

MALO SI SÍ, MALO SI NO



VIOLENCIAS QUE CASTIGAN LAS DECISIONES
OBSTÉTRICAS, REPRODUCTIVAS, Y SEXUALES DE LAS
MUJERES EN SANTANDER Y NORTE DE SANTANDER

Este informe se realiza en el marco de la estrategia "Datos de Género" de la Fundación Mujer y Futuro, gracias al apoyo de FOS Feminista, Heinrich Boll Stiftung - Bogotá, el Centro de Derechos Reproductivos y la Embajada de Suecia.

Los contenidos son responsabilidad de la Fundación Mujer y Futuro y no reflejan necesariamente las opiniones de FOS feminista, Heinrich Boll Stiftung - Bogotá, el Centro de Derechos Reproductivos o la Embajada de Suecia.

"Datos de Género" es una estrategia institucional de información y comunicación para la incidencia, orientada a la gestión del conocimiento desde un enfoque de derechos humanos, género, interseccionalidad y migración. Se desarrolla desde la perspectiva y experiencia de las mujeres, con el propósito de fortalecer la producción, sistematización y divulgación de información útil para la acción política y social.

Reliza:



Con el apoyo de:



CENTRO *de*
DERECHOS
REPRODUCTIVOS



LO QUE ESTE INFORME REVELA: UN SISTEMA QUE CASTIGA A LAS MUJERES

El presente boletín analiza las formas en las que se manifiestan las violencias obstétricas, reproductivas y sexuales contra las mujeres y otras personas con capacidad de gestar en los departamentos de Santander y Norte de Santander, a partir de testimonios y casos documentados por la Fundación Mujer y Futuro (FMF). Aunque este análisis se centra principalmente en la violencia obstétrica en el marco de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), se reconoce que dicha violencia no ocurre de forma aislada, sino que se articula con otras expresiones de violencia contra las mujeres como la reproductiva o la sexual, muchas veces normalizadas e invisibilizadas y aún más, en contextos atravesados por el conflicto armado.

El informe se centra en visibilizar cómo el estigma, el juicio moral y la desinformación se traducen en formas sistemáticas de maltrato y deshumanización por parte del personal de salud antes, durante y después de procedimientos en salud sexual y reproductiva, tomando a la violencia obstétrica, una forma de violencia de género ejercida por los encargados de la atención en salud sobre las mujeres durante el embarazo, parto y posparto, como el eje desde el cual se entrelazan otras formas de violencia. En este contexto, la violencia reproductiva, definida a través de la propuesta del Centro de Derechos Reproductivos como **“prácticas que directa o indirectamente comprometen y violan la autonomía reproductiva, entendida como la capacidad de las personas de decidir si quieren tener hijos/as o no y en qué momento, así como de acceder a información y servicios de salud sexual y reproductiva como anticoncepción, aborto seguro o servicios de salud ginecológica y obstétrica”**¹ encuentra en la atención médica un espacio de reproducción sistemática. Aunque los casos de formas de violencias reproductivas tienden a ser menos identificados que aquellos que también configuran violencia obstétrica, este fenómeno responde a las dificultades en su reconocimiento o al temor de denunciarla, especialmente en zonas afectadas por el conflicto armado, donde incluso se restringe la circulación de información sobre derechos sexuales y reproductivos.

Del mismo modo, la violencia sexual, que se expresa en acciones que **“obligan a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal”**² forma parte del entramado de violencias que rodean la atención en la salud, pues se ve agravada cuando, después de sobrevivir a las agresiones, las mujeres son revictimizadas por el sistema a través de la negación de atención, la exigencia de denuncias previas o la ineficacia de las rutas de atención³. En algunos casos documentados, no solo se incumplen protocolos, sino que se reproducen estereotipos que culpabilizan a las víctimas.

Uno de los hallazgos más graves del boletín es que el ejercicio de la autonomía sobre el cuerpo continúa siendo sancionado: las mujeres son juzgadas por maternar o por decidir no hacerlo, por buscar atención o por callar, por denunciar o por sentir miedo a hacerlo. Esta constante culpabilización revela un patrón estructural de violencia, donde el derecho a decidir sobre el cuerpo y la vida es condicionado, estigmatizado o directamente vulnerado.

¹ Center For Reproductive Rights. (2020, julio) Pág. 13.

² Ley 1257 de 2008 “Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones”

³ La Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y protección Social del 6 de marzo de 2012 contiene el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual

Este boletín no solo documenta hechos, sino que denuncia una realidad estructural en la que los cuerpos de las mujeres siguen estando en disputa. Las violencias obstétricas son el centro visible de un sistema que también reproduce violencias sexuales y reproductivas, especialmente en territorios atravesados por el miedo, el conflicto y el silencio.

Finalmente, el informe también insta a una transformación integral del sistema de salud que articule educación, supervisión, sanción y sensibilización institucional y cultural. Las voces de las mujeres son el eje de esta propuesta: testimonios que denuncian, resisten y reclaman un ejercicio pleno de sus derechos.

1 CUANDO EL JUICIO PESA MÁS QUE LA SALUD: ACERCAMIENTO A LA DEFINICIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y A SU MARCO NORMATIVO



Las mujeres tienen derecho a vivir una vida libre de violencias obstétricas y los Estados están en la obligación de prevenirla, sancionarla y abstenerse de practicarla, así como velar por que sus agentes actúen en consecuencia



*Caso Brítez Arce y otros Vs. Argentina.*⁴

Durante siglos los roles de género impuestos a las mujeres han propiciado el ejercicio de diversas formas de violencia, que se manifiestan en múltiples escenarios de sus vidas. Una de esas expresiones es la violencia obstétrica, una de las formas de violencia más naturalizadas contra las mujeres.

En términos generales, la Violencia Obstétrica se define como una forma de violencia basada en género prohibida por los tratados de derechos humanos regionales⁵, y ejercida contra las mujeres y otras personas con capacidad de gestar⁶, por funcionarios de las instituciones de salud, cuando se requieren de los servicios de salud durante los tiempos de embarazo, parto y posparto⁷.

Para el 2024, la **Encuesta Nacional de Parto y Nacimiento en Colombia**, señaló que el mayor volumen de las respuestas que obtuvo relató experiencias negativas en el embarazo, durante y después de la gestación. Los términos más utilizados para hacer referencia a dichas experiencias fueron: **“estereotipos, inhumano, miedo traumático, agresivos, incómodo, tensión, burlas, dolor, humillación, procedimiento violento, insulto, injusto, inhumano, falta de información, sin consentimiento, violencia obstétrica, irrespetuoso”** (Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia & Universidad Icesi & Universidad Antonio Nariño & Profamilia, 2024).

⁴ Sentencia proferida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en donde se reconoce por primera vez la violencia obstétrica como una forma de violencia de género que trasgrede tratados de derechos humanos y la Convención Belém do Pará. Cfr. Corte IDH. Caso Brítez Arce y otros Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2022. Serie C No. 474.

⁵ Colombia ha ratificado diferentes documentos regionales para la garantía de los derechos humanos de las mujeres; entre ellos, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención Belém do Pará”

⁶ Otras personas con capacidad de gestar son aquellas que, independientemente de su identidad de género, poseen condiciones biológicas necesarias para llevar adelante un embarazo. Este término busca reconocer que no solo las mujeres cisgénero tienen la capacidad de gestar, sino también hombres transgénero y personas no binarias que conservan órganos reproductivos como el útero.

⁷ Este concepto de violencia obstétrica ha sido construido por la Fundación Mujer y Futuro, a partir de las bases legales existentes y las experiencias.

Por otro lado, la misma encuesta nacional reveló, entre muchas otras cifras sobre violencia obstétrica, que:

- **Las mujeres y otras personas con capacidad de gestar se enfrentan a un personal que** ignora, omite, desatiende (42,4%), critica y reprime expresiones de dolor y emociones de gestantes (35,7%) amenaza o intimida a las gestantes con frases como: “si sigue gritando así, no le vamos a poner anestesia” (27,1%) ... trato irrespetuoso por ser “estrecha” (7,9%), por ser madre soltera (4,6%) o por ser mayor (3,4%) trasgrede la confidencialidad (14,8%) y no entrega información sobre el estado de salud (12,3%)
- **En los procedimientos prevalecen prácticas no recomendadas como (...)** la maniobra de Kristeller⁸ (33,1%) (...) [o la] episiotomía⁹ sin autorización previa (37,7%).

La violencia obstétrica afecta el derecho a la salud en todas sus dimensiones (física, mental y social), así como los derechos sexuales y derechos reproductivos, normalizando un modelo médico en el que los cuerpos, ciclos vitales y procesos de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar se reducen a su posibilidad reproductiva. Por lo tanto, la capacidad de procrear termina definiendo sus vidas.

En el marco de ese modelo, la regla **“procrea y hazlo bien”** trae afectaciones tanto a las mujeres que quieren ejercer su maternidad, como a aquellas que quieren ejercer su derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, quienes también se encuentran en una etapa de su proceso reproductivo y pueden ser víctimas de este tipo de violencias.

Para las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que deciden ejercer su derecho fundamental a la IVE, la violencia obstétrica puede acentuarse y expresarse de maneras diferenciadas. La imposición de la maternidad para las mujeres y sus cuerpos afecta directamente la calidad de la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y la penalización social manifestada puede ser mucho mayor.

A pesar de que el acceso a la IVE se encuentra respaldado por sentencias constitucionales, entre las que se destacan la C-355 de 2006¹⁰ y la C-055 de 2022¹¹, así como por resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (051 de 2023) y directivas de la Fiscalía General de la Nación (009 de 2023) es evidente **“la presencia de un estigma hacia el aborto que sobrepasa las leyes que lo rigen”** (Profamilia, 2020).

El testimonio de Marta¹² ilustra lo mencionado:

¹⁰ Sentencia de la Corte Constitucional colombiana que despenaliza el delito de aborto en causales específicas que aplican en cualquier edad gestacional: cuando la continuación del embarazo ponga en riesgo la vida o la salud de la mujer u otra persona con capacidad de gestar, cuando el feto presenta malformaciones que hagan inviable su vida fuera del útero, cuando el embarazo es producto de una violencia sexual, incesto, inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentido.

¹¹ Sentencia de la Corte Constitucional que despenaliza el aborto hasta la semana 24.6 de gestación, sin que requiera estar dentro de ninguna causal prevista por la sentencia C355 de 2006.

¹² Los relatos expuestos en el siguiente documento son testimonios de mujeres atendidas por la Fundación Mujer y Futuro en Bucaramanga, su área metropolitana y Ocaña, los nombres de todas las mujeres son modificados en aras de garantizar su protección.



Tenía antecedentes de preclamsia severa¹³ en todas mis gestaciones al punto que tuve una pérdida y amenaza de daños permanentes en el riñón, por eso me hice la pomey (método anticonceptivo permanente). Tres años después me doy cuenta que estoy en embarazo de 13.5 semanas (...) yo no quería continuar con el embarazo por razones obvias (...) me revisaron cinco profesionales. El ginecólogo era objetor de conciencia, se negó a darme información o atenderme y en la historia clínica escribió: Paciente que manifiesta deseo de IVE dado alto riesgo obstétrico y complicaciones; sin embargo, considerando edad gestacional permitida mayor a 12 semanas y siendo objetor de conciencia, considero embarazo viable y no para IVE, no hay disponibilidad de ginecobstetricia 24/7 por lo cual se da egreso



El relato devela que la influencia de creencias, los estereotipos y la interpretación restrictiva o el incumplimiento de la norma alrededor de la objeción de conciencia, afectan la garantía de un derecho, que en este caso se materializa a través de la disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad del procedimiento de IVE. A pesar del riesgo para su salud y su vida, Marta solo pudo recibir atención especializada posteriormente, después de iniciar acciones legales y reiterar que la objeción de conciencia; a pesar de ser un derecho fundamental tiene límites, y el personal médico objetor, debe garantizar información y remitir de manera inmediata, atendiendo a la obligación institucional de garantizar personal médico no objetor de conciencia para estos casos, toda vez que la IVE es un procedimiento de carácter esencial y urgente tal como lo señala el artículo 9 de la Resolución 051 de 2023 del Ministerio de Salud, por la cual se adopta la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y se modifica el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante la Resolución 3280 de 2018 de esta misma entidad.

La Corte Constitucional de Colombia¹⁴ ha determinado una "Tipología de prácticas que constituyen violencia obstétrica":

1. Abusos: cirugía forzada, procedimientos médicos no consentidos, violación, restricción física, otros tipos de abuso (burlas, comentarios humillantes, tratos hostiles y similares)

2. Coerción: por intervención judicial, por intervención de autoridades del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, por negación de tratamiento, manipulación de información o presión emocional.

3. Faltas de respeto: El personal médico acusa a las mujeres de ser muy sensibles al dolor y ser incapaces de manejar el dolor sin medicación, las gritan por sentir miedo o vocalizar muy fuerte durante las contracciones o les dicen que su trabajo durante el parto refleja el pobre desempeño que tendrán como madres. También, las mujeres son ignoradas cuando hacen preguntas sobre el tratamiento o las hacen sentir culpables de sus decisiones cuando sobrevienen complicaciones.

¹³ Complicación del embarazo grave que puede afectar órganos vitales como riñones, hígado y cerebro y ser mortal.

¹⁴ Sentencia SU048 de 2022. M.P. Cristina Pardo Schlesinger.

Esta tipología de prácticas resulta insuficiente frente a la diversidad y profundización de la violencia en los procedimientos de Interrupción Voluntaria del Embarazo, teniendo en cuenta que solo hasta la sentencia T-576 de 2023¹⁵, esa corporación reconoció que la protección a las mujeres de la violencia obstétrica en el procedimiento de la IVE, es una forma de garantizar los derechos a vivir una vida libre de violencia, a la salud y a la autodeterminación reproductiva.

2 EL IMPACTO DEL ESTIGMA EN LA LUCHA POR EL DERECHO A DECIDIR

“Buen día, quiero información sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)”¹⁶, es uno de los mensajes más frecuentes en las redes sociales de nuestra organización. Esta solicitud representa solo la punta del iceberg de una realidad que enfrentan muchas mujeres en Santander y Norte de Santander al intentar ejercer su derecho fundamental a la IVE. Detrás de estas palabras se esconden historias marcadas por obstáculos, estigmas y, en muchos casos, por la vivencia de violencias obstétricas.

Pronunciar o escribir esas palabras no es fácil, a pesar de que se han logrado avances significativos en el reconocimiento de la autonomía reproductiva de las mujeres, los estereotipos que niegan su sexualidad y placer y las sujetan exclusivamente a la reproducción y a la maternidad siguen teniendo pesos distintos en cada experiencia. Las conversaciones con las mujeres que acompañamos en la región nos han permitido identificar las formas en las que opera la violencia obstétrica en el marco de procedimientos de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Muchos de estos casos no están descritos dentro de la tipología y, sin embargo, ocurren constantemente.

En el diagnóstico “Nuestro cuerpo, nuestro territorio: situación del acceso a la IVE en el área metropolitana de Bucaramanga” la Fundación Mujer y Futuro reveló que existen barreras sociales, institucionales y fallas en la prestación del servicio que terminan imposibilitando el acceso al derecho a la IVE y, facilitando las violencias obstétricas.

Con entrevistas y sistematización de casos, el documento señalado registró que la

“violencia inicia desde el momento en que la mujer se entera que está embarazada porque en algunos casos el equipo profesional las felicita sin consultarles sobre su deseo de ser madre, además que dejan de lado el deber de informar las opciones posibles de acuerdo con la ruta de atención materno perinatal. Así mismo, se identifica violencia cuando el personal médico informa a las mujeres el número de semanas de gestación sin preguntar si desean conocer esa información. (...) También en las IPS se han dado hechos de violencia como mostrar el feto expulsado a la mujer sin su consentimiento, incluso cuando ellas expresaron claramente desde el principio su deseo de no verlo”. (Fundación Mujer y Futuro, 2022).

¹⁵ La Fundación Mujer y Futuro realizó una intervención ciudadana en la sentencia en mención. En la misma, expuso a la violencia obstétrica como expresión de la violencia contra la mujer en el marco del procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

¹⁶ Información obtenida de los registros de la línea de atención de la estrategia en salud de la Unidad Móvil Médica

Las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, en el marco de procedimientos de IVE, son expuestas a violencias obstétricas durante todo el proceso:

a. Desde que se verbaliza la necesidad de información sobre IVE: Andrea, a quien acompañamos en la interposición de un llamado a la acción para la no repetición de violencias obstétricas en un hospital del área metropolitana de Bucaramanga dijo que: *“en la consulta mencioné que yo no estaba preparada para ser mamá y pregunté por opciones (...) casi me calló el médico, me dijo que tuviera cuidado con lo que decía, que eso estaba prohibido”*.

Camila, una mujer que acompañamos después de ser víctima de violencia obstétrica, nos comentó lo siguiente: *“A las 10 de la noche me dieron 4 pastillas, como no me informaron nada; busqué en internet, decía que tenía que preparar elementos como toallas higiénicas e insumos, yo no tenía nada, todo lo que supe de mi IVE lo leí por internet”*.

b. Extendiéndose hasta el proceso expulsivo disposiciones del material biológico: María nos contó que durante su proceso de expulsión se sintió sola y no recibió apoyo del personal de salud *“todo empezó sobre las 9:00 am en el baño de urgencias, llamé, pero nadie vino. Al verme tan mal, otra paciente buscó al personal, vino una enfermera, le pedí algo para el dolor, pero nunca regresó (...) pasaron 40 minutos, volvieron a ayudarme a llamar a una enfermera que me miró y se fue (...) así fueron 4 veces. Al final, después de estar un tiempo largo en el baño con sangre y el feto, llegó una enfermera con una bolsa roja, yo vi todo (...) Sali del baño a las 2:30 pm, fueron 5 horas de sufrimiento”*.

c. E incluso durante la recuperación post procedimiento y citas de control: Ana compartió con nosotras lo que ocurrió en su cita de control *“Cuando entré al consultorio estaba el médico que me había dicho que estaba embarazada, me saludaron como “la mamita”. Cuando empezó a revisar se dio cuenta de que no tenía nada, me preguntó ¿el bebé? Yo le conté (...) me respondió con un: “ok, un voluntario”, la actitud de todas las personas cambió de inmediato, me maltrataron y me sentí muy juzgada”*.

De manera transversal, las violencias y malos tratos por parte del personal de salud son otro hecho frecuente. Estas prácticas **“se dirigen a buscar que las mujeres cambien de decisión y/o sientan culpabilidad o arrepentimiento por su decisión”** (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2017)

Los siguientes testimonios visibilizan este tipo de situaciones:

Carolina: *“la ginecóloga fue brusca al realizarme los procedimientos, hizo la atención con enojo, dijo muchas cosas y me cuestionaba”*.

Sandra: *“la psicóloga y me dijo que lo pensara, que lo tuviera, que me quedaba poco del proceso y que, si ni siquiera me había dado cuenta del embarazo, era porque no había sido tan terrible”*.

En este escenario, recoger las voces de las mujeres tiene un doble propósito: Por un lado, reflejan una realidad alarmante: la violencia obstétrica en el marco de procedimientos de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) no es un hecho aislado, se trata de una práctica sistemática que perpetúa el estigma, el juicio y la deshumanización. Por el otro lado, ante la normalización de esta violencia, las voces de las mujeres son la herramienta indispensable para avanzar en procesos de caracterización, con el fin de proponer y exigir medidas institucionales y por parte del Estado para su erradicación

En el caso de nuestra región, las historias de las mujeres nos han permitido identificar otras tipologías de prácticas que constituyen violencia obstétrica, que no están especificadas por la Corte Constitucional y ocurren especialmente en procedimientos de IVE:

1. Dilación para el acceso al procedimiento de IVE.
2. Violación o amenazas al principio de confidencialidad.
3. Acciones de revictimización y culpabilización por la decisión de la IVE.
4. Falta de acompañamiento e incompreensión del dolor en procesos expulsivos.
5. Prácticas deshumanizantes e inadecuadas para la edad gestacional.
6. Uso de prácticas obsoletas o prohibidas como el legrado.
7. Manejo inadecuado y/o revictimizante en la disposición final del material biológico producto de la IVE.
8. Amenaza de criminalización.

En gran medida, la persistencia de las violencias obstétricas en el marco de la IVE se encuentra estrechamente ligada a prejuicios y barreras sociales.

El informe narrativo de la evaluación del ecosistema del aborto en Santander realizado por Profamilia menciona que las mayores debilidades se hallan justamente allí; en la discriminación, los estigmas y que la despenalización legal del aborto no llegó de la mano de la despenalización social (Profamilia, 2024). Así es que la Fiscalía reportó que, en el departamento de Santander, del 12 de febrero de 2022 al 31 de agosto de 2023, había aún 8 procesos registrados en la entidad por el delito de aborto consentido¹⁷ (Defensoría del Pueblo & Fondo de Población de las Naciones Unidas & La Mesa por La Vida y la Salud de las Mujeres, 2024).

3 LA AUTONOMÍA DE LAS MUJERES COMO OTRO CAMPO DE BATALLA

En la región, la guerra ha dejado marcas en las historias y los cuerpos de las mujeres. Una de las mujeres que acompaña la FMF relató: ***“llegaron unos hombres armados y nos sacaron de la casa (...) nos separaron de lado y lado, me manosearon y a mi pareja lo agacharon y entre varios lo acribillaron”***. Este testimonio no solo evidencia la brutalidad física y emocional de la guerra, sino que representa la forma en que el conflicto armado exacerba la hipersexualización de las mujeres, los estigmas y los estereotipos, lo que permite que las violencias en ámbitos como el obstétrico, reproductivo y sexual se desarrollen de forma invisible e impune debido al temor por realizar denuncias. Adicionalmente, estas violencias ocurren con mayor sevicia y normalidad, pues los cuerpos y la reproducción de las mujeres se convierten en mercancía, instrumentos de control, territorios de disputas simbólicas o incluso botines de guerra.

¹⁷ Si bien es cierto que el delito de aborto se encuentra tipificado en el artículo 122 del código penal colombiano; este, debe interpretarse a la luz de las sentencias C355 de 2005 y C055 de 2022 proferidas por las Corte Constitucional, las cuales despenalizan la conducta por medio del sistema de causales en cualquier edad gestacional y hasta la semana 24.6 de gestación sin necesidad de recurrir a causal.

Es importante resaltar que las violencias reproductivas y sexuales en general, pero especialmente en el contexto del conflicto armado no pueden entenderse de forma aislada respecto a otras formas de violencia basadas en género. Sin embargo, diferenciarlas es esencial, atendiendo a los diversos impactos físicos y mentales en las mujeres, como lo señala el Centro de Derechos Reproductivos (2020) **“históricamente ha existido un énfasis casi exclusivo en la violación sexual y su uso como arma de guerra. Por ello, las modalidades de violencia reproductiva -es decir, aquellas que menoscaban la autonomía reproductiva-, se entienden subsumidas en un concepto amplio de violencia sexual, lo cual ha implicado una menor identificación y reparación de esta”**. Reconociendo lo anterior, en el informe **“Mi cuerpo es la verdad. Experiencias de mujeres y personas LGBTIQ+ en el conflicto armado”** la Comisión de la Verdad realiza tajantemente una conceptualización de la violencia reproductiva de la siguiente manera:

“La violencia reproductiva tiene que ver con cualquier acción u omisión encaminada a afectar, por una parte, el derecho de las mujeres a tomar decisiones sobre su vida reproductiva y, por otra, su salud en relación con la capacidad reproductiva o la integridad de sus órganos reproductivos. Suelen ser ignoradas y subsumidas en la categoría de derechos sexuales” .

A pesar de que en el señalado informe reconoce que subsume la violencia reproductiva a una categoría de la violencia sexual en sus apartados, se evidencia la imperante necesidad de separar los conceptos, señala que ambas formas de violencias **“fueron utilizadas por actores armados legales e ilegales como estrategias de sometimiento y terror”** hechos que constituyen graves violaciones a los derechos humanos, crímenes de guerra y de lesa humanidad.

En el mismo sentido, la Comisión identifica como manifestaciones de la violencia sexual la **“violación, amenaza de violación, acoso sexual, trata de personas con fines de explotación sexual, esclavitud sexual, obligación de presenciar, realizar o permitir actos sexuales, desnudez forzada y mutilación de órganos sexuales”** Por su parte, identifica como modalidades de las violencias reproductivas: **“la anticoncepción y esterilización forzadas, el embarazo y el aborto forzados, la tortura durante el embarazo, así como la maternidad o crianzas forzadas”**

Estas manifestaciones de violencia reproductiva y sexual no solo responden a patrones estructurales de género acentuados por la guerra, aunque sí se acentúan por el contexto de conflicto armado. Esto genera que las secuelas de estas violencias se perpetúen en situaciones de precariedad institucional, miedo y desprotección. En este sentido, el sistema de salud se convierte, en muchos territorios, en otro espacio de riesgo y control con escasos recursos y altos niveles de estigmatización. Un ejemplo de ello es el acceso a la IVE, el cual deja de ser una opción, no solo por su inaccesibilidad o por el desconocimiento, sino también por el miedo que genera que los actores armados hayan prohibido el procedimiento o el acceso a la información sobre derechos sexuales y reproductivos.

Una de nuestras profesionales recuerda la historia de una mujer víctima de violencia sexual que fue abordada por dos sujetos identificados como miembros de un grupo al margen de la ley y que, después de que **le negaran servicios de salud; contó lo siguiente: “me abordaron en la calle desolada (...) me intimidaron, (...) uno me agarraba los senos (...) el otro me penetraba”**. Las secuelas de esos hechos como estos, no terminan cuando cesa la violencia, continúa manifestándose en las formas en que estas mujeres son atendidas -o desatendidas- en los servicios de salud. Esto puede convertirse en una grave revictimización por parte de un sistema que debería protegerlas y desplegar todas sus acciones para garantizarles sus derechos (salud, autonomía, vida libre de violencias, entre otros).

El trabajo de campo de la Fundación Mujer y Futuro ha recolectado historias en las que se evidencia también la **negación de exámenes relacionados con enfermedades e infecciones de transmisión sexual**. En algunos casos, a pesar de ser víctima de violencia sexual en el marco del conflicto armado, en ocasiones se exige a la víctima la denuncia para poder acceder al servicio de salud – incluyendo no solo exámenes sino también tratamientos post exposición que hacen parte de la ruta en casos de violencia sexual-. La ruta supone la atención en salud como máxima debido a la inmediatez que requiere, y posteriormente la remisión a las diferentes entidades de protección, para un acompañamiento integral. Por lo tanto, la denuncia como un prerrequisito supone una barrera de acceso adicional.

De igual forma, se han registrado los siguientes casos de violencia reproductiva:

- **Procesos de esterilización o anticoncepción forzada o no consentida.** Karina manifestó: *“la enfermera estaba ahí (...) me agarró y me dijo: venga, aquí me sobró uno yo se lo pongo; yo le dije que NO, pero no me hizo caso, ni siquiera me valoró, y eso que le dije que tengo hipotiroidismo (...) llegó y me lo colocó sin autorización y sin consentimiento”*. Esto constituye una práctica en la que el personal en salud considera que puede poner límites a la autonomía reproductiva respondiendo a su autoridad, sin atender ni a la decisión, ni a las necesidades físicas, sociales o mentales de las pacientes.

- **Negación en el retiro de métodos anticonceptivos.** A Claudia, una mujer migrante y víctima del conflicto armado, le ocurrió lo siguiente: *“Me dijeron que no podían ayudarme porque no tengo EPS (...) quiero retirarme el implante y nadie me ha ayudado”*. En este caso la autoridad en salud pone barreras administrativas para evitar retirar implantes. En muchas ocasiones, estas limitaciones se basan en estereotipos o criterios de discriminación, que afecta de manera diferenciada a las mujeres migrantes.

En este escenario, la justicia reproductiva y sexual en estos territorios debe ser atendida como parte de los procesos de construcción de paz, sumada a garantías reales de no repetición. El silencio y la normalización de este tipo de violencia no puede ser una opción, por eso debemos abogar por su reconocimiento, reparación y transformación.

CONCLUSIÓN

Las múltiples formas de violencia obstétrica documentadas en Santander y Norte de Santander, particularmente en los procedimientos de IVE, evidencian que el juicio social y el estigma persisten como barreras estructurales que afectan gravemente los derechos fundamentales de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar. Estas prácticas deshumanizantes, contrarias a los derechos humanos y al marco jurídico progresista, refleja una brecha crítica entre la ley y su implementación. No obstante, este documento nos brinda un punto de partida que refleja un ecosistema tendiente a la garantía del derecho. En ese sentido, se hace urgente que las instituciones de salud junto a actores políticos y sociales implementen medidas concretas para cerrar las barreras para el correcto y real ejercicio de los derechos y reconozca las voces de quienes han vivido estas violencias, propendiendo por la justicia reproductiva.

En este escenario, resulta ineludible reconocer que la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres han sido también un campo de batalla en el marco del conflicto armado. Los testimonios recogidos por la Fundación Mujer y Futuro reflejan cómo la violencia reproductiva y sexual ha sido utilizada como una estrategia de control, castigo y dominación por parte de los actores armados

legales e ilegales y a su vez, son una expresión de un sistema que continúan vulnerando los derechos más humanos de las mujeres, especialmente de poblaciones que han tenido que sufrir el conflicto o tenido doble afectaciones producto de fenómenos migratorios forzados.

Estas formas de violencia, muchas veces invisibilizadas, deben ser abordadas con urgencia desde un enfoque de género, en tanto su reparación y no repetición, es también una condición para la paz real y feminista.

RECOMENDACIONES

Para avanzar en el cierre de la brecha entre los derechos adquiridos y su ejercicio real, la Fundación Mujer y Futuro propone las siguientes recomendaciones, diferenciadas por actores clave a quienes se dirigen:

Empresas e Instituciones Prestadoras del servicio de salud (públicas y privadas)

- Fortalecer la capacitación del personal de salud en derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en el marco normativo y vigente sobre la IVE, eliminación de estigmas, atención humanizada y la aplicación de protocolos con enfoque de género centrados en el bienestar de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar.
- Implementar mecanismos efectivos de supervisión, control y sanción frente a prácticas de violencia obstétrica, garantizando canales seguros y confidenciales para la denuncia, sin temor a represalias.
- Priorizar el acompañamiento integral y humanizado en los procedimientos de IVE, reconociendo las voces y experiencias de las usuarias como base para mejorar la calidad del servicio y prevenir revictimización. Garantizar la atención a al en casos de violencia sexual, sin exigir denuncia previa, conforme a la normatividad vigente.
- Erradicar prácticas que priorizan las estadísticas y no la autonomía de las mujeres, eliminando anticoncepción o esterilización forzada, y asegurar la entrega de información en los procedimientos.
- Garantizar disponibilidad de los servicios sin ningún tipo de discriminación.

Secretarías de Salud Departamentales y Municipales

- Reforzar la socialización de normativas clave, como la Circular 013 del 14 de febrero de 2023 con el personal de salud, empresas e instituciones prestadoras de servicios de salud y otros actores locales, garantizando su conocimiento y aplicación efectiva.
- Fortalecer e intensificar la identificación y sanción de casos de violencia obstétrica en el departamento y los municipios, promoviendo espacios seguros para que las mujeres y otras personas con capacidad de gestar puedan denunciar sin temor a represalias.
- Impulsar campañas de pedagogía comunitaria que informen a la ciudadanía sobre la violencia obstétrica y la IVE, y la forma de actuar frente a situaciones de negación al acceso de esos derechos.
- Establecer canales y rutas seguras de denuncia para las mujeres que han sufrido violencias en entornos institucionales de salud.
- Asegurar la implementación efectiva de rutas de atención en salud para casos de violencia sexual y reproductiva, incluyendo zonas rurales de difícil acceso.

Gobierno nacional y autoridades judiciales:

- Fortalecer e institucionalizar la Mesa Técnica Intersectorial sobre IVE a nivel nacional y territorial, como un espacio de seguimiento, articulación y evaluación de políticas públicas para la garantía de este derecho, creando una agenda concreta y definiendo una periodicidad para los encuentros.

- Promover la articulación interinstitucional entre los sectores de salud, justicia y educación para garantizar la implementación real de leyes y sentencias que protegen los derechos sexuales y reproductivos.
- Reconocer formalmente las violencias reproductivas como formas diferenciadas de violencia y desarrollar políticas que las aborden integralmente.
- Fortalecer el financiamiento y cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva en regiones afectadas por el conflicto armado y con alta presencia de población migrante.
- Apoyar campañas nacionales de formación y sensibilización sobre la autonomía reproductiva y violencias invisibilizadas en contextos de guerra.

Sociedad civil y organizaciones defensoras de derechos humanos:

- Diseñar e implementar campañas de educación y transformación cultural orientadas a la despenalización social de la IVE, resaltando su carácter de derecho fundamental y de salud pública.
- Acompañar y visibilizar los testimonios de mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica, reproductiva y sexual como herramienta de incidencia política y de transformación institucional.
- Reconocer la violencia reproductiva como una forma autónoma de violencia basada en género.

De forma paralela, se requiere una articulación interinstitucional entre los sectores de salud, justicia y organizaciones de la sociedad civil para garantizar la implementación efectiva de las leyes y políticas existentes.

Es esencial priorizar el acompañamiento integral y humanizado a las mujeres que ejercen su derecho a la IVE, reconociendo sus voces como motor de cambio y como herramienta clave para avanzar hacia una sociedad más equitativa, libre de violencias y respetuosa de los derechos humanos.

GLOSARIO NORMATIVO

Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas del Caso Brítez Arce y Otros Vs. Argentina (Corte Interamericana de Derechos Humanos): Caso resuelto por la Corte Interamericana de Derechos humanos el 16 de noviembre de 2022. Trata sobre la muerte de una mujer embarazada de nueve meses que falleció tras recibir atención médica deficiente en un hospital público de Buenos Aires. La Corte determinó que el Estado argentino violó los derechos a la vida, integridad personal y salud de la víctima. En esta sentencia, la Corte se refiere por primera vez a actos que constituyen violencia obstétrica y sienta un precedente para la justicia reproductiva en estos casos. De igual forma, debe atenderse a que la jurisprudencia interamericana es aplicable a Colombia, por medio del bloque de constitucionalidad.

Sentencia C-355 de 2006 (Corte Constitucional Colombiana): Si bien es cierto que esta sentencia no se menciona a la violencia obstétrica, si representa un hito a la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Colombia. Esta decisión aborda prácticas institucionales que pueden ser consideradas como tales, especialmente en contextos donde se niega o dificulta el acceso a la IVE. El caso, estudia la constitucionalidad del delito de aborto en Colombia y finalmente, lo despenaliza en tres circunstancias específicas: i) cuando la continuación del embarazo constituye un peligro para la vida o la salud de la mujer, ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida y iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas.

Sentencia C-055 de 2022 (Corte Constitucional Colombiana): Mediante esta sentencia se despenaliza el aborto hasta la semana 24 de gestación. La corte reconoce expresamente la necesidad de garantizar servicios de IVE libres de violencia obstétrica. Este fallo establece que la criminalización del aborto perpetua barreras estructurales desproporcionadamente a mujeres y propende por reducirlas y promover el acceso efectivo y digno a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Sentencia SU-048/22 (Corte Constitucional Colombiana): En esta sentencia se condena la violencia obstétrica como una violación de derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y se reafirma el derecho de las mujeres a un trato digno y respetuoso en el ámbito de la salud reproductiva está protegido por la constitución. Así las cosas, se establece que la las instituciones de salud deben garantizar la atención respetuosa, la autonomía reproductiva y la participación informada de las mujeres en las decisiones relacionadas con su salud. Además, resalta que la violencia obstétrica implica acciones u omisiones por parte de los profesionales de salud que causan daño físico, o psicológico durante el proceso de atención obstétrica y hace un llamado a las autoridades a implementar políticas.

Sentencia T-576 de 2023 (Corte Constitucional Colombiana): Esta sentencia representa un hito jurisprudencial al abordar por primera vez la violencia obstétrica en el contexto de IVE. El caso involucró a una mujer que al solicitar el procedimiento de IVE, enfrentó múltiples barreras institucionales; entre ellas, retrasos injustificados, trasgresión al derecho a la confidencialidad e intimidad, y el sometimiento a tratos crueles y de mala calidad. La Corte concluyó que estos hechos constituyeron violencia obstétrica y ordeno a la clínica y a la EPS a realizar investigaciones internas y aplicar sanciones correspondientes, además de instar a cumplir los lineamientos para prestar un servicio de salud idóneo y de calidad, incluyendo la capacitación del personal y respeto absoluto a la confidencialidad de las pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Center for Reproductive Rights. (2020, julio). Violencia reproductiva en el conflicto armado colombiano: Una radiografía sobre la violencia reproductiva contra mujeres y niñas [Informe]. <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/Violencia-Reproductiva-en-el-conflicto-armado-colombiano.pdf>

Comisión de la Verdad de Colombia. (2022). Informe Final Hay futuro si hay verdad. Tomo 5: "Mi cuerpo es la verdad: experiencias de mujeres y personas LGBTQ+ en el conflicto armado". Bogotá, junio de 2022

Corte Constitucional Colombiana. 10 de mayo de 2006. Sentencia C355 de 2006. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

Corte Constitucional Colombiana. 16 de Febrero de 2022. Sentencia SU048/22. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/SU048-22.htm>

Corte Constitucional Colombiana. 21 de Febrero de 2022. Sentencia C055 de 2022. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/c-055-22.htm>

Corte Constitucional Colombiana. 16 de diciembre de 2023. Sentencia T576 DE 2023. Obtenido de https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2023/t-576-23.htm?utm_source=chatgpt.com

Corte Interamericana de Derechos Humanos (16 de Noviembre de 2022). Brítez Arce y Otros Vs. Argentina. Obtenido de https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_474_esp.pdf

Defensoría del Pueblo & Fondo de Población de las Naciones Unidas & La mesa por La Vida y la Salud de las Mujeres. (2024). Colombia.

Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial. Interrupción Voluntaria del Embarazo e implementación de la sentencia C055 de 2022. Obtenido de <https://repositorio.defensoria.gov.co/items/d7e765e0-2354-4908-8aa3-ce8e6f588a12/full> León, D. C. (2023). La violencia obstétrica. Análisis de una mala praxis. Ibáñez.

Ley 1257 de 2008. Por medio de la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones"

Fundación Mujer y Futuro. (2022). Nuestro cuerpo, nuestro territorio: Situación del acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el área metropolitana de Bucaramanga. Bucaramanga. Obtenido de <https://mujeryfuturo.org/publicacion/nuestro-cuerpo-nuestro-territorio/>

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2017). Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia. Bogotá: La mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Obtenido de https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras_IVE_vf_WEB.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, 2 de agosto) Por medio de la cual se adoptan lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno-Perinatal y se establecen las directrices para su operación). Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, 12 de enero). Por medio del cual se adopta la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y se modifica el numeral 4.1 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno-Perinatal adoptado mediante la Resolución 3280 de 2018. Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20051%20de%202023.pdf

Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia & Universidad Icesi & Universidad Antonio Nariño & Profamilia. (2024). Encuesta nacional de parto y nacimiento en Colombia. Obtenido de <https://chameleon-elephant-rfne.squarespace.com/proyectos/decidirgestarparir-a48er>

Profamilia. (2020). Aborto seguro: Necesidades y oportunidades. Obtenido de <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/10/Libro-AbortoSeguro-necesidades-y-oportunidades-Profamilia-Oct-02-2020.pdf>

Profamilia. (2024). Informe Narrativo Evaluación Ecosistema de Aborto en Santander. Profamilia. Obtenido de <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2024/08/SANTANDER.pdf>

MALO SI SÍ, MALO SI NO

VIOLENCIAS QUE CASTIGAN LAS DECISIONES OBSTÉTRICAS,
REPRODUCTIVAS, Y SEXUALES DE LAS MUJERES EN SANTANDER
Y NORTE DE SANTANDER

Reliza:

FUNDACIÓN



Con el apoyo de:



Alianza Internacional para
la Salud, los Derechos, y la
Justicia Sexual y Reproductiva



CENTRO *de*
DERECHOS
REPRODUCTIVOS



Suecia
Sverige