaralda, puesto que han sido desde allí donde se han reportado los casos de niñas mutiladas; en el estudio de Luz Elena García y Leonardo Quintero (2021) [La Mutilación genital femenina en perspectiva forense como violencia de género](#), se menciona que aproximadamente desde el 2016 se han identificado reportes de algunos casos en Caldas también con población Emberá, y en el departamento del Cauca con integrantes del pueblo Nasa, dejando en evidencia que esta práctica en el país no es exclusiva del pueblo Emberá.

Ahorabien, la ablación o Mutilación Genital Femenina es cada uno de los procedimientos

que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos de la mujer, u otras lesiones en los órganos genitales femeninos con fines no médicos. Según la ONU (Asamblea General de las Naciones Unidas) se ha reportado como una grave violación de los derechos humanos que suele realizarse en las niñas en la etapa de la infancia hasta los 15 años.

En Risaralda entre el año 2020 y 2024 se reportaron **103** casos de **mutilación genital todas realizadas a mujeres indígenas** que se encontraban dentro del intervalo de edad en primera infancia (0-5 años) 59 casos, infancia (6 - 11 años) 36 casos, adolescencia (12- 17 años) 5 casos y solo un caso en etapa de juventud (18-28 años), según los datos de SIVIGILA.

De acuerdo con estos datos identificados, el 2023 y el 2024 han sido los años con más casos reportados, reportandose entre 53 y 41 casos de MGF respectivamente.

CASOS POR TIPO DE VIOLENCIA Y DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO ● Risaralda

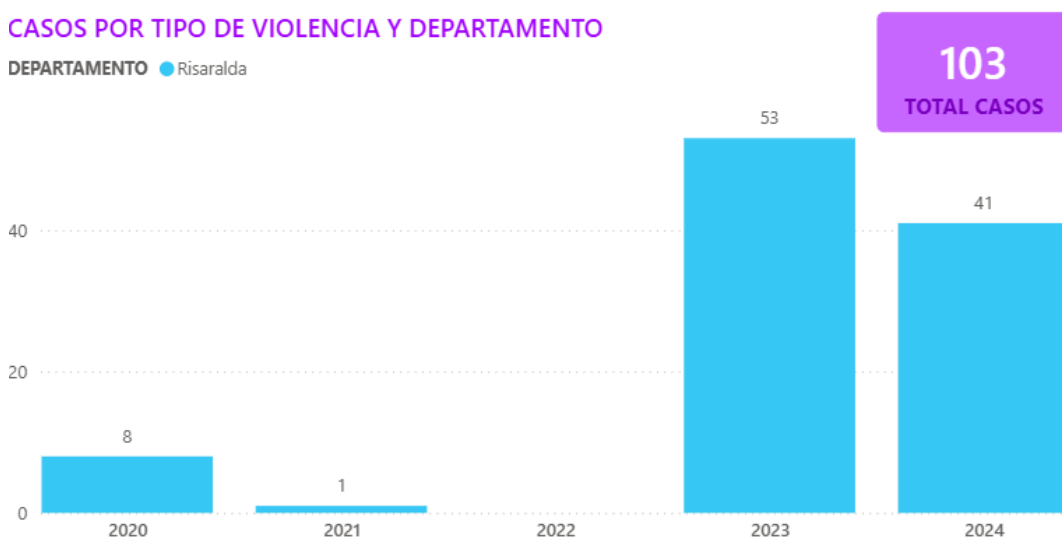


Gráfico 38. Registro de víctimas de mutilación genital femenina en Risaralda (2020-2024).

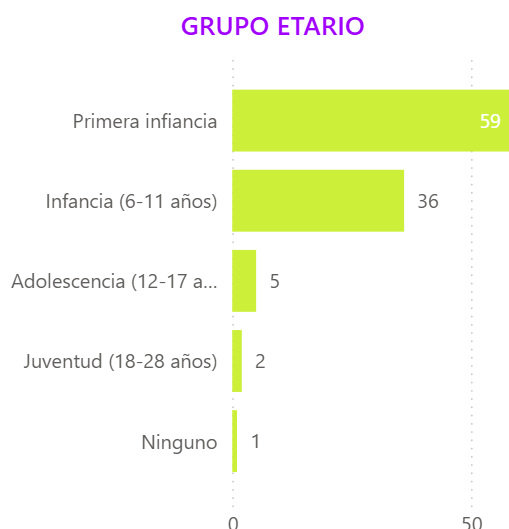


Gráfico 39. Grupo etario de víctimas de mutilación genital femenina en Risaralda (2020-2024).

Durante el proceso de esta investigación tuvimos la oportunidad de conversar con Lina, una mujer de 37 años, Emberá Chamí de Pueblo Rico (Risaralda), que trabaja en la Comisaría de Familia de este municipio como traductora. Lina quiso compartir desde su experiencia personal lo que fue para ella vivir la ablación desde muy temprana edad y su percepción sobre la cosmovisión de su comunidad respecto a esta práctica en las niñas indígenas.

Para ello, Lina nos cuenta que en Pueblo Rico existen dos resguardos indígenas, el embera Katío Gitó Dokabú y Emberá Chamí Rio San Juan. Desde el Embera Chamí, su organización se caracteriza por tener un gobernador del resguardo, el cual es líder de la comunidad, quien se encarga de resolver y mediar los problemas principales y de velar por el resguardo en general. Lina, nos aclara que en cada resguardo puede haber varias veredas, para el caso del resguardo embera Chamí en

Pueblo Rico, existen aproximadamente 32 veredas, cada una con un gobernador local y una presidenta, y en estas veredas se pueden ubicar aproximadamente 100 habitantes entre familias, niñas, niños y abuelos.

En esta distribución política se identifica también unos roles de género muy claros, en donde el gobernador es quien tiene al mando las decisiones principales del resguardo y se articula en conjunto con los gobernadores locales, quienes son los que en cada vereda toman las decisiones principales en cuanto a la agricultura y la economía tanto de la casa como de las veredas. Mientras que por otro lado, las mujeres indígenas que asumen el rol de presidentas en las veredas son las encargadas de apoyar a los gobernadores locales en los tejidos artesanales para comercializar, el cuidado de semillas y cultivos, el cuidado de las y los niños, y la gestión de algunos espacios culturales, como relata Lina:

“...El hombre es el que cultiva, y las mujeres hacen las chaquiras en la casa: manillas o bolsos, así chiquiticas. Las mujeres que no trabajan así en entidad grande trabajan solamente de chaquiras, se van a vender afuera o envían a otras ciudades... los que manejan en la casa son siempre los hombres, ellos son la autoridad de la casa y la mujer menos, en esa sí manejan ellos, ahí el hombre dice que ellos son la autoridad...Cuando venden las chaquiras es el hombre el que maneja la plata”.

A partir de ello, le preguntamos a Lina si existen otros roles en la comunidad en los que las mujeres puedan participar políticamente o si se basa principalmente en el de presidentas, quienes entre otras cosas,

gestionan la organización y producción de sus artesanías:

“Ellas avisan a las mujeres *bueno tal día hay una reunión*, para que nosotras como mujeres vamos a hacer artesanías, o pedir apoyo a entidades para las chaquiras y con eso tejemos y manejamos los hijos apoyando a los maridos; eso hacen. Porque las mujeres en la comunidad no hablan mucho, son muy tímidas porque ... ¿cómo le digo yo? porque son las poquitas las que son líderes, porque en la comunidad las mujeres no suelen dar ideas para hablar. Por eso hay poquitas mujeres en esa parte como líder grande pues para gobernar a las mujeres, es poquita, no hay mucho porque normalmente no nos enseñan cómo es la política organizativa Emberá. Como en la comunidad no dan a las mujeres capacitaciones de eso, entonces el papel de la que es presidenta es ir acompañar. No toman decisiones, solo acompañan, escuchan y comentan lo que sienten las mujeres de la vereda al gobernador”.

En esta replicación de roles que están relacionados con los estereotipos de género, Lina reconoce que también atraviesan las construcciones de pareja y familiares, en las que la ablación tiene un lugar importante, a pesar de sus efectos e implicaciones para quienes son mutiladas:

“La comunidad piensa que las mujeres tienen que coger marido, que deben tener mucha familia, ellos piensan eso. Por ejemplo, porque mi hija está estudiando dicen cosas como que entonces mi hija no va a coger marido. Su pensamiento está ahí todavía, por eso en parte se hace la ablación, porque con la ablación, cortan esas cosas... ellos dicen que

si se deja crecer el clítoris, ellas vuelven ese pensamiento: no piensan en un solo hombre, sino que dicen *dizque la mujer va así por ahí en hombre y hombre...*”.

Desde el pueblo Emberá Chamí, se tiene la cosmovisión de que al realizar la mutilación genital -o *curación* como lo conoce la comunidad- se “mata” el espíritu malo que supuestamente habita en las mujeres y que las hace promiscuas, que es *Jai*, es decir, el “deseo sexual” que se va desarrollando a medida que las niñas van creciendo, y que supuestamente les impide “constituirse” como mujeres *aceptables* desde el deber ser del pueblo Emberá. Esta práctica en el pueblo Emberá es realizada específicamente por las mujeres de la familia, es decir, son las abuelas las que suelen realizarla y quienes principalmente orientan a las madres de las niñas a realizarlas, quienes a su vez replican (en su mayoría) la tradición de esta práctica, por esto encontramos que según la información reportada por SIVIGE, **el 98% de las personas agresoras (realizadoras del procedimiento de mutilación) son las madres.**

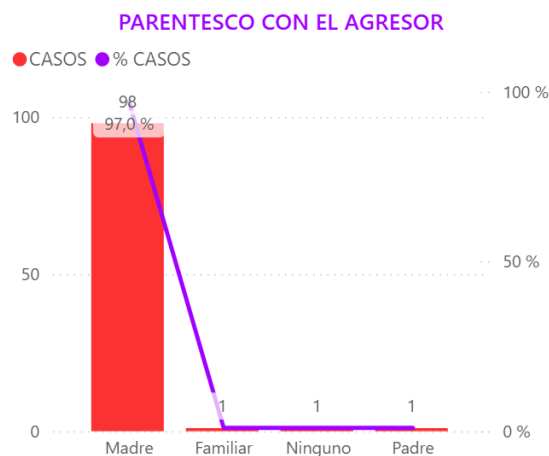


Gráfico 40. Parentesco con el agresor - víctimas de mutilación genital femenina en Risaralda (2020-2024)

Asimismo, Lina cuenta que lo que se cree en la comunidad, es que al realizar la *curación* las niñas pueden sanar y esto significa para la comunidad que las niñas están “libres” del espíritu maligno y que se han “salvado” para continuar viviendo, de forma que en el futuro puedan tener un esposo y conformar su familia. Por el contrario, si durante la curación hay complicaciones y hay consecuencias tan graves como la muerte, esto significa que el espíritu malo se ha *llevado* a la menor.

Luz Elena García y Leonardo Quintero (2021) en su investigación comparten algunos relatos con lideresas indígenas Emberá Chamí del municipio de Mistrató (Risaralda), en los que señalan que:

“La Ablación tradicionalmente se ha justificado como una práctica bautismal de la mujer Emberá que deberá ser; ya que nace deforme y requiere de la curación para que el clitoris no crezca como pene convirtiéndose la niña en niño y la mujer en algo feo (detestable) objeto de burla de los hombres, para que la mujer no sea infiel al buscar activamente el placer sexual o para que la mujer no se mueva durante el coito, como camino obligatorio hacia “...un matrimonio sano...” (LIE, Mistrató, 2019), como requisito para que puedan conseguir esposo y no ser rechazadas, es decir, para que sea la mujer que se espera que sea. (p. 8).

Encontramos entonces que la mutilación se realiza principalmente en función de poder “moldear” a la mujer desde muy pequeña, en donde se mutila el cuerpo de las niñas para el deseo del hombre y como preparación para el cumplimiento del “deber ser” de la mujer en la familia y la comunidad, pasando por encima de

su salud, autonomía, bienestar físico, mental y sexual. En el estudio realizado por García y Quintero (2021), actores del sector de la salud explicaron que el procedimiento de la ablación en las niñas puede traer complicaciones físicas y de salud. Una de estas principales complicaciones suele ser el sangrado y la sobreinfección de heridas o quemaduras debido al uso de cucharas calientes sobre el clitoris y tejidos alrededor; causando secuelas como cicatrices que pueden obstruir el tracto urinario y causar infecciones urinarias o hasta una septicemia⁸, la cual se ha identificado en la mayoría de los casos como la principal causa de muerte.

Además de las fuertes consecuencias relacionadas con el placer y los derechos sexuales de las mujeres:

“[...] hay algunas mujeres que en temas así pues como cerrados hablan de la pérdida de la sensibilidad y el poco disfrute en las relaciones sexuales, anorgasmias, hay mujeres que dicen que definitivamente nunca han disfrutado de un orgasmo [...]”; “[...] Un caso remitido para procedimiento quirúrgico por parte de ginecología ya que había hecho una cicatriz que lo obstruía la uretra y producía infecciones urinarias a repetición [...]”

Funcionario del sector salud
Mistrató, en *La Mutilación genital*

8 **La septicemia**, también conocida como sepsis, es una respuesta grave y potencialmente mortal del cuerpo a una infección. Se produce cuando la respuesta del sistema inmunitario a una infección se descontrola y daña los propios tejidos y órganos del cuerpo. La septicemia puede ser causada por bacterias, virus o hongos, y puede llevar a complicaciones graves como el shock séptico y la muerte.

femenina en perspectiva forense como violencia de género (2021, p. 89).

En concordancia con la investigación anterior, Lina nos relata desde su experiencia y desde su compartir con otras mujeres en la comunidad, que ha podido identificar que la mutilación trae consigo secuelas físicas, psicológicas y emocionales. A nivel psicológico y emocional, Lina menciona que al quemar un órgano tan sensible como lo es el clítoris, ella cree que se ve afectado el desarrollo y aprendizaje de las mujeres, puesto que inhibe el placer en ellas y pone en disposición la toma de sus decisiones en función del hombre, sin un reconocimiento propio de sus sentires y sus emociones, esto también apoyado de un conjunto de factores sociales y culturales que influyen y tienen relación con las diversas prácticas y relacionamientos asimétricos que existen entre hombres y mujeres dentro de la comunidad indígena, que también refuerzan esta práctica como dominación del cuerpo, la sexualidad y el placer de las mujeres en función de una cultura patriarcal.

“[...] En su mayoría siempre es la abuela la que le dice a la mamá: “hija, tiene que curar eso, porque más adelante se va a volver muy... muy calentona” Hasta el momento no ha cambiado mucho la práctica en esa parte todavía, sufren. Y yo le digo, a las que le hicieron esa ablación hacia la edad mía, ya sufren. ¿Por qué le digo? yo no siento, las mujeres no sienten la realidad, su emoción, yo no siento. Yo siento a veces, a veces... Por eso cuando mi marido me pregunta: ¿podemos? “no”, yo niego: “no, estoy cansada”, “estoy cansada, no quiero”,

entonces nosotras por eso sufrimos en ese momento de tener relaciones. Y les pregunto a otras mujeres: ¿ustedes sufren o no sufren? yo pregunto así. Ellas dicen que sí, ellas también sufren en eso...Y es para que él sienta y yo no. Entonces yo he dicho que no lo sigan haciendo para que no sufran más adelante y no les de enfermedades más adelante”.

Hay otras afectaciones a nivel psicológico que Lina ha observado, en su trabajo como profesora:

“ [...] A veces las mamitas queman el clítoris, y eso se quema, ¿qué va a sentir? Es ese dolor a esa niña chiquita... Si es de buenas, vive, y si es de malas, muere. Por ejemplo, para mí, no soy médico, pero yo digo que quema el cuerpo, todo, la esencia... el cerebro, el hablar o el pensar. Yo digo eso así, porque ahí quedan como si fueran bobitas, pues, porque ahí quema su aprendizaje, todo. Una niña que está con el clítoris sin sentir dolor, eso sí son más avispadas.... Cuando yo trabajé como docente de infancia, veía las niñas como eran y cuando no tenían la ablación eran muy hábiles, avispadas en su desarrollo; su desarrollo estaba fino, en cambio a las niñas que se les había realizado la ablación uno notaba un retraso, todo, o que eran más retraídas”.

Adicionalmente, Lina menciona que otro factor que se suma a estas afectaciones físicas es la falta de control, pedagogía y apoyo recurrente a nivel de salud sexual que hay en la comunidad, puesto que muchas mujeres en la comunidad no suelen hacerse revisiones frecuentes desde la medicina occidental, por varios factores y barreras, algunos relacionados con sus cosmogonías y otros, con

condiciones de desigualdad que se agudizan, y que obstaculizan el acceso a sus derechos y a información accesible y clara.

Por ejemplo: algunas mujeres no hablan español, no tienen acceso a información relacionada con sus derechos y los servicios de atención que deben prestarles, no conocen o no están acostumbradas a tener revisiones de citología, no se sienten en confianza y seguridad para acudir a estos servicios de salud, no hay o no han tenido atención diferencial en cuanto a esta violencia, además de las barreras de movilidad y económicas, pues el centro hospitalario de Pueblo Rico que se encuentra en el casco urbano suele estar a varias horas de sus veredas y en ocasiones al llegar allí no encuentran atención.

“ [...] Dicen que la salud de Pueblo Rico es mala, porque ellos se van y pierden su ida; les preguntan si tienen cita y las mujeres dicen: “no” y entonces ya piensan como: “Ay, no, entonces tengo que ir para mi casa”. Falta mucho mejorar ahí, porque usted viene de la vereda que está a 4 horas, a 5 horas, perdiendo la ida. A ellos le dicen que vaya al hospital y ellas prefieren responder: no, yo no voy.

Y en las mujeres indígenas es poco ir al hospital, ni siquiera no van a revisar su... ¿cómo le dicen eso? citología. Esa parte sí hay problema, porque las mujeres no saben para qué sirve ir a revisión de citología, ellas le dan vergüenza, y dicen: “ay, ¿yo para qué voy a ir allá?, ¿para qué me miren?”. Porque nunca nos han orientado para qué es, ni que es para prevenir la enfermedad”.

Lina, mujer indígena Embera Chamí
de Risaralda (2024)

Al no existir esta sensibilización y conocimientos en cuanto a la importancia de una revisión y seguimiento en la salud sexual en las mujeres, puede pasar que estas infecciones sean más recurrentes o se agraven con el tiempo. Por ello, **Lina resalta la importancia de que además de las mujeres, los hombres emberá también aprendan y estén informados de la ablación, sus riesgos y efectos en las mujeres**, además de la importancia que tiene la atención en salud institucional a nivel ginecológico como prevención a enfermedades o infecciones; esto recordando que los hombres cumplen un papel de representación, decisión y autoridad importante en la comunidad, y que como se ha mencionado anteriormente, bajo estos roles de género en la comunidad, suelen ser ellos quienes en muchos contextos de pareja toman decisiones importantes o representan a nivel legal a las mujeres emberá Chamí en espacios externos y comunitarios.

“ A mí me gustaría que capacitaran a los hombres también, no solo a la mujer, a los jóvenes que están creciendo, a los mayores y a los que están, todos los hombres que ya tienen esposa, o el joven va a aprender. Para que ellos puedan orientar a la mujer, porque las mujeres algunas no entienden español, y porque a veces en las brigadas de médicos que van al territorio a las mujeres les cuesta tener más confianza con esos médicos porque no todas hablan la misma lengua, pero el hombre sí”.

Lina, mujer indígena Emberá Chamí
de Risaralda (2024).

A pesar de las barreras institucionales, Lina reconoce que en los últimos años las entidades de salud han realizado brigadas para informar y discutir sobre la ablación con la comunidad, lo cual ha puesto en discusión esta práctica violenta y los impactos en la vida de las niñas, jóvenes y mujeres. Por lo que es posible que estas intervenciones están ayudando a cuestionar y disminuir esta práctica en la comunidad. Como cuenta Lina:

“En las niñas algunas poquitas ya no lo hacen tanto, porque han dado mucha información al respecto, y porque si va al médico y el médico se da cuenta, reporta a Comisaría de familia, entonces no lo hacen tanto”.

Esto último expuesto por Lina, permite pensar que posiblemente algunos de los casos reportados en 2023 y 2024 corresponden al momento en el que las niñas fueron atendidas en centros de salud o por el personal de salud, quienes identificaron que habían sufrido mutilación genital, y no necesariamente corresponde a los años en los que les realizaron el procedimiento de mutilación genital.

El amplio testimonio de Lina, y este acercamiento investigativo permite confirmar la necesidad de seguir investigando, comprendiendo, haciendo pedagogía y movilizandó la eliminación de esta práctica violenta en el Eje Cafetero, desde enfoques diferenciales y con respeto de las cosmovisiones de las comunidades indígenas, con el fin de acompañar a las diversas mujeres indígenas del territorio cafetero y de Colombia que desean y necesitan que esta práctica sea abolida al interior de sus comunidades, para que sus derechos a la salud, a la vida digna, la autonomía, y sus derechos sexuales y reproductivos puedan ser disfrutados y respetados.



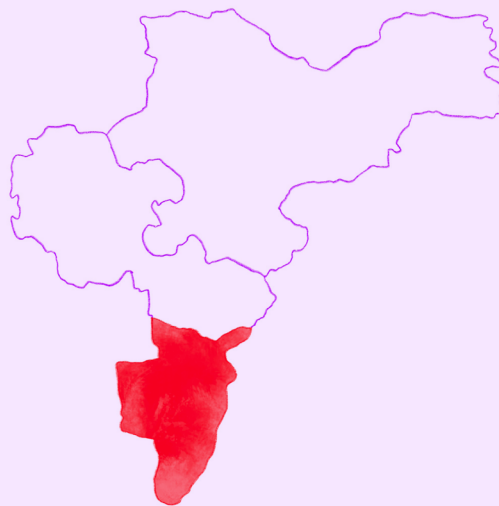
Capítulo 4.

El Quindío:

uno de los departamentos
más pequeños del país y
con mayores índices de
violencia de género







Contexto del territorio quindiano

El Quindío es uno de los departamentos más pequeños de Colombia, y de gran extensión rural: el 98% del total de la superficie del territorio es rural⁹. Conformado por doce municipios es un territorio biodiverso, con paisajes montañosos y en el que en los últimos cinco años se han ocupado los primeros lugares de violencia basadas en género en el país, además de mayores índices de desempleo, suicidio y consumo problemático de sustancias psicoactivas.

El departamento del Quindío está ubicado en la cordillera Central, en el área andina y limita al norte con Risaralda, al sur y al este con Tolima, y al oeste con Valle del Cauca. Su capital es Armenia, y los demás once municipios son Calarcá, La Tebaida, Monte-

negro, Quimbaya, Córdoba, Buenavista, Pijao, Génova, Circasia, Salento y Filandia.

La población del Quindío es de 509.640 personas según el DANE (2018), de las cuales el 51,8% aproximadamente son mujeres. Alrededor de 6.115 personas se identifican como negras, mulatas, afrocolombianas o afrodescendientes. Y 3.057 se identifican como indígenas.

Según el Registro Único de Víctimas, en el departamento se registran más de 70.000 víctimas. Sin embargo, en abril de 2024, el director territorial de la Unidad para las Víctimas en el Eje Cafetero, Luis Eduardo Torres en entrevista con Caracol Radio **expuso que las víctimas en el Quindío eran alrededor de 95.000.**

Para 2022, al menos 20.760 hogares del departamento se encontraban en condición de pobreza multidimensional, pobreza que relaciona las condiciones educativas,

9 Así lo indica la Gobernación del Quindío en el Diagnóstico Sector Demográfico del Plan de Desarrollo Departamental 2024-2027



de vivienda, salud, servicios públicos y acceso al trabajo, según los resultados de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del DANE (2022). Los municipios cordilleranos como Génova, Córdoba, Buenavista, Pijao presentaron los índices más altos de pobreza multidimensional, seguidos del municipio de La Tebaida y Montenegro.

En la Encuesta, también se evidenció que al menos 157.000 personas del departamento se encontraban en condición de pobreza monetaria, ya que tenían un ingreso menor a \$415.963 pesos colombianos, valor que estimó el DANE para determinar la línea de pobreza según el área geográfica. **La mayor afectación de la pobreza monetaria fue para las mujeres (28,6%)** frente a los hombres (26,4%).

Además, al menos 35.827 personas estaban en condición de pobreza extrema, al tener ingresos menores a \$207.317 pesos

colombianos, según los resultados de la Gran Encuesta Integrada de Hogares del DANE.

En la actualidad y desde hace varios años ya, el departamento del Quindío es conocido a nivel nacional e internacional por su belleza y atractivo turístico, siendo una de las principales fuentes económicas y laborales del departamento. En 2024 más de 400.000 personas viajaron por turismo al Quindío, cifra que supera el número de habitantes de Armenia, la capital.

Además del turismo, el comercio, los servicios y la agricultura, la ganadería, caza, silvicultura y pesca, son las principales actividades económicas del departamento. En 2022, la tasa de desempleo en el Quindío estaba por encima del 13%, es decir que más de 36 mil personas estaban desempleadas. Y más de 163 mil trabajadoras y trabajadores estaban en la informalidad.

Características de la población participante en Quindío

Se realizaron 16 entrevistas semiestructuradas, 4 de ellas grupales, en las que participaron un total de 28 mujeres de varios municipios del Quindío como Calarcá, Armenia, Quimbaya, Montenegro, La Tebaida y Génova. Las entrevistadas son sobrevivientes de violencias basadas en género, actores institucionales, activistas por los derechos humanos y lideresas. Los nombres de todas las entrevistadas fueron modificados por seudónimos por cuestiones de seguridad.

También realizamos consultas en fuentes documentales gubernamentales e independ-

ientes con el fin de recopilar datos sobre violencias basadas en género contra mujeres en el departamento, registrados desde el 2020 hasta el 2024, como el Sistema Integrado de información de Violencias de Género-SIVIGE. Y se solicitó a través del ejercicio del derecho fundamental de petición y del derecho de acceso a la información pública un reporte a las diferentes instituciones gubernamentales sobre las diferentes cifras de violencia de género sistematizadas en el intervalo de tiempo mencionado y la garantía de derechos.

Alerta por violencia de género en el Quindío

En los últimos cinco años (2020-2024), los casos de violencia de género y feminicidio en el Quindío han sido de las cifras más altas registradas en el país. **Las violencias contra mujeres, denunciadas y registradas en estos cinco años suman más de nueve mil cuatrocientos casos (9.470).** Siendo la violencia física, sexual, y psicológica las principales violencias denunciadas y registradas en el departamento.

Como se evidencia en las violencias basadas en género, la mayoría de **los agresores fueron hombres en más del 90% de los casos registrados de violencias contra las mujeres. Y al menos en el 72% de los casos** de violencia física, sexual, psicológica y por abandono o negligencia, eran hombres cercanos a las víctimas: **parejas, exparejas, familiares, y padres.**

CASOS POR TIPO DE VIOLENCIA Y DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO ● Quindío

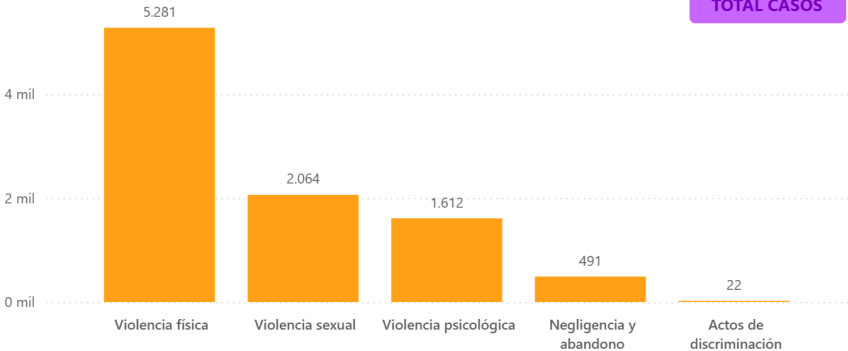


Gráfico 41. Resumen de registro de violencias basadas en género en Quindío agrupadas por tipos de violencias (2020-2024).

PARENTESCO CON EL AGRESOR

● CASOS ● % CASOS

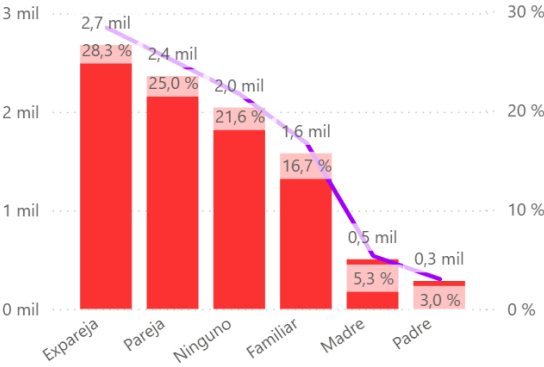


Gráfico 42. Parentesco con el agresor - víctimas de VBG en Quindío (2020-2024).

Casos:

- 2.362** casos el agresor fue la **pareja** de la víctima
- 2.677** casos el agresor fue la **expareja** de la víctima
- 1.578** casos el agresor fue un **familiar**
- 2.043** casos no se registró relación con el agresor

Unido a que los principales agresores de las mujeres en el Quindío (y el país) son hombres cercanos con los que ellas tienen o tenían vínculos familiares y sexoafectivos, sus hogares no son hogares seguros, pues al menos un 41% de las mujeres que denunciaron, notificaron **convivir con su agresor**, según datos de SIVIGE.

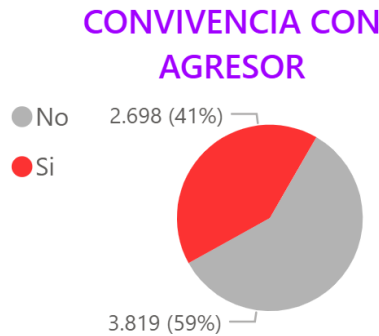


Gráfico 43. Convivencia con el agresor - víctimas de VBG en Quindío (2020-2024).

Estas cifras reflejan una realidad que constantemente muchos hombres suelen negar e invisibilizar: **los hombres sí son los principales agresores y responsables de las violencias contra las mujeres**¹⁰. Esto nos habla de un problema estructural de poder de los hombres sobre las mujeres que hay que analizar y comprender para poderlo transformar.

Esta realidad dolorosa y preocupante para las mujeres en el departamento y que impacta directamente a niñas, jóvenes, y adultas, como se ve en la siguiente gráfica.

¹⁰ Aunque sí existen casos de mujeres agresoras la cantidad de casos es muy baja y no representa un sistema social, cultural, económico y político de dominio, como sí lo es el machismo y el patriarcado, estructuras que se basan en el dominio de los hombres sobre las mujeres y personas diversas.

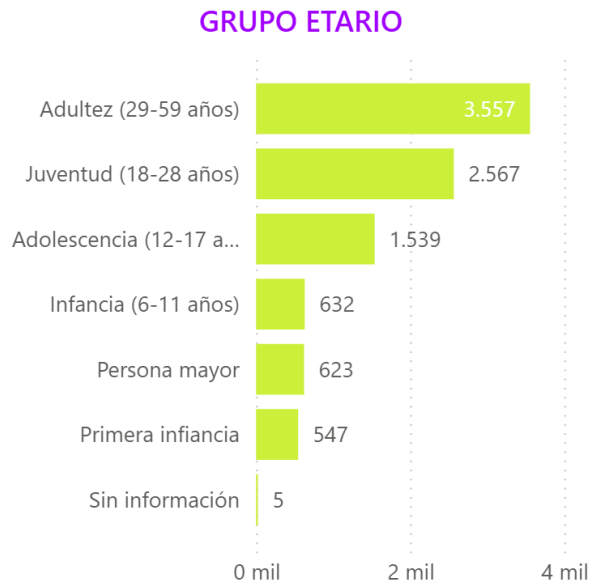


Gráfico 44. Grupo etario víctimas de VBG en Quindío (2020-2024).

Tanto en 2024 como en 2023 distintas organizaciones de mujeres, feministas y defensoras de derechos humanos del Quindío y el Eje Cafetero **se declararon en alerta por emergencia de violencia de género y feminicidios, exigiendo respuestas y garantías de las entidades gubernamentales. Sin embargo, en ambos casos no hubo respuestas ni acciones directas y visibles por parte de los gobiernos locales ni del gobierno nacional.**

En los últimos tres años (2022, 2023 y 2024) el Quindío ha ocupado el **tercer y cuarto lugar de territorios con más casos registrados de violencia de género** en el país (SIVIGE), y uno de los primeros cinco con más **feminicidios**, siendo uno de los departamentos más pequeños de Colombia.

En 2023 se registró el índice más alto de violencias, con al menos **2.367** casos de violencias basadas en género en el Quindío, contra niñas, mujeres jóvenes y adultas. Estos casos corresponden a violencia física, sexual, psicológica, por negligencia y abandono, y discriminación.

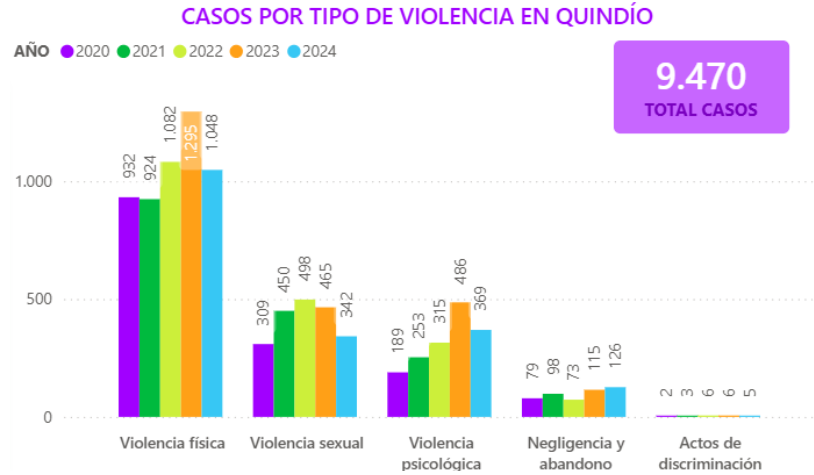


Gráfico 45. Registro de VBG en Quindío agrupadas por tipo de violencias y años (2020-2024).

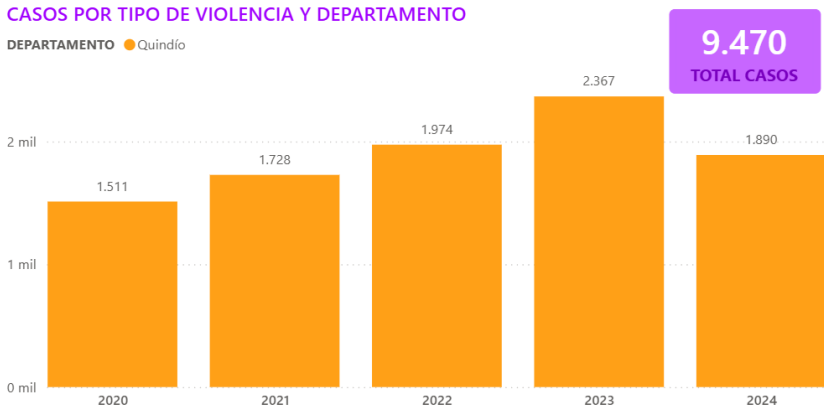


Gráfico 46. Registro de VBG en Quindío agrupadas por años (2020-2024).

Estas violencias se ejercen especialmente contra mujeres que se encuentran en mayores índices de vulnerabilidad y desprotección, como las niñas, mujeres jóvenes, trans, lesbianas, bisexuales, empobrecidas, pertenecientes a comunidades étnicas, rurales, migrantes y habitantes de calle. Características y factores que agudizan el impacto de las vulneraciones de sus derechos, y de la ampliación de las brechas de desigualdad de género.

Paula fue una de las mujeres víctimas de violencia física en 2024. Tiene 38 años, es lesbiana, y a inicio de 2024 su vida cambió después de ser víctima de presunta violencia por prejuicio por parte de un vecino, en un barrio ubicado en el sur de Armenia. Agresión que ella y su familia reconocen directamente relacionada con su orientación sexual y su expresión de género, es decir: por ser lesbiana y por la forma en la que ella exterioriza su identidad. Como su cabello corto, su forma de vestir, hablar y caminar, sus gestos y actitudes.

El día de la agresión, Paula estaba en su casa arreglando las plantas, y una de ellas se encontraba al lado de la casa en la que estaba el vecino. Después de que Paula regó la planta con agua, el hombre comenzó a discutir, porque supuestamente Paula le estaba botando la basura en la casa de él. “Comenzamos a decirnos malas palabras, entonces él llegó y me dijo **‘si se cree muy hombre, si se cree muy macho, sálgame pues’**”, recuerda Paula, quien le contestó que él no sería el primer hombre al que se le había enfrentado a los puños. “Entonces me fui para su puerta y le toqué la puerta duro, cuando veo que el señor sale con un tubo de acero. Y me dice ‘¿no se cree más machito pues?’, ¡y pum!”.

Paula cayó inconsciente al suelo, con la cabeza sangrando después de recibir un barillazo a un costado de la cabeza que le costó once puntos, fuertes dolores, pérdidas de memoria, y afectaciones psicológicas ante la inoperancia de la justicia, que hasta el momento del cierre de esta investigación no había dado respuesta a la violencia que Paula sufrió por ser

como es: una mujer diversa, lesbiana, y que no atiende a lo que arbitrariamente la sociedad le asigna a las mujeres.

En la sociedad patriarcal en la que vivimos se impone la heterosexualidad como obligación, y es común que erróneamente se crea que los genitales son determinantes de la identidad (hombre-mujer), a pesar de que la identidad es un espectro muchísimo más amplio, diverso, de múltiples variables y de dinamismo, es decir: no es fija. El binario que conocemos *macho-hembra, masculino-femenino* es una construcción social que limita, restringe y oprime la libertad de las personas y el libre desarrollo de la personalidad. Es un binario que de una u otra forma castiga la libertad que se sale de ese sistema que pretende condicionar de una sola forma los cuerpos, las identidades y los deseos, siguiendo la explicación de Judith Butler.

La violencia por prejuicio son los actos de discriminación, exclusión y violencia contra las personas con orientación sexual e identidad de género diverso. Son violencias motivadas por actitudes consideradas como negativas, y son racionalizadas y ejercidas con el objetivo de advertir, dominar, castigar o eliminarles por transgredir el orden social establecido, y mantenerles en posiciones de subordinación.

Al llegar al hospital, la sorpresa para Paula no fue poca al ver a su agresor también en Urgencias del Hospital de zona, pidiendo atención porque había sido “agredido”, a pesar de que Paula no tuvo tiempo para responder a

su ataque. Al día siguiente, cuando fue a la Fiscalía, el hombre también llegó allí a interponer una denuncia supuestamente contra Paula interpuso la denuncia por violencia en la Fiscalía, pero más de cuatro meses después que fue la entrevista para esta investigación, aún no habían respuestas de medidas en contra del agresor, y por el contrario, Paula todavía se encontraba en recuperación.

En el artículo de investigación De la invisibilidad al continuum de homofobia: Barreras socioculturales para las familias LGBTI en Colombia, que fue realizada por la psicóloga Pantoja y autoras (2020) en siete departamentos de Colombia, entre ellos Quindío, Risaralda y Caldas, relacionan el concepto de estigma social y el prejuicio, afirmando que estos se convierten en “mecanismos informales de control social de las construcciones de género y orientaciones sexuales que se alejan de lo heteronormativo” y se convierten en predisponentes para la violencia, la exclusión y la discriminación.

El episodio de violencia para Paula fue la entrada a una crisis de salud mental y la salida de su hogar y del barrio en el que llevaba viviendo varios años: “empiezo con la impotencia, a llorar, a deprimirme, a que no quiero nada, nada de salir a la calle, ni saber de nadie (...) Escucharlo ahí en seguida y saber que nunca hicieron nada...Me daba impotencia, más rabia”. No pasaron más de quince días después de la agresión y Sofía*, su pareja, ya había buscado otro barrio para mudarse con su familia, lejos del victimario, de la exposición a más agresiones, y a la pregunta sobre si este

sería un caso más de injusticia. En cuanto a las medidas de protección, hasta el momento de la entrevista y pasados tres meses de la agresión, Paula solo había tenido dos visitas rápidas de la policía, pero nada más.

La Fiscalía de Colombia en la Guía para las buenas prácticas de investigación y judicialización de crímenes contra personas LGBTIQ+ indica que en relación con el deber de no discriminación del artículo 13 de la Constitución, los Estados **deben garantizar que las denuncias sean investigadas rápida y minuciosamente** cuando los móviles de la violencia están relacionados con la orientación sexual e identidad de género de las víctimas.

Además, explica que la **falta del reconocimiento de los delitos cometidos contra personas OSIG por razones o motivos de discriminación, se convierte en una discriminación contra la víctima, es decir, es revictimizante.**

En la conversación que estábamos teniendo sobre el caso, Sofía manifestó que el acceso a la justicia para las personas de bajos recursos era una posibilidad muy lejana, casi que inexistente y determinada por el dinero: “si usted tiene buena plata, o es una persona importante revuelcan todo, de resto eso no sirve. Si nosotras hubiéramos tenido plata, de pronto hasta ese mismo día lo cogen, pero como no tenemos, así quedan todas las cosas que pasan en este país. (...) Y en estos barrios de más bajos recursos es donde más debería estar la justicia, por lo mismo que hay mucho conflicto, pero allá la justicia nunca está”.

Al respecto, una diputada del gobierno departamental que conoce los procesos de acceso a la justicia en el Quindío relacionados con violencias de género y diversidad, destacó el clasismo que está atravesado para la garantía o no de este derecho: “si tienes plata para pagar abogado o abogada para pagar peritaje, para recaudar las pruebas que se requieren, tienes muchas posibilidades de ganar, pero si no tienes nada de eso, que es el grueso de la población, ¿entonces? Más en un proceso en el que la Fiscalía generalmente no investiga, sino que es el abogado de confianza quien se encarga de recaudar todas las pruebas, de mover aquí y allá y de entregarle a la fiscal, para que adelante el proceso”.

Violencias que comienzan desde el hogar y se expanden a otros ámbitos sociales

Según la Defensoría del Pueblo del Quindío, las violencias contra las mujeres y personas diversas en el Quindío son diversas y generalizadas y no se limitan a un solo escenario social ni rango de edad, así como los contextos en donde se presentan. Además, confirma que estas violencias tienen relación con otras violencias producto del conflicto armado, el narcotráfico, las bandas criminales, el uso de armas, entre otros aspectos. Lo que hace crucial que “no solo se aborde un escenario social”, explica en la respuesta al derecho de petición sobre la situación de violencias contra las mujeres y personas diversas en el departamento.

Entendiendo la base de los roles y estereotipos de género, la educación y la crianza son uno de los primeros lugares para la imposición de ideas, creencias, actitudes y posiciones subrogadas y limitadas por la construcción social que tenemos de los géneros, y la educación y la familia son los dos lugares en donde se basa esto principalmente. Sin embargo, las mujeres no solo se enfrentan la imposición de estos roles y estereotipos de género, sino que también están expuestas a las violencias por parte de sus familiares y personas cercanas, quienes suelen conformar el primer lugar de experiencias de violencia y/o cuidado y seguridad.

La vivienda, la vía pública y los establecimientos educativos son los principales lugares en los que las mujeres son víctimas de violencias en el Quindío.

En el caso de las mujeres trans, la familia es el primer entorno en el que suelen vivir violencia intrafamiliar y sexual. Un punto que destacó Lohana Berkins, activista trans argentina, fundadora de la Asociación de Lucha por la Identidad Travesti Transexual (ALITT) de Buenos Aires es que en Latinoamérica “el travestismo es asumido en edades tempranas. Esta situación, en el marco de una sociedad que criminaliza la identidad travesti, conlleva con mucha frecuencia la pérdida del hogar, de los vínculos familiares y la marginación de la escuela. Ocurre que las niñas travestis ven interrumpida su infancia y se encuentran obligadas a vivir en un mundo de adultas y adultos con quienes deben negociar los términos de su subsistencia de diversas maneras”.

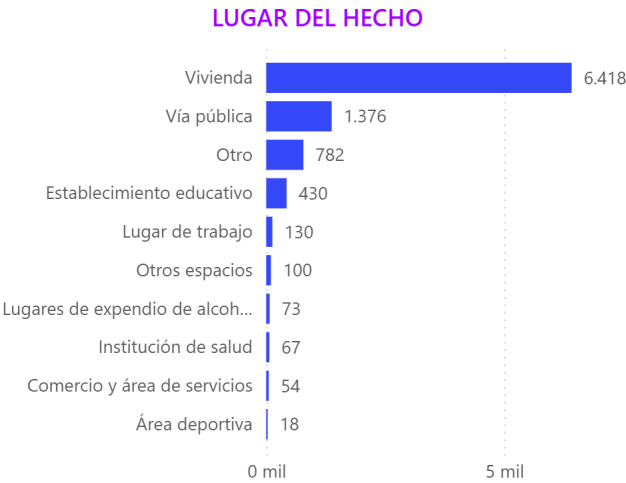


Gráfico 46. Lugar donde se encontraban las víctimas de VBG en Quindío (2020-2024).

A Angelina, mujer afro trans de Montenegro, desde muy pequeña le gustó ponerse la ropa y tacones de su mamá, desfilarse y actuar como modelo. Ella vivía con sus padres y era la mayor de sus hermanes. Fue la primera hija, en ese entonces hijo, en empezar a recibir violencia física y verbal de su padre antes de los cinco años, quien después de haber golpeado a su madre sin que Angelina hubiera podido hacer más que gritar, se fue contra ella. Después de esa primera vez, Angelina, su mamá y los hermanos que fueron naciendo, sufrieron durante diez años más las agresiones de su padre y esposo.

“Mi papá me dio mucho maltrato cuando yo era chiquito, me daba unas pelotas que me dejaba como un monstruo [...] a mi mamá también, la dejaba con los ojos morados, a mí la espalda marcada”, cuenta Angelina que su papá era muy celoso con su mamá que era muy bella, y “le daba una pelota a cada ratito, todos los días una pelota pa’ ella y una pa’ mí. Yo le gritaba ‘no le pegue a mi mamá’, y él me decía ‘come mierda loca hijueputa’, en una palabra decía un poco”.

Desde pequeño, fue notorio que Angelina tenía un brillo distinto, formas de actuar, pensar y ser diferente. “Mi mamá decía que yo desde muy chiquitico lo demostré. Las niñas me parecían amigas, y los niños me parecían tan lindos”. También desde pequeño su papá le violentó por ser diferente.

Era tanta la violencia intrafamiliar que tenían que refugiarse donde sus vecinas para escapar por unas noches de su victimario. En

muchas ocasiones aprovechaban esos días para denunciar, sin embargo, nunca hubo una investigación, medidas de atención, protección o condena para las víctimas. “**Lo íbamos a demandar todos los días**”, recuerda Angelina, con lágrimas en los ojos, acongojada. “Lo cogían un día y al otro día lo soltaban, y nosotras con un miedo porque sabíamos que nos iba a dar la pelota, y justo, justo nos daba la pelota. Denunciamos muchas veces, un poco y un montón, y lo arrestaban y lo soltaban al otro día”.

En su testimonio, Angelina retrata una cruda realidad para las víctimas de violencias de género en el departamento, la región y el país: **denunciar y demandar a los agresores no es suficiente si las autoridades encargadas no toman las medidas necesarias y correspondientes para que las violencias no se repitan.**

Para marzo de 2024, la Fiscalía del Quindío tenía **1.206 casos activos** -en etapa de *indagación, investigación o juicio*- por violencia sexual (743) y violencia intrafamiliar (463), registradas en cinco años (2020 a marzo de 2024). Y **el porcentaje de sentencias condenatorias por estos delitos no superaba el 3% y 4%, del total de los casos registrados por esta entidad.**

Como para Angelina y su familia las denuncias ni la justicia fueron efectivas, durante varios años se vieron encerradas en un círculo de violencia, que para Angelina se incrementó con su transición más radical a mujer. Sin embargo, uniéndose fuerzas y

Tipo de violencia	Quindío Casos activos de violencias contra mujeres entre 2020 y marzo de 2024, en la Fiscalía	Quindío Sentencias con- denatorias expe- didas por la Fis- calía, entre 2020 y marzo de 2024	Quindío Porcentaje de condenas vs los casos de violen- cias registrados entre 2020 y marzo de 2024
Violencia intrafa- miliar	743	112	3%
Violencia sexual	463	68	4%

resistencia entre su mamá y sus hermanes comenzaron a defenderse con palos, puños, ollas, lo que fuera posible.

A los quince años, en la misma edad en la que Angelina hizo su transición a mujer, se enfrentó físicamente con su papá para defender una vez más pero esta vez a muerte, a su mamá y sus hermanes, también víctimas de la violencia intrafamiliar. A quien ella cuidaba, acompañaba y protegía entre los conflictos y la necesidad, pues las condiciones económicas y materiales de su familia han sido y son precarias. “Yo defendí a mis hermanitos, levanté a mis hermanos, los alimentaba, me tocaba hacer todo lo de la casa, mis papás salían muy temprano de la casa y me tocaba hacer todo, llevarlos al colegio”, cuenta.

Tres años después de ese enfrentamiento que Angelina identifica como determinante, con 18 años y después de graduarse del colegio, comenzó a consumir bazuco, sustancia psicoactiva altamente adictiva que tiene como principales riesgos el deterioro neurológico y del organismo. Y en el consumo prolongado puede llevar al abandono familiar y social para

vivir en condición de calle, según el proyecto Échele Cabeza.

Al preguntarle a Angelina por la razón por la que comenzó el consumo de esta sustancia, respondió sin pensarlo más de un segundo: como un refugio ante el maltrato de su papá.

Abrir la puerta al consumo de bazuco implicó para su vida, comenzar a habitar la calle, y a exponerse muchísimo más a la transfobia, racismo, y a la aporofobia o desprecio por ser pobre, según la filósofa Adela Cortina.

Al ser una mujer trans y habitante de calle, Angelina enfrentó fuertes situaciones de discriminación, transfobia y aporofobia en Montenegro, Armenia y Pereira. Desde las burlas hasta la violencia física y las amenazas de muerte.

“Duras las burlas de la gente, yo no ponía cuidado pero sí me sentía herida. Se burlan por ser trans, o sea, como una burla de vean la marica tan fea, o así, y yo mugrosita, porque yo me bañana todos los días y me ponía la ropa.

Aunque a veces los hacía sentir más heridos a ellos, un día iban dos hombres y uno le dijo al otro dizque ‘vea, ahí le pago’ y me señaló, yo les decía ‘bueno mi amor, págume con usted, qué rico con usted bebesote’. O sea, en vez de ellos hacerme sentir mal a mí, les volteaba los papeles, aprendí ese truco. Les decía ‘no mi amor, es que yo lo quiero es usted, contigo me basta y me sobra’, y sacaba lomo así y pasaba así, con frente en alto, y así me dediqué, ahí ya no me importan las críticas”.

En 2024, Angelina fue víctima de violencia física, al parecer por prejuicio en Montenegro. Fue agredida en varias partes del cuerpo y le tusaron el cabello, largo y negro que tenía.

“Me ha traído muchas afectaciones estas violencias, me he sentido muy adolorida por tanta cosa que se ve, en vez de volverse más noble con una la humanidad, se vuelve más dura. Yo me sentí muy mal cuando me cortaron el cabello, me desperté llorando, mi cabello como era de hermoso, pero también respiré, y supe controlar mi respiración, no hice escama de nada”, cuenta.

Según la Fundación GAAT - Grupo de Acción y Apoyo a Personas Trans, en las poblaciones LGBTI la violencia por prejuicio es muy frecuente, ya que las personas desafían los estereotipos de género, lo cual constituye razón suficiente para corregir o castigar la conducta que se considera como ‘desviada’.

Entre la agresión y la falta de alimentos frescos, limpios y nutritivos Angelina tuvo una crisis de salud en la que se le inflamó todo el cuerpo, perdió la fuerza y la energía.

Fue acompañada por una de sus familiares al hospital del municipio, sin embargo no fue atendida con integralidad, no respetaron su identidad de género y tampoco le dieron alimento con la excusa de que ella “tenía familia”, discriminación que parece estar relacionada con ser habitante de calle.

Gracias a su familia y a la gestión de una amiga y lideresa, Angelina fue llevada a Armenia, al Hospital San Juan de Dios, en donde se alertaron por el estado de salud en el que ingresó al Hospital, y fue atendida con enfoque de género.

Varios meses después, Angelina volvió a habitar las calles de Montenegro, y una mañana de mayo de 2025, amaneció muerta. Según indican las autoridades fue una “muerte natural”. Quizá habría que agregarle que su muerte de cierta forma estaba anunciada, en medio de un contexto de abandono estatal y desprotección de las mujeres trans en situación de calle y consumo problemático. A pesar de que en varias ocasiones Angelina manifestó su deseo de entrar a un centro de rehabilitación, su identidad de género fue un impedimento. En su memoria, alzamos la voz exigiendo un país en el que todas las personas e identidades sean reconocidas, respetadas, amadas, y protegidas.

Continuum: violencias que se multiplican

¿Qué relación existe entre las violencias sufridas por Angelina?, ¿por qué es tan común que las mujeres sean víctimas de varias formas de violencias en distintos momentos? ¿qué pasa con la justicia? ¿cuál sería el estado de Angelina y su familia, si su papá hubiera sido condenado y arrestado? Estas suelen ser preguntas que surgen ante casos como este, y en muchas ocasiones, las respuestas son erradas y revictimizantes porque se deposita la culpa o responsabilidad en las víctimas, desatendiendo todo el entramado estructural que sostiene estas violencias.

Por eso, en este punto es importante tener en cuenta el enfoque interseccional que nos permite comprender que las violencias y desigualdades contra las mujeres y personas diversas se agudizan y exacerban según la orientación sexual y la identidad de género, la salud física y mental, la pertenencia a grupos étnicos, la condición económica, la violencia del conflicto armado, la nacionalidad, la religión, la habitancia de la calle, entre otras dimensiones de la identidad.

Y por otro lado, es crucial relacionar el concepto de *continuum de violencias*, que explica la relación entre la estructura social patriarcal y la colonialidad que posiciona al hombre y lo masculino como superior y dueño de todo, subordinando a las mujeres y personas diversas, lo que las expone a sufrir constantes

y múltiples formas de violencias de género a lo largo de su vida tanto en lo público como en lo privado, especialmente si se encuentran en mayores grados de vulneración. Violencias que son ejercidas en distintos escenarios por múltiples actores, en distintos contextos y espacios, como la familia, las relaciones románticas y afectivas, el trabajo, los espacios educativos, la guerra, los actores armados, la institucionalidad y gobernantes, los medios de comunicación, entre otros ámbitos.

En esas otras áreas más estructurales y amplias que también incluyen y están interconectadas con el *continuum de violencias**, se encuentran las ideas, creencias, símbolos, y fundamentalismos religiosos que han marcado la historia, los cambios en el paso del tiempo, el contexto histórico, las jerarquías y estructuras sociales, políticas, culturales y económicas, las estructuras de gobernanza, como se analiza en la investigación El continuum de la violencia de género en el espacio privado y su reproducción en la sociedad, de las antropólogas Martha Rebeca Herrera Bautista y Guadalupe Judith Rodríguez Rodríguez. Quienes analizan esta relación desde el modelo de Teoría Ecológica, propuesto por Urie Bronfenbrenner.

★ Este es un concepto que se analiza y ejemplifica mucho más a lo largo de la investigación, como en los capítulos 2 y 8.

Feminicidio y el continuum de violencias

El feminicidio es una de las mayores formas de manifestación de las violencias contra las mujeres, y el departamento del Quindío ha tenido durante los últimos cinco años altos índices de este crimen que fractura familias, comunidades y la sociedad en general.

En promedio, cada año de los últimos cinco años (2020-2024) han sido asesinadas más de nueve mujeres en el Quindío: niñas, jóvenes, hijas, madres, hermanas, estudiantes, comerciantes, trans, trabajadoras sexuales, habitantes

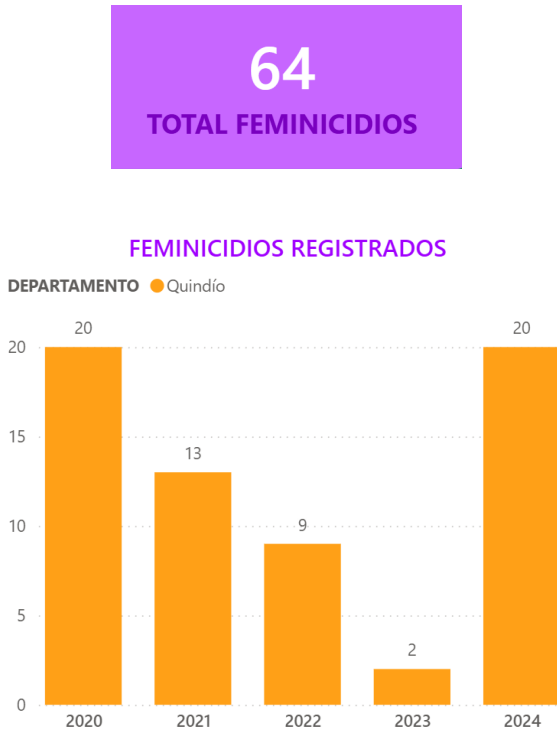


Gráfico 47. Feminicidios registrados en Quindío agrupados por año (2020-2024).

de calle, rurales y adultas mayores, en uno de los departamentos más pequeños de Colombia.

En este periodo (2020-2024) el Observatorio Feminicidios Colombia ha registrado **64 casos de feminicidios**, y los rangos de edades de las mujeres víctimas de feminicidio varían desde la primera infancia (4 años), hasta la adultez (81 años), siendo predominante el rango de edad de mujeres jóvenes, entre los 20 y 29 años.

En comparación con los registros institucionales, en los últimos cinco años (2020-2024) la Fiscalía y Medicina Legal han registradado el asesinato de **60** mujeres en el departamento, **4 casos menos** que el registro independiente que realiza el Observatorio de Feminicidios.

El asesinato de mujeres en sus diversidades, y la impunidad de la mayoría de los casos hace parte del *continuum de violencias* que viven las mujeres por ser mujeres. Autoras como Paola Andrea Díaz Bonilla, psicóloga y doctoranda en Estudios de Género de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina), en la investigación El continuum de la violencia sociopolítica como necropolítica de género en Colombia, hace alusión a la *necropolítica de género*, un concepto que plantea que a través de la política y el poder, los Estados tienen el dominio para determinar sobre las vidas de las personas y mujeres, sobre quiénes pueden vivir y quiénes deben morir: “mujeres en su mayoría precarizadas, desposeídas de derechos y portadoras de identidades interceptadas por las discriminaciones socio-raciales históricas”.

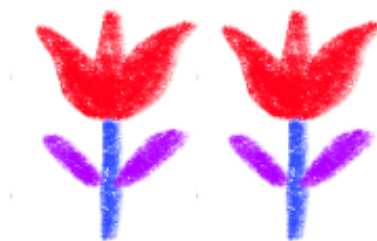
En 2024, al menos 18 mujeres fueron asesinadas en el Quindío, siendo el segundo departamento con más mujeres asesinadas en Colombia, según el reporte del Observatorio Feminicidios Colombia. Sin embargo, en la base de datos de Medicina Legal sólo se registra el asesinato de 10 mujeres en el Quindío en ese mismo año. Lo que indica un **subregistro institucional de al menos el 44% de los casos de mujeres asesinadas en 2024**, en comparación con el registro del Observatorio, sistema de información de la organización Republicanas Populares, en el que a partir de la prensa local, regional y nacional, rastrean casos de feminicidio y violencias contra las mujeres.

De estos casos registrados en 2024, se identifican distintas variables que especialmente agudizan las violencias y sus impactos:

- * En al menos 4 de los 20 casos, las mujeres asesinadas estaban en la ruralidad.
- * Una de las víctimas asesinada en Quimbaya, tenía 14 años, y era parte de la población diversa
- * Tres de las víctimas eran madres y una de ellas estaba embarazada: Valentina Giraldo Cano, de 25 años, tenía seis meses de embarazo cuando fue asesinada por sicarios en Armenia, quien se encontraba en compañía de su hija de 9 años.

Érika Tatiana Mejía, de 21 años, fue encontrada en estado de descomposición por su hermana, en la casa en la que vivía en el barrio Las Colinas, varios días después de ser asesinada presuntamente por su pareja Oweimar Sánchez Olindara. Erika tam-

bién era mamá, tenía un hijo de 2 años. Al menos tres de estos crímenes se cometieron en el mismo barrio: Las Colinas, ubicado al sur de la ciudad de Armenia, en el que se registra un alto grado de pobreza, violencias basadas en género, narcotráfico, bacrim, y presencia de grupos armados al margen de la ley, entre otros aspectos.



LUGAR DEL HECHO



Gráfico 48. Lugar donde se encontraban las víctimas de feminicidio en Quindío (2020-2024).

Como evidencian los datos de las edades de las víctimas, desde niñas hasta adultas mayores han sido afectadas. En febrero de **2023** Salomé, una niña de 4 años fue víctima de infanticidio en el barrio Las Colinas, por parte de su padrastro Jair Sebastián Sema Velasquez. Y su mamá de 26 años fue víctima de intento de feminicidio. Un presunto caso de violencia vicaria que generó conmoción y manifestaciones públicas en contra de esta cruel violencia y exigiendo justicia para la madre sobreviviente, tanto en el barrio las Colinas como en la sede de la Fiscalía, Manifestaciones integradas por niñas y niños del colegio ubicado en la zona, madres y acudientes, docentes, activistas y organizaciones de mujeres.

Ese mismo año y por la misma época, Luz Paloma Londoño Henao, de 30 años, fue apuñalada y asesinada mientras dormía en su casa, por Fidel Antonio Cordero Arrieche, quien era su pareja. Su hija de tres años fue quien la encontró y dio aviso a los vecinos,

en el barrio Buenos Aires, en Calarcá. Como su hija, **al menos 27 niñas y niños en el Quindío han quedado huérfanos entre 2020 y 2024**, según el Observatorio Feminicidios Colombia.

Así como en este caso, en al menos 14 de los feminicidios el victimario era pareja, compañero permanente o cónyuge de la víctima, según el Observatorio. En 28 de los casos, el agresor fue una persona conocida. En 21, el agresor fue un sicario; en al menos 8 casos, el victimario estaba relacionado con bandas criminales mafiosas y de narcotráfico, y en 4, el agresor fue la expareja de la víctima. Dentro de las armas utilizadas: 36 casos registran armas de fuego, y 20 armas cortopunzantes.

Otro lamentable caso de feminicidio con arma cortopunzante y en el que el victimario presuntamente es la expareja de la víctima, fue el de Yenni Karolain Nohava, de 20 años, asesinada en marzo de 2022 con arma blanca en Circasia. La joven salió una mañana a caminar y sacar a sus perros de paseo pero no regresó a su casa. Horas después Yenni fue encontrada con múltiples heridas mortales en una vereda del municipio. El presunto victimario y principal sospechoso es su expareja Cristian Alejandro Ospina Fernández, quien fue liberado por vencimiento de términos ese mismo año. Para la fecha de cierre de esta investigación, tres años después, este crimen todavía estaba en la impunidad. Y según le indicó su familia a Caracol Radio en una entrevista, a pesar de las manifestaciones y denuncias públicas que han realizado, no evidencian celeridad en el proceso investigativo.



Gráfico 49. Sujeto feminicida registrado - víctimas de Quindío (2020-2024).

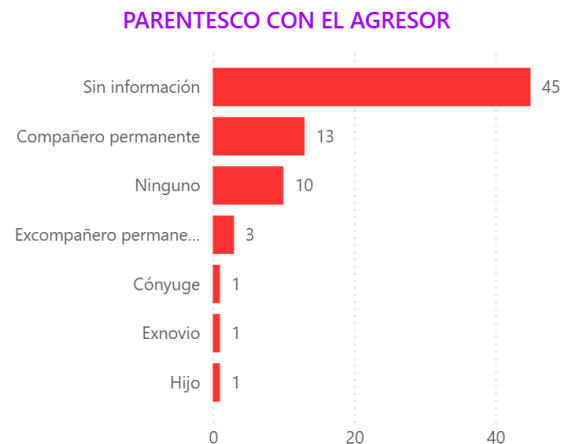


Gráfico 50. Parentesco con el agresor - víctimas de feminicidio en Quindío (2020-2024).

“Es doloroso en este momento saber que ya son 3 años y aún no se resuelve el caso, aún no declaran un culpable. En el momento hay un presunto homicida que es el exnovio de ella. Las evidencias que consiguió la fiscalía y lo muestran a él como el presunto homicida, pero igual estamos en audiencias de juicio en el momento. Esperando que esto se solucione y que no dilaten más el proceso porque cada vez que hay audiencias, programan audiencias y muchas veces las posponen, las cancelan porque pues se presenta algo y pues a uno le duele como familia que esto no se solucione pronto”, relató Lucelly Forero, tía de Yenni Karolain.

Un punto muy importante que destacó Estefanía Osorio, abogada de la familia de la víctima entrevistada por El Tiempo, es que la Fiscalía al no establecer el motivo del asesinato, decidió abordar este caso como un homicidio agravado, y no como un feminicidio, a pesar de que las características de la agresión y del responsable apuntan este caso como un feminicidio. Desconociendo el enfoque de género y la crucial relación de dinámicas de poder que posibilitan este tipo de crímenes contra las mujeres: “no estoy de acuerdo porque no hay enfoque de género, hay que mirar todo el trato de desprecio al cuerpo de la mujer, la forma en cómo la mataron, todo eso no lo manejaron”.

Según cuenta Lucelly, tía de la víctima, todo el proceso ha sido revictimizante y doloroso para la familia: “Fue muy duro, muy duro el saber que ahorita la persona que posiblemente haya matado la niña esté libre y sin ninguna caución ni nada para poder salir del país, quizás ni siquiera está acá. Entonces es doloroso como familia que dilaten tanto el proceso”.

Mujeres trans asesinadas en el Quindío

Cuatro de las 64 mujeres asesinadas en este periodo (2020 - 2024), eran **mujeres trans que se encontraban en condiciones precarias**, siendo el año 2022 el más violento para las mujeres trans en el departamento. Además, se tiene registro de un hombre trans asesinado en 2020, en el municipio Circasia; era líder LGBTIQ+ en el territorio.

La mayoría de las víctimas no tenían más de 35 años, la edad promedio de expectativa de vida de las personas trans, debido a la gran exposición a violencias y vulneración de sus derechos a las que se enfrentan.

IDENTIDAD DE GÉNERO DE LAS VÍCTIMAS

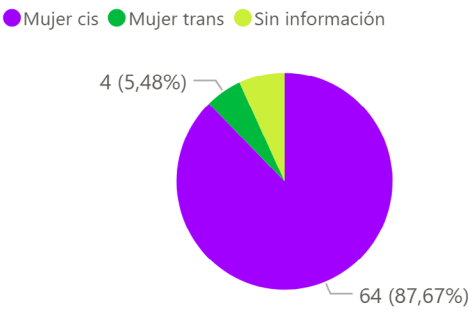


Gráfico 51. Identidad de género de las víctimas de feminicidio en el Quindío (2020-2024), según el Observatorio de Feminicidios Colombia.

Fecha	Hecho	Género	Edad	Ciudad	Ocupación	Anotaciones
12/02/2021	Asesinato La Néstor	Mujer trans	32	Calarcá		
9/10/2022	Asesinato Maité Mejía	Mujer trans	28	Calarcá	Modelo	Al parecer había denunciado amenazas y había pedido protección
16/02/2022	Asesinato Johana	Mujer trans	46	Armenia	Habitante de calle	
16/07/2022	Asesinato Ana Paula Alvino	Mujer trans	36	Armenia	Modelo webcam trabajadora sexual	Tortura, asfixia, múltiples cortadas con arma y robo

Lideresas y organizaciones defensoras de derechos humanos del departamento hemos venido alertando año tras año sobre la grave situación de inseguridad y vulneración de derechos en las mujeres y personas trans en el departamento. Sin embargo, la transfobia, las violencias y los transfeminicidios no han parado, por el contrario, las violencias parecen recrudecerse, y las acciones de los entes gubernamentales no son claras, visibles ni efectivas.

A pesar de los altos índices de feminicidios y transfeminicidios en el departamento, el acceso a la justicia, a la investigación y sanción de estos delitos es desalentadora y ni siquiera se acerca a ser proporcional al número de casos, lo cual es preocupante y especialmente revictimizante.

Para marzo de 2024, la Fiscalía del Quindío tenía **1.215 casos activos de violencias contra las mujeres sucedidas entre 2020 y 2024**, según la respuesta que nos dio en un derecho de petición para esta investigación. De esos más de mil doscientos casos que se encontraban en etapa de *indagación*, *investigación* o *juicio*, solo 9 correspondían a casos de feminicidios y transfeminicidios. **Y solo en 3 de los 64 casos de mujeres asesinadas, la Fiscalía había expedido condena sancionatoria contra los victimarios.** Lo que representa apenas un 4% del total de feminicidios y transfeminicidios del departamento.

En el continuum de la violencia sociopolítica como necropolítica de género en Colombia, la autora siguiendo a Butler y Athanasiou, dice que el continuum de las violencias sociopolíticas que sufren las mujeres se tejen entre la precariedad económica, la pérdida de la tierra y la comunidad, la enajenación del cuerpo, el rechazo, la exclusión, la violencia militar, el abandono gubernamental y estatal “como antecedente para su despliegue y mantenimiento a lo largo de sus experiencias vitales. Esta doble condición, en un contexto mediado por el constreñimiento de los mandatos patriarcales y las violencias generalizadas, expone notablemente a las mujeres a las necropolíticas de género, **ocasionando que sus muertes impunes no hagan parte de los cuerpos que importan para ser dignos de recibir verdad y justicia**”.

Desde 2020 hasta la actualidad, las altas cifras de feminicidios, violencias y de impunidad han convocado a familiares y amigas de las víctimas, mujeres, activistas y organizaciones del departamento a juntarse, a organizarse y a realizar distintas actividades de incidencia social y política como manifestaciones, marchas y conmemoraciones públicas, intervenciones en concejos municipales y la asamblea departamental, y declaraciones de alerta departamental y regional por violencias de género y feminicidios en dos ocasiones. Todo exigiendo continuamente que se investiguen estas violencias, que se creen protocolos y medidas para la prevención y disminución de las violencias, y que se garantice el derecho de las mujeres en sus diversidades a vidas libres de violencias, a la justicia, la reparación y la no repetición.

Además, activistas y organizaciones feministas y diversas del departamento y la región se han dado a la tarea de acompañar a algunas de las familias de las víctimas de feminicidio, quienes en medio del abandono estatal, el dolor y la desolación, han encontrado apoyo, apañe, asesoría y visibilidad de sus casos, en otras mujeres que defienden los derechos humanos y abrazan la vida en el territorio.

Investigación de los casos de transfeminicidio

A pesar de que los lineamientos y buenas prácticas investigativas y judiciales que debe aplicar la Fiscalía General en casos de violencias contra personas diversas indican que “siempre que la víctima de una conducta delictiva pertenezca o se perciba como una persona LGBTI, debe considerarse **como primera hipótesis que el delito fue cometido en razón a la OSIG de la víctima**; es decir, se debe partir de que existe una alta probabilidad de que la violencia haya sido basada en prejuicios”, en el Quindío, esto no parece aplicarse. En varios de los casos sucedidos en los años recientes se ha analizado que rápidamente se descartan variables de violencia por prejuicio, a pesar de que los crímenes parecen estar relacionados con las características de diversidad de las víctimas.

Una de ellas fue Ana Paula Alvino, era de Barranquilla y llevaba ya varios años en Armenia. Tenía 36 años cuando fue víctima de más de 50 heridas con arma blanca, asfixia, robo y tortura, además, su cédula fue quemada para que no pudiera ser identificada. Estas violencias fueron ejercidas en su propia casa, ubicada en el barrio Las Américas en Armenia, en julio de 2022, por Yéferson Álvarez Muñoz, de 21 años.

Ese es el intento de borrado real: asesinar a una mujer trans y quemar su cédula para eliminar el documento legal que da cuenta de su existencia, de su identidad, y además, ya muerta, alejarla forzosamente

del reconocimiento de su familia, amigos, vínculos, de la sociedad y de la justicia. No solo fue transfeminicidio y tortura, también fue violencia simbólica. A pesar de estos fuertes y dolorosos agravantes en la vulneración de sus derechos, las autoridades encargadas no reconocieron públicamente que este fuera un caso de transfobia o de violencia por prejuicio. De hecho, la Fiscalía buscaba a Álvarez por el delito de homicidio a pesar de que siguiendo los lineamientos de investigación, podrían buscarlo por el delito de feminicidio/transfeminicidio. Pues en Colombia, se reconoce que este delito contra las mujeres ocurre por el hecho de ser y reconocerse como mujeres, y en las que se viven condiciones de opresión, discriminación y violencias basadas en el género, la orientación sexual y la expresión de género.

El victimario se entregó tres meses después y fue imputado por los delitos de tortura, homicidio agravado y hurto calificado y agravado, según el medio de comunicación local 180 grados.

También ese mismo año, en el mes de octubre, Maité Mejía, mujer trans de 28 años fue asesinada en un parque de Armenia. Según indica la prensa local, ella había denunciado previamente amenazas en su contra y había pedido protección. A pesar de esto, las autoridades competentes, entre ellas Andrés Buitrago, secretario de Gobierno de Armenia, descartaron que el crimen estuviera relacionado con actos de transfobia o con otros casos de violencias contra la población LGBTIQ+, a pesar de que la Fiscalía no había realizado la investigación correspondiente y

descartando el lineamiento de que si la víctima es LGBTIQ+ se debe partir de que existe una alta probabilidad de que la violencia haya sido basada en prejuicios.

El pasado domingo 9 de octubre, a las 4:27 a. m. en el parque El Bosque fue asesinada **Mayté Mejía Cardona**, mujer trans de 28 años, caso sobre el cual **LA CRÓNICA** conoció por medio de fuentes oficiales que, **por ahora, se descartó que haya sido un crimen cometido por transfobia** o que tenga conexión con otros casos que se han presentado en los últimos meses en Armenia y el Quindío toda vez que fue una riña entre integrantes de la

Imagen tomada del periódico La Crónica del Quindío (14 de octubre de 2022).

Sandra Martínez, lideresa trans en Armenia, expuso la impunidad y pasividad en la que suelen quedar estos crímenes: “Nos llena de tristeza saber que todo queda en el olvido, matan a una mujer trans y no pasa nada, y ya son tres mujeres asesinadas este año. Pedimos que se haga justicia”.

Al respecto, una funcionaria pública entrevistada que tiene conocimiento sobre estos casos, expone que en muchas ocasiones la Fiscalía impone barreras y no incorpora el enfoque de género en las investigaciones sobre estos crímenes, desconociendo las estructuras y dinámicas de poder que atraviesan las violencias basadas en género, lo que abre aún

más la brecha de impunidad y justicia para las mujeres y sus familias y comunidades.

Es tan crucial la investigación con enfoque de género y diferencial que la Corte Interamericana de Derechos Humanos hace más de diez años, en el año 2012, llamó la atención de los Estados en el mundo para que abran líneas de investigación que integren las variables de orientación sexual, diversidad de género y expresión de género de las víctimas como razón de los delitos cometidos.

El número de medidas de protección para víctimas de violencia supera la capacidad de la Policía en el Quindío

Actualmente, la Patrulla Púrpura de la Policía del Quindío, encargada de atender y prevenir violencias basadas en género, está conformada por un equipo de cinco policías para atender en los doce municipios violencias contra las mujeres, violencias intrafamiliares, y basadas en género, desde la estrategia *Mujer, familia y género*.

Para 2024, la Policía registraba más de 3.000 medidas de protección por violencia de género en el departamento entre 2020 y 2024. Cifra que supera la capacidad de la Policía disponible para este acompañamiento, teniendo en cuenta que estos no son los únicos delitos que abordan.

La funcionaria de la Policía en Quindío, recuerda que la protección policial no pueden ser las únicas medidas que las entidades encargadas otorguen y se desplieguen para estos casos, pues la ley 1257 de 2008 contempla 13 medidas más de atención y protección para mujeres víctimas de violencia de género, pero muchas de ellas no se están aplicando ni expidiendo. De hecho, la ley contempla que se puede adoptar cualquier otra medida “necesaria para el cumplimiento de los objetivos de la presente ley”: la adopción de

normas que permitan garantizar una vida libre de violencias para todas las mujeres.

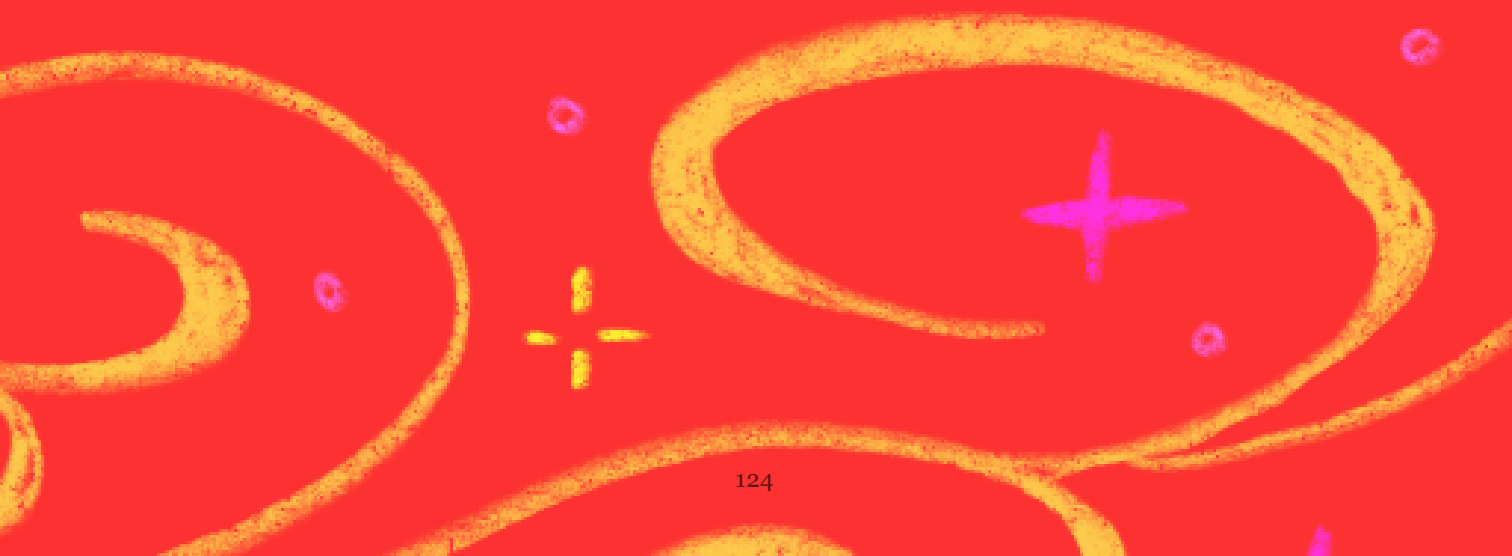
Además, es muy común que existan necesidades de salud, económicas, materiales, jurídicas, psicológicas, en las que las mujeres necesitan atención y garantías, y para las que se necesitan otras medidas: “Hay víctimas que dicen que no quieren revista policial, dicen *mi problema no es que me pasen revista, es que no tengo para dónde irme, es que estoy sola, no tengo familia y dependo de un hombre*. La policía no le puede dar una solución ahí, ahí es donde entra la competencia de las otras entidades que esperamos que esto fluya y de verdad se empieza a ver el compromiso. Pero realmente son muchas las medidas de protección”.

Sin embargo, en la experiencia que han tenido durante estos años (desde la pandemia por COVID -19 que se implementó esta estrategia), la Patrulla como las lideresas, activistas y organizaciones, han identificado que son fallas estructurales que afectan a todas las entidades, y que tienen relación con las barreras antes mencionadas y la falta de articulación e integración real de las instituciones y programas para la prevención y atención de violencias basadas en género contra las mujeres.



Gráfico 52. Medidas de protección solicitadas por víctimas de VBG en Quindío (2020-2024).

Capítulo 5. Patrones y desigualdades que agudizan las violencias que sufren las mujeres en sus diversidades en el Eje Cafetero





En general nuestra sociedad ha construido y replicado una comprensión binaria del género, dividida en *hombre* (masculino) - *mujer* (femenino). La categoría del género, establece normas, prácticas y valores que regulan los cuerpos y las identidades, construyéndose como un elemento constitutivo de las relaciones sociales. Joan Scott (1996) plantea que el género no solo se basa en la diferenciación sexual, sino que también actúa como una de las primeras formas en que se configuran las relaciones de poder en la sociedad.

Autoras como Simone de Beauvoir, (2015) y Judith Butler (2007) han contribuido a comprender cómo el género no es algo estático, sino que es dinámico. Beauvoir al expresar que “no se nace mujer, se llega a serlo” planteó que las identidades de género no son innatas ni biológicas, sino un producto social y de construcción constante. Butler, por su parte, profundiza esta idea al proponer que el género es performativo, entendiendo que este no es una identidad fija ni preexistente, sino el resultado de una serie de actos repetitivos que configuran y estilizan los cuerpos. En ese sentido, no hay un género “verdadero” o una “esencia natural” detrás de este, sino que es una imposición social y normativa que regula socialmente la manera en cómo se debe habitar el mundo desde un sistema binario. Lo que a su vez implica que las personas tienen la posibilidad de liberarse y salir de esas expectativas y normas sociales.

Desde esta perspectiva, los conceptos de roles de género y estereotipos de género, son esenciales para comprender cómo la sociedad produce, regula y jerarquiza su realidad en base a la diferenciación sexual. Esta diferencia-

ción no debe entenderse como algo natural, biológico y neutral, sino como una estrategia que ha servido para legitimar desigualdades y formas de control simbólico, especialmente sobre los cuerpos de las mujeres y personas diversas.

A pesar de la estrecha relación que guardan estos conceptos, es importante identificar sus diferencias. **Los roles de género** se refieren al conjunto de normas, comportamientos y expectativas sociales que se le asignan a las personas según su sexo asignado al nacer. Es decir, se expresa en las formas en que se espera que hombres y mujeres actúen, se vistan, se comporten y ocupen los espacios. Lo anterior, se alinea con lo que plantea Marcel Mauss (1979) al hablar de técnica corporal, al argumentar que las personas hacen uso de su cuerpo de manera tradicional, en donde se enseña a actuar, moverse y estar en el mundo de manera diferenciada según el género. En el caso de las mujeres, como ya se ha mencionado antes, los roles están relacionados con el matrimonio, la maternidad, la crianza, el servilismo, las labores domésticas y de cuidado, y la sexualidad en relación a brindarle placer a los hombres.

Por otra parte, **los estereotipos de género** son imaginarios, ideas preconcebidas o juicios de valor, que se atribuyen de forma generalizada a la manera en la que hombres y mujeres deben actuar. Por ejemplo, los estereotipos que consideran a las mujeres como emocionales, pasivas, sumisas, menos inteligentes e inferiores; y a los hombres como racionales, fuertes, inteligentes, proveedores y “superiores”. Estos estereotipos refuerzan los roles de género, y legitiman y fundamentan

desigualdades, violencias y asimetrías de poder en todos los contextos sociales incluidos los íntimos y afectivos, como las agresiones intrafamiliares, el abuso sexual por parte de parejas de las víctimas, la prohibición de la anticoncepción y la autonomía propia, la exclusión familiar y educativa de las mujeres trans y de orientaciones sexuales diversas, entre otras formas de violencias, como se expone a lo largo de esta investigación.

En este sentido, los estereotipos de género, funcionan como un sistema de control simbólico sobre los cuerpos, que a su vez replican la idea de que hay que excluir, sancionar, limitar, corregir y violentar a las personas que se salgan de la expectativa binaria y hegemónica.

Ambos conceptos, se transmiten por medio de los procesos de socialización que se dan desde edades tempranas. La familia, la escuela, los medios de comunicación, las redes sociales, los pares, las instituciones, la cultura, entre otros actores y grupos, actúan como agentes que refuerzan y reproducen estos mandatos de género. Ejemplo de ello son los juguetes que se le dan a las personas infantes según su sexo biológico, encontrando que a las niñas, se les obsequia muñecas y cocinas; mientras que balones y herramientas para construir, pintar, crear e imaginar a los niños, reproduciendo la idea de que las mujeres pertenecen al ámbito privado y los hombres al ámbito público.

De esta manera, la interrelación entre roles y estereotipos de género, contribuyen a la naturalización de las desigualdades y a la reproducción de un mandato de género, que no solo configura la forma en que las personas son vistas por la sociedad, sino que

termina moldeando la manera en cómo las personas se ven a sí mismas.

El antropólogo y sociólogo Marcel Mauss (1979) plantea que esta transmisión se da a través de los procesos de educación e imitación, y lleva a que las personas adopten una serie de movimientos y comportamientos, en donde el cuerpo no solo está cargado de significados, valores y creencias, sino que también se convierte en el primer instrumento de interacción y dominación del ser humano. En ese proceso, la familia y las relaciones afectivas suelen ser los primeros espacios en los que las mujeres en sus diversidades sufren violencias basadas en género, de allí que al menos el 44% de las mujeres víctimas de violencias en el Eje Cafetero denunciaran convivir con su agresor.

En las entrevistas realizadas en los departamentos de Caldas, Risaralda y Quindío, se destacaron varios patrones comunes en las distintas formas de violencias, como el control de los cuerpos y las vidas de las mujeres a través de los roles, estereotipos y prejuicios basados en el género, y en el “deber ser”; la relación con el amor romántico, la sacralización de la familia y la violencia intrafamiliar (como se expuso en los capítulos anteriores). La violencia psicológica y económica como formas de dominación; el racismo, las violencias sexuales contra mujeres lesbianas como forma de “castigo”, y la transfobia, la exclusión, y las barreras laborales como forma de marginalización de las mujeres trans. En este capítulo se abordan varios de estos patrones, a través de testimonios, reflexiones y análisis de mujeres diversas de la región.

Racismo y misoginia:

estereotipos y violencia estética

Uno de los grandes desafíos que exponen las activistas afrofeministas de Risaralda, es la necesidad de derribar esas ideas, creencias y estereotipos sociales sexistas, racistas y coloniales sobre cómo supuestamente deben ser las mujeres negras; creencias que atraviesan todos los ámbitos, como la familia, las relaciones afectivas, lo estético, la educación, el trabajo, las instituciones, la comunidad, entre otras dimensiones como la percepción propia.

Las colectivas destacan que estas violencias y opresiones alrededor de la pertenencia étnico-racial y el género tienen un nombre, y son denominadas como *misogynoir*¹¹ (*negra misoginia*), un concepto acuñado en 2010 por Moya Bailey, académica, escritora y activista afroamericana, que buscaba nombrar y abordar a través de este concepto las vivencias de las mujeres negras en el marco de experiencias racistas y sexistas.

“Misogynoir no es simplemente el racismo que enfrentan las mujeres negras, ni es la misoginia que reciben; es la fuerza sinérgica única de estas dos opresiones fusionándose en algo más dañino que sus partes”, afirma Moya Bailey (2010).



Estas violencias se basan en estereotipos racistas que relacionan a las mujeres negras con aspectos como la agresividad, mayor resistencia al dolor, la hipersexualización, la “poca feminidad”, la “inhumanidad”, la pereza, la irracionalidad, y que han sido y son usadas como justificación de agresiones, desigualdades e injusticias a nivel estructural contra las mujeres y la población diversa negra, determinando y obstaculizando el acceso y la garantía de sus derechos humanos, y exacerbando y multiplicando las violencias y sus impactos.

Por ejemplo, en el acceso a la salud integral y no discriminatoria, las mujeres negras son especialmente susceptibles a abusos y a la vulneración de su integridad y sus derechos en

11 Unión de “misoginia” en inglés, y la palabra francesa “noir”: negro.

el sistema de salud, lo cual tiene también una relación con las políticas públicas y gubernamentales, plantea Moya en el libro Negra misoginia transformada. De hecho, las colectivas afrofeministas de Pereira entrevistadas coincidieron en que una de las **necesidades más urgentes que identificaban es reducir la brecha de acceso a la salud mental para la población afro, especialmente para las mujeres, pues existen fuertes barreras para que estas puedan tener un acompañamiento psicológico digno y no revictimizante**.

En relación con las dinámicas en la familia, las integrantes de una de las colectiva afro de Pereira coinciden en que producto de la esclavitud y de las ideas relacionadas a este sistema colonial, es común que al interior de las familias negras se normalice el sufrimiento y se repliquen prácticas violentas en la crianza, y en las relaciones intrafamiliares:

“La educación o lo que pasa dentro de las familias de los hogares afro es muy complejo y yo creo que es más serio que de lo que pasa en las familias blanco mestizas, porque siento que las familias blancas son mucho más suavecitas, o sea, si te exigen, pero en el Chocó mínimo, mínimo, o te dieron con un cable, o en la casa tenemos colgado un rejo de vaca de dos patas y ese es el más suavecito (...) Nosotros estamos criados a punta de violencia... entonces es una educación que nos obliga sí o sí a ser fuertes ¿pero a qué costo?

(...) Por eso para nosotras de cierta manera es difícil en los espacios que las niñas se nos abran tanto, porque no están acostumbradas a hablar de lo que sienten, por eso, porque en su

hogar no hay alguien que las escuche, la madre lleva recibiendo maltrato y no le ha dicho ni siquiera su familia, y tampoco se ha alejado de su pareja; no hay una persona que la guíe y le diga haz esto o deberías hacer tal otra cosa; no hay tan fácilmente esos ejemplos, todo lo contrario, han normalizado porque han visto todo el tiempo quizás en sus hogares, en sus casas cuando el papá llega borracho y le pega a la mamá, y ven que la mamá sigue como si nada entonces eso es normal. Además de que también es tan normal como la infidelidad, la infidelidad en las familias y en los hogares afro es tan común como cambiarse de calza diariamente. Pero debemos romper ese ciclo, porque esa violencia también son patrones de la esclavitud”.

Colectiva afrofeminista que busca el empoderamiento desde la estética como resistencia de Risaralda (2024).

Además del relacionamiento de violencia normalizado y replicado en espacios como la familia, el colegio, el barrio, socialmente se tienen naturalizadas múltiples violencias relacionadas con lo estético y comportamental de la población negra, que termina develando la historia de cómo las mujeres negras desde muy pequeñas se han tenido que ver expuestas a estereotipos normativos de belleza y de formas de ser que invalidan la diversidad de sus cuerpos, gestos, formas, identidades y culturas, y que refuerzan la idea errónea de que la belleza y la existencia de las mujeres afro es *inferior* y que deberían de ajustarse más a los cánones de blanquitud impuestos socialmente,

como cuenta una de las integrantes del colectivo de mujeres afro que busca el empoderamiento desde la estética como resistencia en Pereira:

“A mí me ha pasado mucho que dentro del barrio salen comentarios de trato muy despectivos para la mujer negra, y quizás lo hacen incluso, en su mayoría los mismos hombres negros, en referencia al cabello, o a que somos muy bruscas, o que somos muy toscas, ese tipo de comentarios así... a mí me ha pasado que me dicen: ‘es que a mí no me gusta mujer negra porque la mujer negra es muy tosca’, entonces para mí eso ha sido fuerte, incluso a las niñas les han llegado a hacer ese tipo de comentarios, o respecto al cabello, como por ejemplo: *ayy ese cabello malo, ese cabello es de rata. O comentarios de que vos sos muy floja, no pareces negra*”.

Colectiva afrofeminista que busca el empoderamiento desde la estética como resistencia de Risaralda (2024).

Estas creencias racistas escalan de manera tan profunda, destacan las colectivas, que también es común que a nivel relacional muchos hombres negros que replican masculinidades hegemónicas prefieran estar con mujeres blancas como una cuestión de estatus, porque supuestamente les da más poder: *creen que la mujer blanca está arriba y nosotras estamos acá abajo. Entonces creen que por caerle a una blanca mestiza están arriba, y en medio de ello empiezan a tratarlo a uno como si fuera quién sabe qué*.

Esther Pineda, socióloga, escritora y feminista

afro, plantea el concepto de *violencia estética*, como el “conjunto de narrativas, representaciones, discursos, prácticas, instituciones sociales, que de alguna forma presionan a las mujeres a responder a ese canon de belleza, pero también sanciona y castiga a las que no responden al canon de belleza, por medio de la discriminación, la exclusión, el bullying, la ridiculización en los espacios en los que hacen vida”.

Esta violencia se fundamenta en cuatro premisas, explica Esther Pineda:

Sexismo: la exigencia de belleza se ha asociado indivisiblemente a la femi- dad y a las mujeres.

Racismo: los ideales de belleza contruidos y reproducidos están fundamen- tados en la blanquitud y parámetros estéticos de personas blancas.

Gordofobia: los ideales de belleza están contruidos en torno a la idea de la delgadez. Y la gordura ha sido visto como indeseable, como algo que se debe modificar.

Gerontofobia: rechazo y señalamiento negativo sobre la vejez y el envejecimiento, se persigue evitarlo o retrasarlo lo más que se pueda.

Además, la autora señala que la violen- cia estética como parte del sistema patriarcal también es “cuando los hombres desvalorizan la naturalidad del cuerpo femenino, cuando asumen como criterio de valoración de belleza las mujeres ficticias, es decir, el canon impues- to por el sistema. Es violencia estética cuando los hombres, esposos, padres, compañeros, novios, hermanos, amigos, promueven en

las mujeres que forman parte de su vida la transformación de sus cuerpos para lucir más atractivas, cuando son descalificadas y humilladas, es violencia estética cuando el hombre avergüenza a la mujer, critica con ahínco su imagen y apariencia física por no lucir como esa muñeca de perfectos rasgos y medidas exactas que le ha sido prometida por el mercado”.

Al tratarse de una cuestión estructural, la violencia estética atraviesa los distintos contextos sociales, y es reforzada y reproducida especialmente por los medios de comunicación, la publicidad y el mercado cosmético, de belleza y moda, teniendo como consecuencia que las mujeres y niñas busquen cómo modificar sus cuerpos para poder cumplir o acercarse a los estereotipos de mujer blanca y así tener más aceptación a nivel social (llamado *blanqueamiento*), aunque esto pueda implicarles afectaciones físicas y de salud mental. Como es el caso de muchas niñas afro que debido a los alisados de cabello sufren de pérdida de cabello, alopecia y alta exposición a químicos riesgosos para la salud.

Al ser el cabello una de las razones de las violencias estéticas y racistas que viven las mujeres negras, una de las colectivas de mujeres afro de Pereira tienen como objetivo promover la reivindicación de las mujeres y niñas negras y afro desde los cuidados del cabello, el trenzado, la escucha y el diálogo pedagógico sobre la importancia de reconocer su historia, de entender el cuidado de sus cabellos y de sus cuerpos como formas de resistencia ancestral, de autocuidado y cuidado colectivo que muchas veces les ha sido negado a las mujeres negras.

“Yo creo que otra de las cosas que hacen parte como del tema familiar es que desde las mamás a veces no se valida el tema de que eres linda, que con tu cabello natural te ves bonita, o de que vamos a hacernos tal tratamiento para hidratar, como que hay un tope como de paciencia o las mamás mismas no han vivido su transición y gastan tiempo como en otras cosas y no tanto en la crianza desde ese amor propio, que también lo vemos en las niñas. Entonces también veíamos que bueno la violencia que reciben las niñas desde el colegio porque les dicen *cabello de rata*, porque entre ellos mismos se tratan así desde el bullying y toda la supuesta recocha, pero es algo que queda en la cabeza y en el corazón. Entonces si no hay ese autocuidado y reconocimiento de la belleza, va a ser más difícil porque con la invasión que tenemos hoy con la publicidad, con la televisión, con las películas, con los niños, como que todo nos lleva a ese perfil de una mujer o de una belleza específica y no en la que tenemos en el barrio o no la que la tenemos en la cotidianidad o la que vemos al espejo”.

Colectiva afrofeminista que busca el empoderamiento desde la estética como resistencia en Risaralda (2024).

Esther Pineda explica que la violencia estética es también una violencia psicológica que impacta la subjetividad de las mujeres pero también sus cuerpos, ya que la belleza se ha planteado históricamente por el patriarcado como un constitutivo de la identidad y de la valoración femenina.

Tanto la violencia estética como la *negra misoginia* tienen graves repercusiones en las distintas áreas de vida de las mujeres y personas diversas que las sufren, replicándose en los múltiples contextos que habitan, y obstaculizando derechos relacionados con el libre desarrollo de la personalidad, la identidad, la autonomía, la no discriminación, el acceso a la educación, a la salud, al trabajo.

“Me pasó mucho fue con mi cabello, a veces cuando era aplicada me hacía en la parte de adelante del salón, pero ahí mi cabello va a obstaculizar a los de atrás, entonces eso hizo que yo dejara de soltarme el cabello y lo tuve que empezar a recoger o a alisarlo para estar en tendencia con la comunidad. Otra situación también que me pasó mucho fue de mi trabajo: es que no entiendo porque es normal que una persona blanca se suelta su cabello y no pasa nada; pero una persona negra suelta sus cabellos y ya le incomoda a todo el mundo. Yo estaba trabajando y ese día me dió por soltarme el cabello y la madre de nuestro queridísimo jefe se embejucó y este día tuvimos una pelea fuerte porque me hizo recoger el cabello, solamente porque a ella le incomodó ese hecho. Entonces desde ahí dejé de trabajar como un mes, hasta que llegamos a un acuerdo con la señora, porque solamente a ella no le gustaba, y tenía que recogerme el cabello. Entonces es como eso lo que yo digo, y aunque no lo digan directamente, en diferentes espacios terminan habiendo exigencias que sí terminan moldeando y de alguna manera han hecho que mi identidad se perdiera”.

Colectiva afrofeminista que busca el empoderamiento desde la estética como resistencia en Risaralda (2024).

Un factor crucial que destacan las colectivas es que parte importante de la población afro en Risaralda ha sido desplazada por violencia, conflicto armado y por falta de oportunidades en sus territorios en Chocó y Pacífico del sur. En Pereira la mayoría de la población afro de base popular se encuentra ubicada en barrios marginales, a la periferia de la ciudad, como el barrio Tokio, El Plumón, Las Brisas, Villa Sanatana, que un inicio fueron invasiones. Estas condiciones de marginalidad agudizan las múltiples vulneraciones y violencias contra las mujeres y personas diversas negras.

“Venimos de un lugar donde se vive la energía pura, mi vecina vive a una cuadra, pero yo le grito desde mi casa; Tenemos música desde las 7 de la mañana hasta las 12 de la madrugada y eso es algo normal para nosotras, nosotras un domingo a las 7 de la mañana ponemos el bafle a todo taco porque estamos haciendo aseo con música y toda la cuadra está en ese plan y eso es algo normal. Entonces claro, de esas costumbres yo creo que viene el tono de voz fuerte, esa confianza que tenemos entre vecinos porque es así, acá usted si no lleva tres años con su vecino usted no le dice vecina regálame una bolsita de arroz, diferente allá que si nosotros nos conocemos hace dos segundos y ya es ‘vecina si quiere cualquier cosa yo se la presto’. Es algo muy colectivo. Entonces cuando llegas a la ciudad, claro la gente te dice: *Habla más despacito*, ‘no tienes que hablar tan duro’. Entonces una inicia, ajá, a bajar la voz que si uno habla muy rápido, habla más despacio y disminuye un poco la velocidad, porque nosotros usamos dialectos muy diferentes”.

Colectiva afrofeminista que busca el empoderamiento desde la estética como resistencia en Risaralda (2024).

Y es que pareciera que para las mujeres afro llegar a un nuevo territorio en busca de mejores posibilidades tiene un costo silencioso pero profundo, y es el de exponerse a nuevas formas de violencias racistas que buscan modificar y domesticar sus cuerpos, formas e identidades al habitar la ciudad para recibir ciertos grados de “aceptación”:

“A una por ser afro le marcan parámetros muy diferentes, son muy estrictos, nos obligan a cambiar de ciertas maneras. Y la verdad es que hay una parte de aceptación porque es como una batalla que cada vez que uno se va al Chocó o a Pereira va a estar cambiando para poder adaptarse y comunicarse con ambas partes. Entonces, todo eso, uno dice si chévere, cada vez llegar más a la ciudad, pero es que... ¿a qué costo?, ¿a qué costo estamos buscando una mejor educación? ¿A qué costo estamos buscando más estabilidad económica?”

Colectiva afrofeminista que busca el empoderamiento desde la estética como resistencia de Risaralda (2024).

Estas violencias tienen unas raíces profundas que se manifiestan de múltiples formas y en todos los contextos sociales.

★ En el capítulo 6 se amplía el análisis sobre violencias basadas en género, racismo y violencia epistémica en la Universidad Tecnológica de Pereira.

Las colectivas y activistas afro destacan que es crucial que se promueva la pedagogía y

educación sobre la historia como comunidad negra y de la diáspora africana, no solo a niñas y adolescentes en sus colegios y universidades, sino también a la comunidad en general, para que la sociedad reconozca y comprenda el racismo desde la historia de la esclavitud y cómo se sigue perpetuando en la actualidad, violentando y oprimiendo a las comunidades y cuerpos negros racializadas, quienes son las principales víctimas de múltiples desigualdades.

La académica y activista Moya Bailey analiza que todavía es invisibilizado y poco reconocido socialmente el camino del estereotipo a la opresión estructural, el maltrato social y la ausencia de políticas públicas para las mujeres y población diversa afro: **“Mi argumento es que silenciar y borrar la violencia que las mujeres y niñas negras soportan se conecta con la incapacidad de la sociedad de verlas como sujetas importantes que merecen respeto y cuidado, un sentimiento que la negra misoginia exagera”.**

Por lo que otra de las activistas afro de la región, quien trabaja con mujeres negras víctimas del conflicto armado y con pedagogía antirracista y decolonial, recuerda la importancia de reconocer los saberes ancestrales de las comunidades afro, desde las semillas, los alimentos, las medicinas, la cultura, y toda su cosmogonía. Pues esa falta de conocimiento de la historia y los saberes ancestrales de las comunidades afro por parte de las personas blanco mestizas, tiene como consecuencia una constante invisibilización, revictimización y agudización de las violencias para las personas afro, negras, racializadas, y palenqueras, explica la activista.

Violencia psicológica y económica como base de las violencias basadas en género

La **violencia psicológica**, la **dependencia emocional**, y la **dependencia económica** de las mujeres víctimas y sobrevivientes son las principales barreras que enfrentan para salir de las situaciones de violencia en las que se encuentran, especialmente cuando tienen hijos, conviven con sus agresores y tienen pocas o nulas redes de apoyo, concluyen la mayoría de las activistas, organizaciones defensoras de derechos y actoras institucionales entrevistadas en el Eje Cafetero.

La **violencia psicológica o emocional** representa una de las modalidades más comunes, constantes, y generalizadas del ejercicio del poder y la violencia. Son agresiones emocionales y cognitivas que conllevan a la desvalorización de la persona que la sufre, y tiene como fin **disminuir o eliminar los recursos internos y mentales que la persona posee para enfrentar las diferentes situaciones de su vida cotidiana**.



Violencia psicológica registrada entre 2020 y 2024 en Risaralda, Quindío y Caldas

El Quindío es el departamento de la región con más casos de violencia psicológica registrados en los últimos cinco años, con un total de **1.612 casos** entre 2020 y 2024. Seguido de Caldas con **1.015 casos**, y de Risaralda con un registro de apenas **392 casos** en cinco años, según SIVIGE.

En la mayoría de los casos los agresores fueron parejas, exparejas y familiares de las mujeres víctimas, y más del 50% convivían con sus agresores.

CASOS POR TIPO DE VIOLENCIA Y DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO ● Risaralda ● Quindío ● Caldas

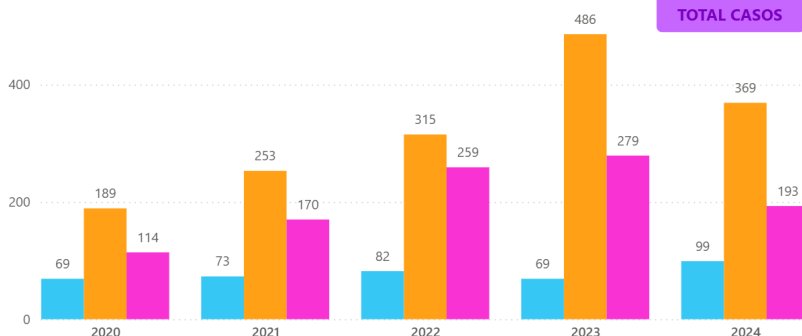


Gráfico 53. Víctimas de violencia psicológica registradas en Risaralda, Quindío y Caldas, agrupadas por años y departamentos (2020-2024).

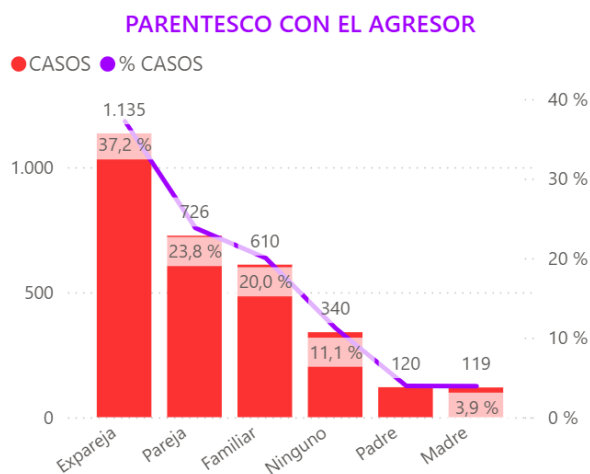


Gráfico 54. Parentesco con el agresor - víctimas de violencia psicológica registradas en el Eje Cafetero (2020-2024).

En ocasiones esta violencia a primera vista puede ser difícil de identificar ya que las formas en las que se ejerce son muchas y variadas, y además, es común que sean conductas naturalizadas social e históricamente. Como el control sobre el tiempo, el cuerpo y la vida de las mujeres, el control de acciones, la manipulación, las amenazas (sean de violencia, abandono u otras), las comparaciones despectivas, la infantilización, las burlas sobre el cuerpo o las capacidades físicas-mentales, el aislamiento, los gritos y humillaciones, el desprecio, la posesividad, la minimización, y el descuido, son algunas de las formas en las que se ejerce esta violencia y que es crucial reconocer para poder identificar y actuar.

A pesar de que el impacto de la violencia psicológica no suele ser visible de forma inmediata, tiene implicaciones muy graves y profundas en las víctimas, ya que puede afectar dimensiones cruciales como la autopercepción, el autoestima, la imagen que las personas tienen de sí mismas, y su salud mental y emocional.

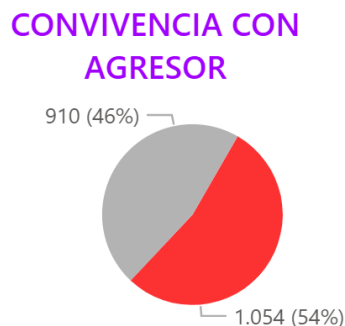


Gráfico 55. Convivencia con el agresor - víctimas de violencia psicológica registradas en el Eje Cafetero (2020-2024).

Lo que a la vez pone en un lugar de mayor vulnerabilidad a las víctimas y de mayor poder a los agresores, quienes suelen aprovechar esta desigualdad y dominio para sostener su posición de poder.

Teresa, sobreviviente de violencias por parte de su expareja en Santuario (Risaralda), reconoce que al haber sido violentada psicológicamente tenía baja autoestima, pensaba que “no servía para nada”, y sentía que todo le daba igual, que no había un futuro para ella, además de responder por sus hijos. “Uno no se preocupaba por más nada por ver la situación tan desesperante a veces. Así estuve un tiempo... hasta que él se fue”.

Una organización feminista de Pereira que asesora y acompaña a personas víctimas de violencias basadas en género, aplica un cuestionario dentro del proceso inicial para identificar varias características y necesidades de las víctimas y de sus casos. Allí, han encontrado que de cerca de 250 acompañamientos que habían realizado hasta el momento de la entrevista, la mayoría eran mujeres y el 50% de las personas solicitaron requerir orientación psicológica.

Asimismo, la organización destacó que en lo que se relaciona con temas de salud mental, han evidenciado que **el 93% de las personas atendidas han mencionado tener ansiedad, insomnio, irritabilidad y se han sentido hipervigiladas en sus actividades cotidianas. Y el 82% han experimentado altos niveles de estrés, sentimientos de tristeza, frustración, o ideación suicida**, afectando su bienestar psicológico y emocional.

En una investigación realizada por estudiantes de especialización en epidemiología de la Fundación Universitaria del Área Andina, llevada a cabo sobre violencia contra las mujeres en el municipio de Marsella, se observó que de 21 mujeres que terminaron participando en el estudio, el 85% presentaron consecuencias psicológicas muy similares a las nombradas por esta organización, como aislamiento social, trastornos emocionales y del sueño, aumento de la vulnerabilidad, indefensión, y desesperanza en la totalidad de las mujeres víctimas.

Durante las entrevistas, actoras institucionales como las duplas de género de Risaralda, y la funcionaria de la Policía en Quindío, expresaron su preocupación por el acceso a servicios de atención psicológica, puesto que a pesar de que el mayor número de casos que atendían se relacionaban en un primer momento con violencia física o violencia sexual, en de los relatos de estos sucesos se hacía presente de manera predominante la violencia psicológica, la dependencia y emocional y las afectaciones de salud mental. Por esto, se hace tan urgente y necesario que se creen y apliquen estrategias y políticas públicas para abordar estas violencias de manera integral teniendo en cuenta que la las violencias basadas en género tienen múltiples impactos en la salud de las mujeres y personas diversas que la sufren, como lo menciona la Organización Mundial de la Salud:

Dentro de estos efectos es importante recalcar y reconocer que los feminicidios y transfeminicidios son efectos mortales de las VBG, y no solamente el *homicidio*, pues desde

su base conceptual, jurídica y penal el feminicidio y transfeminicidio comprenden que las razones del asesinato de las mujeres se basa en las relaciones desiguales de poder que subordinan a las mujeres por ser mujeres e identificarse como mujeres, y que esta violencia es su máxima expresión.



Una de las colectivas feministas de Pereira que acompaña a mujeres y población diversa desde hace más de 3 años en la ciudad desde la prevención de las violencias basadas en género y la promoción y garantía de derechos sexuales y reproductivos, mencionaron la violencia económica y la falta de redes de apoyo de las víctimas como agravantes: “Hay mucha violencia económica. Como que son mujeres que quizás no tienen unos ingresos o una economía que les permita salir de su casa. Y también la falta de apoyo... son mujeres que son muy aisladas. Ellas dicen: ‘no tengo a quien decirle, no tengo con quien hablar’”, cuenta una de las integrantes de la colectiva. Estas condiciones son aún más graves para mujeres que se encuentran en la ruralidad, afro e indígenas. Como es el caso de Lina, mujer Emberá Chamí, de Pueblo Rico, en Risaralda:

“[...] Cuando se iba a tomar me llevaba a las malas, y yo pensaba: ¿para qué voy a ir si no voy a tomar trago? para mí era malo, porque yo no quería dejar a mis hijos solos. ¿Quién va a cuidar? ¿Quién va a dar alimento?, entonces él me llevaba a las malas. Cuando a veces no iba, él volvía borracho y me pegaba. Yo me escondía. Entonces yo me re-pensaba: esto no es amor, esto no es querer, yo quiero alejarme de él, ¿pero cómo?, ¿quién me va a apoyar?”.

Lina, Mujer indígena Emberá Chamí de Risaralda (2024).

Es por esto que las organizaciones y activistas feministas y defensoras de derechos toman un rol vital cuando acompañan y asesoran a mujeres víctimas y sobrevivientes

de violencias basadas en género, siendo en muchas ocasiones, el único apoyo y espacio seguro que tienen. De allí la insistencia de las mismas organizaciones y del movimiento feminista de la importancia de la creación de redes de apoyo, y de la articulación y atención integral de las entidades gubernamentales encargadas de garantizar los derechos de las mujeres, y trabajar porque tengan una vida libre de violencias.

El aislamiento, un patrón en las violencias contra las mujeres, incluido el feminicidio.

En al menos dos de los casos de feminicidio en el Quindío en los últimos años, las mujeres habían sido antes víctimas de otras violencias incluída la psicológica, por medio de chantajes, manipulación y aislamiento de sus familias.

Dreisy Yamile Henao Franco, fue asesinada por su expareja José Abel Marín, el 27 de febrero de 2020, en una finca en Alcalá (Valle del Cauca) a media hora de Quimbaya, cuando tenía 31 años y dos hijos. Su cuerpo fue abandonado en un guadual. Según la investigación ¿Qué ocurre con los que quedan? Huérfanos por feminicidio en Colombia, realizada por Valeria Urán (también investigadora de la presente investigación), Dreysi y sus hijos habían sido víctimas de violencia intrafamiliar. Ella fue amenazada y manipulada en distintas ocasiones por su agresor, especialmente cuando intentaba terminar la relación ya que él amenazaba con suicidarse o con matarla.

Astrid López Henao, sobrina de Dreisy, lo expone en este doloroso relato:

“Fui por mi tía varias veces a la finca. Pero nunca fue fácil para ella alejarse de José. Ese hombre la mantenía casi que secuestrada en la finca donde vivían. Siempre en fincas, y bien lejos de nosotras. Hasta que un día escapó de él y sus chantajes. Pidió un camión, subió todas sus cosas y se vino con nosotras para Quimbaya. Una semana después, a punta de mentiras, la citó en esa finca donde vivían y la mató”.

El feminicida confesó el delito y le dieron prisión domiciliaria mientras avanzaba el proceso pero luego de los días huyó, y fue recapturado tres años después en Risaralda. En 2024 fue condenado a 41 años de prisión.

Otro caso más reciente es el de Érika Tatiana Mejía, una joven de 21 años, que fue encontrada en estado de descomposición por su hermana el 16 de enero de 2024, en la casa en la que vivía en el barrio Las Colinas, varios días después de ser asesinada presuntamente por su pareja Oweimar Sánchez Olindara. Erika era madre de un niño de dos años.

Según contó su hermana, María Alejandra Acevedo a La Crónica del Quindío, desde hace tiempo había violencia intrafamiliar y Érika era víctima de violencia física y verbal, además del aislamiento de su familia: “Él le decía a mi hermana que no le gustaba que viniera a mi casa porque no estaba de acuerdo en que yo trabajara, la idea de él es que la mujer debía estar en la casa cuidando de sus hijos. Ella me contaba que él se enojaba mucho cuando ella quería venir a mi casa, cuando salimos al centro él le peleaba”.

Erika ya había demandado e intentado dejar

en varias ocasiones a su agresor pero luego de los días volvía con él. De hecho, según relata su hermana, dos días antes de su asesinato lo había privado de ingresar a la casa en la que vivían, restringiendo la entrada a la vivienda.

Un llamado de atención que para esta investigación realizó la Patrulla Púrpura del Quindío es que **“la violencia psicológica no se está atendiendo ni tomando como una alerta”** por parte de las entidades encargadas de atender y proteger a las mujeres víctimas de violencias, ya que estas se centran más en atender los casos de lesiones y violencias físicas.

En ocasiones, las Comisarías de Familia citan al agresor, expiden medida de protección para las mujeres pero no expiden orden de desalojo para el agresor y “pueden seguir viviendo en la misma casa y que la mujer mire a ver cómo se comporta, pero como el agresor no ha sido intervenido pues él va seguir en esa misma conducta, entonces ya no va ser esa violencia psicológica sino que a futuro va ser una lesión personal, una violencia física”, explica Patrulla Púrpura.

Además, insisten en que no es suficiente con que las mujeres denuncien la violencia psicológica, pues **se necesita que las entidades intervengan a los agresores para evitar la repetición y el escalamiento a otras violencias**. Y también resaltan la necesidad de que las mujeres construyan y fortalezcan sus proyectos de vida desde la valoración propia y la autonomía, para disminuir un poco las posibilidades de estar en relaciones de dependencia y abuso emocional, “que es la puerta de entrada a muchos tipos de violencias”.

Desigualdad y dependencia económica: un factor que agudiza las condiciones de violencia de las mujeres

La violencia psicológica puede ser y suele ser ejercida a la par de otras violencias, verbales, físicas, sexuales, económicas, patrimoniales, vicarias, por lo que su impacto es aún mayor en las afectaciones y ataques que genera en las herramientas internas que las mujeres y las personas tienen para enfrentarse a la vida, que son fundamentales para salir de las situaciones de violencia. Como lo cuenta Ana, sobreviviente de violencia por parte de su expareja, en Cartago:

“Como yo dependía económicamente de él entonces yo estaba buscando como la forma de irme, además yo tenía la niña y tenía cuatro perros en ese momento, entonces no era una opción irme para donde mi mamá; yo decía: yo salgo de la casa es porque yo tengo a donde irme. Yo trataba de llevar la situación ahí suave, mientras buscaba la forma... hasta ese momento habíamos tenido enconzones, nos empujábamos y todo eso, pero nunca como tal golpes, por eso intentaba esperar hasta tener el dinero para irme”.

Ana, Mujer sobreviviente de VBG en
Cartago (2024)

Las condiciones económicas de las mujeres son determinantes para que puedan salir o no de las situaciones de violencia en las que se encuentran. La violencia y dependencia

económica se identifica como un patrón grave y presente que escala a escenarios más violentos y de riesgo para las mujeres, ya que los principales agresores suelen ser sus parejas y familiares. Al verse limitadas y violentadas económicamente pierden parte de su independencia, autonomía y de su agencia para tomar decisiones.

Según cuenta la funcionaria de la Policía en Quindío, todos los días la Policía atiende entre cinco y seis casos de violencias contra las mujeres, e incluso hay días en los que la cifra asciende a doce casos por día, y siempre hay una, dos o más mujeres que mencionan que dependen económicamente de su agresor. Es común que las mujeres digan frases como *yo me quedo con él porque no tengo para donde irme*. Condición que se agrava mucho más cuando las mujeres no tienen redes de apoyo ni personas cercanas confiables que puedan apoyarlas en las situaciones en las que se encuentran, **en especial porque hasta el cierre de esta investigación el departamento no contaba con una casa refugio ni con convenios hoteleros a los que puedan acudir las víctimas de violencia intrafamiliar**. Situación que expone a muchas mujeres a continuar viviendo con sus agresores, dada la carencia de recursos económicos y de redes de apoyo.

Esto es una cuestión menor, teniendo en cuenta que el Quindío se ha mantenido en los últimos cinco años como uno de los cuatro departamentos de Colombia con mayores índices de desempleo en Colombia, siendo mayor la brecha para las mujeres que para los hombres.

Por eso, **se destaca la urgencia de implementar programas y estrategias de opciones laborales dignas dirigidas a mujeres víctimas y sobrevivientes de violencias basadas en género, y para evitar su repetición.** Pues si no se aborda la problemática de dependencia y desigualdad económica y laboral que viven las mujeres, es muy probable que las violencias se repitan.

Esto es un tema crucial del que dependen la garantía y acceso a los derechos de las mujeres, ya que son más propensas **a caer en la pobreza y tienen menos posibilidades de superarla** que los hombres, pues tienen un 27,5% de probabilidad de no contar con un **sustento económico propio** (en el caso de los hombres esta cifra es casi tres veces menor, según DANE y ONU Mujeres).

Esta problemática para las mujeres a nivel mundial ha sido denominada “feminización de la pobreza”. Según el Dane (2021), en Colombia por cada 100 hombres que vivían en hogares pobres había 117 mujeres en estas condiciones. Además, el 67% de las mujeres que tenían salario o eran independientes, recibían ingresos laborales iguales o inferiores a un salario mínimo (DANE, 2022).

En distintos estudios sobre garantía de los derechos de poblaciones como mujeres, personas LGBTIQ+ y comunidades étnicas, se ha reconocido que las barreras y desigualdades económicas suelen desencadenar otras barreras y desigualdades en las poblaciones, agudizando el estado de vulneración de sus derechos y la posibilidad de superar las afectaciones y barreras.

En el caso de Armenia, las barreras y desigualdades económicas fueron señaladas por más de 100 mujeres como el principal obstáculo para el acceso a servicios de salud (38%) seguido de la falta de información sobre los servicios disponibles (28%), y la falta de servicios específicos para mujeres (13%), según una investigación sobre equidad de género que realizó el Observatorio Social de la Secretaría de Desarrollo de la Alcaldía de Armenia, en la que entrevistaron a 269 mujeres, en 2022.

La Secretaría evidenció la marcada concentración de mujeres que se encuentran en sectores laborales de bajos ingresos económicos, lo que perpetúa la precarización laboral y la vulnerabilidad económica de las mujeres. **Y también reconoció que los contextos en los que predominan mayores condiciones laborales precarias, informalidad y brechas salariales, las mujeres están más expuestas a ser víctimas de acoso, discriminación y desigualdades.**

En el libro Renta básica feminista, de Dejusticia, las autoras exponen que una de las razones relacionadas con la baja participación de las mujeres en el mercado laboral es la gran sobrecarga de trabajo de cuidados no remunerados que ejercen en lo familiar, doméstico y comunitario. Como cuidar a personas que dependen en gran medida de la persona cuidadora (infancias, personas adultas mayores y enfermas) hacer aseo, cocinar, entre otras actividades.



De las mujeres que realizan trabajos de cuidados, el 47% trabaja también en el mercado laboral (DANE y ONU Mujeres, 2020). No siendo poco lo anterior, las mujeres que ejercen trabajos de cuidados tienen menos tiempo y recursos para realizar otras actividades como estudiar y tecnificarse para acceder a trabajos de mejor remuneración. “Todas estas desventajas en materia laboral devienen en menor capacidad de generar ingresos propios y en menores oportunidades para las mujeres de superar la pobreza y poder alcanzar así el goce efectivo y digno de sus derechos”, concluye Dejusticia en el libro.

Mujeres en la ruralidad y la agudización de las desigualdades

Para las mujeres que viven en zonas rurales, la brecha es más amplia todavía: la posibilidad de caer en la pobreza y no salir de ella es cinco veces mayor en comparación con los hombres rurales. Además, en los municipios rurales y en la ruralidad se tienen aún más naturalizadas las violencias basadas en género, la violencia intrafamiliar, el cumplimiento de roles y estereotipos de género que condicionan a las mujeres al servilismo, a las labores de cuidados no remunerados, la ausencia de recursos y bienes económicos y materiales propios, a la heterosexualidad como norma, y en la que la mayoría de las decisiones sobre los cuerpos y vidas de las mujeres están determinados por sus parejas, por creencias religiosas y sociales marcadas por el machismo y el patriarcado, explica Mariana, activista e integrante de una colectiva campesina y feminista de un municipio rural del Quindío, en el que realizan defensa del territorio y pedagogía sobre violencias, derechos de las mujeres, cuidados y medio ambiente, para aportar en educación popular y campesina. Un tejido comunitario dispuesto para familias, madres, mujeres, juventudes, personas adultas, niñas y niños.

Otro factor que agudiza las condiciones de desigualdad y de violencia basadas en género y discriminación que sufren las mujeres y personas diversas en la ruralidad, es la falta de cobertura estatal, gubernamental y funcionaries capacidades para la garantía integral de los derechos de las poblaciones en sus territorios, y mecanismos para atender

las barreras económicas y de movilidad que enfrentan las poblaciones cuando los servicios e instituciones para la garantía de sus derechos no se encuentran en los territorios.

Además, una funcionaria de la Defensoría del Pueblo de Risaralda llama la atención sobre la importancia de preguntarse qué garantías le ofrece la institucionalidad a las mujeres rurales víctimas de violencia basadas en género, porque en ocasiones se promueven cambios de vidas que pueden incluir el desplazamiento a la urbanidad, sin que las mujeres tengan garantías frente a sus condiciones de vulneración, como la carencia a nivel educativo, la pobreza y dependencia económica, el acceso a empleos dignos, y de redes de apoyo.

En relación con los feminicidios en el Eje Cafetero en los últimos cinco años (2020-2024), el 16,7% de las víctimas (36) se encontraban en la ruralidad, según el registro del Observatorio.

Y en relación a las violencias físicas, sexuales, psicológicas, por negligencia y abandono, y discriminación, los registros en SIVIGE son muy bajos, lo que supone un subregistro sobre esta información.

ZONA GEOGRÁFICA

● Zona urbana ● Zona rural ▶

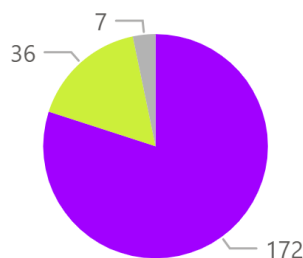


Gráfico 56. Zona geográfica donde se encontraban las víctimas de feminicidio en el Eje Cafetero (2020-2022), según el Observatorio de Feminicidios Colombia.

Además, estas bajas cifras registradas en la ruralidad contrastan con los testimonios de activistas, colectivas feministas, y sobrevivientes de violencias en la ruralidad, quienes exponen el subregistro, y alertan sobre la situación de atención, protección, y registro, de las violencias basadas en género y la garantía de los derechos de las mujeres en sus diversidades por parte de las instituciones gubernamentales que se encuentran en zonas rurales de la región. Una situación alarmante que llama a ser atendida a nivel local, departamental, regional y nacional, especialmente porque esta región es principalmente rural.

Ser mujer lesbiana en el ámbito laboral: espacios inseguros y violencias estructurales

La configuración del trabajo se encuentra profundamente atravesado por relaciones asimétricas de poder, sustentado en una división sexual del trabajo que asigna roles, tareas y espacios diferenciados y jerarquizados en función del género. Esta división no es natural ni neutra, sino que responde a constructos sociales e históricos que han legitimado y perpetuado formas de actuar, ser y habitar el mundo de acuerdo al género.

La filósofa, escritora y activista feminista Silvia Federici (2010) señala que la instauración del capitalismo implicó una reconfiguración tanto de los cuerpos como de las formas de trabajo. En este proceso, los cuerpos feminizados fueron instrumentalizados y relegados al ámbito de la reproducción social, generando una desvalorización sistemática de sus saberes y prácticas. Esta reorganización implicó la imposición del ámbito privado como el espacio natural que supuestamente “deben” habitar las mujeres, responsabilizándolas del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, esencial para el sostenimiento de la vida, pero el cual ha sido históricamente invisibilizado y despojado de valor económico o simbólico. Por su parte, los hombres fueron situados en el ámbito público, político y productivo, asociado al trabajo remunerado y al poder en todos los ámbitos.

Esta lógica binaria y jerárquica del trabajo también ha excluido y marginado a las disidencias sexo-genéricas, cuyos cuerpos, identidades y expresiones de género no nor-

mativas han sido sistemáticamente excluidas, sometidas y precarizadas en el escenario laboral, enfrentando violencias estructurales como la discriminación, la negación del derecho al trabajo digno, la ausencia de políticas que las protejan, el abandono estatal frente a sus necesidades, y a altos niveles de violencia al, tanto en el acceso como en la permanencia dentro del mundo laboral.

Aunque las dinámicas contemporáneas han favorecido la incorporación de las mujeres al mercado laboral y, por tanto, a espacios públicos históricamente restringidos, esto no significa una transformación estructural en la distribución del trabajo. Ya que persiste la redistribución inequitativa del trabajo, de la remuneración económica y de las labores de cuidado: las mujeres asumen dobles y hasta triples jornadas laborales (DANE Y ONU MUJERES), más el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado.

A esta sobrecarga como lo mencionábamos anteriormente, se suma la persistencia de violencias estructurales y simbólicas que atraviesan las mujeres y personas disidentes al sistema sexo-genérico. Estas violencias se manifiestan en brechas salariales, precarización, hostigamiento, estigmatización y múltiples formas de violencia, que se intensifican en estos escenarios.

Jimena, una joven de 28 años de Manizales, recuerda cómo la experiencia en sus anteriores trabajos se tornaba cada vez más difícil. En nuestra conversación, nos cuenta su experiencia laboral ocurrida en el año 2022. Recién había empezado en el trabajo cuando tuvo que ausentarse por una operación. Aunque su estado de salud no le permitía asistir

presencialmente a su oficina, tuvo que teletrabajar por más de un mes. Día tras día su jefe Fernando le enviaba diferentes trabajos a los cuales debía darle respuesta.

Un día, una compañera del trabajo la llamó preocupada. Le contó que Fernando había dicho que ella en ese mes no había hecho ningún trabajo y que se notaba su voluntad de trabajar al no ir a la oficina. Sorprendida y dolida, Jimena relató a su compañera todo el trabajo que este hombre le había mandado y que ella había dado respuesta. En ese momento su compañera, le menciona como su jefe había tomado todo el crédito del trabajo que ella había realizado y lo presentó como propio invisibilizando el trabajo que había realizado.

Cuando Jimena inició su trabajo de manera presencial, creyó que todo mejoraría. Pero no fue así. Su jefe, le empezó a hacer comentarios que traspasaba los límites de lo profesional. Recuerda con claridad una tarde en la que todas las personas de la oficina conversaban, Fernando mencionó que las mujeres se demoran más que los hombres en alistarse dado que tiene que organizarse y maquillarse. A lo que Jimena responde que no siempre es así, que por ejemplo ella no se maquilla. En un espacio a solas Fernando retoma lo mencionado anteriormente, expresando que ella no necesitaba de ningún maquillaje ya que así era hermosa. Comentarios como ese se repitieron en más de una ocasión, lo cual fue generando una incomodidad en Jimena, ya que ella no buscaba otra cosa que mantener una relación laboral respetuosa, pero él insistía en cruzar una línea que ella no había

autorizado y no deseaba.

Una noche de fin de semana, Jimena estaba con una amiga disfrutando de su compañía y su trago preferido, en un momento le llegó un mensaje de Fernando quien le decía “te acabo de ver... dame tu número de cuenta te mando dinero para que te compres una botella y te la tomes pensando en mí”. Jimena notó el acoso, respondió con sequedad, conteniendo el fastidio, que no era necesario, pues para eso ella trabajaba. Y pensó que no pasaría de ahí, pero al fin de semana siguiente, en plena madrugada su teléfono vibró. Era Fernando, quien en un mensaje le decía “tengo ganas de comérsela a besos” a lo que le respondió que esperaba que fuera un error y que se hubiera equivocado de chat. Nunca obtuvo una respuesta.

Días después, Jimena fue puesta en una situación límite. Su jefe le pidió que agilizara un proceso administrativo que no cumplía con los procedimientos establecidos, y ella desde su profesionalismo, se negó en varias ocasiones. Ante su respuesta, Fernando tomó represalias: sacó a Jimena del grupo de WhatsApp de la oficina y le exigió que dejara la oficina y buscara otro lugar para trabajar. Desde entonces, cada vez que necesitaba una firma, debía ir hasta la oficina de este hombre, quien ya no disimulaba su desprecio.

No solo fue excluida del grupo y del espacio físico. También fue borrada de la vida social de la oficina. Ya no era convocada a ningún tipo de reunión informal o celebraciones que allí se hacían. Cuando se acercó el nuevo ciclo de contrataciones, Fernando escaló el acoso laboral: le dijo a su superior que Jimena era una “insubordinada”, que no merecía volver a ser contratada. Pero la jefa conocedora del trabajo de Jimena, testigo de su compromiso, se sorprendió con las acusaciones. No cuadraba con la imagen que tenía de ella. Fue entonces cuando le ofrecieron la opción de quedarse en esa oficina o trasladarse a otra dependencia. Jimena no dudó, eligió irse de ese lugar violento.

La experiencia de Jimena, da cuenta de las lógicas patriarcales que se viven al interior de los escenarios laborales donde se busca tener control sobre el cuerpo de las mujeres. Las organizaciones contribuyen a la reproducción de desigualdades y violencias mediante la legitimación de diferentes actos. Las acciones de Fernando son un claro ejemplo de lo que Bourdieu (2000) nombra como *dominación masculina* comprendiendo este como un sistema de poder estructurado que se sostiene mediante mecanismos sociales, simbólicos y culturales que favorece a los hombres y deja en un lugar de subordinación a las mujeres, la cual termina manifestándose en diferentes formas de violencia como la violencia simbólica, el acoso laboral, sexual, la violencia epistémica presente en este caso, que lo que buscan son reforzar la posición de poder que tiene Fernando y someter a Jimena en una posición de vulnerabilidad y exclusión.

Esa dominación masculina se materializa en el uso del poder, y en la desacreditación, exclusión y eliminación de la otra persona. De acuerdo con Butler y Athanasiou (2022) la desposesión no es solo una pérdida material, sino también una condición impuesta por relaciones de poder, donde se anula la voz de las mujeres y en ese sentido, se anula su reconocimiento y agencia. El hecho de que Fernando se haya robado el trabajo de Jimena es una forma de expropiación epistémica, de violencia epistémica.

Espacios inseguros: violencias que se repiten y se agudizan

En su nuevo trabajo Jimena identificó que eran más los hombres que las mujeres, y aunque ella se presentó con claridad, profesionalismo y firmeza, parecía que su nombre se desvanecía frente a sus ojos. Nadie la llamaba Jimena. En su lugar, escuchaba solo apelativos como “mamacita”, “preciosa”, pero ella no se quedaba callada ante aquellas palabras. Cada vez que lo escuchaba, respondía con la misma frase “mamacita no... ¡Yo soy Jimena! la profesional de esta área”. Pero era como lanzar palabras al viento. A pesar de su carácter firme, de su claridad al poner límites, hubo quienes se resistieron a tratarla como una colega.

Uno de ellos fue su nuevo jefe, Martín, quien nunca pudo tratarla con respeto. Su cargo exigía una comunicación constante, así que cada visita se transformaba en un momento de tensión. El acoso de Martín escaló rápidamente, los comentarios eran cada vez más explícitos, más invasivos, más violentos. “Está muy rica” le decía sin importarle nada, mientras sus ojos se deslizaban, sin pudor, directo hacia sus pechos. Jimena comenzó a vestir ropa que no dejara ver nada, ni una tira de su brasier. Pero no era suficiente, nada de lo que hacía o dejaba de hacer era suficiente. Este hombre cruzaba los límites preguntando violentamente “¿qué ropa interior trajiste hoy?”. Ella optaba por el silencio ante su acoso. Tenía miedo. Miedo de él y de perder su empleo si le decía algo.

Desde su ingreso a esta dependencia, la identidad profesional de Jimena fue sistemáti-

camente socavada por prácticas violentas y sexualizantes que negaban su reconocimiento como sujeta legítima dentro del espacio laboral. Su nombre, su rol y su capacidad fueron reemplazados por apelativos cargados de connotaciones sexistas, configurando un proceso de desposesión simbólica que la despojó de su condición de agente reconocida, nombrada y validada. Butler (2004) profundiza en la dimensión performativa del lenguaje al señalar que no somos simplemente seres que usamos el lenguaje, sino que somos construidos por este. Ser nombrados, es una de las condiciones fundamentales para que una persona exista en el campo de lo reconocible. En este sentido, el lenguaje no sólo opera como un reflejo del machismo, sino como dispositivo de sujeción donde se construyen cuerpos y subjetividades en función de relaciones de poder que determinan quienes pueden ser reconocidos y quienes no, y a su vez reproducen dominaciones, violencias y desigualdades especialmente contra las mujeres, personas diversas y poblaciones más vulnerables.

El acoso de Martín contra Jimena era tal, que un día que tuvieron un viaje de trabajo juntos en otro municipio, en plena conferencia, Martín le escribió un mensaje diciéndole que si quería ir al baño a “hacerle la del ternero”. Al principio ella no entendió a lo que se refería, pero luego comprendió la carga sexual del mensaje y le respondió que le dijera a alguien más. Al rato de lo sucedido, Jimena recibió una llamada de su mamá y salió del recinto en el que estaba. Mientras hablaba por teléfono empezó a recorrer las instalaciones del lugar, era un lugar grande y solo recuerda que de tanto recorrer terminó en un cuarto oscuro,

lleno de mangueras y diferentes elementos de mantenimiento. Al colgar la llamada y voltear para devolverse, detrás de ella estaba Martín, quien se abalanza sobre ella tocando su pecho, como si la estuviera esperando.

A pesar del miedo que tenía, Jimena con firmeza le exigió que le quitara las manos de encima. Sin saber qué más decirle, le recordó que a ella no le interesaban los hombres, algo que ya le había dicho antes, expresando que solo le gustan las mujeres. Pero el efecto fue peor, Martín respondió con más violencia y lesbofobia: se le tiró encima, y la violentó sexualmente luego de decirle que “ella nunca había tenido un pene como el de él”.

Jimena fue agredida de múltiples formas. El acceso simbólico y físico a su cuerpo fue utilizado por su agresor como una forma de imponer su autoridad y deseo por encima de los derechos, agencia y autonomía de Jimena. Y también fue utilizada como una forma de “corrección” o castigo porque su orientación sexoafectiva transgrede la norma heterosexual.

La poeta, académica y feminista Adrienne Rich (1986) explica que la heterosexualidad obligatoria como régimen político niega, invisibiliza y castiga a las personas disidentes al sistema sexo-genérico en donde no sólo se violenta y se abusa de las mujeres, sino que se intenta corregirla por su orientación sexual diversa, como en este caso. Se trata de una violencia profundamente política, dirigida supuestamente a “restaurar” un orden sexual jerárquico mediante la anulación de la subjetividad de quienes se salen de la norma.

Judith Butler (2007) llama a esto *la matriz heterosexual*, que funciona como un

sistema normativo que legitima ciertas formas de existencia mientras condena otras. Las instituciones educativas terminan operando como dispositivos de control social, que buscan vigilar y sancionar a quienes no se ajustan a los mandatos tradicionales de sexo y género.

Luego de esta fuerte violencia Jimena empezó a evitar el paso por la oficina de Martín. El simple hecho de imaginarse cerca de él la paralizaba. Y aunque intentaba disimular, hubo alguien que notó su cambio. Su supervisor observó que, con frecuencia, al final de cada encuentro de equipo Martín pedía quedarse a solas con ella. Sin embargo, Jimena siempre le pedía a su supervisor que permaneciera allí. Y sin necesidad de explicaciones, él empezó a quedarse, acompañándola en cada momento.

Después de algunas semanas Martín la llamó: había un proceso administrativo que lideraba otra persona y que estaba estancado. y, de repente, quería que Jimena lo resolviera en un fin de semana. Ella, comprometida con su trabajo, revisó la documentación y encontró incongruencias, inconsistencias imposibles de ignorar. Le escribió de inmediato para informarle que, en esas condiciones, el proyecto no podía estar listo para el fin de semana. Al momento le entró una llamada de Martín, quien le decía que no se preocupara, que confiaba en que ella era capaz de hacerlo, que él la recompensaría cuando “se la estuviera culiando”. A Jimena el mundo se le vino abajo de nuevo. Las palabras de este hombre detonaron en una tormenta interna que la empujó a un miedo profundo de que este hombre la volviera a abusar.

En medio del desasosiego, Jimena buscó refugio, llamó a su antigua jefa, la misma que en otros momentos había creído en ella. Al explicarle lo sucedido, su exjefa rompió en llanto, pidiéndole perdón por haberla enviado allí, y le propuso volver a trabajar con ella, pues encontraría un lugar donde no tuviera que pasar por esas situaciones, un lugar donde Jimena pudiera florecer.

El lunes siguiente, Jimena llegó con el proyecto solicitado y su carta de renuncia en mano. Buscó a su supervisor y le dijo que no volvería, que no podía quedarse más tiempo allí. Él no preguntó nada, le expresó que él no sabía que había pasado, pero que le creía. Y como quien lanza una verdad, le dijo “no sé si sea lo mismo... pero sé que Martín ha abusado de mujeres antes. Por ello ya lo han denunciado menores de edad, pero nunca pasa nada”.

Jimena no se sintió capaz de denunciarlo, tenía miedo de que un hombre como Martín con tanto poder y quién andaba armado fuera capaz de matarla. El miedo era más grande que cualquier intento de hablar y más aún cuando es sabido que el mismo sistema suele proteger al agresor y castiga a quien intenta hablar y denunciar, desde la revictimización, la exclusión, las represalias. Porque levantar la voz no es solo decir lo que pasó. Es exponerse al juicio, a la duda, al silencio institucional y a la revictimización disfrazada de procedimiento.

Aunque Jimena eligió callar, su silencio no fue señal de rendición. Fue una forma de resistir.

No denunciar, en su caso y en el caso de muchas y muchos, fue y es sobrevivir. Proteger lo que aún le pertenecía: parte de su integridad,

su salud mental, su derecho a reconstruirse lejos del daño. Fue avanzar en medio de un entorno hostil, un lugar que nunca estuvo pensado para su cuidado y protección. No denunció ante la institucionalidad, pero cada decisión que tomó para alejarse, para recuperar su espacio y su ser, fue también una forma de nombrar lo injusto. De gritar, aunque fuera en silencio.

El caso de Jimena permite apreciar, cómo la violencia se ejerce también a través de mecanismos simbólicos que degradan, subordinan y silencian. María Camila Caballero (2003) advierte que la sociedad contemporánea ha edificado sus estructuras sociales, culturales e históricas sobre desigualdades de género profundamente arraigadas, donde el varón es representado como dominador, racional y poseedor, y la mujer como su opuesto, es decir, sujeta dominada, emocional y disponible. En esta lógica, la violencia contra las mujeres y personas diversas no son hechos aislados, sino manifestaciones sistemáticas de un orden patriarcal.

El gesto de Jimena como el de cada mujer y persona disidente que compartió su historia en esta investigación representa un acto político desde los márgenes. Nombrar lo que violenta y excluye es, en sí mismo, un ejercicio de resistencia, de reapropiación de sus voces y de afirmar y legitimar sus existencias. En nuestra sociedad donde el poder busca borrar o silenciar, narrarse se convierte en una forma de lucha.

Un aspecto llamativo en relación con las denuncias y las cifras de violencia sexual en Caldas, es que el SIVIGE para finales de 2024 tenía un registro de 3.340 casos de violencia sexual, entre 2020 y finales de 2024. Sin embargo, la Fiscalía General de la Nación ha registrado

8.409 denuncias por presunta violencias sexuales en Caldas, según los datos proporcionados en respuesta al derecho de petición enviado.

La diferencia de más de cinco mil denuncias entre los registros genera preocupación además del aumento de los presuntos delitos sexuales en el departamento de Caldas. Lo que debería interpelar directamente la eficiencia de los mecanismos institucionales de prevención, atención y justicia en el departamento.

Según la información proporcionada por la Fiscalía General de la Nación, entre 2020 y el primer trimestre de 2024, **183 mujeres disidentes al sistema sexo-género fueron registradas como víctimas de violencia sexual en el departamento de Caldas**, lo que permite hipotetizar es un subregistro institucional de estas violencias específicas o de la información diferencial relacionada con la identidad de género y orientación sexual de las víctimas. Además, las mujeres diversas enfrentan múltiples barreras para acceder a canales de denuncia como las represalias institucionales, la revictimización, la falta de confianza en la justicia y la constante invalidación de sus relatos y de sus orientaciones sexuales, identidades o expresiones de género.

En un país donde el sistema jurídico no cuenta con protocolos diferenciados y especializados para abordar las violencias dirigidas a personas disidentes al sistema sexo-género, los datos oficiales terminan ofreciendo un panorama incompleto y parcial de una realidad mucho más compleja. Las violencias que se evidencian en el relato de Jimena revelan con crudeza el castigo que el sistema hegemónico impone sobre los cuerpos disidentes. Sin embargo, estas

no se expresan únicamente a través de la violencia sexual, sino que también se manifiestan de otras formas, todas guiadas por la misma lógica de discriminación, exclusión u dominación.

Las experiencias de Isabela y María, participantes en las mesas de trabajo para la construcción de los lineamientos de la política pública para la población sexualmente diversa en el departamento de Caldas, revelan cómo la violencia se adapta y actúa sobre los cuerpos que desafían el orden heterosexual, cisnormativo y patriarcal. En ellas, la violencia no se expresó a través de una agresión sexual directa, sino mediante mecanismos de silenciamiento, discriminación laboral y exclusión simbólica, como se presenta a continuación.

Isabela tiene 27 años y es profesional en negocios internacionales, en nuestro encuentro nos compartió lo que vivió al salir de la universidad. Como recién graduada, se postuló a varias ofertas laborales. Fue llamada por una empresa, y tras superar cada uno de los filtros, todo parecía indicar que la vacante era suya. La citaron a una última reunión, aquella en la que se definirían los términos del contrato. Pero algo cambió en ese encuentro. Después de verla en persona, la actitud se transformó. Días después, recibió una llamada de la empresa, quienes sin mayor explicación, le dijeron que ya no iban a requerir de sus servicios profesionales, pues la vacante ya no la iban a ofertar, por lo que no seguirán el proceso de contratación. En lo más profundo, Isabela siente que el momento en que la vieron de forma presencial marcó el giro de los acontecimientos. Supieron que era una mujer con experiencia de vida trans, y eso bastó para no continuar con el proceso.

María, por su parte, es una mujer bisexual, quien se encuentra trabajando de una empresa de telecomunicaciones. Al escuchar a Isabela, recordó aquellos días en los que trabajaba para una empresa. En ese lugar, la atmósfera estaba cargada de comentarios misóginos y chistes machistas que parecían formar parte del aire cotidiano. Un día, el director se acercó a ella para emitir un juicio sobre otra compañera: “si hubiera sabido que era lesbiana, no le habría permitido entrar... no quiero a alguien así en esta empresa”. Aquellas palabras, pronunciadas con desdén y arrogancia, no eran solo un reflejo de su prejuicio; era también una amenaza solapada, un recordatorio de que, para él, los cuerpos e identidades disidentes eran inadecuados, incómodos y prescindibles.

Lejos de ser un espacio neutro, el entorno laboral opera como dispositivo de regulación y control social. Tal como plantea Michael Foucault (2002), las instituciones modernas funcionan como engranajes del poder disciplinario, en el que se vigila, clasifica y sanciona los cuerpos, determinando quienes pueden habitar y ser parte de ciertos espacios y quienes no. En ese sentido, el ámbito laboral se convierte en una microfísica del poder que moldea subjetividades para hacerlas “útiles” y “dóciles” al sistema normativo.

Las experiencias compartidas, evidencian cómo el sistema patriarcal, androcéntrico, cis y heteronormativo configura los cuerpos y las existencias como territorios de disputa simbólica y material. Particularmente, la corporalidad cuando desafía los mandatos binarios del género, se convierte en un marcador de exclusión, aun cuando este se disfraza bajo formalismos administrativos,

como la cancelación de una vacante laboral sin justificación. En este contexto, el cuerpo opera como una frontera política, en el sentido que propone Butler (2007) al señalar que las identidades de género sólo son legibles si se ajustan a los marcos normativos de inteligibilidad. Aquellos cuerpos que escapan de estas normas, no sólo se les niega su reconocimiento, sino también se les despoja de derechos materiales concretos, como el acceso a un trabajo digno, aumentando las brechas y barreras de acceso al trabajo para las mujeres, especialmente diversas.

Los testimonios anteriores, no solo reflejan experiencias individuales de discriminación, violencia y exclusión, sino que evidencian estructuras sociales más amplias que perpetúan jerarquías y sancionan toda desviación de la norma. No son los cuerpos, orientaciones sexuales, identidades o expresiones de género los que representan un “problema”, sino los dispositivos sociales que los juzgan, regulan, violentan y eliminan. El disciplinamiento, entonces, actúa como una forma de preservar un orden social hegemónico que violenta, somete, excluye y discrimina a las mujeres y las personas diversas.

Diversidad de género, barreras labores y trabajo sexual en el Quindío

Las desigualdades económicas y laborales para las mujeres trans, son aún más grandes y excluyentes. Esta gran barrera a nivel laboral y social está estrechamente relacionada con que alrededor del 90% de las mujeres trans en Latinoamérica ejerzan el trabajo sexual. En Colombia, la Fundación GAAT estimó en 2016 que para al menos el 69% de las mujeres trans y el 50% de los hombres trans en Colombia, el servicio sexual era su principal actividad profesional.

Ágata es lideresa trans en el Quindío, se identifica como mujer campesina, y su historia refleja cómo características del ejercicio de la libertad, como la diversidad de identidad de género, son graves condicionantes y motivación de violencia y discriminación laboral contra las mujeres. Además, de cómo también se enfrentan a la sobrecarga de trabajos de cuidados no remunerados, agudizando los impactos en su vida y salud mental.

Antes de hacer su transición a mujer, Ágata se identificaba como un hombre gay, y estaba estudiando en el SENA un técnico relacionado con agronomía, pues Ágata desde pequeña tuvo una relación enraizada al campo y quiso mantenerse cercana con la naturaleza. Todo parecía ir bien hasta que comenzó su práctica estudiantil en una finca productora de café a la par que su proceso de transición a mujer era mucho más visible, exponiéndose a violencias que no imaginó.

Ya llevaba varias semanas trabajando, cuando un día el jefe le preguntó si ella andaba armada, “yo era feliz por ahí en esos cafetales inmensos, yo me sentía feliz, pero nunca lo había visto de esa manera hasta que me tocó el tema (...) yo le dije que no, que normal, ¿cuál arma? ¿cómo así, qué pasó? Entonces me dijo ‘sí, usted tiene que empezar a andar con un machete’”. Recuerda Ágata, quien en ese entonces tenía veinte años y ya había recibido comentarios de compañeros de la finca sobre su orientación sexual y forma de ser, pero no los había tomado como una alerta. “En la inocencia de uno... uno pensaba que era por mariconear con uno o molestarla o por coquetearle, pero como que sí era verdad que me iban a hacer algo y me las pillé, me dio más miedo y no quise volver”.

Luego de esta experiencia en la que Ágata tuvo que dejar su trabajo al ver su vida en riesgo, trabajó cuidando plantas de una institución educativa y luego en el área de la construcción, y *jugaba con el transformismo* de lunes a jueves para mantener su trabajo, y al llegar la noche del jueves o viernes, se convertía en esa mujer que era y que quería ser. Salía a vivir la calle nocturna, a descubrirse y descubrirla como mujer, llenando de sentido mucho de eso que antes, al identificarse como hombre homosexual, se sentía extraño, inhabitado, e incluso vacío.

Para Ágata está muy claro que cuando comenzó su transición más visible y radical a mujer, se fueron cerrando las oportunidades laborales y sociales que antes había tenido como hombre gay. Ya no era fácil que la reconocieran

por sus conocimientos y habilidades, ni conseguir una entrevista de trabajo o que fuera llamada después de dejar su hoja de vida. “Empecé a volverme más femenina y a medida que yo fui cambiando eso me fue cerrando más puertas. Porque antes yo era más masculina, el cambio fue muy brutal”.

El cambio trajo consigo la transfobia y la exclusión laboral, y preguntas violentas como: “¿usted va trabajar como hombre o como mujer?”, cuenta Ágata, explicando que la barrera es tan grande que no depende solamente de cuestiones legales como tener la cédula y los documentos corregidos (como el diploma del colegio, pregrado, entre otros), pues es sabido que incluso después de haber actualizado los documentos identitarios con sus nombres y género respectivo, las personas trans en Colombia siguen enfrentando distintas barreras para acceder a sus derechos.

Dahiana, es mujer trans y trabajadora sexual de Armenia, lleva más de veinte años ejerciendo el trabajo sexual y una de las primeras cosas que resalta en la entrevista, es la necesidad de apoyos y oportunidades para las mujeres trans en Armenia:

“A nosotras no nos dan trabajo en algún local o en algún trabajo por el hecho de ser así, chicas trans. Entonces uno se siente muy excluida y estigmatizada con la sociedad y con la policía. Y realmente no debería ser así porque nosotras tenemos derecho a tener una oportunidad también como cualquier persona, pero hay gente que solo por ver el

aspecto de uno, verla así, no le dan trabajo, por la apariencia”.

Al respecto de estas barreras, una funcionaria del departamento que trabaja por los derechos de las mujeres y la población diversa, destacó de la necesidad de exponer dos cuestiones que están fuertemente atravesadas en esta problemática: **el clasismo y los cánones estéticos**. Porque si las personas tienen privilegios económicos y políticos, las probabilidades de acceder a trabajos remunerados son mucho mayores, contrario a las mujeres trans empobrecidas y de contextos vulnerados: “**el cómo te ves influye muchísimo en todos los espacios (...) especialmente frente a las mujeres trans hay una barrera muy grande porque las sigue asociando a las infecciones y enfermedades de transmisión sexual.**

Todo esto de *la limpieza... de si te ves limpia te ves sana*, está muy asociado a las posibilidades de acceder al empleo”. Este punto cobra especial relevancia, porque el departamento es un lugar turístico en el que el área de servicios (recepción, atención, ventas, alimentos) es la principal fuente de empleo “**entonces depende de cómo te ves: limpia, pulcra, conservadora, normativa**”, explica.

Para Dahiana y para Ágata, así como para muchas otras mujeres trans en el Quindío y el Eje Cafetero, los obstáculos para acceder a trabajos remunerados y seguros, el habitar la calle y las necesidades económicas trajeron consigo el trabajo sexual. Ágata recuerda que desde que es trans trabajó sexualmente “porque eso es lo que más le da uno. Lo primero que le enseñan a uno cuando es trans es a putear, en

pocas palabras [...] Ahí comencé a coger la calle y casi que no la dejo, no la he podido dejar. Es muy dura”, dice refiriéndose a su deseo de dejar de ejercer el trabajo sexual, que se ha visto entorpecido por las barreras que como mujeres trans enfrentan para acceder a otras fuentes de trabajo y de ingresos.

Esta discriminación y exclusión estructural del mercado laboral **es quizá una de las variables más graves y más urgentes a abordar**, ya que desencadena “un ciclo sin fin de violencia continua” contra las personas trans, indicó la CIDH en el informe sobre “Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos”.

Dentro de ese ciclo de violencia continua se encuentran las violencias de las que son víctimas las mujeres trans trabajadoras sexuales, por parte de agentes policiales, de clientes, personas individuales, grupos ilegales armados, bandas criminales, de sus parejas, de sus familias y sus entorno comunitarios. Enfrentándose a rutas insuficientes para denunciar y el temor a las represalias, especialmente porque el trabajo sexual en Colombia no está regulado, exponiendo aún más a las trabajadoras sexuales a condiciones laborales precarias, violencia institucionales y exclusión social.

Al respecto, Dahiana denuncia que en los más de veinte años que lleva ejerciendo el trabajo sexual, ella y sus compañeras se tienen que exponer continuamente a la mirada y conductas machistas y dominantes de los clientes hombres: **“nos miran como si ellos**

tuvieran el dominio de nosotras, y realmente no es así, porque el hecho de pagar un servicio no quiere decir que hay que besarle los pies a él porque nos está pagando”.

Suelen creer que por ser *servicios sexuales* no existen límites, consentimiento ni acuerdos sobre lo que incluye o no la atención de las mujeres, y el valor monetario que corresponde. Para Dahiana, este tema del consentimiento, los límites y las conductas dominantes de los hombres, están relacionadas con muchas de las violencias que se ejercen en su contra, y que sea tan común que estén expuestas a violencias físicas, robos, asesinatos, desapariciones, y otros peligros. Contrario a la creencia generalizada de que las mujeres trans son peligrosas, entidades de derechos humanos gubernamentales e independientes han confirmado la altísima vulnerabilidad a la que están expuestas las personas trans. “No debería ser así, no deberían tener esa mentalidad y esa ideología que tienen de nosotras. Eso no ha cambiado aún..”.

La activista trans Lohana Berkins, explica que la prostitución como principal salida de las travestis está relacionada estrechamente con su expulsión del sistema educativo y de la pérdida de su hogar y vínculos familiares, ya que es común que en Latinoamérica las transiciones de género se realicen desde edades tempranas. Por lo que las mujeres trans desde edades tempranas “deben negociar los términos de su subsistencia de diversas maneras” tanto con otras personas trans como con los clientes.

Ágata y Dahiana coinciden en que la exclusión familiar y la falta de redes de apoyo son temas que viven comúnmente las mujeres trans, lo que las expone a violencias por parte de sus vínculos cercanos y a la vez al aislamiento y la soledad, generando profundos impactos en su salud mental. Como lo explica Dahiana:

“El rechazo de la sociedad, la estigmatización de la gente, todo eso influye muchísimo, por eso muchas veces entramos en depresión, nos sentimos afligidas, por equis razón, por algo, alguna persona nos hizo sentir mal. Porque realmente a veces nadie sabe qué sucede con nosotras en el mundo de nosotras. A veces me pasan cosas y necesito un consejo, necesito apoyo, pero ¿para qué les voy a contar cosas a mi mamá, a mi papá, si no les importa? Lo único que hacen es reprocharme, discriminarme, la cuestión por delante siempre”.

Sobre este punto Ágata reflexiona que desde su experiencia personal, la familia se convierte en una construcción propia, en la elección de cómo se quiere construir un hogar y sostener vínculos afectivos de cuidado y apañe, que incluyen animales, personas, amores, amigas, amigos, y compañeras de activismo.

¿Qué pasa cuando las mujeres trans trabajadoras sexuales realizan labores de cuidado, sostienen económicamente a familiares o realizan liderazgo y defensa de derechos humanos?

Dentro de las múltiples experiencias complejas que ha vivido Ágata en relación con ser una mujer trans y ejercer el trabajo sexual

también se encuentra la sobrecarga económica y de cuidados que tuvo que asumir para sostener a la única familiar a quien ella consideraba como su mamá y como su hogar. Quien además no contaba con suficiente atención y cuidado por parte de sus otros familiares.

A pesar de que Ágata en distintos momentos con mucho sacrificio sostuvo económicamente su hogar, conformado por su mamá y sus animalitos de compañía, la situación se tornó grave cuando su mamá enfermó y ella tuvo que ejercer el trabajo sexual de forma más pronunciada para recolectar dinero para la dieta y recursos que requería su mamá. “Ni siquiera yo comía espinaca, la mora, el hígado. Eso era un lujo que tenía que comprarle para poder ayudarle con la anemia, para batidos y esas cosas, y pregúnteme: ¿quién de la familia nos ayudó? Nadie. Al punto que las dos nos deterioramos juntas, ella y yo nos fuimos en picada las dos”.

Como su mamá estuvo hospitalizada en varias ocasiones durante 2023, y estuvo especialmente enferma los últimos meses del año, Ágata estuvo en un periodo intenso de sobrevivencia, en el que su vida estuvo centrada en cuidar de su mamá en el día, y salir en las noches y madrugadas a las calles para trabajar, a atender clientes por medio de la compañía, el diálogo, y el sexo. Todo esto sin descanso ni sostén relevante para ella, desatando consecuencias en su salud física-mental, como episodios de ansiedad, depresión y disfunción de la tiroides. Afectaciones que persisten en la actualidad.

La relación entre el trabajo sexual y la sobrecarga de labores de cuidado en Colombia es un tema que aún no se ha explorado con profundidad en Colombia, sin embargo, en febrero de 2025, el Gobierno Colombiano aprobó la política nacional de cuidado en la que reconoce que en Colombia la inequidad en la distribución de las labores de cuidado dificultan el goce efectivo de los derechos de las personas cuidadoras, en su mayoría mujeres, e incluye a las mujeres cuidadoras que ejercen actividades sexuales pagas.

Esta política tiene como objetivo posicionar el cuidado como un derecho fundamental “para el **sostenimiento de la vida humana y no humana interdependiente en el territorio**”. Y garantizar el goce efectivo de los derechos y reconocimiento de las personas, organizaciones y comunidades cuidadoras, su fortalecimiento, asistencia, apoyo y atención, según el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES).

Nota aclaratoria: tanto la RedEje, como las activistas, organizaciones integrantes y las investigadoras de este diagnóstico defendemos y promovemos la autonomía corporal, la decisión libre de las mujeres de ejercer el trabajo sexual y sus derechos laborales. Sin embargo, las mujeres entrevistadas coinciden en que quieren y necesitan otras oportunidades laborales y otras condiciones de vida que les permita desarrollarse libremente.

¿Alguien quiere pensar en los agresores y qué pasa con la prevención?

Un patrón dentro de las violencias basadas en género que destacaron funcionarias de la Policía del Quindío, y varias de las colectivas y activistas entrevistadas, es la falta de prevención y pedagogía sobre estas violencias, además de intervenciones directas a los victimarios para que reconozcan los daños, desestructuren esos patrones machistas y disminuyan la reincidencia:

“Todos nos enfocamos en la víctima, ¿y qué pasa con el agresor? A veces dejamos de lado el principal factor de riesgo que es el que se debería intervenir. A veces dan la medida de protección [a la víctima] pero el agresor continúa, y no es solamente generar un orden de captura por la violencia intrafamiliar o las lesiones personales, no. Es cómo se puede implementar otra reeducación, otras situaciones que lleguen a fondo en las que el agresor pueda decir ‘uy sí, estoy fallando’, y logren ser conscientes”.

La encargada de la Patrulla resalta que una de las 14 medidas de protección que contempla la Ley 1257 de 2008 para mujeres víctimas de violencia de género, es que se le obligue al agresor a acudir a un tratamiento reeducativo y terapéutico en una institución pública o privada que ofrezca esos servicios, sin embargo, esta medida al igual que otras estipuladas en la ley no se están cumpliendo,

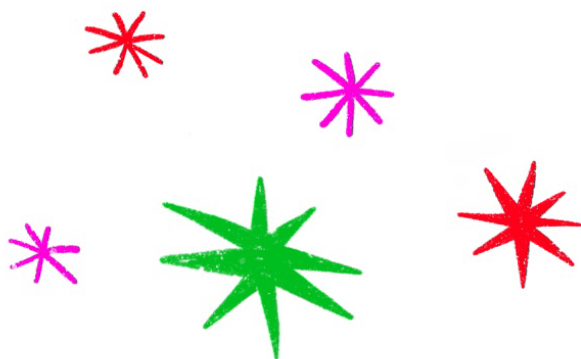
a pesar de que **de la atención psicosocial y reeducativa de los agresores, depende en gran medida la disminución de las violencias contra las mujeres y de la reincidencia en los delitos.**

“Hemos visto en otras partes, que la víctima es intervenida y el victimario también es intervenido. Por ejemplo, una comisaría de familia cita a la víctima y al victimario, hay una denuncia por consumo y alcoholismo y le pega a los niños y a la mujer. ¿Qué sería bueno? Que la comisaría de familia haga el seguimiento no solo a la víctima sino también al victimario. Que le diga por ejemplo que si continúa con estas conductas, le vamos a quitar la custodia, y que acuda a estos cursos de asistencia psicosocial o a psicoterapia, o algo. Pero no conozco en este momento el primer sitio taller donde asisten los victimarios a estos cursos reeducativos, pero en otros países a los que he ido, sí existen. Si está esa articulación, entonces llega el alcohólico o los agresores, y puede, puede que de los 5 que usted mande allá, uno pueda tomar conciencia, y con una persona que coja conciencia es una víctima menos”.

La funcionaria de la Policía también reflexiona que para avanzar en la erradicación de las violencias basadas en género no puede dejarse de lado la prevención, ni confundirse la atención de las víctimas con la prevención de las violencias. Trabajo que debe realizarse de forma articulada por las distintas instituciones, funcionarias y funcionarios gubernamentales en los distintos ámbitos sociales, educativos,

políticos, culturales, tarea que aún está desatendida y en su mayoría, desarticulada a nivel institucional.

La funcionaria entrevistada del Quindío que trabaja por lo derechos de las mujeres y las diversidades también destacó que sin prevención, los avances en materia de la garantía de los derechos de las mujeres son muy pocos, por lo que se necesitan estrategias articuladas de prevención y promoción de derechos por parte de personas capacitadas y expertas, en donde se realicen seguimientos, evaluaciones y mejoras a los procesos de forma que realmente se movilicen las transformaciones a nivel estructural.

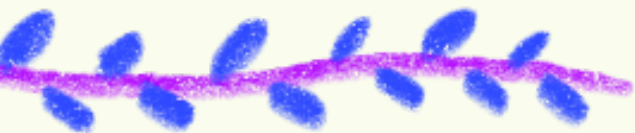


Capítulo 6.

Instituciones educativas como espacios inseguros en los que se replican violencias basadas en género y discriminación







Como se mencionó antes, la familia y la educación son escenarios en los que se transmiten ciertas creencias, normas, prácticas y valores que en muchos casos contribuyen a la naturalización de las desigualdades y violencias basadas en el género. En la socialización secundaria (después de la familia) de las personas para la construcción de subjetividades y comprensiones del mundo se encuentran las instituciones educativas (Peter L Berger y Thomas Luckmann, 2003).

A pesar de que las instituciones educativas tienen el objetivo de ser escenarios dedicados a la transmisión y reflexión de conocimientos y de desarrollo integral para les niñas y jóvenes, es común que sean escenarios donde se refuerzan, legitiman y perpetúan mandatos hegemónicos que sostienen jerarquías de poder basadas en el género (Raewyn Connell, 2015), la raza, y la clase.

Esta reproducción de violencias ocurre tanto en las relaciones entre docentes y estudiantes, como entre pares. Luisa es docente e integrante de una organización feminista de la ciudad de Manizales. Desde su rol como docente ha podido identificar como persisten y se reproducen diversas formas de violencias de género, entre ellas la violencia simbólica y epistémica, que se manifiestan en el mansplaining cuando colegas tienden a explicar a las docentes temas intrínsecamente ligados a sus experiencias y conocimientos,

desconociendo la experticia que estas tienen en esos asuntos.

También constantemente hacen cuestionamientos acerca de los logros y de la autoridad intelectual de las docentes, poniendo en duda la legitimidad de sus avances profesionales, y reduciéndolos a méritos que ellas obtienen “gracias a hombres”.

Lo que comparte Luisa, permite identificar cómo se refuerzan mandatos patriarcales que posicionan a la mujer en un escenario de subordinación e inferioridad. Rebecca Soltin (2016) menciona que el mansplaining constituye una forma de invalidación que impide que las voces de las mujeres sean escuchadas y tomadas en serio, incluso en aquellos escenarios donde estas tienen legitimidad. Esta práctica al igual que la deslegitimación de sus logros profesionales, no solo minimizan las contribuciones de las mujeres, sino que también perpetúan desigualdades de género evidenciando así la continuación de un proceso colonialista desde los saberes, imposibilitando la construcción de escenarios donde las voces de las mujeres puedan emerger dignamente.

En este caso se evidencia como lo narrado, remite a la violencia epistémica al invisibilizar y desacreditar la experiencia y el conocimiento de las mujeres. Gayatri Spivak (2009) reconoce la violencia epistémica como un mecanismo que permite a las estructuras de poder negar o silenciar las voces de las personas. Esta violencia se manifiesta en la forma en que los discursos dominantes definen qué es elegible,

qué y quién puede hablar y qué y quién puede ser escuchado. En el caso de Luisa en particular, encontramos como estos hombres, lo que buscan es interrumpir el proceso de producción y legitimación del conocimiento femenino. Esta violencia, se enmarca en un patriarcado institucionalizado, donde la autoridad y el saber se asocia con lo masculino.

Además, Luisa reconoce que el entorno escolar no es un espacio seguro para las mujeres y estudiantes, ya que se presentan situaciones de acoso sexual, miradas invasivas y morbosas, y están expuestas a comentarios, actitudes y acciones violentas que se naturalizan en la cotidianidad escolar.

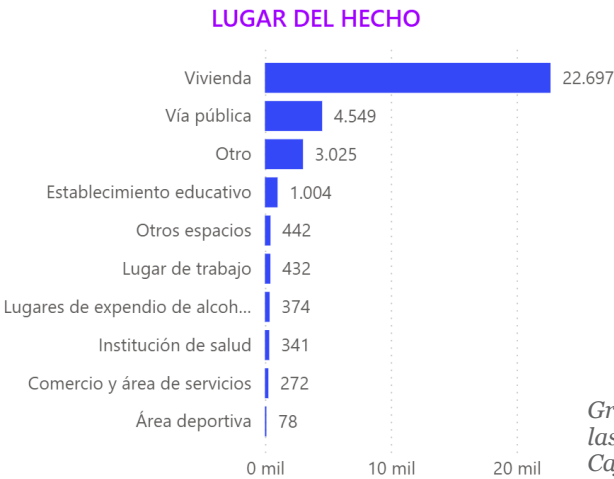


Gráfico 57. Lugar donde se encontraban las víctimas de violencia sexual en el Eje Cafetero (2020-2024).

Después de la vivienda, la vía pública, y “otros espacios”, los establecimientos educativos fueron el lugar más registrado de los hechos de violencia entre 2020 y 2024 en el Eje Cafetero, en más de 1.000 casos de mujeres víctimas, según los datos del Observatorio de Violencias de Género (SIVIGE).

En el caso del departamento de Caldas, según información relacionada de La Patria (2024), entre 2019 y 2024, se reportaron más de 3.000 menores de edad víctimas de violencia sexual, y alrededor de **2.842 docentes** han estado “involucrados” en esos delitos según la Fiscalía, y de ellos, **193 fueron condenados**

según datos de la Defensoría del Pueblo. Además, más de 40 docentes estaban siendo investigados por oficinas de control disciplinario. Lo anterior, se presenta como un alerta, sobre las violencias que se están dando en los escenarios educativos y que ponen en riesgo a las infancias y adolescencias.

De acuerdo con los datos del Observatorio Nacional de Violencias de Género en el departamento de Caldas, las violencias sexuales que sufren las niñas en la primera infancia, infancia y adolescencia han venido aumentando en los últimos años como se aprecia en el siguiente gráfico.

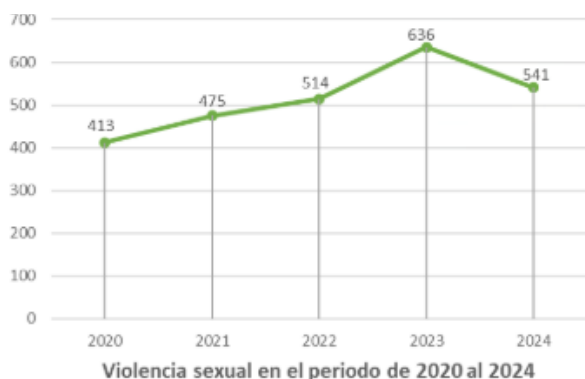


Gráfico 58. Registros de violencia sexual en Caldas contra niñas en la primera infancia (2020-2024), según el Observatorio Nacional de Violencias de Género en el departamento de Caldas.

El gráfico presentado evidencia un aumento en los casos de violencia sexual contra niñas y adolescentes en el departamento de Caldas, presentando un incremento del 54% entre 2020 a 2023. Es de resaltar, que la disminución que se evidencia para el 2024, no es el reporte final dado que los datos sólo contemplan el reporte hasta el 31 de octubre, por lo cual no debe interpretarse como un descenso real, sino como una limitación en el corte estadístico.

De acuerdo a la información dada por W radio (2023), La Patria (2024) y el Observatorio Nacional de Violencias de Género, estos datos reflejan profundas fallas en los sistemas de denuncia, atención y protección de la infancia y adolescencia. Las rutas de atención institucionales son ineficientes, los procesos judiciales lentos y los mecanismos de prevención ineficaces lo que llevan a que muchos casos queden impunes o incluso sean encubiertos por las propias instituciones educativas.

En ese sentido, las violencias no solo son replicadas por los docentes, sino también en las omisiones y barreras institucionales que impiden proteger a las niñas y adolescentes víctimas.

La organización de la que hace parte Luisa, dedicada a la veeduría en temas de género en el departamento de Caldas, ha enfocado su mirada en el escenario educativo, el cual muchas veces es desatendido. Desde su activismo y labor profesional, ha identificado diversas denuncias en diferentes colegios de la ciudad de Manizales y dónde están vinculados diferentes profesores, evidenciando un problema estructural. Ante esta realidad, Luisa considera urgente la implementación de acciones afirmativas, que no solo prevengan, sino que también visibilicen, enfrenten y acompañen de manera contundente las violencias basadas en el género.

La activista también expone que estas violencias no se limitan a hechos aislados, sino que se ven reforzadas por actitudes homofóbicas, transfóbicas y discriminatorias que provienen de docentes y estudiantes. Tanto en el contexto nacional como local, la educación sigue siendo un espacio profundamente atravesado por relaciones de poder que perpetua la violencia género, por medio de la naturalización de comentarios sexistas y machistas, las prácticas de control sobre los cuerpos y la discriminación sistemática de personas disidentes al sistema sexo-género.

Lo anterior, nos invita a preguntarnos ¿Cómo se ha configurado la educación sexual en Colombia? ¿Cómo contribuye al reconocimiento de la diversidad? preguntas que nos invitan a revisar críticamente como se ha construido la educación en el país.

Laura Carolina Martines y Andrea Carolina Cubillos (2015) expresan que para la década de los setenta a los noventa la educación sexual en Colombia se limitaba a información básica que solo hablaba desde aspectos biológicos y reproductivos, con una perspectiva moral que reforzaba los roles de género tradicionales y consideraba a la familia como el agente socializador clave en el mantenimiento del orden social imperante. Maria Carolina Morales (2010) menciona que en el país existieron dos enfoques de educación sexual. Por un lado, *el enfoque tradicional y moralista*, desde el cual la educación cristiana ofrecida por la Iglesia Católica era suficiente para formar en los valores proclives del matrimonio y la familia. Desde este enfoque, los higienistas ya venían hablando de la prevención de las enfermedades de transmisión sexual por medio del certificado prenupcial, dando fuerza a la idea de preservar esos valores tradicionales.

El segundo enfoque, nombrado como *liberalismo humano*, recibió una fuerte influencia del socialismo y movimientos feministas de origen norteamericano. Desde allí se proponía el uso de métodos anticonceptivos para el control de los nacimientos. Según Morales (2010), durante la década de 1970, bajo el gobierno conservador de Misael Pastrana Borrero, se promovió un enfoque moralista tradicional en la educación sexual. Aunque se había propuesto un curso nacional de educación sexual, este fue reemplazado por el programa “Comportamiento y Salud” (Decreto 080 de 1974), centrado en aspectos biológicos y anatómicos avalado por el Ministerio de Educación y la Iglesia.

A pesar de que desde los años 90 hasta la

actualidad, en Colombia han habido varios intentos y leyes —como el Plan Nacional de Educación Sexual (PNES), la Ley General de Educación¹² y el Sistema Nacional de Convivencia Escolar— para incorporar la educación sexual integral dentro de las instituciones educativas, aún depende de la voluntad y capacidad institucional la incorporación de esta educación, el enfoque que le den y su aplicación, según analizó Claudia Valentina Parra en 2024. Esto tiene como implicación que en muchas instituciones educativas se continúen replicando violencias basadas en género, prejuicio y discriminación, que no existan rutas y protocolos para casos de violencias ni personas expertas para acompañar estos procesos, y que estos espacios configuren riesgos y amenazas vitales para las niñas, niños y adolescentes.

Lo anterior contrasta con la Sentencia T-478 de 2015, emitida por la Corte Constitucional de Colombia que ante la tutela impuesta por Alba Lucía Reyes, madre de Sergio Urrego Reyes, joven que se suicidó tras ser víctima de discriminación en el colegio Castillo Campestre por su orientación sexual. Por medio de esta Sentencia la Corte estableció que las **instituciones educativas tienen la obligación de prevenir y garantizar entornos libres de prejuicio**

12 Ley General de Educación menciona que las instituciones educativas tienen la potestad de fijar sus propios currículos, por lo cual no interviene en temas de educación sexual integral ni en perspectiva de género, a pesar de que en su página web sí existen orientaciones curriculares para áreas como educación Recreación y Deporte, Tecnología e Informática y Educación Artística y Cultural.

y discriminación, reafirmando la importancia de implementar una educación sexual integral. Esta es una deuda pendiente que tiene el sector educativo con las niñas, niños y jóvenes de la región y el país, ya que la protección de sus derechos a la igualdad, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad debe ser “aún más estricta pues los menores de edad tienen el derecho de ser formados en espacios democráticos y plurales”.

En la Sentencia, la Corte Constitucional le ordenó e insistió al Ministerio de Educación Nacional la implementación de acciones para la creación del Sistema Nacional de Convivencia Escolar (según la Ley 1620 de 2013 y el Decreto 1965 de 2015), dentro de las que se incluyen: la conformación del comité nacional de convivencia escolar, la implementación de programas educativos alrededor de los derechos humanos y en especial del derecho a la identidad sexual, establecer la Ruta de Atención Integral para la Convivencia Escolar, y garantizar la confidencialidad de los procesos.

De igual forma, la Corte ordenó otra la revisión integral de todos los Manuales de Convivencia en el país “para determinar que los mismos sean respetuosos de la orientación sexual y la identidad de género de los estudiantes y para que incorporen nuevas formas y alternativas para incentivar y fortalecer la convivencia escolar y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los estudiantes, que permitan aprender del error, respetar la diversidad y dirimir los conflictos de manera pacífica, así como que contribuyan a dar posibles soluciones

a situaciones y conductas internas que atenten contra el ejercicio de sus derechos”.

Estas medidas expedidas por la Corte, además de otras directrices, son la guía de trabajo para que las instituciones educativas implementen mecanismos para la prevención, atención, y eliminación de las violencias basadas en género, prejuicio y discriminación en los espacios educativos, y contra niñas, niños y adolescentes.

Violencias basadas en género y discriminación en universidades públicas del Eje Cafetero

Las violencias en espacios educativos no sólo marcan la experiencia escolar, sino que instauran matrices simbólicas y culturales que acompañan a las personas a lo largo de su trayectoria de vida. El ingreso a las instituciones de educación superior no representa necesariamente una ruptura a esas formas de violencia. Por el contrario, se evidencia la continuidad de estas aunque en un escenario diferente, donde se profundizan jerarquías de poder que perpetúan las violencias, desigualdades y discriminaciones.

No obstante, en los últimos años los movimientos de mujeres y las organizaciones sociales de bases feministas y diversas al interior de estas instituciones han creado distintas actividades, estrategias y procesos para intentar hacer más seguros estos espacios, visibilizado esta problemática, desnaturalizando las violencias, denunciando prácticas institucionales cómplices o indiferentes, exigiendo derechos y promoviendo la implementación de políticas integrales para prevenir, atender y sancionar las VBG.

Gracias a estas denuncias, incidencia y exigencias, las universidades han avanzado en la creación e implementación de rutas y protocolos para la atención de las violencias, de allí, se ha registrado que:

Entre 2020 y marzo de 2025, se registraron al menos 420 casos de violencias basadas en género contra mujeres y diversidades en las tres universidades públicas del Eje Cafetero: La Universidad de Caldas, La Universidad del Quindío, y la Universidad Tecnológica de Pereira.

En 2023, la Procuraduría General de la Nación publicó Universidades Públicas libres de violencias, el primer informe de la Procuraduría sobre el abordaje de las violencias por razones de sexo y género en las universidades públicas de Colombia¹³, con especial énfasis en acoso sexual. Para este informe se investigaron las formas en que 24 instituciones de educación superior abordan las acciones de prevención, atención y sanción de las violencias por razones de sexo y género, entre 2020 y 2021.

13 El informe contiene datos sobre violencias basadas en sexo y género, al interior de varias universidades públicas del país, entre ellas la Universidad del Quindío, Universidad de Caldas, Universidad Tecnológica de Pereira, Universidad del Valle, Universidad del Tolima, Universidad del Pacífico, Universidad de La Guajira, Universidad de Amazonía, Universidad de Cartagena, Universidad del Cauca, Universidad Tecnológica del Chocó y otras 10 instituciones más. Incluye análisis de rutas y protocolos de violencias basadas en género, datos sobre investigaciones y sanciones disciplinarias, recomendaciones, buenas prácticas, entre otros.

Este informe en el que participaron la Universidad de Caldas, la Universidad del Quindío y la Universidad Tecnológica de Pereira, tuvo especial énfasis en el acoso sexual, al ser la “expresión de la violencia más recurrente y muchas veces naturalizada o silenciada o que suele presentarse con mayor frecuencia en el ámbito educativo superior”, según indican en el documento. Seguida de la discriminación hacia las personas con identidad de género u orientación sexual diversa.

Dentro de los resultados del informe nacional, se encuentra que:

Entre 2020 y 2021 el 96% de las víctimas de acoso sexual en las universidades de Colombia fueron mujeres y personas con orientación sexual y de género diverso.

El 89% de los agresores fueron hombres, siendo los docentes los principales agresores, seguidos de los estudiantes y personal administrativo.

La Procuraduría General de la Nación alertó sobre la dimensión de esta violencia, en tanto los docentes se encuentran en una relación de poder superior frente a los y las estudiantes: “dentro de las instituciones educativas **se tejen relaciones de poder desiguales, principalmente por las estructuras jerárquicas** y en razón de la edad, el sexo, el género, la orientación sexual, la etnia, las condiciones económicas o la posición laboral y académica que se ocupa dentro de la institución de educación superior”, generando entornos académicos hostiles, inseguros y violentos para quienes estudian y habitan en estos espacios, especialmente para las mujeres y personas diversas.

Los altos índices de violencias en la Universidad de Caldas

Entre 2020 y el primer semestre de 2025, la Universidad de Caldas tenía un registro de 323 denuncias correspondientes a violencias basadas en género, prejuicio y discriminación, y 113 relacionadas con otras violencias y situaciones que afectan la convivencia. Siendo 2024 el año con más registro de denuncias, con un total de 137.

acoso sexual contra mujeres, atendió 14 casos de violencias por razones de sexo y género, y registró 25 quejas por acoso sexual y violencias por razones de sexo y género. A pesar de estas altas cifras solo tenía en investigación disciplinaria a un (1) docente ocasional.

Uno de los elementos más preocupantes es la persistencia de estas violencias en las que el **36% de los agresores son estudiantes y el 29% son docentes**, según los datos pre-

Año	Número de casos registrados de violencias basadas en género, prejuicio y discriminación	Otras violencias y situaciones que afectan la convivencia	Fuente
2022	66	31	Universidad de Caldas
2023	76	31	
2024	137	37	
2025	37	14	
Total	323	113	

Según la socialización que se llevó a cabo en la Universidad de Caldas respecto a las estadísticas sobre las violencias basadas en género a nivel departamental, municipal e institucional. Se identificó, que las violencias más persistentes al interior de la Universidad de Caldas son la violencia psicológica y sexual, cada una representa más del 40% de los casos registrados. En tercer lugar está la violencia física con un 9% y un 1% violencia patrimonial.

Por otro lado, según el informe de la Procuraduría Nacional, entre 2020 y 2021 la Universidad de Caldas registró 7 casos de

sentados por el Grupo Especial de Equidad y No discriminación de la Universidad de Caldas. Lo que pone en evidencia el ejercicio de la masculinidad hegemónica, entendida desde la socióloga Raewyn Conell (2015) como un patrón cultural dominante que enseña a los hombres a ejercer control sobre los cuerpos femeninos y disidentes como forma de control y poder simbólico, y que se agrava en la relación desigual entre docentes y estudiantes.

Dos funcionarias de la Universidad de Caldas entrevistadas, coinciden en que la violencia que con mayor frecuencia persiste

Tipo de violencias registradas en la Universidad de Caldas	Número de casos registrados
Violencia psicológica	145
Violencia sexual	146
Violencia física	28
Violencia patrimonial	3

en el entorno universitario es la de carácter sexual. Ambas exponen que **este tipo de agresiones se manifiestan con especial intensidad durante salidas de campo o encuentros sociales, espacios que, lejos de ser seguros, se convierten en escenarios donde las mujeres jóvenes están en mayores condiciones de exposición y vulnerabilidad**, y en los que hay hombres que aprovechan esas condiciones de vulnerabilidad para dominar, constreñir y ejercer violencias contra las mujeres en sus diversidades.

Este también ha sido un patrón denunciado en otros casos de violencias de género en la región, como en varias de las denuncias realizadas por estudiantes de la Universidad del Quindío, y del programa de Comunicación Social y Periodismo contra un docente del programa en 2018.

“Este tipo de violencias suelen emerger en espacios íntimos, silenciosos, diseñados precisamente para no ser vistos. Son momentos donde solo están presentes el agresor y la víctima, lejos de las demás personas”, agrega la funcionaria de la Universidad de Caldas.

Las funcionarias de la Universidad de Caldas también señalan otra conducta: el hostigamiento físico y a través de medios electrónicos, que termina afectando el

bienestar de mujeres y personas diversas.

En 2021, por medio del acuerdo 035 de 2021, la Universidad de Caldas, estableció *la política de equidad de género, identidad, orientación sexual y no discriminación al interior de su universidad*, que entró en vigencia en el año 2022. Si bien esta política representa un avance en materia de derechos y garantías para la comunidad universitaria, se trata aún de un instrumento reciente cuya implementación y apropiación por parte de la comunidad académica requiere ser analizada y dialogada profundamente.

Una de las funcionarias cuenta que la implementación inicial de la política dejó a muchas víctimas en un limbo doloroso y revictimizante, donde la desprotección se sentía más real que cualquier protocolo, pues la Universidad no restringía la presencia de las personas agresoras en espacios académicos, y muchas de las víctimas tenían que compartir el mismo espacio con sus agresores, como sucede en muchas de las universidades del Eje Cafetero. Esto generó deserción de estudiantes en ciertas materias e incluso del semestre de muchas víctimas que optaron por retirarse o aislarse, por falta de garantías reales que les permitieran habitar la Universidad en condiciones de seguridad y dignidad, constituyendo también formas de violencia institucional.

Cuenta la funcionaria que gracias a la postura de la abogada que, en ese momento, hacía parte del Grupo especial de Equidad y No discriminación, con una postura firme cuestionó la práctica institucional que, en su afán de garantizar el derecho a todas las personas, terminaba protegiendo al agresor y revictimizando a quien había sufrido la violencia. Su postura llevó a que se replantearan las condiciones de habitabilidad de la Universidad y que era la persona agresora quien debía ajustarse a nuevas condiciones (cambios de horarios, grupos, entre otros) y no la víctima.

Este panorama, movilizado también por las voces y denuncias de mujeres, personas de orientación sexual y de género diverso, colectivas y movimientos, abrió paso a transformar la manera en cómo se debe concebir los espacios seguros y libres de violencias en la Universidad. Sin embargo, actualmente la Universidad de Caldas no contempla medidas severas como la expulsión de estudiantes en ciertos casos de violencias basadas en género; la sanción máxima, en cambio, es una suspensión de apenas tres meses.

En el caso de docentes agresores, sí existe la posibilidad de destitución, pero explica la funcionaria que alcanzar ese punto exige contar con “pruebas contundentes, irrefutables, que no deje espacio para la duda ya que es muchas veces esa duda la que abre puertas a un fallo absolutorio”.

Si bien es necesario reconocer los avances institucionales que se han venido dando al interior de la Universidad, se debe resaltar cómo

este progreso coexiste con lógicas burocráticas rígidas y respuestas institucionales ineficientes, que termina limitando la eficiencia de la política frente a las complejidades de las violencias basadas en el género, y que constituyen formas de revictimización y violencia institucional, agravando las condiciones de las personas víctimas.

Además de ello, resulta frágil, limitante y precaria las sanciones institucionales que se imponen especialmente a los agresores del estamento estudiantil, lo que suele tener como resultado el aumento de la impunidad. En consecuencia, es urgente transitar hacia mecanismos que no solo apunten a la denuncia y visibilización de esta problemática, sino que también garantice el acompañamiento integral de las víctimas, el acceso a justicia restaurativa, a una protección efectiva y a una transformación social profunda de la institución. De lo contrario, cualquier política corre el riesgo de convertirse en una formalidad vacía, desconectada de la experiencia diversa de las mujeres y del daño estructural que estas violencias producen.

¿Qué pasa con el acompañamiento integral y sin revictimización?

Charlotte es una joven de 26 años, y se encuentra culminando sus estudios en la Universidad de Caldas. En 2020 inició una relación con Pablo, estudiante de su misma universidad, y tres años después ella finalizó la relación, tras un largo proceso de desgaste y manipulación emocional. Cada vez que ella

planteaba la posibilidad de terminar la relación, él respondía con amenazas y chantajes, diciéndole que si lo dejaba se quitaría la vida, e incluso describiendo cómo lo haría.

Charlotte estaba atrapada entre la manipulación, el miedo, el control y la violencia psicológica pero sabía que era momento de no sostener más esa relación pero él no aceptó ese límite y por el contrario comenzó a buscarla insistentemente y a acosarla. La llamaba desde distintos números, le enviaba mensajes de texto y mensajes al correo electrónico personal e institucional, y de hecho se intensificaron cuando ella le pidió no contactarla: recibió hasta 50 mensajes de texto, 20 llamadas perdidas y más de 50 mensajes al correo institucional. En algunos de esos mensajes, Pablo le compartía historias clínicas y mensajes manipuladores alrededor de su salud y la necesidad de verla y volver a su relación.

También se lo encontraba en la Universidad, la miraba fijamente, le enviaba mensajes o llamadas después de verla. La situación se volvió tan asfixiante que Charlotte comenzó a sentir pánico de ir a la Universidad, vivía en un estado de paranoia, en el que hasta evitaba mirar su celular por miedo a lo que pudiera encontrar.

Tras casi un año en esta situación, Charlotte conoció a alguien nuevo. Un día, su actual pareja dejó su moto estacionada frente a su casa y, al rato, apareció con las llantas pinchadas. Ese mismo día, Pablo le escribió expresando su desagrado por verla con otro hombre. Lo que le permitió comprender que la vigilancia y el control seguían presentes, y que nada de lo que hiciera parecía bastar para que

él se alejara.

En otro momento, recibió una notificación de un intento de ingreso a su cuenta personal de facebook, reconociendo que la localización y el modelo de celular que aparecía coincidía con el de Pablo. Este cúmulo de experiencias afectaron profundamente la salud mental y bienestar de Charlotte. Teniendo como efectos trastornos del sueño, bajo rendimiento académico, miedo intenso y la cancelación de materias para evitar encontrarse con Pablo.

Agotada, decide activar la ruta de atención a las violencias basadas en el género de su universidad. Al principio, sintió alivio al ser escuchada y al saber que se abriría un proceso, pero con el tiempo la esperanza se desvaneció. El acompañamiento jurídico y psicológico fue escaso, y sintió que minimizaron la situación por la que estaba pasando. De hecho, en un primer momento, le propusieron una conciliación con Pablo, a lo cual ella se negó rotundamente. Luego, Pablo fue citado desde el programa académico y el grupo que lleva a cabo los casos de violencias en la Universidad, pero este nunca asistió. Por último, le informaron que se iniciaría un proceso disciplinario. Sin embargo, la citación fue cancelada. Charlotte, confundida y agotada, le escribió al psicólogo de la universidad en busca de una respuesta, pero este nunca le respondió sus mensajes.

Lo que debía ser un proceso que garantizara su protección, se convirtió en un camino de desgaste. No hubo un verdadero acompañamiento jurídico ni psicológico. Charlotte confiesa que de poder retroceder el tiempo, no habría recurrido a esta instancia. Lo único que provocó su intento por alzar la voz fue que Pablo, una

vez más, la buscará, esta vez para recriminarle que dejara de llamarlo acosador, negando los hechos que la habían llevado a pedir ayuda a pesar de las evidencias que esta tenía. Jamás se establecieron garantías reales para que ella pudiera habitar la Universidad con tranquilidad.

El testimonio de Charlotte, como otros casos conocidos, permiten exponer de manera contundente las brechas que se dan entre la formulación normativa y la práctica institucional real al interior de la universidad. Aunque se reconoce los avances que se han tenido con la implementación de la política de género, la experiencia de Charlotte revela la revictimización y violencia institucional, manifestada en la ausencia de acompañamientos integrales, la inacción, la inoperancia, el silencio institucional y el abandono de las víctimas por parte de las instancias que deberían protegerlas. La inoperancia, el silencio institucional, la ausencia de acompañamiento real y cuidadoso termina siendo un factor crucial en la expulsión simbólica y física de las víctimas de violencias de los espacios universitarios.

Por lo que **es fundamental que las universidades implementen mecanismos efectivos de justicia, protección y reparación; las universidades no pueden limitarse a registrar o cuantificar los casos de violencias. Deben asumir responsabilidades activas y éticas en la transformación de las condiciones simbólicas y materiales, de quienes han sido históricamente vulnerados.**

Violencias basadas en género en la Universidad del Quindío

Mujeres, activistas y organizaciones feministas registramos desde hace al menos siete años múltiples denuncias de mujeres víctimas de violencias en las universidades en Armenia, por parte de estudiantes y docentes, en especial de la Universidad del Quindío.

La Universidad del Quindío, es la única universidad pública del departamento del Quindío, y es receptora de estudiantes de otras regiones del país. Hasta el segundo semestre de 2023, la Universidad registraba 11.273 estudiantes en modalidad presencial, 3.488 modalidad a distancia, y 1.456 en modalidad virtual.

Desde el año 2021 hasta 2024, la Universidad del Quindío ha recepcionado **92 casos de violencias contra mujeres**, según la respuesta que nos dió al derecho de petición enviado para esta investigación.

La principal denuncia registrada en el total de los casos es acoso y acoso sexual, seguida de la violencia psicológica, física, sexual y acoso académico. Y en el 20% de los casos de violencia, la Universidad no especificó qué tipo de violencia sufrieron las mujeres.

La mayoría de las víctimas son mujeres estudiantes. Sin embargo, también 4 docentes, 2 contratistas, 1 administrativa y 1 graduada denunciaron agresiones en su contra.

Tipo de violencias registradas en la Universidad del Quindío	Número de casos registrados
Acoso y acoso sexual	24
Violencia sexual	9
Violencia psicológica	14
Violencia física	12
Acoso académico	7
Bullying	5
Suplantación de identidad	2
Violencias que no especifica la Universidad	19

Ciencias humanas (23) y Ciencias de la Educación (20) son las facultades con más casos de violencias denunciadas. Y le siguen Ciencias de la Salud (13) y Ciencias Básicas y Tecnológicas (13).

En el Informe Insumos Diagnóstico Social de Violencias y discriminación basadas en Género en la Universidad del Quindío (2023), la autora Claudia Castaño, especialista en Salud de Bienestar Institucional, reconoce que por medio de varios diagnósticos la Universidad ha identificado distintas violencias y desigualdades que sufren las mujeres en la institución. Violencias físicas, verbales, sexuales, de abuso de poder, bullying, discriminación

y exclusión manifestadas por estudiantes, docentes y personal administrativo, y basadas en la orientación sexual, la religión, el género, la diversidad funcional, las características socioeconómicas, entre otros aspectos.

¿Quiénes son los principales agresores?

En el 45% de los casos de violencias contra las mujeres entre 2021 y 2024, la Universidad del Quindío no especificó quién es el agresor.

En los casos de violencia que la Universidad sí especificó el agresor, los docentes son los principales agresores denunciados: en al menos el 21% de los casos (19), los agresores fueron docentes de la Universidad, quienes ejercieron principalmente acoso, acoso sexual¹⁴ y acoso académico contra las mujeres, seguido de la violencia psicológica.

El 9% de los agresores eran amigos y compañeros de las víctimas, el 6% fueron exparejas y el 3% a parejas.

En los casos de agresores docentes:

- * 6 de las mujeres víctimas eran de la Facultad de Ciencias Básicas y Tecnologías

- * 3 de las mujeres víctimas eran de la Facultad de Ciencias de la Educación
- * 3 de las mujeres víctimas eran de la Facultad Ciencias de la Salud
- * 3 de las mujeres víctimas eran de la Facultad de Ingeniería
- * 2 de las mujeres víctimas eran de la Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables.
- * 1 de las mujeres víctimas era de la Facultad de Ciencias Agroindustriales.

Las anteriores cifras se relacionan con los resultados de la Cartografía Social para la Prevención, Detección y Atención De Violencias, o cualquier tipo de Discriminación Basadas en Género, en la Universidad Del Quindío (2023), realizada por Bienestar Institucional. El ejercicio se componía de una encuesta que fue aplicada con 159 personas, entre ellas estudiantes, administrativos, docentes, y un ejercicio de identificación de violencias y lugares seguros e inseguros de la Universidad, usando como guía un violentómetro guiado por colores y tipos de violencias. En la encuesta participaron 81 mujeres, 66 hombres, 9 personas trans y 4 personas no quisieron decir su género o no respondieron la pregunta.

¹⁴ El acoso sexual por parte de estudiantes y docentes es la principal forma de violencia que sufren las mujeres, seguido de la discriminación hacia personas con identidad de género u orientación sexual diversa, según *Universidades libres de violencias*, el primer informe de la Procuraduría sobre el abordaje de las violencias por razones de sexo y género en las universidades públicas de Colombia (2023).

“Los participantes ubicaron en el mapa con un punto de color el escenario o lugar donde hayan vivido, percibido o experimentado alguna de las situaciones de violencia enunciadas en el violentómetro. Los resultados obtenidos se ubican en un mapa geoespacial de calorimetría”, explica su autora

Nathaly Camargo, docente de Bienestar en ese entonces.

Según el resultado de este ejercicio, la Facultad de Ciencias Básicas es considerada por las personas encuestadas como la más insegura, seguida de Ciencias de la Salud, Ciencias de la Educación, y el gimnasio. La autora señala que “la onda lila permea en relación al aumento del riesgo, incluso tocando espacios que se consideran seguros (...) Es relevante anotar la intensidad del rojo que sobresale de los bloques y permea en la universidad”

Amarillo: situaciones de cuidado

Naranja: situaciones de alerta

Rojo: situaciones de intervención urgente

Estrella roja: señalamientos más álgidos en relación a las violencias

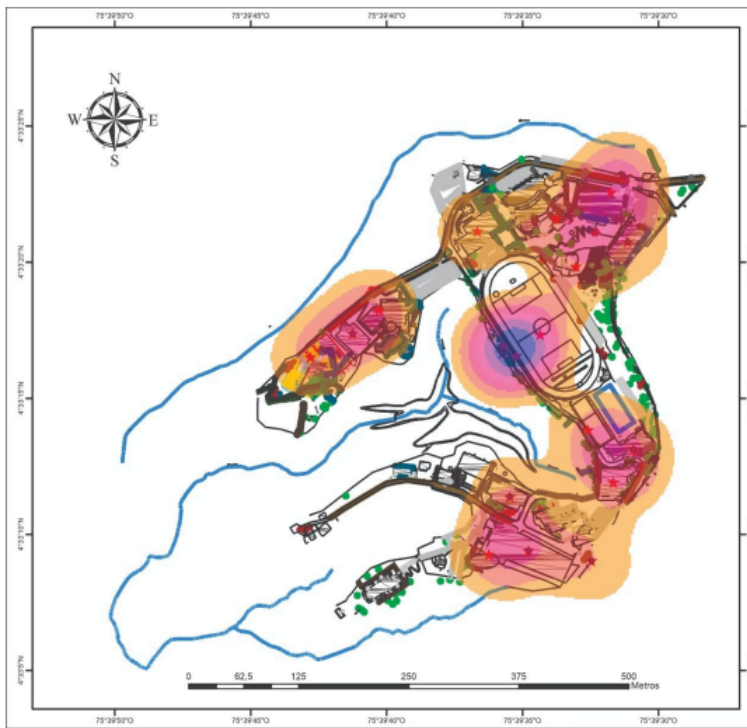
Punto verde: lugares de confianza

En complemento con la Cartografía, varias de las personas entrevistadas señalaron aspectos repetitivos como **la invisibilización de las violencias machistas al interior de la Universidad, la desprotección de las víctimas, la connivencia con docentes y autoridades, la falta de pedagogía sobre violencias, y rutas de denuncia segura:**

* Muchas veces el abuso de autoridad por parte de docentes y directivos hacia las personas aprovechando sus roles está dentro de la violencia de género (encuesta núm. 49).

* La universidad no protege a las personas que sufren de acoso por los docentes (encuesta núm. 2).

* En la universidad los temas quedan bien archivados y las víctimas expuestas (encuesta núm. 39).



Tomado de la Cartografía social, Universidad del Quindío.

- * Es un tema que está invisibilizado ya que muchas veces nos da miedo reportar una violencia porque lo recibimos de parte de administrativos o, en ocasiones, no sabemos la ruta de atención. Siento que es una línea que se debe priorizar y mejorar (encuesta núm. 48).
- * La violencia de género es una situación latente que hay que trabajar dentro de la universidad, su erradicación desde procesos de denuncia y pedagogía (encuesta núm. 79).
- * Es necesario hacer talleres sobre VBG, como detectar comportamientos propios que se relacionan con acoso sexual, discriminación, etc.; así mismo fortalecer el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (encuesta núm. 81).
- * En algunos casos la violencia es pasada por alto y las estudiantes toman como medida la deserción y así no acabar con sus estudios (encuesta núm. 34).

Desde 2018, estudiantes de la Universidad han realizado distintas denuncias públicas y digitales sobre violencias por parte de docentes de programas de la institución como Comunicación Social-Periodismo, en los que las voces de estudiantes de distintos semestres y contextos visibilizaron casos de acoso, violencia sexual y abuso de poder. Gracias a distintas mujeres y estudiantes, este pasó de ser un tema del que se hablaba poco y en voz baja, a ser una alerta y altavoz de denuncias de violencias al interior del programa y la Facultad.

En 2023, la Universidad dispuso el protocolo para la prevención, detección y atención de casos de violencias y o cualquier tipo de discriminación basadas en género obedece al cumplimiento de la Resolución 10701 del 24 de enero de 2023. Y ese mismo año, y el siguiente (2024), nuevamente se visibilizaron de forma mediática denuncias de mujeres víctimas de violencias y colectivos feministas de la Universidad. Estas denuncias de mujeres de distintos programas han movilizado la exigencia de que la Universidad atienda con integralidad y enfoque de género a las víctimas y las violencias machistas, producto de docentes, estudiantes, compañeros y demás agresores.

Recomendaciones como estas también fueron realizadas por las personas de la Universidad participantes de la Cartografía social (2023), en los que se hace referencia **a la necesidad de visibilizar las violencias de género y realizar acciones de reparación integral y fortalecer asuntos “muy suaves”¹⁵. Así como el esclarecimiento de la verdad, porque “dignifica a las personas y ayuda a su proceso de superación”** (encuesta núm. 124).

En relación a la justicia, la verdad y la reparación:

15 Encuesta núm. 91. Cartografía Social para la Prevención, Detección y Atención De Violencias, o cualquier tipo de Discriminación Basadas en Género, en la Universidad Del Quindío (2023).

De los 92 casos de violencias registrados entre 2021 y 2024, el 28% fueron remitidos a control interno disciplinario, según la respuesta de la Universidad del Quindío.

Y entre 2020 y 2021, un (1) hombre de personal administrativo fue sancionado disciplinariamente por acoso sexual; y (1) un docente y (1) un administrativo estaban en investigación disciplinaria por acoso sexual y violencias por razones de sexo y género, según el informe Universidades Públicas libres de violencias, de la Procuraduría General de la Nación.

Ante los casos de violencias en los años recientes, Jhon Fernando Vélez Valencia, abogado y jefe de la Oficina de de Control Interno Disciplinario de la Universidad del Quindío, en una nota del portal web reconoció que existen barreras para la investigación de estos casos, como el miedo y la coacción:

“(…) En la Universidad se presentan varias situaciones de violencias, sin embargo, no siempre llegan a Control Interno Disciplinario por muchas razones, entre ellas, miedo, coacción, desconocimiento, entre otras razones que resultan ajenas”.

En la Cartografía social (2023), varias de las personas encuestadas¹⁶ coincidieron y señalaron como **una amenaza la falta de garantías para las denunciantes, la penalización y juicio social por denunciar, el temor a posibles represalias, además**

de la falta de respuesta institucional, y los roles de poder de directivos.

La Procuraduría General de la Nación se ha llamado la atención sobre la dimensión de esta violencia:

“Es fundamental tener en cuenta la magnitud del problema de las violencias por razones de sexo y género en el ámbito universitario público y privado, puesto que se trata de una enorme cantidad de estudiantes: hombres, mujeres, población OSIGD, personas menores de edad, personas con discapacidad, población afrocolombiana, entre otras, que semestralmente ingresan a las instituciones de educación superior y que pueden ser víctimas de violencias por razones de sexo y género, más aún cuando dentro de las instituciones educativas **se tejen relaciones de poder desiguales, principalmente por las estructuras jerárquicas** y en razón de la edad, el sexo, el género, la orientación sexual, la etnia, las condiciones económicas o la posición laboral y académica que se ocupa dentro de la institución de educación superior”, expone Universidades Públicas libres de violencias, el primer informe de la Procuraduría sobre el abordaje de las violencias por razones de sexo y género en las universidades públicas de Colombia (2023)¹⁷.

17 El informe referenciado contiene datos sobre violencias al interior de varias universidades públicas del país, entre ellas la Universidad del Quindío, Universidad de Caldas, Universidad Tecnológica de Pereira, Universidad del Valle, Universidad del Tolima, y otras 16 instituciones más. Incluye análisis de rutas y protocolos de violencias basadas en género, recomendaciones, buenas prácticas, entre otros.

La Universidad del Quindío no solo tiene el deber constitucional de prevenir, atender y erradicar las violencias basadas en género y discriminación en la institución como lo estipula la Ley 1457 de 2008, sino que también tiene una deuda histórica con las muchas mujeres y personas diversas víctimas de violencias basadas en género que no fueron atendidas ni acompañadas por la institución pública que debió protegerlas, y que por el contrario, fueron revictimizadas, perseguidas, y estigmatizadas por alzar sus voces y romper el silencio.

Racismo y violencias basadas en género en la Universidad Tecnológica de Pereira (UTP)

Desde la mesa Afro de la Universidad Tecnológica de Pereira, y uno de los colectivos afro de la Universidad, han trabajado y realizado acompañamientos a casos de estudiantes que han sufrido de acoso y otras violencias y discriminaciones en diferentes ámbitos de la academia. Estos acompañamientos han estado enfocados específicamente a mujeres y comunidad diversa negra, afrodescendiente, raizal y palenquera (NARP) de la Universidad.

Durante estos procesos de acompañamientos han logrado identificar que los violentadores suelen ser hombres blancos mestizos que están vinculados a roles de poder dentro de la Universidad, es decir, que suelen ser docentes o administrativos, aunque también estos casos vinculan a compañeros del aula de clase.

“[...] Tenemos varios casos de docentes de la Universidad. Se ha hecho un seguimiento pero pues es muy complejo porque a pesar de que se haga un seguimiento y todo... no ha pasado nada con ellos, entonces es preocupante, como que ahí tenemos que confiar en Bienestar universitario, pero el bienestar universitario se demora mucho para dar respuestas. Entonces, **¿qué va a pasar con ese profesor que tiene ya varias denuncias... antes de mujeres blancas y ahora de mujeres negras con las que también ha sido racista y no ha pasado nada?**”

Colectiva afrocentrada que realiza formación y pedagogía antirracista, Risaralda (2024).

Y es que si bien como lo han detallado algunas autoras, para el caso de América

Latina el debate de racismo en las universidades es de reciente emergencia en la literatura a diferencia de lo que se ha reportado en Estados Unidos, no quiere decir que las mujeres y las personas afro no hayan estado ni continúen expuestas a estas violencias agudizadas por cuestiones de género, orientación sexual, condición económica, entre otras dimensiones. Para el caso de Países como Colombia y Brasil, estas violencias se han expuesto gracias a las denuncias realizadas por colectivos y organizaciones afroestudiantiles (Czarny Gabriela., Navia Cecilia., Velazco Saúl, & Salinas Gisela; 2023)

En el informe Universidades Públicas libres de violencias, la Universidad Tecnológica de Pereira registró al menos 2 casos de acoso sexual contra mujeres entre 2020 y 2021, agresiones realizadas por docentes. Y a su vez, la Universidad realizó al menos seis (6) atenciones de violencias por razones de sexo y género contra las mujeres en esos mismos años.

Ambos docentes, según el informe, estaban en investigación disciplinaria. Frente al punto de “hombres **sancionados disciplinariamente** por acoso sexual”, la UTP no respondió esta información a la Procuraduría.

“[...] Lo que ha pasado es que, por ejemplo, mujeres negras han sido acosadas por personas de la Universidad, pero también

les han hecho comentarios racistas acerca de la hipersexualización de la mujer negra. Entonces no la van a acosar de manera que acosan a una mujer blanca, sino que es como la hipersexualización de una mujer negra con la que acosan”.

Colectiva afrocentrada que realiza formación y pedagogía antiracista, Risaralda, (2024).

Las formas en las que sufren violencias las mujeres negras, afrodescendientes, raizales y palenqueras no son iguales a las que sufren mujeres blanco mestizas, pues no solo se es víctima de los prejuicios, roles, estereotipos y desigualdades por ser mujer, sino que también están atravesados por el racismo, la colonialidad, y por creencias sobre “lo que es y debería ser” una mujer negra. Creencias e ideas basadas en estereotipos como la hipersexualidad, la insensibilidad, la agresividad, la irracionalidad, la subordinación.

Una de las integrantes de la colectiva afro, explica que esta interseccionalidad de las violencias tiene una forma de nombrarse y es **Misogynoir**. La combinación de la misoginia y el racismo, un concepto acuñado en el 2010 por Moya Bailey, académica, escritora y activista afroamericana, la cual buscaba exponer a través de este concepto las vivencias de las mujeres negras en el marco de experiencias racistas y sexistas.

“La negra misoginia describe la violencia racializada y sexista, co-constitutiva de una manera singular, que recae sobre las mujeres negras como resultado de las opresiones interconectadas y simultáneas en la

encerujada entre la marginalización racial y la de género”, explica Moya Bailey en Negra Misoginia Transformada.

Ahora bien, en este hilo de enunciar los tipos de violencias que algunas mujeres (NARP) han vivido en espacios de educación pública como los de la UTP, es importante señalar a quienes las ejercen, y allí, además de compañeros, se encuentran específicamente docentes quienes desde su poder como docentes realizan comentarios sexistas, racistas y acoso sexual bajo el silencio y connivencia de otros estudiantes y personas de la Universidad.

“Me pasó de que hubo profesores que le tiraban los comentarios súper sexosos a uno, en frente de todos los compañeros, y los manes no decían nada, y eran como *hay que feo, pero pues él es el profesor, él lleva a muchos años acá, él es el que sabe, si yo digo algo él me va a hacer perder la materia*. Entonces igual de una forma u otra los terminan condonando, entonces es demasiado común, pero como que uno sabe de pasillo, uno sabe los profesores que acosan en ingenierías, cuáles son los profesores más racistas, uno sabe todo eso, pero son profesores que llevan un montón de años en la universidad, que tienen todo el poder, que tienen todos los contactos, y que no los han sacado en 40 años, entonces es un tema muy complejo”.

Colectiva afrocentrada que realiza formación y pedagogía antiracista, Risaralda (2024).

★ En el capítulo 5 se amplía el análisis sobre estereotipos y racismo contra las mujeres negras y afro.

Como lo señala la integrante del colectivo, es común el silencio frente a estas formas de violencia contra las mujeres, especialmente cuando son ejercidas por docentes y personas que se encuentran en mayores grados de poder. A pesar de que a voces es sabido que también hay acoso y racismo por parte de docentes de Bellas Artes, Sociales, Ingenierías, las entrevistadas coinciden en que prima el silencio. Son las colectivas y la mesa antirracista dentro de la Universidad quienes alzan las voces en manifestaciones, e intentan acompañar y asesorar a las víctimas en sus denuncias y en el seguimiento de los casos para que no se queden estancados en Bienestar Universitario.

Parte de ese silencio generalizado también se debe a la falta de confianza en la institucionalidad, en la revictimización que ejerció la institución con algunas víctimas en el abordaje de estas violencias hasta 2023, señalan las integrantes de la colectiva. Pues después de ese año hubo cambios administrativos en la Universidad, y se creó la Mesa afro en la Universidad.

Con este antecedente, la Mesa afro y la colectiva propusieron a la Universidad tener un protocolo para atención a violencias racistas, ya que si esto estaba sucediendo con las violencias de género, había otras situaciones de violencia racista que no estaban teniendo proceso por parte de la institución. Sin embargo, la voluntad política de la universidad ha sido ambigua, puesto que no ha sido clara en las repercusiones que tienen con las y los docentes que ejercen este tipo de violencias, racistas y de género o negra misoginia con las y les estudiantes, y por el contrario, sus acciones han pasado a su vez por encima del trabajo político

de las y los colectivos y mesa Afro de la UTP:

“Estábamos trabajando, era una ruta de atención de violencia racista, que se trabajó en vinculación con Bienestar universitario pero el Consejo superior dilató el proceso, como cosa rara, pero pues si es una propuesta que incluso salió desde el inicio de la Mesa, pero a pesar de que si hay una ruta de atención para violencias basadas en género en la UTP no hay una ruta de atención para violencias racistas, porque por algo estamos peleando por eso, que incluso, la propuesta que se llevó en el Consejo Superior inicialmente había sido un trabajo en conjunto. Pero el Consejo Superior cambió el proyecto que habíamos lanzado y terminaron convirtiéndolo en algo que no se parece nada a lo que nosotros hicimos y pues es muy importante porque el racismo en la Universidad no se habla, no se habla de ningún tipo de violencia y mucho menos hablar del racismo, y que incluso pues de pronto para algunos estudiantes ha sido complicado diferenciar ese tipo de violencias porque es algo que ha pasado durante tanto tiempo y que está tan normalizado que sucede y no pasa nada entonces terminan por no denunciarlo porque esta naturalizado”.

Violencias racistas y epistémicas

Como ya mencionamos anteriormente, la identificación y reconocimiento del racismo dentro de la Universidad Tecnológica de Pereira viene de las denuncias de los mismos colectivos y de quienes han sido estudiantes que han vivenciado de manera directa y relatado estas violencias que provienen de compañeros, estudiantes, docentes y administrativos. Desde

el uso de adjetivos como “negrita” hasta la minimización de sus conocimientos por su color de piel.

Este tipo de manifestaciones se ven enmarcadas en el concepto de *racismo cotidiano* que mencionan Elizabeth Castillo Guzmán y Anny Ocoró Loango (2023) en su artículo de la interculturalidad al racismo en la educación superior, allí explican cómo estos mecanismos de socialización que son ideas y/o creencias estereotipadas sobre las personas que habitan territorios y culturas étnicas influyen en el relacionamiento social entre pares (es decir entre compañeras y/o estudiantes) viéndose reflejada esencialmente en el lenguaje racista a través de “apodos”, frases de interiorización del otro, como quienes llegan a estos espacios de educación superior predominantemente blanco mestizos.

Estas formas de racismo cotidiano que violentan y además muchas veces exotizan a las personas y cultura negra, resulta en un desgaste a nivel psicológico y emocional para quienes lo viven. Además de que se encuentran cotidianamente en la situación de tener que distinguir y clasificar los fines o razones de quienes ejercen esas violencias, si es por desconocimiento, humillación, control, dominación o naturalización del racismo, y a partir de allí determinar qué posición quieren y pueden asumir. Esto hace que, en especial las mujeres y personas diversas se vean constantemente expuestas a justificar, defender o hacer pedagogía sobre sus existencias, sus cuerpos, identidades, culturas y formas de habitar la vida, soportando una carga que también suele ser re victimizante.

Estas formas de racismo también se expresan en el desconocimiento y subordinación de la agencia y capacidades intelectuales de las mujeres y personas negras, afrodescendientes, raizales y palenqueras, o sea, se expresa en violencia epistémica. Una de las integrantes del colectivo compartió su experiencia como monitora de aula, en la que dos de los profesores de la facultad de ingeniería *“no querían trabajar conmigo y uno de ellos había dicho: Ay no, con esa negra, no, yo no quiero trabajar. Además se nota que no sabe nada. A mí me dio muy duro, porque ellos delante mío actuaban de una forma y luego me enteré de que hablaban entre ellos y hacían chistes en la oficina”*.

Según una de las personas encargada de la asignación de monitorías, en la facultad de ingenierías “ese tipo de violencias son excesivamente comunes pero no se hablan. Como quien dice: ‘eso a nosotros no nos importa, como que los ingenieros somos muy cuadrículados y el área humana para nosotros no existe’. **Por esas suposiciones de las ingenierías es que, cuando hay denuncias se callan muy rápido, porque también es verdad que hay estudiantes que acolitan esas cosas”**.

La monitora a pesar de que quería denunciar y escalar esta situación no encontró a quién dirigirse que supiera que atendería su queja, y cuenta que aunque intentaron visibilizar esta situación dentro de la universidad a través de diferentes acciones de activismo, muchas de ellas quedan truncadas. Por ejemplo, en la UTP así como en la Universidad del Quindío, comúnmente borran y quitan las denuncias

y manifestaciones públicas que realizan los estudiantes sobre las violencias que suceden al interior de las instituciones.

Aunque el panorama sigue siendo complejo, desde los colectivos universitarios han surgido otras iniciativas, en las que se han generado otras formas de articulación con otras agrupaciones y corporaciones que les han permitido tener un mejor acompañamiento frente a estas situaciones de violencia, en compañía de organizaciones como ILEX, Acción Jurídica:

“[...] Por eso *antorchas violetas* nace de la necesidad de poder empezar a despertar y vislumbrar qué está pasando, porque si bien contamos con Bienestar, Bienestar no va... Les dejamos las denuncias y hacen el acompañamiento, pero eso no me asegura a mí de que vayan a sacar a ese profesor, de que vayan a exponer a esos decanos, de que vayan a decirle a los consejos administrativos [...] Desde este año, nosotros también logramos un vínculo con Ilex Acción Jurídica, que es una organización de abogados a nivel nacional para trabajar en contra de las violencias racistas. Entonces, cuando nos llega un caso de un nivel que nosotros no podemos manejar, normalmente nos redirigimos a ellas. Nos han hecho asesorías legales muy completas totalmente gratis, incluso a finales del semestre pasado tuvimos la visita de la directora de Ilex en la Universidad y como que principalmente, ese ha sido nuestro apoyo... **entonces no solo ha sido para redirigir denuncias sino que también ellos nos han apoyado, los tiempos de respuesta son muy rápidos y están muy pendientes durante todas**

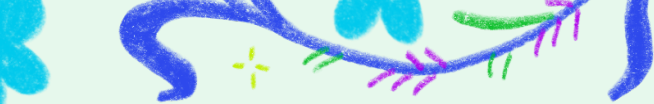
las etapas del proceso, casi siempre los contactamos por el correo electrónico porque son como más institucionales pero responden muy rápido”.

Recomendación: Conoce la Caja de herramientas jurídicas para la defensa de derechos humanos de la población negra, de Ilex, Acción Jurídica



Capítulo 7. Violencias y barreras por parte de políticos, funcionarios y servidores públicos





Las violencias basadas en género son tan naturalizadas, comunes y estructurales, que también son ejercidas por quienes deberían velar y abogar por los derechos de la ciudadanía, como representantes políticos, funcionarios y servidores públicos del departamento. Porque recordemos que la violencia de género no es una cuestión de clase, es una problemática **estructural y sistémica compleja, motivada y basada en múltiples sistemas de opresión.**

En octubre de 2024, Wilmer González, concejal del Partido de la U en Quimbaya, Quindío, fue **denunciado por violencia física** por una funcionaria de la Secretaría del Concejo. El concejal negó los hechos violentos y expidió un comunicado revictimizante. Sin embargo, a los días siguientes, en un acto de conciliación el concejal se comprometió a pedir disculpas públicas por su agresión contra la víctima a quien llamaremos Cecilia, entre otros puntos acordados.

En medio de la conversación, Cecilia comparte que varias mujeres cercanas a ella han sido víctimas de violencia de género, por lo que ella hace tiempo tenía claro que si llegaba a serlo iba a defenderse, y lo hizo. Al siguiente día de la agresión, Cecilia puso la denuncia en

la Fiscalía contra el concejal y días después, su caso se visibilizó públicamente. *No todas hablan y no todas dicen... yo creo que son más las que no hablan*, dice refiriéndose a la naturalización de las violencias contra las mujeres, y de guardar silencio ante las agresiones de los hombres.

En la sentencia T-878 de 2014, la Corte Constitucional de Colombia precisó que la violencia de género *hunde sus raíces en las relaciones de género dominantes de una sociedad, como resultado de un notorio e histórico desequilibrio de poder. En nuestra sociedad el dominio es masculino por lo que los actos se dirigen en contra de las mujeres o personas con una identidad de género diversa (lesbianas, gay, bisexuales, transgeneristas e intersexuales) con el fin de perpetuar la subordinación.*

Y resalta que la violencia contra las mujeres son mucho más que las lesiones físicas y psicológicas, explicando que la violencia estructural **“implica inequidad en el ámbito de lo político, lo social y lo económico y a la violencia cultural constituida por los discursos que justifican el trato desigual. Estos tres componentes de la violencia se**

retroalimentan entre ellos, perpetuando la discriminación, la desigualdad y la violencia”.

Para Cecilia haber sido víctima de esta violencia significó afrontar una realidad dolorosa y lamentable: “da desesperanza que por ser mujeres en algún momento tengamos que vivir eso. Que solo por ser mujeres, sí o sí, tengamos que vivir y pasar por el proceso [de ser víctimas de algún tipo violencia]”.

Esta mujer no solo fue víctima de violencia física y verbal, la agresión también representa una forma de violencia institucional, ya que los daños fueron ocasionados por una autoridad/funcionario público, quien se encuentra en una posición de poder, y de hecho es uno de los encargados de velar y garantizar los derechos de la ciudadanía.

En estos casos en los que las violencias basadas en género son ejercidas por autoridades, funcionarios, personal, agentes e instituciones gubernamentales, estos incumplen con su deber de no realizar acciones y prácticas de violencia contra las mujeres, como se acordó en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer Belém do Pará, ratificada por Colombia mediante la Ley 248 de 1995. Esto agudiza la desigualdad de las mujeres y supone más barreras para el acceso a la justicia y a la garantía de sus derechos, explica la Corporación con enfoque feminista y de acompañamiento psicosocial y jurídico, Sisma Mujer, en la Sentencia T-735 de 2017.

A pesar de la gravedad de esta violencia institucional ejercida por un funcionario , y de la visibilidad de este caso en redes sociales, la mayoría de gobernantes, funcionarios y servidoras públicas del departamento guardaron silencio a nivel público, pues solo se conoció la manifestación en la Asamblea de una diputada que trabaja por los derechos de las mujeres, quien días después de la agresión, mencionó en una sesión este caso específico de violencia. Aunque varias organizaciones feministas y defensoras de derechos humanos se pronunciaron exigiendo el pronunciamiento del gobierno local y nacional sobre este grave caso ejercido por una autoridad política, y señalando la violencia institucional que significa, primó el silencio de la mayoría de los gobernantes del departamento, quienes generalmente no se expresan públicamente sobre estas violencias y problemáticas.

Las organizaciones feministas insisten, e insistimos en la necesidad de que las entidades gubernamentales apliquen realmente el enfoque de género y la no revictimización, desde la investigación, la atención, la justicia y la reparación. Este caso, así como otros sucedidos en el departamento y la región, exponen la urgente necesidad de que los representantes políticos, funcionarios y servidores públicos se capaciten y reconozcan las violencias basadas en género. Además de la necesidad urgente de creación de rutas internas y mecanismos de atención para los casos de violencias basadas en género contra funcionarias y funcionarios del Estado, de forma que estos fuertes casos no se repitan.

Este no es el primer caso de violencia por parte de un funcionario público en la región

En Marzo de 2024, el Juzgado Quinto Penal del Circuito de Armenia condenó a Juan Ricardo Medina quien fue jefe de comunicación de la gobernación del Quindío a un año de prisión, como autor responsable del delito de acoso sexual contra una mujer trabajadora de servicios generales en esta institución. Quien fue acosada en el año 2021, por Medina cuando él era el jefe de prensa de la Gobernación del Quindío.

La Sentencia indica que “se observa que el acusado se aprovechó de la relación desigual y asimétrica para ejercer actos de asedio de naturaleza sexual en contra de la mujer”. Siendo esta una violencia laboral y también institucional, al igual que en el caso de Cecilia.

El enfoque de género, la protección y la no replicación de las violencias contra las mujeres y personas diversas son deberes legales y constitucionales de todas y todos los funcionarios y servidores públicos del país. De hecho, su deber y responsabilidad es velar por la **seguridad, bienestar y garantía** de los derechos de todas las poblaciones, en especial de las más vulneradas, como las mujeres.

En Risaralda, también hay casos de denuncias por violencia sexual contra mujeres menores de edad por parte de profesores de música

Como es el caso de las denuncias impuestas por violencia sexual contra menores de edad por parte de docentes del programa de Música de la Banda Sinfónica de Pereira del Centro Cultural Lucy Tejada, en donde según el reporte realizado por Volcánicas, entre los denunciados se encuentran los profesores Ricardo Díaz Largo, Diego Sánchez y Yeison Monsalve.

En este reporte Volcánicas conoció 3 testimonios de las denunciantes, quienes mencionan que además de ellas existen múltiples denuncias anónimas realizadas por Facebook sobre estos docentes, en donde se evidencia un modus operandi similar: se generan situaciones que comienzan con presuntos abusos de poder, seguido de un acoso constante dentro del Centro Cultural Lucy Tejada y hasta presuntas violaciones.

En cuanto al proceso legal, el reporte menciona que decidieron realizar las denuncias de manera legal en el 2021, pero fue solo hasta el 4 de abril del 2025 que la Procuraduría General de la Nación confirmó la destitución e inhabilidad por 15 años de Ricardo Díaz Largo tras hallarlo responsable. Aún así, esta decisión está en proceso de apelación, por lo que se espera que la nueva administración saque un fallo al respecto.

Este proceso que ha estado lleno de revictimizaciones y abandono estatal, ha tenido fuertes repercusiones emocionales y en las vidas de las mujeres víctimas y denunciantes, hasta el punto en el que han dudado en varias ocasiones de si continuar o no con el proceso. Evidenciando que las barreras de acceso a la justicia y la revictimización operan como violencias institucionales que afectan y desestiman a las víctimas de continuar con los procesos y con la exigencia de sus derechos a la justicia, la reparación y una vida libre de violencias, como estipula la Constitución de Colombia.

Machismo, prejuicios y revictimización que se replican en las instituciones gubernamentales contra mujeres en sus diversidades

Existen otras formas en las que funcionarios, servidores y autoridades de las instituciones públicas ejercen violencias institucionales contra las mujeres en sus diversidades y contra la población diversa, como:

- * Culpar y responsabilizar a las víctimas por las violencias ejercidas en su contra.
- * Justificar las violencias que han sufrido las víctimas.
- * Cuestionamiento de las denuncias y de las vulneraciones ejercidas en su contra.
- * Negar el registro de las denuncias de las violencias.
- * No activar las rutas y enlaces con otras instituciones.
- * Burlarse de la víctima, especialmente por razones de diversidad de género, orientación sexual, etnia, condición económica, nacionalidad

Uno de estos casos se presentó en 2024, cuando una lideresa trans fue víctima de amenaza física por un hombre armado en Calarcá, municipio del Quindío, y en dado momento que una persona integrante de la Policía la contactó para preguntarle sobre el suceso, una de las cosas que le dijo fue que ella por ser una mujer trans *no podía estar en la zona en la que estaba, porque su zona, la de las mujeres trans, era otra.*

La revictimización fue múltiple: no solamente se desconoció la violencia de la que estaba siendo víctima, tampoco se consideró el riesgo vital que significa para una mujer trans y lideresa una amenaza en Colombia (uno de los países en los que más asesinan a líderes y lideresas sociales, y mujeres trans), y además, se restringió el derecho a la libre circulación que tienen todas las personas, al decirle que ella no podía estar donde estaba. Ejerciendo distintas formas de discriminación que pasan por alto el artículo 13 de la Constitución Colombiana en su cláusula de no discriminación, que impone la obligación a todo el funcionariado del Estado de no discriminar ni por acción ni por omisión a las personas en razón de su orientación sexual e identidad de género.

La revictimización, y las violencias y discriminaciones institucionales pueden darse de muchas formas, unas más visibles que otras: también en 2024, una mujer diversa víctima de violencia intrafamiliar acudió a una de las Comisarías de la Familia de Armenia, para imponer la denuncia de violencia y solicitar medidas de protección, y allí también llegaron sus familiares agresores, quienes comenzaron a burlarse despectivamente de ella. Le decían *mireee, ¿es que usted no ve?, idizque con el pelo cortico!, ¿se cree machito?*. La comisaria de familia en vez de detener la escena se

reía de los comentarios que los familiares le hacían, según relata Elena, activista del departamento, y fundadora de una organización LGBTQ+ con enfoque popular y barrial, que desde hace más de cuatro años defiende y acompaña activamente a la población diversa, “donde usted las escuche usted dice esto no puede estar pasando, y sucede aquí en Armenia”.

La mayoría de las mujeres, activistas y organizaciones entrevistadas en el Quindío nombraron en distintos momentos una o varias de las violencias institucionales antes mencionadas, vividas ya sea por experiencia propia o en los acompañamientos de mujeres diversas sobrevivientes de violencias basadas en género y discriminación, en relación con funcionarios/as de instituciones encargadas como la Fiscalía, la Gobernación, las Alcaldías municipales, las Comisarías de Familia, la Policía, los hospitales públicos, el personal de salud, defensores jurídicos, psicólogos, autoridades judiciales, y representantes políticos.

Este es un panorama muy preocupante y lamentable, que está directamente relacionado con la falta de personal capacitado en enfoque de género y diferencial en estas entidades, y en áreas de atención y protección de los derechos humanos: otra de las denuncia y llamados de atención constantes realizados no solo por las activistas y organizaciones defensoras de derechos humanos, sino también por algunas de las mujeres que trabajan en áreas de género en instituciones y cuerpos colegiados del departamento y la región.



Barreras gubernamentales para la atención de violencias basadas en género contra mujeres y la garantía de sus derechos en el Eje Cafetero

Como hemos mencionado antes, hay diferentes y múltiples barreras en la atención y garantía de los derechos de las víctimas de violencias basadas en género. A continuación exponemos barreras que fueron identificadas por distintas actoras y actores del territorio: funcionarias de instituciones públicas, activistas, sobrevivientes de violencias y organizaciones feministas y diversas a quienes entrevistamos.

Barreras institucionales	Agravante	Ejemplo
Personal público, gubernamental y administrativo de las instituciones públicas encargadas de atender las violencias basadas en género sin conocimientos suficientes sobre enfoque de género, diferencial, activación de rutas, y no revictimización.	El desconocimiento del personal encargado expone a las mujeres y personas víctimas y sobrevivientes a más posibles violencias y revictimización.	Cuestionar o no registrar la denuncia de una mujer víctima de violencia sexual por parte de su pareja sentimental, basado en creencias erradas, como que en las relaciones de pareja “no existe el abuso sexual”.
Horarios de atención limitados por parte de entidades encargadas para la denuncia, atención y garantía de derechos como Comisaría de Familia (tienen servicios hasta las 4 p.m) y la Fiscalía (sólo tiene servicios de 24 horas para casos de lesiones físicas).	Entre semana después de las 6 de la tarde y hasta las 12 a.m son las horas más violentas y críticas para las mujeres. Al igual que los fines de semana, por la ingesta de licor hasta las 5 o 6 a.m, según la Patrulla Púrpura del Quindío.	Si una mujer es víctima de violencia intrafamiliar (después de las 5 de la tarde) por parte de su expareja, quien también ha agredido a sus hijos y este se lleva sin su consentimiento a sus hijos, ella necesitaría solicitar una medida de protección de manera rápida para protegerlos. Sin embargo, tendría que esperar hasta el día siguiente, que la Comisaría de Familia abra de nuevo. De igual forma para solicitar medidas de atención como subsidio monetario para hotel.

<p>Ausencia de casas refugio o de paso, y convenios hoteleros y otros apoyos de hospedaje y movilidad para las mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia que necesitan resguardo.</p>	<p>Alrededor del 44% de las mujeres víctimas en el Eje Cafetero conviven con su agresor (2020-2024).</p> <p>Muchas de las mujeres víctimas y sobrevivientes de violencias basadas en género dependen económicamente de sus agresores.</p>	<p>En ocasiones, la Patrulla Púrpura del Quindío ha atendido mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en las horas de la noche, y como las mujeres no tenían otro lugar al que pudieran resguardarse, se han quedado durante la noche con la Patrulla Púrpura en sus recorridos: “Hemos tenido víctimas 9, 10 horas andando en el carro con nosotros mientras miramos a ver qué hacemos, cuando llega la noche, ¿qué hacemos con ellas? Es angustiante porque uno quisiera que la gente se encuentre bien”.</p>
<p>Existen 14 medidas de protección contempladas en la ley 1257 de 2008 para mujeres víctimas de violencia de género, pero muchas de ellas no se están aplicando ni expidiendo. De hecho, la ley contempla que se puede adoptar cualquier otra medida “necesaria para el cumplimiento de los objetivos de la presente ley”: la adopción de normas que permitan garantizar una vida libre de violencias para todas las mujeres.</p>	<p>Al no aplicar las distintas medidas existentes y las que sean necesarias para garantizar una vida libre de violencias para las mujeres en sus diversidades, existe un alto índice en los que la atención de las víctimas y sobrevivientes no está siendo integral, y no se estén abordando factores que ayuden a la no repetición.</p> <p>También al aplicar solo ciertas medidas se puede estar recargando el trabajo en determinadas entidades, servidores y autoridades públicas.</p>	<p>Una de las medidas que no se está aplicando en el Quindío, por ejemplo, es la que obliga a los agresores a acudir a tratamientos reeducativos y terapéuticos en instituciones públicas o privadas que ofrezcan estos servicios. Esto tiene una fuerte relación con la reincidencia de los agresores, según la Patrulla Púrpura del departamento.</p>
<p>Procesos y programas relacionados con derechos de mujeres y víctimas de VBG interrumpidos por las cortas e intermitentes contrataciones de trabajadores en las instituciones gubernamentales</p>	<p>Interrupción de los procesos de conocimiento y garantía de los derechos de las mujeres, con probabilidad de que vuelvan a estar en situaciones de violencia.</p>	<p>Cuando renuncian las funcionarias que ya tenían comunicación o alianzas con las organizaciones y activistas, ellas tienen que buscar e iniciar de cero con la nueva que contraten. Esto es más complicado cuando la funcionaria entrante no tiene conocimientos ni experiencia para activar las rutas de atención de violencias basadas en género en el territorio.</p>

<p>Redirección de los casos de VBG entre entidades encargadas, sin asumir la parte que les corresponde frente a la garantía de los derechos de las víctimas y sobrevivientes de violencias basadas en género y discriminación</p>	<p>Revictimización de las mujeres víctimas y sobrevivientes.</p> <p>Abandono del proceso de denuncia, atención y protección de las mujeres víctimas y sobrevivientes.</p>	<p>Por ejemplo cuando la Fiscalía no recibe las denuncias de violencia sexual y las remite a Medicina Legal. Medicina Legal tampoco las atiende y las devuelve a Fiscalía.</p>
<p>Falta de difusión, pedagogía y accesibilidad sobre información de las rutas de VBG, servicios, programas, y deberes por parte las entidades gubernamentales encargadas de la prevención de las violencias basadas en género y de la garantía y protección de las víctimas y sobrevivientes.</p>	<p>Esta brecha epistémica afecta especialmente a las mujeres y poblaciones más empobrecidas y vulnerables. Muchas de ellas no tienen acceso a información sobre los servicios que el gobierno y el Estado ofrece, ampliando las violencias y desigualdades a las que están expuestas.</p>	<p>Según una investigación de equidad de género realizada por el Observatorio Social de la Secretaría de Desarrollo de la alcaldía de Armenia, en la que participaron 269 mujeres del municipio, el 76% de las encuestadas no conoce la Casa de la Mujer, y el 79% no conoce la oferta institucional.</p>
<p>Sobrecarga de trabajo en las entidades y personal público y gubernamental encargado de atender las violencias contra las mujeres, que supera las capacidades de los equipos y el rango de acción y atención que deberían tener. Y que supera con creces las personas expertas para atender estos casos.</p>	<p>Las entidades no solo atienden casos de violencias contra mujeres y basadas en género, sino que también atienden a otras poblaciones como niños, niñas, jóvenes y adultos mayores.</p>	<p>Las medidas de protección para mujeres en el Eje Cafetero supera en grandes niveles las capacidades de las Policías de cada departamento.</p>

En los tres departamentos son visibles la **desconfianza**, el **miedo** y la **incredulidad** existentes sobre las entidades gubernamentales. Tanto así que contemplar si denunciar o no, acudir a estas entidades, o acceder a medidas de atención y protección, se vuelven variables y decisiones que muchas víctimas necesitan considerar como parte de su autocuidado. Preguntas como: ¿tengo la salud física y mental para afrontar este proceso y la posible revictimización que puede implicarme? ¿Cuento con las herramientas para actuar respecto a las barreras que encuentre?

Una vez deciden denunciar y contarlo a las autoridades, se encuentran con la realidad de que **no reciben un seguimiento adecuado ni oportuno de sus casos ni las medidas impuestas**. Un ejemplo, entre muchos, sale de las denuncias por violencia sexual contra mujeres menores de edad por parte de docentes del programa de Música de la Banda Sinfónica de Pereira del Centro Cultural Lucy Tejada, según el reporte de Volcánicas. En este reporte se conocieron 3 testimonios de las denunciantes, quienes señalaron a los profesores Ricardo Díaz Largo, Diego Sánchez y Yeison Monsalve como presuntos abusadores. Además, Volcánicas menciona que se han compartido múltiples denuncias anónimas en Facebook sobre estos docentes, en las que se evidencia un modus operandi similar: se generan situaciones que comienzan con presuntos abusos de poder, seguidos de un acoso constante dentro del Centro Cultural Lucy Tejada, hasta presuntas violaciones.

En cuanto al proceso legal, el reporte expone que decidieron realizar las denuncias de manera legal en el 2021, pero fue solo hasta el pasado 4 de abril del 2025 que la Procuraduría General de la Nación confirmó la destitución e inhabilidad por 15 años de Ricardo Díaz Largo, tras hallarlo responsable. Esta decisión sigue en proceso de apelación, por lo que se espera que la nueva administración saque un fallo al respecto. No obstante, debido al desgaste emocional que ha implicado el proceso, Mariana, una de las denunciantes, decidió cerrar el proceso contra Diego Sánchez en la Fiscalía: “Era demasiado. Me llamaban en los momentos menos indicados, antes de

un parcial, cuando estaba en la universidad o cuando estaba tranquila... fue un proceso demasiado tardío”.

No solo las víctimas de violencias basadas en género denuncian la falta de agilidad en sus procesos, sino que las funcionarias también lo hacen. Una funcionaria de la Defensoría del Pueblo de Risaralda, reconoció que esta es una de las barreras más complejas del ámbito legal en cuanto a la ejecución y seguimiento a las denuncias, puesto que hay diferentes factores reforzando que no operen de manera tan ágil, lo cual implica una reflexión sobre qué tan preparado se encuentra el Estado para brindar una respuesta oportuna a estas mujeres:

“Si estamos generando estrategias para que las mujeres denuncien, uno pensaría que una vez denuncian, el Estado opera de tal manera que les ofrece esas garantías para que ya no reincidan en un escenario de riesgo... pero nos estamos dando cuenta que hay procesos en donde llaman después de un año, año y medio para realizarles seguimiento. Entonces claro, yo promuevo que denuncie, pero llega un momento que el proceso del sector justicia se estanca y desafortunadamente como las violencias se han convertido en un día a día. Pero en términos generales de lo que está demandado legalmente, pues sí es bien complejo, la justicia no opera de manera tan ágil, por mil motivos, por temas de personal, porque no tenemos a veces fiscales con esa sensibilidad para atender mujeres víctimas de violencia, porque hay una situación entre Comisaría y Fiscalía en la que se rompe esa comunicación, y entonces no solo es mandar el

correo diciendo que tengo una víctima, sino esa evaluación y sus seguimientos que no se dan, mil factores donde sí se evidencia las falencias en el sector de justicia”.

Funcionaria de la Defensoría del Pueblo
de Risaralda (2024)

Otro caso que lo refleja es de Ana, quien nos narró desde su experiencia cómo se encontró con esta barrera a nivel de justicia, luego de haber puesto una demanda y tener una orden de alejamiento:

“Yo fui a Comisaría de Familia y demandé. Puse la denuncia [en] Fiscalía y esta es la hora que nunca me llamaron; en Fiscalía nunca hicieron nada. Y en Comisaría de Familia tuve una situación y fue que en una cita yo no pude asistir por temas de trabajo y eso falló a favor de él. Me pareció la cosa más terrible, por eso matan a las mujeres. O sea, cómo es posible que a uno le den una orden de alejamiento, y lo ponen a uno a voltear en Policía y Fiscalía para supuestamente protegerlo a uno.

Y resulta que una vez en un CAI estaba con mi hija y mi papá montando bicicleta y el tipo no respetó la orden de alejamiento y llegó hasta donde nosotras. Yo lo que hice fue acercarme al CAI y mencionar lo de la orden, y lo único que me dijeron fue: ‘¿cómo nos lo vamos a llevar estando delante de la niña? Lo que puede hacer es ir al cuadrante de su zona y poner la queja’. Pero uno va hasta ese cuadrante y solo es firmar un observador y poner la queja y ya. Entonces ¿yo qué hago con eso?, ¿eso pa’ qué? Lo que hizo mi expareja fue que se me llevó la niña.

Y la Policía solo me dijo: ‘es que él no la viene a buscar a usted, él vino a buscar a la niña’. Entonces... ¿y mi orden de alejamiento? ¿Y mi niña? A la final lo que él entendió ahí fue que eso vale una mierda [la orden de alejamiento] y que podía acercarse cuando le diera la gana y no iba a pasar nada”.

Ana, mujer sobreviviente de VBG en
Cartago (2024)

Posterior a este evento, Ana cuenta que se acercó a Comisaría de Familia a informar que su expareja había violado la orden de alejamiento. Y **lo que recibió como respuesta fue que era culpa de ella por responder mensajes y llamadas del agresor, cuando Ana aclaró que lo hacía solo por la responsabilidad que tenían en común con su hija**. Ella recuerda con rabia y decepción que en esa ocasión la Comisaría solo procedió a renovar la orden de alejamiento; y de allí hasta el momento de la entrevista no había recibido otra respuesta.

Asimismo, narra situaciones similares con instituciones como ICBF. Por esto, **contrario a sentirse segura al acercarse a estas instituciones, menciona haberse sentido más expuesta**. Luego, su expareja continuó violando la orden de alejamiento en otras situaciones y generó daños en algunas de sus pertenencias. Ana termina comentando que aunque en la actualidad debe tener un contacto cordial con su expareja, solo logró sentirse un poco más segura cuando él se mudó por otras razones que no tenían que ver con su proceso.

Adicionalmente, las organizaciones han identificado que a esta falta de garantía en los procesos y en las atenciones de las medidas, se suman otros aspectos como **la falta de abogadas que representen a las víctimas de manera gratuita y efectiva**. En muchas ocasiones este servicio institucional no es el mejor o se demora la asignación del mismo, lo cual genera otra brecha de desigualdad entre quienes pueden tener acceso a este servicio particular y quienes no.

“[...] nos genera una alerta que en este momento no hay infraestructura que permita una representación técnica jurídica sin costo, y solo queda la manera particular en donde la víctima debe pagar un servicio jurídico. Pero en este momento desde lo institucional, y puedo dar fe de ello porque remito constantemente casos, no están asignando representantes de víctimas, ni apoderados de víctimas. Entonces básicamente quien no tenga cómo pagar un abogado particular, pues no está siendo representada de manera idónea en sus procesos. Entonces se necesitan fondos que permitan poder prestar esos servicios y atender esa necesidad”.

Organización que brinda asesorías en
representación jurídica con enfoque de género
de Risaralda (2024)



Brechas epistémicas que son barreras

Otra de las barreras a las que se enfrentan las mujeres diversas para acceder a la justicia viene de las brechas y desigualdades relacionadas con los saberes y conocimientos.

Elena, activista que defiende derechos de mujeres lesbianas, bisexuales y personas trans y de orientación sexual diversa en el Quindío, relató cómo una mujer lesbiana de 30 años —víctima de violencia intrafamiliar y lesbofobia ejercida por su hermano en 2023— fue revictimizada en el proceso de garantía de sus derechos por la Fiscalía y la Defensoría del Pueblo: “Cada vez que llamaba al abogado, él no sabía de qué caso hablaba, y le pedía a ella que le volviera a contar el caso. Al tener una de las audiencias resulta que el abogado ese día no llegó”.

La mujer no solo tuvo que someterse a relatar más de siete veces las violencias que había vivido y las razones de su denuncia por lesbofobia, sino que en el proceso: 1) el abogado defensor que le fue asignado no estaba enterado de su caso ni con disposición para atenderla y no revictimizarla, y 2) resultó firmando sin saber un principio de oportunidad que le permite a la Fiscalía suspender, interrumpir o renunciar al ejercicio de la acción penal. Fue gracias al acompañamiento de Elena y de una abogada feminista del territorio que se dieron cuenta de este mal proceder. “No tienen por qué hablar de un principio de oportunidad cuando ella nunca llegó con un

abogado para saber qué era lo que estaba firmando”, puntualiza la activista.

Debido a la revictimización ejercida y a la desatención del abogado que le habían asignado, la víctima pidió cambiarlo, pero la nueva abogada defensora del caso no fue notificada por la Defensoría, por lo que no se había puesto en contacto con la víctima. Un día antes de una nueva audiencia, y después de que Elena presionara en la Defensoría del Pueblo, “le respondieron que sí, que se les había olvidado notificar a la abogada. Y a las 4 de la tarde, faltando una hora para cerrar la Defensoría, la notificaron; y ahí sí la abogada llamó a la víctima y le dijo que le contara en un momentico el caso, porque ella ya tenía que salir”.

Al día siguiente, la nueva abogada pidió el aplazamiento de la audiencia debido a la falta de información y de tiempo correspondiente para conocer la denuncia de la víctima y el principio de oportunidad que había firmado sin conocimiento de lo que significaba.

Cristina¹⁸, representante política y conocedora de estos procesos, agrega que también hay casos en los que el abogado defensor o la Fiscalía solicitan la preclusión —otra medida judicial que pone fin a la investigación o al proceso penal—, porque supuestamente no hay motivos para continuar con el caso; entre sus razones están la supuesta falta de pruebas de las violencias denunciadas,

la inexistencia de responsabilidad de la persona acusada, la pérdida del derecho por no cumplir los tiempos legales establecidos, entre otros. Sin embargo, Cristina expone que en casos de violencia sexual, ella se ha encontrado con que “el abogado y la Fiscalía han solicitado la preclusión del proceso **sin que la víctima lo haya autorizado y con todos los elementos de prueba de la violencia**, en procesos donde está toda la historia clínica de la víctima” como evidencia de las violencias ejercidas. Además, recalca que el sistema judicial y las y los operadores “están estructurados para revictimizar, nada de lo que dicen las mujeres es cierto, pero sí todo lo que dicen los victimarios”.

Desigualdad en el acceso a la información y escasa difusión de los servicios institucionales

Según una investigación de equidad de género realizada por el Observatorio Social de la Secretaría de Desarrollo de la alcaldía de Armenia, publicada en noviembre de 2024 y en la que participaron 269 mujeres del municipio, el 76% de las encuestadas no conoce la Casa de la Mujer, ubicada en el barrio La Patria, y el 79% no conoce la oferta institucional:

“La investigación evidencia problemas estructurales de comunicación y difusión de recursos institucionales dedicados a las mujeres en Armenia [...] **esto podría estar relacionado con la desigualdad, falta de campañas educativas, o barreras culturales**. Para mejorar la situación sería clave invertir en campañas de sensibilización

y garantizar que las mujeres puedan acceder fácilmente a información sobre estos servicios [...] Si las mujeres no están informadas sobre estos recursos, es difícil que puedan acceder a los beneficios que tienen”.

A pesar de que esta investigación se situó en Armenia, esta es una problemática que se observa en todos los municipios del departamento, tanto con los servicios que prestan las alcaldías, como la gobernación, la Defensoría del Pueblo, entre otras entidades gubernamentales. También dijeron que la baja tasa de denuncias sobre violencias contra las mujeres era por **la falta de confianza en las autoridades, en especial del sistema de justicia y las encargadas de proteger a las víctimas**, “por lo que es fundamental fortalecer instituciones y mecanismos de apoyo para que las mujeres se sientan seguras al denunciar y confíen en que sus casos serán tratados con seriedad”.

Una de las muy graves consecuencias de estas barreras es la **sobrecarga de trabajo de lideresas, activistas y organizaciones feministas, diversas y defensores de derechos humanos en la región**. Ellas — nosotras— son las que reciben las denuncias de muchas mujeres diversas víctimas de violencias basadas en género y discriminación que no acuden a la institucionalidad o encontraron barreras y revictimización al acudir. Son ellas quienes resultan buscando y gestionando las garantías de atención y protección para muchas víctimas, ya sea en apoyo psicológico, jurídico, monetario, educativo, laboral y afectivo. Todo eso, las lideresas, activistas y organizaciones

feministas y diversas del territorio lo realizan la mayoría del tiempo sin remuneración económica ni material, y con poco o nulo apoyo de las entidades gubernamentales locales y nacionales. Sin contar todas las demás actividades y procesos que realizan de prevención y promoción de los derechos de las mujeres y personas diversas.

También hay otra cantidad de mujeres que no saben que tienen derechos frente a la vulneración de sus vidas y cuerpos; y no conocen —o desconfían— a las lideresas u organizaciones feministas y diversas, ni tampoco la institucionalidad. Sobre ellas no sabemos cuántas pueden acceder de forma independiente a estos servicios, ni quiénes no acuden a este tipo de apoyos y atenciones, a pesar de necesitarlos.

¿Y la atención en salud mental para las sobrevivientes de violencias?

En continuidad con estas barreras, lo anterior da paso a preguntarnos: **¿qué ofrece la institucionalidad para atender a las mujeres y personas diversas en situaciones de riesgo, especialmente después de eventos de violencia física?** Si bien una de sus prioridades suele ser encontrar un espacio físico seguro donde muchas puedan salvaguardarse, durante las entrevistas las colectivas y funcionarias gubernamentales que trabajan en áreas género expresaron su preocupación por el acceso al servicio de salud, en particular a la atención psicológica. A pesar de que el mayor número de casos que han

atendido se relacionan en un primer momento con violencia física o sexual, las organizaciones identifican que en los relatos de estos sucesos se hace presente de manera predominante la violencia psicológica.

Un ejemplo de esto lo referenció la organización que brinda asesoría en representación jurídica en Risaralda, quienes comentaron que **de las 247 atenciones y acompañamientos que han realizado hasta el momento (principalmente mujeres), han identificado que el 50% de estas personas ha requerido y solicitado orientación psicológica.**

Aunque la ruta de atención de violencias busca ser integral, cuando las mujeres acceden a una atención psicológica o emocional por medio de la EPS, se encuentran frecuentemente con que no es de calidad ni responde a lo que necesitan: profesionales que acompañen más de 20 minutos por sesión, que estén capacitados en atención a víctimas y sobrevivientes de violencias desde el enfoque de género y diferencial, y promuevan espacios seguros y no revictimizantes.

Asimismo, les preocupa que en la región no hay otros espacios aliados y gratuitos de atención psicológica a los que pueda remitir la institucionalidad —aparte de las EPS—, sumado a que varias oenegés internacionales que apoyaban este tipo de procesos y acompañamientos han dejado de funcionar en distintos países, incluido Colombia. Y también las organizaciones y colectivas del país tienen alcances limitados. Esto termina dejando a muchas

víctimas en dos situaciones: con una atención precaria y limitada, si pueden acceder a ella; o sin acceso a atención psicológica y emocional.

Esta última situación fue resaltada por distintas activistas, organizaciones feministas y actoras gubernamentales entrevistadas en los tres departamentos, incluidas las de enlaces de género de la alcaldía, las funcionarias de la Policía en Quindío y de la Defensoría. Ellas reconocen que la falta de atención de calidad en salud mental y con enfoque de género puede agravar los impactos en la salud y la vida de las víctimas. Y para quienes continúan en situación de violencia, no tener acompañamiento psicológico de calidad es a la vez un obstáculo para poder salir de los ciclos en los que se encuentran, aún en casos de tentativa de feminicidio, pues las violencias se interconectan y relacionan. Por ejemplo, la violencia psicológica y la manipulación suelen ser patrones atravesados en las violencias de género con parejas, familiares, entre otras personas cercanas a las víctimas.

Además, la falta de acompañamiento, contención y herramientas psicológicas para las víctimas y sobrevivientes también es un factor que influye en que retiren sus denuncias, que rechacen medidas de protección y abandonen los procesos, a pesar de continuar siendo víctimas de violencias, como lo expone la delegada del área de mujer de la Personería Municipal de Pereira:

“Hemos venido acompañando a mujeres víctimas de tentativas de feminicidios en todas

esas dinámicas, buscando y propendiendo que la entidad prestadora de salud garantice la atención psicosocial que es tan importante, porque hay un momento de la violencia en que ellas nos dicen: ‘¡él va a estar privado de la libertad por mi culpa!’”. Mostrando tal vez una culpa por hacer el proceso de denuncia, y esto posiblemente porque desde esa violencia emocional algunas víctimas pueden seguir aferradas emocionalmente a su agresor, aunque el caso implique, por ejemplo, actos por tentativas de feminicidio.

Entonces algunas suelen desistir de la denuncia a pesar de que estuvieron casi al borde de la muerte. Por ejemplo, la última que fue hace dos años aproximadamente, fue una tentativa de feminicidio muy fuerte, en donde la mujer pidió y le solicitó al juez que nosotros ya no tuviéramos nada que ver en el apoyo y el acompañamiento como ministerio público porque ella quería regresar con el agresor, y obviamente entendemos, pero necesitamos que la atención psicosocial sea más efectiva en el acompañamiento de esos casos”.

En concordancia con esto, las profesionales también señalaron cómo el acceso a una salud mental digna forma parte de un proceso de reparación necesario hacia las mujeres, en el cual se garantice la no repetición y exposición a estas situaciones de violencia. Así también evitan la réplica de otros hechos de violencia, que a veces parecieran ser consecuencia de la exposición a este tipo de eventos:

“Dicen que el mayor número de atenciones es por violencia física, porque es el hilo

conector a una tentativa de feminicidio. Pero hemos identificado que algunas mujeres afectadas por violencia psicológica presentan ideación suicida o llegan a maltratar a sus hijos, entonces es ahí cuando vemos que este tema de la salud mental se conecta con otros hechos victimizantes que se ejercen hacia ella, o ella ejerce hacia el entorno en que se encuentra. Entonces ahí se pregunta uno: ¿qué está pasando con el sector salud y esa atención psicológica?, porque nos preocupamos de que sea una atención inmediata en términos legales. Por ejemplo, que requiere la medida de atención, entonces que vaya a la policía; pero bueno, ¿esa reparación y ese enfoque de salud mental en dónde lo dejamos y a dónde la enviamos?”

Funcionaria de la Defensoría del Pueblo
de Risaralda (2024)

Integración del enfoque diferencial

Otra de las barreras señaladas por las participantes es la urgencia de integrar el enfoque diferencial en los protocolos de la ruta de atención; es decir, que esta ruta tenga una perspectiva de análisis que vaya más allá de ofrecer servicios jurídicos y de salud para una categoría de mujer generalizada, sino que se pueda reconocer que las violencias se viven de manera diferente si eres una persona diversa, en situación de discapacidad o con una pertenencia étnica diferente a la mestiza. Esto, con el fin de poder reconocer los sistemas de opresión que existen en la particularidad de las personas además de su situación de violencia, de manera que se pueda tener una mejor

gestión en la atención desde el área de justicia, salud y protección.

Al no reconocer cómo pueden ser vividas estas brechas de manera diferenciada, lo más probable es que la institucionalidad como actor ejerza estas violencias y revictimice desde otras particularidades, contrario a estar en la capacidad de aplicar el enfoque diferencial y así cumplir con su labor de velar por la garantía de los derechos. Sin embargo, los protocolos en Risaralda carecen de este enfoque. Tal como lo señalaba la Defensoría, muchos de estos programas direccionados a la prevención de violencias intentan entregar esta información de manera diferenciada, pero se quedan cortos al momento de abarcar estas particularidades para acompañar en las diferentes situaciones de violencia, presentadas tanto en contextos de ruralidad o de dinámicas culturales vinculadas a lo étnico. Un análisis de esto nos lo comenta una trabajadora social de una entidad gubernamental de Risaralda:

“Si hablamos de la ruta de atención, si bien la ruta institucional es para todo el mundo, los protocolos de atención no pueden ser para todo el mundo. No es lo mismo una violencia que se dé en una mujer afro, que cuando se dé en una mujer indígena. ¿Qué tenemos? Por ejemplo, dos feminicidios con mujeres afro, con violencias sistemáticas de más de 15 años y cero denuncias. Entonces si la institucionalidad no enfatiza en el enfoque diferencial para la atención, no va a poder brindar mejores respuestas a este tipo de violencias.

Y por otro lado, por experiencia propia, porque obviamente hago parte de la población afro, uno lo ve totalmente palpable en los comités. Si hablamos de víctimas, ¿cuándo hablan de víctimas afro o indígenas? En el decreto está que debe haber un representante de la población afro e indígena en estos comités, pero cuando ellos no participan no pasa nada, y se preocupan más por otras participaciones que cuando se tratan de representantes de comunidades étnicas diferentes a la mestiza. Es una percepción institucional y personal”.

Funcionaria de la Defensoría del Pueblo
de Risaralda (2024)

En este último fragmento de la entrevista, se resalta la falta de representatividad de personas víctimas de pueblos indígenas dentro de espacios de toma de decisiones y valoraciones frente a las violencias basadas en género en el departamento. También desde allí se decide darle importancia a cómo abordar este tipo de casos y evaluar las medidas que se están teniendo presentes desde las instituciones, lo que ayudaría a visibiliza la existencia de estas VBG en comunidades indígenas, afro, migrantes y/o personas en situación de discapacidad. Y a su vez a a tratar otras violencias como el racismo, la transfobia y la discriminación.

“[...] hagámosle la radiografía al departamento, que no es lo mismo lo que pueda pasar con una de las mujeres trans de Santuario a las mujeres trans del Parque de la Libertad. Las acciones son totalmente diferentes y las necesidades

de las poblaciones son totalmente diferentes”.

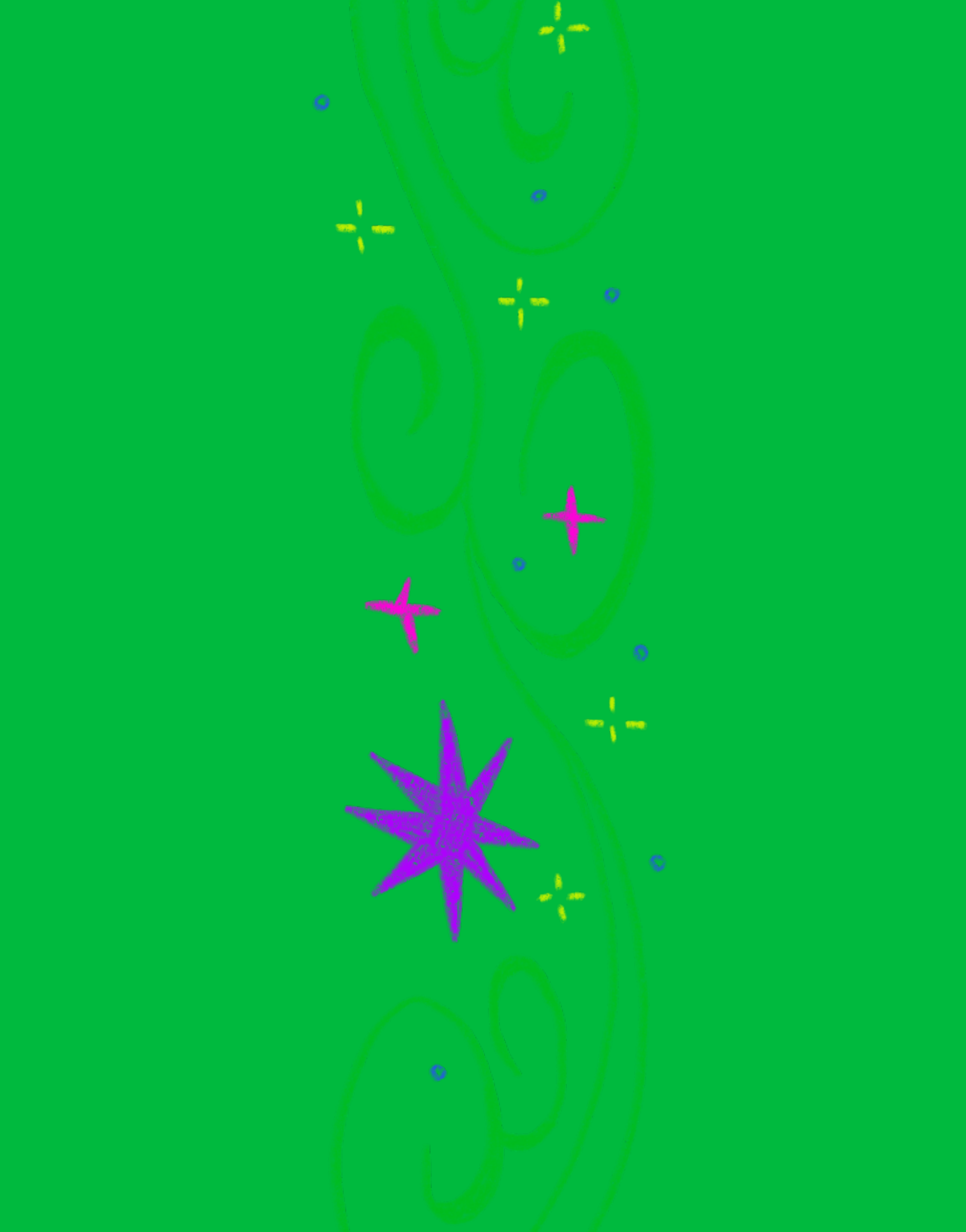
Funcionaria de la Defensoría del Pueblo
de Risaralda (2024)

La realidad es aún más violenta: hablemos del subregistro

Las altas cifras de violencias (física, sexual, psicológica, feminicidio, discriminación, negligencia y abandono) contra mujeres en sus diversidades, de distintos contextos y características en el Eje Cafetero, solo responden a las denuncias y casos que reposan en las bases de datos e información de entidades públicas como Fiscalía, Medicina Legal, Ministerio de Salud, entre otras que conforman el SIVIGE, y otros datos recopilados por organizaciones como Republicanas Populares. Sin embargo, varias de las activistas y organizaciones feministas y de derechos humanos entrevistadas denuncian el **alto índice de subregistro de las violencias de género**, en especial contra mujeres rurales, empobrecidas, trans, trabajadoras sexuales, lesbianas, bisexuales y pansexuales por parte de las distintas instituciones del departamento.

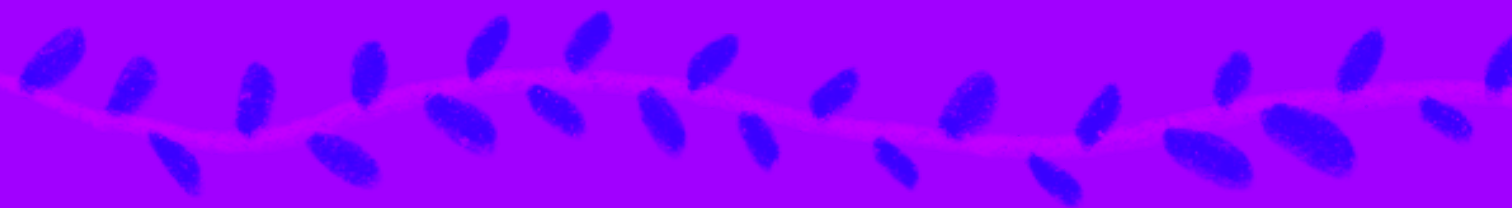
Este subregistro, según analizan las organizaciones, está relacionado con aspectos como la falta de confianza y credulidad en las instituciones gubernamentales, las barreras interpuestas por el personal público, entre otros aspectos como:

- * La ausencia de información accesible y comprensible especialmente para las poblaciones más vulnerables, relacionada con los derechos de las mujeres y personas diversas, canales y rutas de denuncia, atención y protección en casos de violencias basadas en género.
- * La centralización de instituciones gubernamentales y servicios de atención y garantía de los derechos de la población en las capitales, la cual genera barreras para la población de los demás municipios, en especial los rurales y quienes se encuentran en barrios marginales y periféricos.
- * La carencia de recursos económicos y/o de salud física o mental de las víctimas y sobrevivientes para llevar a cabo el proceso de denuncia y garantía de derechos.
- * La falta de una red de apoyo institucional, comunitaria y familiar que las acompañe en sus decisiones y necesidades durante los procesos de denuncia.
- * Ausencia de registros y bases de datos gubernamentales con enfoques diferenciales que aborden las características de las víctimas para un mejor registro y comprensión de las violencias que sufren, aspectos como la edad, la identidad de género, orientación sexual, pertenencia étnica, ubicación de la vivienda, nacionalidad, entre otros.



Capítulo 8.

Acceso al aborto, parto humanizado y violencia ginecobstétrica en el Eje Cafetero







En este capítulo se abordan dos temas cruciales relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, la autonomía, la dignidad y la salud de las mujeres y personas no binarias, transmasculinas y con capacidad de gestar: el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, y el parto humanizado.

En ambos casos, las mujeres y personas diversas con capacidad de gestar enfrentan múltiples barreras y violencias que necesitan ser visibilizadas y reconocidas a nivel social y estatal, para su desestructuración y atención.

Nuestros derechos no son opcionales: acceso al aborto y violencia ginecobstétrica en el Eje Cafetero

En la actualidad, Colombia es uno de los países con marcos normativos más amplios del derecho al aborto en Latinoamérica. En febrero de 2022, la Corte Constitucional aprobó que este derecho se extendiera hasta la semana 24 de gestación por medio de la sentencia C-055, y dejó en adelante las tres causales existentes desde la sentencia C-355 de 2006: cuando afecta la vida, salud física, mental y social de la persona gestante; cuando hay malformación fetal; y cuando el embarazo es producto de agresión sexual e incesto.

Este gran cambio en materia de derechos sexuales y reproductivos fue movilizadado durante todos estos años por luchas que han sido sembradas, cuidadas y defendidas por muchas manos, mujeres, madres, activistas, médicas, enfermeras, doulas, abogadas, personas diversas, colectivas y organizaciones del país, y liderado por organizaciones como La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, el Centro de Derechos Reproductivos, el Grupo Médico por el Derecho a Decidir, Católicas por el Derecho a Decidir y Women's Link Worldwide.

En 2020 varias de ellas se sumaron a un gran tejido y movimiento nacional: Causa Justa, integrado por más de 100 organizaciones y 60 activistas trabajando juntas por la eliminación del delito de aborto en Colombia. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres comenzó esta iniciativa y la ha sostenido para que las colectivas, organizaciones y activistas

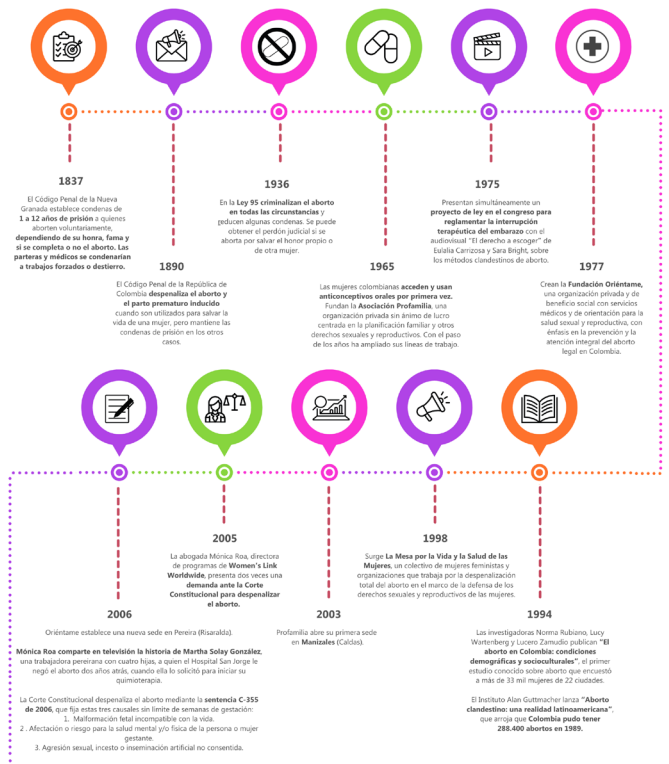
se sumaran a alzar sus voces por todas las vidas que estaban en riesgo por la existencia de este delito y las sanciones que implicaba.

En la región del Eje Cafetero una de las primeras semillas visibles de este movimiento fue plantada en 2004, cuando Martha Solay González —una trabajadora de limpieza con tres hijas y con un embarazo de pocas semanas— le solicitó al Hospital Universitario San Jorge de Pereira (Risaralda) que le practicara un aborto para poder tratarse su cáncer de cuello uterino. La negación del aborto impidió que Martha pudiera realizarse sus quimioterapias y al poco tiempo murió.

Su dolorosa experiencia de vida le brindó sostén y rostro a las luchas que hace décadas habían encarnado distintas organizaciones y mujeres en Colombia, como Mónica Roa, abogada y directora de programas en Women's Link Worldwide. Mónica incidió de forma histórica para visibilizar el delito de aborto como una vulneración de los derechos de las mujeres y para conseguir legalizar el aborto bajo tres causales, de forma que la Corte Constitucional lo aprobó con la sentencia C-355 de 2006.

Fortineras Once Caldas (2005) y Feminarias (2019-2021) estuvieron entre las primeras colectivas locales que adoptaron el aborto legal como uno de sus principios internos. Algunas más consolidaron espacios de juntanza entre organizaciones como la Plataforma Feminista de Caldas (2018-2020) y el Bloque Transfeminista de Manizales (2020); y otras generaron acciones

LÍNEA DE TIEMPO Contexto del aborto y la violencia ginecobstétrica



[Descarga la línea de tiempo completa aquí](#)

desde las universidades como la Escuela de Género y Derecho (2020), La Colectiva (2022) en la Universidad de Caldas y la Colectiva Aquelarre (2022) en la Universidad del Quindío.

El trabajo de estas y muchas más organizaciones, investigadoras y activistas del Eje no ha parado ante las continuas y sistemáticas vulneraciones frente al acceso al aborto. Ni la promoción de mitos, estigmas y desinformación por parte de instituciones de salud, administraciones públicas locales, gobernantes, líderes y personas religiosas conservadoras, familias y comunidades antiderechos.

Cada asesoría, feria abortera, taller, plantón, denuncia y proyecto han nutrido esta lucha para hacerla más plural, integral y efectiva en las comunidades y sus territorios.

Aunque hay carencias y dificultades en la sistematización de las acciones de las organizaciones y mujeres cis, transmasculinidades, hombres trans y personas no binarias e intersexuales indígenas, afrodescendientes, mestizas, blanco-mestizas, campesinas y con discapacidad que han defendido el derecho al aborto, hacemos memoria de lo que han sembrado y seguimos cosechando en nuestros territorios.

Panorama de acceso y atención del aborto¹⁹ en el Eje Cafetero

Los departamentos de Caldas, Quindío y Risaralda tienen fuertes tradiciones conservadoras y católicas con profundos tabúes, estereotipos, prejuicios y estigmas sobre la sexualidad, el placer, la autonomía y la libertad de los cuerpos de las mujeres y las personas LGBTIQ+, los cuales también pueden generar grandes barreras y vulneraciones sobre sus derechos sexuales y reproductivos, incluso en la atención de salud. No hay que olvidar que varias de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) fueron fundadas por sacerdotes, órdenes y comunidades religiosas, cuyos efectos se perciben todavía en la actualidad. Estas tradiciones se ven reflejadas, por ejemplo, en que varias instituciones de salud de la región siguen haciendo eucaristías católicas para eventos y conmemoraciones como el aniversario institucional²⁰ a pesar de

19 Aunque el foco de esta investigación es la interrupción voluntaria del embarazo y el aborto espontáneo, es importante recordar que existe el aborto autogestionado por fuera de las instituciones de salud, ya sea que la persona autónomamente use medicamentos comprados, plantas con propiedades abortivas u otros métodos.

20 Los recientes aniversarios con eucaristía han ocurrido en el Hospital San Vicente de Paúl de Anserma (Caldas), el Hospital San Marcos de Chinchiná (Caldas), el Hospital Universitario San Jorge de Pereira (Risaralda), el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas (Risaralda) y el Hospital Universitario San Juan de Dios de Armenia (Quindío). La gerente Luz Andrea Moreno del Hospital San Vicente de Paúl de Circasia fue la que organizó una misa con personal contratado y usuarias, en la que dijo que trabajaran estrechamente con la iglesia municipal y otras instituciones.

que Colombia es un país laico, pero omiten o no detallan públicamente cómo sus programas, políticas, rutas o procesos están garantizando el derecho al aborto y otros relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Lo anterior puede dar luces sobre por qué el personal de salud es uno de los principales actores que niegan u obstaculizan el acceso al aborto, al desconocer las normativas, aplicarlas inadecuadamente o violentar a las usuarias dentro de las instituciones, tal como ha concluido La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres en sus distintas investigaciones. Por eso, si quienes deben garantizar la atención y el seguimiento de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) o del aborto espontáneo ponen sus creencias y opiniones personales por encima de los derechos y las normativas nacionales, no solo están incumpliendo con sus funciones institucionales y constitucionales, sino que también pueden estar aportando en que las mujeres, personas intersexuales, transmasculinidades y personas no binarias tengan que experimentar maternidades y paternidades forzadas, o acudan a abortos inseguros, o enfrenten mayores costos, distancias y riesgos en su salud para poder decidir sobre sus cuerpos y proyectos de vida.

Ante estas desigualdades y violencias, distintas activistas, organizaciones feministas y algunas mujeres del sector de salud como médicas, enfermeras, doulas y parteras han asesorado y acompañado a las personas gestantes en la búsqueda de información clara y accesible sobre este derecho, las opciones que tienen y el proceso para acceder al aborto en la región. Y en muchas ocasiones, también

les han brindado apoyo para actuar respecto a las barreras y vulneraciones que provienen del sector de la salud y las instituciones, de su familia, parejas, amigos u otras personas de su comunidad. Estos apoyos suelen partir de la autogestión o del trabajo articulado de mujeres y colectivas con instituciones privadas que se encuentran en la región como Oriéntame, Profamilia y Unimédicos.

★ Conoce más sobre el trabajo regional de las organizaciones y activistas en el capítulo 10.

Aunque los avances recientes sobre el acceso al aborto se ratificaron en la sentencia C-055 de 2022, la resolución 051 de 2023 del Ministerio de Salud y la circular externa de 2024 de la Superintendencia de Salud, no hay un sistema nacional de información pública, accesible y desagregada sobre las personas que han accedido a la interrupción voluntaria del embarazo, ni la atención del aborto espontáneo. En los Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Caldas, Quindío y Risaralda tampoco mencionan ni analizan las condiciones, barreras y vulneraciones de estos derechos y servicios a nivel departamental y municipal, a pesar de que han incrementado los casos de violencia sexual, y se mantienen en cifras preocupantes el embarazo en niñas y adolescentes y la mortalidad durante el embarazo, parto y posparto.

Por ello, si se desea conocer la información relacionada con estos servicios y derechos, esta debe ser solicitada directamente a las entidades de salud encargadas a nivel local y departamental. Para esta investigación, enviamos 3 derechos de petición a las secretarías de salud departamentales y a 29

hospitales públicos de distintos municipios de la región, obteniendo respuesta y tablas con datos de 13 de ellos. Además, enviamos 3 solicitudes de información directas a clínicas privadas y no obtuvimos respuesta de ninguna. Todas estas respuestas permiten inferir y decir que:

En cinco años, entre 2020 y 2024, se han registrado al menos 2.342 interrupciones voluntarias del embarazo, en 15 municipios del Eje Cafetero.

2.342

**Número de IVE
(abortos) registrados**

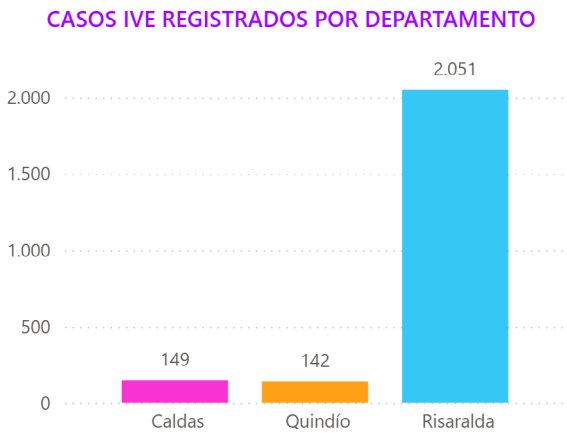


Gráfico 59. Registro de interrupciones voluntarias del embarazo en Caldas, Quindío y Risaralda (2020-2024), según entidades públicas de la región.

Registro de interrupciones voluntarias del embarazo en Quindío, Risaralda y Caldas por año, entre 2020 y 2024, según la información compartida por las instituciones antes mencionadas.

Instituciones que entregaron información sobre IVE en el Eje Cafetero:

#	Departamento	Municipio	Institución
1	Caldas	La Dorada	ESE Hospital San Félix
2	Caldas	Pensilvania	ESE Hospital Local San Juan de Dios
3	Caldas	Riosucio	Hospital Departamental San Juan de Dios ESE
4	Caldas	Manizales	Dirección Territorial de Salud de Caldas
5	Quindío	Armenia	Redsalud Armenia ESE
6	Quindío	Armenia	Clínica del Café Dumian Medical ²¹
7	Quindío	Calarcá	ESE Hospital La Misericordia
8	Quindío	Filandia	ESE Hospital San Vicente de Paúl
9	Quindío	Génova	ESE Hospital San Vicente de Paúl
10	Quindío	Montenegro	Hospital Roberto Quintero Villa ESE
11	Quindío	Quimbaya	ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús
12	Quindío	La Tebaida	ESE Hospital Pío X
13	Quindío	Armenia	Secretaría de Salud del Quindío
14	Risaralda	Belén de Umbría	ESE Hospital San José
15	Risaralda	Pereira	ESE Hospital Universitario San Jorge
16	Risaralda	Quinchía	ESE Hospital Nazareth
17	Risaralda	Santa Rosa de Cabal	ESE Hospital San Vicente de Paúl
18	Risaralda	Santuario	ESE Hospital San Vicente de Paúl
19	Risaralda	Pereira	Secretaría de Salud de Risaralda

Aproximadamente el 80% de los registros no contaban con información sobre quiénes accedieron, qué edades tenían, cómo se autorreconocían y en qué condiciones socioeconómicas vivían, lo cual afecta aún más a los hombres trans, las personas no binarias, las personas intersexuales y las mujeres indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras, rrom, lesbianas, bisexuales, pansexuales y con discapacidad de la región.

²¹ En mayo de 2025 anunciaron el cierre temporal de sus servicios de consulta externa, hospitalización, atención del parto, entre otros.

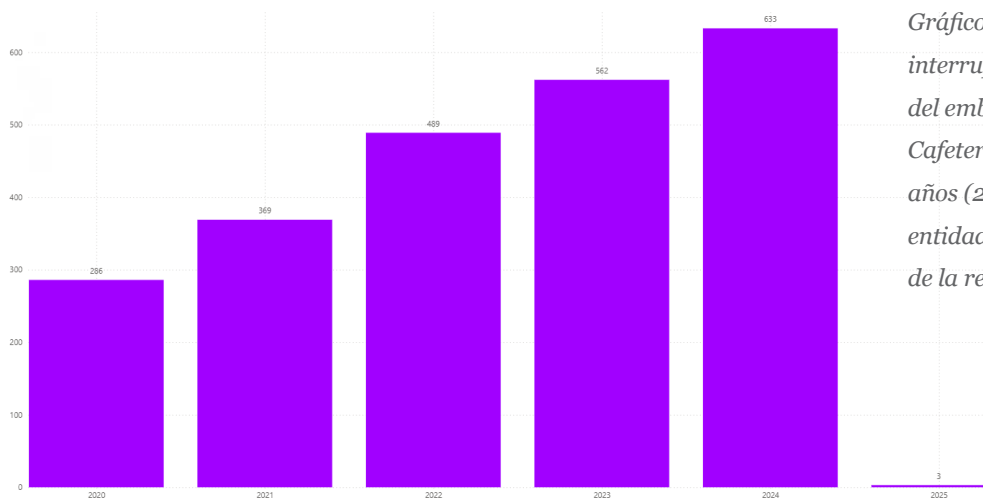


Gráfico 60. Registro de interrupciones voluntarias del embarazo en el Eje Cafetero agrupadas por años (2020-2024), según entidades públicas de la región.

Esto concuerda con las denuncias que han realizado distintas organizaciones como la Asociación Nacional de Mujeres Afrodescendientes Guadalupe Zapata, que alertó sobre la falta de recolección de datos sobre pertenencia étnico-racial en las instituciones de salud de Pereira en 2023.

En el Eje Cafetero, la edad promedio para realizarse una IVE es 29 años, según los datos disponibles de 140 mujeres. A nivel general, las usuarias tenían entre 12²² y 51 años, de las cuales **8 eran adolescentes (12-17), 64 jóvenes (18-28), 47 adultas (29-39) y 21 mayores (40-54)**. La mayoría de ellas tenían menos de 12 semanas de embarazo cuando solicitaron la IVE, vivían en las zonas urbanas de sus municipios, no se identificaron con una pertenencia étnico-racial específica y

22 Vale recalcar que todos los embarazos en menores de 14 años son asumidos como producto de violencia sexual, según la normativa vigente. También varias de las instituciones de salud los reportaron como casos de violencia sexual.

estaban afiliadas al régimen subsidiado de estas entidades promotoras de salud (EPS)²³: Asmet Salud, Nueva EPS y EPS Sura.

Aunque estos 2.342 casos muestran que el acceso al aborto —o su registro institucional²⁴—, aumentó aproximadamente en 100 procedimientos nuevos año tras año, también se pone en cuestión la eficacia con la que las instituciones de salud han aplicado y difundido la normativa de la sentencia C-055, a pesar de que la Corte Constitucional y las organizaciones feministas vinculadas a Causa Justa exigieron que este proceso se diera de forma inmediata.

En relación a la información solicitada,

23 Estas EPS hacen parte de las Entidades Administradoras del Plan de Beneficios (EAPB), que incluye las cajas de compensación familiar, pólizas y otras asociaciones que gestionan recursos del sistema de salud.

24 A todas ellas las clasificaron como mujeres cisgénero, con sexo femenino asignado al nacer y como heterosexuales, por lo que no hay registros de IVE de personas intersexuales, hombres trans, personas no binarias y mujeres gestantes lesbianas, bisexuales, pansexuales o con otras orientaciones sexuales no hegemónicas.

varios hospitales no enviaron sus registros de interrupciones voluntarias del embarazo entre 2020 y 2022, o afirmaron que “no se habían presentado casos”, a pesar de que desde el año 2006 el aborto es legal en Colombia, gracias a la sentencia C-355 de 2006, bajo las causales e salud (física, mental y social), violencia sexual, incesto o malformación fetal.

Un punto que llama la atención y que debería generar reflexiones críticas en el sector de la salud regional, es que dentro de las cifras más altas de IVE registradas y accedidas en el Eje Cafetero, está la Fundación Oriéntame con su sede en Dosquebradas (Risaralda) que solo en 2020 tuvo un total de 539 atenciones por telemedicina y practicó 856 interrupciones voluntarias del embarazo. Superando la cifra de acceso a la IVE registrada en las instituciones públicas del Eje Cafetero en el mismo año.

A nivel nacional esta misma fundación acompañó a 21.931 mujeres y personas gestantes entre el 22 de febrero de 2021 al 1 de febrero de 2023. Y Profamilia, reportó 154.363 interrupciones voluntarias del embarazo desde el 21 de febrero de 2022 hasta inicios de 2025 por atenciones en sus sedes regionales y telemedicina. En ambos casos su alto número de registros puede entenderse por la alta especialización de sus servicios de salud sexual y reproductiva, la variedad de sus programas, estrategias educativas y comunicativas en distintos municipios del país, y las barreras institucionales, culturales y sociales para el acceso a este procedimiento por medio de hospitales y centros de salud públicos.

Al poner la lupa sobre cada departamento, es claro que Quindío reveló la cifra más baja de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en los últimos cinco años, un

aspecto que va mucho más allá de que este sea el departamento con menor cantidad de habitantes de la región, como se analizará más adelante. Sin embargo, Caldas —y su capital— fue el departamento con menos respuestas institucionales sobre este procedimiento, y en el que más instituciones vulneraron el derecho de acceso a la información pública, por lo que existe un gran subregistro en esta investigación, e incluso en los reportes que los mismos entes territoriales de Caldas hacen al Ministerio de Salud.

Únicamente en Manizales la Defensoría del Pueblo registró que se notificaron 538 atenciones de IVE en 2022 y 349 hasta agosto de 2023, siendo más del 60% de los procedimientos con medicamentos, y 35% con aspiración manual endouterina, según su último informe. Pero el Ministerio de Salud solo recibió 161 registros de IVE en Manizales de 2022 a mayo de 2023.

En medio de este gran subregistro de acceso a la IVE, hay varios hallazgos relevantes sobre las mujeres y las poblaciones que enfrentan más condiciones de desigualdad y vulnerabilidad en Risaralda y Quindío.

- * Dos mujeres de 20 y 22 años habían sido víctimas de desplazamiento forzado y se realizaron la IVE en Risaralda. Una de ellas vivía en la ruralidad.
- * Tres mujeres indígenas de 21 a 34 años accedieron al procedimiento de IVE en Risaralda. Dos eran de zonas rurales.
- * Diez mujeres que vivían en las zonas rurales de Quindío y Risaralda accedieron a la IVE. Ocho de ellas tenían entre 13 y 43 años.

* Doscientas treinta y cuatro (234) mujeres venezolanas y extranjeras accedieron a la IVE en la región, principalmente en Risaralda. Dos tenían 13 y 16 años. Y una vivía en la ruralidad.

Los municipios de La Dorada, Riosucio y Pensilvania, que quedan a dos y casi cuatro horas de distancia de Manizales, agruparon poco más del 14% de los registros de IVE en Caldas, considerando las anteriores cifras de la Defensoría.

En el caso de Risaralda, la diferencia entre Pereira y otros cuatro municipios es abismal, ya que la capital acumula el 94% de los regis-

tros de IVE, seguida por Santa Rosa de Cabal con el 3,5%.

Y en Quindío, aunque las variaciones son menos pronunciadas que en Risaralda, Armenia brindó el 62% de las atenciones y Calarcá el 19%, lo cual equivale al 81% de todos los registros de IVE en los siete municipios. Esto quiere decir que la centralización de los procedimientos de IVE en las capitales es más alta en Risaralda con el 94% y Caldas con el 85,6%.

Registro de interrupciones voluntarias del embarazo agrupadas por municipio, entre 2020 y 2024:

Departamento	Municipio	Interrupciones voluntarias
Caldas	La Dorada	107
	Pensilvania	5
	Riosucio	37
Quindío	Armenia	91
	Calarcá	28
	Filandia	7
	Génova	6
	Montenegro	10
	Quimbaya	1
	La Tebaida	4
	Belén de Umbría	5
Risaralda	Pereira	1928
	Quinchía	21
	Santa Rosa de Cabal	72
	Santuario	26
Total	2348	

De la centralización en las capitales para el acceso a este derecho, unido a los testimonios de activistas que se encuentran en algunos de estos municipios, se infiere que las mujeres y personas gestantes que viven en varios de los municipios rurales con menor cantidad de habitantes e instituciones de salud disponibles como Pensilvania —1,95% de la población total de Caldas en 2023—, Génova —1,4% de Quindío— y Santuario —1,3% de Risaralda—

experimentan más desigualdades en la información y la atención de la IVE respecto a quienes están en las capitales y sus municipios más cercanos como Santa Rosa de Cabal, La Dorada y Calarcá. No obstante, la centralización de los procedimientos y otros servicios de salud no significa que no existan barreras de acceso al aborto en dichos municipios.

El año con mayor registro de mujeres que accedieron a la IVE también varía según el departamento, el municipio y los datos entregados por las instituciones. Comparado con el año anterior (2021), en Pereira 98 personas más se practicaron este procedimiento en 2022, mientras que en Armenia accedieron 13 más en 2023.

Este aumento en las capitales se puede relacionar con la incidencia en la agenda pública que produjo el movimiento Causa Justa, logrando la ampliación del aborto hasta la semana 24 de gestación en 2022, las acciones permanentes de las organizaciones feministas locales —tanto en acceso a la información como acompañamiento— y la mayor disponibilidad de instituciones con distintos niveles de atención, impacto que difícilmente se replicó en los municipios restantes por las desigualdades y barreras estructurales e institucionales que experimentan.

Lo anterior marca una diferencia importante respecto al alza que tuvo a nivel nacional la ampliación del derecho al aborto en 2022. En entidades como Profamilia, los procedimientos aumentaron un 65,9% y en Oriéntame un 1%. Al respecto, Profamilia dijo que este aumento inicial de IVE se alineaba con lo que había pasado después de la legalización

del aborto en Uruguay, Francia, Portugal, España y la capital de México, de manera que lo más probable es que con el paso del tiempo se estabilice o se reduzca el número de procedimientos en Colombia.

En los demás municipios del Eje Cafetero, el año de aumento inicial de los registros de IVE fue 2023 en La Dorada y Génova, y 2024 en Riosucio, Filandia y Santa Rosa de Cabal. La reducción se empieza a notar en Pereira y Génova de 2023 a 2024, pero en los demás municipios hay dos tendencias: permanece igual el número de registros o su patrón no es claro.

En Calarcá y La Tebaida permanecieron con los mismos registros dos años seguidos con 14 y 2 respectivamente. Y en Pensilvania, Quimbaya, Montenegro, Belén de Umbría y Quinchía no hay suficiente información de 2020 a 2024 para analizar la variación del registro de acceso al aborto cada año.

En medio de este panorama, el caso de Santuario resulta especial, ya que pasó de cuatro registros en 2021 al doble —tuvo 8— en 2022, el mismo año en que se amplió el derecho al aborto. Luego bajaron a la mitad —4— en 2023 y volvieron a subir en 2024 —fueron 7—.

Como en este municipio había aproximadamente 6.350 mujeres en 2024 y cerca del 45% vivían en centros poblados y rural disperso, se destaca que el hospital que tienen más cerca les esté garantizando el acceso a la IVE, en lugar de viajar hasta la capital de su departamento para poder hacerlo.

Otros dos casos llamativos son los municipios de Belén de Umbría y de Armenia. En el primero, comenzaron a implementar su protocolo y a practicar la IVE

con medicamentos a inicios de 2024. En la respuesta al derecho de petición, el Hospital San José de Belén de Umbría expuso que no había un diagnóstico específico en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) —un sistema para registrar las enfermedades y otros factores que influyen en la salud— para la interrupción voluntaria del embarazo, por lo que “no podían” filtrar casos anteriores en sus bases de datos²⁵ de 2020 a 2024.

Hace 24 años, Colombia adoptó la décima versión²⁶ de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en 2001, en la que ya se encontraban varios diagnósticos que deben quedar en las historias clínicas, incluidas las complicaciones de la interrupción voluntaria del embarazo. Además, el Ministerio de Salud agregó varios códigos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) con su resolución 4905 de 2006 —y la 2336 de 2023—, con el fin de sistematizar los procedimientos que realizaran y autorizaran las IPS y entidades promotoras de salud (EPS). Ya en 2014, el mismo ministerio y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) publicaron varios protocolos para atender la

25 Algunos hospitales más usaron esta misma justificación para no entregar los datos sobre IVE y otros comentaron que los habían perdido por procesos de empalme y problemas con las bases de datos.

26 La CIE-10 fue publicada originalmente por la OMS en 1992, con una versión en español de 2008. En Colombia, la implementación de esta clasificación debe ser monitoreada por las secretarías de salud municipales y departamentales, tal como lo estableció el Ministerio de Salud en la resolución 1895 de 2001.

IVE, en especial uno dirigido para que el sector de la salud implementara bien estos códigos en las historias clínicas, las autorizaciones y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).

En el caso de Armenia, Redsalud clasificó las IVE solo con diagnóstico de extracción menstrual, el cual es usado también para otros procesos de regulación del ciclo menstrual, cuando existen códigos más precisos para referirse a las tres causales de la IVE, el método utilizado y las complicaciones que se dieron o no durante el procedimiento.

★ [Consulta aquí los códigos de CIE y CUPS que se usan en la atención de aborto espontáneo e IVE.](#)

Así mismo, preocupa que un gran porcentaje de municipios con más habitantes en zonas rurales como Samaná (Caldas), Pijao (Quindío) y Pueblo Rico (Risaralda) no brindaron respuestas y datos sobre la prestación de los servicios relacionados con estos derechos de las mujeres y personas diversas, incumpliendo su responsabilidad de atender estas solicitudes. Igualmente, esta falta de información y datos sobre el número de procedimientos de IVE de 2020 a 2022 impide que se reconozcan los efectos y contrastes territoriales de las sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022, especialmente sobre el acceso a este derecho en las mujeres, transmasculinidades y personas no binarias indígenas, afrocolombianas, con discapacidad, migrantes, de áreas rurales, bajos recursos económicos y con otras situaciones de vida.

Lo anterior se repitió en dos de los tres hospitales universitarios de la región, que son instituciones claves por su larga trayectoria y reconocimiento en el sector de salud, así como por su papel en la formación del personal médico y ginecobstétrico de distintas universidades. El S.E.S. Hospital Universitario de Caldas y el Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, que llevan 40 y 119 años desde su fundación, no respondieron los derechos de petición sobre el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Como ambos son hospitales de tercer nivel de atención y con servicios de alta complejidad, pueden recibir a las mujeres y personas gestantes que necesitan una atención muy especializada, ya sea por presentar condiciones de salud, enfermedades o complicaciones importantes. Por eso, resulta preocupante que no hayan respondido y que no se encuentre registro de que esta información se ha compartido y socializado de forma pública. De esta forma, probablemente estarían contribuyendo a las brechas epistémicas que siguen teniendo las mujeres y quizá hasta estudiantes de las universidades de la región.

En general, como es visible en las gráficas y tablas, las instituciones de salud de Pereira y Armenia tienen un mayor y mejor registro de las interrupciones voluntarias del embarazo, dado que precisaron un poco más quiénes accedieron a la IVE y en qué condiciones lo hicieron, sin revelar sus nombres, números de teléfono y sin vulnerar el derecho a la intimidad de las usuarias, como sí lo hicieron varios hospitales de la región, infringiendo la protección de sus datos personales. A la vez, con base en la información compartida y

analizada, Risaralda es el departamento que más acata la normativa vigente en cuanto al acceso a la IVE, pues su secretaría de salud departamental respondió que todas las IPS estaban garantizando este derecho y servicio, excepto la Clínica Los Rosales por el cierre de su área de ginecobstetricia.

¿Quiénes han sido atendidas por aborto espontáneo?

En cinco años, entre 2020 y 2024, se han registrado al menos 1.993 abortos espontáneos en 5 municipios del Eje Cafetero.

Lo primero que hay que decir es que el aborto espontáneo, que sucede antes de las 24 semanas de embarazo, siempre ha estado presente en la vida de las mujeres, personas intersexuales, hombres trans y personas no binarias. Por eso, fue reconocido y monitoreado mucho antes por las organizaciones e instituciones de salud a nivel internacional. Solo hasta 1965 vieron la necesidad de diferenciarlo del aborto inducido—del que hace parte la IVE— en su Clasificación Internacional de Enfermedades. En Colombia, alrededor de 1 de cada 6 embarazos termina en aborto espontáneo, ya sea por anomalías genéticas, enfermedades crónicas, infecciones por zika, exposición a la minería ilegal de oro, entre otros factores. Como expone el Ministerio de Salud, estos casos requieren atención inmediata para tratar sus posibles complicaciones y efectos en la salud, no solo a nivel físico sino también a nivel psicológico, ya que puede generar dolor, miedo, culpa, sensación de fracaso por no haber podido

completar el embarazo, injusticia, vergüenza, y puede quedar un duelo por procesar.

Hoy en día el aborto espontáneo sigue siendo casi igual de frecuente que en años anteriores, solo que cada vez se vuelve más visible en las estadísticas de salud en Colombia: el 15,4% de las mujeres de 13 a 49 años tuvo una pérdida o aborto espontáneo, mientras que el 1,5% se realizó una IVE o aborto inducido entre 2024 y 2025, según los registros. Esto refleja que son casi diez veces más las mujeres que experimentan abortos espontáneos en comparación con los abortos inducidos, evidenciando también un mayor registro de atenciones, lo que probablemente se deba a que el aborto espontáneo es comprendido como una de las alteraciones o complicaciones del embarazo, por lo que el personal de salud podría darles más información e indicaciones durante los controles prenatales, en caso de que sientan hemorragia vaginal, dolor abdominal y calambres. Contrario a la interrupción voluntaria del embarazo, en la que las mujeres y personas gestantes toman la decisión de realizarse el procedimiento, cargando en muchas ocasiones con el estigma social e institucional de decidir sobre sus cuerpos y proyectos de vida.

A pesar de lo anterior, de 29 hospitales públicos y 3 clínicas pivadas consultadas en el Eje Cafetero, solo 5 dieron información sobre el aborto espontáneo. En parte, el resto de instituciones no la entregó porque no los registraban como embarazos terminados en aborto, atenciones en urgencias ni tampoco bajo otras categorías o diagnósticos.

Registro de abortos espontáneos por departamento, entre 2020 y 2024 en el Eje Cafetero

Departamento	Abortos espontáneos
Caldas	1913
Quindío	1
Risaralda	79
Total	1993

Probablemente, al igual que sucede con la IVE, hay instituciones de salud que no registran y envían de manera adecuada sus registros de aborto espontáneo, a pesar de que el Ministerio de Salud publicó en 2014 sus orientaciones para la atención posaborto.

Las tablas presentan un consolidado de los 1.993 registros de aborto espontáneo en tres departamentos del Eje Cafetero. Estos casos fueron atendidos principalmente en los servicios de urgencias de los hospitales San Vicente de Paúl (Santuario, Santa Rosa de Cabal y Filandia), Nazareth (Quinchía) y San Félix (La Dorada).

Diagnóstico del registro de abortos espontáneos entre 2020 y 2024, en el Eje Cafetero según los datos compartidos

Tipo de diagnóstico	Abortos espontáneos
Amenaza de aborto	2
Dolor en abdomen inferior	3
Hemorragia vaginal y uterina	5
Aborto no especificado	11
Aborto espontáneo	38
Otros	4
Sin información	1930
Total	1993

Aunque existen tres métodos reconocidos para la atención del aborto espontáneo —medicamentos, aspiración al vacío y manejo expectante—, solo una usuaria recibió misoprostol para completar el aborto en otra IPS privada. En el resto de los 1.992 reportes no se cuenta con información sobre el método que usaron ni los analgésicos para el dolor que les pudieron entregar.

Al menos 26 registros fueron por aborto espontáneo incompleto sin complicaciones y 1 presentó complicación por embolia. De los 11 no especificados, 3 fueron incompletos sin complicaciones y 1 tuvo complicaciones no detalladas. Tampoco es muy claro si todos estos casos fueron efectivamente abortos espontáneos o si algunos fueron autogestionados por las usuarias, ya sea que los iniciaran con plantas, medicamentos comprados u otros métodos. Además, del total de casos con información, cinco mujeres no perdieron su embarazo.

A diferencia de los datos relacionados con la IVE, sí recogieron y entregaron más datos sobre la pertenencia étnico-racial de las mujeres que experimentaron el aborto espontáneo:

- * Nueve mujeres se identificaron como indígenas y una como negra, afrocolombiana o afrodescendiente.
- * La mayoría tenía Asmet Salud (22 mujeres), Nueva EPS (22) y Medimás (18).
- * Una vivía en zona rural, una había sido desplazada y una era venezolana.
- * Una tenía 13 años, pero la institución no mencionó que le hiciera algún

seguimiento por tratarse de un caso de violencia sexual al ser menor de 14.

En comparación con los registros de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), se identificó una diferencia importante: solo el Hospital San Vicente de Paúl (Santuario) entregó información relativamente completa sobre la mayoría de las variables solicitadas, como pertenencia étnico-racial, año del aborto espontáneo, diagnóstico de la atención, nacionalidad y afiliación a EPS, pero no sobre número de semanas de gestación, edad de la usuaria, identidad de género, orientación sexual, sexo asignado al nacer y otras variables. En el caso del Hospital San Félix, que aparece con el mayor registro de casos de aborto espontáneo, la institución no ofreció nada de información sobre los mismos, ni siquiera sobre el año en que los atendieron.

¿Cómo están atendiendo la IVE y el aborto espontáneo en el Eje Cafetero?

Además de ser derechos constitucionales, la interrupción voluntaria del embarazo y el tratamiento del aborto espontáneo comprenden y requieren varios procedimientos en el sistema de salud, que van desde la consulta inicial hasta el seguimiento después de que se complete. Para garantizarlos a nivel nacional, **la Corte Constitucional y el Ministerio de Salud reglamentaron que todas las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas y privadas deben atenderlos, desde el primer nivel de atención con baja complejidad hasta el cuarto nivel con alta complejidad.**

Para entender cómo funciona, hay que distinguir los niveles de atención del grado de complejidad de los servicios. Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas son categorizadas en primer, segundo o tercer nivel de atención, según la cantidad de personas que necesiten atender de uno o varios municipios, el nivel de especialización del personal contratado y de la tecnología que usen, entre otros criterios. También los servicios de las instituciones prestadoras de salud (IPS) tienen su propia clasificación en baja, mediana o alta complejidad, dependiendo de los instrumentos, la capacitación del personal y los otros recursos

que dispongan para tratar las necesidades, enfermedades, complicaciones y otras condiciones de salud de la población.

Los lineamientos técnicos de Prevención del aborto inseguro en Colombia, *Atención Post Aborto (APA) y sus complicaciones* y la resolución 051 de 2023 describen qué métodos y a partir de qué número de semanas de embarazo pueden usarse para la interrupción voluntaria del embarazo y el aborto espontáneo, según el grado de complejidad de los servicios que manejan las instituciones de salud:

Métodos según el grado de complejidad de los servicios en Colombia

Complejidad	Semanas	Método	Duración estimada	Lugar
Baja	Hasta 10	Mifepristona y misoprostol	Pocas horas o varios días	En casa
	Hasta 12	Misoprostol solo		Realizado en IPS, sin hospitalización
		Mifepristona y misoprostol		
	Hasta 15	Misoprostol solo		
Mediana y alta		Aspiración endouterina manual o eléctrica (AMEU o AEEU)	3 a 10 minutos	Realizado en IPS, sin hospitalización
	Hasta 15	Todos los anteriores	Pocas horas o varios días	En casa o IPS, sin hospitalización
	Más de 15	Dilatación y evacuación (D y E)	30 minutos o más	Realizado en IPS, posible hospitalización
		Inducción con medicamentos	Pocas horas o varios días	
Cualquiera	Más de 20	Inducción con medicamentos y a la asistolia fetal (IAF)		
	Antes de 24	Manejo expectante del aborto espontáneo	Varios días o semanas	En casa

Para esta investigación, se consultaron 29 instituciones públicas, de las cuales 16 no respondieron. Entre las que sí lo hicieron, se identificó que varias no ofrecen el procedimiento de IVE, incumpliendo así las sentencias C-055 de 2022 y C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, que garantizan este derecho para poder decidir sobre el embarazo no deseado ni planeado. En particular, tres instituciones de primer nivel —dos de baja complejidad— no lo hacen en Quindío y Caldas: el Hospital San Roque de Córdoba, el Hospital San Vicente de Paúl de Circasia y una institución desconocida de Caldas. En respuesta al derecho de petición, la Dirección Territorial de Salud de Caldas no detalló cuál era el nombre y en qué municipio estaba la institución que decidió no realizar la IVE en sus instalaciones.

★ [Consulta aquí el tablero interactivo con las respuestas de las instituciones.](#)

A pesar de que ninguna de las instituciones ni las secretarías de salud reportaron dificultades financieras, de personal o de insumos que impidan la prestación de este

procedimiento, tampoco dieron explicaciones sobre por qué no lo realizan e incumplen la ley. Esto representa una omisión grave, dado que el marco jurídico exige que se preste en todos los niveles de atención y grados de complejidad de los servicios de salud.

En la región, aproximadamente 18 instituciones realizan la IVE solo hasta las 12 semanas, tres hasta las 15 semanas y otras tres hasta las 20 semanas. Según la información compartida, hasta el cierre de esta investigación ninguna institución pública del Eje Cafetero realiza el procedimiento hasta las 24 semanas, como lo establece la sentencia C-055, lo que obstaculiza el acceso a este derecho, y puede llevar a que las mujeres y personas gestantes asuman maternidades forzadas, se realicen abortos inseguros, o que, si tienen los recursos económicos, acudan a la sede de Profamilia en Pereira, la única que realiza la IVE hasta este tiempo de gestación, o que tengan que viajar a otras partes del país para acceder a este derecho.

En 2014 aproximadamente, el Ministerio de Salud reglamentó que la aspiración manual endouterina, la dilatación

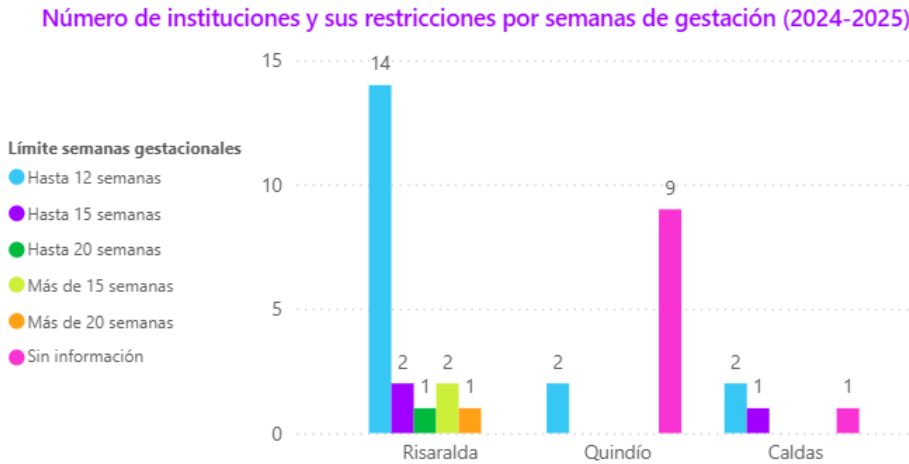


Gráfico 61. Número de instituciones prestadoras de servicios de salud en el Eje Cafetero que realizan la IVE, y límite de semanas gestacionales, según respuestas de derechos de petición (2024).

y evacuación y la inducción a la asistolia fetal requerían personal entrenado e insumos específicos, por lo que las IPS, EPS, secretarías de salud y otros actores debían invertir presupuesto y capacitar al personal para brindar los métodos que correspondían al grado de complejidad de sus servicios, con el objetivo de cumplir la sentencia C-355 de 2006, que no imponía límite al número de semanas de embarazo para este procedimiento. No obstante, no fue posible obtener información completa sobre los métodos utilizados en todas las instituciones consultadas ni cómo están capacitando al personal para implementar los otros métodos.

De las que respondieron, la mayoría empleaba medicamentos, seguido del legrado y, en menor medida, la AMEU. **Ninguna reportó el uso de dilatación y evacuación, a pesar de que es el más recomendado por el Ministerio de Salud y la OMS para casos de más de 15 semanas.**

Después de once años de los lineamientos del Ministerio, en varios municipios no se hace uso de los métodos más recomendados, rápidos y eficaces, lo que puede aumentar el riesgo de complicaciones, aumenta el tiempo de atención y recuperación, y los costos son más altos.

De ahí que muchas de las instituciones recurran al sistema de referencia y contrarreferencia, que permite remitir a las usuarias a instituciones con servicios de mayor complejidad, aunque esto no exime a las entidades locales de garantizar el derecho a la IVE en todas las semanas de embarazo en sus propios territorios. Para este proceso, la institución se contacta con la EPS o Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) para remitir a una IPS que sí tenga el personal y los insumos para llevar a cabo el procedimiento, y luego la institución que remite debe transportar a la usuaria en ambulancia hasta la IPS que le vaya a realizar la IVE. En este sentido, las EPS y/o EAPB se encargan de organizar la red de instituciones

CASOS IVE REGISTRADOS POR MÉTODO

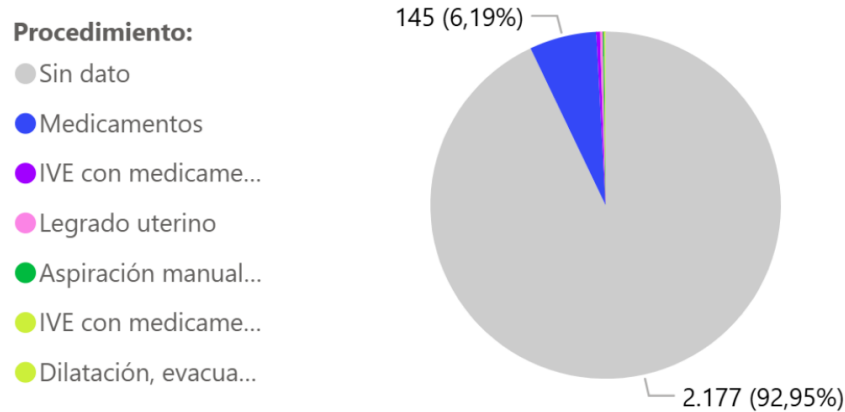


Gráfico 62. Número de interrupciones de voluntarias del embarazo registradas en el Eje Cafetero por método (2020-2024), según respuestas de derechos de petición (2024).

que atienden la IVE en sus servicios,
mientras que las administraciones
y/o secretarías de salud municipales y
departamentales deben vigilar constantemente
que las instituciones sí estén garantizando la
atención de IVE y aborto espontáneo en todas
las semanas de embarazo.

En cuanto al uso de medicamentos, Profamilia²⁷ gestionó en 2017 la aprobación de la mifepristona en Colombia para su uso con el misoprostol, lo que permitió aumentar la eficacia del procedimiento y reducir sus complicaciones y efectos secundarios. Apenas en 2021, el Ministerio de Salud incorporó la mifepristona al Plan de Beneficios en Salud (PBS), lo que significó que su costo fuera asumido por el Estado, facilitando así el acceso gratuito y equitativo a este medicamento para todas las personas e instituciones que lo necesitaran desde ese año hasta la actualidad.

Según los hallazgos de esta investigación, se encontró que no todas las instituciones del Eje Cafetero han estado implementando la combinación de misoprostol y mifepristona en los últimos cinco años: el Hospital Universitario San Jorge de Pereira y el San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal dijeron que la han empleado, mientras que el San Félix de La Dorada y el San Vicente de Paúl de Filandia siguen usando solo misoprostol. Vale recalcar que dos instituciones empezaron a comprar y usar la mifepristona recientemente: el San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal la adquirió en 2023 y el de Santuario en 2024.

27 Así lo contaron en su libro *iHechos y derechos!: 55 años cambiando la historia*, publicado en 2020.

Dado que la mayoría de procedimientos se realizan con dichos medicamentos, sería recomendable que todas las instituciones adoptaran esta combinación para mejorar la efectividad del procedimiento, la atención y la experiencia de las usuarias.

En el análisis de los lineamientos institucionales, se identificaron 15 protocolos, tres rutas y un programa relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo, según la respuesta de las instituciones al derecho de petición enviado. La mayoría de estos documentos se enfocan exclusivamente en dicho procedimiento y algunos lo integran dentro de rutas materno-perinatales o materno-infantiles. Ninguno indica qué se hace claramente en la atención del aborto espontáneo, aunque el Ministerio de Salud exige que se brinde atención inmediata, profesional y libre de juicios de valor en estos casos, ya sea por aborto espontáneo o autogestionado por la misma usuaria. Mucho menos se aborda en estos documentos el posible duelo perinatal que puede surgir a partir de la experiencia de aborto espontáneo.

★ Conoce más sobre los protocolos y la violencia epistémica en el capítulo 7, *Brechas epistémicas que son barreras*.

Cabe destacar que Colombia sí cuenta con un lineamiento de atención integral del duelo perinatal, el cual se aplicaría en los casos de aborto espontáneo. No obstante, la ausencia de una articulación explícita entre este lineamiento nacional y los protocolos de las instituciones deja un vacío importante en la atención emocional y psicológica de las personas que atraviesan esta pérdida por aborto espontáneo.

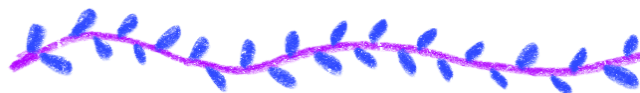
Finalmente, aunque se ha definido que médicas generales, ginecólogas y ginecobstetras deben realizar la atención de IVE y aborto espontáneo, la OMS recomienda que parteras, auxiliares de enfermería y agentes de salud comunitaria también puedan participar en el proceso, siempre que las normativas y los contextos del país lo permitan. Esta apertura es clave para mejorar la atención y ampliar el acceso y cobertura en territorios ancestrales indígenas, territorios colectivos de comunidades negras y zonas de reserva campesina, donde persisten muchas desigualdades y barreras.

★ En el capítulo 5 puedes conocer más sobre las desigualdades y violencias que viven las mujeres y personas LGBTIQ+ en el Eje Cafetero.

Barreras y violencia ginecobstétrica en la interrupción voluntaria y el aborto espontáneo.

De las barreras a la violencia ginecobstétrica: un cambio de enfoque

En 2015, el Grupo Médico por el Derecho a Decidir publicó Violencia obstétrica y aborto. Apuntes para el debate en Colombia, una de las primeras obras que reconocieron y se posicionaron frente a estas prácticas en la atención del aborto y el parto en el país, caracterizándolas así:



La violencia obstétrica en el aborto según el Grupo Médico por el Derecho a Decidir:

Típos	Manifestaciones
Cuidado no digno/ discriminación	<p>No asesorar sobre su derecho</p> <p>Negar información veraz e imparcial</p> <p>Retrasar la atención y la realización del procedimiento</p> <p>Retrasar o no asignar cama.</p> <p>Acomodar intencionalmente y con fines aleccionadores junto a madres con sus recién nacidos</p>
Cuidado no confidente	<p>Referirse públicamente con calificativos estigmatizantes o peyorativos a personas que solicitan o están siendo atendidas por aborto</p> <p>No ofrecer privacidad para la consulta y el examen físico</p>
Cuidado subóptimo	<p>Usar tecnologías inadecuadas u obsoletas como legrado cortante</p>
Abuso psicológico	<p>Amenazar, acusar, culpabilizar, humillar y revictimizar.</p> <p>Tratar de cambiar su decisión</p>
Abuso físico	<p>No manejar o manejar inadecuadamente el dolor</p>

En su documento agruparon varias manifestaciones de esta violencia en las categorías de *trato deshumanizante* y *realización de actos médicos no consentidos*, que podrían originarse por la cultura patriarcal que se ha apropiado de los procesos naturales de la vida de la mujer, la relación de poder ejercida por el personal de salud, la desmedida valoración que la obstetricia hace del uso de la tecnología y la extensión a las instituciones de salud de las dinámicas violentas prevalentes en la sociedad. Otro aporte relevante fue su planteamiento de factores individuales, comunitarios, institucionales y legislativos que facilitan o contribuyen a la violencia ginecobstétrica, lo que permitió comprender la responsabilidad de los múltiples actores involucrados más allá del sector salud.

Al poco tiempo, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres incorporó algunos de estos aportes y reconoció la violencia obstétrica como una de las fallas en la prestación de los servicios de salud, que pertenecía a su nueva categoría de análisis: las barreras. En Las causales de la ley y la causa de las mujeres. La implementación del aborto legal en Colombia: diez años profundizando la democracia las definieron así: “conjunto de conductas que por acción o por omisión, constituyen limitaciones u obstáculos para que las mujeres accedan de forma efectiva al aborto legal, en el servicio público de salud, sin importar el régimen de afiliación”.

En ese sentido, las barreras fueron entendiéndose como vulneraciones a los derechos de las mujeres e infracciones a la normativa que garantiza la atención de la

IVE y del aborto espontáneo, ya que para poder ejercer estos derechos se necesitaba acceder a los servicios del sistema de salud. Según el mismo informe, la violencia obstétrica podía abarcar también lo que hoy conocemos como violencia psicológica o emocional, vista desde los comentarios prejuiciosos que juzgaban moralmente a las mujeres que decidían solicitar la IVE, hasta las estrategias del personal para intentar cambiar su decisión. Alrededor del año 2016, fue la primera vez que una organización documentó en su informe que 49 mujeres experimentaron violencia obstétrica por parte de profesionales de salud, es decir, el 5,2% de las 934 que asesoró La Mesa.

Para analizar estas vulneraciones con mayor profundidad, La Mesa creó dos categorías específicas para identificar y denunciar las fallas de profesionales de salud y las fallas administrativas, de manera que se pudieran distinguir las acciones individuales de aquellas que se manejaban por un conjunto más amplio de profesionales y actores institucionales, incluido el sector administrativo, de justicia, entre otros.

Barreras en la prestación del servicio de salud según La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres:

Fallas de profesionales de la salud	Fallas administrativas
Denegación de certificaciones y autorizaciones médicas	Falta de protocolos internos
Violencia y malos tratos (incluye violencia obstétrica y tratos deshumanizantes)	Fallas de sistema de referencia y contrarreferencia
Dilación injustificada de la prestación del servicio	Falta de entrenamiento médico para realizar la IVE

En los últimos años, los estereotipos, estigmas, prejuicios y prácticas violentas relacionadas con estas barreras han sido englobadas y estudiadas más como **violencia obstétrica y violencia reproductiva** por la Corte Constitucional, Ilex Acción Jurídica y la Fundación Jacarandas, enfoques que resaltan su carácter estructural y la diversidad de actores del Estado que la ejercen.

Esta investigación explora la violencia ginecobstétrica en la atención de la interrupción voluntaria del embarazo y el aborto espontáneo, a partir de las propuestas conceptuales del Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva y la investigadora Dayana Méndez Aristizábal (2023):

La violencia ginecobstétrica comprende las manifestaciones de las violencias estructurales basadas en género en el campo de la salud sexual y reproductiva, que se intensifica desproporcionadamente por el patriarcado, la cisheteronormatividad, el racismo, el capacitismo, la xenofobia y otros sistemas de opresión. Esta violencia puede expresarse en tratos deshumanizantes y discriminatorios, procedimientos médicos innecesarios y sin consentimiento, agresiones verbales, físicas, psicológicas, emocionales o simbólicas, entre otras vulneraciones de derechos humanos.

Siguiendo esta definición, **las barreras como vulneraciones a los derechos de las mujeres en el servicio de salud son comprendidas como vulneraciones sistemáticas que ejerce el Estado sobre las mujeres y personas con capacidad de gestar más oprimidas y marginalizadas**, debido a que estos derechos solo se pueden materializar si hay

Tipo	Definición	Ejemplos
Segregación, discriminación y violencias invisibilizadas que ocurren en instituciones de salud	Situaciones y prácticas violentas al interior de las instituciones de salud	<p>Mayor probabilidad de las mujeres negras, racializadas y con discapacidad a no ser escuchadas y a recibir procedimientos sin que se les pregunte</p> <p>Falta de adaptabilidad de los servicios para atender a las mujeres con discapacidad</p> <p>LGBTIQ + fobia, maltrato, violencia por prejuicio y otras barreras que enfrentan hombres trans, personas transmasculinas, intersexuales y no binarias, y mujeres cis</p>

un conjunto de condiciones y factores que estén cubriendo las entidades gubernamentales, educativas, de salud, justicia, etcétera. Por ejemplo, el hecho de que el sistema de salud colombiano enfoque y dirija el servicio de ginecobstetricia principalmente a las mujeres cisgénero, conlleva a que los hombres trans y las personas no binarias e intersexuales enfrenten mayores barreras para poder acceder a este derecho cuando lo solicitan, y que sean invisibilizadas en las bases de datos por no contar con variables como la identidad de género.

De forma parecida puede suceder con muchas de las mujeres indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y rrom en el país, que aún son **invisibilizadas en las bases de datos y las estadísticas de las instituciones**, según la Asociación Nacional de Mujeres Afrodescendientes Guadalupe Zapata. Como se vio en el acceso a la IVE y el aborto espontáneo, la pertenencia étnico-racial todavía no es una variable que todas las instituciones de salud entreguen en sus registros, y queda la duda de si realmente en sus registros y bases de datos aplican enfoques diferenciales. Todo esto sigue ocurriendo aunque la Superintendencia Nacional de Salud publicó una **circular en 2024** para que las EPS, EAPB o Entidades de Aseguramiento en Salud (EAS) también registraran mínimamente estas variables para caracterizar a quienes accedían a la IVE: edad, nivel de educación, nivel socioeconómico, pertenencia étnico-racial, identidad de género, discapacidad y población rural o urbana.

Como hay múltiples dinámicas históricas, sociales, culturales y económicas que contribuyen a la violencia ginecobstétrica, **Dayana Méndez Aristizábal (2023)** las dividió en tres categorías, desde un enfoque feminista, interseccional y de derechos humanos.

Tipos de violencia ginecobstétrica según Dayana Méndez Aristizábal:

Exclusión a la atención en salud	<p>Negación y exclusión del sistema sanitario que ocasionan que no pueda darse acompañamiento médico y especializado</p> <p>Exclusiones que se originan en barreras administrativas y económicas impuestas por el estatus migratorio, por la falta de seguro médico, etcétera</p>	<p>Exclusiones sanitarias a mujeres que requieren abortar</p> <p>Exclusiones sanitarias a mujeres indígenas</p> <p>Exclusiones sanitarias a mujeres gitanas</p> <p>Exclusiones sanitarias a mujeres migrantes</p>
----------------------------------	---	---

<p>Imposibilidad o dificultad para llegar a la atención sanitaria</p>	<p>Circunstancias estructurales que acrecientan la magnitud del problema y que hacen casi impensable acceder a la atención sanitaria</p> <p>Situaciones que evidencian el incumplimiento de las obligaciones del Estado para el acceso efectivo del derecho a la salud</p>	<p>Dificultad e imposibilidad de las mujeres rurales para acceder a atención médica por las distancias y falta de transporte</p> <p>Imposibilidad de las mujeres rurales y personas trans para acceder a salud sexual y reproductiva en medio del conflicto armado</p>
---	--	--

Para Dayana Méndez la violencia ginecobstétrica no solo se ejerce en las prácticas violentas dentro de las instituciones, sino también en las desigualdades y vulneraciones que experimentan las mujeres, hombres trans y personas no binarias para acceder a una atención de salud de calidad. De este modo, ella sostiene que es violencia ginecobstétrica el hecho de que a nivel mundial las mujeres rurales, de bajos recursos económicos, negras, afrodescendientes e indígenas tengan más probabilidades de morir o estar a punto de hacerlo durante el embarazo, aborto, parto y posparto. Justamente tener instituciones de salud muy lejanas, no contar con transporte para acudir de urgencia, no poder acceder a una atención de salud con personal capacitado, vivir en situación de pobreza, estar en una unión temprana o matrimonio infantil y quedar en embarazo en la adolescencia son algunas de las causas de lo que se conoce como morbilidad materna

extrema y mortalidad materna²⁸, que pueden producir graves secuelas en las personas gestantes, sus familias y comunidades.

En Caldas²⁹, durante el año 2023 se reportaron 610 casos de morbilidad materna extrema, de los cuales 26 fueron complicaciones por aborto —4,3% del total departamental—. En cuanto a la pertenencia étnico-racial, 37 eran mujeres indígenas (6,1%), una raizal (0,16%) y una afrocolombiana (0,16%). Por su parte, Risaralda reportó en 2024 un total de 615 casos de morbilidad materna extrema, con 13 casos por complicaciones derivadas de aborto (2,1%). De las 615 mujeres, 29 eran indígenas

28 También murieron varias mujeres en Colombia por algunas complicaciones relacionadas con el aborto entre 2020 y 2024. Las causas directas fueron hemorragia con 47 casos; sepsis con 22; y eventos tromboembólicos con 10 casos.

29 Es importante mencionar que la Secretaría de Salud del Quindío no ha publicado recientemente ningún boletín al respecto.

(4,7%) y 16 afrocolombianas (2,6%). Ya a nivel nacional³⁰ 54 mujeres indígenas en 2023 y casi 98 mujeres negras y afrocolombianas en 2024 estuvieron a punto de morir por cada 1.000 nacidos vivos, por lo que tuvieron cifras más altas de morbilidad que las mujeres blancas, mestizas o sin pertenencia étnico-racial en los últimos dos años. De lo anterior se puede inferir que no se está atendiendo del todo la demanda internacional y nacional de reducir la morbilidad materna extrema, a pesar de las consecuencias a largo plazo que puede traer: fístula obstétrica, prolapso uterino, esterilidad y depresión posparto.

Así pues, la violencia ginecobstétrica se sostiene en las relaciones de poder construidas en varios ámbitos, pero principalmente respecto al conocimiento, el acceso y la atención de salud, porque solamente “el discurso médico tiene el poder institucional y la legitimidad social para administrar y regular la vida”. En esa regulación y control de los cuerpos que practica el Estado a través del personal de salud —y viceversa— se define quiénes, cómo, cuándo y dónde pueden abortar o no, si cumplen los requisitos según sus criterios, y qué tantas barreras vivirán las personas más marginalizadas para lograrlo.

De aquí en adelante se asumen estas barreras como manifestaciones de la violencia ginecobstétrica, tal como las conceptualizó Dayana Méndez, puesto que aspectos como las barreras de movilidad

en los municipios, la falta de acceso a información clara, veraz y completa, hasta las prácticas violentas en la atención representan vulneraciones a los derechos sexuales y reproductivos, y tienen como consecuencia la agudización de las brechas de desigualdad de las mujeres y personas con capacidad de gestar que se encuentran en mayores condiciones de desigualdad. Situaciones que siguen ocurriendo a plena vista de las instituciones de salud, las administraciones gubernamentales, los entes de control y las comunidades.

Se aborda principalmente la violencia ginecobstétrica relacionada con la interrupción voluntaria del embarazo, por la información disponible en esta investigación, pero hay algunas barreras que podrían aplicar para abortos espontáneos.

30 Colombia registró 908 casos en 2023 y 1.009 en 2024 de morbilidad materna extrema por complicaciones de aborto.

Barreras en las instituciones y el personal de salud

Además del trabajo largo y sostenido de organizaciones feministas como La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres para sistematizar y denunciar estas formas de violencia ginecobstétrica, el Ministerio de Salud incluyó un capítulo completo sobre aborto e interrupción voluntaria del embarazo en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2025, con la participación de 42.561 hogares, donde vivían mujeres de 13 a 49 años y hombres de 13 a 59 años. De las ocho barreras de acceso que enfrentaron las mujeres para acceder a los servicios de IVE entre 2024 y 2025, al menos cuatro tenían que ver con los actores del sistema de salud:

- * El equipo de salud las hizo cambiar de decisión en el 34,3% de los casos.
- * Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) se demoraron en programar el procedimiento al 16,2% de ellas.
- * El 7,8% de las mujeres no obtuvieron o les entregaron tarde las autorizaciones de las EPS.
- * El equipo de salud no realizó la IVE en el 4,6% de los casos.

Estos resultados se conectan con la exclusión y las limitaciones que viven las mujeres, hombres trans y personas no binarias en la atención de salud en varios municipios del Eje Cafetero, partiendo desde la falta de disponibilidad de personal de salud no objetor de conciencia hasta las barreras de movilidad.



Desplazarse del territorio para poder acceder al derecho al aborto

Hay muchos municipios del Eje Cafetero que solamente cuentan con un hospital en la cabecera municipal para atender a sus habitantes, en el que suelen contratar poco personal y sus servicios son de baja complejidad. Para muchas personas de los territorios, estos hospitales son la única opción para recibir atención médica, para atender abortos espontáneos e IVE, aún cuando les quedan a varias horas de distancia y necesitan pagar distintos medios de transporte para llegar a las consultas. Sin embargo, este acceso se ve obstaculizado cuando los hospitales y centros de salud no realizan interrupciones del embarazo en ningún caso, como expusieron la Dirección Territorial de Salud de Caldas y la Secretaría de Salud de Quindío, quienes informaron que tres de las instituciones de salud públicas de sus departamentos no hacen el procedimiento de IVE en ningún caso.

El Hospital San Vicente de Paúl de Circasia y el Hospital San Roque de Córdoba son los únicos de su municipio para la atención de salud, ambos de primer nivel de atención y con servicios de baja complejidad en el departamento del Quindío. Ninguno practica directamente el procedimiento de IVE, aunque mínimamente cuentan con personal de medicina general y de enfermería para tener el resto de sus servicios habilitados. Cada vez que una mujer o persona con capacidad de gestar solicita la IVE en el hospital de Circasia, activan la ruta de IVE y la direccionan a la EPS para que asigne una institución donde sí practiquen el procedimiento; en Córdoba sucede casi

igual: brindan una atención básica y remiten a las usuarias a servicios de mayor complejidad.

En 2024, una mujer de Circasia solicitó la IVE y la enviaron al Hospital Universitario San Juan de Dios de Armenia, ciudad que está a casi 12 kilómetros y menos de media hora en bus intermunicipal. El Hospital San Vicente de Paúl no comentó en cuántos días ella tardó en ser remitida y atendida en la capital, ni aclararon si la transportaron en su ambulancia o si su EPS corrió con los gastos de su traslado, como realmente debería ocurrir. En caso de que no, ella habría tenido que asumir alrededor de \$8.000 de pasajes de ida y vuelta, más los \$5.400 de bus urbano para llegar al Hospital Universitario San Juan de Dios de Armenia, costos que serían muy difíciles de cubrir para muchas mujeres de bajos recursos económicos y desempleadas, sin contar con los gastos y el tiempo adicional que implica para quienes viven en veredas lejanas de la cabecera municipal de Circasia.

También en ese año una mujer indígena de Córdoba solicitó la IVE en el Hospital San Roque, pero la institución no entregó más información sobre su caso, ni siquiera si efectivamente fue remitida a otra IPS y le realizaron el procedimiento. Si a ella la hubieran enviado igualmente al San Juan de Dios u otra clínica privada en Armenia, tendría que pagar alrededor de \$22.000 de buses intermunicipales y se demoraría alrededor de dos horas en recorrer esos 28 kilómetros de distancia en cada ida y vuelta. Este es un aspecto preocupante que distintas organizaciones y activistas feministas y diversas de la región han denunciado desde hace varios años, ya que es

común que las mujeres que están en mayores grados de vulnerabilidad, como las mujeres indígenas, afrocolombianas y sobrevivientes de violencias, no cuenten con recursos económicos propios para asumir los gastos relacionados con el transporte y demás gastos para acceder a este derecho.

★ Conoce el capítulo 5 de la investigación, en el que analizamos la relación de las vulneraciones de los derechos de las mujeres con la desigualdad y violencia económica.

Estas barreras económicas y de movilidad afectan el acceso a la IVE de las mujeres de municipios lejanos de la capital, con menor grado de urbanización, y rurales, lo que podría contribuir a que forzosamente asuman maternidades no deseadas o terminen abortando en condiciones inseguras. Por su parte, la Dirección Territorial de Salud de Caldas afirmó que en los 27 municipios estaban habilitados los servicios institucionales que atendían la IVE, pero que solo una IPS de primer nivel de atención no realizaba este procedimiento, sin que dijeran de qué municipio era la institución y por qué no prestaba esta atención esencial y urgente.

Algunos hospitales de baja complejidad de los municipios del Eje Cafetero sí practican la IVE, pero solo con medicamentos y con limitaciones según el número de semanas. Por eso, muchas de las mujeres son remitidas a las IPS de las capitales o fuera de su departamento, o ellas mismas buscan ser atendidas en otras instituciones privadas como Profamilia y Oriéntame.

Así pasa en varios hospitales de la región como el San Vicente de Paúl de Génova, institución que dice que sí hace la IVE, pero en la que ninguna de sus usuarias tuvo el procedimiento. Casi todas acudieron directamente a Profamilia y solamente una fue remitida por el hospital de Génova a la Clínica del Café en Armenia. Génova es el municipio rural más alejado de la capital con aproximadamente 64 kilómetros de distancia, por lo que su pasaje en 2024 fue el más caro —alrededor de \$26.000 de ida y vuelta, más los pasajes de bus urbano— en comparación con los otros municipios del departamento, gastos que varias de las mujeres posiblemente tuvieron que hacer para acceder a la IVE por fuera de esa institución.

También en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2025, aplicada por el Ministerio de Salud, evidenciaron cómo el nivel socioeconómico influye significativamente en el acceso y la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Según sus datos, el 100% de las mujeres pertenecientes al nivel socioeconómico alto lograron acceder al procedimiento, mientras que el 21,4% de las mujeres de nivel socioeconómico bajo no pudieron hacerlo. Lo que refleja las profundas desigualdades económicas que, al combinarse con barreras de movilidad, agravan aún más la situación de las mujeres en condiciones de vulnerabilidad. Para intentar superarlas, muchas de ellas se ven en la necesidad de recurrir a préstamos o solicitar apoyo a organizaciones y activistas feministas, o subsidios para acceder al procedimiento de forma privada en entidades como Oriéntame y Profamilia, con el fin de ejercer su derecho

a decidir sobre su cuerpo y acceder a servicios de salud seguros.

“La última [chica] que acompañamos adquirió por Oriéntame. Por [nosotras] ser aliadas de La Mesa y ella menor de edad, nos hacen un descuento. Ella tuvo la capacidad de pagar su IVE en \$250.000, tenía 3 semanas. [...] Yo activé la ruta a las 7 de la mañana y a los dos días [ella] ya estaba realizando el procedimiento. No hubo barrera, no salió de su casa, no se expuso, no la pusieron a hacer ecografía, nadie la interrogó. Es difícil porque no todo el mundo tiene 250 mil o 400 mil pesos, y ese tipo de procesos lo tienen que garantizar las EPS. [También informar sobre las sentencias y las normas al personal de las instituciones] es una tarea que le corresponde al Ministerio de Salud, y en cabeza del departamento, [a] la secretaría de salud, pero no pasa”.

Ilé, activista integrante de una organización feminista que asesora sobre acceso al aborto en Quindío (2024).

Como existen tantas barreras culturales, sociales e institucionales en los servicios de salud sexual y reproductiva del hospital de los municipios, muchas mujeres no acuden a los hospitales y EPS para no exponerse a los señalamientos del personal de salud ni otras barreras. Incluso hay atenciones de IVE que son solicitadas por urgencias y ni las usuarias ni los procedimientos quedan registrados en la historia clínica. Esto es especialmente grave cuando ellas son víctimas de barreras y otras prácticas violentas sufridas durante el procedimiento, ya que no existe un

registro de la solicitud, ni del procedimiento ni del personal que la atendió, como sucedió en un caso de una mujer de Quimbaya, expuesto en la investigación Libertades en disputa: barreras para acceder al aborto en el Quindío, realizada por la periodista Natalia Barriga Gómez (también investigadora del presente informe).

En el caso del Hospital Local San Juan de Dios de Pensilvania, donde las distancias alcanzan los 115 kilómetros y el traslado supone casi cuatro horas hasta Manizales, costear los pasajes del transporte intermunicipal se vuelva una opción imposible para muchas mujeres —subió a \$100.000 en 2025—, por lo que las remisiones directas en ambulancia institucional y los apoyos económicos de las EPS son claves para que más mujeres accedan a la IVE. No obstante, el número de semanas de embarazo que tengan y la EPS a la que estén afiliadas son los dos factores que terminan influyendo en la distancia a la que deberán trasladarse.

Esta grave barrera se ve aún más agudizada en los casos en las que las mujeres superan las semanas de gestación hasta las que las instituciones del territorio realizan la IVE, y tienen que desplazarse por fuera de sus departamentos, como expone una de las mujeres que compartió su historia con una organización que acompaña en derechos sexuales y reproductivos en Risaralda, incluido el derecho al aborto:

“Realicé la solicitud de IVE a través de la EPS, en una cita de medicina general, quienes me remitieron a Profamilia. Pude tener la cita 10 días después. El día de la cita me hicieron

una ecografía intravaginal, la cual arrojó que tenía 15 semanas. El procedimiento no lo realizan en la sede de Pereira porque no tienen los equipos, [entonces] me remitieron a Medellín, esto fue el 18 de noviembre. [...] Tuve que esperar agenda en Profamilia [de] Medellín hasta el 14 de diciembre, cuando ya tenía 18 semanas y tuve que acceder a un D y E. Pero fue muy difícil: el traslado hasta Medellín fue por mi cuenta, la estancia a Medellín fue por mi cuenta. Cuando dije en la EPS la solicitud del reembolso, no me fue aceptada”.

En el caso de las EPS, si las mujeres tenían entre 12 y 22 semanas, la Nueva EPS, Salud Total o el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG) les asignaba Profamilia, el S.E.S. Hospital de Caldas o la Clínica Ospedale, que se encuentran en Manizales. En cambio, quienes contaban con más de las 22 y estaban afiliadas a Salud Total, quedaban a la espera de las decisiones de la referente de la ruta materno-perinatal de esta EPS, mientras que las de la Nueva EPS se

remitían al Hospital La Victoria en Bogotá. Si la EPS o IPS no aseguraban el costo de su traslado de ida y regreso, ellas tendrían que conseguir entre \$160.000 y \$240.000 para viajar de ocho a veinte horas a Manizales o Bogotá, teniendo en cuenta los precios de transporte de 2025.

A este largo tiempo de traslado también habría que sumarle los pasajes de ida y vuelta en transporte público urbano para el desplazamiento dentro de la capital o la ciudad a la que son remitidas, ya que no siempre los hospitales quedan cerca del terminal de transporte. Además, estos rubros no incluyen alimentación, ni otros gastos relacionados con el viaje y el procedimiento, como la realización de la ecografía, ya que algunos hospitales no cubren este servicio.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en 2024 Risaralda registró un 9,5% de su población en situación de pobreza multidimensional, seguido por Caldas con un 9,2%, mientras que Quindío presentó un 7,4%.

Relación entre el tiempo de viaje y el precio de los pasajes* desde municipios rurales hasta la capital más cercana para acceder a la IVE

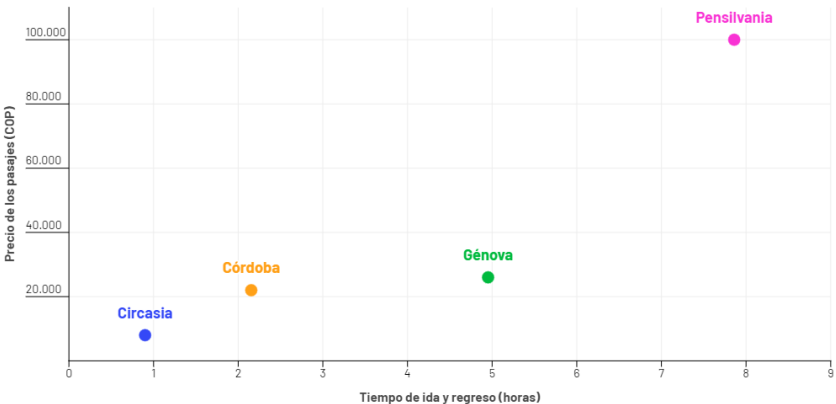


Gráfico 63. Relación entre el tiempo de viaje y el precio de los pasajes⁴ desde cuatro municipios hasta la capital más cercana para acceder a la IVE

* Los precios de los pasajes corresponden a 2024 y 2025

Este indicador refleja el porcentaje de personas que no cuentan con condiciones mínimas garantizadas por el Estado, el departamento y el municipio para acceder a servicios esenciales como salud, educación, empleo y vivienda. Al observar exclusivamente los centros poblados y las zonas rurales dispersas, Risaralda vuelve a liderar con un 23%, seguido por Caldas con un 20,3%. Características que agudizan y profundizan las barreras para acceder a este derecho.

Otra barrera crucial a exponer es la relacionada con el tiempo que implica tener que viajar y desplazarse a otros municipios y capitales para acceder a su derecho, además del tiempo que se pueda demorar el personal de salud en recibir y atender a las usuarias, más la duración del procedimiento de IVE y la recuperación posterior. Estas barreras imponen cargas desproporcionadas sobre las mujeres que tienen personas bajo su cuidado, que se sostienen con trabajos temporales o precarios, y que no cuentan con una red de apoyo familiar y comunitario que las acompañe en el proceso.

Según los hallazgos de esta investigación, en el Eje Cafetero los hospitales públicos que más remitirían casos por no contar con atención de la IVE después de las 12 semanas serían de Quindío, y luego de las 20 se sumarían Caldas y Risaralda.

Aunque el Hospital Universitario San Jorge de Pereira solo practica IVE hasta las 20 semanas, recibe personas provenientes de algunos municipios de Nariño, Valle del Cauca, Chocó, Cundinamarca, La Guajira y Santander. No obstante, como no han capacitado a su

personal ni conseguido los instrumentos para la inducción a la asistolia fetal (IAF), contratan este servicio con Profamilia de Pereira o con el Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá (Valle del Cauca). Esta misma falta de disponibilidad y capacitación del personal pasa en Medellín, donde hay un médico especialista de Profamilia que asegura el acceso a la IAF después de las 20 semanas. Para la expulsión del óbito fetal se encarga el Hospital General de Medellín, la Clínica el Prado o el Hospital San Vicente, dado su mayor grado de complejidad en los servicios. En su análisis concluyen que “esta poca oferta genera congestión en el sistema de salud y prolonga los plazos de atención”, tal como se refleja en la centralización de la atención de IVE después de las 20 semanas en la sede de Profamilia en Pereira, el Hospital Tomás Uribe Uribe de Tuluá y el Hospital La Victoria en Bogotá.

Infraestructura que no está acondicionada para los cuidados

En general, todas las mujeres, personas intersexuales, hombres trans y personas no binarias que acuden a los servicios hospitalarios pueden necesitar espacio, privacidad y acompañamiento en sus procesos de salud sexual y reproductiva, sobre todo quienes van a realizarse una interrupción voluntaria del embarazo o necesitan atención por un aborto espontáneo. Sin embargo, por la falta de una mejor infraestructura institucional para recibir estos cuidados de forma diferenciada, terminan compartiendo los pocos espacios que son destinados para las personas gestantes en trabajo de parto y posparto.

En los dos últimos años, Ilex Acción Jurídica y Jacarandas identificaron esta situación como problemática por las afectaciones a la salud mental que puede desencadenar, ya sea en casos de IVE, de abortos espontáneos y hasta de duelo perinatal, dado que cada uno de estos procesos requiere un manejo distinto. Por su parte, la orientación oficial del Ministerio de Salud dice: “de preferencia, las instituciones prestadoras de servicios de salud que realicen atención del parto deben ubicar a las mujeres y personas gestantes atendidas por IVE en salas distintas”. Pero parece que esta normativa solo se ha quedado en papel en algunas instituciones del Eje Cafetero.

De acuerdo con las respuestas de las instituciones, los servicios que más usan para atender la IVE son hospitalización y ginecobstetricia. En ciertas IPS no distinguieron con suficiente claridad si

la hospitalización se encuentra dentro de urgencias o en otras zonas destinadas para atender diferentes motivos de consulta. Por ejemplo, en el Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal inicialmente dijeron que las llevaban a hospitalización, pero en su protocolo aparece que este servicio está en su área de maternidad, en la que muy probablemente se encuentran con otras mujeres en trabajo de parto y posparto. Viéndolo desde la relación entre los procesos sexuales y reproductivos que abarcan gestación, parto, posparto y aborto, que no son lineales ni necesariamente consecutivos en sus experiencias de vida, tiene cierto sentido que lo realicen en estos servicios, dado que puede atender el mismo personal y se emplean ciertos insumos para diferentes casos: el misoprostol puede utilizarse para IVE, pero también para prevenir la hemorragia posparto e inducir el trabajo de parto cuando el mismo cuerpo no lo inicia por su cuenta.

No obstante, en muchas de las instituciones su infraestructura y sus programas giran solo en torno a las mujeres gestantes y la prioridad de ejercer la maternidad, por lo que las necesidades de las personas en la atención de aborto espontáneo y de IVE pueden invisibilizarse y ser objeto de estigma, rechazo, malas prácticas y violencia ginecobstétrica.

Otros motivos importantes para cuestionar que estas prácticas institucionales continúen son los que da una acompañante de aborto del Eje Cafetero:

“No hay privacidad [...] para las mujeres que llegan a hacer [su aborto]. No es que queramos decir que se tengan que esconder, pero sí me parecería importante que no [...]”

las coloquen a ellas en una cama y enseguida lleguen a poner una [persona] con una cesárea, una con un parto o [...] con un aborto [espontáneo].

Porque no es lo mismo la mujer que llegue a hacer una interrupción del embarazo, a una mujer que tenga un aborto espontáneo, porque pues fisiológicamente su cuerpo no aceptó el embarazo y se perdió. Entonces son dos mundos muy diferentes. Se puede decir que son dos abortos, pero en unas condiciones muy diferentes; no es lo mismo la interrupción de un embarazo a un aborto por una situación de salud”.

La Fundación Jacarandas coincide en parte con esto, porque abortar y parir son “dos decisiones reproductivas opuestas y se experimentan tanto social como médicamente de forma diferente”. Entonces hacer que compartan los mismos espacios constituye trato deshumanizado, una de las prácticas que ellas identifican como violencia reproductiva. De las diez experiencias que acompañaron y publicaron sobre esta violencia en la IVE, narraron la de Patricia, una mujer de 29 años en Villavicencio (Meta) con 14 semanas de gestación, quien fue hospitalizada por seis días en una sala junto a varias mujeres en trabajo de parto, “lo que le causó mucho estrés y afectó su salud mental”.

Desde 2014, el Ministerio de Salud dijo que, debido a los estigmas, prejuicios, mitos y creencias sociales y culturales negativas sobre el aborto, tomar la decisión de interrumpir el embarazo puede producir culpabilidad, ansiedad o duelo, por lo que se hace necesario que sean acompañadas

emocionalmente por el personal de salud que las atiende, sin embargo, en la mayoría de los casos, es el personal de la salud quien también replica estos estigmas y violencias.

A diferencia de los obstáculos que han experimentado las organizaciones con incidencia sobre la IVE, las recientes conversaciones públicas y las nuevas normativas —ley 2310 de 2023 y su lineamiento de atención integral del duelo— sobre pérdidas y duelo perinatales calaron con más facilidad en el personal de salud, especialmente respecto a la exigencia de no compartir espacios con quienes paren por las consecuencias que produce en la salud mental de las usuarias. Ya de por sí, la pérdida por aborto espontáneo o muerte perinatal puede ocasionar trastorno del estrés postraumático, depresión y otras consecuencias en la salud mental de algunas mujeres, personas intersexuales, hombres trans y personas no binarias que lo lleguen a vivir. Por eso, una ginecobstetra de Armenia reconoce que sí hay que tener espacios diferenciados —como habitaciones de duelo— para quienes viven abortos espontáneos y/o pérdidas perinatales, pero que en el hospital no hay espacios separados para quienes les están practicando la IVE:

“Por la decisión [de abortar] no hay un lugar [aparte] donde las podamos tener [...] Pero a una mujer que tenga una pérdida gestacional, o sea, a una mujer que está en duelo porque no era su decisión, sí tenemos una habitación especial para esa mujer, porque esa mujer está en un contexto completamente diferente, es que no era su decisión, se le murió y es una mujer en duelo”.

Aun así, varias de las IPS del Eje Cafetero aprovechan las mismas salas, habitaciones, camas y camillas para igualmente atender el duelo, colocando en riesgo o afectando la salud mental de las usuarias, como puede estar pasando en varias instituciones, incluido el Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal. Este posee cuatro habitaciones con sus respectivas camas en hospitalización para quienes atraviesan el duelo perinatal, pero también disponen de los mismos tres cubículos dentro de la sala de partos para atender al resto de las usuarias que necesiten permanecer en la IPS en las siguientes horas o días. De ahí que probablemente ni siquiera las mujeres y personas gestantes que desearon y planearon su embarazo, puedan acceder a espacios separados para vivir su proceso de pérdida y duelo.

Uno de los factores que desencadenan estas situaciones es la saturación de los servicios en las instituciones de salud. Esto podría ser más común en las instituciones de mediana y alta complejidad, a donde acude la mayoría de personas gestantes de los distintos municipios, incluidas las que son remitidas por las IPS de baja complejidad. Según la experiencia de la acompañante de abortos citada antes, en un día pueden llegar cinco mujeres para realizarse la IVE en una institución de alta complejidad, y esta cantidad de usuarias ya sería suficiente para que muchas de ellas no puedan estar en una habitación privada y se vean expuestas a compartir espacios con quienes están en trabajo de parto o cuidan a sus bebés recién nacidos.

Al considerar todo el tiempo que las mujeres y personas gestantes llegan a permanecer en las IPS para ser atendidas

por IVE o aborto espontáneo, la mejora de la infraestructura de las instituciones de salud para brindar una atención con calidad y dignidad a sus habitantes es también una tarea pendiente de las administraciones gubernamentales de los tres departamentos.

Las siguientes circunstancias son una muestra de ello, en las que quienes son menores de edad, ya son madres, viven en zonas rurales y no tienen independencia económica pueden resultar más afectadas.

- * Las remisiones a otras IPS con servicios de mayor complejidad pueden tardar —como mínimo— entre dos y tres días, por lo que en ciertas instituciones establecen que deben permanecer allá hasta que finalmente les autoricen su traslado.
- * En ciertos procedimientos después de la semana 24, cuando se usa el misoprostol solo o con mifepristona, se puede requerir una hospitalización de varios días para completar la IVE, por lo que el personal de salud la observa y cuida todo el tiempo. También pueden ocurrir más complicaciones que con la D y E.
- * Hay varias instituciones que hospitalizan o mantienen en su área de observación a las usuarias que tienen menos de 12 semanas, en lugar de facilitar que tomen sus medicamentos en casa con las orientaciones y el seguimiento del personal de salud.
- * En los tres departamentos 1.369 mujeres estuvieron a punto de morir en 2024 por complicaciones durante el embarazo, parto y posparto, lo que incluye el aborto espontáneo y probablemente el

autogestionado. Estos casos pueden implicar que ellas pasen aún más horas en las instituciones mientras las estabilizan.

En ese sentido, la asignación de camas o habitaciones a quienes son atendidas por IVE o aborto espontáneo también depende de la cantidad de mujeres que vayan a parir y de las que lleguen con complicaciones a las salas de parto. Para entender cómo funciona, en muchas instituciones la sala de parto se divide en áreas de observación, trabajo de parto y puerperio o posparto. En observación suelen ubicar a las mujeres gestantes que tienen presión alta o pueden perder su embarazo, así como a quienes van por IVE. Si el personal médico o ginecológico los ve disponibles y decide aprovecharlos, también puede ubicar a las usuarias de IVE a los cubículos, un espacio semiprivado que se puede asignar a las mujeres con preeclampsia en algunas IPS.

Teniendo en cuenta sus respuestas, la única IPS que maneja cuatro cubículos y cuatro camas es el Hospital Nazareth de Quinchía —primer nivel de atención y baja complejidad del servicio—, a excepción del resto que tienen más camas que habitaciones disponibles para la IVE.

La institución que más tiene es el Hospital San Félix de La Dorada —segundo nivel y mediana complejidad—, que destina diecisiete camas en el área de ginecología. Y la que menos es el Hospital San José de Belén de Umbría con una habitación y dos camas en hospitalización, habitación que parece ser exclusivamente para IVE. A pesar de lo optimistas que pueden verse estas cifras, muchas IPS no describieron

la ubicación exacta de sus áreas e insumos, por lo que se requiere una investigación más profunda para determinar si efectivamente la atención diferenciada de la IVE y el duelo perinatal por aborto está brindándose o no en el Eje Cafetero.

En cuestión del acompañamiento para las usuarias de 18 años o más que acceden al procedimiento de IVE, no es tan claro si las IPS lo permiten, mientras que en las menores de edad puede cambiar el manejo según la institución, incluso qué tanto priorizan o no que sea alguien de su familia. En el Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal es obligatorio tener una persona acompañante cuando tienen menos de 14 años, pero puede ser cualquier persona mayor de 18 años o el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Por su parte, en Oriéntame lo abordan así con las personas usuarias de IVE:

- * Si alcanza los 13 años o menos, su acompañante debe ser su mamá, papá o representante legal. Es obligatorio.
- * Si tiene entre 14 y 17 años, el acompañamiento es opcional, puede ser una persona de confianza para ella y su familia, sobre todo con madurez y responsabilidad emocional y económica.

Tanto en Oriéntame como en el Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal exigen que la persona acompañante firme un consentimiento informado como testiga. El resto de instituciones no agregó ningún punto en sus protocolos sobre si permiten o no el apoyo de personas acompañantes, un punto crucial que puede convertirse en una barrera más o en una garantía para que las

usuarias puedan acceder a la orientación y el acompañamiento emocional de personas cercanas, activistas o integrantes de organizaciones feministas locales. Además, ni siquiera en todas las instituciones del Eje Cafetero autorizan que entren acompañantes de las mujeres en trabajo de parto, aunque la resolución 3280 de 2018 y la ley 2244 de 2022 lo garantizan como derecho. Según una investigación reciente de la OMS, en varios países tampoco se permite del todo, pese a que favorece el bienestar de las mujeres y mejora las probabilidades de un parto vaginal espontáneo, sin analgesia y más breve.

Ante este panorama, la continuación de estas barreras no solo puede causar más vulneración, estrés, ansiedad, culpabilidad y otros impactos en la salud mental de quienes están en proceso de IVE o de duelo perinatal por aborto espontáneo, sino también quebrar las relaciones de confianza entre las personas gestantes y las instituciones de salud, que acuden a ellas para ser cuidadas y recibir la atención de más alta calidad. Si las instituciones públicas siguen sin tener una infraestructura adecuada para permanecer el tiempo necesario, privacidad en sus servicios, y condiciones que respondan a sus necesidades y realidades, seguirán sin garantizar con calidad y cuidado el acceso al aborto para las mujeres y personas gestantes, y probablemente muchas de estas personas podrían preferir gestionar recursos económicos para ir a instituciones privadas o inducir el aborto por sus propios medios, lo que puede exponer su salud y vida.

El mal uso de la objeción de conciencia del personal

Histórica y culturalmente uno de los puntos más álgidos en la despenalización del aborto y la atención en salud ha sido la objeción de conciencia. Este es un derecho al que pueden acceder **las personas médicas y/o ginecobstetras directamente involucradas en hacer el procedimiento de IVE**. Pero no el personal que atiende la cita de medicina general, ni el personal de orientación y asesoría, enfermería, administración, anestesiología y demás disciplinas, ni las instituciones de salud o las EPS como tal. Según la normativa legal, **todo el personal de salud está en el deber de brindar la información relacionada con las opciones para continuar o no el embarazo**.

No obstante, al menos dos organizaciones del Eje Cafetero han alertado sobre el mal uso que se le está dando a la objeción de conciencia por parte del personal de salud. Por un lado, la Red Nacional de Mujeres Nodo Caldas constató que el uso indebido de la objeción de conciencia es una de las barreras que sigue limitando el acceso a las mujeres a la IVE, tanto en la ruralidad como en los asentamientos indígenas. Este concepto y sus limitaciones constitucionales son de poco conocimiento, lo que en ocasiones ha dilatado excesivamente los procedimientos y con ello la garantía de una atención digna y oportuna.

Por la persistencia de estas barreras de acceso para mujeres indígenas, la Corte Constitucional expidió la sentencia SU-297/25 de 2024, en la que insiste que ni las autoridades indígenas, ni los cabildos, ni las EPS e IPS pueden vulnerar sus derechos para que no se realicen la IVE y así tengan que asumir maternidades forzadas y no deseadas.

Siguiendo con la objeción de conciencia, la organización Yukasa Feminista identificó que en Quindío todavía el personal médico y ginecobstétrico desconocía cómo declararse objetor de conciencia, a pesar de que el Ministerio de

Salud publicó las bases de la objeción de conciencia en sus lineamientos de atención de la IVE en 2014. Para solicitarla, cada profesional debe presentarla por escrito argumentando las razones religiosas o morales por las que ejercer la IVE se contrapone profundamente con sus convicciones —exceptuando opiniones propias sobre el porqué una persona decide o no abortar—; con eso, sería excluido del listado del personal prestador no objetor, cuyo reporte va a la Dirección General de Calidad del Ministerio de Salud.

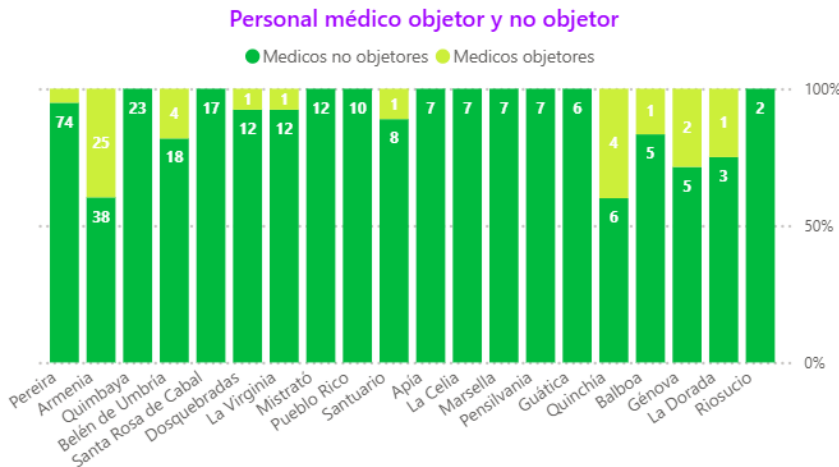


Gráfico 64. Personal médico y ginecobstétrico objetor y no objetor en el Eje Cafetero, según respuestas de derechos de petición (2024).

En este sentido, las IPS, EPS y las entidades de salud departamentales y municipales deben tener registros actualizados sobre qué prestadores o profesionales sí practican IVE —y quienes son objetores—, así como garantizar que haya un número adecuado de profesionales disponibles en su red de atención, de acuerdo con Ilex Acción Jurídica.

El siguiente gráfico representa el número de profesionales del personal médico y ginecobstétrico objetores y no objetores en veinte municipios del Eje Cafetero.

Según la información entregada por las instituciones, sobresale que el 100% del personal es no objetor en las instituciones de salud de Pensilvania —7 profesionales— y Riosucio —2— en Caldas; de Apía —7—, Guática —6—, La Celia —7—, Marsella —7—, Mistrató —12—, Pueblo Rico —10— y Santa Rosa de Cabal —17— en Risaralda; y Quimbaya —23— en Quindío.

En cambio, los mayores porcentajes de personal objetor de conciencia en relación con el total que hay en el municipio se concentran en Quinchía —40% que corresponde a 4 profesionales—, Armenia —39,7% con 25—, Génova —28,6% con 2—, La Dorada —25% con 1—, Belén de Umbría —18,2% con 4— y Balboa —16,7% con 1—.

De los veinte municipios sobre los que hay información sobre personal objetor de conciencia, solo la Clínica del Café de Armenia expuso que había tramitado dos quejas verbales respecto a personal que objetó, y otras barreras de acceso que generó la institución. Sin embargo, esta IPS decidió no tramitar las dos quejas hasta el final, porque las dos mujeres no quisieron volver a contar las experiencias vividas en quejas por escrito, petición que les realizó el personal de la institución para hacerles *el debido proceso y seguimiento*. Respecto al Hospital Nazareth de Quinchía, tener un porcentaje tan alto de personal objetor de conciencia podría afectar el acceso a la IVE, ya que esta ha sido la única institución disponible para aproximadamente 13.914 mujeres del municipio, donde casi el 70% vive en zonas rurales y el 18% de la población es indígena. En comparación con los demás municipios de Risaralda, Quinchía es el tercero con más personas indígenas y el cuarto con más población rural, por lo que puede ser clave que haya suficiente personal no objetor para garantizar este derecho sin barreras.

Causa una profunda preocupación el elevado número de instituciones de salud en los departamentos de Caldas y Risaralda que no respondieron los derechos de petición

relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo y el aborto espontáneo. Esta omisión resulta especialmente inquietante en Risaralda, donde se reporta que la mayoría del personal en dichas instituciones no es objetor de conciencia, lo que en principio debería facilitar la entrega de información sobre estos procedimientos.

En Risaralda, las instituciones de salud ubicadas en municipios con mayor proporción de población rural fueron precisamente las que no respondieron las solicitudes de información: Pueblo Rico (79,3%), Mistrató (73,6%), Balboa (73%) y Guática (66,5%). En contraste, las instituciones de Quinchía (69,9%), Santuario (46,5%) y Belén de Umbría (46,1%) —también con porcentajes significativos de población rural— sí entregaron la información solicitada.

En Caldas, el panorama fue similar en sus municipios con gran cantidad de personas en la ruralidad, aunque con una respuesta institucional aún más limitada. Estas instituciones de salud se encontraban en municipios como San José (68,80%), Samaná (65,25%), Marulanda (64,74%) y Palestina (63,42%). En contraste, las instituciones de Riosucio —con un 60,42%— y Pensilvania —con un 56,25%— sí entregaron información sobre cómo están atendiendo los casos de interrupción voluntaria del embarazo y aborto espontáneo.

Estos datos permiten inferir que las instituciones de salud que deben atender a más personas en zonas rurales podrían estar enfrentando limitaciones significativas en su

infraestructura y personal, lo que obstaculiza la entrega, análisis y seguimiento de cómo se está garantizando —o no— el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y la atención del aborto espontáneo en cada municipio. Por tanto, contar con profesionales no objetores de conciencia no asegura, por sí solo, la capacidad institucional ni la disponibilidad efectiva para informar sobre la atención de estos casos en la región.

Desde otro lugar, una organización feminista que defiende los derechos de las mujeres en Quindío y asesora sobre acceso al aborto, ha ayudado a reducir las barreras por objeción de conciencia y otras que se relacionan con el acceso de las mujeres a la IVE. Ha llevado a cabo acciones pedagógicas, de incidencia y veeduría en Génova, Calarcá y Quimbaya, tanto con gerentes, coordinadoras y personal médico de los hospitales, como con funcionarios públicos, docentes y estudiantes de colegios. En 2024 capacitaron a más de 120 personas con las actividades que llevaron a cabo, principalmente talleres, como cuenta Ilé:

“Ahí empezamos a hablar de sexualidad solamente y hacemos preguntas, luego hablamos de derechos sexuales y reproductivos, del marco jurídico, sentencias, casos, las resoluciones, y luego de objeción de conciencia, porque son unos hilitos muy delgados. Por ejemplo, yo soy médica y soy objetora de conciencia, yo no practico el aborto, y estoy en la base de datos y nadie me obliga. Pero, primero: el hospital tiene que garantizar el procedimiento así haya un objetor de conciencia, pues solucione; puede ser objetor el médico, pero no el hospital. Y

segundo, es que si después la mujer a la que yo no le quise atender el aborto, ella llega con una hemorragia, resulta que yo sí la tengo que atender, el médico no se puede oponer, porque ella ya no va por una IVE, sino por una hemorragia, la atención cambia. Él tiene que atender la hemorragia”.

Por ejemplo, en Génova, donde el 55% de las personas habitan las zonas rurales y en general hay una notable influencia católica, la gerente del único hospital del municipio les negó el espacio de capacitación, pero el alcalde gestionó para que pudieran informar y educar a 65 jóvenes estudiantes de colegio, 4 docentes, 1 coordinadora y 20 personas y funcionariado público —perteneciente a secretaría de Gobierno, comisaría de Familia, entre otras áreas—. A la vez, la realización de estos espacios formativos puede influir en la reducción de las barreras de atención y la mejora de los servicios que hay en la región:

“Si bien se supone que [cuando] ellas llegan a solicitar este tipo de procedimiento, la idea es que inmediatamente se les pueda dar la posibilidad [de ser atendidas], [sigue pasando] que [tiene] que estar un médico X para que sea el que formule X medicamento. [Ellas deben tener] la posibilidad de que siempre que lleguen haya un médico que pueda formularlo, sin que tengan que pasar 12 horas o más para que ellas puedan tomarse el control y colocarse los medicamentos”.

Ilé y acompañante de aborto(2024).

Aparentemente, estas barreras por objeción de conciencia no ocurren en el Hospital Local San Juan de Dios de Pensilvania. Allí **determinaron que todo el personal médico puede y debe encargarse de la orientación y la entrega de medicamentos para IVE**, puesto que no tienen que practicar ningún procedimiento quirúrgico. Así pues, parece que comprenden que la objeción de conciencia es un derecho que aplica a partir de la intervención en el cuerpo o la necesidad de usar directamente equipos más especializados para el aborto, como la aspiración al vacío o la dilatación y evacuación, pero no aclararon si se referían a estos procedimientos quirúrgicos u otros.

Violencia epistémica y el acceso al aborto

La violencia epistémica se expresa a través de distintos mecanismos, tanto estructurales como individuales, que anulan, impiden, desacreditan, objetifican, infravaloran, invalidan, apropián o explotan los conocimientos y agencia de las personas. Esto incluye sus experiencias, cosmovisiones y otras formas de conocimiento que moldean la manera en que interpretan y construyen su realidad, según la propuesta de Moira Pérez (2019) sobre este concepto. A su vez, las injusticias epistémicas se relacionan con las desigualdades de acceso a los conocimientos, a la educación y a la calidad de la misma, a la cultura y todo aquello relacionado con los saberes, como explica la filósofa Miranda Fricker.

Este tipo de violencia histórica y profunda, es cotidiana a pesar de que aún no es tan conocida a nivel social, lo que puede dificultar la identificación de quiénes la ejercen y cómo lo hacen, a diferencia de otras como la violencia física. Lo que agudiza la replicación de las violencias epistémicas y da lugar a acciones u omisiones —intencionadas o no— que igualmente vulneran los derechos humanos.

Si se analizan las barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo —que aplican para el aborto espontáneo— que propuso La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, casi la mitad se relacionan con la información y el conocimiento, ya sea por la falta de dominio de las normativas existentes o las comprensiones erróneas que se hacen de estas por parte del personal de salud, de justicia y de otras esferas.

En el caso de las personas usuarias de IVE, si no tienen acceso a información integral y clara sobre sus derechos, cómo ejercerlos y cómo los debe garantizar el Estado, difícilmente lograrán acceder a ellos. Esta problemática se ha ido cocinando desde hace un par de siglos, debido a las condiciones y restricciones que se fueron implantando para que solo los médicos, los académicos y sus instituciones pudieran generar, autorizar, compartir, debatir y aplicar sus conocimientos sobre la salud y los cuerpos.

Por esta razón, la medicina de ese entonces —y de la actualidad— ha cumplido con uno de los principios y mandatos del patriarcado: controlar la sexualidad y la capacidad reproductiva de las mujeres. A partir de allí, se nombra, reglamenta, controla, determina e interviene los cuerpos

de las mujeres y las personas LGBTIQ+; además se tratan sus procesos sexuales y reproductivos como enfermedades que necesitan intervención médica, desde una mirada moralizante y patologizante. Otra de sus consecuencias ha sido la apropiación y negación de los saberes, conocimientos y sentires de las mujeres sobre sus cuerpos y la salud en general, no solo desde el rol de usuarias sino también desde otros roles como ha sucedido con las parteras tradicionales.

Para ejemplificarlo, un par de años después de que las mujeres negras y empobrecidas de Brasil descubrieran que el misoprostol podía provocar abortos y formaran redes de mujeres para compartirse información, el gobierno brasileiro restringió su venta para que solo pudieran acceder a él con doble prescripción médica y en farmacias autorizadas. En esa época se publicaron varias investigaciones sobre sus experiencias con el misoprostol y las complicaciones que podían desarrollar, cuyos resultados aportaron a la primera guía de aborto seguro de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A pesar de todos los conocimientos que las mujeres negras brasileñas le entregaron al mundo, no siempre son reconocidas en ámbitos académicos, investigativos e institucionales, por sus aportes relacionados con el misoprostol como medicamento abortivo.

De hecho, en Brasil las mujeres no pueden acceder plenamente al aborto ni beneficiarse de los avances científicos que se crearon gracias a sus experiencias: solo pueden abortar bajo tres causales e incluso algunos diputados conservadores han pedido más restricciones.

Ni siquiera en el resto de Latinoamérica se ha extendido el uso del misoprostol en el ámbito obstétrico, pues en 2017 apenas doce países lo habían aprobado, en comparación con los más de noventa países del mundo que lo han hecho. Estas acciones pueden ser manifestaciones del disciplinamiento patriarcal, el cual las investigadoras Policarpa Prieto y Valeria Vallana—integrantes de Huitaca, Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva—entienden como las relaciones de poder para “controlar el comportamiento, las acciones y decisiones de un grupo poblacional específico, a razón de su identidad o definición basada en el sexo o el género”.

Policarpa Prieto y Valeria Vallana han analizado más el disciplinamiento patriarcal en la violencia ginecobstétrica en el parto, pero también reconocen que puede ocurrir en el aborto espontáneo y la interrupción voluntaria del embarazo al ser las mismas mujeres, personas intersexuales, hombres trans y personas no binarias quienes terminan padeciéndolo. Lo más eficaz para perpetuar esta violencia es bloquear el acceso al conocimiento y anular la autonomía de quienes la atraviesan. **Entonces la violencia ginecobstétrica se sostiene en la violencia epistémica: cuando se niega que ciertas personas o poblaciones puedan existir, sentir, pensar, decidir y compartir saberes como fuentes legítimas de conocimiento.**

Como los rasgos de la violencia epistémica son diversos y no tan sencillos de clasificar, aquí se ejemplifican dos de los rasgos más reconocidos:

Rasgos de la violencia epistémica:

Rasgo	Aproximación	Ejemplos
Asignación y jerarquización de roles epistémicos	Determina un rol fijo para quienes pueden generar conocimiento (agentes) y quienes no (objetos)	La junta médica es la única que puede decidir si aplica para IVE, no usted
	Separa a las personas, grupos y sistemas en nosotros (agentes epistémicos) y otros (objetos epistémicos)	Lo que importa es lo que diga el ginecólogo, no lo que usted crea que sintió
Deslegitimación de agencia y conocimiento	Minimiza o niega las experiencias, saberes, cosmovisiones y otras formas de conocimiento, tildándolos de inferiores o inadecuados	Eso es solo una creencia cultural, no tiene base científica Es muy niña para decidir Yo soy el médico, usted no sabe nada
	Considera desde los prejuicios que ciertas personas y grupos no tienen la capacidad ni la legitimidad para generar, analizar y compartir conocimiento	Tiene que pedirle permiso a su esposo para abortar Ese cólico no es tan doloroso como para darle ibuprofeno

En el contexto del aborto espontáneo y la IVE, esta violencia puede aparecer cuando no se recopilan ni sistematizan adecuadamente los datos sobre pertenencia étnico-racial, identidad de género, orientación sexual y discapacidad, lo cual invisibiliza sus realidades en las estadísticas oficiales. También se reproduce cuando se ignora el dolor expresado por la persona y no se le ofrecen opciones para aliviarlo.

A continuación se describe cómo la violencia epistémica puede reflejarse en el desconocimiento, las expresiones verbales, las creencias y las posturas sociales, institucionales, familiares, comunitarias y personales, que se convierten en barreras de acceso y/o violencia ginecobstétrica.

(Des)informar para decidir

Las decisiones sobre el cuerpo y el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo siguen siendo profundamente influenciadas por prejuicios e ideas sociales e institucionales basadas en información imprecisa o falsa en muchas ocasiones. Según la Encuesta de Demografía y Salud 2025, el 27% de las personas encuestadas contaron que sus familiares, parejas o amigos las hicieron cambiar su decisión de interrumpir el embarazo. Además, el 20% creía que podría morir al realizarse una IVE. Estos datos reflejan una preocupante falta de información clara y accesible por parte de instituciones de salud, educativas y gubernamentales, lo que perpetúa el miedo y la desinformación sobre un procedimiento que es seguro y legal.

En muchos casos, el personal de salud también contribuye a esta presión. Como relató Julieta en Disruptiva Podcast, la médica que la atendió la felicitó por su prueba positiva de embarazo y le insistió en que le tocaba asumir su maternidad, sin considerar su voluntad, sus necesidades ni el contexto en el que vivía ese embarazo. Este tipo de respuestas médicas refuerzan estigmas y niegan el derecho de las personas gestantes a decidir libremente sobre su cuerpo.

Una práctica que parece común en varias instituciones de salud es la remisión automática a atención o consulta de psicología para todas las usuarias que solicitan la IVE, sin evaluar si realmente la necesitan y la desean. Esta práctica la hacen en el Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia (Risaralda), el San Félix de La

Dorada y el Departamental San Juan de Dios de Riosucio, lo cual puede convertirse en una forma de institucionalización forzada, sobre todo por la posibilidad de que se tome como una medida para llevarlas a desistir del procedimiento que eligieron. Algunas IPS justifican esta remisión obligatoria diciendo que el servicio está disponible y hay que aprovecharlo, o porque ya hace parte de su protocolo o ruta de IVE, pero según el Ministerio de Salud, la consulta por psicología debe ser ofrecida como una opción voluntaria, no obligatoria. Mientras que Redsalud Armenia, el Hospital San José de Belén de Umbría y el San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal afirman que consideran las necesidades de las usuarias y de los criterios médicos para enviarlas o no a consulta de psicología.

Otra forma de presión institucional ocurre cuando se obliga a las personas a aceptar métodos anticonceptivos como condición para acceder a la IVE. Ilé, integrante de la organización feminista que defiende los derechos humanos de las mujeres en Quindío y que asesora sobre acceso de IVE, denunció que en Profamilia se le dijo a una usuaria que debía elegir y usar alguno de los métodos anticonceptivos ofrecidos, y que si no lo hacía, no se le realizaría la interrupción. Esta imposición desconoce que no elegir un método anticonceptivo también es una decisión válida y parte del derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Aparte, en el Hospital Pío X y otras IPS asesoran sobre los métodos anticonceptivos enfocándose en su porcentaje de falla, en lugar de su efectividad, ya que así aparece en la resolución 051 de 2023 del Ministerio de Salud.

Estas acciones institucionales pueden generar consecuencias graves: desde la medicalización innecesaria hasta la alteración del proceso de decisión autónoma. En lugar de acompañar de forma respetuosa y empática, muchas instituciones terminan vulnerando el derecho de las personas gestantes a decidir libremente sobre su embarazo y su salud sexual y reproductiva. Además, la vulneración de derechos en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo se manifiesta en las profundas carencias de conocimiento y actualización del personal de salud.

Aparentemente, una parte del personal desconoce que los métodos de IVE como la aspiración manual endouterina y la dilatación y evacuación no requieren quirófano ni sala de cirugía en estos casos. Lo que contradice los lineamientos del Ministerio de Salud, que indican que esta atención puede hacerse en salas de procedimientos menores o incluso en espacios destinados al parto de baja complejidad. Además, muchas instituciones siguen utilizando como único referente la sentencia C-355 de 2006 y sus causales, ignorando la sentencia C-055 de 2022, que amplía el marco legal y reafirma el derecho al aborto como un servicio esencial. Por ejemplo, el Hospital Departamental Sagrado Corazón de Norcasia solo incluía la sentencia de 2006 en sus protocolos, sin detallar paso a paso cómo brindarían la atención en casos de IVE. Esta omisión es crítica, ya que los protocolos institucionales son la principal fuente de orientación para el personal médico.

También se han reportado errores graves en el registro de casos. En el Hospital La Misericordia de Calarcá, se incluyó una

muerte perinatal como si fuera una IVE, a pesar de que el nacimiento ocurrió después de las 42 semanas con un bebé vivo. Según el Ministerio de Salud, este tipo de casos no se consideran interrupciones voluntarias del embarazo, lo que demuestra una falta de comprensión sobre los criterios diagnósticos establecidos. Además, el mismo Ministerio cuenta con un lineamiento específico para la atención de las muertes y los duelos perinatales, lo que indica que estos eventos deben ser abordados desde una perspectiva distinta, con protocolos diferenciados que garanticen el acompañamiento emocional y clínico adecuado.

La falta de recolección, procesamiento y sistematización de datos es otro obstáculo importante. Como se trató antes sobre el desconocimiento del personal del Hospital San José de Belén de Umbría respecto a los códigos para registrar los procedimientos de IVE, este parece ser un problema que comparten con el Hospital San Marcos de Chinchiná (Caldas) y la Secretaría de Salud de Risaralda —responsable de ofrecer capacitaciones y vigilar a las EPS, EAPB e IPS del departamento—. Dicha secretaría respondió que no existía ningún código de procedimiento (CUPS) para identificar y sistematizar los procedimientos de IVE, por lo que solo las EPS y EAPB reciben, sistematizan y entregan estos datos al Ministerio de Salud. Sin embargo, esta afirmación de la secretaría es falsa e imprecisa, como ya se demostró páginas antes. También hay otros problemas que las mismas instituciones identificaron que deben trabajar internamente y en coordinación con las secretarías de salud y otros actores territoriales:

- * Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia: limitaciones en los sistemas de recolección y gestión de datos.
- * Hospital San Félix de La Dorada: desactualización y deficiencias en el software institucional.
- * Hospital Departamental San Juan de Dios de Riosucio: alta rotación del personal, déficit de bases de datos de años anteriores, cambio de software e información incompleta al momento de entregar los servicios y procesos.
- * Hospital San Marcos de Chinchiná (Caldas): falta de sistematización institucional de las atenciones y los procedimientos de IVE a partir de las historias clínicas.

En este último hospital expresaron que no contaban con personal disponible para buscar en cada uno de sus informes mensuales, ni podían revisar las historias clínicas para entregar información y datos sobre cuántas personas accedieron a la IVE y la atención del aborto espontáneo. De ahí que en el Eje Cafetero puedan ser tan altas las pérdidas de información y los subregistros de casos, por lo que se requiere de un plan de acción o una serie de medidas coordinadas y supervisadas para resolver estas problemáticas. Por eso, las IPS, las secretarías de salud y las administraciones de los municipios y los departamentos, como agentes epistémicos, tienen la responsabilidad de recoger, procesar, almacenar y entregar información clara, actualizada y bien sistematizada sobre estas atenciones que impactan la vida y la salud de las mujeres, personas intersexuales, hombres

trans y personas no binarias de la región.

Sin duda, las guías, fanzines, manuales y rutas elaboradas por Ítaca Laboratorio, Metamorfosis Trans, Útera Casa Feminista, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y Profamilia han sido fundamentales para que muchas personas conozcan sus derechos, opciones y procedimientos. Estos materiales han circulado de forma pública y accesible, en contraste con lo que ocurre en la mayoría de IPS y EPS, que no han publicado ni actualizado sus rutas y protocolos en páginas web o redes sociales. Esto resulta grave considerando que la resolución 051 de 2023 del Ministerio de Salud establece como obligación institucional informar sobre la existencia de este derecho, su alcance y requisitos.

La falta de divulgación oficial se suma a la inaccesibilidad de los protocolos institucionales. En varios casos, ni siquiera para esta investigación fue posible obtenerlos o las mismas instituciones no los adjuntaron en sus respuestas. Por poner un caso, el Hospital Nazareth de Quinchía exigía que las investigadoras fueran hasta su sede física para poder acceder a su protocolo, porque afirmaron que era de uso exclusivo de la institución. Esta barrera limita el derecho a la información y dificulta el monitoreo ciudadano sobre el cumplimiento de las normas.

Además, los materiales institucionales disponibles no contemplan ajustes razonables, formatos accesibles ni adecuación intercultural para personas con discapacidad, indígenas y afrodescendientes. La mayoría de los hospitales no ofrecen versiones en audio, braille, ni en lenguas como la embera, la palenquera, el

creole, el romanés, la de señas colombiana (LSC), entre otras. Esto excluye en gran medida a poblaciones con discapacidad y de pueblos indígenas, especialmente en departamentos como Risaralda y Caldas.

La falta de accesibilidad de esta información contradice los principios de atención diferencial y refuerza la necesidad urgente de protocolos adecuados, actualizados y disponibles en múltiples formatos.

Esta desconexión entre lo que exige la normativa y lo que efectivamente hacen las instituciones se refleja también en la atención a poblaciones diversas. Solo el Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, el Local San Juan de Dios de Pensilvania y Redsalud Armenia incluyeron algunas indicaciones sobre atención a hombres trans y personas no binarias que soliciten la IVE, más que todo para preguntar por sus pronombres, nombre identitario y sus necesidades emocionales y físicas, así como revisar el manejo del tratamiento de reemplazo hormonal con testosterona dependiendo de cada caso. Desde otra perspectiva, el Hospital Nazareth de Quinchía y el San José de Belén de Umbría no consideran que deben aplicar el enfoque diferencial en estos casos, pues dicen que así lo abordan en su protocolo y que el manejo con medicamentos es el mismo que con mujeres cis.

Aparte, en el Hospital La Misericordia de Calarcá, el protocolo indica que se debe informar a toda persona con prueba de embarazo positiva sobre sus opciones: continuar el embarazo, acceder a la IVE o dar

en adopción. Sin embargo, en la práctica, solo una usuaria recibió asesoría y decidió continuar con su embarazo. Otras cuatro mujeres, entre 20 y 24 años, con embarazos no deseados y alto riesgo obstétrico, no recibieron asesoría ni fueron consideradas candidatas para la IVE. De las 28 mujeres de Calarcá que accedieron a la IVE, ninguna recibió orientación previa sobre sus derechos, y a 20 de ellas les realizaron el procedimiento en instituciones de Armenia o Pereira, según la base de datos que entregó este hospital en respuesta al derecho de petición. Entonces se puede inferir que todas lograron acceder a la IVE con mayor facilidad en las instituciones de Armenia y Pereira, que en el Hospital La Misericordia de Calarcá.

Solo tres hospitales —el Universitario San Jorge de Pereira, el San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal y el Local San Juan de Dios de Pensilvania— especificaron qué complicaciones pueden surgir durante el proceso de IVE y cómo se manejan según la normativa vigente. Otros, como el Hospital Pío X de La Tebaida, afirmaron que cualquier complicación sería remitida directamente a una institución de tercer nivel y alta complejidad, sin asumir claramente su responsabilidad de estabilizar a la usuaria antes de la remisión. Además, este hospital afirma que la remisión puede ser opcional o que la usuaria puede trasladarse por su cuenta si tiene más de 13 semanas, cuando la normativa exige que la institución realice la remisión en ambulancia institucional o que la EPS cubra los gastos.

Finalmente, en casi todos los protocolos revisados, ni siquiera se menciona cómo atender abortos espontáneos ni

autogestionados, a pesar de que el Ministerio de Salud cuenta con un lineamiento técnico específico sobre atención posaborto, dosis de medicamentos y métodos recomendados. Estos vacíos y contradicciones institucionales aumentan las brechas de conocimiento del personal de salud y refuerzan la urgencia de contar con protocolos claros, accesibles, actualizados y respetuosos de las diversidades. La producción de materiales por parte de organizaciones sociales ha sido clave para llenar estos vacíos, pero no puede sustituir la responsabilidad que tienen las instituciones públicas y privadas de salud de garantizar el derecho a la información y a una atención digna, segura y libre de violencias.

Comunicaciones que replican prejuicios y sesgos sobre el derecho al aborto

En los protocolos institucionales del Hospital Local San Juan de Dios de Pensilvania y del Hospital Pío X de La Tebaida se identificaron múltiples expresiones que pueden ser prejuiciosas, engañosas o fragmentadas en el contexto de la interrupción voluntaria del embarazo. Estas frases no solo pueden desinformar, sino también reforzar estigmas sociales y convertirse en barreras para el acceso a este derecho.

En el caso del Hospital Local San Juan de Dios de Pensilvania, el protocolo incluye definiciones de “aborto eugenésico”, “aborto por violación”, “aborto ilegal”, entre otras, que no necesariamente se alinean con la despenalización de la IVE hasta las 24 semanas ni otras normativas vigentes. En ese protocolo referencian estas definiciones como parte de

una norma técnica que expidió el Ministerio de Salud en 2006, pero al parecer ni siquiera estaban en ese documento, según la versión encontrada en esta investigación. A esto se puede agregar lo alarmante que resulta que el personal de la institución haya aplicado la visión y los términos establecidos en 2006 para un derecho y una serie de procedimientos que se han transformado bastante en los últimos 19 años. Por ejemplo, se refieren al aborto eugenésico como la “intervención de aborto inducido con la intención de evitar el nacimiento de un niño severamente mal formado o portador de una anomalía fetal incompatible con la vida postnatal”.

Al aborto libre lo describen como la interrupción del embarazo sin condiciones médicas o legales antes de la semana 24, cuando en realidad la sentencia C-055 de 2022 establece que solo se necesita pedir la IVE para poder acceder a ella hasta la semana 24. Otra similar es la de “aborto despenalizado”, que colocaron así: “interrupción del embarazo con feto viable bajo un régimen legal que ha eliminado el carácter penal del aborto en circunstancias definidas por ley”. A pesar de que hay un énfasis innecesario en lo penal, lo ilegal, en el feto y su viabilidad, porque realmente casi todas las interrupciones voluntarias del embarazo se hacen en las primeras 12 semanas y las normas actuales respaldan su realización hace más de una década, estas definiciones no tienen mayor utilidad en el resto del protocolo, por lo que podrían causar que el personal de salud no se sienta tan dispuesto a trabajar en estos procedimientos y tenga una perspectiva moralizante, desinformada y punitiva sobre este derecho.

Allí también se utiliza el término “materna” para referirse a quienes acceden a la interrupción voluntaria del embarazo, lo cual resulta problemático, pues muchas personas pueden solicitar este procedimiento precisamente para negarse a asumir esa maternidad no deseada. Por ello, podrían estar imponiendo una identidad que no corresponde con la decisión que ellas están tomando. De forma similar, colocan definiciones de “embrión” y “feto humano” como “seres humanos vivos en desarrollo desde la fecundación hasta el parto”, lo que puede introducir una carga ideológica o moralizante para desviar los enfoques de derechos y legal del procedimiento. Estas expresiones pueden reforzar estigmas y generar confusión sobre la IVE garantizada en Colombia.

Por su parte, el Hospital Pío X de La Tebaida incorpora expresiones que invisibilizan las distintas identidades de género y patologizan la discapacidad. Describe la IVE como un derecho del “género femenino”, cuando el Ministerio de Salud ha reiterado que este derecho aplica a mujeres cis, personas intersexuales, hombres trans, personas no binarias y con otras identidades de género no hegemónicas. Respecto a las mujeres con discapacidad, el protocolo afirma que la atención con ellas presenta “características especiales” según el grado o severidad de la afección, pero que deben recibir una atención similar a la de una “mujer sana”, lo cual refuerza la idea errónea de que la discapacidad es una enfermedad y que no pueden tomar decisiones por sí mismas. Estas expresiones patologizantes hacia las mujeres con discapacidad fueron copiadas literalmente

del documento Atención integral de IVE en el primer nivel complejidad del Ministerio de Salud y UNFPA (2014), sin considerar los cambios normativos, sociales y culturales que se han producido en los últimos once años en Colombia.

En un segundo protocolo del Hospital Pío X, enfocado en atención con enfoque diferencial, se intentan reconocer las diversidades sexuales y de género, pero desde una perspectiva binarista, cisnormativa y estereotipada. Se describen ejemplos como personas con aspecto femenino y bigote, o masculino con falda, y se menciona a personas andróginas cuya apariencia no permite identificarles como masculino o femenino. Aunque se indica que se debe preguntar el nombre por el que la persona quiere ser llamada, no se menciona la importancia de preguntar por el pronombre ni por la identidad de género, información que es fundamental en la atención de salud.

Estas expresiones, definiciones y omisiones terminan desviando la atención de lo realmente importante: que la interrupción voluntaria del embarazo es un derecho que puede ejercerse sin restricciones hasta la semana 24, y que debe ser garantizado con enfoque de derechos, sin prejuicios, sin estigmas y sin barreras institucionales.

Prácticas violentas en la interrupción voluntaria del embarazo y el aborto espontáneo

Puede pensarse que las mujeres que viven el aborto espontáneo cargan con menos estigmas y prejuicios que quienes acceden

a la IVE, pero la realidad es que igualmente los reciben por no cumplir con el mandato patriarcal de la maternidad, sin importar que esta situación no esté bajo su control. Muchas de ellas deciden no contar sus experiencias a sus familiares, amigas, parejas y comunidades para no ser juzgadas como irresponsables ni señaladas como supuestos cuerpos defectuosos por no completar su embarazo.

En una investigación previa sobre violencia ginecobstétrica, la psicóloga clínica materno-infantil y doula Tania Moreno contó que solo hasta la semana 10 supo que su embarazo no se estaba desarrollando como estaba previsto, y que finalmente tuvo que vivir esta pérdida sin el acompañamiento que necesitaba de su red de apoyo:

“Entonces a ti te dicen: ay, no, pero tranquila. Pídale mucho a Dios que más adelante le dé otro. Pero es que un hijo no se tapa con el otro. [...] Mi hijo duró 16 semanas, pero mi hijo es mi hijo. Y así vengan cinco más, él seguirá teniendo su papel”.

A pesar del tiempo que ha pasado, estas situaciones se continúan repitiendo en el país. En Cartagena, una mujer afrodescendiente con 10 semanas de gestación que estaba experimentando un aborto espontáneo, no logró acceder a una atención digna, de calidad y libre de violencias, como documentó Ilex Acción Jurídica: *“Aunque ella buscó atención médica por un aborto espontáneo experimentó demoras significativas, tardando más de 7 días en recibir la atención que necesitaba. En su segunda visita a la IPS, fue acosada sexualmente y le negaron atención inmediata, lo que la obligó a regresar al día*

siguiente para ser valorada nuevamente”.

Cuando por fin la atendieron, el personal de la institución le impidió elegir cómo podía manejar su aborto, por lo que le terminaron haciendo un legrado, que complicó su estado de salud. Y en todo el proceso, ni siquiera le brindaron medicamentos, una bolsa de agua caliente u otras técnicas para el dolor que sintió. En este sentido, como se ha abordado a lo largo del informe, la visibilidad que ha tenido el aborto espontáneo como una de las alteraciones o complicaciones del embarazo no es suficiente para garantizar que las mujeres, personas intersexuales, hombres trans y personas no binarias puedan decidir cómo quieren vivir este proceso. Se necesita que mejore la infraestructura, los protocolos, la sistematización de la información, la publicación de datos abiertos, la formación y la atención que brinda el personal de salud, cuyos avances o retrocesos también son responsabilidad de las secretarías de salud, las administraciones gubernamentales y la sociedad en general.

En relación con la interrupción voluntaria del embarazo, las prácticas violentas también se viven desde las ecografías, mucho antes de haber elegido si quiera un método para realizar la IVE. Ilé acompañó a una mujer del Eje Cafetero que tuvo que pagar aparte su ecografía, ya que Profamilia no le prestó ese servicio en el momento. Le cobraron alrededor de \$80.000 y la violentaron con palabras estigmatizantes que se han usado desde hace años para culpabilizar a quienes deciden abortar:

“La próxima vez piénselo, asesina o homicida, algo así le dijeron. Yo me devolví

superbrava, pero la chica me dijo que, por favor, no le dijera nada. Yo me molesté mucho. [...] Todas las mujeres que están viniendo acá a practicarse una ecografía para interrumpir su embarazo las están maltratando, pero mira que esas barreras son culturales”.

Volviendo a los protocolos de atención, el Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal restringe la movilidad durante el procedimiento de IVE para que las usuarias permanezcan acostadas todo el tiempo y con las barandas elevadas, según aparece en su protocolo de atención. Tampoco pueden usar el sanitario del hospital “bajo ninguna circunstancia”, sino que el personal les puede pasar un pañal y un pato. Estas prácticas institucionales se parecen mucho a las que ya han denunciado las mujeres gestantes sobre la atención del parto, a quienes el personal ha presionado a estar acostadas y no poder caminar, por más que estos movimientos les ayuden con el dolor de las contracciones. También les pueden impedir usar el baño a solas por el temor de que justo en ese momento vayan a dar a luz, aunque el mismo personal sabe que ellas pueden sentir esa necesidad por la presión que pueden sentir sobre su vejiga y recto.

Otro aspecto, que vuelve aún más preocupante lo del San Vicente de Paúl, es la gran cantidad de horas que muchas de ellas tendrían que quedarse en el hospital para comenzar a tomar los medicamentos y después de que vayan haciendo efecto. Esta institución emplea solo medicamentos hasta las 20 semanas que dice atender, lo que podría llevar más de 24 horas. Hay algunos casos en que los

medicamentos no actúan tan rápido, por lo que probablemente el personal podría buscar otro método, pero no siempre sucede:

“Hay mujeres que han durado hasta 4 o 5 días con medicamentos; han tenido el tope máximo de misoprostol y no, no expulsan. Eso también es muy duro [...] Yo siento que queda más una memoria como psicológica de todo lo que está viviendo. [...] [A] veces también depende del organismo de las mujeres que hace efecto; otras veces no hace efecto fácil”.

Acompañante de aborto en el
Eje Cafetero (2024).

Aunque no es posible comprobar que les proporcionen ibuprofeno, acetaminofén u otros analgésicos para el dolor antes y durante la IVE con medicamentos, en algunos de los protocolos de los hospitales no aparece registro de esta información. El único que sí mencionó que usa medicamentos para manejar el dolor durante la aspiración manual endouterina y el legrado fue el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, pero solo sale en su respuesta a la solicitud de información.

Llama la atención que un hospital universitario de tercer nivel y alta complejidad como el San Jorge continúe privilegiando el uso del legrado uterino, un método ampliamente considerado obsoleto y violento, en lugar de adoptar métodos más seguros que se han exigido hace décadas. También en el Hospital San Félix de La Dorada y el Departamental San Juan de Dios de Riosucio siguen practicando el legrado uterino —conocido como legrado cortante o dilatación y curetaje—.

Hace varios años, el Ministerio de Salud estableció que el legrado debía erradicarse y reemplazarse por los métodos de aspiración; únicamente se podía utilizar como último recurso, cuando no se disponía de otros métodos. Sin embargo, su uso continúa siendo la norma en varios hospitales, lo que evidencia una deuda pendiente con la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

El uso persistente de este procedimiento no solo contradice las recomendaciones nacionales e internacionales, sino que también representa una barrera para el acceso a una atención segura y digna. Generalmente el legrado puede provocar más complicaciones —hemorragia, perforación uterina y presencia de restos de tejido—, costos elevados y hospitalizaciones prolongadas, en comparación con métodos como la AMEU o la D y E, que son menos invasivos, más rápidos y eficaces, según La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, el Ministerio de Salud y la OMS.

A pesar de las investigaciones y los llamados reiterados desde 2009 por parte de organizaciones como La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Alianza Trans Abortera de Colombia, Profamilia, Defensoría del Pueblo, Ilex Acción Jurídica y Jacarandas, el legrado sigue siendo una práctica común, incluso en casos de menos de 10 o 14 semanas de gestación. Esta persistencia continúa, en parte, por la falta de capacitación del personal en métodos variados y por una visión paternalista que prioriza el control médico sobre la autonomía para decidir de las mujeres, hombres trans y personas no binarias.

También estas prácticas violentas producen desconfianza de las personas usuarias hacia las instituciones y el personal de salud, lo que podría desencadenar que muchas no vuelvan a solicitar los servicios del sistema público de salud y que quizá se puedan enfrentar a mayores complicaciones por no tener acceso a una atención de calidad en sus territorios. Ante esto, parece que no hay acciones contundentes de las secretarías y direcciones de salud para investigar y sancionar a las instituciones que continúan usando este método obsoleto.

Perseguir a las mujeres que abortan y el castigo por decidir sobre el cuerpo y proyecto de vida propio

Antes de la sentencia C-355 de 2006, el aborto era considerado un delito. Gracias a la lucha de los movimientos de mujeres y feministas, se logró el acceso al aborto como un derecho en ciertas causales y en 2022 se amplió este derecho a decidir. Sin embargo, es posible que muchas mujeres sigan enfrentando procesos penales, incluso cuando abortaron dentro del tiempo de gestación permitido, dado que no se han cerrado los casos que se abrieron antes del cambio legal y se desconoce la directiva nueva que lanzó la Fiscalía.

El marco jurídico en Colombia como en otros países es complejo, porque aunque en el país se despenalizó el aborto hasta la semana 24 en 2022, el delito de aborto no ha sido eliminado del Código Penal. Esto significa que después de ese tiempo, las personas aún pueden ser investigadas y condenadas, a menos que el aborto después de la semana 24 se realice bajo las causales de riesgo para la salud (física, mental y social) de la persona gestante,

malformación del feto, incesto o violencia sexual. Esta mezcla entre una sentencia que reconoce derechos y otra ley que los castiga genera estigma, confusión, problemas para quienes quieren acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, e incluso para el personal de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dicho que todos los países deberían despenalizar completamente el aborto, pues genera múltiples obstáculos para las mujeres y el personal de salud:

- * Retrasos en el acceso al aborto, incluso obligando a esperar hasta que la vida de la mujer esté en peligro para actuar legalmente.
- * Carga adicional para las mujeres, como viajes innecesarios, costos elevados, falta de atención posaborto, angustia emocional y estigmatización.
- * Fomenta abortos en condiciones inseguras, al limitar el acceso a procedimientos seguros y legales.
- * Acciones judiciales desproporcionadas afectan especialmente a mujeres jóvenes, solteras y en situación de vulnerabilidad económica o educativa.
- * Obligación de denuncia por parte del personal de salud en algunos países, lo que puede violar la confidencialidad y derechos de las usuarias.
- * Temor a represalias legales lleva a los profesionales a evitar brindar atención, incluso en casos graves como agresión sexual, incesto o malformaciones fetales.

- * Reducción de profesionales capacitados y pérdida de habilidades médicas, lo que afecta la calidad del sistema de salud y aumenta la burocracia.

Además, la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres ha denunciado que en Colombia se han judicializado casos sin pruebas claras, lo que generó miedo y desconfianza hacia los sistemas de salud y penal, como lo demostraron en su informe La criminalización del aborto en Colombia.

En ese entonces era común que el personal de salud —enfermería, medicina general, trabajo social—, funcionariado de Bienestar Familiar (ICBF), policías, parejas y exparejas, familiares, habitantes de la zona y otras personas denunciaran a quienes tuvieran abortos autogestionados o espontáneos, ya fuera durante el proceso o después de completarlo.

No les importaba que fueran menores de edad —aproximadamente fueron 988 casos con 85 procesos con condenas entre 2003 y mediados de 2019—. Ni que las mujeres denunciadas realmente hubieran tenido abortos espontáneos o no consentidos —al menos el 5% de los casos y casi el 3% de las condenas—. Apenas en 137 de los casos, es decir, el 3% del total de casos con registro, aplicaron el principio de oportunidad, a pesar de que “la resolución de la Fiscalía sobre investigación del delito de aborto indica que debe aplicarse el principio de oportunidad en todos los casos”, lo cual se ahondará más abajo.

Siguiendo con La Mesa, Caldas investigó

229 casos, mientras que en Quindío fueron 167 y en Risaralda 148, con mayor número en los municipios de Manizales con 143, Armenia con 123 y Pereira con 95. Eso quiere decir que de cada 100.000 mujeres, 83,19 casos fueron en Marulanda (Caldas), 81,07 en Pijao (Quindío) y 29,6 en todo Risaralda. Los procesos condenatorios obtuvieron el más alto porcentaje en Caldas con el 18,48% respecto al total nacional, seguido de Quindío con el 2,73% y Risaralda con 2,12%.

Luego de la sentencia C-055 de 2022, la Fiscalía actualizó sus lineamientos en la para continuar investigando y judicializando a quienes abortaran después de las 24 semanas y fuera de las tres causales, por lo que aún podrían abrirles estos procesos penales y hasta llevarlas a prisión de uno a cuatro años y medio —16 a 54 meses—. Sin embargo, su resolución 0561 del 9 de diciembre de 2024 recalca que para el delito de aborto y otros con pena igual o menor de seis años de prisión o multa, “el o la fiscal del caso aplicará de manera directa el principio de oportunidad y lo presentará para su legalización” ante el juez o jueza de control de garantías.

Después de legalizar este principio, la Fiscalía puede determinar si finaliza o continúa el proceso penal, por lo que la persona podría tener la posibilidad de quedar libre del proceso. No obstante, no aplicaron el principio de oportunidad en ninguno de los 26 casos registrados de 2020 a 2024 en el Eje Cafetero, sin dar mayores explicaciones sobre por qué lo manejaron así.

Mujeres investigadas por delito de aborto en el Eje Cafetero, entre 2020 y 2024

Entre 2020 y 2024 se documentaron 26 casos de persecución a mujeres por abortar en los departamentos de Caldas, Quindío y Risaralda. El año más crítico fue 2020, con 10 casos, seguido por 2021 con otros 10. A partir de 2022, los casos disminuyeron drásticamente: cuatro en 2022 y solo uno por año en 2023 y 2024. Esta tendencia sugiere que quizá la tardanza de la Fiscalía en publicar

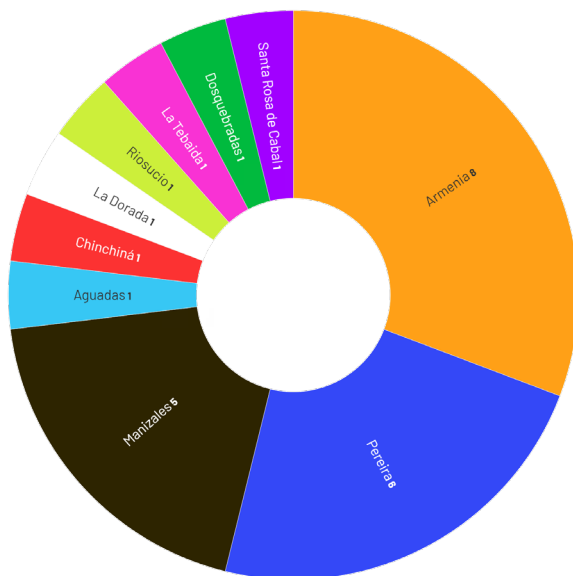


Gráfico 65. Mujeres investigadas por delito de aborto en el Eje Cafetero (2020-2024), según información de la Fiscalía.

la directiva 009 para las investigaciones de delito de aborto, pudo contribuir a que su personal abriera procesos penales contra mujeres cubiertas por las 24 semanas o alguna de las tres causales sin límite de tiempo de la sentencia C-055.

De los 26 casos registrados, solo cuatro siguen activos en 2025: uno de 2020 y tres de 2021. Todos los casos posteriores están inactivos. Esto sugiere que, aunque la persecución ha disminuido en número, los procesos judiciales pueden extenderse por años, afectando prolongadamente a las mujeres involucradas. Resulta preocupante que, en lugar de evaluar y archivar estos procesos a la luz de la directiva 009, la sentencia C-055 y el principio de oportunidad, la Fiscalía puede que se empeñe en dejarlos en indagación —la primera etapa— por años, aunque no haya evidencias ni un soporte legal tan fuerte para continuar con esos procesos penales.

La mayoría de las mujeres investigadas en 2020 y 2021 tenían entre 14 y 26 años. En 2022, el perfil cambió: casi todas las mujeres tenían entre 27 y 59 años. En 2023 y 2024, los casos volvieron a centrarse en mujeres jóvenes, de 18 a 26 años. Un dato relevante es que 2021 fue el año con más procesos abiertos contra adolescentes entre 14 y 17 años por abortar, lo que plantea preocupaciones sobre el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de menores de edad. Además, se reportó que una de las mujeres era venezolana.

Estos hallazgos contrastan con lo que encontró la Defensoría en el primer año de implementación de la sentencia C-055. Entre febrero de 2022 y agosto de 2023, la Fiscalía registró 119 procesos por el delito de aborto consentido. De las personas involucradas, el 31% eran adolescentes entre 14 y 17 años, el 26% jóvenes de 18 a 25 años, y el 21% adultas entre 27 y 29 años. De esos 119, hubo 37 casos que no admitieron y que archivaron porque no se ajustaban al delito de aborto

consentido. Bogotá no admitió 12 casos, mientras que Caldas, Quindío y Risaralda archivaron un proceso en cada departamento. Por su lado, la Defensoría del Pueblo brindó apoyo legal en 61 casos en febrero de 2022, y en mayo de 2023 tenía 45 en trámite. De todos estos apoyos, 23 los habían solicitado mujeres de Quindío que necesitaban de la Defensoría para defender sus derechos.

En general, la Fiscalía admitió que su subregistro se encuentra más que todo en las variables de profesión u oficio, edad, departamentos y municipios de residencia y ocurrencia del delito, sexo asignado al nacer, orientación sexual, identidad de género y otras más, pero no enunciaron qué estrategias implementan para corregir estas problemáticas. Tampoco entregaron datos sobre las personas que presentaron las denuncias, ni sobre cuántas semanas de embarazo tenían o su pertenencia étnico-racial.

Asesorar y acompañar el acceso al aborto: organizaciones que resisten



Las organizaciones feministas y diversas, activistas, mujeres, hombres trans, personas no binarias, enfermeras y médicas de la región y del país luchan diariamente para mejorar las condiciones de vida, el acceso y el ejercicio de derechos a raíz de su vocación, pero también como una forma de resistencia frente a las múltiples desigualdades y vulneraciones estructurales. Muchas tienen amplias líneas de acción, que van desde la activación de rutas de violencias basadas en género hasta la defensa del aborto y otros derechos sexuales y reproductivos. Como parte de su trabajo, rara vez remunerado, suelen crear material informativo, asesorar y acompañar a las mujeres y personas diversas sobre cómo acceder a este derecho en Colombia, y además, cómo enfrentar barreras de acceso en caso de presentarse.

★ Conoce la Guía para acceder al aborto o IVE hecha por Ítaca Laboratorio [aquí](#).

A nivel general, en la región hay al menos trece colectividades y organizaciones que se han articulado o han hecho distintas actividades con la participación de mujeres cis, de las cuales seis trabajaron con personas trans y tres con hombres trans, personas transmasculinas y/o personas no binarias AFAN.

Iniciativas de resistencia en el Eje Cafetero:

G, P y PP: gestación, parto y posparto.

DSSR: derechos sexuales y reproductivos en general.

Iniciativas y procesos	Crear	Enseñar	Investigar	Defender/ incidir	Asesorar/ acompañar
Organización ambiental con enfoque de género y derechos humanos en Quindío	IVE		X		X
	G, P y PP				
	DSSR		X		X
Organización defensora de los derechos de las personas LGBTIQ+ en Caldas y Risaralda	IVE		X		
	G, P y PP				
	DSSR		X		
Organización que acompaña en derechos sexuales y reproductivos en Risaralda	IVE	X	X	X	X
	G, P y PP				
	DSSR	X	X	X	X
Organización que defiende los derechos de las mujeres y personas LBT+ en Quindío	IVE				X
	G, P y PP				X
	DSSR				
Organización defensora de los derechos de las personas trans en Risaralda	IVE		X	X	X
	G, P y PP				
	DSSR		X	X	X
Organización feminista interdisciplinaria en Quindío	IVE	X	X	X	X
	G, P y PP				
	DSSR				
Semillero de investigación en ginecología y obstetricia de la UTP	IVE				
	G, P y PP			X	
	DSSR				
Organización feminista que defiende los derechos humanos de las mujeres en Quindío y asesora sobre acceso a la IVE	IVE	X	X		X
	G, P y PP				
	DSSR		X		X
Escuela de partería Jai Bia	IVE				
	G, P y PP		X		
	DSSR				

Organización feminista universitaria en Quindío	IVE	X	X		X
	G, P y PP				
	DSSR				
Proyecto Amaryi	IVE				
	G, P y PP	X	X		X
	DSSR	X	X		X
Mamá También	IVE				
	G, P y PP				
	DSSR				
La Jefe Mafe	IVE				
	G, P y PP	X	X		X
	DSSR				

Cuatro de trece organizaciones locales que han hecho distintas actividades sobre IVE con la participación directa de hombres trans, personas transmascullinas y personas no binarias AFAN, de las cuales dos son de Risaralda, una de Quindío y una de Caldas.

En cuestión de asesorías y acompañamientos en varios municipios de la región, tres organizaciones locales y tres nacionales contribuyeron a que más mujeres pudieran ejercer su derecho a la IVE y actuar frente a la violencia ginecobiétrica:

- * La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres asesoró y acompañó legalmente a 255 mujeres que experimentaron barreras para acceder a la IVE, de las cuales seis eran de Quindío, cuatro de Risaralda y una de Caldas, entre el 22 de febrero de 2022 y el 21 de febrero de 2023.
- * La línea de atención nacional de la Fundación Jacarandas asesoró a 52

mujeres en Manizales, 60 en Pereira y 53 en Armenia entre 2022 y 2023.

La Red lesbofeminista Las Cómplices acompañó en todo su proceso de aborto a tres mujeres de Manizales, Pereira y Quimbaya hasta enero de 2025.

- * La organización feminista que defiende los derechos humanos en Quindío acompañó a 5 mujeres entre los 14 y 34 años en Quimbaya, Alcalá y otros municipios cercanos en 2024.
- * La organización de acompañamiento en derechos sexuales y reproductivos en Risaralda apoyó a 20 mujeres en 2024 y a 16 hasta febrero de 2025. La mayoría tenían 17 o más de 30 años. Algunas de ellas eran neuro divergentes o con enfermedades de base, con trabajos precarios por horas o por prestación de servicios, y varias estaban en situación de pobreza.

* La organización feminista interdisciplinaria en Quindío le brindó información sobre cómo acceder al aborto a más de 400 mujeres jóvenes y adultas en la región por medio de acciones pedagógicas y asesorías entre 2020 y 2024.

El impacto e influencia de estas organizaciones va más allá de su lugar de residencia, como sucede en casi todas ellas. Así lo confirma una integrante de la organización de acompañamiento en derechos sexuales y reproductivos en Risaralda: “hemos conocido personas de Caldas, de Risaralda, y Quindío también, nos han escrito porque pues en Pereira hay Profamilia y Oriéntame”.

En la organización feminista que defiende los derechos humanos de las mujeres en Quindío y asesora sobre acceso a la IVE, donde está Ilé, han incidido y realizado acompañamientos en Calarcá, Génova, Quimbaya y Alcalá. Por su lado, en la organización defensora de los derechos de las personas trans en Risaralda lo han hecho principalmente en ese departamento, con el propósito futuro de cubrir todo el Eje Cafetero. Como una gran parte de las mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad enfrentan barreras para acceder a interrupciones voluntarias del embarazo, dos de las organizaciones de Risaralda y Quindío han establecido convenios con Oriéntame y Profamilia para apoyar económicamente a quienes lo necesitan.

Para profundizar en sus condiciones de trabajo en la región, las siguientes secciones se desarrollan a partir de las entrevistas y la comunicación personal con integrantes de tres organizaciones del Eje Cafetero:

* Organización feminista que defiende los derechos humanos de las mujeres en Quindío y asesora sobre acceso a la IVE.

* Organización defensora de los derechos de las personas trans en Risaralda.

* Organización que acompaña en derechos sexuales y reproductivos en Risaralda.

La amplitud del trabajo por los derechos sexuales y reproductivos

Dos organizaciones de Risaralda y una del Quindío comparten líneas de trabajo muy fuertes en derechos sexuales y reproductivos —particularmente en IVE— y acompañamiento en violencias basadas en género. Sin embargo, solo la que defiende los derechos de las personas trans en Risaralda ha desarrollado sus propias actividades dirigidas por y con la participación de hombres trans, transmasculinidades —o personas transmasculinas— y personas no binarias AFAN. Ellos y ellos han brindado acompañamientos, apoyo —emocional, legal y en salud— y otras actividades frente a las violencias, discriminaciones, barreras y desigualdades estructurales que vulneran sus derechos a la salud, la educación, la justicia y varios más.

También las personas jóvenes que se identifican como mujeres cis y/o de las disidencias sexuales y de género se han acercado a la organización feminista que brinda acompañamiento en derechos sexuales y reproductivos en Risaralda. En algunas ocasiones han focalizado su trabajo con personas de los pueblos negros, afrocolombianos, raizales y palenqueros, y en comunidades empobrecidas, debido a que procuran ser muy conscientes de las opre-

siones y los privilegios de clase, raza, género e identidad de género. Por eso, ofrecen becas y trueques para que más personas puedan acceder a las actividades que desempeñan:

“Nosotras, como principios políticos, nos pensamos que la mayoría de las actividades sean gratuitas, como que otras personas que tienen el dinero puedan financiar esas actividades. [...] El 90% de las actividades que hemos hecho han sido totalmente gratuitas. Solo el 10% han sido con cobro y siempre con esas salvedades. [...] Siempre teniendo en cuenta que ofrecemos otras alternativas a las personas que no puedan pagar, precisamente porque creemos que [estos] temas tienen que ser transversales a la clase y a muchos [otros] factores de opresión”.

Organización que brinda
acompañamiento en derechos sexuales y
reproductivos en Risaralda (2024)

Algunas de las personas que han llegado a estas organizaciones de Risaralda y Quindío tenían entre 14 y 40 años en ese momento. Muchas de las personas acuden a las organizaciones y activistas porque otras personas les recomiendan la asesoría, por la pedagogía, talleres y eventos que realizan, además de las publicaciones, materiales y campañas en redes sociales que estas realizan.

La autogestión y las redes comunitarias

Al igual que ocurre con otras colectivas y organizaciones de la región, estas tres

organizaciones de Risaralda y Quindío gestionan sus propios recursos económicos a través de las actividades y proyectos que realizan por su cuenta y en alianza con otras organizaciones. En el caso de la organización feminista que defiende los derechos humanos de las mujeres en Quindío, ellas reciben financiación directa de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y Católicas por el Derecho a Decidir, ya sea para su sostenimiento, contratación para eventos o formación complementaria en talleres en Bogotá. No obstante, reconocen que con estos recursos y los que gestionan por sí mismas no les alcanza para cubrir su trabajo:

“No quiere decir que nosotras estemos en la economía y la solvencia más genial, y porque lo que nos autogestionamos es muy poquito. Mira todo lo que nosotras hacemos con tres millones de pesos, con dos millones, y tenemos que garantizar transporte a las invitadas, plata a las artistas, comprar el refrigerio, adecuar el lugar, entonces no es mucho lo que nos pagamos”.

Sumado a lo anterior, otra de sus estrategias para sostenerse económicamente ha sido cobrar un valor mínimo de \$300.000 pesos por taller, más viáticos. De manera parecida, la organización de acompañamiento en derechos sexuales y reproductivos en Risaralda habla sobre los cuidados que han generado por la falta de remuneración del trabajo que hacen, sobre todo por parte de las instituciones:

“Nosotras hemos tratado de, si nos invitan a algún lado, por lo menos preguntar: ‘¿hay remuneración, o sea, una remuneración

mínima?’ [...] con las instituciones y con la institucionalidad el tema es ese, como que les estamos haciendo el favor, pero realmente es una la que termina haciendo y la colectiva, o quienes estén ahí haciendo todo el trabajo. Entonces también, por un lado, ser muy conscientes [...] al hablarlo con las colectivas [...] y cuando hacemos actividades también. Por ejemplo, [...] de pensarlo en que no seamos solo una colectiva, sino como que entre todas [decidamos] y que siempre se hagan también ese tipo de reclamos”.

En cambio, Profamilia, Fundación Catalina Muñoz y Fondo Lunaria han apoyado técnica y financieramente dos proyectos en la región: uno en 2023 de la organización defensora de los derechos de las personas trans en Risaralda; y otro en 2025 de la que brinda acompañamiento en derechos sexuales y reproductivos en Risaralda. A la vez que se han articulado con organizaciones locales y nacionales, también lo han hecho entre sí. En un proyecto muy reciente trabajaron de la mano dos organizaciones de acompañamiento en derechos de Risaralda, una que brinda asesorías en representación jurídica con enfoque de género y la Asociación Nacional de Mujeres Afrodescendientes Guadalupe Zapata.

También la organización feminista que defiende los derechos humanos de las mujeres en Quindío se ha apoyado en una de las integrantes de la ambiental con enfoque de género y derechos humanos en Quindío, de manera que pueden brindar atención y contención en los talleres que desempeñan.

Algunos de los desafíos y las vulneraciones

Empezando con la organización defensora de los derechos de las personas trans en Risaralda, las problemáticas centrales sobre las que actúan se extienden desde la falta de reconocimiento y respeto hacia sus vidas, cuerpos e identidades como personas trans, hasta el silencio y la desinformación respecto al aborto que vivencian. Por su parte, han creado espacios de diálogo, campañas y redes con otras organizaciones para exigir leyes y cambios, como también talleres y actividades de formación para hablar sobre identidades trans, derechos sexuales, aborto, masculinidades trans y más. Aun así, saben que las vulneraciones y violencias que experimentan son bastante difíciles de erradicar por su carácter estructural:

“La primera forma de violencia que enfrentamos y que atraviesa todo nuestro quehacer es la negación de nuestra identidad. El sistema de salud y las instituciones en general siguen leyéndonos desde un enfoque binario y cisnormativo, reduciendo nuestras existencias a categorías que no nos representan: nos siguen viendo como mujeres, ignorando completamente nuestras identidades como hombres trans, transmasculinidades y personas no binarias AFAN.

Esta negación es una forma de violencia constante que se expresa tanto en la atención médica como en la producción y uso de datos: no existen cifras regionales que visibilicen nuestras experiencias ni nuestras necesidades específicas”.

Ante estas violencias transfóbicas que se enmarcan en lo epistémico y lo ginecobstétrico por la negación de su identidad, su encasillamiento en categorías binarias y cisnormativas, y la falta de acciones que respondan a sus necesidades en salud, decidieron implementar variadas estrategias comunitarias y políticas para resistir. Primero: producir sus propios registros y diagnósticos comunitarios, visibilizando las vivencias de las identidades transmasculinas y no binarias AFAN en el Eje Cafetero, que les ha permitido subsanar una parte de la ausencia de datos oficiales y su borramiento sistemático, más la posibilidad de generar conocimiento sobre sus experiencias.

Segundo: abrir y sostener “espacios de formación y fortalecimiento colectivo para que nuestras comunidades conozcan sus derechos, especialmente en contextos de salud sexual y reproductiva, donde la violencia ginecobstétrica se manifiesta de manera brutal”. Esto contempla acompañamientos psicosociales y jurídicos que fortalecen sus redes de cuidado y de apoyo entre pares. Tercero: incidir en las instituciones de salud, exigiendo la implementación de rutas de atención que reconozcan sus identidades y cuerpos, desde el trato digno, el uso de pronombres y el nombre autopercibido y el respeto por sus decisiones. Cuarto: “contar nuestras historias con nuestras palabras, desde nuestras voces, ha sido fundamental. Despatologizar nuestras vivencias y disputar los discursos médicos es clave para sanar y construir otras formas de habitar nuestros cuerpos”.

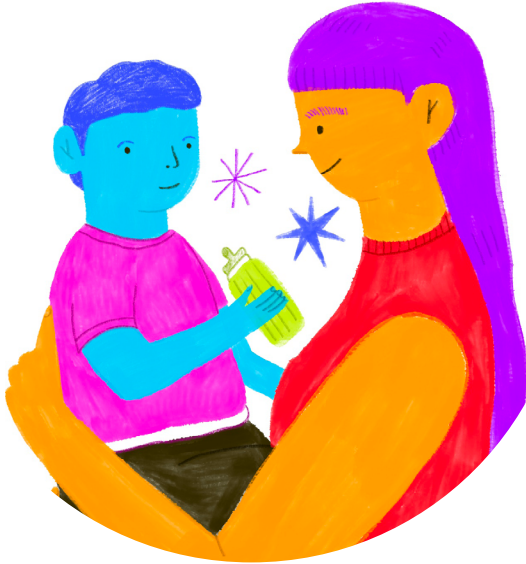
Por su lado, dos de las organizaciones de Risaralda y Quindío comparten algunas de las estrategias de la organización anterior, como documentar los casos que acompañan y asesoran. Sin embargo, la organización que brinda acompañamiento en temas de derechos sexuales y reproductivos en Risaralda, reconoce que todavía están puliendo sus procesos de sistematización de datos, atención psicoemocional, creación de rutas y protocolos claros, adquisición de más información técnica y legal, y de comunicación con quienes apoyan.

Desde lo comunitario, lo académico, lo artístico, lo investigativo, lo pedagógico, lo comunicativo y los cuidados tanto activistas como organizaciones feministas y diversas han encontrado y creado múltiples formas de resistir y re-existir ante la vulneración de los derechos de las mujeres y las personas diversas, y ante la violencia y el abandono estatal en relación a la garantía de sus derechos, y de la autonomía sobre sus cuerpos y vidas. Sin embargo, es crucial recordar e insistir que la garantía de los derechos de las mujeres y personas diversas son deber y responsabilidad constitucional de los gobiernos, instituciones públicas y del Estado en general, por lo que no debe recaer en les activistas y organizaciones defensoras de derechos humanos esta gran labor que está profundamente relacionada con la vida digna de las mujeres y personas transmasculinas y no binarias AFAN.

★ Lee el capítulo 10 para conocer sobre los cuidados y cómo han resistido a las violencias basadas en género.



Mi parto me pertenece: violencia obstétrica en el Eje Cafetero



La violencia obstétrica es una forma de violencia de género que se ejerce sobre las mujeres y personas con capacidad de gestar, en uno de los momentos más íntimos y vulnerables de sus vidas: la gestación, el parto y el posparto.

No se trata solo de las malas prácticas médicas, sino de un **entramado de relaciones de poder que opera desde la obstetricia** —rama de la medicina moderna centrada en el embarazo y el parto—, y que impone jerarquías disciplinarias estructurales y patriarcales sobre los cuerpos gestantes, naturalizando la subordinación de las personas con capacidad de gestar y su autonomía a la hora de decidir sobre sus cuerpos. **En países como Colombia, esta violencia sigue sin recibir un reconocimiento legal o una definición**

médica que permita nombrarla, prevenirla y sancionarla. A diferencia de otros países de América Latina como Venezuela (2007), México (2008) —en los Estados de Veracruz y Chiapas—, Bolivia (2012), Panamá (2023), Costa Rica (2018), Ecuador (2018) y Chile (2023), que han legislado para reconocerla como una manifestación de violencia basada en género, Colombia mantiene un vacío normativo que dificulta que las víctimas puedan denunciar y que el Estado sistematice cuántas personas han vivido esta experiencia en clínicas y hospitales, en manos de funcionarios y profesionales de la salud.

Sin embargo, ante el aumento y la visibilización de las denuncias de esta violencia, en la última década la sociedad civil organizada, la academia y organismos internacionales, han propuesto definiciones que buscan exponer y posicionar este fenómeno desde el marco de los derechos humanos, el derecho a la salud y la justicia reproductiva.

Por ejemplo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su informe Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes (2019), describe esta violencia como todo “todas aquellas situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o el posparto en centros de salud públicos y privados”.

Para el Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia (MNSSR), también puede ser entendida como todas aquellas “prácticas no consentidas por las mujeres y personas que gestan,

que puede llegar a provocar la muerte de la madre o el recién nacido(a) o puede producir daños psicológicos, emocionales o físicos que repercuten en la salud” (como se citó MNSSR et al., 2024). Una serie de procedimientos “que son favorecidas por un sistema de salud en el que impera la razón administrativa y burocrática (...) y que se presenta de forma exacerbada en los territorios distantes y dispersos del país, o en determinados cuerpos y formas de vida” (MNSSR, 2024, p. 13- 15).

¿Modelo biomédico patriarcal?

Por tanto, la violencia obstétrica no puede ser entendida por fuera del entramado del modelo biomédico hegemónico, en el que la o el médico es la autoridad que decide sobre el cuerpo y la salud de la persona paciente; y en el que se ha instaurado una visión esencialista de lo femenino, donde la maternidad se erige como destino natural de las mujeres. Un discurso normalizador, como [señala Vallana \(como se cita en Castro & Gómez, 2021\)](#), que reduce la complejidad de los cuerpos y procesos femeninos a su capacidad reproductiva, anulando otras experiencias posibles de existencia, deseo, corporalidad y proyecto de vida.

Así, desde una mirada feminista, esta lógica no solo es reduccionista, sino también profundamente violenta, al medicalizar y patologizar funciones corporales naturales que deberían ser vividas con autonomía, información y cuidado respetuoso.

La obstetricia, como campo del saber y del poder, se convierte así en un espacio donde se ejerce una forma de violencia de género institucionalizada, legitimada por la ciencia y normalizada por la cultura. Por eso preocupa

que Colombia, no reconozca oficialmente que la violencia obstétrica existe y no haya sido adherida a la [Ley 1257 de 2008 que tiene como eje principal](#), garantizar a todas las mujeres una vida libre de violencias, tanto en el ámbito público como en el privado, ni en la [Ley 2244 de 2022 sobre parto digno, respetado y humanizado](#), cuando su propósito es el de “garantizar el derecho de la mujer — desconociendo la experiencia de las personas con capacidad de gestar— al trabajo de parto, postparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión”.

En 2019, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) publicó un informe que tituló [Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica](#), un documento clave que analiza el maltrato y la violencia que sufren las mujeres en los servicios de salud reproductiva, con especial énfasis en la atención del parto y la violencia obstétrica (ONU, 2019). El informe advierte que la violencia obstétrica afecta a las mujeres en todos los niveles socioeconómicos y tiene un carácter estructural, sistémico y generalizado, y que este tipo de violencia amenaza derechos fundamentales como la vida, la salud, la integridad física, la autonomía, la intimidad y la no discriminación. Además, se enmarca en una continuidad histórica de vulneraciones vinculadas a la desigualdad de género y la falta de formación con enfoque diferencial en la atención al parto y el nacimiento.

A su vez, el informe subraya la necesidad urgente de que los Estados asuman obligaciones en materia de derechos humanos me-

dian­te la creación de leyes, políticas pú­bli­cas y estrate­gias nacio­nales que garan­ti­cen una aten­ción en salud repro­duc­tiva cen­trada en el res­pe­to, la digni­dad y la equi­dad. Tam­bién insiste en la imple­men­tación de meca­ni­s­mos efi­ca­ces de denuncia y ren­di­ción de cuen­tas. El docu­men­to alerta sobre el au­men­to in­jus­ti­fi­cado en la prác­ti­ca de cesá­reas, por ejem­plo, entre los 2.943 par­tos re­por­ta­dos a lo lar­go de la en­cuesta, el 60,2% fue­ron par­tos va­gi­na­les y **el 39,8% fue­ron por cesá­rea, es decir, cuatro de cada 10 par­tos fue­ron por cesá­rea** (MNSSR, 2024). Cifras que re­sul­tan sig­ni­fi­ca­ti­vas, tenien­do en cuenta las re­co­men­da­cio­nes de la OMS y al­gu­nos de sus re­por­tes. El or­ga­ni­s­mo in­ter­na­cio­nal alertó en 2015 que las ta­sas de cesá­reas que su­pe­ran el 10% no es­tán aso­cia­das es­tri­c­ta­men­te a la re­duc­ción de ta­sas de mor­tal­i­dad ma­terna y neo­na­tal (OMS, 2015). Por lo que se es­ti­ma, este pro­ce­di­mien­to ha em­pe­za­do a reem­pla­zar el par­to va­gi­nal por mo­ti­vos que re­sul­tan aje­nos a las ne­ce­si­da­des en salud de las pa­ci­en­tes (ONU, 2019).

Sin em­bar­go, esa no fue la pri­me­ra vez que un or­ga­ni­s­mo in­ter­na­cio­nal se pro­nun­ció al res­pe­cto, la Or­ga­ni­za­ción Mun­di­al de la Salud (OMS) ya lo ad­ver­tió en 2014 a través del co­mu­ni­cado [Preven­ción y erra­di­ca­ción de la falta de res­pe­to y el mal­trato du­ran­te la aten­ción del par­to](#). En él, la OMS hizo un lla­ma­do ur­gen­te a for­ta­le­cer las ac­cio­nes den­tro del sis­te­ma mé­di­co, abrir es­pa­cios de diá­lo­go, pro­mo­ver la in­ves­ti­ga­ción y ofe­recer apo­yo efec­ti­vo para atender esta vul­ne­ra­ción al de­re­cho a la salud.

Frente a este com­ple­jo pa­no­ra­ma, **los mo­vi­mien­tos fe­mi­nis­tas y las ac­ti­vis­tas**

por los de­re­chos se­xua­les y repro­duc­ti­vos han sido cla­ve para romper con el si­len­cio y la in­vi­si­bi­li­dad, exi­gien­do que esta vio­len­cia sea re­co­no­ci­da, nom­bra­da y erra­di­ca, pese a que el tér­mi­no aún no ha­ya sido ac­cep­ta­do for­mal­men­te por am­plios sec­to­res del gre­mio mé­di­co.

En Co­lo­mbia, or­ga­ni­za­cio­nes fe­mi­nis­tas como [Huitaca, Ob­ser­va­to­rio de Salud Se­xual y Repro­duc­ti­va](#) y el [Movimien­to Na­cio­nal por la Salud Se­xual y Repro­duc­ti­va en Co­lo­mbia \(MNSSR\)](#), no solo han in­ci­di­do en la agen­da pú­bli­ca y que el gre­mio mé­di­co ponga la lupa sobre las de­nuncias pre­sen­ta­das por las víc­ti­mas y so­bre­vi­vien­tes, sino que du­ran­te los úl­ti­mos cin­co años han li­de­ra­do pro­ce­sos de in­ves­ti­ga­ción, do­cu­men­ta­ción y denuncia que per­mi­ten di­men­sio­nar esta forma. Por tan­to, su tra­ba­jo ha sido cla­ve para vi­si­bi­li­zar como ope­ra la vio­len­cia ob­sté­tri­ca en el país y con­struir co­no­ci­mien­to si­tuado desde una per­spec­ti­va fe­mi­nis­ta.

La falta de re­co­no­ci­mien­to legal e in­sti­tu­cio­nal de la vio­len­cia ob­sté­tri­ca en Co­lo­mbia im­pide di­men­sio­nar cuántas mu­je­res y per­so­nas con ca­pa­ci­dad de es­tar han sido afec­ta­das en el país. **Por lo que el tra­ba­jo de las ac­ti­vis­tas y or­ga­ni­za­cio­nes ha sido fun­da­men­tal para su­plir la falta de da­tos ofi­cia­les y pro­ducir evi­den­cia sobre una pro­ble­má­ti­ca sis­te­má­ti­ca y pro­fun­da­men­te in­vi­si­bi­li­zada por el Es­ta­do.**

Por ejem­plo, el [Movimien­to Na­cio­nal por la Salud Se­xual y Repro­duc­ti­va en Co­lo­mbia \(MNSSR\)](#) en su [En­cuesta Na­cio­nal de par­to y na­ci­mien­to](#) re­ali­za­da en 2024 en la que par­ti­ci­pa­ron 2.943 mu­je­res cisgé­ne­ro del país,

identificó otras formas de violencia obstétrica que persisten dentro del sistema de salud. Prácticas no solo vulneran la dignidad y los derechos de quienes paren, sino que perpetúan un modelo de atención vertical, autoritario y profundamente patriarcal:

- * Tocamientos o manipulaciones inapropiadas de su cuerpo durante el parto y el nacimiento: 25,5%.
- * Desatención e indiferencia del personal de la salud ante las dudas o preguntas de las pacientes: 42,2% .
- * Regaños, represalias o culpabilización por expresar dolor: 27,1%.
- * Actitudes infantilizadoras por parte del personal de salud: 23,1%.

En 2023, La colectiva feminista Huitaca publicó su investigación [Se robaron mi parto. Informe de encuesta sobre incidencia de la violencia obstétrica en Colombia.](#) El primer informe en el país que documenta de manera detallada cómo se manifiesta esta forma de violencia, de qué manera es ejercida por el personal de la salud y por qué resulta urgente implementar de forma efectiva la [Ley de parto digno, respetado y humanizado, promulgada en 2022.](#)

El informe recoge los testimonios de 106 mujeres cisgénero, entre 1986 y 2018, la mayoría de ellas, residentes de las principales capitales del país: Bogotá, Medellín y Cali, por lo que no fue posible medir la situación en otras regiones del país, particularmente la del Eje Cafetero, la región en la que se centra este informe. Solo participó del estudio una mujer del departamento de Caldas, desde la ciudad

de Manizales. Sin embargo, el documento no brinda detalles frente a sus respuestas. Lo que sí resulta evidente es que existen prácticas obstétricas reiteradas durante el trabajo del parto, que resultaron para las participantes, incómodas y violentas.

Recibieron tratos irrespetuosos basados en estereotipos y prejuicios frente a su sexualidad, por medio de frases como “¿quién la mandó abrir las piernas tan jóvenes? ¡Ahora aguante!” (Prieto & Vallana, 2023, p. 29). También les practicaron excesivos tactos vaginales –a pesar de que en embarazos de bajo riesgo, [solo deberían realizarse cada cuatro horas](#)–. Les restringieron el libre movimiento durante las contracciones o les practicaron rasurados vaginales sin justificación médica. Les expusieron en su intimidad sin contar con su consentimiento –“toda esa gente entrando y saliendo, y uno desnudo sobre una mesa...” (Prieto & Vallana, 2023, p 29)–.

También manifestaron que les realizaron procedimientos médicos de manera brusca e hicieron comentarios sobre su apariencia física –“la ginecóloga me dijo que si tragara menos no me habría dado preeclampsia³¹” (Prieto & Vallana, 2023, p. 30)–.

Asimismo, la encuesta arrojó que de las 106 participantes a 45 les realizaron la maniobra de Kristeller, que consiste en ejercer presión sobre

31 “La preeclampsia es la hipertensión arterial que suele aparecer después de la semana 20 de embarazo y puede implicar riesgos graves tanto para la madre como para el feto. Su detección y manejo tempranos son cruciales para prevenir la evolución hacia la eclampsia, que causa convulsiones. Ambas afecciones pueden ser mortales” (Organización Mundial de la Salud, OMS).

el abdomen para acelerar el parto, una técnica desaconsejada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el 2018, por los riesgos que conlleva, como desgarros o afectaciones físicas a la madre y el bebé. (56) de ellas fueron separadas de sus bebés en cuanto nacieron, no les permitieron tener contacto piel con piel, siendo otra de las recomendaciones de la OMS. “El contacto piel a piel entre la madre y su recién nacido debe ocurrir durante la primera hora, para estrechar los vínculos afectivos, disminuir el riesgo de hipotermia y estimular la lactancia” (OMS, 2018).

El Movimiento expone que esta serie de procedimientos y agresiones son favorecidos “por un sistema de salud en el que impera la razón administrativa y burocrática (...) y que se presenta de forma exacerbada en los territorios distantes y dispersos del país, o en determinados cuerpos y formas de vida” (MNSSR, 2024, p. 13- 15).

Patologización de parto, de las mujeres y corporalidades gestantes

La patologización del parto, ampliamente documentada en textos como [Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias \(2020\)](#), compilado por las investigadoras Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone, se origina en una concepción biomédica que transforma un proceso fisiológico, social y profundamente humano, en un evento de riesgo que debe ser intervenido y controlado.

Esta mirada, arraigada en la historia

moderna de la obstetricia occidental, ha implicado la sistemática deslegitimación de los saberes tradicionales y comunitarios sobre el nacimiento. El parto, que debería ser una experiencia situada, acompañada y de cuidado, se convirtió en un procedimiento clínico estandarizado, donde el cuerpo gestante es interpretado como un objeto defectuoso y potencialmente peligroso. **La medicina, entonces, no se limita a ejercer una función técnica, sino que actúa como un dispositivo de poder que decide cómo deben nacer los cuerpos, quién puede asistir ese proceso y qué saberes tienen autoridad para intervenir.**

Es por lo anterior, que este enfoque ha tenido consecuencias directas sobre las corporalidades que paren. La medicalización intensiva —muchas veces carente de justificación clínica— da lugar a intervenciones como las cesáreas innecesarias, realizadas bajo el argumento de agilizar el proceso; episiotomías sistemáticas; tactos vaginales reiterado y sin consentimiento; administración rutinaria de oxitocina, o el uso de fórceps sin información adecuada. Procedimientos que no solo causan daño físico, sino que anulan la autonomía de las mujeres y personas con capacidad de gestar, provocando experiencias de angustia, miedo, despersonalización y pérdida del control sobre el propio cuerpo, que se traducen a su vez, en prácticas como la litotomía durante el trabajo de parto. Una posición impuesta por el personal de salud, que obliga a la mujer a parir acostada, con las piernas elevadas, lo que limita su movilidad, pero facilita la intervención médica; o de procedimientos durante el posparto como el mal llamado “punto del

marido”, una sutura adicional que se aplica a la vagina tras la episiotomía para aumentar el placer sexual masculino.

Como advierte Michelle Sadler, directora del Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile, en [Violencia Obstétrica, un concepto latinoamericano \(2025\)](#), estas formas de violencia se normalizan bajo el discurso de la “atención médica”, donde lo técnico se impone como necesario, y el sufrimiento se silencia o se justifica como parte inevitable del procedimiento. Así, los cuerpos que paren son expropiados de su capacidad de decisión y agencia durante uno de los momentos más significativos de su vida.

En ese sentido, la patologización del parto no solo define prácticas clínicas, sino que opera como un dispositivo de vigilancia y auto disciplinamiento. Aquellas mujeres que eligen parir de forma fisiológica, en movimiento o acompañadas de parteras son frecuentemente descalificadas, infantilizadas o culpabilizadas. Durante décadas, la medicina —como institución profundamente patriarcal— ha consolidado la narrativa de que un “buen parto” solo es aquel que ocurre en un hospital, con anestesia, bajo protocolos estandarizados y completa subordinación a la autoridad médica. Una narrativa que margina otras formas posibles de parir, estigmatiza a las parteras y doulas, y refuerza el miedo al dolor, al fracaso del cuerpo y a la muerte, promoviendo una dependencia absoluta a la intervención externa médica. En consecuencia, la patologización no es solo una estrategia clínica, sino una forma de gobierno sobre los cuerpos gestantes, que reproducen desigualdades estructurales y

silencia otras formas de nacer y de saber, configurando una violencia sistemática que afecta la autonomía, la salud y la dignidad de quienes paren.

Atención durante el parto y el nacimiento en el Eje Cafetero

La falta de reconocimiento oficial de la violencia obstétrica por parte del Estado colombiano ha generado vacíos significativos en la producción de datos que permitan dimensionar esta forma de violencia basada en género. Una omisión que como se mencionó antes, también puede estar relacionada con violencias epistémicas, en tanto niega la validez del conocimiento producido desde las experiencias de las mujeres, desconociendo sus vivencias como fuente legítima de saber. Como lo plantea la filósofa feminista María Lugones (citado por las investigadoras Mariana Guerra & Mariana Alvarado, 2023), la violencia epistémica opera cuando se impone un marco de conocimiento que invisibiliza otras formas de entender y narrar el mundo, especialmente aquellas producidas por cuerpos históricamente subalternizados. En ese contexto, el conocimiento disponible sobre esta problemática que acecha a las mujeres y personas gestantes, ha sido construido, en gran medida, a partir de los testimonios de quienes han atravesado situaciones de maltrato físico, verbal, emocional y simbólico durante el embarazo, el parto y el posparto. Estos relatos coinciden con las caracterizaciones realizadas por organizaciones feministas, redes de salud sexual y reproductiva, así como organismos

internacionales de derechos humanos, y han sido fundamentales para visibilizar una problemática estructural sistemáticamente ignorada por las instituciones oficiales.

En este contexto, el trabajo de documentación e investigación ha sido fundamental para hacer visible una problemática sistemáticamente invisibilizada. Durante los últimos tres años, algunas de las integrantes de la equipa que realizó esta investigación, han desarrollado procesos de indagación desde el periodismo en el Eje Cafetero, pero **solo han podido centrarse en la experiencia de mujeres cisgénero usuarias del sistema de salud, ya que no ha sido posible que otras personas con capacidad de gestar y sus familias, se sientan cómodas y seguras para compartir sus vivencias.** Estas acciones han tenido como propósito contribuir a la visibilización de la violencia obstétrica, incidir en su reconocimiento como una expresión específica de violencia institucional y sexista, y fomentar una discusión pública que permita abordarla como una problemática estructural en la atención en salud materna.

En este escenario, la promulgación de la [Ley 2244 de 2022](#), conocida como *Ley de parto, digno, respetado y humanizado*, representa un avance normativo importante en el reconocimiento de derechos durante la atención al parto y el nacimiento. No obstante, **esta legislación evita nombrar explícitamente a la violencia obstétrica como el origen de las prácticas que buscan transformarse. Esta omisión diluye el carácter estructural y de género de la problemática, reduciendo su abordaje a la promoción de “buenas**

prácticas” sin reconocer las dinámicas de poder y los patrones de maltrato que la sostienen.

A partir de entrevistas realizadas en el marco de esta investigación con personal médico de la región del Eje Cafetero, se evidencia la resistencia misma a reconocer que existe la violencia obstétrica y que es ejercida por sus colegas. Varios profesionales consultados rechazan el término, argumentando que su labor no incurre en prácticas violentas, lo que refuerza su invisibilización institucional. En su lugar, se ha optado por un discurso centrado en la “atención humanizada” y el “parto respetado”, sin un reconocimiento explícito de las violencias estructurales que subyacen en muchos de los procedimientos médicos. Un ejemplo de ellos es el programa DA (dar calidez, amabilidad, información, y bienestar), DE (derechos respetados), DI (dignidad respetada), DO (dolor adecuadamente manejado) y DU (duelo intervenido) del Hospital Universitario San Juan de Dios de Armenia, Quindío, el cual promueve un modelo de atención en parto humanizado, pero que no necesariamente lo enmarca dentro de una política institucional integral por la prevención y reparación de la violencia obstétrica.

En una investigación realizada por las periodistas Valeria Urán Sierra y Evelin Bocanegra, titulada [Parir, un asunto político: el parto nos pertenece](#) publicada en 2023 por el medio El Tiempo, se evidenció que, aunque desde 2022 la IPS viene implementando una estrategia de atención en parto respetado –en el marco de la Ley de parto digno, respetado y humanizado–, persisten serias limitaciones en

su aplicación. Esta ley, establecida mediante la Ley 2244 de 2022, obliga a las instituciones prestadoras de salud en Colombia a garantizar el respeto por los derechos de quienes acuden a un centro medido para recibir atención durante el embarazo, parto y posparto. Esto incluye ajustar sus rutas de atención, asegurar condiciones físicas adecuadas en las salas de parto, permitir el acompañamiento continuo, brindar información clara y oportuna, y capacitar al personal de salud en enfoques humanizados y libres de violencias.

Sin embargo, el ginecobstetra Richard Orozco, uno de los promotores del programa dentro de la institución y en el departamento del Quindío, reconoció junto al entonces director del área de atención del parto, José Fernando Celades, que el hospital no cuenta con suficiente disponibilidad de personal médico, ni con el tiempo para la atención ni el espacio dentro de la sala de parto para garantizar la atención adecuada. A pesar de estas limitaciones, Celades les aseguró en entrevista que hasta noviembre de 2023 la institución había atendido cerca del 90% de los partos a nivel departamental, incluyendo usuarias provenientes de los departamentos de Caldas, Risaralda y Tolima, debido a los convenios establecidos entre sus EPS y el Hospital Universitario San Juan de Dios.

La investigación periodística también visibiliza cómo se manifiesta la violencia obstétrica a través del testimonio de Angie Bacuru, una mujer que dio a luz durante la pandemia por Covid-19 en el Hospital Universitario de Caldas. Su historia no solo evidencia esta problemática, sino que además

introduce elementos relevantes para ampliar la conversación, como la participación de las doulas, “hombres y mujeres dedicadas al acompañamiento de personas con capacidad de gestar, durante la gestación, el parto, el posparto y la lactancia” (Urán & Bocanegra, 2023). Asimismo, se destaca el uso del [plan de parto](#): un documento mediante el cual la persona gestante puede definir con antelación los procedimientos que desea autorizar y aquellos que prefiere evitar. Este instrumento, respaldado por la Ley de parto, digno y humanizado, también permite solicitar la presencia de un acompañante de su elección durante el parto. Puede ser su pareja o una persona de su confianza.

Angie relató que en su plan de parto especificó a qué procedimientos accedía y cuáles rechazaba. Por ejemplo, expresó su negativa a una episiotomía —un corte sobre el periné, ubicado entre la vagina y el ano— en caso de no ser médicamente necesaria, a un rasurado vaginal y la maniobra de Kristeller —una técnica que implica ejercer presión sobre el abdomen de la mujer con el supuesto fin de facilitar la salida del bebé, la cual como se ha mencionado anteriormente, fue desaconsejada por la OMS desde 2018 y está prohibida en países como el Reino Unido por su potencial para causar desgarros y otros daños (Urán & Bocanegra, 2023).

En 2021, otras dos mujeres compartieron testimonios similares con las periodistas para una segunda entrega titulada [De las salas de parto al Congreso: luchas por el parto respetado en Colombia](#). Una de ellas, Ana María Giraldo, relató su

experiencia de parto en la Clínica Comfamiliar de Risaralda, en la ciudad de Pereira. Meses antes del nacimiento de su hija, Ana María recibió acompañamiento de la doula y partera Marcela Ocampo, quien cuenta con más de diez años de experiencia acompañando mujeres en el Eje Cafetero durante la gestación, el parto—tanto hospitalario como domiciliario—y el posparto.

“Yo siento que todo empieza en el momento en que yo llego con contracciones bastante fuertes. Estábamos en contracciones yo creo que cada cuatro minutos, ya sentía demasiado dolor o lo que yo consideraba que era demasiado dolor. Y llegó a registrarme y no dejan ingresar a mi esposo (...) ingreso sola con dos maletas, una mega barriga y unas contracciones que ya no daba, bueno... Me hicieron el triage y empiezo a sentir el temor de ser maltratada o violentada obstétricamente. (...) y la enfermera me pide que me acueste en una camilla para hacer el monitoreo, en ese momento me acosté, pero llegó un momento que tenía las contracciones muy fuertes y decidí levantarme para recibir las contracciones de pie.

Cuando me pongo de pie, la enfermera enojadísima se acerca y me dice: *usted por qué se levanta*; le digo *tengo mucho dolor y necesito recibir las contracciones de pie; eso no se puede, tiene que acostarse. Se tiró el monitoreo*. Entonces le dije *si quiere, espere que me pase la contracción y yo me acuesto*. Ella con un gesto de enojo y desagrado arranca el monitoreo que me estaba haciendo de la máquina, lo arruga y me dice: *no, ya váyase, ya hablo con el doctor [...]* Ya me pasan como a

un cubículo. Yo creo que tendría que ser como medianoche de ese 10 de julio (2020) y de ahí prácticamente se desentienden totalmente de mí. Yo estoy todo el tiempo en un cubículo sola.

Nadie está pendiente qué necesito, si estoy cansada, si quiero tomar algo, si necesito, no sé, un masaje. Me estaba quedando dormida de pie, porque ya llevaba bastante tiempo en trabajo de parto. Después llega la doctora de turno y le digo: *tengo muchas ganas de pujar, me está doliendo demasiado, demasiado, por favor, ayúdeme*, y me dice *acuéstese para hacer el tacto*; le dije *realmente no puedo, tengo las piernas y la cara totalmente entumecida, no puedo*, ya yo llorando, estaba desconcertada, cansada, mal...

Y me dice *que se acueste*; le digo *no puedo*. Entonces una, una enfermera junto con otro doctor me coge acá de los brazos y me botan a la cama para poder hacer el tacto, entonces mis piernas quedan por fuera de la cama y me dice el doctor *levante las piernas*; le dije *no puedo, o sea, de verdad, estoy muerta, no siento las piernas, no tengo la fuerza ni siquiera para levantar las piernas. Pero cómo quiere que le haga el tacto, yo como pueda, pero no puedo levantar las piernas, o sea, de verdad, no puedo; si quiere, por favor, ayúdeme para yo poder levantar las piernas y que usted me haga el tacto*. Él accede, me levanta las piernas, me hace el tacto y dice *bueno, ya está en siete*; y llega la doctora que estaba recibiendo turno y le dice él *ya está en siete*. Entonces, la doctora *bueno, que empiece a pujar* y él le dice *doctora, pero todavía está en siete*, todavía le falta, para poder hacer el, el expulsivo. Y la doctora con un tono desafiante dice *pues que puje a ver qué es*

lo que tanto quiere, puje. Entonces yo le digo pero me estoy, o sea, estoy incómoda. Estoy en el borde de la camilla. No, bueno, que puje, puje, a ver qué es lo que quiere.

Entonces en ese momento como que con el corazón roto y el, digamos que el alma destrozada, sigo pujando, cuando veo que entra un médico, acerca una butaca o una escalera, no sé, y se para al lado mío y pone sus manos así encima de mi barriga. Yo sabía que él iba a hacer la maniobra de Kristeller y me volteo y le digo *no*; me dice *y por qué no*; le dije: *no quiero, no quiero que lo haga*; y me dice *pero es que esto le va a ayudar a que su hija salga más rápido*. Le dije: *no*. O sea, no llevaba ni 10 minutos pujando y el médico intentó hacerme la maniobra. Afortunadamente en ese momento me di cuenta y tuve la oportunidad de mantenerme en el *no*".

Un mes después del nacimiento de su hija, Ana María Giraldo presentó una queja formal a la Clínica Comfamiliar de Risaralda, la cual también fue remitida a la Secretaría de Salud de Risaralda. Sin embargo, no obtuvo una respuesta satisfactoria: las entidades promotoras y prestadoras del servicio de salud no consideraron que los tratos recibidos pudieran constituir violencia obstétrica. Como resultado, la clínica se limitó a ofrecer una disculpa. Ante esa respuesta, Ana María decidió no continuar con el proceso y optó por asumir la denuncia como un acto simbólico para cerrar, tanto para ella como para su hija, ese episodio de violencia.

"Siento que me ha quitado un peso.

Digamos que siento que es parte del cierre que he decidido hacer, parte como de soltar un poco todo ese dolor y toda esa frustración que los primeros o el primer mes sentí. Yo sentía que me habían violado, o sea, para mí hablar de esto era terrible, terrible, terrible. [...] yo me sentía tan vulnerable, que yo no podía creer que me había pasado todo eso teniendo la información, o sea... Siento que el haber podido instaurar la, la queja es como, como la culminación quizás de este proceso personal que, que para este tema de la violencia obstétrica".

La Clínica Comfamiliar afirma en su sitio web[que](#), desde el 2017, inició la implementación de un programa de parto humanizado, basado en "capacitaciones de sensibilización que permitieron evidenciar el tipo de actividades que se debían trabajar con las pacientes siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud". No obstante, resulta pertinente cuestionar si la existencia formal de un programa o protocolo es suficiente para transformar las prácticas médicas que, en la atención cotidiana, reproducen relaciones de poder asimétricas y pueden derivar en formas de violencia obstétrica.

La experiencia de Ana María representa solo una de las formas en que puede manifestarse este tipo de violencia, entendida como una expresión de violencia basada en género en los contextos de atención en salud. Mujeres y personas con capacidad de gestar también son objeto de malos tratos durante el proceso de gestación, como lo evidencia el caso de Victoria Rubio. Tras ser diagnosticada con un embarazo anembrionado por un ginecobstetra, en lugar de recibir una explicación clara y

empática sobre su situación, y sin que se solicitara su consentimiento, fue expuesta frente a un grupo de estudiantes convocados para observar su condición, vulnerando así su derecho a la confidencialidad, y a una atención respetuosa digna.

“Yo fui mamá a los 19 años, de mi primera hija, de Mousy y después de haber dado a luz en un hospital, sufrí algo de violencia, solo que en ese entonces no sabía que eso era violencia, no conocía que era violencia obstétrica, no tenía ni idea, entonces yo creía que era normal que me hablaran con palabras fuertes, o que me hicieran expresiones sexualizadas en un momento tan sagrado como es el parto. Entonces digamos que en ese entonces no, no tenía conocimiento, tenía 19 años, y no sabía lo que era la violencia ginecobstétrica, entonces, pues lo dejé pasar por alto. A medida que fue pasando el tiempo, y han pasado los años, pues empecé a conocer qué era la violencia ginecobstétrica, empecé a conocer muchas mujeres que narraban experiencias muy traumáticas.

Entonces me pasa algo como muy desafortunado en mi segundo embarazo y es que yo empiezo como el sangrado, me preocupo, me voy al hospital, llego al hospital, entonces me atienden y me hacen una ecografía transvaginal, y entonces el doctor empieza a revisar y cuando me doy cuenta él hace una llamada y dice: *chicos, vengan todos a esta sala hay un caso muy especial para estudiar, y entonces los espero a todos* y cuando yo me doy cuenta en mi preocupación, y en mi afán, qué es lo que pasa, cómo así. Me sentí como rata de laboratorio, así me sentí cuando llegan como 20 estudiantes, y entonces la sala se llenó

y entonces el doctor les explicaba: mira, aquí está el saco y mira la placenta y mira yo no sé qué, pero no hay bebé, pero no sé qué, pero esto es un embarazo anembrionario³², y esto es una condición muy rara, y yo era como que ahí acostada en la camilla, sin saber qué hacer, si salir corriendo, si llorar, si gritar porque pues no entendía. Nunca en mi vida, había escuchado que eran embarazos anembrionarios, o sea, no tenía ni idea, no sabía ni siquiera que esa condición se podía dar, había escuchado embarazos utópicos y otras condiciones. Pero un embarazo anembrionario jamás.

Entonces ese día me sentí como más que humillada, me sentí como pisoteada, recibí cero acompañamientos. Es más, a mí no me explicaron qué era lo que me estaba pasando, el doctor me dijo: “mira, llévale estas ecografías al doctor que te está viendo y él allá te va a explicar”. Entonces como que vivir ese momento me llevó como a empezar a investigar, qué hay más allá de los partos”.

Otra de las problemáticas estructurales que atraviesa el sistema de salud colombiano y que incide de forma indirecta en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, es la precarización laboral del personal médico

33 “Un embarazo anembrionario es un tipo específico de gestación en el cual, a pesar de que el óvulo ha sido fecundado por el espermatozoide y se implanta en la cavidad uterina, el saco gestacional está vacío sin signos de desarrollo fetal, es decir, existe un embarazo en desarrollo, pero no hay ningún bebé creciendo en el útero de la madre” explica el portal paraBebés en su artículo: Embarazo anembrionario: qué es, causas, síntomas, probabilidad y prevención (10 de julio de 2024) <https://www.parabebes.com/embarazo-anembrionario-que-es-causas-sintomas-probabilidad-y-prevencion-5963.html>

y asistencial, así como el deterioro progresivo de la infraestructura hospitalaria. Estas condiciones, sumadas a la falta de inversión pública y el retraso en los servicios de obstetricia particularmente por parte de la Entidad Promotora de Salud (EPS), han derivado en el cierre de salas de parto y servicios de obstetricia en diversas regiones del país. Según datos recientes de la [Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología \(Fecolsog\)](#), en los últimos tres años se ha registrado el cierre de servicios obstétricos en instituciones como la Clínica Las Américas, el Hospital San Vicente de Paul, Clínica del Rosario, Clínica León XIII, Clínica Sagrado Corazón de Jesús y Clínica Las Vegas en Antioquia; la Clínica de Occidente en Bogotá; el Hospital Santa Cruz de Bocagrande en Bolívar; la Clínica Buenos Aires y la Clínica Santo Tomás en César; la Clínica Tolima en el departamento del Tolima; la Clínica San Francisco, Clínica Palma Real, Clínica Farallones en el Valle del Cauca; y la Clínica Los Rosales en Risaralda.

Esta situación no solo reduce la disponibilidad de servicios esenciales para la atención del embarazo, parto y posparto, sino que también profundiza las desigualdades territoriales en el acceso a una atención digna, segura y con enfoque de derechos. La sostenibilidad de los servicios de salud materna requiere de una

Recomendado: Para profundizar en este tema y conocer de cerca los testimonios de mujeres sobrevivientes de violencia obstétrica puedes escuchar el podcast [Parir, un asunto político](#). En su primer episodio titulado [Vivir nuestras decisiones en pandemia](#), se abordan las experiencias de familias en el Eje Cafetero que enfrentaron restricciones y vulneraciones durante el parto, dentro del contexto del Covid-19.

Desigualdad estructural en la atención

En Colombia, el acceso a los servicios de salud se determina por el tipo de afiliación al sistema, esencialmente condicionado por el estatus laboral de las personas. Quienes cuentan con un contrato laboral o ejercen como trabajadoras independientes suelen estar vinculadas al Régimen Contributivo; quienes carecen de ingresos o vínculo laboral ingresan al Régimen Subsidiado; y aquellas que pueden asumir pagos adicionales acceden a servicios con mayores beneficios, a través de planes complementarios o medicina prepagada. Esta estratificación afecta la experiencia del parto, ya que las mujeres y personas gestantes de los regímenes contributivo y subsidiado, sin pagos adicionales, suelen parir en salas colectivas con atención de personal rotativo. En contraste, las mujeres y personas gestantes con planes privados pueden elegir a su obstetra y recibir un trato más personalizado, lo que desdibuja el enfoque de derechos que debería caracterizar al “parto humanizado” (Prieto & Vallana, 2023).

Así se preparan los hospitales para la atención del parto

En Colombia, la atención del parto y el nacimiento se organiza en tres niveles y tres grados de complejidad hospitalaria. De acuerdo con información obtenida mediante derechos de petición de información entre 2020 y 2024, en el departamento del Quindío se identificaron (5) Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de nivel 1, (1) de nivel 2 y (1) de nivel 3; en Risaralda, (11) son de nivel (1), (2) de nivel (2) y (1) de nivel 3. Por su parte, Caldas cuenta con (22) son de nivel 1, (4) de nivel 2 y (1) de nivel 3. Estos datos evidencian que la mayoría de la atención al parto y el nacimiento en la región se realiza en instituciones de nivel 1, lo que refleja una limitada capacidad instalada para la atención especializada, principalmente en casos que requieren servicios de mayor complejidad.

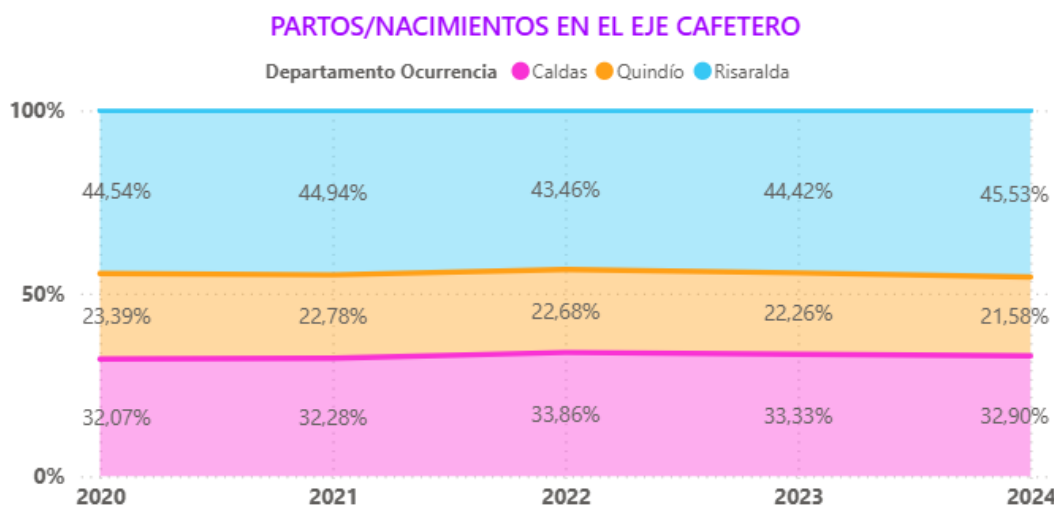


Gráfico 66. Partos/nacimientos en el Eje Cafetero (2020-2024), según el DANE.

Departamento/ IPS	Nivel		
	1	2	3
Quindío	5	1	1
Risaralda	11	2	1
Caldas	22	4	1
Total	38	7	3

Tabla 1: Número de hospitales por departamento que pertenecen a nivel 1,2 y 3 en la atención.

Por otro lado, la complejidad de las instituciones (baja, media o alta) está relacionada con su capacidad resolutive, recursos técnicos, personal especializado y equipamiento disponible. Las instituciones de **baja complejidad** suelen atender situaciones de salud comunes y no urgentes. Las de **mediana complejidad** pueden manejar patologías de mayor dificultad, y las de **alta complejidad** son las únicas que pueden garantizar cuidados intensivos obstétricos o neonatales, y múltiples especialidades médicas en un mismo lugar (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Departamento /IPS	Complejidad		
	Baja	Mediana	Alta
Quindío	6	2	1
Risaralda	12	0	3
Caldas	23	5	2
Total	41	7	6

Tabla 2: Número de hospitales por departamento y nivel de complejidad.

En el Eje Cafetero de acuerdo con datos oficiales, entregados por las instituciones de salud que atendieron a los derechos de petición de información formales, enviadas

en el marco de esta investigación, estos señalan que buena parte de las instituciones prestadoras del servicio de salud son de baja complejidad. Según los datos recolectados manualmente entre 2020 y 2024, a través de estas solicitudes de información el departamento del Quindío cuenta con (6) IPS de baja complejidad, (2) de mediana complejidad y solo (1) de alta. Risaralda posee (12) de baja y (3) de alta complejidad, mientras que Caldas concentra (23) de baja, (5) de mediana y apenas (2) de alta complejidad. Esta distribución refleja una cobertura amplia en la prestación de servicios básicos, pero al mismo tiempo revela un acceso limitado frente a la atención especializada, principalmente en contexto rurales. Estas zonas suelen estar habitadas por mujeres y personas gestantes racializadas y empobrecidas, lo que profundiza las desigualdades estructurales en salud. La escasez de infraestructura de alta complejidad también implica una falta de respuesta oportuna ante eventuales complicaciones durante el parto, **lo que expone a las pacientes a mayores riesgos y formas de violencia obstétrica por omisión o negligencia institucional.**

Instituciones con parto humanizado

11

En cuanto a su naturaleza jurídica, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) se clasifican en **públicas, privadas y mixtas**. Particularmente las IPS públicas suelen tener mayor cobertura territorial, pero enfrentan más limitaciones presupuestales y de infraestructura, y sus servicios no alcanzan la cobertura total del país. En el caso particular de las privadas, pueden ofrecer instalaciones más modernas o atención más rápida, pero su cobertura es limitada y se oferta a partir de convenios específicos entre la IPS y las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Mientras que las mixtas, si bien intentan combinar las ventajas de ambos modelos, su funcionamiento depende de cómo se estructuren los acuerdos administrativos y financieros entre las partes, señala la Ley 100 de 1993, a través de la cual, se crea el sistema de seguridad social integral en el país.

En la región cafetera, la mayoría de instituciones prestadoras de servicios de salud son públicas, este predominio refuerza la importancia de fortalecer su atención, a través de la implementación de rutas de atención que velen por una atención respetuosa y digna para las mujeres, y personas con capacidad de parir.

Departamento/IPS	Tipo		
	Pública	Mixta	Privada
Quindío	7	0	2
Risaralda	13	0	2
Caldas	27	1	2
Total	47	1	6

Tabla 3: Número de hospitales por departamento de tipo público, mixto o privado.

En total, el Eje Cafetero cuenta con (56) IPS habilitadas para la atención durante el parto y el nacimiento, de las cuales (47) son públicas, (1) es mixta y (6) privadas; y de ese total, (41) son de baja complejidad, (7) de mediana complejidad y (6) de alta complejidad. Y según su nivel de atención, (38) son de nivel 1, (7) de nivel 2 y (3) de nivel 3.

Uno de los hallazgos más preocupantes en el marco de esta investigación es que solo once (11) de las IPS en toda la región cuentan con alguna ruta de atención orientada al parto digno y respetado, o con mecanismos básicos para evaluar la calidad del servicio, como los sistemas de petición, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS) y las encuestas de satisfacción usuaria.

- * En el departamento del Quindío, se identificaron tres IPS con estas características: la ESE Hospital La Misericordia de Calarcá, la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Circasia y la ESE Hospital Pío X en La Tebaida.
- * En Risaralda, Pereira cuenta con la ESE Hospital Universitario San Jorge y la ESE Hospital del Centro-Sur Pereira; además, se registran servicios en el municipio de Quinchía, a través de la ESE Hospital Nazareth, y en Santa Rosa de Cabal y Santuario la ESE Hospital San Vicente de Paúl.
- * En Caldas, se destacan la ESE Hospital San Félix del municipio de La Dorada, la ESE Hospital San Juan de Dios en Pensilvania y la ESE Hospital San Lorenzo de Supía.

Estos datos revelan limitaciones estructurales que obstaculizan el cumplimiento efectivo de la Ley 2244 de 2022 que, como hemos mencionado en apartados anteriores, establece el derecho de las mujeres y personas gestantes a recibir una atención respetuosa, informada y libre de violencia durante el embarazo, el parto y el posparto. **Esta ley exige a las instituciones de salud adecuar sus instalaciones, actualizar sus protocolos y garantizar procesos de atención humanizada, incluyendo la posibilidad de contar con un acompañante durante el trabajo de parto.**

Sin embargo, los datos recogidos muestran que sólo seis de estos hospitales, permiten el ingreso de una persona acompañante, quien brindará apoyo emocional y físico a la paciente durante el trabajo de parto, una práctica que también ha sido ampliamente respaldada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) como un factor clave en la mejora de los resultados clínicos y emocionales del nacimiento. Otros tres centros lo permiten bajo condiciones poco claras, mientras que uno no brinda información al respecto y otro prohíbe directamente. Esta falta de garantías no solo vulnera los derechos reconocidos a nivel nacional e internacional sino que, junto con la falta de mecanismos institucionales de evaluación y de rutas de atención diferenciadas, configuran un escenario propicio para la violencia obstétrica dentro de las instituciones prestadoras del servicio en salud, en tanto niegan el derecho de las mujeres y personas gestantes a vivir un parto como una experiencia informada, acompañada y libre de tratos degradantes o deshumanizantes.

Departamento	Municipio	Institución	Carácter	Énfasis	Acompañante del parto	Estrategias frente a Violencia obstétrica
Caldas	La Dorada	ESE Hospital San Félix	Departamental	Parto respetado o humanizado	Sin información	Humanización
Caldas	Pensilvania	ESE Hospital Local San Juan de Dios	Municipal	Parto respetado o humanizado	Siempre	Parto humanizado
Caldas	Supía	ESE Hospital San Lorenzo	Sin información	Parto respetado o humanizado	Condicionado	Ninguna
Quindío	Calarcá	ESE Hospital La Misericordia	Departamental	Parto respetado o humanizado	Siempre	PQRS y encuestas
Quindío	Circasia	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Municipal	No aplica	Siempre	PQRS y encuestas

Quindío	Tebaida	ESE Hospital Pío X	Municipal	No aplica	Nunca	Política de humanización
Risaralda	Pereira	ESE Hospital Universitario San Jorge	Departamental	Parto respetado o humanizado	Siempre	PQRS y encuestas
Risaralda	Pereira	Hospital del Centro-Salud Pereira	Municipal	Parto respetado o humanizado	Condicionado	Humanización
Risaralda	Quinchía	ESE Hospital Nazareth	Municipal	Humanización	Condicionado	Humanización
Risaralda	Santa Rosa de Cabal	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Municipal	Parto respetado o humanizado	Siempre	Capacitación, atención e investigación
Risaralda	Santuario	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Municipal	Parto respetado o humanizado	Siempre	PQRS y encuestas

Tabla 4: Hospitales del Eje Cafetero que cuentan con rutas o protocolos en parto respetado y/o humanizado, y mecanismos para evaluar la calidad de la atención.

Esta información corresponde a las entidades que respondieron los derechos de petición enviados. De los cuarenta y seis hospitales a los que se les envió el derecho de petición de información, respondieron treinta y seis. Como lo plantean Flavio Salgado y Marinelly Díaz (2019) en su texto [Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino](#), estas prácticas deben entenderse como parte de un proceso sistemático de control del cuerpo femenino en el marco de una medicina hegemónica que privilegia la técnica sobre la experiencia vivida de las mujeres, reforzando así dinámicas de silenciamiento, subordinación y violencia simbólica.

Desde una perspectiva de género, estas omisiones institucionales reproducen relaciones de poder jerárquicas que colocan a las mujeres en una posición subordinada,

donde su autonomía corporal y su capacidad de decisión durante el parto son minimizadas o ignoradas. Esto refuerza lo que Rita Segato (2013) ha denominado como una forma de violencia estructural que niega el derecho de las mujeres a habitar sus cuerpos con soberanía y dignidad, se traduce en prácticas que reducen a las mujeres a objetos de intervención médica, invisibilizando sus saberes, necesidades y deseos.

Infraestructura y atención en obstetricia con la que cuenta el Eje Cafetero

Los datos recopilados vía derechos de petición entre 2000 y 2024 permiten examinar las condiciones materiales y logísticas en las que se presta la atención materiales y logísticas en las que se presta la atención al parto y el posparto en instituciones públicas

de los departamentos de Caldas, Quindío y Risaralda. Este panorama, lejos de ser un simple inventario de recursos, refleja cómo las desigualdades territoriales, económicas y de género inciden directamente en la calidad de la atención en obstetricia y en las posibilidades de las mujeres y personas gestantes de acceder a un parto respetado.

Parto y nacimiento

En Caldas, la **ESE Hospital San Félix en La Dorada**, institución pública de mediana complejidad y cobertura departamental, dispone de una sala de parto, nueve (9) habitaciones, diecisiete (17) camas o camillas, una mesa para atender partos en sala de cirugía, pero no cuenta con cubículos separados para el trabajo de parto o para la práctica de procedimientos que requieran privacidad e intimidad. En Pensilvania, la ESE Hospital San de Dios, de baja complejidad, reporta siete (7) habitaciones unipersonales y siete (7) camas, pero sin información sobre salas de parto ni cubículos diferenciados. En Supía, el Hospital San Lorenzo cuenta con una sala de parto y una sala de puerperio que también se utiliza para la hospitalización general; allí, se dispone de solo dos (2) habitaciones, cuatro (4) camas y una camilla, sin cubículos individuales para el trabajo de parto.

En el departamento del **Quindío**, la **ESE Hospital La Misericordia de Calarcá**, de baja complejidad y cobertura departamental, tiene una única sala de parto y trece (13) habitaciones. En Circasia, la ESE Hospital San Vicente de Paúl no reporta directamente el número de salas de parto ni la

localización de sus instalaciones, cuenta con dos (2) habitaciones y cuatro (4) camas o camillas, sin cubículos para el trabajo de parto. En La Tebaida, la ESE Hospital Pio X cuenta con una sala de partos y dos (2) unidades de trabajo de parto.

En **Risaralda**, el **Hospital Universitario San Jorge de Pereira**—la única institución de alta complejidad de la región—, dispone de una sala de partos, cuatro (4) camas para trabajo de parto y cuatro (4) camillas para puerperio. El Hospital del Centro-Sur de Pereira, aunque de baja complejidad, cuenta con ocho (8) habitaciones y dieciocho (18) camas, pero no reporta la existencia de cubículos para el trabajo de parto u otros servicios. En el municipio de Quinchía, la ESE Hospital Nazareth, de baja complejidad, ofrece una estructura más definida: nueve (9) cubículos divididos conforme a las etapas de la atención obstétrica: dos (2) para trabajo de parto, tres (3) para parto y cuatro (4) para posparto, cada uno con su respectiva cama. En Santa Rosa de Cabal, el Hospital San Vicente de Paúl dispone de una sala de partos con tres (3) camas, veinticuatro (24) habitaciones, tres (3) cubículos dentro de la sala de partos—utilizados para atender el duelo gestacional y perinatal—, y un total de veintisiete (27) camas. Finalmente, en el municipio de Santuario, con un hospital que tiene por nombre, el mismo que el de Santa Rosa de Cabal, cuenta con una sala de partos que funciona simultáneamente como sala de recuperación posparto inmediato y área para el duelo gestacional, equipada con una camilla y tres camas y/o camillas.

El conjunto de datos aquí presentados pone en evidencia la precariedad frente a la disponibilidad de infraestructura persistente dentro de la red pública de atención obstétrica en Eje Cafetero, especialmente en los niveles de baja y mediana complejidad. Esta precariedad en los servicios de atención afecta de forma diferencial a las mujeres en su diversidad y las personas gestantes, en especial a quienes habitan sectores rurales y periféricos, atravesados por condiciones de pobreza y desigualdad.

La carencia de espacios diferenciados para las distintas etapas del parto, los múltiples usos de las salas de atención (incluido el duelo perinatal), y la escasa disponibilidad de infraestructura básica reflejan un patrón de falta de inversión institucional que compromete seriamente el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Estas condiciones no solo obstaculizan una atención técnica adecuada, sino que también configuran escenarios propensos a la violencia obstétrica. Como advierten Salgado y Díaz (2022), la violencia obstétrica se manifiesta en la patologización del parto, la negación del dolor, la infantilización de las gestantes y la desatención de sus necesidades emocionales y físicas, como le pasó a la doula Luna, de quien omitimos su nombre por seguridad, durante su segundo parto en una clínica de Pereira, Risaralda, quien no solamente tuvo que padecer las limitaciones en equipamiento del lugar, sino que además fue maltratada por exigir un parto respetado.

“Yo estaba completamente sola. Entonces

qué pasa, que al estar completamente sola y vulnerable ¿cierto?, eso da pie a que el personal de salud pueda tratarlo a uno como le dé la gana porque no hay nadie quien te defienda.

Entonces yo hacía mis ejercicios, todo lo que había aprendido como doula, o sea, fui mi propia doula. Me tuvieron que hacer varios tactos y romper las membranas, pero no me lo explicaron. Y como doula sé que te tienen que decir: *mira, te voy a hacer este tacto, te voy a despegar las membranas, eso te puede ayudar* y tú tienes que decir si lo quieres o no, siempre pedir consentimiento. Entonces me hacían ese tipo de tactos y yo ya decía *no, ya no quiero más*, y eso les generaba un malestar al personal de salud, como *ay, no me dejan trabajar*, pero el trabajo no es de ellos a la final, es de una.

Tampoco me dejaban ir al baño y la cortina del cubículo estaba abierta, entonces qué privacidad tenía yo. Tenía que orinar en una bacinilla, un pato y con la cortina ahí abierta... Y como tenía el monitor, no me podía mover y como estaba sola... y eso fue otra cosa, me dieron una bata que se te veía toda la nalga, se te ve toda la nalga entonces tú con qué libertad te mueves y haces tus movimientos y ayudas a tu trabajo de parto cuando se te ve todo.

Entonces yo le dije a la doctora, por mi propia voluntad: *doctora, me puede poner algún medicamento, ayudarme a que la cosa avance, porque ya estoy muy cansada, llevo mucho tiempo aquí (más de 12 horas), estoy sola, no he comido nada en todo el día, porque no me dieron ni agua en la clínica*. Yo me tuve que llevar todo.

Después de eso, quién sabe dónde estaban los médicos, entonces yo me quité todo, me

quité todo porque eso molesta (el monitor), imagínate una cosa aquí pegada superduro en la barriga y la barriga con unas contracciones (fuertes). Entonces yo me lo quité y me quité el medicamento (...) y apagué la máquina para que no sonara. No podía moverme fácil con todo eso conectado.

Cuando ya llegó una médica, yo estaba pujando en la camilla sola, porque ya uno siente como las ganas y uno lo hace simplemente. Entonces obviamente como es un parto, obviamente sale popó, sale popó, obviamente porque tú estás pujando y la cabeza del bebé te está presionando, cierto, es lo natural. Lo normal, lo que el 99% de veces pasa. Entonces yo ahí ya estaba ya con la dilatación completa. No sé cuánto tiempo pasó porque nadie me prestó atención. Entonces cuando llegó la médica y vio que yo me quité todo, me dijo: *ay, no sabemos si el bebé está vivo*, me dijo eso. Yo obviamente... yo sabía que estaba vivo porque yo lo sentía, cierto, eso es para meterle miedo a uno y culpa. Entonces me dijo *bueno, vamos a la sala de parto*, ósea me iban a llevar al burro.

Entonces yo le dije *no, yo quiero tener al bebé aquí en la camilla, porque es más cómodo, puedo estar agachada*, no sé. Me dijo *no, porque te hiciste popó. Tienes popó hasta en el pelo, guácala*. Me lo dijo una médica, me lo dijo, y entonces me llevaron para la sala de parto. (...) uno ya en ese momento se deja llevar, por todo lo que ha pasado, uno solo quiere que la cosa acabe, y entonces la bata también estaba sucia y cogieron y me la quitaron, o sea literal me sentí como en una violación, o sea como que te arrancan la ropa y te *póngase ahí, móntese ahí, haga lo que le decimos*.

Y pues (estaba) en una sala fría, con una luz así, con la cara de alguien en mi vagina, con las piernas así (abiertas). Y entonces yo empecé a pujar como yo lo sé hacer, como sé que sirve o como sé que es bueno, como sé que no me voy a causar un daño a mi cuerpo. Y la doctora: *no pujes así, no sabes pujar. Si botas el aire no pujas, pierdes la fuerza. Puja así, sostén el aire*. O sea, diciéndome, aleccionando a mi cuerpo cómo debía actuar en un momento fisiológico.

Yo me la fui pillando: ella tenía una jeringa como con anestesia. Yo la vi y yo le dije: *no me vas a hacer episiotomía, ¿cierto?* Yo dentro de todo y dentro de que estaba en ese momento, yo no permití, pues yo siento que eso es algo completamente innecesario. Primero, te tienen que preguntar tu consentimiento. (La doctora) no lo iba a hacer, lo iba a hacer a escondidas (la episiotomía). Y yo le dije que no, que no la autorizaba a que hiciera eso.

Y me dijo: *si no te dejas hacer la episiotomía y te desgarras, no te voy a suturar*. Me lo dijo y yo le dije: *no, no me lo voy a dejar hacer*. Entonces llegó una auxiliar y sin mediar palabra ni nada, me fue espichando la barriga, o sea, horrible. No me dijo como *te voy a hacer esto, te va a doler un poco, pero es para esto*, cierto. Y cuando yo grité, porque eso fue algo así de la nada, me dijo *no grite*. Ya al día siguiente pues llegó una enfermera, me preguntó que, si yo tenía alguna religión. Y eso me lo dijeron que, porque *como no te dejaste suturar después de tener el parto, pensamos que de pronto pertenecías a una religión y que no ibas a dejar vacunar a tu bebé*. A mí me dio fue risa”.

El testimonio de Luna no sólo da cuenta de cómo la escasa disponibilidad de infraestructura básica y la limitada inversión institucional comprometen gravemente el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, sino que el relato evidencia un trato deshumanizante por parte del personal de salud. Durante la atención, hubo ausencia de información sobre los procedimientos médicos que le practicaron, le realizaron intervenciones sin su consentimiento y le restringieron su movilidad. Además, a pesar de contar con formación como doula, sus conocimientos fueron ignorados, sus decisiones deslegitimadas y su autonomía vulnerada, siendo víctima también de violencia epistémica.

En este contexto, la falta de espacios dignos y seguros no puede ser interpretada únicamente como una deficiencia técnica o administrativa. Se trata de una expresión concreta de las violencias estructurales que afectan a los cuerpos feminizados, reforzando una lógica biomédica, jerárquica y fragmentada que invisibiliza las experiencias subjetivas del parto y reduce a las mujeres a objetos de intervención clínica. Estas omisiones y precariedades, normalizadas por el sistema de salud, constituyen formas sistemáticas de negociación del derecho a decidir, a vivir un parto respetado y a transitar procesos de gestación y nacimiento en condiciones de dignidad.

En síntesis, **los datos permiten concluir que las limitaciones en infraestructura obstétrica no solo son una barrera para el acceso a un servicio de salud de calidad, sino también un**

indicador del incumplimiento de los compromisos del Estado en materia de derechos sexuales y reproductivos.

No es suficiente la legislación existente, si no hay mayor inversión para la atención dentro de las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud (IPS). Resulta urgente revisar y transformar esta condición es desde una perspectiva diferencial e interseccional que reconozca las múltiples formas de discriminación que experimentan las mujeres y personas gestantes, y que garanticen su derecho a una vida libre de violencias, basadas en el respeto, la autonomía y el cuidado integral.

Atención en parto digno y respetado

Son pocas las instituciones de salud en el Eje Cafetero, las que se han concentrado en el diseño e implementación de rutas de atención que tengan como fin, garantizar un parto digno, humanizado y respetado en la región, como lo establece la Ley 2244 de 2022. En el departamento de Caldas, el **Hospital Local San Juan de Dios del municipio de Pensilvania** ha incorporado desde mediados de 2025 prácticas orientadas a la humanización del parto, permitiendo el ingreso de una persona acompañante desde el área de urgencias y durante todas las etapas del proceso —incluyendo la sala de partos, la adaptación neonatal y el posparto—. La institución también asegura, realiza encuestas de satisfacción antes de dar de alta a las usuarias, ya que de esta manera puede evaluar la calidad de la atención. Así mismo, dicen no realizar episiotomías, cesáreas ni otras intervenciones de manera

rutinaria, lo que sugiere un avance hacia la adopción de prácticas obstétricas respetuosas de los tiempos fisiológicos del parto y de la autonomía de las personas gestantes.

En materia de prevención del maltrato institucional, el hospital indica haber implementado un programa de parto humanizado y procesos de sensibilización dirigidos a la totalidad del personal médico y administrativo. Además, se encuentra a puertas de recibir una certificación que la catalogue como Institución Amiga de la Mujer y de la Infancia Integral (IAMII), impulsada por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) mediante la Resolución N. 107 del 1 de noviembre de 2024. Esta estrategia busca fortalecer la atención integral en salud materna e infantil y el vínculo temprano entre madre y/o padre y bebé; sin embargo, **no menciona de forma explícita la inclusión de los hombres trans y personas no binarias con capacidad de gestar**, lo que refleja la necesidad de ampliar el enfoque de género y diversidad en sus protocolos.

Por su parte, la **ESE Hospital San Félix de La Dorada** dice contar con un protocolo de parto humanizado, no señala desde hace cuánto se viene implementando ni cuáles son sus mecanismos de seguimiento. Según la institución, el objetivo del protocolo es garantizar una atención respetuosa y basada en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, en concordancia con las guías clínicas expedidas desde el Ministerio de Salud y Protección Social, que orientan la práctica de intervenciones obstétricas

como la episiotomía³³ y la cesárea³⁴, las cuales, deben realizarse únicamente cuando sean médicamente justificadas. El hospital también señala disponer de un profesional en anestesiología, lo que permite ofrecer analgesia epidural o intervenciones quirúrgicas seguras cuando es necesario.

Asimismo, la institución afirma haber diseñado un manual de humanización y contar con mecanismos institucionales para la prevención y atención de casos de violencia obstétrica, entre ellos el sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF) y encuestas de satisfacción, cuyos resultados orientan la activación de planes de mejoramiento y la revisión de posibles vulneraciones a los derechos de las usuarias.

En el municipio de Supía, el **Hospital San Lorenzo** manifiesta que permite la presencia de una persona acompañante durante el trabajo de parto y el nacimiento, conforme lo dispuesto en la Ley 2244 de 2022 de parto dig-

33 “La episiotomía es un corte realizado de manera controlada por parte del ginecólogo o de la matrona en determinadas situaciones durante el parto. Concretamente, en el período del expulsivo fetal. (...) se trata de una incisión, de extensión y dirección variables, sobre vagina y periné”. Unidad de la Mujer, España (2022). <https://www.unidaddelamujer.es/episiotomia-definicion-tipos-indicaciones-cuidados-y-complicaciones/>

34 Es una intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés. (...) la OMS suele recomendar su uso cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas, la cual debiera ser utilizada sólo en un 15 a 30% de los casos”. Hospital Alemán, Argentina. <https://www.hospitalaleman.org.ar/mujeres/que-es-la-cesarea/>

no y respetado. No obstante, la institución reconoce la existencia de restricciones al ingreso de acompañantes, sin especificar los criterios o situaciones en las que se limita este derecho.

En Risaralda, el **Hospital Nazareth del municipio de Quinchía** permite el acompañamiento durante todo el proceso de parto, pero condiciona el ingreso a la presentación de una certificación derivada de un “curso” no especificado, lo que podría constituir una barrera de acceso. Aunque la institución afirma haber adoptado el Programa de Humanización en salud del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), no se aportan evidencias sobre su implementación. En cuanto a las intervenciones obstétricas, las respuestas institucionales son imprecisas: se limitan a mencionar la existencia de “protocolos médicos y atención médica” sin detallar los criterios clínicos, los mecanismos de supervisión ni las medidas para prevenir prácticas invasivas o no consentidas, lo cual resulta preocupante frente a la persistencia de la violencia obstétrica en los servicios de salud reproductiva.

Por último, el **Hospital San Vicente de Paúl** del municipio de **Santa Rosa de Cabal**, sostiene que ha logrado disminuir la mortalidad materna y aumentar la satisfacción de las usuarias con los servicios obstétricos, pero no presenta evidencia que respalde tales afirmaciones. En 2023, su Plan de Atención Humanizada fue premiado por la Fundación Éxito de Colombia en la categoría de Salud Infantil, reconocimiento que destaca su compromiso con la atención respetuosa y la calidad del cuidado de las personas gestantes y las infancias. En cuanto al manejo del



duelo perinatal, la institución cuenta con un protocolo interno que contempla el uso de la sala de partos —aún cuando la ley de brazos vacíos señala que deberían de tener un lugar exclusivo para su atención—. Estos cubículos de parto son empleados durante las primeras horas o días para el proceso de duelo, con la promesa institucional de que van a garantizar privacidad y acompañamiento emocional a quien sufre estas pérdidas. Las mujeres o personas con capacidad de gestar que hayan atravesado este tipo de pérdida, después son trasladadas a una de las cuatro (4) habitaciones con las que dice contar el hospital: espacios dedicados a la atención de la persona en duelo y su acompañante, lo que constituye un avance en la atención, sin embargo, sigue marcado por limitaciones estructurales.



Atención con enfoque diferencial e interseccional

No todas las instituciones prestadoras de servicios de salud del Eje Cafetero, reportaron avances en materia de formación del personal y adecuaciones mínimas orientadas a garantizar una atención más respetuosa e incluyente durante el parto. Solo cinco de ellas compartieron algunas de sus medidas, tal es el caso en el departamento de Caldas, el **Hospital Local San Juan de Dios** del municipio de **Pensilvania**, según explicó vía derechos de petición, tenían proyectado que su personal de sala de partos y en consulta externa, realizara el Curso Virtual Salud Trans ofrecido por la Facultad de

Ciencias para la Salud y Telesalud Colombia de la Universidad de Caldas en alianza con Profamilia, con el fin de fortalecer el acceso efectivo a los servicios para hombres trans y personas no binarias desde un enfoque diferencial y libre de discriminación.

De igual manera, la institución señaló que el 90% del personal cuenta con certificaciones en el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado, y que se encuentran adelantando gestiones para completar la formación enfoque etnorracial, lo que constituye una omisión crítica en **un departamento con presencia significativa de población indígena y afrodescendiente**.

El hospital también reportó avances en materia de discapacidad, entre ellos la certificación de parte de su personal en atención a personas con diversidad funcional y la implementación del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. En cuanto a infraestructura, se señala la existencia de habitaciones unipersonales que permiten el acompañamiento permanente, así como adecuaciones para personas con discapacidad motora. Sin embargo, **no cuenta con intérpretes de Lengua de Señas Colombiana (LSC) ni de lenguas indígenas**, lo que limita el acceso efectivo para pacientes sordas y/o que pertenecen a comunidades étnicas que no se comunican en español.

También explicaron que, si bien hasta el momento no han atendido **hombres trans o personas no binas en controles prenatal o partos, de requerirse, aplicarían**

que contemple las particularidades de procesos de hormonización y tránsito de género, mediante el seguimiento clínico y acompañamiento integral. Esto incluye un monitoreo cercano de sus efectos y un seguimiento médico integral, tanto a corto como a largo plazo, para garantizar el bienestar físico y emocional del paciente, junto a una **atención inclusiva que respete la diversidad de cuerpos, experiencias y procesos reproductivos.**

En el caso del **Hospital San Félix de La Dorada**, la institución refiere estar desarrollando un proyecto de adecuación para mejorar la accesibilidad física de las instalaciones —no señalaron cómo se llama la iniciativa, ni tampoco especifican su alcance—, e indican que contempla implementar señalización inclusiva para personas con limitaciones comunicativas. Sin embargo, reconoce no contar con intérpretes en LSC ni de lenguas originarias, argumentando que “no ha sido requerido” y no recoge información sobre orientación sexual o identidades de género diversas, lo que evidencia barreras normativas y metodológicas para la adopción de un enfoque realmente inclusivo en la atención prenatal y obstétrica.

Entre las consultas realizadas al hospital en el marco de esta investigación, frente a la atención y el registro de sus pacientes conforme a su sexo y género, explicaron que solo clasifican a quienes consideran, se reconocen en la categoría de género femenino y no recogen datos relacionados con la orientación sexual o identidades de género diversas. Esto representa una limitación importante en el abordaje integral y sin discriminación para las

personas gestantes en general, y evidencia la necesidad de avanzar hacia la implementación de un enfoque inclusivo.

Por su parte, el **Hospital San Lorenzo del municipio de Supía**, informa que no ha desarrollado procesos de formación en enfoques diferenciales —de género, etno-racial, diversidades sexual, discapacidad o neurodivergentes— y que tampoco ha realizado adecuaciones en infraestructuras para mejorar la atención de personas con discapacidad motora, auditiva o visual. La institución afirma estar “proyectando” adecuaciones futuras, pero hasta la fecha no cuenta con intérpretes de LSC ni de lenguas indígenas, y tampoco ha implementado protocolos para la atención de personas trans no binarias, limitándose a mencionar intenciones institucionales sin acciones concretas.

Así, la institución tampoco cuenta con intérpretes de Lengua de Señas Colombiana (LSC) ni de lenguas indígenas para facilitar la comunicación con personas sordas o pertenecientes a comunidades étnicas; y respecto a la atención a persona trans o con identidades de género diversas, la institución reconoce únicamente la existencia de proyecciones a futuro que permitan adherir estrategias inclusivas, sin que hasta el momento de publicación de este informe, se haya implementado algún protocolo o acción concreta al respecto.

En Risaralda, el **Hospital Nazareth** del municipio de **Quinchía** manifiesta no haber desarrollado ninguna formación en enfoque diferencial para su personal asistencial. Aunque declara contar con “personal e infraestructura idónea”, la institución carece de adecuaciones

para personas con discapacidad y no dispone de intérpretes de lenguas originarias; únicamente reporta a una persona con capacidad en Lengua de Señas Colombiana (LSC), lo que resulta insuficiente para responder a la diversidad lingüística y cultural de la población. Asimismo, la declaración “aplicamos el mismo protocolo independiente del género” confirma la ausencia de un abordaje diferenciado para personas trans y no binarias, lo que profundiza su invisibilización y expone un vacío estructural en la garantía de derechos.

Finalmente, el **Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal**, reporta avances más significativos en materia de formación del personal, con procesos de sensibilización en orientación sexual, identidades de género diversas y atención a personas trans y no binarias. Han capacitado al equipo asistencial para que ofrezca una atención libre de discriminación, que reconozca y respete la diversidad de identidades y expresiones de género. Un proceso sobre el que aseguran, ha incluido sensibilización sobre las necesidades específicas de las personas sexualmente diversas, con el objetivo de garantizar prácticas de cuidado respetuosas, informadas y libres de estigmas. También señalan haber fortalecido el enfoque étnico-racial mediante capacitaciones sobre particularidades socioculturales de pueblos indígenas y afrodescendientes del departamento. en procesos de formación del personal en torno a distintos enfoques diferenciales en salud.

Estas acciones buscan que las pacientes “reciban una atención digna y ajustada a sus contextos”, detallan vía derecho de petición.

En cuanto a la atención para personas con diversidad funcional o discapacidad, la institución refiere procesos de sensibilización y adecuaciones espaciales que buscan mejorar la experiencia de las usuarias durante la gestación, el parto y el posparto. Según la institución, estas acciones han permitido avanzar hacia una atención más digna e informada.

Desigualdad territorial

Las condiciones geográficas, sociales, culturales y económicas de cada territorio inciden de manera directa en las decisiones, oportunidades y barreras que enfrentan las mujeres y personas gestantes durante el parto y el nacimiento. Factores como el nivel de atención de las instituciones de salud, disponibilidad de recursos, la calidad del trato recibido y a la exposición de sistemas de opresión como el racismo, sexismo, el clasismo, edadismo, aporofobia, entre otras problemáticas, pueden agravar las vulneraciones y aumentar el riesgo de vivir experiencias de violencia obstétrica.

Por su parte, la **ESE Hospital San Vicente de Paúl, municipio de Santuario (Risaralda)**, dice haber incorporado un Protocolo de Atención Diferencial en sus procesos de formación y sensibilización dirigidos al personal asistencial y administrativos. Este protocolo explica la institución, establece una serie de lineamientos específicos para garantizar una atención en salud con enfoque intercultural, promoviendo el respeto por las prácticas tradicionales de salud de las comunidades étnicas y orientando acciones hacia la eliminación de barreras de acceso y situaciones de discriminación en la atención.

En relación con la atención a las personas con discapacidad, el hospital cuenta actualmente con dos funcionarios certificados en este enfoque, quienes integran el equipo que presta servicios en la sala de partos. Estos profesionales han sido capacitados para brindar una atención inclusiva, adaptada a las necesidades específicas de esta población. No obstante, la institución reconoce que aún no se han implementado procesos formativos sobre discapacidad dirigidos a todo el personal del área de obstetricia. Entonces, se encuentran, por tanto, en una fase de fortalecimiento institucional que busca ampliar la cobertura de estas capacitaciones.

Entre 2020 y 2024, el hospital asegura que no reportó no haber atendido partos ni cesáreas en sus instalaciones. Sin embargo, afirma contar con un Protocolo de Parto Humanizado, el cual responde a los lineamientos establecidos para instituciones de primer nivel de atención. El protocolo tiene como objetivo garantizar una atención respetuosa, digna y libre de intervenciones innecesarias, priorizando la autonomía de las gestantes, asegurando su participación en las decisiones sobre su parto. Acompañamiento continuo durante todo el proceso, permitiendo la presencia de una persona de confianza. El acompañamiento continuo durante todo el proceso y la promoción de un ambiente físico y emocional adecuado. Se enfatiza la importancia del contacto piel a piel inmediato y la lactancia materna inmediata, promoviendo de esta forma, el vínculo entre la madre y el recién nacido.

El cumplimiento de este protocolo se monitorea a través de registros clínicos,

encuestas de satisfacción aplicadas a las usuarias y mecanismos de supervisión interna que permiten evaluar la adherencia del personal a los principios de atención humanizada, según indica el hospital. En cuanto a las intervenciones obstétricas, se establece que la episiotomía se realiza únicamente cuando existe una justificación médica basada en el riesgo de complicaciones, descartando su uso rutinario. Dado que el hospital pertenece al primer nivel de atención, **no se realizan cesáreas**; en caso de ser requeridas, las gestantes son remitidas a instituciones de mayor complejidad según la red referencia.

Además, con el propósito de garantizar una atención respetuosa y prevenir la violencia obstétrica, la institución dice haber desarrollado e implementado mecanismos específicos orientados a la **detección temprana y abordaje de posibles situaciones de maltrato por parte del personal de salud**. Entre estos, se destacan la **aplicación periódica de encuestas de satisfacción, el análisis sistemático de sus resultados**, la revisión mensual por parte del Comité de Ética Institucional, y la **capacitación permanente del talento humano en atención humanizada y enfoque diferencial**. También aseguran, suelen buscar la manera de garantizar la existencia de canales para la recepción, seguimiento y respuestas a quejas o sugerencias por parte de las usuarias. Estas estrategias buscan consolidar una atención basada en la dignidad, el respeto y la protección de los derechos de las personas gestantes conforme a la normatividad vigente en salud materno perinatal.

El **Hospital Universitario San Jorge de Pereira**, Risaralda dice contar con protocolos internos para la regulación de prácticas obstétricas como la episiotomía y la cesárea, dos procedimientos que la OMS (2018) recomienda llevar a cabo únicamente cuando se requieran. Para los casos en los que se deba llevar a cabo una cesárea de emergencia, la institución explica que no cuenta con la capacidad operativa inmediata, así que las usuarias son remitidas a centros de mayor nivel de complejidad. También señalan que, para los casos en los que se requiera suministrar analgesia, cuentan con un equipo de cinco especialistas que operan en turnos rotativos, lo que les permite suministrar con completa facilidad la anestesia epidural.

El centro médico también manifiesta que cuenta con una política de humanización del parto por medio la cual, buscan brindar una atención integral e incluyente, ya que en los últimos años vienen contemplando dentro de sus servicios el enfoque étnico racial, dirigidos a “diferentes etnias y razas”, se lee en el documento que entregaron vía derecho de petición. Sin embargo, aún no desarrollan procesos de formación o capacitación específicos para el personal; por ahora, dentro de sus políticas de inclusión, **han vinculado a su equipo, una auxiliar de enfermería indígena**, de quien no detallan a qué pueblo pertenece, y que a su vez, actúe como intérprete durante la atención a pacientes indígenas, así cuentan con **una persona con capacidad para interpretar lengua emberá**, propiciando una comunicación amplia e intercultural.

Además, dicen contar con dos auxiliares

de enfermería con competencias para la interpretación en Lengua de Señas Colombiana (LSC) en todo el hospital; y en relación con la atención a personas con discapacidad, la institución no ha adelantado procesos de capacitación específicos en enfoque diferencial. No obstante, señalan la existencia de espacios físicos con fácil acceso y señalizados, y estos hacen parte de los ajustes realizados a la infraestructura institucional.

Frente a la atención a personas trans y no binarias con capacidad de gestar, el hospital hasta la fecha de publicación de este informe, **no cuenta con protocolos diferenciales específicos de registros de atención que reconozcan la diversidad de género y orientación sexual**. Esta ausencia de información limita la posibilidad de brindar una atención plenamente inclusiva y respetuosa de la identidad de todas las personas gestantes.

En el caso del **Hospital del Centro-Salud de Pereira** aseguró que, con el fin de garantizar una mejor atención durante el parto y el nacimiento, permite la presencia de un acompañante desde el inicio del trabajo de parto pero solo por un periodo de dos horas, antes de que pase al área de hospitalización, pasando por alto que en Colombia, toda persona al momento de parir, tiene derecho no solo a recibir acompañamiento de su pareja o quien decida, le brinde apoyo emocional durante el trabajo de parto, sino también durante el nacimiento del bebé.

La institución de salud también señaló que, sobre a los procesos de atención y servicios, que no realiza cesáreas dentro de sus instalaciones por ser un hospital de primer nivel, por lo

cual, las pacientes son trasladadas a hospitales o clínicas que puedan realizar la intervención. En cuanto a prácticas quirúrgicas, cuestionadas en los últimos años por sus efectos secundarios y como parte de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 2008, prácticas como la episiotomía —un corte entre el ano y la vagina—, han dispuesto dentro del manual de atención del parto con el que cuenta el hospital que, esta intervención quirúrgica solo se realizará en los casos que lo ameriten y no como un procedimiento de rutina. Hasta hace un par de años, el personal de salud realizaba este corte con el fin de evitar un desgarro durante el parto. Sin embargo, la OMS en los últimos ha señalado que no siempre es necesario, ya que la cavidad vagina puede llegar a dilatarse lo suficiente para que salga el bebé, así como algunos estudios han encontrado que, en los casos en los que no se ejecuta bajo una buena praxis, puede generar efectos secundarios como debilitamiento del suelo pélvico, “un conjunto de estructuras musculares y ligamentos que están fijadas a los huesos de la pelvis. Estas estructuras se encargan de: sostener los órganos pélvicos (vejiga urinaria, uretra, útero, vagina, recto y ano); garantizar la continencia urinaria y fecal, y permitir a su vez, la micción y la defecación. También facilitan el coito, dan sensibilidad a las relaciones sexuales y ayudan en el momento del parto” (Hospital Clínic Barcelona, 2022).

En cuanto a la atención en parto humanizado y la adherencia de la legislación que exige al personal de salud brindar una atención digna y respetada, el Hospital del Centro-Salud de Pereira aseguró en su respuesta al derecho de petición de información enviado,

que brindan información de manera continua a su equipo médico. Lo anterior, en el marco de una política institucional con la que buscan definir estrategias para prevenir la vulneración de los derechos de las personas gestantes durante el parto y poder actuar en caso de que llegaran a registrarse situaciones de maltrato físico o psicológico.

El hospital también reconoce dentro de su respuesta que, no ha realizado capacitaciones dirigidas al personal de sala de partos en enfoques diferenciales, lo que limita su capacidad para ofrecer una atención integral y respetuosa de la diversidad. Sin embargo, reportan la existencia de señalización accesible para personas con discapacidad visual, auditiva y motora, pero no cuentan con intérpretes de Lengua de Señas Colombiana (LSC). Solo hay un funcionario con conocimientos en lengua emberá, lo que medianamente facilita la atención a personas indígenas, pero restringe la comunicación con miembros de otras poblaciones.

En el departamento del Quindío persisten las limitaciones en la implementación de una atención con enfoque interseccional y diferencia. Un ejemplo de ello es **Hospital La Misericordia del municipio de Calarcá** que, si bien afirma contar con protocolos institucionales, restringe sus servicios únicamente a partos de bajo riesgo en fase de expulsión. Esto significa que no realiza procedimientos quirúrgicos como cesáreas y, en casos de requerirse, las pacientes son remitidas a centros de salud de mayor complejidad en el departamento. Además, fue **solo hasta agosto de 2024 que el hospital autorizó**

el acompañamiento durante el parto, a pesar de que la Ley de parto digno, respetado y humanizado había sido aprobada dos años antes. Esta legislación establece con claridad que toda persona que vaya a parir en Colombia tiene derecho a que una persona gestante en Colombia tiene derecho a estar acompañada antes, durante y después de su parto por una persona de su entera confianza o, en su defecto, por alguien especialmente capacitado para brindar apoyo emocional. Asimismo, la ley señala que “bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho” (Ley 2244, 2022, art 5, num.16).

Frente a situaciones de violencia obstétrica, el hospital dispone del mecanismo de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF), a través del cual pretenden identificar situaciones de maltrato y de esta manera tomar las medias respectivas, aunque no señala cuáles son, porque como bien lo hemos señalado a lo largo de este capítulo, la violencia obstétrica no ha sido tipificada como una violencia de género en Colombia, ni el personal de salud la reconoce de forma directa—. Además, dice contar con un programa institucional de parto humanizado que incluye orientaciones para la prevención de prácticas que puedan constituir violencia obstétrica, pero no especifica la forma de implementación ni de monitoreo sistemático.

Otra de las falencias con las que cuenta la institución para garantizar una atención de calidad, hasta la fecha de publicación de este informe, no habían implementado procesos formativos específicos dirigidos al personal de la salud con un enfoque étnico racial, para

su aplicación en contextos interculturales. **Tampoco cuenta con funcionarias formadas en lenguas indígenas ni personal disponible para brindar interpretación directa en estos idiomas**, aún cuando el departamento del Quindío cuenta con población del pueblo Emberá chamí, Emberá katío y Yanacona, principalmente. Así que para los casos en los que requieren de este apoyo, explican, recurren al enlace de étnicas de la Secretaría de Salud municipal o departamental, dependiendo de esta forma de la disponibilidad institucional externa.

Respecto a la atención para personas con discapacidad, el hospital no dispone de personal dedicado exclusivamente a la interpretación en Lengua de Señas Colombiana (LSC) y no detalla si sus instalaciones permiten el libre desplazamiento y la comunicación dentro del edificio, en especial para quienes cuentan con limitaciones en su movilidad. En su respuesta al derecho de petición dirigido a la institución, indican que cuentan con varias trabajadoras —pero no precisan el número— capacitadas en LSC y ellas son quienes pueden atender a las personas gestantes sordoseñantes. Una estrategia que, aunque resulte limitada, representa un avance en términos de accesibilidad y sienta las bases para una mejor estructuración e institucionalización de la misma para así garantizar una atención más efectiva y continua.

Sobre la atención para personas con identidades de género diversas, el Hospital La Misericordia de Calarcá, **no cuenta con protocolos diferenciales ni registra información sobre la orientación**

sexual de sus usuarias, lo que limita la implementación de un enfoque de género y diversidad integral en los servicios de salud sexual y reproductiva.

El Hospital Pío X de La Tebaida no respondió la información que le fue solicitada vía derecho de petición y puso una barrera ante este derecho. Según dijo, para acceder a estos datos desagregados por variables como orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnico racial o situación de discapacidad, la institución debe de contar con un permiso notariado específico de parto del o la usuaria, lo que dificulta el seguimiento a la atención con un enfoque diferencial (y a pesar de que los datos sobre las pacientes se solicitaron de forma anónima respetando el derecho de confidencialidad).

En cuanto a la formación del personal, la institución sostiene que ha brindando las suficientes capacitaciones a su personal y que las constancias reposan dentro del historial clínico de cada profesional. Sin embargo, no se especifica qué contenidos han sido abordados ni con qué frecuencia, lo cual impide evaluar la profundidad y actualización de tales formaciones. El hospital también destaca que cuentan con una política de atención humanizada durante el parto y que exige a su personal que haya realizado el curso “Humanización en la prestación de los servicios de salud” y otras acciones como el “Plan de capacitaciones institucionales”, señalan en respuesta al derecho de petición emitido durante la etapa de investigación para este informe.

Para la atención con un enfoque étnico racial, el Hospital Pío X se articula con las secretarías de salud departamental o municipal. Se apoya en el personal designado por estas dos instituciones para brindar una atención diferencial, en especial frente a las barreras lingüísticas que existen dentro del municipio para los pueblos indígenas Emberá o Wounaan, asentados en esta localidad.

Frente a la atención para personas trans y no binarias gestantes, la institución afirma que cuenta con un protocolo de atención inclusivo y que trabaja de manera conjunta con profesionales en asuntos de género a nivel departamental. Sin embargo, el centro de salud no cuenta con unos lineamientos específicos para este grupo poblacional, y para los casos en los que, por derecho, toda persona gestante en Colombia tiene derecho a un acompañante durante su parto y posparto, el hospital prohíbe su ingreso ya que mantiene restricciones basadas en los protocolos de bioseguridad establecidos durante la emergencia sanitaria por Covid-19, pese a que esta ya haya sido superada. Una medida que limita el derecho al acompañamiento continuo a las personas gestantes.

También se les preguntó por las medidas con las que cuenta el hospital para contrarrestar la violencia obstétrica, aun cuando una parte del personal médico se resiste a denominar de esta forma sus malas prácticas, este aseguró que no se han registrado casos de maltrato hacia las usuarias y que de llegar a presentarse, “actuaría(n) de manera inmediata por parte de la coordinación asistencial y gerencia en la suspensión o en acciones inmediatas para

rescindir el contrato de dicho profesional implicado”. Una posición que podría tomarse como muestra de su compromiso institucional por brindar una atención respetuosa del parto y el nacimiento, sin embargo, no están detallando los mecanismos preventivos y de seguimiento para contrarrestar las malas prácticas y los tratos deshumanizantes que pueden llegar a confundirse con un proceso con el que se buscó salvar la vida de la madre y el bebé.

Finalmente, el **Hospital San Vicente Paúl de Circasia**, otra de las instituciones prestadoras de salud que atendió a la solicitud de información, entre las más de treinta IPS con las que cuenta el Eje Cafetero, aseguró que frente a posibles situaciones de maltrato hacia las usuarias, estas pueden manifestar la agresión a través de una PQRSF, las que más tarde son tomadas por un equipo de profesionales quienes inician un proceso interno de investigación y socialización de los hallazgos con el personal y así adoptar un proceso de acciones de mejora. En cuanto la prevención de la violencia obstétrica, el hospital asegura que se encuentra aplicando una serie de guías y protocolos institucionales sobre lo que afirma, se implementan de manera transversal en todos los servicios de salud para la protección de los derechos de las personas gestantes. Sin embargo, no se detallan estrategias específicas de sensibilización, formación y seguimiento que permitan evidenciar una política activa de prevención de esta violencia de género dentro del Hospital San Vicente Paúl.

En materia de intervenciones clínicas durante el parto, la institución indica que aplica las guías de práctica clínica vigentes para

procedimientos como la episiotomía y otras intervenciones obstétricas. Sin embargo, no cuenta con lineamientos propios que orienten una atención basada en el modelo de parto respetado, ni con protocolos que aseguren el consentimiento informado para las pacientes sobre los procedimientos desarrollados durante la atención del parto.

Por otro lado, respecto a la implementación del enfoque diferencial en la atención, el hospital reconoce no haber desarrollado procesos formativos dirigidos al personal en ninguna de sus dimensiones. Esta omisión limita la capacidad de respuesta institucional frente a las necesidades particulares de poblaciones con discapacidad, que hacen parte de una comunidad étnica en particular o si es una persona con una identidad de género diversa. El hospital dice contar únicamente con una funcionaria con conocimientos en Lengua de Señas Colombiana (LSC), pero no especifican si sus servicios están disponibles de forma permanente ni si se han dispuesto de otros mecanismos de accesibilidad para mejorar la atención a personas con discapacidades motoras, visuales y auditivas.

A pesar de los esfuerzos realizados para recabar información directa sobre la atención del parto y el nacimiento en la región, un número significativo de instituciones prestadoras de servicios de salud no respondieron³⁵ a las so-

35 En el departamento de Caldas, no respondieron centros hospitalarios ubicados en 23 municipios, incluidos el Hospital Universitario de Caldas en Manizales, el Hospital de Alta Complejidad del Magdalena Centro en La Dorada y el Hospital Departamental San Simón en Victoria. En el Quindío,

licitudes enviadas en el marco de este estudio. La falta de respuesta limita la posibilidad de construir un panorama integral y actualizado sobre las condiciones en las que se brinda atención obstétrica, así como de identificar buenas prácticas o problemáticas persistentes que puedan incidir en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas gestantes. Esta omisión institucional también evidencia brechas en el acceso a la información pública en el sector salud, que dificultan el monitoreo ciudadano y el fortalecimiento de políticas basadas en evidencia.

Esta ausencia de datos subraya la necesidad de fortalecer la transparencia institucional y la articulación intersectorial para avanzar en la garantía de una atención en salud reproductiva oportuna, pertinente y con enfoque de derechos. Además, deja en evidencia la opacidad institucional frente a solicitudes de información constituye una barrera estructural para el ejercicio del derecho a la salud y el acceso a la información.

Sobre esta situación también podría decirse que, obstaculiza el diseño de políticas públicas basadas en evidencia, así como la participación activa de comunidades, organizaciones y veedurías sociales, principalmente en contextos marcados por desigualdades territoriales, de género.

la falta de respuestas se presentó en Armenia, Pijao y de la institución de salud con mayor cobertura en el departamento, el Hospital Universitario San Juan de Dios. Por su parte, en Risaralda, las instituciones de los municipios de Pereira, Dosquebradas, Mistrató, Pueblo Rico y Apía, no atendieron la solicitud de información.

Atención en hospitales luego de un parto en casa

La atención institucional frente a los partos extrahospitalarios en hospitales públicos de Caldas, Quindío y Risaralda evidencian múltiples enfoques, niveles de respuesta y omisiones que impactan directamente el ejercicio de los derechos reproductivos, en especial de mujeres y personas gestantes que eligen o se ven en la necesidad de parir fuera del ámbito hospitalario. Si bien algunas instituciones han implementado rutas de atención posteriores al parto para garantizar el acceso a servicios de salud y el derecho a la identidad del recién nacido, persisten enfoques reduccionistas centrados exclusivamente en la atención biomédica y la regularización documental, **sin reconocer al parto domiciliario como una práctica legítima ni propia de los saberes de parteras tradicionales, doulas u otras formas de acompañamiento.**

Según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), entre 2020 y 2024 se registraron 137.723 partos en el Eje Cafetero. De ese total, 5.319 ocurrieron fuera del ámbito hospitalario, ya sea en casa, en otros lugares no institucionales o no cuentan con información clara sobre el lugar del parto.

Risaralda concentra la mayor proporción de partos registrados por fuera del sistema de salud, con 4.078 casos, seguido de Caldas con 1.078 y Quindío con 163. Aunque los nacimientos en instituciones de salud siguen siendo la mayoría, estas cifras evidencian que un número importante de personas

gestantes continúa dando a luz en contextos no hospitalarios, ya sea por elección propia, por barreras geográficas y económicas, por prácticas culturales o por experiencias previas de violencia obstétrica y desconfianza hacia el sistema médico.

Tal fue el caso de Paola Benavides en Manizales (Caldas) y Diana López en Armenia (Quindío). Ambas optaron por un parto en casa, acompañadas por una doula y una médica, como una forma de resistirse a vivir violencia obstétrica y reapropiarse de sus procesos reproductivos. Sus experiencias han sido documentadas en la investigación De las salas de parto al Congreso: luchas por el parto respetado en Colombia (Urán & Bocanegra, 2024), y para esta investigación se retomaron algunos fragmentos.

Paola y Diana eligieron parir en casa motivadas por el deseo de estar acompañadas por sus parejas y familias, de conservar el control sobre sus partos, evitar la medicalización innecesaria, moverse con libertad y satisfacer necesidades básicas como beber agua durante el trabajo de parto. Una decisión que fue tomada con la conciencia de que, en caso de presentarse complicaciones, acudirían de inmediato al hospital más cercano. En el caso de Paola, lo que más valora de su experiencia es la confianza que sintió frente a su cuerpo y en el proceso de dar a luz, una confianza que, según relata, fue posible precisamente porque se sintió segura, respetada y acompañada.

“Yo, la verdad, pienso que [...] a una le ayuda mucho es la compañía, la fuerza que te dan, el estar con tu pareja, es que te den palabras amorosas, de aliento, porque es un momento

en el que uno sí está vulnerable, en el que uno tiene dolor claramente, pero es más llevadero de esa manera. Además, estar en una sola posición es muy duro y estar acostado es peor [...] En mi caso, acostada en ninguno de los dos partos (que tuvo) soportaba las contracciones acostadas, entonces yo no sé en una clínica cómo harán las mujeres y yo creo que por eso pedirán la epidural, no sé, porque acostadas es insostenible, porque el dolor es en la columna.

Nosotras somos mamíferas. La mujer sabe parir y el bebé sabe nacer, y si eso no ocurre que el bebé no nazca bien, si pasa algo, es porque esa mamá no estaba sana, pero cualquier individuo que esté sano, o sea, tiene la posibilidad de parir y hacerlo solo, o sea, hacerlo bien, no tienen que intervenirlo.

En mi caso, que lo hicimos con Marcela (su doula) es una persona muy profesional y con una médica. Ellas no van a dejar que una tenga un parto en casa si tiene riesgos para su salud. Ellas no van a arriesgar su profesión; no van a arriesgarse ellas, ¿cierto?, a que ocurra algo, [...] porque hay casos que sí no se puede; o sea, si un bebé viene sentado, si hay complicaciones, hay casos que uno dice *sí, no se puede*, si se necesita esa ayuda de la medicina hospitalaria que también puede ser humanizada o respetada.

Cuando yo fui atendida por ellas había plan a, b y c: ir al hospital, llamar una ambulancia, de absolutamente todo, entonces uno debe confiar en el cuerpo de una y confiar en las personas que están con una.

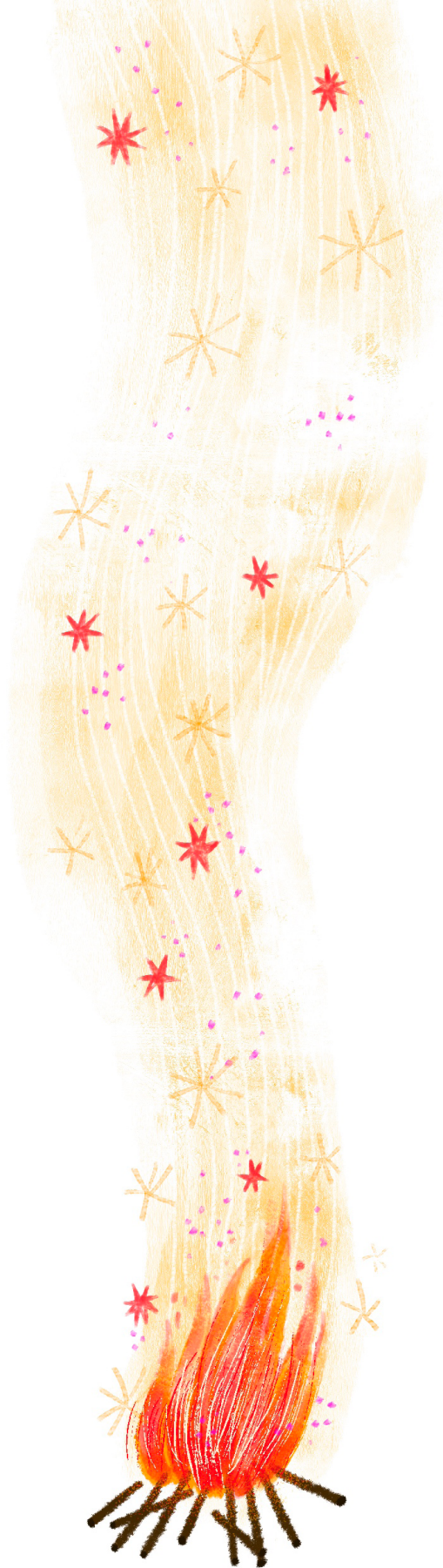
Ella nos hace tres reuniones en las que nos explica qué va a pasar, cómo sucede, en las que nos dice que puede complicarse y en caso de

que se complique qué vamos a hacer, que hay que tenerle la ambulancia, el hospital en el que nos atienden, todo, o sea, ella tiene como todo fríamente calculado. Entonces es una persona que da muchísima confianza”.

Para Diana parir en casa fue ir contra el sistema. Durante su proceso de gestación asistió sin falta a sus controles prenatales, bailó zumba, hizo yoga y cuidó de su alimentación. Sin embargo, recibió comentarios violentos relacionados con su cuerpo y edad, como que seguía pesando “más de lo que debía” y que estaba “algo grandecita para tener un parto natural”. La ginecobstetra la regañaba en consulta y sin preguntarle por la forma cómo deseaba parir, de entrada, le sugirió que se practicara una cesárea:

“Yo tengo sobrepeso, voy a mis controles y me dicen: *cuando te hagas la cesárea, porque estás muy gorda*. Y yo le digo en tono grosero porque me molesta cuando hacen tales afirmaciones: *cuál cesárea, de qué estás hablando* y ella quedó se me quedó mirando y me dijo: *pero cómo así que no, pero es que es por tu peso, por tu edad* y entonces le dije: *qué pasa con mi edad, tengo 33 años, estoy joven*.

Tuve entonces un parto en casa con las parteras mamá Agustina y Victoria, rodeada de mi familia y mi mejor amigo que es enfermero. Entonces todos pudieron estar ahí sin estar pensando: *ay, ella está allá sufriendo y nosotros acá ansiosos esperando en la sala de espera*. Sino que todos pueden disfrutar del momento y apoyar. Entonces mi parto empezó con las contracciones normales, después llegaron las parteras y pusieron música y me hicieron unos rituales con planticas, y mientras eso pasaba yo



no podía dejar de pensar: *cómo es que esto no lo puede vivir toda la gente, ósea, una mujer normalmente y su familia, no pueden*. Y eso es muy doloroso porque yo estaba rodeada de mucho amor, muy consentida, podía moverme, tomar agua, comer si así lo deseaba y en el hospital no les dan nada y apenas si las miran o las escuchan.

Entonces cuando mi hija nació fue muy lindo porque pude hacer contacto piel con piel, ósea colocarla sobre mi pecho, limpiarla, amamantarla. Esperamos a que la placenta saliera sola, eso se demoró como 15 minutos y después de eso descubrí que uno tiene otras contracciones como otro parto y termina de salir todo lo que falte de dentro del vientre”.

En respuesta a los partos extrahospitalarios, algunas instituciones en el Eje Cafetero han implementado rutas de atención específicas. Por ejemplo, el Hospital Local San Juan de Dios del municipio de Pensilvania, Caldas, activa una ruta de atención inmediata cuando recibe el reporte de un parto fuera del ámbito hospitalario: un equipo de enfermería se traslada en una ambulancia al lugar del nacimiento para realizar la valoración inicial y luego trasladar a la madre y al recién nacido al hospital, donde continúa la atención según la guía de práctica clínica y se expide el certificado de nacido vivo. No obstante, esta ruta no contempla el reconocimiento explícito de los partos en casa como una modalidad legítima ni menciona el rol de parteras tradicionales o doulas, lo que refleja una visión limitada frente a la diversidad de prácticas de atención al nacimiento,

especialmente en contextos rurales o interculturales.

De manera similar, **el Hospital Nazareth del municipio de Quinchía, Risaralda**, no reconoce de forma explícita esta práctica como una opción legítima de atención. Su protocolo sólo establece que, en caso de presentarse, “el binomio madre e hijo” debe ingresar por el servicio de urgencias, lo que sugiere una visión centrada exclusivamente en la atención biomédica posterior al parto, sin incorporar enfoques que reconozcan la autonomía reproductiva ni los saberes comunitarios, especialmente en territorios habitados por pueblos indígenas y afrodescendientes.

Por otro lado, **el Hospital San Vicente de Paúl de Santuario, Risaralda**, ha establecido una ruta de atención **para personas gestantes y recién nacidos sin certificado de nacido vivo ni registro civil**. Esta contempla el ingreso por urgencias, valoración médica, seguimiento durante el puerperio y orientación sobre trámites ante la Registraduría Nacional, lo que permite garantizar el derecho a la salud y la identidad, incluso en contextos de nacimiento fuera del sistema hospitalario.

En Pereira, **el Hospital Universitario San Jorge de Risaralda**, activa la ruta de atención médica a partir desde su área de Trabajo Social cuando un parto ha ocurrido por fuera de la institución. En los casos en que la persona gestante pertenece a una comunidad indígena, se articula con las autoridades del resguardo para la elaboración conjunta del certificado de nacido vivo, documento que después enviado a la Registraduría, en un

esfuerzo que incorpora un enfoque intercultural y de reconocimiento territorial. Por su parte, el **Hospital del Centro-Salud de Pereira** sigue la normativa nacional: ante un parto en casa, la persona debe ingresar por urgencias para una valoración médica integral y la expedición del certificado correspondiente. Si ya han pasado varios días desde el nacimiento, se orienta a las familias para acudir con dos testigos a una notaría o a la Registraduría.

De igual manera, **el Hospital San Félix, ubicado en el municipio de La Dorada, Caldas**, cuenta con un protocolo específico para la atención de partos fuera de la institución de salud, el cual establece que toda persona que haya parido fuera del hospital debe reportar su caso como una urgencia ginecológica. A partir de este reporte, se activa una ruta de atención multidisciplinar que involucra los servicios de pediatría, ginecobstetricia, trabajo social y psicología. Posteriormente, procede con la hospitalización, la realización de diversas pruebas clínicas y la expedición del certificado de nacido vivo.

No obstante, esta ruta institucional no reconoce el parto en casa como una decisión legítima ni contempla la figura de las parteras u otras formas de acompañamiento tradicional. En lugar de promover una atención centrada en los derechos y la autonomía de las gestantes, perpetúa una lógica de control médico que desconoce otras formas de acompañamiento respetuoso.

Este tipo de obstáculos se evidencian en experiencias como la de Paola Benavides, quien, tras dar a luz en su hogar, al momento

de llevarlo a recibir sus vacunas lo retuvieron durante varios días para descartar “daños a su salud” y para conseguir el registro de su nacimiento, tuvo que acudir a una notaría acompañada por dos testigos del nacimiento para obtener el certificado de nacido vivo y así garantizar el registro civil de su hijo.

En el caso del departamento del Quindío, el manejo institucional frente a los partos fuera de un centro médico es similar al de otros territorios: las familias son orientadas para que realicen un proceso parecido al que realizó Paola para registrar a su bebé. El **Hospital La Misericordia, ubicado en el municipio de Calarcá**, dice contar con una ruta de atención “establecida” para estos casos. Pero no proporciona detalles sobre los procedimientos específicos que la componen. En situaciones donde es necesario expedir el certificado de nacido vivo, se exige la presencia de dos personas testigas que “den fe del nacimiento” y se hace referencia al cumplimiento de “las directrices del DANE”, sin clarificar en qué consisten ni cómo se implementan. Esta falta de información concreta evidencia una aproximación poco estructurada y escasamente transparente frente a una realidad que requiere mayor claridad institucional, sensibilidad cultural y garantías de acceso a derechos.

La persistente invisibilización de los partos fuera del ámbito hospitalario resulta especialmente preocupante en contextos rurales e interculturales, donde el desconocimiento institucional de prácticas ancestrales o comunitarias reproduce dinámicas de exclusión y vulneración de derechos. Desde un enfoque de género e intercultural, la atención en salud puede no puede

limitarse a protocolos médicos posteriores al nacimiento, sino que debe reconocer plenamente la autonomía reproductiva de quienes deciden cómo, dónde y con quién parir. Este reconocimiento implica también la incorporación activa de los saberes y actores comunitarios —como parteras, matronas y doulas— que históricamente han acompañado el nacimiento desde lógicas de cuidado, dignidad y respeto.

Los datos del DANE entre 2020 y 2024 muestran que, si bien la mayoría de los partos en los departamentos de Caldas, Quindío y Risaralda fueron atendidos por personal médico, un número significativo fue acompañado por parteras, lo cual evidencia la vigencia de prácticas no institucionales.

- * En Caldas, por ejemplo, se registraron 17 partos atendidos por parteras en 2020, cifra que aumentó a 42 en 2022 y a 26 en 2023, con una ligera disminución a 14 en 2024.
- * En Quindío, se reportaron 11 partos atendidos por parteras en 2020, reduciéndose a 4 en 2022, 3 en 2023 y 8 en 2024.
- * Risaralda presenta cifras más altas en este tipo de atención: 606 partos fueron acompañados por parteras en 2020, 621 en 2021, 457 en 2022, 395 en 2023 y 428 en 2024.

Estas cifras no solo reflejan la continuidad de los saberes tradicionales en la atención del parto, sino también la necesidad de que el sistema de salud los reconozca y articule como parte de una respuesta efectiva, culturalmente pertinente y respetuosa de los derechos reproductivos.

En este contexto, se hace aún más eviden-

te la deuda estructural del sistema de salud con la diversidad de experiencias y necesidades reproductivas de las mujeres y personas gestantes. Avanzar hacia modelos de atención más inclusivos y respetuosos requiere legitimar otras formas de parir —incluyendo los partos en casa, acompañados de parteras y doulas— y garantizar que la decisión frente al lugar y las condiciones del nacimiento sean informadas y seguras.

Incorporar enfoques de justicia reproductiva e interculturalidad no se limita a modificar lineamientos clínicos: exige transformar las prácticas institucionales para asegurar una atención digna, accesible y coherente con los territorios, cuerpos y saberes diversos que coexisten en la región.

La presencia constante de parteras como actoras en los procesos de atención al nacimiento es un llamado urgente a repensar los modelos biomédicos hegemónicos y a construir políticas de salud más sensibles a los contextos sociales y culturales de las comunidades.

Dignificar la partería tradicional en Colombia

La partería tradicional en Colombia constituye un saber ancestral, profundo y legítimo, que articula prácticas fisiológicas, emocionales y culturales con un solo propósito: garantizar el cuidado de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Una idea que poco a poco gana más fuerza dentro de las discusiones alrededor de la gestación y el nacimiento. Cuando estamos hablando de partería, nos estamos refiriendo a una práctica viva, heredada de

la tradición afro, indígena y campesina, que desde siempre ha procurado ofrecer un acompañamiento integral, cercano y respetuoso de los procesos vitales.

Este tipo de cuidado, históricamente realizado por mujeres, apuntan textos como Partería tradicional: la ancestralidad en torno al cuidado de la mujer de Nathalia Marín, dedicados a problematizar el tema, responde a una ética relacional del cuidado y que las parteras no son auxiliares ni figuras complementarias a la atención de parto, sino que históricamente han sido sujetas de saber, de autoridad y de construcción de comunidad. Su labor ha sido indispensable para garantizar una atención digna en contextos donde el sistema de salud institucional no solo está ausente, sino que cuando llega, como hemos encontrado en páginas anteriores, sus prácticas suelen ser irrespetuosas y violentas.

El informe Partería tradicional y su incorporación en las Estadísticas Vitales de Colombia, realizado por la UNFPA y el DANE en 2023, reconoce que **otra de las formas de deslegitimar los aportes de la partería tradicional en el país, ha consistido en registrar poco o nada los nacimientos atendidos con parteras por el sistema estadístico del país, principalmente en regiones como el Chocó, Nariño, Cauca y La Guajira.**

La falta de estos datos oficiales refuerza la narrativa de marginalidad, dificulta la formulación de políticas interculturales y niega la existencia de un sistema de salud paralelo, propio y que les pertenece a las mujeres, por esta razón, explica el informe, las parteras quieren “ser reconocidas no sólo como informan-

tes, sino como sujetas activas en el cuidado de la vida y la salud” (UNFPA-DANE, 2023, P.31).

Su demanda no busca la subordinación frente a la medicina occidental, sino el reconocimiento pleno de una práctica autónoma, válida y necesaria. Por eso, cualquier articulación entre la partería tradicional y el sistema de salud debe partir del respeto por sus conocimientos, su lenguaje, sus tiempos y sus lógicas. Es por eso que el artículo de Nathalia Marín advierte que, dada la jerarquización, los estigmas y los prejuicios que el personal de salud ha puesto sobre las parteras, esto ha hecho que sus prácticas se vayan “perdiendo con el tiempo, debido a la medicalización del parto y el predominio del enfoque biomédico en la atención de la salud” (Marín, 2021). El personal médico ha sido formado bajo un paradigma androcéntrico y eurocéntrico, y suele descalificar a las parteras por considerarlas “atrasadas” o carentes de formación técnica, ignorando los conocimientos que han sostenidos la vida en territorios históricamente abandonados.

Además, esa descalificación no es neutra, es una expresión de violencia epistémica y racismo estructural, de desprecio por los saberes de las mujeres y lo comunitario, junto a la negación de la autonomía de estas sobre sus cuerpos y procesos reproductivos. Por eso, pensar en el parto en caso y en instituciones de salud atendido por parteras en igualdad de condiciones junto a médicos y médicas ginecobstétricas, podría llegar a ser un acto de reparación histórica y de justicia de género. Incluir sus registros en el DANE no es solo una medida técnica, sino una decisión política que implica reconocer otras formas de nacer, de cuidar y de habitar el cuerpo.

Atención del duelo perinatal y gestacional en la región: avances y desafíos

La revisión de las condiciones institucionales en torno a la atención del duelo perinatal en hospitales públicos de Caldas, Quindío y Risaralda pone en evidencia una omisión sistemática en el reconocimiento de este proceso como parte fundamental del cuidado en salud sexual y reproductiva, ya que menos del 10% de los hospitales que se les preguntó que sí cuentan con rutas de atención o protocolo para acompañar estas pérdidas, sólo algunas cuentan con espacios reservados para brindar el servicio.

El duelo perinatal, es una vivencia emocional y psicológica que se genera tras la pérdida de un embarazo o la muerte de un recién nacido durante el parto o en las primeras semanas de vida, por eso requiere de un abordaje diferenciado y empático. Sin embargo, los datos recopilados entre 2020 y 2024, a través de derechos de petición revelan la precariedad de los recursos físicos destinados a brindar un acompañamiento digno, privado y respetuoso de las mujeres y personas gestantes que enfrentan este tipo de pérdidas.

En el departamento de Caldas, las condiciones para la atención del duelo perinatal presentan notorias limitaciones. En el **municipio de La Dorada, la ESE Hospital San Félix** —institución pública de mediana complejidad y cobertura departamental— no cuenta con habitaciones, cubículos, camas ni camillas destinadas exclusivamente para esta atención. En Pensilvania, el Hospital Local San Juan de Dios, de baja complejidad

y cobertura municipal, carece igualmente de espacios diferenciados: las mismas camas utilizadas para el parto se emplean también en situaciones de pérdida gestacional o neonatal, lo cual podría llegar a impedir un acompañamiento respetuoso e individual para quien atraviesa la pérdida y su familia. En Supía, la ESE Hospital San Lorenzo reporta la existencia de (2) habitaciones y (5) camas para la atención del duelo; sin embargo, al estar ubicadas en el área general de hospitalización, todo indica que también son empleadas en el contexto obstétrico habitual, lo que limita la posibilidad de un manejo focal y diferencial.

Sin embargo, la situación del departamento del Quindío no resulta más alentadora. **En Calarcá, la ESE Hospital La Misericordia** —de baja complejidad y carácter departamental— no dispone de infraestructura destinada al abordaje del duelo perinatal. **En Circasia, el Hospital San Vicente de Paúl**, de carácter municipal, cuenta con una única habitación asignada para este fin, ubicada dentro del mismo piso donde se desarrollan los partos, lo que restringe la privacidad y puede intensificar el impacto emocional luego de la pérdida. Por su parte, en La Tebaida, la ESE Hospital Pío X —también de baja complejidad— no cuenta con habitaciones, cubículos ni camas o camillas específicas para estos casos.

Sabemos que el **Hospital Universitario San Juan de Dios de Armenia**, cuenta con un programa que se titula August, en memoria de un bebé que falleció horas más tarde de fallecido. Pero, dado que la institución no atendió a la solicitud de información para conocer mayores detalles para conocer su ruta de atención, no fue posible brindar mayor información. De

acuerdo con una serie de notas periodísticas publicadas por medios de comunicación como Caracol Radio y Quindío Noticias, el proyecto fue posible gracias a una alianza con la JIC Fundación, que desde hace más de cinco años dedica su trabajo al reconocimiento y atención integral del duelo perinatal y gestacional por parte de las instituciones de salud y el personal médico del país. Según se puede leer en el artículo de Quindío Noticias, su objetivo es “acompañar a las madres y sus familias en el proceso de duelo. En un ambiente tranquilo, se les proporciona una “Caja de Memoria”, que contiene objetos simbólicos para que los padres puedan mantener vivo el recuerdo de sus bebés. Además, el equipo médico y psicológico del hospital les ofrece un acompañamiento integral, entendiendo que el duelo perinatal es un momento profundamente íntimo y difícil”.

Para el caso del departamento de Risaralda, la ciudad de Pereira dentro del **Hospital Universitario San Jorge** —la única institución de alta complejidad con la que cuenta el Eje Cafetero—, reporta la disponibilidad de (2) camas en la unidad crítica de obstétrica, aunque no se especifica si alguna de ellas ha sido adaptada para la atención del duelo perinatal.

El Hospital del Centro-Pereira, de baja complejidad y también ubicado en la capital risaraldense, no dispone de espacios adecuados para este tipo de atención. En el municipio de Quinchía, la ESE Hospital Nazareth carece igualmente de infraestructura particular para el abordaje de pérdidas gestacionales o neonatales. **En Santa Rosa de Cabal, el Hospital San Vicente de Paúl** —de baja complejidad y cobertura municipal— reporta 4 habitaciones y 4 camas o camillas dentro del

área de hospitalización que son utilizadas para la atención del duelo perinatal. Por último, en el municipio de Santuario, que lleva el mismo nombre que el de Santa Rosa de Canal, no cuenta con ninguna habitación, cubículo o cama destinada al manejo de estas situaciones, lo que refuerza la precariedad estructural en torno a una atención humanizada y digna en contextos de pérdida.

El **Hospital del Centro-Salud de Pereira** en cuanto al acompañamiento en procesos de duelo gestacional y perinatal, **su respuesta como institución evidencia un desconocimiento del tema**, ya que ante la pregunta sobre espacios destinados para estos casos de pérdida, refieren únicamente la asesoría ginecológica que brindan a las usuarias, es decir, el tratamiento que debe de seguir para recuperarse físicamente, sin contemplar protocolos o rutas de atención que reconozcan el impacto emocional de estas experiencias.

Desde 2023, Colombia cuenta con la Ley 2310, conocida como Ley de brazos vacíos, la cual reconoce oficialmente la necesidad de una atención diferencial tras una pérdida gestacional y neonatal. **Esta legislación establece que el sistema de salud debe brindar acompañamiento psicológico especializado, así como condiciones institucionales adecuadas para el manejo emocional y físico de quienes transitan estas experiencias.** Pero los datos recolectados en los hospitales del Eje Cafetero revelan una desconexión entre lo que quedó consignado en esta Ley y la realidad institucional: **la mayoría de las instituciones no cuentan con espacios exclusivos ni protocolos para el duelo perinatal.**

Además, la ausencia de protocolos diferenciados y espacio exclusivos para el duelo no solo desconoce el sufrimiento legítimo de las personas gestantes y sus familias, también constituye una vulneración al derecho a la salud mental y al trato digno, especialmente en contextos hospitalarios donde predomina una lógica biomédica despersonalizada.

El personal disponible para la atención del parto en el Eje Cafetero

El personal de salud disponible para la atención de la gestación, el parto y el posparto en los departamentos de Caldas, Quindío y Risaralda pone en evidencia las marcadas desigualdades en la distribución y composición de los equipos médicos y de enfermería. Estas diferencias tienen un impacto directo en la garantía de un acceso oportuno, seguro y respetuoso a los servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres y personas gestantes. La información presentada fue entregada por las instituciones hospitalarias mediante solicitudes realizadas a través del mecanismo de derecho de petición y corresponde al periodo comprendido entre los años 2020 y 2024.

En el caso del **departamento de Caldas**, la ESE Hospital San Félix, ubicado en el municipio de La Dorada, dispone de un equipo conformado por (1) ginecobstetra, (3) enfermeras —(1) para la sala de partos

y (2) en hospitalización ginecobstétrica—y (12) auxiliares de enfermería —(8) en hospitalización y (4) en sala de partos—, lo que sugiere una cobertura básica para la atención obstétrica. En contraste, la ESE Hospital Local San Juan de Dios del municipio de Pensilvania reporta únicamente (2) enfermeras, (15) auxiliares de enfermería y ningún dato que permita establecer con cuántas médicas o médicos cuenta la institución, datos que plantean interrogantes sobre la disponibilidad de atención especializada. Asimismo, la ESE Hospital San Lorenzo del municipio de Supía dice contar con (1) enfermera y (18) auxiliares de enfermería, pero tampoco proporciona información sobre médicas o ginecobstetras, limitando su capacidad para atender situaciones obstétricas de mayor complejidad.

Por su parte, en el **departamento del Quindío**, la disponibilidad de personal también varía considerablemente entre instituciones. La ESE Hospital La Misericordia de Calarcá reporta (1) ginecobstetra, (7) enfermeras y (22) auxiliares de enfermería, sin registro de médicas ni especialistas en ginecobstetricia, lo cual podría afectar la atención integral durante el parto. A su vez, la ESE Hospital Pío X de La Tebaida no proporciona información sobre el personal destinado a la atención y esto no permite establecer una evaluación ni seguimiento al cumplimiento de los derechos reproductivos en esa zona del departamento.



En cuanto al departamento de Risaralda, se identifican contrastes importantes en la capacidad instalada de sus hospitales. La ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira sobresale por su personal, cuenta con (18) ginecobstetras — (16) en funciones generales y (2) en cuidados intensivos—, (1) médica general, (16) enfermeras y (40) auxiliares de enfermería, configurando un escenario con alto nivel de respuesta para la atención obstétrica. El Hospital del Centro-Salud de Pereira, sin bien de menor escala, cuenta con (3) ginecobstetras, (1) enfermera y (15) auxiliares de enfermería. En un poco más apartadas como es el caso del municipio de Quinchía, la ESE Hospital Nazareth cuenta con (4) medicas generales y (23) enfermeras, pero no entrega datos frente a cuántas auxiliares de enfermería y especialistas en ginecobstetricia trabajan en sus instalaciones. Finalmente, la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal dispone de (2) ginecobstetras, (6) enfermeras y (54) auxiliares de enfermería, mientras que la ESE Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Santuario presenta una dotación más reducida, con solo (2) enfermeras y (15) auxiliares, sin brindar información sobre cuántas médicas generales y especialistas en ginecobstetricia trabajan allí, lo que no permite establecer el alcance de su atención en obstetricia.



Herramientas para resistir y exigir nuestros derechos sobre parto

En medio de las indagaciones realizadas durante la elaboración de esta investigación y a través del trabajo del Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia (MNSSR), y la experiencia en acompañamiento de Camila Bonilla, mamá, abogada y promotora del parto humanizado en el país, se han recopilado diversas herramientas jurídicas, informativas y pedagógicas para la descarga y consulta, todas ellas orientadas a garantizar el ejercicio libre, autónomo e informado de los derechos sexuales y reproductivos, particularmente durante las etapas de gestación, parto y posparto.

Para el periodo del embarazo, se incluyen recursos con especial énfasis en la atención a personas gestantes en situación de migración o que hacen parte de la población sexualmente diversa, considerando las barreras específicas que enfrenta en el acceso a la atención. En lo que respecta al parto, se incorporan documentos como el plan de parto, concebido no sólo como una guía de preferencias médicas, sino también como una herramienta para el ejercicio del consentimiento informado. Asimismo, se incluyen orientaciones para la solicitud de la placenta, en reconocimiento a prácticas culturales de comunidades indígenas y afrodescendientes realizan siembras o medicinas placentarias como parte de su cosmovisión.

En la etapa del posparto, se presentan rutas posibles para la obtención del certificado de nacido vivo y el registro civil en casos de parto domiciliario, junto con lineamientos sobre el acceso a licencias de maternidad y paternidad —incluyendo hombres trans y cisgénero— así como mecanismos para denunciar situaciones de violencia obstétrica. En conjunto, estas herramientas buscan fortalecer la autonomía reproductiva y visibilizar las múltiples formas de vulneración que enfrentan de manera diferenciada las personas gestantes en el país.

Recomendado: [Descarga la caja de herramientas para exigir tus derechos durante la gestación.](#)

Algunas conclusiones

- * Las instituciones de salud del Eje Cafetero no reconocen la violencia obstétrica, y prefieren hablar únicamente de parto respetado.
- * Hay una invisibilización estructural de la violencia obstétrica. La falta de reconocimiento explícito de esta violencia como una forma específica de violencia basada en género por parte del Estado colombiano constituye no solo una omisión institucional, sino también una forma de violencia epistémica. Esta negación impide la producción de datos oficiales, margina los saberes contruidos desde las experiencias de las mujeres y personas con capacidad de gestar y perpetúa una narrativa

biomédica que deslegitima otras formas de conocimiento, atención y acompañamiento en el proceso de parto.

- * El acceso a la justicia reproductiva en el Eje Cafetero se ve limitado por la falta de reconocimiento institucional de la violencia obstétrica, la ausencia de protocolos diferenciales (no basta con la Ley de parto digno, respetado y humanizado, ya que esta no reconoce a las personas con capacidad de gestar) y mecanismos efectivos de prevención, atención y reparación, así como barreras estructurales que enfrentan las personas gestantes y las mujeres en su diversidad, en razón de su pertenencia étnico racial o grupo poblacional, discapacidad o identidad de género.
- * La implementación de la Ley 2244 de 2022 es limitada e insuficiente. Aunque la Ley de parto digno, respetado y humanizado representa un avance en el reconocimiento de derechos durante la atención, su ambigüedad conceptual al evitar nombrar la violencia obstétrica limita su capacidad para revisar el sistema médico en su estructura. La persistencia de barreras estructurales como la falta de personal, la resistencia del gremio médico a reconocer prácticas violentas y la débil implementación institucional, revelan la distancia entre el marco normativo y su aplicación efectiva en el sistema de salud colombiano.
- * El gran número de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de baja complejidad y de nivel 1 en el Eje

Cafetero, frente a la escasa presencia de centros de alta complejidad y nivel 3, refleja una brecha significativa en la capacidad del sistema de salud para atender de manera oportuna y segura los partos con complicaciones. Esta limitación estructural no solo restringe el acceso a una atención obstétrica especializada, especialmente en zonas rurales y empobrecidas, sino que configura un escenario propenso a la violencia obstétrica por omisión o negligencia institucional, en contravía de lo establecido en la Ley 2244 de 2022. La entrada tardía en vigor del derecho al acompañamiento continuo durante el parto en algunos centros de salud en el Eje Cafetero, como el Hospital La Misericordia de Calarcá, Quindío, demuestra la brecha entre la legislación y su aplicación.

- * La marcada disparidad en la infraestructura disponible entre hospitales con el mismo nivel de complejidad, evidencia la falta de criterios unificados para la estandarización de la atención obstétrica en la red pública del Eje Cafetero. Esta desarticulación genera diferencias significativas en las experiencias de parto según el lugar de residencia, profundizando las inequidades territoriales en el acceso a servicios de salud dignos y de calidad.

Atención al duelo perinatal y gestacional

- * Es evidente la ausencia de espacios diferenciados y adecuados para el trabajo de parto, el puerperio y el duelo perinatal, lo que demuestra una desatención sistemática a las dimensiones emocionales, simbólicas y relacionales del parto. Esto deja en evidencia que persiste dentro de la atención un enfoque principalmente técnico y biomédico que margina las necesidades afectivas y subjetivas de las personas gestantes.
- * A pesar de la existencia de la Ley 2310 de 2023 (Ley de brazos vacíos), persiste la ausencia de espacios privados, recursos físicos diferenciados y rutas de atención en hospitales de baja, mediana y alta complejidad en la región, constituye una vulneración del derecho a la salud integral. Esta omisión institucional no solo incrementa el dolor emocional de las personas que enfrentan pérdidas gestacionales o neonatales, sino que refuerzan patrones de atención que minimizan el duelo perinatal como una experiencia legítima y profundamente humana.
- * La ausencia de espacios privados, recursos físicos diferenciados y rutas de atención en hospitales de baja, mediana y alta complejidad en la región, constituye una vulneración del derecho a la salud integral. Esta omisión institucional no solo incrementa el dolor emocional de las personas que enfrentan pérdidas gestacionales o neonatales, sino que refuerzan patrones de atención

que minimizan el duelo perinatal como una experiencia legítima y profundamente humana.

- * Hacén falta mecanismos de participación que permitan una verdadera evaluación a la atención

- * Persisten las prácticas institucionales que vulneran la autonomía y dignidad de las mujeres y personas gestantes. Los bajos niveles de implementación de rutas de atención para un parto digno, la ausencia generalizada de mecanismos de evaluación de los sistemas de PQRS y la negativa de algunas instituciones a permitir el acompañamiento durante el trabajo de parto, evidencian una persistente desatención institucional a los principios del respeto, información y autonomía corporal. Estas omisiones deben ser entendidas no sólo como fallas administrativas, sino como expresiones de una violencia estructural que, como advierten autoras como Rita Segato (2023) reproduce la subordinación simbólica de las mujeres en el espacio hospitalario.

El enfoque diferencial se reduce a pequeñas acciones, no es contundente

- * Existen avances en la atención con enfoque de género y diversidad, pero con vacíos en la interculturalidad. Por ejemplo, aunque en el Hospital Local San Juan de Dios de Pensilvania ha comenzado procesos de formación en atención a personas trans y víctimas del conflicto armado, la ausencia de acciones espe-

cíficas en enfoque étnico racial evidencia una omisión significativa. Esto es especialmente crítico en una región donde coexisten comunidades indígenas y afrodescendientes, lo que compromete el principio de equidad e interculturalidad en la atención en salud.

- * La identidad étnica, ya sea indígena o afrodescendiente, constituye un factor de riesgo en Colombia para experimentar violencia obstétrica, porque es un país marcado por el racismo, como señalan las investigadoras Policarpa Prieto y Valeria Vallana (2023), en su investigación *Se robaron mi parto* (2023). Investigar la identidad étnica desde una perspectiva cualitativa puede ofrecer una visión clara sobre la incidencia de este tipo de violencia, especialmente en mujeres indígenas y afros, quienes enfrentan procesos de racialización explícita.

- * Aunque la región cuenta con varias IPS que diseñaron y dicen estar ejecutando protocolos en parto humanizado, la falta de intérpretes de Lengua de Señas Colombiana (LSC) y de lenguas indígenas limita el acceso efectivo a una atención verdaderamente inclusiva y digna para personas sordas o que no hablan español, solo por mencionar dos casos en los que se requiere una atención diferencial.

Capítulo 9.

Invisibilización y negación del conflicto armado en el Eje Cafetero: una problemática profunda que amplía las brechas de injusticia social







La historia de Colombia ha estado marcada por ciclos persistentes de guerra, violencia estructural y conflictos sociopolíticos de larga data. La violencia en el país no puede entenderse como un fenómeno lineal ni homogéneo, sino como un elemento consustancial a la conformación del Estado-nación. Así lo plantea la investigadora y activista Diana Marcela Gómez Correal (2024)³⁶, quien señala que distintos tipos de violencias han sido centrales no solo durante la invasión de Abya Yala y el periodo colonial, sino también en el proceso de independencia y en la posterior formación de la República, y que esta última etapa ha estado atravesada por guerras partidistas que responden a una racionalidad violenta, que ha acompañado históricamente la construcción del Estado Colombiano. Como resultado de esta trayectoria, el país ha soportado durante más de cincuenta años un conflicto armado interno, caracterizado por confrontaciones prolongadas entre el Estado y diversos grupos armados.

36 En el libro *De amor, sangre y vientre: Politización de los sujetos victimizados y gestación de una paz transformadora en Colombia*.

Una de las conclusiones de la investigación realizada por la Comisión de la Verdad en el Eje Cafetero, es que esta región ha sufrido una fuerte invisibilización y negación de las violencias asociadas al conflicto armado, aunque en la agenda pública institucional y política constantemente se ha hecho referencia a este territorio como un ***remanso de paz***.

Según el Registro Único de Víctimas (RUV, 2025), el Eje Cafetero registra al menos 213.181 víctimas de desplazamiento forzado, 47.639 homicidios, 249 eventos de reclutamiento forzado a menores de edad y 6.551 casos de desaparición forzada. Sin embargo, en abril de 2024 el director territorial de la Unidad para las Víctimas en el Eje Cafetero, Luis Eduardo Torres, en entrevista con Caracol Radio, expuso que las cifras eran más altas: para la fecha la región tenía **282.000 víctimas del conflicto armado**, inscritas en el registro único de víctimas, siendo el departamento de Caldas el más afectado:

“Tenemos un montón de víctimas, yo no sé muchas veces qué es lo que pasa con los criterios de focalización de lo que es el conflicto armado en el Eje Cafetero. Pero tenemos 282.0000 víctimas inscritas en el Registro Único de Víctimas, de las cuales para

el departamento del Quindío tenemos 95.000, 115.000 Risaralda, y 220.000 el departamento de Caldas, más o menos”.

Dentro de las principales violencias registradas se encuentran: el desplazamiento forzado, los homicidios, la violencia sexual y la desaparición forzada. Sin embargo, el negacionismo y la invisibilización del conflicto armado en la región es una constante. Así lo narra Lorena, integrante de una organización de mujeres y personas buscadoras de sus familiares desaparecidos del Quindío y Eje Cafetero:

“Hemos recibido tanta indiferencia social y tanto negacionismo sobre todo en esta área del Quindío y Eje Cafetero. No podemos seguir mintiéndonos, porque el problema de esta zona es ese. Y eso es lo que ha hecho más difícil que las cosas que tienen que pasar sucedan, como la justicia, saber la verdad, la reparación. Empezando por la reparación, esto es un “remanso de paz” y de turismo entonces “¡aquí no pasa nada!” En el caso del Quindío, la única que habla de esa verdad es la Defensoría del Pueblo a través de las SAC, son los únicos que tocan la historia de que aquí sí pasa. Son los únicos que han hablado de presencia de grupos armados. Cómo van a negar la realidad si aquí hubo tomas guerrilleras en Génova y Pijao”.

La naturalización de las violencias y la baja visibilidad de la injerencia de los diferentes grupos armados ilegales en la región, han posicionando un discurso negacionista detrás del cual se silencian hechos victimizantes como: desplazamientos, desapariciones y reclutamientos forzados, homicidios selectivos,

hostigamientos, secuestros, violencia sexual, entre muchos otros. Dificultando así el reconocimiento y la reparación de las víctimas y de la sociedad en general, en relación con las violencias asociadas al conflicto, el acceso a la justicia, la verdad y la no repetición.

En el capítulo regional del Eje Cafetero que se encuentra en Colombia adentro, la Comisión de la Verdad plantea los siguientes factores para que esta negación e invisibilización del conflicto se manifieste, todas movidas por élites económicas y políticas, actores armados ilegales e institucionales:

- * La estrategia política para sostener una imagen institucional fuerte.
- * La cultura asociada a la prosperidad, el civismo y el desarrollo.
- * La estrategia económica y política para sostener espacios de poder por medio de dinámicas entre la legalidad y la ilegalidad, y el deseo de mantener intereses particulares anclados a lo segundo.
- * Los mecanismos de disuasión intencional de actores ilegales para ejercer control territorial con poca vigilancia e interferencia de instituciones gubernamentales.

Entre la huída, el silencio y la resistencia: conflicto armado en la piel de las mujeres

El conflicto armado en Colombia tiene cuerpo de mujer. A través de sus ojos, manos, arrugas y los golpes que ya no se ven pero que todavía duelen, se reflejan la angustia, el terror, la huida, la muerte y la violación. Los hombres son los dueños de la guerra, las mujeres y los niños las principales víctimas. Es la mujer huérfana, viuda, madre soltera, violada, desplazada, secuestrada, desaparecida y asesinada, quien vive el terror que ocupa el campo y dispara, sin piedad a las hijas de Colombia, a la zozobra y a la impunidad.

Margarita Rosa Cadavid Rico, en *Mujer: Blanco del Conflicto Armado en Colombia* (2014).

Las investigaciones sobre el conflicto armado en Colombia son numerosas, teniendo en cuenta que las formas en las que se han movilizado dichos conflictos cuentan con entramados de alta complejidad que se han reconfigurado tantas veces como ha sido posible. Debido a esto, no solo ha sido necesario que el Estado asuma ciertos compromisos y responsabilidades respecto al conflicto, sino también que lo investigue y comprenda, en aras de proporcionar herramientas en torno a su mitigación. Comúnmente estas investigaciones se han enfocado en cómo se han visto afectadas las víctimas, y han planteado diferentes formas de construcción

de memoria, lo que resulta imperativo para una sociedad que tiene dinámicas tendientes al olvido.

Sin embargo, también ha sido común que en las investigaciones sobre conflicto armado no se tenga en cuenta el enfoque de género y diferencial, especialmente en lo relacionado a las formas en las que las mujeres han vivido la guerra durante el conflicto armado y en reconocerlas y posicionarlas también como violencias basadas en el género:

“[...] la violencia de género ha tenido un escaso lugar propio. Resulta desconcertante que sólo hasta las últimas dos o tres décadas se haya hecho un reconocimiento explícito de la violencia de género contra las mujeres, no obstante, sus recurrentes y ostensibles manifestaciones en los conflictos modernos tanto en guerras interestatales como en guerras civiles”, destaca el Centro Nacional de Memoria Histórica en Mujeres y guerra. Víctimas y resistentes en el Caribe colombiano.

En los últimos años, distintas académicas, activistas, investigadoras, organizaciones defensoras de derechos humanos y mujeres de diversas áreas han visibilizado la importancia de investigar y comprender el sufrimiento y los impactos diferenciados que viven las mujeres y las diversidades dentro del conflicto armado. Comprendiendo a su vez, que las mujeres en el conflicto armado como en la vida no ocupan solamente un rol pasivo y desde los ámbitos domésticos, sino que también las mujeres ejercen roles activos y relacionados con otras áreas por fuera de

los conocidos roles y estereotipos de género. Esto implica un giro y abordaje especial, tanto en las investigaciones en referencia a estos temas, como en las formas en las que el Estado piensa y plantea la reparación de las víctimas, ya que las mujeres y personas diversas sufren y enfrentan la agudización y exacerbación de las violencias en contextos de guerra, y en relación con otras características identitarias como la pertenencia étnica, las condiciones económicas, la edad, entre otros aspectos que se han mencionado antes.

Los cuerpos de las mujeres y de las personas disidentes del sistema sexo-género han sido históricamente convertidos en territorios de violencia y disputa.

Las violencias ejercidas sobre estos cuerpos constituyen expresiones sistemáticas de una lógica bélica sustentada en estructuras cisheteronormativas, patriarcales y racistas, profundamente arraigadas en la sociedad, que operan como dispositivos de poder orientados a marcar y dominar cuerpos y subjetividades.

La activista Guatemalteca Lorena Cabnal señala al cuerpo como el primer territorio colonizado en contextos de violencia estructural, y en espacios donde se inscriben las lógicas del poder patriarcal, racista y colonial. Así, plantea el concepto *cuerpo-territorio*, en el que demuestra cómo el cuerpo, especialmente el de las mujeres y de las personas disidentes al sistema sexo-género, se convierte en campo de disputa entre los sistemas de opresión y las prácticas

de despojo e injusticia, pero también lugar gestante de la posibilidad de resistencia, la memoria, la emancipación y la transformación.

Desde las lógicas coloniales de la guerra, las mujeres son instrumentalizadas por los grupos armados, y sus cuerpos son vistos como escenarios para el castigo, el despojo y el control social. Como “premio” o “botín” de guerra, fuerza de trabajo, objetos sexuales y de compensación, y como lugar para la comunicación simbólica por medio de sus cuerpos y de las violencias exacerbadas en su contra.

En esta misma línea, la violencia sexual fue utilizada como una herramienta estratégica y sostenida, destinada a humillar, deshumanizar y borrar subjetividades de las mujeres, con el objetivo de desestructurar el tejido social y ejercer dominio sobre los territorios. Así, la guerra se instaló en las mujeres, en sus territorios, en sus hogares, en sus cuerpos, e incluso dentro de sus vientres. (Comisión de la Verdad, 2022).

Las violencias sexuales, no fueron ni son aleatorias, sino parte de una lógica militarizada que convierte los cuerpos en campos de batalla. Según la Comisión de la Verdad (2022), **los actores armados comprendieron que controlar el territorio implicaba controlar a las mujeres por su lugar en el tejido social y comunitario.**

Así, las violencias sexuales no ocurrieron ni ocurren como hechos contingentes o aislados de la confrontación bélica, sino que se enmarcan en el cumplimiento de objetivos estratégicos por parte de los grupos armados, quienes utilizaron la violencia sexual como

una forma de obtener ventajas en las disputas territoriales y de instaurar un orden basado en el miedo y la sumisión (Comisión de la Verdad, 2022), por lo que estas violencias y vulneraciones fueron cometidas contra personas de orientación sexual y género diverso. Formas de violencias que a su vez son un mensaje político dirigido no solo a las víctimas directas, sino a toda la población.

Las violencias ejercidas, como las sexuales, el desplazamiento forzado y el feminicidio, no solo buscan someter a las mujeres sino también afectar a las comunidades de las que hacen parte. Violentar a las mujeres de forma agudizada debilita sus lazos familiares, sociales, comunitarios y los territorios que habitan. Ya que las mujeres en sus diversidades ejercen roles en la sociedad que son fundamentales para el sostén, la defensa de la vida y del tejido comunitario, así como el ejercicio de las labores de cuidado de la vida, el territorio, el hogar, la educación y el alimento.

La desarticulación del tejido social, es una estrategia que perpetúa la guerra. Es común que los hombres sean asesinados y desaparecidos, que hijos e hijas sean reclutados de forma forzada, las mujeres y niñas ultrajadas, y que las mujeres y personas sobrevivientes se vean obligadas al silencio por sobrevivencia, al desplazamiento, el exilio, al miedo. Y también a la búsqueda de justicia, verdad, reparación y vidas dignas.

Pues las mujeres dentro de las sociedades construyen redes y sostienen tanto a las familias como a los grupos poblacionales. Y muchas de las mujeres víctimas y sobrevivientes también lo siguen haciendo de múltiples formas. La

magnitud de las violencias ejercidas durante el conflicto armado, especialmente aquellas dirigidas contra mujeres y personas diversas, no solo dejó cicatrices profundas en los cuerpos y territorios, sino que también impulsó formas de resistencia, reconstrucción, memoria, justicia y liderazgo comunitario. En medio del dolor y del intento sistemático de eliminación y silenciamiento, surgen voces que decidieron no callar más.

Para muchas mujeres sobrevivientes, el tejido comunitario constituye un ejercicio de justicia restaurativa y memoria feminista, en el que las heridas se convierten en relatos compartidos, en visibilización de las violencias, y en procesos de sanación y exigencia de la justicia desde lo colectivo, que transforma el dolor en resistencia y en semilla para nuevos mundos posibles.

¿Cómo se viven las violencias del conflicto armado cuando se habita una identidad diversa?

Las personas disidentes al sistema sexo-género fueron objeto de persecución sistemática, estigma social y, en muchos casos, asesinatos, torturas y desapariciones forzadas. Estas violencias fueron parte de una estrategia de imposición del orden cisheteropatriarcal en donde se buscó instaurar un control moral, político y territorial basado en la exclusión de toda identidad considerada “anómala” o “indeseable” (Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, 2022), como las personas de identidad de género y orientación sexual diversa.

Durante muchos años, el reconocimiento de las violencias diferenciadas en los cuerpos de las mujeres y personas con orientación sexual o identidad de género diversa, fue minimizado, estigmatizado, e incluso negado.

Según la sección titulada *Antecedentes del conflicto armado colombiano* del capítulo *Mi cuerpo es la verdad. Experiencias de mujeres y personas LGBTIQ+ en el conflicto armado*, de la Comisión de la Verdad: “El conflicto armado colombiano no solo confrontó grupos armados; también devastó las vidas de millones de civiles que nada tenían que ver con la guerra, pero habitaban los territorios que estaban en disputa, entre ellos, personas LGBTIQ+. Las armas exacerbaron las violencias cotidianas que vivieron en distintos ámbitos —como el familiar, laboral y educativo— y dejaron 5.360 afectados según el Registro Único de Víctimas”.

De la misma forma que son cada vez más reconocidas las violencias estructurales apoyadas en el sistema patriarcal y capitalista en contra de las mujeres, es indispensable reconocer, comprender, investigar y visibilizar que estas violencias también son ejercidas en contra de las personas diversas y de aquellas que no obedecen a la norma socialmente establecida: se violenta no solo a quien se concibe como enemigo, sino también como diferente.

Los prejuicios, estereotipos y roles de género, propios del sistema patriarcal y serviles al sistema económico y guerrerrista existente, han sido una constante para la

naturalización y justificación de las violencias que viven las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas. Especialmente las ideas y creencias religiosas, que arbitrariamente dividen a las personas, sus identidades y deseos en “buenas” y “malas”. Legitimando discriminaciones, exclusiones, violencias y limitaciones y oposiciones a los derechos de las mujeres y personas diversas. De estos discursos se han nutrido y aprovechado los actores armados legales e ilegales, y ha servido de base para declararlas objetivo militar, avalando su humillación, castigo y exterminio, para instaurar un orden social que no permite la diferencia.

El poderío de los cuerpos armados en los territorios y la efectividad de la consecución de los fines perseguidos tiene como principal objetivo el control social y territorial. Este es usado como medio de vigilancia y dominación de los cuerpos y las sexualidades diversas mediante burlas, tratos despectivos y vulneraciones constantes de los derechos de las personas diversas. Y en relación con el ejercicio de otros derechos y libertades como ejercer el trabajo sexual, consumir sustancias psicoactivas, entre otros aspectos que ponían, y aún ponen en riesgo la vida y la seguridad de las personas, especialmente las más vulnerables.

Lo anterior se evidencia en el fenómeno de la *limpieza social*, en la que se focalizan los homicidios sobre grupos poblacionales específicos y en mayores condiciones de vulnerabilidad como personas habitantes de calle, mujeres trans, trabajadoras sexuales, población LGBTIQ+, personas empobrecidas,

enfermas y en condiciones de discapacidad. Según el artículo “Panfletos y limpieza social. Efectos mortales y no mortales” de Carlos H. Fernández y Silvia Otero Bahamón, *“los primeros eventos que podrían catalogarse como ‘limpieza social’ sucedieron en Pereira en 1979”. Solo un año más tarde, se extendería a Medellín y Bogotá.*

Esta práctica se alinea con metodologías violentas que buscan la inexistencia de lo que no se encuentre dentro de la heterocis-normatividad, tal como podría describirlo una de las lideresas defensoras de Derechos Humanos de las personas trans en Risaralda y el Eje Cafetero:

“Yo tenía un salón de belleza en un pueblito que se llamaba Villamaría en Caldas y allí me hicieron un atentado, me tocó irme, salirme de ahí y viajar al extranjero. La historia es muy larga, a muchas de mis pares de ese entonces nos tocó irnos porque para nadie es un secreto que el Estado era quien nos estaba matando con grupos de limpieza. Vi morir a muchas de mis amigas solo en Manizales, vi matar 42. Hicieron atentados contra mí muchísimo, para nadie era un secreto que estábamos en medio del conflicto porque si estábamos en una calle haciendo el trabajo sexual (...) era la policía que nos llevaba a extorsionarnos: denos la plata que tienen para la gasolina o se va a hacer aseo, a lavar baños a los calabozos y las dejamos salir, o a favores sexuales”.

Lideresa de Fundación que vela por los derechos de las personas trans y población LGBTIQ+ en Risaralda (2024).

Bajo este panorama coexisten el deseo por las personas con identidades de género y orientación sexual diversa, a la vez de la criminalización, el estigma, la violencia, el castigo y la aniquilación por habitar esas diversidades en un sistema que dictamina arbitrariamente no hacerlo. Los hombres y grupos armados como una de las máximas expresiones del patriarcado y del mandato de masculinidad, ejercen su poder y dominación mediante múltiples violencias, como queda expuesto en el testimonio de Alejandra:

“El *favor sexual*, pues ya sabemos en qué consistía: siempre cogían a las más bonitas para eso. Las feas, desafortunadamente qué pesar, si no cumplían los prototipos de feminidad y belleza que la sociedad exigía, las desnudaban, les pegaban, las torturaban, las empalaban, las dejaban desnudas a las afueras de la ciudad. Y eso no era todo lo que me tocó vivir, porque nosotros éramos nómadas, nosotros éramos intermitentes, salíamos de una ciudad, nos sacaban de Cali, de Bogotá, de Medellín, de Pereira, entonces a mí me tocó una época donde andamos todo el país”.

Como cuenta la lideresa Alejandra, las amenazas y los riesgos eran tan altos que tenían que desplazarse constantemente a otros territorios para intentar salvar sus vidas, aunque para muchas fue imposible. Además, fueron obligadas a separarse de sus familias, hogares y trabajos, y forzadas a ejercer el trabajo sexual para poder sobrevivir.

Los grupos armados legales e ilegales ejercían torturas, maltratos, racismo, transfobia, explotación sexual, y amenazas a las mujeres trans y personas LGBTIQ+. Además,

imponían estándares de belleza como forma de control sobre los cuerpos de las personas con orientación sexual e identidad de género diverso, expone Alejandra, lideresa defensora de los Derechos de las personas con experiencia de vida trans:

“Cuando las mujeres trans éramos bonitas se nos veía únicamente como objetos sexuales. Éramos las primeras que en una batida, en una redada, en cualquier ciudad del país cogían. Nos separaban: las bonitas van para un lado, a las feas las llevaban a otro calabozo, les pegaban, las torturaban, las bañaban y las trataban con calificativos terribles, ‘marica, a usted no le da pena, usted un hombre tan feo y negro y marica’, eso era una cosa horrible. Las bonitas y femeninas, ahí éramos bien vistas, de hecho era así en la sociedad. Y si salíamos a un lugar en el día o algo, nos miraban o admiraban, pero si veían a una trans diferente, le tiraban un tomate, una piedra o la insultaban”.

Los cuerpos de personas LGBTIQ+ fueron usados como blancos simbólicos para reforzar identidades normativas y masculinidades hegemónicas. La violencia sexual y la violencia “correctiva” —comprendidas como violencias por prejuicio—, especialmente contra mujeres lesbianas, bisexuales y personas trans, constituyeron estrategias disciplinarias de “castigo ejemplarizante”, cuyo propósito era y es destruir las identidades de quienes encarnaban cuerpos disidentes y enviar mensajes de control social. Sin embargo, históricamente las personas diversas han resistido, han luchado y han tomado la libertad que es suya: sus cuerpos-territorios como espacios para la ex-

ploración de la identidad y de la vida, para la reivindicación propia, para la memoria, y para la búsqueda del buen vivir (que sería algo cercano a la justicia).

Continuum de violencias en los cuerpos de las mujeres: la ausencia de fronteras entre la guerra y la paz.

El hecho de que las mujeres sean violentadas en distintos momentos de su vida, por distintos actores, tanto en contextos de guerra como dentro de su propio hogar, en espacios educativos, de salud, laborales, institucionales, constituye el patrón del continuum de violencias basadas en género. Un ciclo que agudiza los impactos de las violencias y desigualdades en las vidas de las mujeres y personas diversas, obstaculizando aún más sus posibilidades de vida digna.

“La idea de continuum de las violencias responde a la pregunta: ¿por qué pareciera que la frontera entre guerra y paz no es tan significativa cuando se habla de la vida de las mujeres? Como se evidencia en los conflictos armados contemporáneos, la violencia contra las mujeres no termina cuando se acaba la guerra. Sería significativo hablar de la paz como situación contrapuesta a la violencia y no a la guerra”, expone la Ruta Pacífica de las mujeres en el libro [La Verdad de las Mujeres Víctimas del Conflicto Armado en Colombia](#) (2013).

Mamá Nubia es una mujer de 55 años, sobreviviente de múltiples violencias basadas en género y del conflicto armado.

Creció rodeada de árboles, y sólo pudo ir a la escuela hasta quinto de primaria porque las circunstancias económicas de su familia —como las de tantas familias que habitan la ruralidad— no le permitieron continuar con sus estudios. En ese entonces ella creía firmemente en la idea de un matrimonio que durase toda la vida, pero con el paso del tiempo, ese matrimonio empezó a ser un lugar en el que se sentía en peligro:

“En los primeros años creería que fueron años bonitos y ya después, empezaron a salir los primeros brotes de violencia, ¿cierto? (...) fue como el maltrato físico, o sea, los golpes, empecé a ser aislada de la parte familiar. O sea, ya no acudía mucho a mi casa con mi mamá, con mis hermanos. La verdad que fue disminuyendo poco a poco, pero cuando tú estás enamorada tú no ves nada, es como dentro de lo normal que tengas responsabilidades en tu casa y que ya no te quede tiempo”.

Luego,

“ [...] Se empieza a evidenciar una problemática que con los años apenas vine a entender y era su celotipia, o sea, era extremadamente celoso con todo hombre que se me acercaba. Había pasado algo y en su enfermedad (yo en ese momento no sabía que era una enfermedad) me decía: “es que yo la vi y usted me tiene que decir que sí pasó porque yo la vi”, pero eso hacía parte de su enfermedad. Entonces era muy difícil porque yo no podía decirle que sí pasó algo si no habían pasado las cosas, entonces eso desencadenaba más violencia”.

Las violencias experimentadas por Mamá Nubia dentro de su hogar obedecían a múltiples razones: la celotipia como el deseo de poseer los cuerpos de las mujeres, que se encuadra en los entramados del sistema patriarcal, en torno a la capacidad del género masculino de controlar al género femenino en articulación con el sistema capitalista que presenta los cuerpos de las mujeres desde la cosificación y la facultad de ser adquiridos, expropiados, vendidos, usados como medios de producción, es decir, no como mujeres sino como bienes.

Además de la violencia intrafamiliar, Mamá Nubia fue víctima de amenazas y de desplazamiento forzado.

“Primero, el primer desplazamiento. Nosotros teníamos un carrito de servicio público, y pues cuando tienes servicio público tienes que cargar a todo el que viene a decirte que te paga una carrera para allí y para acá. Entonces, por eso nos pusieron como entre ojos y nos decían que llevemos para un lado, otro que para el otro, que para el otro. Entonces nos hicieron saber, por medio de alguien que estaba involucrado dentro de ese contexto, que debíamos irnos del pueblo porque ‘si amanecíamos no anocheíamos’. Entonces por primera vez salimos de allá sin nada más encima que nuestra propia ropa, dejando lo poco que teníamos y nos fuimos a vivir a otro lugar”.

La sociedad colombiana, atravesada históricamente por múltiples escenarios de guerra y conflicto, tiene profundas secuelas económicas, políticas, culturales y sociales que

han contribuido a la fragmentación del tejido social y la pérdida de confianza colectiva. Estas emociones surgen no solo por la presencia directa de actores armados, sino también por el riesgo de que las personas fueran identificadas como aliadas de alguno de los bandos del conflicto, lo que puede representar una amenaza directa para sus vidas (Maria Cristina Palacio y María Rocío Cifuentes, 2005). Que las personas fueran señaladas de ser colaboradoras de uno u otro actor armado podía ser razón suficiente para que fueran desplazadas, como en el caso de Mamá Nubia, violentadas, desaparecidas, o asesinadas.

Mientras Mamá Nubia estaba siendo víctima de violencia intrafamiliar en su hogar, se enfrentaba de forma paralela a un segundo desplazamiento forzado.

“Regresamos a la finca de mi suegro. Ya no nos desplaza el contexto de la violencia de la guerrilla sino del paramilitarismo, que fue el primero que nos violentó [...] Empezó a haber el problema del paramilitarismo, porque va tras la guerrilla, y los “falsos positivos”, porque hay que demostrar que se está haciendo algo. Fue demasiado fuerte porque es la violencia con la que más se reconoce lastimosamente a Trujillo, Valle, que fue la muerte del sacerdote, del descuartizamiento. El que las mamás tuvieran que desplazarse hasta Marsella a recoger los cuerpos de sus hijos en el río Cauca. Yo vivía en el pueblo cuando eso y fue una época de demasiado miedo y terror. Bajaban, de los diferentes municipios, en las volquetas a los muertos. Fue una época muy fuerte”.

Es aquí en donde se hace visible el continuum de violencias y se evidencia, como se plantea en el *Informe de Comisión y Verdad* de la Ruta Pacífica de las Mujeres, que esa frontera entre guerra y paz no está tan demarcada para las mujeres como para los hombres; ya no se hace referencia únicamente a situaciones de conflicto armado interno, sino también a lo que pasa en los hogares, en las calles, en los lugares de trabajo. No ha habido tregua en el accionar violento contra las mujeres. Sus cuerpos siguen siendo azotados por la violencia, incluso cuando la guerra deja de ser la principal perpetradora.

La Unidad de Víctimas en su observatorio plantea un reporte de indicadores de riesgo para Mujeres desplazadas, en el que se evidencia que las mujeres víctimas de desplazamiento forzado son más susceptibles a ser víctimas de delitos en contra de la libertad e integridad sexual, trata de personas, esclavitud sexual o prostitución forzada, entre otras mencionadas también por la Corte Constitucional de Colombia en el auto 092 de 2008, como reclutamiento forzado de sus hijos e hijas por los actores armados al margen de la ley, esclavización para ejercer labores domésticas, persecución, asesinato o desaparición de ellas mismas o de sus grupos familiares y de sus redes de apoyo material y social.

Las razones por las que estas violencias continúan con tanta vitalidad incluso fuera de los contextos de guerra, como ya se ha mencionado antes, están basadas en los imaginarios colectivos sobre lo que son y representan las mujeres en de las sociedades,

como afirma la antropóloga y feminista argentina Rita Laura Segato en una entrevista dada a la revista Contexto: “Quien puede matar mujeres, torturarlas hasta la muerte, sabiendo que quedará impune, está pasando un mensaje de dominación a la sociedad, de *dueñidad* en un mundo de dueños. Más que de desigualdad, hoy deberíamos hablar de *dueñidad* porque el grado de concentración de la riqueza es obsceno, el ritmo con que se va concentrando el número de personas que son propietarias de la riqueza es vertiginoso. Entonces la impunidad en el uso del cuerpo de las mujeres, por ejemplo en la trata, es un termómetro de esta *dueñidad*. Es una manifestación, una expresión, un síntoma de un mundo de dueños. (Rita Segato, 2017)

La antropóloga —quien acuñó este término— expone que en una sociedad capitalista y en la que las mujeres históricamente han sido promulgadas como objetos pertenecientes al patrimonio de los hombres, las mujeres también son despojadas desus derechos al no ser consideradas personas, por lo que la solución a estas profundas violencias no se encuentran únicamente en la creación y promulgación de leyes —que, aunque necesarias, resultan insuficientes—, ya que el problema principal está arraigado en el imaginario colectivo, esas ideas, creencias, estereotipos y roles sociales que perpetúa el continuum de violencias inscritas en los cuerpos de las mujeres y las personas diversas.

**Cuerpos, territorios y resistencias:
liderazgos comunitarios como
sanación colectiva**

La magnitud de las violencias ejercidas durante el conflicto armado, especialmente aquellas dirigidas en contra de mujeres y personas diversas, no solo dejó cicatrices profundas en los cuerpos y territorios, sino también formas de resistencia, reconstrucción, memoria, justicia y liderazgo comunitario. En medio del dolor y del intento sistemático de eliminación y silenciamiento, surgen voces que decidieron no callar más.

Con el tiempo, muchas mujeres sobrevivientes al conflicto armado interno decidieron romper el ciclo de silencio. Se organizaron para exigir justicia y acoger a otras, empezaron a narrarse desde la digna rabia, una fuerza movilizadora que transforma el dolor en acciones políticas y comunitarias, y empezaron su proceso para sanar en colectividad.

Una de esas voces es la de Ludirlena Pérez, lideresa del municipio de La Dorada, Caldas, sobreviviente de múltiples violencias como secuestro, desplazamiento forzado, tortura, empalamiento, y otras. El trabajo de Ludirlena ha sido clave en procesos de reparación, reconciliación y búsqueda de justicia. En el año 2009 cofundó la Asociación de Mujeres Víctimas del Conflicto Armado Gestionando Paz, junto con otras mujeres sobrevivientes. Su activismo y poder transformador demuestran cómo las experiencias individuales de violencias pueden convertirse en apuestas colectivas para la dignidad, la verdad y la transformación social, especialmente en territorios marcados por el miedo, la estigmatización y la impunidad. Su historia forma parte de un amplio entramado de resistencias protagonizadas por mujeres que, desde organizaciones sociales de base,

han liderado procesos de reconstrucción del tejido comunitario, defensa de los derechos humanos, recuperación de sus saberes ancestrales y construcción de paz.

A continuación se presentan algunas voces y experiencias de otras mujeres quienes han sido reconocidas como sujetas políticas, constructoras de memoria y agentes fundamentales en la transformación de sus territorios.

Magola, es una mujer adulta, de mirada firme y voz pausada, que carga en su memoria el impacto que tuvo el año 2000 en su vida. La violencia la expulsó de San Diego, un corregimiento del municipio de Samaná, Caldas y se convirtió en una de tantas desplazadas que llegaron a La Dorada, llevando a cuestas su historia. Magola recuerda aún con rabia cuando el nombre de la funcionaria que le dijo, tras dos semanas de haber llegado a ese nuevo territorio, que ya no era desplazada, y quien en lugar de protegerla, la revictimizó y humilló.

En ese entonces el Estado prometió ayudas, proyectos y formaciones, llegaron los cursos del SENA, y Magola, como muchas otras mujeres, se formó con disciplina y soñó con emprender, pero el respaldo prometido nunca se materializó y las iniciativas que había construido con otras compañeras fueron entregadas a otras manos.

Lo mismo vivió Martha, que huyó con sus hijes a causa del conflicto armado. Al llegar a La Dorada, aquella misma funcionaria le dijo “Otra desplazada más. Se hacen pasar por desplazadas para que uno les dé todo, para eso es que vienen aquí”. La revictimización ejercida por entidades y actores gubernamentales sobre las mujeres desplazadas por el conflicto es constante e impide la reparación y la sanación colectiva.

Martha, con la dignidad herida, cargando con el despojo y el dolor le respondió “Yo no tengo la culpa de ser desplazada. A mí me obligaron a dejar mi tierra”, y se fue llorando hacia el hogar de paso donde se refugió. Pasó el tiempo y llegó un proyecto de vivienda de casas por autoconstrucción para 22 familias desplazadas. Pero la ilusión de un lugar para florecer de nuevo desapareció rápidamente con la sombra del clientelismo, que volvió a aparecer, y varias personas desplazadas quedaron sin nada, mientras otras, que nunca vivieron el horror del despojo, se adueñaron de las viviendas.

En medio de tanta desesperanza, apareció don Ricardo, un hombre solidario, que le habló a Magola de un grupo de mujeres desplazadas también de San Diego que se encontraban en el barrio Las Ferias, a donde acudió. Pero la recibieron con silencio, expresando solamente que ya no necesitaban más mujeres, que estaban completas. Con el tiempo, Magola descubrió que los recursos de los proyectos del SENA habían sido entregados a esta asociación, que la contactó solo una vez para que les enseñara crochet, y justificar así un proyecto. Y aunque Magola lo hizo con esmero, nunca más la volvieron a contactar. Lo que más le dolió no fue el rechazo, sino saber que los fondos que debían permitir a tantas mujeres reconstruirse, eran monopolizados por unas pocas personas. Este grupo fue una de las primeras asociaciones de mujeres en el territorio, sin embargo no representaba lo colectivo sino los intereses individuales, y en poco tiempo sus integrantes se dispersaron.

El relato de vida de Magola y Martha ilustra de forma aguda cómo el desplazamiento forzado en Colombia trasciende el desarraigo físico. No se trata únicamente de perder un territorio, sino sus vínculos sociales, referentes simbólicos y agencia de sus deseos y necesidades como sujetas políticas y legítimas. Tal como señala el Centro Nacional de Memoria Histórica (2015), el desplazamiento forzado implica la pérdida de la vida tal como se conocía, afectando profundamente la continuidad de los proyectos de vida y los sentidos de pertenencia. Las personas desplazadas no sólo dejan atrás su hogar, sino también las coordenadas que le permitían comprender y habitar el mundo.

En este proceso, las personas desplazadas deben reconstruirse desde el despojo y la incertidumbre. En el caso de Magola y Martha, la llegada a un nuevo territorio supuso enfrentarse no solo a las condiciones de precariedad material, sino también a las formas de exclusión, violencia institucional y gubernamental. La respuesta del Estado, lejos de ofrecer garantías de reparación y protección, reprodujo dinámicas de revictimización. La negación de su condición de desplazadas y el trato degradante por parte de la funcionaria pública, son expresiones de violencias simbólicas, entendidas en términos de Bourdieu (2000) como una forma de dominación, reforzando jerarquías sociales y legitimando el silenciamiento. Esta violencia configura un doble despojo: el físico, por el desarraigo territorial, y el simbólico, al negarles el derecho a ser reconocidas como víctimas.

Estas formas de violencia están marcadas por lógicas patriarcales que instrumentalizan a las mujeres, las alejan de ser sujetas políticas y

constructoras de paz, mediante una dinámica que impide la construcción de vínculos empáticos y obstruye el acceso a procesos restaurativos. La filósofa Nancy Fraser (2000) propone que la justicia social sólo se puede alcanzar mediante la redistribución y el reconocimiento. En el caso de estas mujeres, ambas dimensiones fueron negadas: no pudieron acceder a la reparación, ni sus experiencias fueron validadas por la institucionalidad.

Un aspecto importante de estas experiencias es la instrumentalización de lo colectivo. La exclusión de Magola del grupo de mujeres, a pesar de haber compartido sus saberes, demuestra una lógica de despojo epistémico, evidencia cómo incluso los espacios colectivos de mujeres pueden reproducir dinámicas de exclusión y evidencia cómo algunas organizaciones reproducen lógicas neoliberales que valoran la competencia por encima de la solidaridad. Estas dinámicas desdibujan el sentido original de lo colectivo como espacio de cuidado, y lo convierten en una fachada de “empoderamiento” gestionada desde jerarquías y clientelismos.

No obstante, en medio de estas violencias, emerge la resistencia. Con el tiempo se creó una nueva corporación de mujeres con el deseo de sanar, tejer y resistir, que se mantiene hasta el día de hoy sostenida por mujeres resistentes, que se negaron al olvido. Entre ellas Magola y Martha que, junto a otras, empezaron a emprender procesos pedagógicos con mujeres, niñas, niños y adolescentes, activar rutas de atención para la atención de mujeres víctimas de violencias, y emprender caminos pedagógicos en el territorio.

La Corporación de mujeres permitió transformar el dolor en acciones contundentes. Esta organización se convirtió en un lugar para tejer memorias, activar rutas de atención, construir saberes pedagógicos y abrir caminos hacia la no repetición. En este sentido, la memoria no opera como un archivo pasivo sino como una práctica viva y transformadora. Tal como sostiene la socióloga Elizabeth Jelin (2002), al exponer que nombrar el dolor y hacer memoria son estrategias políticas para disputar el sentido del pasado y de la vida misma.

El conflicto armado fracturó y fractura cuerpos, hogares e ideas como parte de un proyecto de dominación y exterminio sustentado en lógicas patriarcales, heteronormativas y coloniales. Son esos mismos cuerpos los que exigen una justicia que dignifique la memoria, reconozca la diversidad de experiencias y repare las huellas inscritas en territorios individuales y colectivos.

La entrevista que recogió estos relatos tuvo lugar en 2024. Para ese momento estas mujeres, mencionan que las violencias siguen vivas en el territorio: jóvenes asesinados, grupos armados operando, vacunas ilegales y amenazas silenciadas por el miedo. En ese contexto, ellas usan la memoria como rebeldía, como estrategia para la no repetición, porque las mujeres no solo sobreviven sino que también luchan, sanan y florecen.

Desaparición forzada el Quindío y el Eje Cafetero: “aquí estamos buscando porque ustedes no lo hacen”

En el Eje Cafetero son más de 4.800 las personas registradas como desaparecidas de forma forzada entre 1985 y 2016. **Alrededor de 760 víctimas eran del Quindío, 1.729 de Risaralda, y 2.344 de Caldas (total 4.833).** Cifra que deja por fuera a las víctimas de desaparición forzada desde 2017 hasta la actualidad.

Según la Comisión de la Verdad, esta forma de violencia es ejercida por grupos armados legales e ilegales —fuerzas armadas, guerrillas, paramilitares, BACRIM (Bandas Criminales)— y ha sido utilizada con distintos objetivos: el control del territorio y las comunidades; la eliminación de personas que pudieran ser un obstáculo en sus actividades y de “personas indeseables” o que están en mayores condiciones de vulnerabilidad (las trabajadoras sexuales, personas con orientación sexual y de género diverso, habitantes de calle, personas consumidoras de sustancias psicoactivas, personas enfermas, personas solitarias); y el asesinato de civiles para hacerlos pasar como bajas de combate y demostrar resultados y/o obtener beneficios.

Los principales responsables de más del 50% de las desapariciones forzadas en Colombia son los paramilitares, seguidos por las FARC-EP (24%), los múltiples responsables (9%) y los agentes estatales (8%).



Esta forma de violencia no solo genera graves impactos para las familias de las personas desaparecidas, sino también para el tejido social, la memoria y el esclarecimiento de la verdad. Según la Comisión de la Verdad, la ausencia de las personas y de sus cuerpos oculta los hechos violentos y asegura la impunidad. Esta revictimización se ve agudizada por las barreras gubernamentales para atender e investigar estos casos, así lo han expuesto constantemente las víctimas de desaparición forzada en el país, como las Madres de Soacha. Fabiola, mujer buscadora del Quindío e integrante de la fundación de mujeres y familiares que buscan a sus seres desaparecidos, expone su experiencia:

“Mi hermano se desapareció y nosotras nos quedamos esperando que la Fiscalía nos iba a hacer la tarea, y nosotras creíamos que la justicia en Colombia era real y que funcionaba. Y mire las horas, 21 años después venir a darnos cuenta que a la justicia realmente no le interesa buscar, no le interesa colaborarnos,

nos toca a nosotros chuzarlos, empujarlos, molestarlos hasta la saciedad para que eso se pueda hacer efectivo”.

Ha sido tanta la falta de apoyo gubernamental y el abandono estatal, que estas mujeres y familias se han visto en la necesidad de organizarse y ellas mismas emprender el ejercicio de búsqueda, tocando puertas, realizando viajes que en ocasiones han puesto en riesgo sus vidas, enviando derechos de petición, siguiendo el rastro de sus familiares con personas que estuvieron cerca a los hechos, solicitando por sus medios los exámenes de ADN para estar en el banco de datos de información relacionada con personas desaparecidas en Colombia. Muchas tareas complejas que tienen costos no solo económicos y materiales, sino también psicológicos, físicos y de seguridad, que en muchas ocasiones superan sus posibilidades.

Una voluntaria de la fundación lo pone en palabras más sencillas, para estas mujeres y familias colectivizarse es un grito de protesta que dice **“aquí estamos buscando porque ustedes no lo hacen”**.

Laura Parra, psicóloga e integrante de Mimbres, Legado para la paz, y parte del equipo que participó en el trabajo de la Comisión de la Verdad en el Eje Cafetero, entrevistada para el reportaje Ni una voz ni un sueño ni un hermano: nunca más desaparecidos publicado en Baudó Agencia Pública, explica que “cuando no se visibiliza y no se reconoce el conflicto, por ejemplo el caso de las desapariciones, las violaciones, desplazamientos forzados y

despojos, es como si aquí no pasara nada, y como no pasa nada, no hay nada qué resolver y como no hay nada qué resolver, pues realmente la justicia no se ve y los casos quedan impunes (...) de todas las esferas que puede tener reparación ninguna se puede abarcar, porque no hay forma de reparar algo que no se está reconociendo. Para poder reparar, para poder construir verdad y construir memoria es importante reconocer, es importante evaluar qué es lo que nos está pasando, como el trabajo que hizo la Comisión”.

La desaparición forzada, unida a la negación e invisibilización del conflicto armado en el Eje Cafetero, agudiza los impactos en las víctimas y aumenta la impunidad de los agresores.

Además de negar los hechos victimizantes, niega y revictimiza a las personas víctimas, a sus familias, comunidades, y a la sociedad en general, ampliando las brechas para la sanación y la reconstrucción del tejido social, como reflexiona Lorena, integrante de la organización del Eje Cafetero integrada por familiares y sobrevivientes del conflicto armado que buscan a sus seres desaparecidos:

“El objetivo principal de nosotros es encontrarlos a ellos y ellas. La dificultad es que tenemos una justicia inoperante y una impunidad total. Y no hay verdad, no hay justicia, no hay reparación. Entonces eso no permite que realmente tengamos un tejido sanador frente a la realidad que nos tocó vivir”.

Martha, madre de su hijo desaparecido fuera de Colombia, destaca los impactos físicos

y mentales que sufren por estas violencias y por el ejercicio de la búsqueda, y destaca cómo el arte y el autocuidado han sido formas de atravesar los dolores y de hacer catarsis:

“Es muy duro tener que soportar la desaparición y tener que seguir viviendo día a día el maltrato del Estado, también de la gente por ignorancia, los comentarios malintencionados, en redes sociales. Uno ve que se desapareció alguien y dicen: *quién sabe por qué se desapareció, la carita que tiene él lo dice todo, ¿en qué estaría metido?, está con el mozo*. No respetan, dicen una cantidad de barbaries, que uno dice guau, tener que seguir aguantando tanta humillación del ser humano (...).

Yo me comencé a autocuidar con ciertas cosas, hay un proyecto de sanación y voy, yo sé que esto no se sana, se restaura, se fortalece uno. Hay días que está vuelto mierda, hay días que parece que fuera el día uno de la desaparición, pero vuelve una y se para, porque sabe que tiene familia, hay otra gente que nos necesita, se siente una querida, apoyada. Esas cosas la tienen a una en pie.

Yo hago macramé, pintar, bordar, que por allá hay una actividad, para allá me voy, que ahora estoy haciendo podcast. Yo tengo que mantenerme activa, porque siento que mi memoria... escribí un poema lo más de bonito que dice que si un día olvidaba todo, ellos me lo ayudaran a recordar [a su hijo]. Porque siento que voy en ese proceso de que voy a sufrir alzheimer. Entonces mire los impactos que tienen estas situaciones tan dolorosas, pero eso no lo ve ni el Estado ni la sociedad, ni la salud, ni los médicos.

Es una cosa delicada, compleja.

Para mí la poesía ha sido un descargue. El escribir, descargar emociones, ha sido también para mí muy importante. No puedo decir que me sané, pero sí se repara una en muchos aspectos”.

En el Eje Cafetero la búsqueda de familiares desaparecidos tiene rostro de mujer

“Las mujeres somos de luchas resistentes, de luchas las que sean, así nos estén diciendo que no ahí estamos, porque sabemos que si nosotras no lo hacemos ¿quién va a venir?, ¿el vecino?, ¿el amigo?, ¿el de la tienda? Nadie va a venir a hacerlo. Somos la voz de nuestros desaparecidos”.

Lorena, integrante de una organización de mujeres y personas buscadoras de sus familiares desaparecidos, Quindío (2024).

La mayoría de personas buscadoras de sus familiares desaparecidos en la región son mujeres, madres, esposas, hermanas, hijas. La mayoría de esas personas desaparecidas son hombres de estratos socioeconómicos bajo o medio que ocupaban roles asignados a lo masculino, como ser trabajadores, proveedores del hogar, protectores, padres. Esta ausencia forzada de los hombres dentro de los núcleos familiares implica que las mujeres y familiares asuman de una u otra forma los roles que desarrollaban esos

familiares, además de las dobles y hasta triples jornadas laborales no remuneradas, para la sobrevivencia y sostén de ellas, sus familias, y la búsqueda de sus desaparecidos.

La desaparición forzada como un hecho victimizante que además, agrava las brechas de desigualdad económica de las mujeres

Ester es una mujer de ochenta años, integrante de la organización de familiares que buscan a sus desaparecidos en el Eje Cafetero. Su hijo desapareció hace quince años, cuando ella tenía 65 y su nieto era un niño de ocho años. Ester con mucho amor se encargó del cuidado de su nieto. Sin embargo, no tenía trabajo en ese momento, ni antes, porque su esposo y sus hijos—dados los roles y estereotipos de género— no se lo habían permitido y se habían encargado de ser los proveedores económicos y materiales del hogar, mientras ella se dedicaba a las labores de cuidados. Pero ellos ya no estaban y Ester nunca había trabajado.

“Yo fui una de las mujeres antiguas de las que no enseñaron a trabajar, los padres decían *ustedes son para un hogar, no para que trabajen*. En ese tiempo las muchachas no trabajaban, se casaban, les enseñaban a lavar, a barrer, a planchar, a tener hijos, a cuidar un hogar, entonces yo nunca trabajé, me casé de 14 años con un señor de 24 que era de una finca. ¿Entonces usted qué cree que iba a hacer?, estar en un hogar a diario lavando, planchando. Entonces los únicos que hablaban y traían dinero era el esposo [...].

Yo quedé con las manos atadas porque de verdad, yo permanecía, les ayudaba con

los niños, por eso me quedó el niño. Y ahí fue donde comprendí que el daño había sido mucho. Y eso les pasa a muchas.

Para darle estudio al niño me tocó hipotecar la casa. Todavía debo, todavía estoy empeñada, y hace quince años, y ahí estoy todavía con esa deuda, pagando intereses. Entonces sí me gustaría que hubiera una reparación que pudiera colaborar con el daño que se hizo en ese entonces, que fue muy duro”.

Para la mayoría de las integrantes de esta organización, buscar a sus familiares desaparecidos ha implicado no solo el aumento de sus actividades y del ejercicio de la búsqueda, sino también el incremento de la pobreza: tienen menos tiempo y salud para trabajar y para buscar a sus familiares “porque buscar es caro, es costoso”, explican, y lo es aún más para las familias que los buscan en otros países, como es el caso de Martha.

Las brechas de desigualdad económica se amplían para las mujeres víctimas del conflicto armado y constituyen una barrera para buscar a sus familiares, para hacer parte de espacios de aprendizaje, cuidados, incidencia social y política.

“¿Saben por qué no vienen muchas?, nosotras tenemos que estar trabajando para sostenernos, porque el que se nos perdió era el que nos daba un sustento. Nos colaboraba en tal cosa, como me pasó a mí”, añade Ester.

Identidad, duelo y abandono: desapariciones de personas diversas



En contextos como el colombiano, el conflicto armado tiene un papel relevante en el espectro de valoración de las violencias vividas por quienes habitan el territorio nacional. Sin embargo, para las personas diversas la llegada de las justicias pareciera un horizonte insuficiente en el remoto caso de que pareciera alcanzable. El restablecimiento, cuando hacemos referencia a que las condiciones de vida puedan volver al estado anterior a la vivencia de un hecho victimizante concreto, no contempla que la experiencia de las personas diversas se encuentra estructuralmente condicionada a la experimentación de un espectro amplio de violencias que no se ven necesariamente situadas en el marco de la existencia de actores armados, por lo que el restablecimiento de las condiciones de vida anteriores no asegura una vida libre de violencias.

Del mismo modo la reparación, que tiene contenido tanto individual como colectivo y se presenta principalmente en ámbitos reparatorios o indemnizatorios, puede no contemplar la profundidad de los daños causados y la subjetividad del concepto de reparación para la individualidad de las experiencias vitales. Además, haber experimentado un hecho victimizante que la sociedad justifica bajo la premisa de que habitar un cuerpo diverso es una invitación a la ocurrencia de estos hechos, en muchas ocasiones conlleva a que no haya formas de reparar o restablecer

de manera material, efectiva y eficaz. **Es necesario saber que la reparación es mutable e impermanente y que es indispensable reconocer, también, que habrá cosas irreparables sobre las que los cuidados paliativos psicoemocionales y psicoculturales parecen ser la apuesta más cercana.**

Las violencias no dan tregua. Hechos victimizantes, como la desaparición forzada, al ser vistos con lentes de interseccionalidad evidencian que ni siquiera después de la muerte o la desaparición cesa el borrado identitario. En el caso del fenómeno de la desaparición forzada, los mismos elementos estructurales nombrados en los testimonios acentúan el riesgo de que las personas con identidad sexual y de género diversas puedan ser dadas por desaparecidas, contemplando que, como lo ha reiterado tanto la Comisión de la Verdad como la Unidad de Búsqueda de Personas Dadas por Desaparecidas, el estigma y el desconocimiento de la existencia persiste, incluso, cuando hay muerte presunta o declarada.

La Unidad de Búsqueda ha recalcado que “muchas de las desapariciones de personas diversas han sido invisibilizadas a causa de los discursos y prácticas sociales que justifican y naturalizan las violencias basadas en género y las violencias por prejuicios sobre ellas. Esto ha dificultado tanto la presentación de solicitudes de búsqueda como el registro de este hecho; y la elaboración de un reporte institucional que dé cuenta de la magnitud de esta problemática”. (UBPD, 2023).

Entendiendo la sistematicidad del desconocimiento identitario, muchas de las

solicitudes de búsqueda de personas dadas por desaparecidas se realizan a partir de información que no corresponde a los datos identitarios de la persona victimizada, teniendo en cuenta que en la mayor parte de los casos las personas con experiencia de vida trans no se identifican con los nombres asignados al nacer.

“(…) las cogieron y las mataron y lo veíamos normal y lo más triste era que nosotros lo normalizamos. ¿Qué hacíamos?, ir, recogerlas o ir a reclamarlas y entre todas las mismas, comprar o pedir para hacerles un entierro, como un perro, porque no había quien ayudara, ni siquiera la alcaldía, todavía no. Muchas sin saber, nunca supimos quiénes eran sus padres, porque ocultábamos nuestras procedencias; y ahora que han pasado sus 40 años... insisto siempre en que el Estado tiene una deuda con nosotros, ¿dónde están esas mamás que lloraron, esas hijas que tal vez con ganas de haberlas enterrado? Si yo pude ir a los entierros, las mamás no, ni sabiendo dónde están y que murieron o si están todavía. Los hermanitos sin saber dónde quedaron y cómo murieron, entonces muy triste, y así fue en toda Colombia.”, señala una de las defensoras de derechos de las personas con experiencia de vida trans del departamento.

Este testimonio evidencia la correlación de las violencias que enfrentan las personas en un contexto cisheteronormado que desconoce deliberadamente la existencia de la diversidad y la agencia identitaria. La búsqueda de nombres legales no identitarios, mediado por prejuicios persistentes, ha significado la realidad desgarradora de que hay madres que jamás encontrarán a sus hijas y que hay más

familias sociales que familias consanguíneas en los lechos de cuidado y fallecimiento, entendiendo además, que muchas veces ni siquiera es posible saber si les están buscando, porque tanto en la muerte, como en la vida, pareciera que el reconocimiento sobre la existencia de las personas diversas sigue en disputa, una disputa en la que dos formas de identificación de una sola persona coexisten y traen consigo más entramados de violencias y precarización a causa de los prejuicios de una sociedad cruel y del abandono de un Estado apático.

“Las escrituras públicas tienen un costo y ellas son de estratos cero y uno. Cero porque viven en la calle, en los puentes. Y cuando van a este lugar, porque yo les digo, vayan a ver qué recursos da la Secretaría de Desarrollo Social en su proyecto. Al ir, les dicen que tienen que llevar un documento donde garanticen que ellas sí son de estratos cero y uno. ¿Dónde lo van a pedir?, ellas viviendo solas en la calle. Para garantizarles un documento que todavía no les dice que no les cobren”.

Una clara representación del abandono Estatal se evidencia con este testimonio, en donde la administración pública, aún a pesar de los mandatos constitucionales que protegen el derecho de las personas a nombrarse, impone cargas exacerbadas sobre personas que ya son víctimas de otro cúmulo de violencias, despojándoles de su dignidad humana al imposibilitar su agencia respecto al nombre que les identifica y que debería representarles no sólo ante la sociedad sino desde la materialidad de los documentos legales.

Por lo anterior, la Comisión de la Verdad y otras organizaciones defensoras de derechos humanos han enfatizado en la necesidad de que se mejore la rigurosidad y profundidad de las investigaciones sobre estos delitos, además de que los registros de las violencias en el marco del conflicto armado se hagan con enfoque diferencial, comprendiendo las dinámicas, barreras y violencias que atraviesan las personas diversas frente a su identidad de género.

Crear en la realidad y crear otras realidades esperanzadoras

Al dialogar y preguntarles a varias mujeres buscadoras sobre la reparación, todas coincidieron en que **la reparación es la base para la transformación de las realidades**, pues para reparar se debe reconocer esta grave violencia y los fuertes impactos sociales que tiene en el país. Para ellas, la reparación debe ser integral (emocional, social, económica, material) porque como menciona Sandra “de muchas maneras estamos siendo víctimas y no todas sienten ni expresan el dolor de la misma manera”.

“Como hemos recibido tanta indiferencia social, y tanto negacionismo del conflicto armado, sobre todo en esta área del Quindío y Eje Cafetero, pienso que sería muy importante hacer un museo integrado del Eje Cafetero, donde mostremos nuestra realidad. Porque para mí sería decirle al resto de la sociedad: mire, aquí hay fotografías, aquí hay historias sagradas, esto es verdad, no nos podemos seguir mintiendo. Porque el problema de

esta zona es ese. Y entonces eso es lo que ha hecho más difícil que las cosas que tiene que pasar sucedan, como la justicia, saber la verdad, la reparación, porque empezando por la reparación esto es un ‘remanso de paz’ y de turismo, entonces aquí no pasa nada.

Es como crear una realidad, donde todos los que tenemos desaparecidos contemos nuestras historias para decir: mire, este no es un cuento ni un invento, ni fue que ‘nos pareció’.

Sería como aterrizar a la sociedad a una verdad. A la realidad, y así avanzar realmente en un tejido sanador”.

Lorena, integrante de la organización de familiares que buscan a sus seres desaparecidos, Quindío (2024).

Fabiola, integrante de la misma organización, también hace un aporte lleno de luz, recordando que además de las reparaciones en cuanto a la justicia, lo económico y lo psicológico, es muy importante para ella el poder hablar de su dolor, y colectivizar las heridas, ser escuchadas y abrazadas por otras personas, por sus propias compañeras, es también reparador:

“Yo creo que para nosotros el hecho de reparar, es lo que nosotros estamos haciendo, es eso mismo, estamos buscando esa tranquilidad de hablarlo, de que nos escuchen, y para mí eso se está logrando (...) Yo escucho a mis compañeras en estas reuniones, en todas las partes en que nos invitan, y es esa tranquilidad de poderlo expresar, porque es difícil hablarlo,

es difícil como dicen las compañeras, que uno no se sienta capaz de expresarlo, entonces para mí eso es una forma de repararme a mí misma. **El que me escuchen y poder expresar que tengo un desaparecido”**

Las reparaciones se tejen desde lo individual y lo colectivo

Al hablar sobre reparación, las mujeres buscadoras de sus familiares desaparecidos entrevistadas destacan que es fundamental que el Estado y los gobiernos reparen a las víctimas en todas las áreas que han sido vulneradas, especialmente a las poblaciones que han vivido el continuum de las violencias. Reparaciones que tienen que ver con la verdad, la justicia, con lo simbólico, la memoria, los bienes y recursos económicos y materiales, la salud mental y psicosocial, la reparación del tejido social, y en definitiva, la no repetición.

Además, Carmelina y Martha, ambas integrantes de la organización de buscadoras, llaman la atención sobre comprender la reparación de formas más amplias y sin olvidar ni negar la agencia que tienen las víctimas y sobrevivientes sobre sus propias experiencias de vida y dolores, pues no es solamente el Estado o los gobiernos quienes reparan, sino también las víctimas y sobrevivientes, como lo menciona Carmelina: “La reparación como se dice de memoria y todo esto, pues una misma la hace, una misma la tiene en esta cabeza”.

“Yo creo que para nosotros el hecho de reparar, es lo que nosotros estamos haciendo, es eso mismo, estamos buscando esa tranquilidad de hablarlo, de que nos escuchen, y para mí

eso se está logrando. Sí está bien que muchas personas dicen que necesitan una reparación económica, y de reconocimiento como el museo de la memoria. Pero para mí el repararme ya lo estoy haciendo, yo escucho a mis compañeras, en estas reuniones, en todas las partes en que nos invitan, y es esa tranquilidad de poderlo expresar, porque es difícil eso, el hablarlo, es difícil como dicen las compañeras, que uno no se sienta capaz de expresarlo, entonces para mí eso es una forma de repararme a mí misma. **El que me escuchen y poder expresar que tengo un desaparecido.** Que como todas las familias, hay unos que sufren más que otros. Hay unos que lo recuerdan, hay otros que lo quieren olvidar, hay otros que lo olvidan, por decirlo de alguna forma. Entonces para mí, es eso, yo desde mi punto de vista estoy reparándome a mí misma, porque lo puedo expresar”.



Capítulo 10.

El cuidado como resistencia colectiva:

experiencias organizativas que sostienen las vidas





En Colombia, las mujeres y personas diversas populares, campesinas, afro, indígenas, trans, activistas, feministas, y las organizaciones defensoras de derechos humanos, feministas y diversas, han tejido un entramado en el que, a través de múltiples redes de apoyo, han ayudado, acompañado y proporcionado espacios de cuidado, atención, asesoría, conocimiento y salud mental a víctimas y sobrevivientes de violencias basadas en género, como respuesta al abandono estatal y a la falta de garantías de cumplimiento de los derechos de las mujeres y diversidades, especialmente en territorios como el Eje Cafetero, en el que se registran altos índices de violencias basadas en género, pero la atención y las respuestas institucionales y gubernamentales, locales, departamentales y nacionales no alcanzan a ser representativas ante esta gran problemática

Muchos de estos espacios, acompañamientos y procesos posibilitan el reconocimiento de las violencias, el apañe de los dolores, las posibilidades de la catarsis y la reparación desde lo colectivo y lo individual, la exploración de lo simbólico y artístico desde principios feministas interseccionales, el aprendizaje y el fortalecimiento de saberes y herramientas desde la experiencia propia y la colectividad.

Espacios y procesos que, también son cruciales para que tanto sobrevivientes de violencias como activistas fortalezcan sus herramientas de vida, sus vínculos y tengan otras posibilidades para percibirse a sí mismas, para comprender el mundo, y para ser y habitar sus cuerpos, sus vidas e identidades.

“[...] Más allá de una acción constitucional de una tutela, de una demanda por alimentos, de una fijación de cuota alimentaria, las mujeres nos refieren necesitar mucha contención desde lo emocional.”

Colectiva Feminista Defensora de Derechos Humanos, Pereira (2024).

Como menciona la colectiva defensora de derechos humanos, si bien es necesario que los aparatos de la justicia faciliten, promuevan y garanticen el acceso a los derechos fundamentales para las mujeres, es indispensable y vital integrar en ese proceso el componente psicoemocional. Esto, especialmente porque como se ha evidenciado anteriormente, **las violencias basadas en género tienen impactos psicológicos, que entre múltiples aspectos, afectan los recursos y herramientas mentales**

y psicosociales que las personas tienen para enfrentar las diferentes situaciones de la vida cotidiana.

“Las mujeres que están en la organización son personas que a mí me han ayudado mucho en ese tema, he aprendido. Y también con el tema de la universidad, venía una psicóloga [...] que nos enseñó *ah bueno, yo valgo*. Entonces con el pasar del tiempo las personas que se van relacionando con uno le van ayudando mucho sobre ese tema”.

Funcionaria de la Policía en Quindío,
Mujer sobreviviente de violencia basada en
género (2024).

Con un sistema que funciona de manera deficiente y que a menudo violenta con procesos que desconocen el acompañamiento psicosocial, y revictimiza a quienes deciden denunciar, la contención, el apañe y los espacios enfocados en el bienestar emocional de las mujeres, se presentan como esenciales en términos de la sobrevivencia de quienes han encarnado hechos victimizantes, lo que configura el impulso de las organizaciones y colectivas que trabajan a diario por el cuidado y la dignidad de las mujeres desde la autogestión, en su mayoría.

“Todas las abogadas que estamos en este momento vinculadas al proceso, estamos certificadas en atención de primeras urgencias psicológicas para atender (...) si es necesario una contención desde lo emocional, y no solo quedarnos como en la realidad de decir, ‘sí, no llore con su historia porque es-

tamos en un proceso’, no.

Entonces, esa es una parte importante de lo que podemos hacer y los servicios [que pueden ofrecer]. También tratamos de enlazarlos para hacer talleres, capacitaciones, charlas en torno a estos temas, nos interesa la incidencia, el acompañamiento también en la incidencia social, acompañar plantones, marchas, como también hacernos presentes en estas dinámicas desde lo comunitario, para acompañar.”

Colectiva Feminista Defensora de
Derechos Humanos, Pereira, (2024).

En un país con altos índices de homofobia y transfobia que lastiman las entrañas de quienes lo habitan, las organizaciones sociales de mujeres y personas diversas se han presentado como los únicos espacios en donde es posible sobrevivir.

“[...] el tiempo de la pandemia fue algo muy triste para mí, es una de las cosas más tristes porque las trabajadoras sexuales tenían que trabajar para llevar el almuerzo, sustento a sus hermanos, su familia [...] pagar su hotel...

Pude mitigar un poco el hambre de algunas buscando recursos de nosotras mismas, porque lo único que hizo la alcaldía, que fue muy poquito, iba a buscarlas a estos sectores de trabajo, donde ellas ejercen su trabajo sexual, pero el cambio era que se tenían que dejar tomar una foto para poder darles una bolsa de mercado. Entonces no, esto no es. Entonces precisamente todo esto

a mí me ha servido, y a las chicas, para no creer, que es muy triste, que no creemos en esta institucionalidad.”

Fundación que vela por los derechos de las personas trans y población LGBTIQ+ en Risaralda (2024).

En muchos de los casos de violencias basadas en género contra las mujeres, las víctimas y sobrevivientes **solo cuentan con el apoyo, la escucha y el apañe de activistas y organizaciones feministas y diversas del territorio**. Por lo que los eventos que estas realizan y convocan, como velatones, círculos de palabra, manifestaciones públicas, conversatorios, son espacios vitales para visibilizar y denunciar las vulneraciones de los derechos de las mujeres y personas diversas en el territorio. En muchas ocasiones, estas actividades colectivas son nido para la catarsis, los duelos, la tristeza, la digna rabia. Para caminar hacia la sanación y la esperanza.

En algunos casos de feminicidios, “nosotras lo primero que hacíamos era la imagen ‘vamos a hacer velatón’, o sea, **vamos a hacer algo para que esto no pase en silencio**. Siempre llegan las familias de ellas y eso es muy duro, porque en la mayoría de los casos no las conocemos. Entonces nosotras somos muy respetuosas, ni hablamos. Digamos que nos pensamos algo, (...) lo que sentimos: yo a veces canto una canción, todas hacemos algo, y si ellas creen en algo, hacemos una oración, y casi siempre son las familias las que dicen ‘¿nos vamos a quedar acá?, ¿no vamos a marchar?’, entonces nosotras les decimos

que si ellas quieren, hagámosle, entonces nos movilizamos. Ha sido muy duro, pero también creo que hace parte de sus duelos, porque ellas gritan y una compañera dirige la arenga (...) y ellas gritan con toda la fuerza sin nunca haber participado en otras movilizaciones donde también hemos hablado de los feminicidios, de las violencias”, narra Liliana, activista, profesional en salud e integrante de una organización popular, ambiental, pedagógica y con enfoque de género del Quindío.

También exponen que hay ocasiones en las que por distintas razones, las activistas, mujeres, amigas de las víctimas y organizaciones resultan alzando la voz y realizando actos que las mismas familias por distintas razones no pueden llevar a cabo:

“Una vez hicimos una publicación, creo que fue en el segundo aniversario de Angea, artista víctima de feminicidio en Armenia, y pusimos algo referente a que se hiciera justicia y la hermana nos escribió un mensaje hermoso diciéndonos cómo ‘gracias porque nosotros no nos atrevemos a decir nada, pero gracias porque no se olvidan de ellas’. Luego, más adelante, hicimos unas conmemoraciones y pusimos a Angea allí, y ella nos escribió de nuevo algo muy bello y decía que aún no se ha hecho justicia pero por lo menos **no olvidarla es una manera de hacer justicia**. Entonces también depende, más que de nosotros, de las familias y las posibilidades que tienen”.

El apañe a las mujeres y personas víctimas, y a sus familias, es una práctica de amor y sostén que también genera cargas e impactos en las activistas y organizaciones que realizan este

tipo de acompañamientos, así lo cuenta Liliana, también integrante del colectivo:

“Yo siento que cuando han sucedido los feminicidios nosotros salimos con mucho dolor; **es el dolor el que nos moviliza a estar ahí** y contener las lágrimas como para acompañar a la familia. Eso es pesado, eso pesa mucho. Entonces no se llora en el parque, pero se llora en la casa, mucho, porque es muy duro. Y la forma como se dan esos feminicidios, y ver llorar a las hijas de la mujer o ver llorar a la mamá. Entonces, **cómo eso nos ha pesado, cómo eso nos ha dado vida**. Y creo que la Red lo ha manifestado: **tejernos nos permite estar muy vivas**. Y a veces acompañarnos en esas luchas personales, porque es algo que creo que a veces se nos olvida a nosotros mismos, pero sobre todo a la gente que espera mucho de nosotros, como si fuéramos superhéroes o como si nos pagaran por esto. Se les olvida que nosotras somos humanas”.

Es en ese reconocimiento de los impactos de los sistemas de opresión en medio de las resistencias y de las sobrecargas, surgen las preguntas: **¿qué es el cuidado y a cargo de quiénes está?, ¿por qué son las mujeres las principales cuidadoras y defensoras? ¿quiénes cuidan a las cuidadoras? ¿cómo se están distribuyendo los cuidados?**

Durante los años setenta y ochenta, al cuidado se le denominaba *trabajo doméstico*, y se contaba entre las labores que históricamente han sido realizadas por las mujeres: sostener la vida en los hogares, criar y educar a les hijes, alimentarles, llevarles a la escuela, lavar, planchar, limpiar, acompañar a los esposos a cenas, cuidar de las personas enfermas o en situaciones de discapacidad, atender actividades sociales, y todo el cúmulo



de tareas que implica acompañar y sostener un hogar, una familia, un matrimonio, además en sintonía con los roles y estereotipos de género.

Esa división sexual del trabajo se basa en la separación desigual entre mujeres y hombres, con base en concepciones sociales enraizadas en un sistema patriarcal, conservador y colonialista, que asigna a las mujeres las labores domésticas y de cuidado no remunerado, a pesar de que el valor monetario del trabajo no remunerado de las mujeres en países de Latinoamérica superaría el 40% del Producto Interno Bruto, según ONU Mujeres.

En su libro *La república de los cuidados*: hacia una imaginación de futuro, la filósofa Luciana Cadahia plantea que la escisión del *trabajo doméstico* respecto al *trabajo de cuidado* se produce porque **no puede ser llamado *trabajo* ya que no es remunerado y se realiza desde los lugares de afecto y vinculación**. Además, el haber sido ejercido históricamente por mujeres ha hecho que éstas sean relegadas a sostener los sueños y metas de otros, a cuidarles y protegerles sin que su trabajo, que sostiene las vidas, sea reconocido, agradecido y mucho menos remunerado.

Además, ejercer labores de cuidado no remuneradas y de defensa de derechos, duplica y triplica las jornadas laborales de las mujeres e identidades feminizadas, y reduce el tiempo que pueden dedicar a otras labores como a trabajos remunerados, estudiar, realizar ejercicio, actividades culturales o de ocio.

La mayoría de lideresas, activistas, colectivas, organizaciones feministas, diversas y defensoras de derechos humanos en la región no tienen recursos económicos ni materiales para el funcionamiento parcial ni total de sus actividades, procesos, acompañamientos; están sobrecargadas, enfrentando hasta triples jornadas laborales -teniendo en cuenta las actividades laborales, de cuidados y de activismo- y sufriendo afectaciones a nivel físico-psicológico relacionadas con las labores de cuidado, activismo, amenazas y sobrevivencia, en relación con ser mujeres y personas con orientación sexual y de género diverso.

En febrero de 2025, el Gobierno de Colombia **aprobó la política nacional de cuidado**, reconociendo **que en Colombia la inequidad en la distribución de las labores de cuidado dificultan el goce efectivo de los derechos de las personas cuidadoras, en su mayoría mujeres**. Además de invisibilizar los cuidados colectivos, comunitarios, campesinos y étnicos.

La política tiene como objetivo posicionar el cuidado como un derecho fundamental “para el sostenimiento de la vida humana y no humana interdependiente en el territorio”. Y garantizar el goce efectivo de los derechos y reconocimiento de las personas, organizaciones y comunidades cuidadoras, su fortalecimiento, asistencia, apoyo y atención, según el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). Una política que se espera tenga efectos a nivel nacional, regional y local, para que en efecto pueda mejorar la realidad de las mujeres cuidadoras en el país, en especial quienes se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad.

¿Quienes cuidan a las cuidadoras y defensoras de derechos?

En la mayoría de los casos, las activistas e integrantes de organizaciones defensoras de derechos en el Eje Cafetero también han sido víctimas de violencias y enfrentan desigualdades y vulneraciones, por lo que necesitan y buscan espacios para hacerles frente a esos dolores, para articularse hacia un mismo rumbo y acompañarse desde la construcción colectiva y la esperanza de un mundo menos hostil.

“Muchas llegamos a estas luchas por dolores previos, entonces hemos hecho círculos de lectura, de sanación... no solo para formarnos sino para poder sostenernos emocionalmente”.

Colectiva de litigio de alto impacto, Pereira (2024).

En nuestra sociedad, marcada por múltiples formas de violencias estructurales y cotidianas como el racismo, el patriarcado, la discriminación, entre otras, la juntanza y la colectividad emerge como una estrategia política y de cuidado profundamente transformadora. Las acciones que impulsan las organizaciones sociales de base no solo constituyen un aporte a la construcción de alternativas no violentas frente a los sistemas de opresión y dominación, sino que también sostienen prácticas de cuidado, dignidad y memoria que aportan a la reconstrucción del tejido social y al sostenimiento de la vida misma, a pesar del abandono estatal.

La colectividad, entendida como una práctica de sostenimiento, encuentro y acción común, permite subvertir el mandato neoliberal de la individual y de los sistemas de dominación y opresión. La filósofa, socióloga y activista Raquel Gutiérrez Aguilar (2017), menciona que las luchas colectivas y populares son procesos donde no solo se resiste a las violencias y al despojo físico y simbólico de los sujetos, sino que también tejen nuevas formas de vida desde lo común, lo relacional y lo ter-

ritorial, apostando por su autogestión tanto en la reproducción material como en lo político.

Las organizaciones sociales han sostenido prácticas de resistencia cotidiana que rompen con las lógicas dominantes de poder, en donde la colectividad no es solo una estrategia, sino una forma de vivir y de resistir en conjunto.

Como menciona Luciana, integrante de una organización feminista que trabaja en la prevención de las violencias en la ciudad de Manizales, el colectivo al que pertenece surgió a raíz del Paro Violeta. Este paro surge como respuesta a una presunta violencia sexual en uno de los baños de la sede Bicentenario de la Universidad de Caldas. A partir de este hecho, la comunidad universitaria comenzó a movilizarse y visibilizar otras situaciones de violencias basadas en género presente dentro de la institución.

Durante las manifestaciones, se construyó de manera colectiva un pliego de exigencias con el propósito de denunciar estas violencias y exigir acciones concretas para la prevención y atención de las VBG y fue su colectiva la encargada de llevar y exponer este pliego ante la administración universitaria.

El propósito principal de las integrantes para la creación de este colectivo, era encontrarse, reconocerse y organizarse para continuar impulsando acciones colectivas en defensa de sus derechos.

“Nosotras queríamos reunirnos, siempre hemos tenido la idea de construir una base sólida, donde se acompañe, se practiquen formas de estar juntas desde lo sano, desde el cuidado dentro de esta base. Fue en medio de ese crecimiento que empezaron a acercarse personas que estaban atravesando situaciones de violencia basadas en el género para que les acompañáramos. Surgió como una necesidad urgente que vino desde afuera, desde quienes nos pedían ayuda.

Desde entonces, acompañamos a mujeres y personas disidentes al sistema sexo-género en todo el proceso de activación de ruta y su seguimiento. No solo activamos las rutas de atención, caminamos a su lado en todo el proceso. Si hace falta ir a una cita, vamos. Si hay que estar en la Fiscalía, estamos. Si una chica necesita que la llevemos hasta su casa para que esté segura, lo hacemos.

Pero también tenemos un trabajo frente a las acciones de la institucionalidad. Señalamos lo que no funciona, participamos en mesas de diálogo y de trabajo y exigimos

que los compromisos que se plantean no queden en palabras vacías.

Desde la organización, hemos insistido en la juntanza. Para nosotras, todo nace ahí. Porque si tenemos esa red, entonces tejemos con cuidado. Y en medio de esta lucha, nos hemos preguntado **¿Quién cuida a quienes cuidamos? ¿Quién cuida a las activistas? y la respuesta es clara. Nos cuidamos entre nosotras.**

Entre nosotras mismas nos hemos abrazado. Hemos llegado cansadas, exhaustas de una cantidad de cosas que pasan. Y una no siempre dimensiona todo lo que puede llegar a pasar, aunque lo sepa. Porque sí, claro, uno puede decir **‘yo sé que vivimos en un sistema patriarcal’**. Pero una cosa es saberlo, y otra muy distinta, es cargar no solo con la propia vivencia, sino con las vivencias, los dolores y las violencias que atraviesan a tantas otras, donde el sistema patriarcal nos violenta de tantas formas y de formas que uno a veces ni se imagina.

Hay momentos en los que una no quiere teorizar nada. Hay días en que solo queremos llorar. Donde uno solo quiere, sentarse con su parche, abrir una pola y decir *Qué hijueputa mierda todo lo que pasa en esta Universidad*. Para gritar con rabia *hijueputa, hijueputa, hijueputa* porque es catártico, es necesario y es sano, porque nuestro parche sigue siendo un espacio seguro. Lo que sucede ahí, se queda ahí. El estrés, la rabia, la angustia, todo es bienvenido, nada se juzga.

Yo creo que hemos aprendido a ser un parche profundamente íntimo. Y cuando digo

íntimo no me refiero a lo privado, sino que atiende a la sinceridad del acto de acompañarse.

Nos sostenemos, nos conciliamos, nos criticamos, nos apoyamos. ese autocuidado tan colectivo como político es base en cualquier organización. Y hemos entendido algo importante. Cuando una tiene una comprensión distinta del ego, uno empatiza y hace sentido de alteridad con las personas.”

El relato compartido no es simplemente la historia del surgimiento de una organización, es una mirada íntima, encarnada y política sobre lo que implica acompañar y defender los derechos de las mujeres y personas diversas. **Acompañar a otras personas implica caminar a su lado y cargar sus historias y experiencias.** Lo cual, en términos de Judith Butler (2006) nos recuerda que **nuestros cuerpos están constituidos en la relación con las otras personas, y es en esa vulnerabilidad compartida donde se gesta una ética de lo común.** Así, las violencias, desigualdades y dolores que se viven, aunque no sean propios, se convierten en un motor de empoderamiento social y reivindicación política cuando se asume colectivamente. **La vulnerabilidad y precariedad, cuando se colectiviza, se transforma en potencia.**

La juntanza no es una estrategia operativa ni un medio para un fin. Es en sí misma el fundamento y el sentido del accionar colectivo.

La juntanza se configura como un entramado de relaciones donde la amistad, el cuidado, la escucha, la reexistencia y la presencia mutua, sostienen las luchas y resistencias. Ese vínculo ético y afectivo, permite sostener prácticas políticas en medio del desgaste emocional, la precariedad y las múltiples violencias que atraviesan a les activistas.

“El activismo me ha ayudado a seguir adelante. Ser lideresa no es tan fácil, pero yo no he desfallecido, con las amigas trans, siempre dando la cara por mis campesinas y mujeres trans adultas, siempre pensando que esto va ser para mejor.

¿Qué sueño? Ser feliz.

Sueño no, quiero ser feliz pero no sola. Obviamente es felicidad individual y colectiva. Yo en colectividad sería feliz, varias juntas viviendo de la felicidad y la tranquilidad, sería más amañador y acogedor, por lo menos hay alguien que está feliz conmigo y con mi proceso, y sanar. Trans-sanar, sanar el interior porque eso es lo más duro.

Lo digo por mí y por muchas más”.

Lideresa trans campesina,
Quindío (2024).

La colectividad no puede tejerse desde lógicas de poder jerárquicas, ni desde el ego individual; exige una alteridad desde la empatía, el disenso cuidado y la escucha activa. Los feminismos populares y descoloniales latinoamericanos han aportado de forma contundente al dismantelamiento de formas colonizadas de organización que reproducen opresiones internas. Proponen, en su lugar, modos íntimos, afectivos y horizontales de juntarse, donde la diferencia no se niega ni se silencia, sino que se tramita colectivamente desde el respeto y el cuidado.

La apuesta por lo colectivo como fuerza vital y política no es una idea abstracta, sino una práctica encarnada en trayectorias concretas. Son muchas las mujeres que han hecho de su activismo un modo de vida y de resistencia. La experiencia de Juana, es un ejemplo de cómo desde la juntanza, se crean y materializan acciones transformadoras. Su relato evidencia cómo la conciencia crítica, la desnaturalización de prácticas opresivas y la apuesta por la transformación social se convierten en formas de reinventar y sostener la vida:

“Mi activismo como tal empieza en la universidad, dentro de un movimiento social enfocado en los derechos de los animales y en el reconocimiento de la naturaleza como sujeto de derechos. Después continué participando en otras organizaciones, escuelas de activismo y movimientos sociales, todo con el propósito de aportar al tejido conectivo.

De todo esto he aprendido a tejer en red,

porque creo que cuando se hace activismo es muy importante hacerlo de manera colectiva. Finalmente, vivimos en un mundo donde los sistemas de opresión se entretejen y sostienen la organización de la vida a nivel global.

A veces, desde lo personal, siento que puede parecer que somos pocas personas frente a las estructuras que sostienen las violencias. Por eso, tener una red es esencial: permite sentirse sostenidas tanto desde lo emocional como desde lo político. La colectiva en la que me encuentro ahora es autogestionada y popular. Participamos en movilizaciones sociales y otras acciones; aunque nuestra capacidad de impacto puede parecer reducida, no por eso es menos valiosa. Es igual de necesaria, ya que posibilita otras formas de existencia.

Siento que nuestras acciones están limitadas por este sistema patriarcal, construido precisamente para perpetuarse de muchas maneras. Aun así, seguimos haciendo acciones y sostenemos el deseo de transformación, aunque reconozcamos que puede ser complejo. **Nuestra apuesta es crear formas de acción que nos permitan vivir en un mundo patriarcal de la mejor manera posible. Desde allí surgen acciones que nos ayudan a reconocer las violencias que nos atraviesan, a juntarnos frente a ellas, a habitar espacios y a construir nuevas apuestas colectivas.**

Nuestra resistencia surge desde lo comunitario, desde el tejido que hemos venido creando con las comunidades. Uno de los grandes desafíos en todo esto es lo emocional, porque cuando una anda en el activismo, se rodea de personas activistas y su mundo se

vuelve muy activista; pero al salir de esos espacios, muchas veces se encuentra con que nadie habla de estos temas, y al hacerlo te miran raro. Es como si el mundo estuviera en otra sinergia, con otras búsquedas. **Eso me parece muy fuerte: la indiferencia frente a las violencias, la falta de comprensión ante el dolor... resulta desesperante.**

Reconocer mi propio alcance me ha ayudado mucho a liberarme y a entender que no puedo hacerlo todo. Esto no es una renuncia ni una muestra de desesperanza; al contrario, me permite reconocer cuál es mi fuego, mi lugar, mis posibilidades, y darles fuerza para sostenerme. Todo esto lo hace posible la fuerza de la juntanza, esa energía que surge al conectar con otras personas que comparten las mismas apuestas y búsquedas. Tejer red me devuelve la esperanza y me hace sentir que todo esto sí tiene sentido.

Para mí, el activismo no es un trabajo: es una forma de habitar el mundo. Me siento afortunada de encontrar personas que comparten esta visión, que le apuestan al cuidado de la existencia, de otros seres y de la dignidad, y que le dan sentido a la vida.

Y cuando llegan situaciones de dolor, desesperanza, impotencia o cansancio frente a las injusticias, es en esa red, en ese tejido colectivo que hemos creado, donde encuentro sostén. Son esas amigas, que entienden ese mismo dolor, quienes me ayudan a transitarlo y seguir adelante”.

El relato de Juana evidencia un modo de organizarse donde la juntanza no se reduce a una estrategia operativa sino que se configura como una ontología política y colectiva que

subvierte los valores del individualismo y afirma la interdependencia como principio vital y político (Julieta Paredes, 2013). Desde esta perspectiva:

La juntanza no es solo acto de reunirse, sino una forma de existir en común que resiste a las lógicas de fragmentación, competencia y aislamiento que impone el sistema.

Como anteriores relatos de activistas, Juana expone grietas necesarias en el imaginario del activismo como fortaleza permanente: reconocer la desesperanza, el cansancio o el límite no es una falla, sino un acto profundamente político que humaniza la acción colectiva y rompe con la exigencia de rendimiento, y con ese otro imaginario desde el empoderamiento capitalista que dice que “las mujeres debemos poder con todo”, casi que ser unas “súper mujeres” que producen y resuelven sin descanso y sin la distribución justa de los cuidados y de las responsabilidades estatales y sociales. Lejos de la debilidad, la vulnerabilidad se vuelve constitutiva de la práctica transformadora, ya que permite repensar los ritmos, los cuerpos y las emociones como dimensiones legítimas y necesarias en la lucha.

Sin embargo, en algunas experiencias estos espacios de pausa, contención y cuidado siguen siendo invisibilizados o subestimados, lo que termina reproduciendo lógicas de sacrificio y desgaste, como expone Luisa, integrante de una organización que hace control político a los asuntos de género en la ciudad:

“Sabes que del tema del cuidado y el autocuidado no hemos hablado mucho. Somos mujeres atentas a este tema, sí, pero no tenemos una propuesta interna que diga “esto es lo que vamos a hacer” o “esto es lo que nos interesa” en términos de cómo cuidarnos. Nuestra forma de operar es principalmente virtual: levantamos un documento en Drive y ahí nos vamos sumando; hablamos por el chat, pero son muy pocas las veces que nos vemos en persona.

En mi caso, asisto a terapia cada quince días, leo, y me gusta tener un día a la semana para ir al teatro o disfrutar del arte. Soy consciente de todo lo que implica el activismo y también del cuidado de los hijos, y sé que eso no puede pasar por encima de mi autocuidado. Considero que le dedicó buenas horas a la semana a mi bienestar, pero también entiendo que el tema de la salud mental está atravesado por los privilegios de clase, y eso me cuesta mucho; me cuesta reconocerme en un lugar de privilegio.

Por eso asisto a terapia con un profesional que destina parte del pago de mis sesiones para ofrecer otras más económicas a poblaciones con menos recursos. Me gusta saber que *mi terapeuta tiene conciencia de clase... siento que la terapia me sostiene*”.

Por su parte, Camila es una mujer que desde su quehacer profesional, está inmersa en los procesos de violencias basadas en el género. En la entrevista, comparte cómo el trabajo que realiza es agotador y abrumador. Sin

embargo, lo que más pesa no es la carga laboral en sí misma, sino la falta de apoyo por parte de la administración de aquella institución. Para ella, uno de los mayores desafíos es esa herencia silenciosa de otras generaciones, que aún operan bajo la lógica de que todo debe aceptarse sin cuestionamientos.

Por eso, cuando alguien como ella se atreve a decir que *ya no puede más*, y que necesita parar, lo que recibe a cambio son juicios. Le cuestionan el cansancio. Le comparan su carga con otras pasadas, recordando que estas personas en sus tiempos manejaban más de doscientos casos sin que nadie se quejara. Pero esa comparación, lejos de ser un reconocimiento, es una forma de violencia. Es una manera de sostener la idea de que rendir y producir es más importante que el bienestar. Una manera de negar el derecho al cansancio, al límite, al cuidado.

“Yo pago mi terapia por mi propia cuenta, porque la universidad no ofrece ese servicio. Por ejemplo, mi mamá es defensora de familia en el ICBF, y allá los funcionarios tienen tres (o tal vez cuatro, no recuerdo bien) días de descanso remunerado al año por riesgo psicosocial. Es decir, cuentan con días libres reconocidos dentro de su trabajo para cuidar su salud mental.

Esto se debe a que el riesgo psicosocial está contemplado dentro de los riesgos laborales de los que hablan las ARL y todo el sistema de seguridad y salud en el trabajo; de hecho, es uno de los más comunes en los entornos laborales. En cambio, la universidad no me brinda ninguna

garantía ni apoyo en ese sentido.

Así que, en mi caso, no es como que alguien diga “ah, mire, aquí está su atención por riesgo psicosocial”. No. Simplemente pagó mi terapia, y lo hago por amor a la patria, amor a las víctimas”.

Camila, funcionaria pública
de Caldas (2024).

Lo anterior, nos lleva a la necesidad de **enfocar la revolución hacia una ética del cuidado**, en la que se respeten los tiempos de la vida y los ciclos del cuerpo. El desgaste físico, emocional y psicológico que atraviesan las personas activistas no debe interpretarse como un signo de debilidad ni como derrota. Por el contrario, constituyen las marcas corporales y afectivas que permiten evidenciar la profundidad de un problema estructural y sistemático, que sostiene el orden social desde un sistema patriarcal, colonial, capitalista y cisheteronormativo que no solo busca disciplinar y dominar los cuerpos, sino también explotar, capturar y gestionar las emociones, frustraciones y sentires colectivos

“A pesar de que a veces hay cansancio y es complejo, mantenernos y sostener e insistir en esta rebeldía, esta rebeldía no violenta, hace que valga la pena estar [...] hay que parar, hay que descansar, hay que cuidarnos; a veces hay que despresurizar, a veces hay que no hacer nada por nadie, porque a veces no debemos hacer nada. A pesar de que hay que parar y de que ha

dolido mucho, también ha sido muy bello, y vale la pena permanecer”.

Activista integrante de una organización
ambiental con enfoque de género y derechos
humanos, Quindío (2024).

Reconocer el cansancio, la desesperanza o la frustración no representa una renuncia a la lucha. Se trata, más bien, de una forma de resistencia. Como plantea Sara Ahmed (2018) con su noción de chasquido feminista, en donde estos momentos de quiebre constituyen interrupciones necesarias de la narrativa lineal de progreso, desafiando los mandatos de eficiencia, productividad y autosuficiencia que incluso se infiltran en los espacios organizativos. En ese sentido, el cuerpo se revela como un territorio insurgente y el cansancio se resignifica como un gesto de insumisión frente a esas lógicas neoliberales del rendimiento.

Los relatos de Luisa, Camila, Juana y de las organizaciones, nos permiten observar cómo la conciencia del propio cuerpo y la validación de los límites personales desplazan el mito del activismo invulnerable. En su lugar, emergen otras formas de estar en la causa, donde el cuidado, la ternura y la interdependencia se constituyen como base organizativa. Así, **el cuidado no es una práctica secundaria o privada, sino una acción profundamente política de sostener la vida**. En contextos de precarización de la existencia y que fragmentan, cuidarse a sí misma y cuidar a les otros se convierte en una estrategia de resistencia.



Tejer nuevos mundos posibles desde las diversidades, los afectos y el fortalecimiento comunitario

La construcción en red, el abrazo colectivo, las palabras de aliento y las conversaciones con compañeras que se vuelven amigas, han significado en muchas ocasiones un salvavidas para las mujeres y personas diversas. No deben pasarse por alto las múltiples manifestaciones del amor entre las mujeres y personas diversas, que se convierten en medios para construirse, deconstruirse y reconstruirse. Nuevos mapas de colectividades, vínculos y formas de relacionarse que buscan la no replicación de los sistemas de opresión.

“*Sororidad* (viene) de *sor*, que significa en latín *hermana*. El lazo afectivo entre dos mujeres no puede traducirse por *fraternidad* porque *frater* en latín significa *hermano*. Entre dos mujeres los lazos afectivos son de sororidad. Trabajar sobre lo simbólico es una de las metas de las feministas contemporáneas: **nuestra liberación es mediada en gran parte por el lenguaje, pues el lenguaje construye realidades.**

En un encuentro de mujeres hicimos un kit de primeros auxilios emocionales: una aromática, un chocolate, una libreta. Era también un mensaje: **cuidarnos también es hacer resistencia.**”

Colectiva de litigio de alto impacto de Risaralda (2024).



La empatía y la validación del dolor de la otra, han permitido la validación de los dolores y la articulación para construir acciones, espacios y posibilidades para visibilizar y cambiar una realidad que muchas veces pareciera ser surreal. Por esto, reconocer esos espacios de encuentros entre mujeres como una forma de resistir, ha facilitado que de ellos surjan ideas y proyectos comunitarios que se han convertido en colectivas, corporaciones, fundaciones que se encuentran desde un lugar de enunciación y deciden ser agentes activos para la transformación de un tejido que no solo es el propio sino el comunitario.

Un ejemplo de ello fue cómo se consolidó una colectiva afrofeminista que busca el empoderamiento desde la estética como resistencia en 2021:

“Nos juntamos como amigas, nos conocíamos como de diferentes ámbitos de la vida, pero hubo una [amiga] que ya no está aquí presente, que nos juntó desde esos diferentes espacios. Y la primera razón no tenía un objetivo súper marcado, sino que simplemente nos reuníamos a charlar y el tema se centraba en la transición que cada una estaba teniendo con su cabello. Entonces ese fue el inicio de la colectiva. A partir de eso, también **nace la idea de escribir acerca de la estética como resistencia**. Empezamos a leer unos libros que nos guiaron con el tema de los peinados y los turbantes, y entonces nos juntábamos a hablar de nuestras experiencias acerca de qué productos nos servían, qué producto no. Ya (...) este es nuestro tercer proyecto, hemos estado trabajando un año y medio logrando estar financiadas”

Para las mujeres que hacen parte actualmente de esa colectiva afro, encontrarse como amigas, compartir experiencias de violencia estética y transición con relación a su cabello, no solo significó resistir de manera personal, sino también crear un espacio para explorar y enseñar herramientas reivindicativas de la identidad y memoria colectiva a niñas y adolescentes afro del barrio Tokio (ubicado en Pereira), hablar del racismo estructural y la prevención de las violencias basadas en género.

Resistir en colectividad como un incentivo para construir en comunidad:

Este fue uno de los inicios para la Colectiva afrocentrada que realiza formación y pedagogía antirracista, su resistencia ante violencias racistas les llevó a posicionarse como un

espacio antirracista que trabaja por la defensa de los derechos de las mujeres y la comunidad diversa desde un enfoque afrofeminista e interseccional. Su creación surgió de la necesidad de encontrarse a formarse y brindar herramientas a jóvenes afrodescendientes en temas de antirracismo y participación política en espacios de la Universidad Tecnológica de Pereira (UTP).

“Principalmente era un círculo de estudio enfocado en [...] comprender la historia de África, entender el proceso de la transatlántica, el impacto que tuvo el proceso de colonización en Colombia, y algunos modelos participativos para nosotros acá. Y después de eso vimos la necesidad de crear espacios en la ciudad. Nos costó mucho porque éramos solo nosotros: cinco estudiantes para gestionar los espacios. Al inicio teníamos talleres para personas negras o también espacios abiertos al público. [...] Decidíamos si el espacio lo queríamos afrocentrado o si pensábamos que era importante que asistieran personas blancas mestizas, y así empezó a llegar gente.

Desde el primer semestre del año pasado (2023) estamos en la Mesa Afro UTP. (...) Por situaciones internas nos dimos cuenta de que no había una mesa afro en la universidad. Se había creado una en el 2015 o 2016 (...) pero en esos momentos no estaba activa, ahí fue donde dijimos *hay un montón de becas de comunidades afro y desde la universidad nadie puede solicitarlas* porque no había ninguna mesa afro en la U... es decir, estaba en estatutos pero nadie estaba activo. (...) Eso nos movilizó a tomarnos el espacio de la U.

Ya llevamos dos años. Hemos hecho convenciones afro en vinculación con la universidad, aunque muchas veces no han salido bien, pero lo hemos hecho y tenemos como 200 estudiantes en la mesa”.

Comenzar estos espacios en la academia les permitió ver la necesidad de extenderse a otros lugares y llegar a otros jóvenes en la ciudad. Entendieron que esta formación consistía principalmente en encontrarse y dialogar y reflexionar sobre su historia como personas afrodescendientes, y de la necesidad de ocupar espacios de los que han sido excluides, invisibilizados y racializados: espacios en constante disputa por ser ocupados.

“[...]Los espacios de la comunidad LGBTIQ+ acá en Pereira son plenamente blancos. Entonces, por ejemplo, en el ballroom hemos notado, gracias al Ballroom Afro Nacional, que mucha gente hacía comentarios racistas hacía personas negras que estaban en el ballroom de acá de Pereira, y uno se queda sorprendido porque iparce, la gente negra fue la que creó el ballroom!, ¿tú con qué derecho eres racista? Entonces creo que la necesidad nace en incluir a la gente negra en esos espacios que son nuestros, reapropiar- nos de lo que es de nosotros”.

Integrante de Colectiva afrocentrada que realiza formación y pedagogía antirracista de
Risaralda (2024).

La colectiva nos compartió que también han compartido otros espacios simbólicos que se han convertido en mecanismos de cuidado

y acompañamiento para sí mismos, y que les permiten continuar resistiendo desde el autoconocimiento y la sanación espiritual y en relación con el territorio:

“Tenemos espacios de sanación, [...] por ejemplo: vamos al río y como que nos hacemos una limpia, hacemos todo el proceso espiritual de los ancestros; también tenemos espacios de sanación más prácticos, donde hablamos sobre cierto tipo de violencia, sobre los cuidados o cómo nos gustaría que las personas en el colectivo nos cuidaran; o pintamos mandalas o nos juntamos a hablar a veces, simplemente a compartir, porque consideramos que es muy importante no solo tener un espacio político de hablar, y la rigurosidad y ponernos a estudiar, sino también espacios de descargue donde nos hacemos un compartir, nos ponemos a hablar, nos actualizamos de todo lo que ya hemos hecho o echamos chisme y también nos desahogamos”.

En conclusión, estos relatos nos permiten apreciar cómo las organizaciones no son estructuras estáticas ni dispositivos instrumentales ya que se configuran como procesos vivos y orgánicos en constante transformación, que emprenden acciones colectivas para enfrentar y reducir las violencias basadas en el género desde el territorio. **El cuidado, en este sentido, opera como una categoría central que resignifica el activismo, no solo como confrontación al sistema, sino como práctica de sostenimiento y creación de nuevas formas de vida al interior de las organizaciones y en la vida cotidiana.**

La resistencia ocurre más allá de las calles y agendas formales de incidencia social y política. La no violencia es una cuestión ética que resiste al mandato violento, lo que implica una apuesta por reorientar la agresión, donde el cuidado y la interdependencia emergen como formas de disidencia (Judith Butler, 2021). Por eso, la resistencia habita también en la forma en que se tejen relaciones, se gestiona el dolor, se habita la fragilidad y se crean espacios donde lo sensible y amoroso se convierten en prácticas de transformación social. Así, **lo colectivo es un tejido que se construye continuamente, donde emergen formas de habitar el mundo que resisten al sistema de poder y control, y que ayudan a reparar las heridas que dejan las múltiples violencias sobre los cuerpos y territorios.**

Recomendado: Descarga el fanzine de Ideas para fomentar los cuidados individuales y colectivos, una herramienta de libre difusión y replicación creada por la RedEje e Ítaca Laboratorio.

[Versión digital](#)

[Versión para imprimir](#)

Capítulo 11.

Recomendaciones para entidades gubernamentales







En casos de violencia de género por parte de servidores públicos:

- * Que se investigue a profundidad **con enfoque de género y por personas expertas** los presuntos casos de violencia de género por parte de funcionarios, servidores públicos y representantes políticos.
- * Que los gobiernos departamentales y nacional se pronuncien y generen planes estratégicos frente a la erradicación de las violencias basadas en género, y tomen las medidas necesarias de reparación y/o destitución.
- * Que se realicen procesos pedagógicos integrales y cuidadosos con los funcionarios públicos y personas en espacios de poder del departamento, sobre la eliminación de las violencias basadas en género. Y capacitar a todo el personal de las entidades públicas sobre violencias basadas en género y atención de estos casos, especialmente a quienes se encuentran en roles de atención a víctimas.
- * Que se creen e implementen rutas internas para atender los casos de violencia de género contra funcionarias y funcionarios del Estado.
- * Realizar acciones y estrategias preventivas sobre las violencias basadas en género desde las distintas entidades públicas y gubernamentales, para bajar de forma estructural en su disminución, prevención y eliminación.
- * Poner en funcionamiento una casa refugio, hogares de paso, convenios hoteleros y otras medidas para atender a las víctimas de violencia de género. La dependencia económica es uno de los factores más comunes entre las mujeres víctimas. Tener un lugar seguro al cual acudir con sus hijos (si es el caso), se convierte en una necesidad vital de la mayoría de víctimas que están en riesgo o que conviven con su agresor.
- * Extender los horarios de atención para las mujeres víctimas de violencias basadas en género, y las líneas especializadas para atender casos urgentes después de esos horarios. Según la Patrulla Púrpura del Quindío, después de las 6 de la tarde es el horario en el que se presentan más violencias contra las mujeres en el departamento.
- * Realizar los procesos necesarios para que se hagan efectivas las medidas de protección para mujeres víctimas de violencia de género, especialmente la que contempla la ley 1257 de 2008, en la que se obliga al agresor a acudir a un tratamiento reeducativo y terapéutico en una institución pública o privada que ofrezca esos servicios.

De la atención psicosocial y reeducativa de los agresores, depende en gran medida la disminución de las violencias contra las mujeres y de la reincidencia en los delitos.

- * Brindar opciones laborales en condiciones dignas, dirigidas a mujeres víctimas y sobrevivientes de violencias basadas en género son cruciales para la disminución y no repetición de esas violencias.

Derchos de las personas trans:

Tras múltiples encuentros y diálogos con mujeres trans sobre las violencias basadas en género a las que han sido expuestas, ha sido manifiesta la necesidad de tener miradas y enfoques que permitan pensar y crear territorios en paz y libres de violencias, más allá de la ausencia o presencia de actores armados (sean legales o ilegales). Para las mujeres más vulnerables, como ellas, *seguridad* también es tener acceso continuo a alimentos nutritivos y a atención respetuosa en salud mental, es poder movilizarse y circular por las vías públicas sin ser sujetas de burlas ni humillaciones, es poder elegir en qué trabajar y que sea un espacio respetuoso. *Seguridad* también es que los entes gubernamentales crean y registren las denuncias de violencia de género y discriminación. *Seguridad* también es tener una red de apoyo que las apañe.

Las siguientes recomendaciones se basan en algunos de esos deseos, anhelos y necesidades expresados por ellas a partir de sus diferentes experiencias de vida, procesos de

tránsito y exposición a una estructura social que debe desligarse cada vez más de patrones machistas, antiderechos, militaristas, religiosos, transexcluyentes y capacitistas, hacia políticas interseccionales, incluyentes, decoloniales, que garanticen y promuevan los derechos de todas las personas en sus diversidades:

- * Asumir, por parte de gobiernos locales, servidores y funcionarias públicas, la garantía y protección **real** de los derechos de las personas trans y LGBTIQ+ en el territorio, y que esclarezcan los vacíos jurídicos que puedan impedirlos, **desde enfoques diferenciales e interseccionales que superen la visión militarista de “seguridad”**.
- * Eliminar, a nivel institucional y burocrático, las múltiples barreras administrativas y epistémicas que dificultan el acceso de las personas trans y LGBTIQ+ a sus derechos de manera **independiente, libre e informada**.
- * Poner en servicio casas de acogida para personas trans, como medida clave para garantizar espacios de protección, encuentro y fortalecimiento comunitario, que integren procesos de acompañamiento psicosocial y de reconocimiento mutuo.
- * Promover la autonomía económica de las personas trans, apoyar sus proyectos de emprendimiento y hacer campañas de pedagógicas desde las Cámaras de Comercio, instituciones y empresas generadoras de empleo públicas y privadas, para generar una oferta laboral amplia,

promover su contratación y generar cambios estructurales para asumir colectivamente la defensa y protección de sus derechos humanos, especialmente al trabajo digno, protección social y el mejoramiento de su calidad de vida.

- * Desarrollar políticas incluyentes que aseguren el acceso y la permanencia de las personas trans a la educación formal, con condiciones dignas que favorezcan su continuidad y desarrollo académico, promuevan entornos educativos seguros.

- * Articular programas gubernamentales que implementen estrategias sostenibles para la prevención de las violencias ejercidas contra las personas trans, su atención, protección, acceso a la justicia y reparación, que aborden las raíces de la discriminación y exclusión presentes en ámbitos institucionales, sociales, políticos, familiares, educativos, laborales, de salud y de detención intramural, que transformen las estructuras y las prácticas culturales que sostienen dichas violencias.

- * Incorporar en la educación formal pública y privada la protección legal y constitucional de las personas trans, a partir de la enseñanza de los derechos humanos, el respeto por la diferencia y la no violencia. Además, es importante informar sobre las rutas de prevención, atención y denuncia frente a cualquier forma de violencia.

- * Adaptar la oferta y las rutas institucionales de atención integral en salud para responder a las necesidades específicas de las personas trans, asegurar acom-

pañamientos respetuosos durante los procesos de tránsito, para garantizar su bienestar físico, mental y emocional desde una perspectiva de cuidado, respeto y dignidad.

- * Aplicar, por parte de la Fiscalía y sus seccionales en la región, lineamientos y buenas prácticas investigativas respectivas en casos de violencias contra personas diversas, teniendo en cuenta, como lo menciona su Guía de buenas prácticas, que “siempre que la víctima de una conducta delictiva pertenezca o se perciba como una persona LGBTI, debe considerarse como primera hipótesis que el delito fue cometido en razón a la OSIG de la víctima; es decir, se debe partir de que existe una alta probabilidad de que la violencia haya sido basada en prejuicios”.

Lo anterior, atendiendo al llamado de atención de la Corte Interamericana de Derechos Humanos hace más de diez años (2012), en el que urge a los Estados en el mundo para que abran líneas de investigación con enfoque de género y diferencial que integren las variables de orientación sexual, diversidad de género y expresión de género de las víctimas como razón de los delitos cometidos.

Sistematización y acceso a la información pública:

La información demográfica de la población trans en Colombia es escasa e imprecisa. Esto se debe principalmente a que se ha avanzado poco en la generación de información a través de encuestas y registros administrativos donde sea posible identificar y desagregar las variables de identidad de género diversa. Como lo señala el PND 2018-2022, una de las principales barreras para avanzar en la definición de políticas y acciones para la garantía de derechos de las personas que hacen parte de los sectores sociales LGBT es la ausencia de información estadística oficial y análisis derivados de las misma (DNP,2019). Informe dirección nacional de planeación.

En varias ocasiones, la CIDH ha subrayado la crucial importancia de los mecanismos estatales adecuados de recolección de datos, lo que resulta crucial para obtener datos y estadísticas que permitan diseñar con información actualizada y transparente la elaboración de políticas públicas con enfoque de género y derechos humanos. En su Informe sobre Personas Trans y de Género Diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, enfatizó sobre este deber estatal, que resulta necesario para medir de manera uniforme y precisa la prevalencia, tendencias y otros aspectos de las violencias en un determinado Estado o región.

Si bien algunas organizaciones sociales impulsan la recolección de datos sobre personas LGBTIQ+, el Estado no puede desatender ni posponer su responsabilidad de recolectar la información necesaria sobre estas poblaciones

vulneradas, especialmente las personas trans. Por lo que se recomienda:

- * Establecer **mecanismos obligatorios de transparencia activa y rendición de cuentas** en las instituciones de salud e instituciones gubernamentales, que garanticen el **acceso oportuno y completo a la información pública y a los planes, actividades y estrategias para la garantía de los derechos de las mujeres y personas diversas**. Así mismo, es fundamental fortalecer la articulación entre entidades de salud, organismos de control y sociedad civil para promover una cultura institucional que reconozca la importancia de la información como herramienta clave para la participación ciudadana, el control social y la garantía efectiva de los derechos sexuales y reproductivos.
- * Integrar en sus bases de datos un registro de denuncias, atenciones, formatos, historias clínicas, demás instrumentos de recolección de datos que incluyan las variables de identidad de género, orientación sexual, pertenencia étnico-racial, edad, condición de discapacidad, nacionalidad y ubicación geográfica.
- * Articularse y formarse con el Sistema Nacional de Estadística (SNE) para ajustar y mejorar sus procesos de recolección, procesamiento, sistematización, análisis, entrega y publicación de estos datos con enfoques intercultural, de identidad de género y orientación sexual, ciclo de vida, etc.

Reconocimiento de la violencia obstétrica como violencia de género

- * **Es urgente incluir el término “violencia obstétrica” en los marcos normativos y protocolos institucionales** para que el Estado colombiano la reconozca legal y explícitamente como una forma de violencia basada en género. Esto debe incluir su definición en leyes, políticas públicas y guías de atención médica.

Este reconocimiento permitirá desarrollar mecanismos de registro, monitoreo, prevención y sanción adecuadas, además de fortalecer la formación del personal de salud en enfoques de derechos humanos y género, para propiciar un escenario de acceso a la justicia y la justicia reproductiva.

Limitaciones en infraestructura y personal para la atención

- * Las **instituciones prestadoras de servicios de salud**, deben garantizar condiciones materiales e integrales para una atención digna y libre de violencias. Para ello, **deben contar con infraestructura, personal suficiente y formación continua que implementen adecuadamente las disposiciones de la Ley 244 de 2022**. Esto incluye ajustes físicos y operativos en las salas de partos, el fomento de una cultura institucional que valore la escucha activa, el respeto a la autonomía de las personas gestantes y la

inclusión de saberes y acompañamiento no hegemónicos, como el de las doulas y parteras tradicionales.

- * Es urgente que las autoridades sanitarias regionales y nacionales prioricen la inversión en la mejora de la capacidad instalada de las IPS públicas, especialmente aquellas ubicadas cerca de zonas rurales y con alta concentración de población vulnerable. Esta estrategia debe incluir la habilitación de más servicios de alta complejidad y nivel 3, garantizando una atención obstétrica segura, oportuna y equitativa, **conforme a los principios de justicia reproductiva** y al mandato legal de ofrecer atención digna durante el parto.

Mecanismos de evaluación de legislación a favor del parto respetado

- * Se recomienda la adopción obligatoria, en todas las IPS habilitadas para la atención del parto en el Eje Cafetero, de rutas integrales para un parto digno y respetado, así como la **institucionalización de herramientas de evaluación como PQRS, encuestas de satisfacción a usuaries y protocolos para el acompañamiento continuo**. Estas medidas deben estar acompañadas de procesos de formación en género, derechos sexuales y reproductivos, y violencia obstétrica para el personal de salud, con el fin de transformar las prácticas institucionales que

perpetúan la medicalización del parto y el silenciamiento de las voces de las mujeres y personas gestantes.

* Es fundamental que los entes de control e inspección **incluyan en sus evaluaciones no solo indicadores clínicos y técnicos, sino también otros relacionados con la dignidad, privacidad, consentimiento informado y atención emocional**, que deben ser vinculantes y condicionantes para la habilitación y financiación de servicios obstétricos.

* Se recomienda al Ministerio de Salud y Protección Social establecer y **aplicar lineamientos técnicos mínimos obligatorios para la infraestructura obstétrica, adaptados a las realidades territoriales** y con enfoque diferencial e interseccional, que garanticen condiciones dignas para el trabajo de parto, el parto, el posparto y el acompañamiento emocional. Además de establecer auditorías externas periódicas enfocadas en el cumplimiento de la Ley 2244 de 2022, con el fin de identificar falencias, verificar la aplicación real de protocolos y generar planes de mejora con metas concretas, especialmente en hospitales donde el cumplimiento normativo ha sido parcial o tardío. Así mismo, desarrollar un sistema regional articulado de intérpretes y en Lengua de Señas Colombiana (LSC) para cubrir las necesidades de comunicación en instituciones del primer nivel, asegurando que personas indígenas y con disca-

pacidad auditiva reciban una atención comprensible, segura y respetuosa de su identidad cultural y lingüística.

Enfoque diferencial durante la atención

* Ante las complejidades territoriales y estructurales, es urgente **fortalecer los diseños e implementaciones de herramientas estadísticas que permitan caracterizar con enfoque diferencial y territorial** las condiciones reales en las que se brinda la atención obstétrica en la región. Solo así será posible avanzar hacia el desarrollo y cumplimiento de leyes y políticas públicas más justas con las realidades de quienes gestan.

* Es urgente que las instituciones prestadoras de salud en el Eje Cafetero implementen **espacios diferenciados y adecuados** para el trabajo de parto, el puerperio y, especialmente, el duelo perinatal. Esta medida no sólo humaniza la atención, sino que constituye una acción concreta para reparar la deuda histórica del sistema de salud con las mujeres y personas gestantes que han atravesado pérdidas gestacionales.

* Es importante **generar espacios para que las mujeres y personas con capacidad de gestar racializadas, expresen sus vivencias y señalen las formas en que entienden la violencia obstétrica desde sus corporalidades**, de los que surjan análisis

y propuestas que permitan mejorar los servicios de salud que dicen integrar el enfoque diferencial.

También se recomienda **incorporar programas de capacitación dirigidos a todo el personal en atención con enfoque étnico-racial e intercultural, en articulación con organizaciones afro e indígenas del territorio**. Esto permitirá reconocer y respetar los saberes propios, prácticas tradicionales y barreras culturales que enfrentan estas comunidades en contextos de salud sexual y reproductiva.

Atención del duelo perinatal y gestacional

- * Es imprescindible que las secretarías de salud departamentales y las direcciones de hospitales adopten e implementen de manera inmediata y vinculante el lineamiento técnico que surgió a partir de la Ley de brazos vacíos. Lo anterior, a través de protocolos específicos para el abordaje del duelo perinatal, la asignación de espacios diferenciados para su atención y la garantía de que contará con acompañamiento psicológico especializado y continuo para las personas gestantes y sus familias.
- * Así mismo, se recomienda la formación permanente del personal médico, administrativo y de apoyo en atención al duelo con enfoque psicosocial. Esto permitirá reconocer la carga emocional de estas experiencias, ofrecer un trato respetuoso y disminuir los impactos de

la violencia institucional en contextos hospitalarios que hoy reproducen prácticas negligentes.

Interrupción voluntaria del embarazo y aborto espontáneo

A las personas investigadoras, activistas, colectividades y organizaciones:

- * Apoyar, fortalecer y articularse con los procesos de incidencia y veeduría de les activistas, las colectivas y organizaciones, que han permitido mejorar las condiciones de acceso y la calidad de la atención en las instituciones de salud del Eje Cafetero.
- * Ahondar en las condiciones y garantías que tienen les activistas y organizaciones acompañantes de personas con procedimientos de IVE, aborto espontáneo o autogestionado en la región, ya sea que los experimenten en instituciones de salud, casas u otros espacios.
- * Seguir organizando actividades y proyectos que contribuyan a la despenalización social del aborto y la reducción de los estigmas, prejuicios y prácticas violentas hacia las personas que abortan en el Eje Cafetero.
- * Persistir con la publicación de alertas y denuncias sobre la falta de entrega de analgésicos durante los procedimientos de la IVE y el aborto espontáneo, la desinformación sobre estos procesos de atención, la negación de los servicios de

salud para quienes abortan, entre otras prácticas violentas.

- * Seguir creando y brindando herramientas para el acceso a la información sobre el aborto y otros derechos sexuales y reproductivos, así como para la defensa de los mismos en lo local, regional y nacional. Esto especialmente con mujeres cis, hombres trans, personas no binarias e intersexuales rurales, indígenas, afrocolombianas, migrantes, con discapacidad o diversidad funcional, y sobrevivientes del conflicto armado, quienes pueden enfrentar más barreras y prácticas violentas en la región.
- * Continuar con las investigaciones sobre los planes de capacitación y su relación con la mejora de la garantía del derecho al aborto por parte del personal de la salud, tanto las desarrolladas por las mismas instituciones, como las que implementan con la participación de organizaciones sociales y secretarías de salud.
- * Indagar en las múltiples causas de los desistimientos de interrupciones voluntarias del embarazo dentro y fuera de las instituciones de salud de la región, debido al alto porcentaje de casos en que el personal de salud, familiares y personas cercanas están haciendo cambiar la decisión de las mujeres y personas gestantes sobre su autonomía sexual y reproductiva.

A las instituciones de salud, entidades promotoras de salud y entidades administradoras de planes de beneficios:

- * Formular, actualizar y publicar en sus páginas web, noticias, redes sociales y medios afines: las rutas, protocolos, programas y datos abiertos relacionados con la atención de la IVE, el aborto espontáneo y el autogestionado con enfoques³⁷ intercultural, de identidad de género y orientación sexual, ciclo de vida y otros aspectos relevantes.
- * Generar materiales, recursos multimedia e información pública sobre IVE, aborto espontáneo y autogestionado con ajustes razonables para personas con discapacidad, así como con adecuación intercultural³⁸ con la participación de personas de los pueblos indígenas, afrocolombianas, raizales, palenqueras y rrom.
- * Generar capacitaciones constantes y otras estrategias institucionales, municipales y departamentales para garantizar que el personal de salud pueda registrar, manejar y actualizar adecuadamente el software, los sistemas de información como el RIPS y las bases de datos de les usuaries, así como la realización de los empalmes entre administraciones para evitar la pérdida de información y disminuir el subregistro de casos de IVE, aborto

37 Para lograrlo, indudablemente deben convocar a participar a todas las poblaciones que cubren.

38 Hace referencia a la producción de este material en las distintas lenguas de los pueblos que viven en el Eje Cafetero, así como de intercambiar saberes sobre sus necesidades y prácticas propias respecto a la salud sexual y reproductiva para añadirlas.

espontáneo y autogestionado en el Eje Cafetero.

- * Incorporar a sus bases de datos, formatos y sistemas el CIE-11 y el CUPS vigente, que tienen categorías más específicas de aborto que pueden contribuir a la mejora del derecho de acceso a la información de les activistas y organizaciones sociales, así como para sus rendiciones de cuentas, informes de gestión y demás procesos de transparencia sobre la atención de la IVE, el aborto espontáneo y el autogestionado.

- * Articularse con las parteras, doulas, activistas, organizaciones sociales, promotoras de salud y auxiliares de enfermería para que puedan intercambiar sus saberes y experiencias en la atención de la IVE, el aborto espontáneo y el autogestionado en la región, así como para que puedan seguir contribuyendo en el acceso a la salud de las comunidades en el Eje Cafetero. Particularmente puede ser beneficioso el apoyo de estos procesos en los territorios ancestrales indígenas, de las comunidades negras y afrodescendientes, las zonas de reserva campesina y las zonas más afectadas por el conflicto armado.

- * Establecer acciones interinstitucionales para erradicar el uso del legrado en todas las instituciones del Eje Cafetero, de manera que capaciten al personal de salud para implementar la aspiración manual endouterina, la dilatación y evacuación y la inducción a la asistolia fetal, según su grado de complejidad y

las directrices vigentes del Ministerio de Salud.

- * Informar continuamente a las comunidades y monitorear el funcionamiento adecuado de los mecanismos interinstitucionales existentes para mitigar las barreras económicas y de movilidad que enfrentan las personas y comunidades cuando necesitan acceder a los servicios de salud, sobre todo el sistema de referencia y contrarreferencia. Por ejemplo: el transporte en ambulancia institucional y el pago de transporte intermunicipal y estadía por parte de las EPS o EAPB.

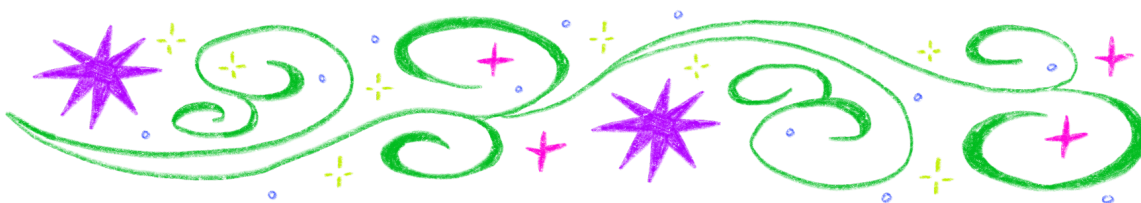
- * Formular, coordinar y monitorear planes de acción institucional, municipal y departamental para erradicar las barreras y prácticas violentas en las instituciones de salud, de manera que el personal contratado cuente con formación y herramientas para garantizar una atención de calidad y libre de barreras y violencias.

A las secretarías y direcciones territoriales de salud:

- * Inspeccionar, investigar, acompañar, fortalecer y/o sancionar a las instituciones de salud que están incumpliendo actualmente con las sentencias de la Corte Constitucional y la normativa expedida por el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud, entre otras.
- * Verificar que todas las instituciones de salud municipales y departamentales

cuenten con rutas o protocolos en concordancia con la normativa nacional para la garantía del derecho a la IVE en cualquier etapa del embarazo, según el nivel de atención de la IPS y el grado de complejidad de su servicio respectivo.

- * Investigar, sancionar y monitorear continuamente a las IPS, EPS y EAPB que no están implementando los códigos de diagnóstico y CUPS relacionados con la IVE y el aborto espontáneo, pues no solo están infringiendo la normativa del Ministerio de Salud, sino que están fallando en sus funciones básicas como actores del sistema de salud.





{ Referencias }

Descarga el documento de referencias de esta
investigación





En esta investigación realizada por una equipo interdisciplinar, compartimos hallazgos, testimonios, patrones, análisis y recomendaciones sobre algunas de las **violencias basadas en género** contra mujeres en sus diversidades, en Caldas, Risaralda y Quindío. Destacando y visibilizando la región del **Eje Cafetero** como un territorio violento y amenazante para las mujeres y personas diversas, contrario a la narrativa de "territorio de paz" que comúnmente es promovida por gobernantes y empresarios.

También compartimos algunas de las reflexiones, herramientas, sentires, saberes y formas de resistencias de mujeres y personas diversas, activistas y organizaciones del Eje Cafetero, que re-existen, defienden derechos, tejen cuidados y trabajan por las transformaciones en los territorios para la equidad, la paz y el buen vivir.

**Red de Organizaciones y Activistas Feministas y Diverses
del Eje Cafetero - RedEje e Ítaca Laboratorio (2025)**

