

Q  
♦

FUNDACIÓN

Mujer  
&  
Futuro

# ALL-IN POR LA IGUALDAD



♦  
Q



---

## **Apostarle a la Garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR) con enfoque interseccional y de género**

Este texto se centra en los retos y realidades que enfrentan las mujeres en Bucaramanga y Santander para el ejercicio pleno de sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (**DSDR**). A partir de casos específicos se pondrá en evidencia la forma en que diversas categorías influyen en el ejercicio pleno de los DSDR y la necesidad de la aplicación de un enfoque interseccional. Este análisis se privilegia debido a la urgencia de transformar realidades que perpetúan la exclusión y desigualdad para las mujeres.

# BARÁJEMEMOS LA DESPACIO

“ ¡Yo tengo derecho a decidir si quiero tener hijos o no!,  
¡Yo puedo interrumpir mi embarazo!

*Comentario de una mujer durante atención en la Fundación Mujer y Futuro.*



Los derechos sexuales reconocen, respetan y protegen la libertad sexual y el acceso a servicios de salud sexual, los derechos reproductivos por otro lado, reconocen y protegen la autodeterminación reproductiva y el acceso a los servicios de salud reproductiva<sup>1</sup>.

En Colombia, se hace una distinción entre los derechos sexuales y derechos reproductivos, pues, aunque relacionados, son dos ámbitos diferentes en la vida del ser humano, el primero (sexualidad) no debe ser entendido solamente como un medio para lograr la reproducción y puede ejercerse independientemente del segundo. La sexualidad entonces, es una esfera amplia, y un espacio libre de violencia que incluye la afectividad, el deseo, el respeto de la orientación sexual, el consentimiento, la información; entre otros, sin que implique necesariamente la maternidad o paternidad.

<sup>1</sup> Sentencia T-732 de 2009 de la Corte Constitucional Colombiana. Magistrado Ponente: Humberto Antonio Sierra Porto.

Los **DSDR** reconocen y protegen la facultad de las personas de tomar decisiones libres sobre su sexualidad y su reproducción y, además, otorgan los recursos necesarios para hacer efectiva tal determinación, como: **i)** información clara, veraz y oportuna, **ii)** prestación de un servicio de salud sexual y reproductiva determinado bajo condiciones de humanidad y calidad y **iii)** posibilidad de exigibilidad frente al incumplimiento y acceso a la justicia.

Esta división resulta ser especialmente importante para las mujeres, pues el hecho de haber sido identificadas fundamentalmente como madres redujo la protección de su sexualidad a su maternidad; perpetuando así estereotipos de género que afectan profundamente su dignidad y autonomía. Aunque en la práctica se evidencian diversas vulneraciones a los DSDR de las mujeres derivadas de los estereotipos e imaginarios mencionados, en Colombia no existen datos esenciales que aporten a la transformación de esos fenómenos, imaginarios y prejuicios, tales como **“información oficial respecto al acceso a educación sexual y reproductiva, o sobre el acceso a métodos anticonceptivos y su uso adecuado (...) brecha de desinformación que dificulta el diseño de acciones para la prevención del embarazo adolescente o temprano, así como para la promoción de la salud sexual y reproductiva en general y la prevención de la violencia sexual”**<sup>2</sup>.

Las expresiones constantes de poder ejercido sobre los cuerpos y la autonomía de las mujeres son realidades que atraviesan cada instante de sus vidas, y que se agudizan en convergencia con otros factores y contextos como: nacionalidad, clase social, etnia, situación de discapacidad, edad, religión, conflicto armado, migración o diversas formas de opresión que empeoran las situaciones de desigualdad y las formas de discriminación.

Un dato que permite entender lo descrito es la pobreza, como un factor que influye en el aumento de la probabilidad de mortalidad materna afectando así los derechos reproductivos de las mujeres. En el 2024, según datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública de Colombia (SIVIGILA) se notificaron 38.023 caso de mortalidad materna en el país, de los cuales el **85,1%** (32,457) pertenecen a estratos 1 y 2<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Información extraída de: [https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/triage\\_poblacional\\_de\\_genero\\_f.pdf](https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/triage_poblacional_de_genero_f.pdf)

<sup>3</sup> Datos sobre mortalidad materna Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Recuperado de <https://portalsivigila.ins.gov.co/>

Este fenómeno particular se escucha en la voz de Roció así:

“ Llegué y se fueron para atrás los doctores (...) yo había ido a un solo control de mi embarazo y ahora estaba en alto riesgo (...) ¿Qué iba a hacer? Yo vivo jummmm... bien bien abajo, o mi familia y yo comíamos o yo iba al hospital (...) no podía dejar que mis otros hijos se murieran de hambre ”

*Relato de una mujer durante atención en la Fundación Mujer y Futuro*

Con el panorama propuesto, resulta esencial analizar las particularidades concretas de los casos y comprender diferentes dimensiones de la identidad y del contexto, que de una u otra forma repercutan en el ejercicio pleno de los DSDR.

## LA CASA ESCOGE POR MÍ, YO NO TENGO DERECHO A RETIRARME

En el 2024, la secretaría de Salud y Medio Ambiente de Bucaramanga reportaba que, de los 3.238 embarazos que se dieron en la ciudad, 354 correspondían a **mujeres adolescentes**, 69 de ellas migrantes.<sup>4</sup>

Esta cifra devela que el sistema de educación sexual y reproductiva está fallando y que los programas son insuficientes o deficientes en su aplicación. Así mismo, se han registrado barreras para el acceso a métodos anticonceptivos y su garantía, especialmente para mujeres adolescentes y jóvenes, a quienes se les piden requisitos innecesarios e irregulares como **“autorización de sus parejas o de la EPS y requisitos como haber tenido al menos un hijo/a para acceder a un método anticonceptivo de larga duración y que, no todas las instituciones del servicio de salud tienen disponibilidad (...) para todas las mujeres y personas que lo requieran”**.<sup>5</sup>

4 Información extraída de: [https://www.vanguardia.com/area-metropolitana/bucaramanga/2024/09/26/en-bucaramanga-van-354-casos-de-madres-adolescentes-este-ano/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.vanguardia.com/area-metropolitana/bucaramanga/2024/09/26/en-bucaramanga-van-354-casos-de-madres-adolescentes-este-ano/?utm_source=chatgpt.com)

5 Información extraída de: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2024/08/SANTANDER.pdf>



A pesar de que no se cuentan con cifras oficiales de cuántos de estos embarazos fueron no deseados ni planeados, la falta de educación en salud sexual y reproductiva y las barreras de acceso a métodos anticonceptivos propician estos casos, ambientados en un sistema que restringe la información sobre los derechos y alternativas a la maternidad no deseada.

En el 2024 nuestra organización conoció casos de niñas y adolescentes que eligieron ejercer su derecho a la IVE, y acompañó aquellos que se dieron en el marco de un delito de violencia sexual.

Sara<sup>6</sup> es una de ellas; una adolescente de 16 años que escribió a nuestra línea de atención y solicitó **“información sobre libre opción a la maternidad”**. En su consulta psico-jurídica, manifestó que **no conocía que tenía derechos sexuales y derechos reproductivos, ni tenía una red de apoyo, y que nadie en su familia podía enterarse de que estaba embarazada. También explicó que había intentado acceder a la IVE, pero que le dijeron que debía traer un mayor de edad que autorizara el procedimiento.**

La historia de Sara refleja la situación de desprotección de las niñas y adolescentes para el ejercicio pleno de sus **DSDR** y su autonomía reproductiva, que se ve fuertemente determinada por la categoría de edad.

En la experiencia, hemos sistematizado cómo en estos casos, los estereotipos y prejuicios frente a la toma de la decisión y autonomía reproductiva empiezan desde la falta de información en DSDR, diversas formas de violencia de género en el entorno familiar e institucional, trasgresión al derecho a la confidencialidad, el no reconocimiento del consentimiento y se extienden a la negación del servicio.

La falta de educación en salud sexual y reproductiva y en derechos, y barreras de acceso a los servicios permiten situaciones que perpetúan la exclusión social, educativa y económica de niñas, adolescente y jóvenes, dificultando su desarrollo integral y proyecto de vida. Esta situación requiere intervenciones urgentes que incluyan la prevención y la atención, y garantías de las necesidades de las adolescentes embarazadas que deciden continuar o no, con su gestación.

<sup>6</sup> Todos los nombres de las mujeres usados en ese boletín, han sido modificados en aras de garantizar su protección.

## OTRAS CARTAS EN CONTRA:

En 2023 Lismary, una mujer colombo venezolana, nos relató lo siguiente:

“ Él me llevaba en el camión, me empezó a agarrar del pelo (...) a tocarme (...) me dijo: te doy cien mil pesos si te dejas (...) yo estaba muy asustada, me sentía acorralada, no sabía dónde estaba (...) en voz baja él dijo: me provoca matarla y tirarla en este monte (...) ¿Qué vale una venezolana pobre? ”

El caso de Lismary permite identificar que su afrontamiento de la violencia sexual incluye, además del hecho de ser mujer, otros factores que aumentan los riesgos, como su situación migratoria, la ausencia de redes de apoyo o la inseguridad económica, además demuestran cómo las características y apropiaciones identitarias venezolanas arraigadas alientan a su agresor a establecerse en una posición de dominación sustentada por prejuicios y estereotipos, como la xenofobia, la hipersexualización que determinan un valor para el cuerpo e incluso, para la existencia.

**El relato de Lismary no es un relato único**, para el 2023 Santander reportó en el Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género (SIVIGE) 1438 casos de violencia sexual. **Este tampoco es un relato sesgado**, pues casos como estos afectaron de forma desproporcionada a las mujeres, con 1221 casos registrados contra ellas (77,96% víctimas entre 0 a 17 años de edad). **Finalmente, no es un relato aislado en el tránsito migratorio**, porque 104 casos son de mujeres y niñas migrantes venezolanas.

A pesar de que en el 2024 las cifras señaladas tuvieron una leve disminución (1183; 982) el 81.26% víctimas entre 0 y 17 años de edad y 78 casos de mujeres y niñas migrantes venezolanas) el panorama sigue siendo desolador; sin ahondar en el posible subregistro que puede existir por miedo, desconfianza institucional, precariedad de la situación migratoria, así como la falta de garantías para el acceso a la justicia.



He sufrido graves afectaciones a mi salud física, mental y social, no solo por los hechos que denuncié, sino por las dilaciones, barreras (...) he tenido que pasar noches sin dormir, pensando en los tortuosos momentos que mi agresor me hizo pasar (...) me cuesta salir a la calle por temor e inseguridad (...) tomé la decisión de aceptar el cambio de delito, esperando en que ese señor pague por lo que me hizo y se acabe pronto este proceso



*Extracto de derecho de petición enviado a la Fiscalía, tras consulta de seguimiento con Lismary en el 2024.*

El caso de Lismary es común en el sentido de acceso a la justicia, las dilaciones para la garantía de este derecho han sido frecuentes desde que puso en conocimiento de la fiscalía los hechos. A pocos meses de realizar la denuncia, se varió la calificación del delito de Acto Sexual Violento que se modificó por Injurias por Vías de hecho, posteriormente no se tuvo en cuenta el derecho a la no confrontación con el agresor que tiene la víctima de violencia basada en género, y no se brindaron las garantías suficientes para realizar la audiencia en un tiempo razonable; para mediados del 2024, se habían realizado tres intentos para realizar la primera audiencia.

Este panorama evidencia una profunda falla estructural en el sistema de protección y justicia que genera revictimizaciones y perpetúa las vulnerabilidades. Los relatos de mujeres como Lismary no solo subrayan múltiples opresiones y violencias, sino también la imperiosa necesidad de reformas integrales que garanticen la dignidad, seguridad, justicia y la garantía de no repetición.

## **¿ALGUIEN HA VISTO UN CRUPIER DISCRIMINADOR?**

Este es el relato de Angelica: **“La secretaria de salud de un municipio me dijo: Sí, qué bueno que vengan a hablar de derechos sexuales y reproductivos, hay que hacerles énfasis a las mamitas y papitos de las personas con discapacidad el tema de la esterilización”** Relato de una profesional de la Fundación Mujer y Futuro.

Las mujeres con discapacidad no solo afrontan los habituales sesgos de género, las transgresiones de sus **DSDR** significan una negación total de su capacidad jurídica para consentir o recibir información, ello a pesar de que el estándar aplicable tiene que partir del reconocimiento de esta y la presunción de la capacidad legal.

Las obligaciones estatales asumidas por el Estado colombiano al ratificar la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, instan al país a asumir un modelo social de discapacidad; es decir, que busque eliminar las barreras que restringen el acceso a los derechos humanos (**DDHH**) de las personas con discapacidad, enfocándose en su autonomía y capacidad de decisión.

No obstante, la estigmatización, derivada de la lectura conjunta de género, discapacidad y sexualidad, puede expresarse con el requisito de pedir a cuidadoras y cuidadores el consentimiento, procedimientos quirúrgicos no consentidos, negación frente a la necesidad de recibir información sobre salud sexual y reproductiva y **DSDR**.



Sistemas de valores que responden a ideas y estereotipos preconcebidos sustentan prácticas como la esterilización forzada de mujeres con discapacidad. Al respecto, se conoce que **“entre el 2009 y 2011, 505 mujeres con discapacidad fueron esterilizadas sin su consentimiento”** 7 estas situaciones también se ven permeadas por la inexistencia de datos públicos desagregados que afectan la posibilidad de crear políticas públicas y respuestas acordes con las realidades.

## **AS BAJO LA MANGA O LAS RECOMENDACIONES**

Analizar las VBG que trasgreden los **DSDR** de las mujeres a la luz de la perspectiva de género y del enfoque interseccional, transforma estadísticas en nombres, en particularidades concretas que ayudan a visibilizar dimensiones ocultas de la discriminación. Por tanto, exigen respuestas personalizadas y a gran escala, políticas públicas que

permitan que todas las mujeres avancemos, especialmente aquellas que enfrentan mayores desigualdades.

Garantizar los **DSDR** y promover su autonomía es un pilar fundamental para hablar de igualdad plena, de dignidad y de oportunidades, no es solo una cuestión de acceso, sino de justicia social, dignidad humana y reparación histórica para quienes han sido relegadas por una identidad o un contexto.

### Así las cosas, se recomienda:

- ◆ **Promover los DSDR y la educación sexual integral universal:** invirtiendo en campañas de sensibilización que incluyan diversos sectores de la sociedad, desde la comunidad en general hasta profesionales de salud. La educación sexual integral tendrá que ser accesible y sin barreras, con enfoque de género e igualdad y libre de prejuicios.
- ♣ **Fortalecer la recopilación de datos desagregados:** para diseñar respuestas y políticas públicas eficaces, es indispensable contar con datos detallados sobre las diversas formas de discriminación, violencia y acceso a servicios de salud, desagregados por género, etnia, formas de discapacidad y situación migratoria. Esto permitirá la creación de intervenciones específicas y ajustadas a la realidad de las personas afectadas.
- ♥ **Garantizar el acceso a la justicia sin revictimización:** las mujeres y niñas que enfrentan violencia sexual deben tener garantías judiciales con enfoque de género e interseccional.
- ♠ **Fomentar la participación de las mujeres en la toma de decisiones:** las mujeres deben tener voz en la formulación de políticas públicas, especialmente en áreas que afectan directamente sus derechos sexuales y reproductivos. Esto implica garantizar su participación en espacios de toma de decisiones tanto a nivel local como nacional.
- ◆ **Crear alianzas interinstitucionales y comunitarias:** es esencial fomentar la alianza entre organizaciones gubernamentales, de la sociedad civil, comunidades y entidades internacionales para implementar programas y políticas que protejan los derechos de las mujeres, con la aplicación de este enfoque colaborativo, se puede garantizar la eficacia y efectividad de las intervenciones.

# BIBLIOGRAFÍA

Corte Constitucional de Colombia. (2009). Sentencia T-732 de 2009. Corte Constitucional de Colombia. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-732-09.htm>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2024). Estado de la población mundial 2024. Recuperado de <https://www.unfpa.org/es/swp2024>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2024). Datos sobre mortalidad materna Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Recuperado de <https://www.sivigila.gov.co/>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2024). Datos sobre violencia sexual y de género en Colombia. Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género (SIVIGE). Recuperado de <https://www.sivige.gov.co/>

Profamilia. (2024). Caracterización de los derechos sexuales y reproductivos en Santander. Recuperado de <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2024/08/SANTANDER.pdf>

Profamilia. (2020). Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia: Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria. Profamilia. [https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-mejorar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-mejorar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf?utm_source=chatgpt.com)

Profamilia. (2019). Prevención y abordaje de la violencia sexual en personas con discapacidad desde un enfoque de determinantes sociales. Recuperado de <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/09/Prevencion-y-Abordaje-de-la-Violencia-Sexual-en-Personas-con-Discapacidad-desde-un-Enfoque-de-Determinantes-Sociales.pdf>

UNFPA Colombia. (2018). Triage poblacional de género: Análisis de la situación de mujeres y niñas en Colombia. UNFPA. [https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/triage\\_poblacional\\_de\\_genero\\_f.pdf](https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/triage_poblacional_de_genero_f.pdf)

Universidad de los Andes. (2022, septiembre 23). Rechazan esterilización de personas con discapacidad. Universidad de los Andes. <https://www.uniandes.edu.co/es/noticias/derecho/rechazan-esterilizacion-de-personas-con-discapacidad>