



DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO:

**Barreras críticas en los
Derechos Sexuales y
Derechos Reproductivos**

NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA, 2025

© Fundación Mujer y Futuro, 2025
Calle 21 # 26-21
Bucaramanga, Santander
PBX: (57-7) 6341589
www.mujeryfuturo.org

Autora:

Gina Elizabeth Pineda Garzón

Asesora línea estratégica:

María Claudia Caballero Badillo

Editora:

Christiane Lelievre

Equipo de investigación:

Karen Nicol Narváez Baldión
Melissa Padilla Santos
Leonela Rincón Noriega
Ledy Karina Torrado Torrado
Karen Lorena Verjel Rueda
Tilcia María Zambrano Contreras

Coordinadoras institucionales:

Lizeth Mayerly Carreño Núñez
Tatiana Mayerly Cordero González
Edda Nayibe Fuentes González

Diseño y Diagramación:

Dorely Sarabia Velásquez

Este informe se realiza en el marco de la estrategia "Datos de Género" de la Fundación Mujer y Futuro, con el apoyo de FOS Feminista, Heinrich Boll Stiftung - Bogotá, Pan Para el Mundo, 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

Introducción

Norte de Santander constituye un área de atención prioritaria para el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR) por la convergencia de tres factores estructurales: su condición de departamento fronterizo con altos flujos migratorios mixtos, la influencia del conflicto armado que genera un poder territorial dividido entre actores estatales y no estatales, y las brechas institucionales en la garantía de servicios de salud sexual y reproductiva.

En este contexto, las mujeres —particularmente migrantes, víctimas del conflicto armado y habitantes de zonas rurales— enfrentan múltiples barreras para acceder a la planificación familiar y a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Estas restricciones configuran un sistema de control sobre la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres, limitándoles las decisiones sobre sus cuerpos y proyectos de vida.

El diagnóstico tiene un triple propósito:

- (i) Documentar las violaciones a los DSDR en Cúcuta y Ocaña mediante evidencia triangulada entre mujeres usuarias, lideresas comunitarias y funcionarias y funcionarios.
- (ii) Identificar patrones estructurales que obstaculizan el ejercicio efectivo de los DSDR en los territorios estudiados.
- (iii) Aportar insumos técnicos orientados a que las autoridades competentes diseñen intervenciones urgentes y políticas públicas diferenciadas que garanticen los DSDR frente a condiciones sostenidas de desigualdad y desprotección institucional.

Metodología

Se implementó un diseño cualitativo con enfoque interseccional, priorizando las voces de las mujeres como fuente principal de evidencia. Durante agosto de 2025 se realizaron 21 entrevistas semiestructuradas, distribuidas estratégicamente en los municipios de Cúcuta y Ocaña, seleccionados por su relevancia territorial en el goce y la garantía plena de los DSDR.

Perfil de participantes:

- **6 lideresas comunitarias en Cúcuta:** acompañan mensualmente a aproximadamente 627 mujeres en territorios en situación de alta vulnerabilidad¹, con experiencia entre 5 y 11 años.
- **10 mujeres usuarias de servicios de la Fundación Mujer y Futuro en Ocaña:** 70% en situación de movilidad humana procedentes de Venezuela, 60% víctimas del conflicto armado, 70% ubicadas en el sector urbano y 30% en la ruralidad, con edades entre 25 y 48 años.
- **5 funcionarias y funcionarios con competencia en DSDR:** 3 de nivel departamental y 2 de Ocaña, con experiencia entre 4 y 27 años.

La triangulación y la validación cruzada entre estas tres perspectivas permitió identificar patrones de violación de los DSDR en Cúcuta y Ocaña. El rigor metodológico se aseguró reconociendo que, aunque el estudio no representa estadísticamente a toda la población, documenta hallazgos consistentes: cuando fuentes independientes reportan las mismas problemáticas, se confirma su carácter sistemático.

Todas las personas entrevistadas otorgaron consentimiento informado y los testimonios fueron anonimizados para proteger su identidad, siguiendo el principio de “acción sin daño”, especialmente relevante en contextos de conflicto armado y control territorial.

Cada entrevista fue analizada con enfoque interseccional, visibilizando las maneras en que la migración, la ruralidad, el conflicto armado y otras identidades generan discriminaciones múltiples que condicionan el acceso a derechos según las zonas específicas en las que viven las mujeres.

Hallazgos principales: cinco patrones de violación estructural

La triangulación de fuentes confirma que las violaciones documentadas no son fallas accidentales, sino dispositivos de sujeción institucionalizados que actúan como una política no escrita. Se identificaron cinco patrones críticos:

1. **Déficit estructural de acceso a la información:** educación estatal ausente o inefectiva en DSDR que permite desinformación masiva como mecanismo de control reproductivo.

¹ Lideresas con experiencia en comunidades de alta vulnerabilidad social caracterizadas por migración, informalidad y limitado acceso a servicios, ubicadas en zonas de frontera urbana, asentamientos informales y barrios periféricos de Cúcuta.

2. **Discriminación sistemática:** negación de servicios por nacionalidad, estatus migratorio irregular y ausencia de EPS, configurando una estructura institucional de exclusión
3. **Barreras de acceso a anticoncepción e IVE y mercantilización:** negación institucional, objeción de conciencia indebida, sistemas no habilitados, dilación que conlleva a maternidades obligadas, y cobros ilegales que transforman derechos constitucionales en privilegios económicos.
4. **Violencias sexuales y reproductivas:** control de pareja sobre decisiones reproductivas, división sexual del trabajo anticonceptivo, paternalismo médico, maltrato durante solicitud de IVE, violencia obstétrica, embarazos forzados y violencias extremas en contextos de conflicto armado y explotación sexual.
5. **Fragmentación territorial de la soberanía:** actores no estatales determinan el acceso real a DSDR en sectores bajo su dominio, sin respuesta institucional.

Estos patrones conforman lo que denominamos **territorios de excepción en salud sexual y reproductiva**: espacios donde el ejercicio de los derechos fundamentales está condicionado a dinámicas de conflicto armado, control territorial y economías ilegales, evidenciando la cesión estatal en perjuicio de la garantía de las decisiones sexuales y reproductivas de las mujeres.

La evidencia demuestra responsabilidad estatal por acción (discriminación, negación de la IVE legal, cobros ilegales y barreras administrativas), por omisión (ausencia de supervisión, falta de capacitación y protocolos inexistentes) y por tolerancia institucional (control masculino conocido, violencia obstétrica permitida, mercantilización de servicios y cesión territorial a actores armados). Aunque algunos funcionarios estatales reconocen estas violaciones, las respuestas que implementan son insuficientes.

Estructura del documento

El documento presenta primero el **marco analítico** que explica por qué hablamos de "crisis sistémica en territorios de excepción sexual y reproductiva", caracterizada por fallas permanentes en las instituciones públicas que normalizan la vulneración de derechos.

La segunda sección documenta los **hallazgos por territorio**, presentados en dos subsecciones diferenciadas:

- **Cúcuta:** evidencia los cinco patrones críticos mediante reportes de las lideresas comunitarias que acompañan mensualmente a cientos de mujeres en contextos vulnerables.

- **Ocaña:** valida esos patrones desde las experiencias directas de mujeres usuarias y revela dinámicas únicas de interseccionalidad entre migración, conflicto y ruralidad.

La tercera sección presenta la **perspectiva institucional** que triangula los hallazgos anteriores: funcionarias y funcionarios estatales confirman conocer las violaciones documentadas, configurando responsabilidad por acción, omisión y tolerancia institucional.

Las **conclusiones** articulan los hallazgos en patrones convergentes y establecen implicaciones para la política pública de manera multinivel: desde intervenciones inmediatas (investigación oficial por violencia reproductiva y obstétrica, supervisión externa obligatoria y protección a defensoras) hasta transformaciones estructurales de largo plazo (educación sexual integral, presencia estatal efectiva en territorios controlados y reforma del sistema de salud).

Una producción de Datos de Género

El boletín forma parte de la estrategia **Datos de Género**, en la que la Fundación Mujer y Futuro gestiona información con enfoque de género, interseccional y territorial para sustentar la incidencia política feminista multinivel y multiactor.

Datos de Género transforma las experiencias de las mujeres en conocimiento crítico para visibilizar desigualdades estructurales, respaldar exigencias ante autoridades competentes y aportar insumos rigurosos para el diseño de políticas públicas diferenciadas. La información presentada tiene una posición política clara: expone las violaciones sistemáticas a derechos fundamentales desde las voces de quienes las enfrentan cotidianamente.

El diagnóstico produce evidencia específica para confrontar las vulneraciones identificadas y exigir garantías efectivas. Los datos sirven para posicionar los DSDR donde deben estar: en el centro de la responsabilidad estatal, no como favores institucionales, sino como garantías constitucionales que las autoridades de Norte de Santander deben cumplir de inmediato.

Marco analítico: Crisis sistémica en territorios de excepción sexual y reproductiva

Crisis sistémica

Los hallazgos revelan una crisis sistémica caracterizada por fallas estructurales persistentes en instituciones públicas, no una emergencia coyuntural. Lo anterior se

manifiesta en violaciones que forman parte del modelo ordinario de atención, se replican como patrones en diversos territorios y cuentan con participación estatal.

Este tipo de crisis trasciende las debilidades generales identificadas por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en los sistemas de salud latinoamericanos (subfinanciamiento, fragmentación y segmentación por capacidad de pago)². Cuando las violaciones de derechos humanos son de origen estructural, se deben transformar las condiciones que perpetúan la discriminación, no solo compensar daños individuales. En ese sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos estableció en el caso *Brítez Arce vs. Argentina* (2022) que el Estado es responsable cuando tolera barreras institucionales sistemáticas en servicios de salud reproductiva.

Las reparaciones ante este tipo de violaciones estructurales deben incluir: capacitación obligatoria del personal de salud con evaluación certificada de resultados, adopción de protocolos vinculantes con sanciones disciplinarias por inobservancia, sistemas de monitoreo y supervisión para garantizar el cumplimiento efectivo, reformas legislativas y administrativas que eliminen requisitos ilegales, y campañas masivas de difusión de derechos dirigidas especialmente a poblaciones en situación de vulnerabilidad³.

Territorios de excepción en salud sexual y reproductiva

La crisis sistémica se configura en los contextos analizados como “territorios de excepción en salud sexual y reproductiva”⁴, caracterizados por la subordinación de los DSDR a las dinámicas del conflicto armado, al control territorial y las economías ilegales. Este escenario evidencia una paradoja: aunque los derechos permanecen formalmente vigentes en la Constitución, quedan suspendidos en la práctica en zonas específicas de Norte de Santander. Las garantías constitucionales existen en el papel, pero no se cumplen en la realidad, creando

² Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Organización Panamericana de la Salud. (2024). *La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible*.

³ Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2022). *Caso Brítez Arce y otros vs. Argentina*. Sentencia de 16 de noviembre de 2022.

⁴ Concepto adaptado de Agamben (2004), quien define el “estado de excepción” como una situación en la que el Estado suspende el orden jurídico normal —supuestamente de forma temporal—, pero esa suspensión se convierte en un modo permanente de gobierno. En estos contextos, el derecho se aplica al mismo tiempo que se anula, creando zonas en las que las garantías legales existen formalmente pero no operan en la práctica. Agamben, G. (2004). *Estado de excepción. Homo sacer II, 1* (A. Gimeno Cuspinera, Trad.). Pre-Textos.

espacios donde el Estado desplaza su soberanía reproductiva hacia actores no estatales.

La antropóloga feminista Rita Laura Segato plantea que, en contextos de conflicto armado y disputa por el territorio, el cuerpo de las mujeres se convierte en territorio mismo: la agresión al cuerpo —sexual, física, reproductiva— expresa dominación y soberanía sobre un territorio-cuerpo^{5,6}.

Desde dicha perspectiva, en Norte de Santander este entramado se manifiesta de manera específica: los "chulos"⁷ mantienen control reproductivo y sexual sobre mujeres en situación de explotación sexual como forma de demarcar su influencia en la zona; además, los grupos armados definen quién puede cruzar las trochas, estableciendo soberanía sobre cuerpos y movimientos que delimitan el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Esta lógica territorial también opera en espacios aparentemente "privados" o "institucionales": las parejas subordinan decisiones reproductivas mediante violencia como ejercicio de poder sobre un cuerpo-territorio privatizado. El personal médico de hospitales públicos invoca la objeción de conciencia de forma ilegal transformando la institución estatal en un espacio de autoridad moral sobre los cuerpos que considera bajo su jurisdicción profesional. En cada caso, el control sexual y reproductivo comunica y materializa la dominación sobre los cuerpos de las mujeres y los entornos que habitan.

Características identificadas:

Fragmentación de la soberanía: el Estado transfiere el control a actores no estatales (grupos armados, "chulos" y personal de salud que ejerce prácticas discriminatorias). El sistema de salud público no asume la autoridad para determinar quién accede a la IVE o a la planificación familiar, sino estos agentes se encargan de decidir en sectores específicos. Dicha fragmentación revela una cesión territorial de la soberanía reproductiva sustentada en el dominio de diversos agentes sobre los cuerpos y las decisiones de las mujeres.

Territorialización del control: los DSDR varían según la localización, creando geografías diferenciadas. En Cúcuta se presenta control diferenciado por trochas

⁵ Segato, R. L. (2014). Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres. *Sociedade e Estado*, 29(2), 341-371.

⁶ Segato, R. L. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de Sueños.

⁷ "Chulos": término local para referirse a hombres que ejercen control total sobre mujeres en situación de explotación sexual, incluidas las decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

(La Platanera, Las Pampas, El Centeno, Los Mangos) donde grupos armados determinan quién puede cruzar para recibir servicios, y por territorios urbanos en los que diferentes grupos regulan zonas de explotación sexual. En Ocaña se evidencian restricciones por conflicto armado en áreas rurales que impiden movilidad hacia centros de salud y discriminación institucional sistemática por nacionalidad venezolana y estatus migratorio irregular. Lo anterior supone que el ejercicio de derechos no depende del marco constitucional, sino de la distribución del poder.

Normalización de las violaciones de derechos: la excepción sexual y reproductiva opera como norma no oficial del territorio. Las vulneraciones de derechos no son percibidas como fallas del sistema, sino como su funcionamiento ordinario. Las mujeres desarrollan estrategias de supervivencia que presuponen la suspensión de sus derechos: coordinan la IVE con ciclos menstruales para ocultarlas de parejas controladoras, cambian la apariencia para cruzar trochas sin ser reconocidas por grupos armados, pagan cobros ilegales asumidos como inevitables. Estos mecanismos de supervivencia revelan agencia en contextos de control total, pero simultáneamente normalizan la excepción en la salud sexual y reproductiva como condición permanente.

Acceso diferenciado por intersecciones: las intersecciones específicas determinan qué derechos son ejercibles según la zona y el perfil. La combinación de migración, conflicto y ruralidad genera una triple exclusión territorial (geográfica, político-jurídica y de seguridad). La intersección de explotación sexual, control armado y empobrecimiento produce formas específicas de subordinación reproductiva. La confluencia de nacionalidad venezolana, estatus migratorio irregular y edad configura discriminación compuesta que excluye del sistema público. El conflicto armado actúa como multiplicador de violaciones al restringir la movilidad, generar autocensura en defensoras mediante amenazas y fragmentar el acceso a derechos. La migración forzada agrava estas vulneraciones: las IPS de la red pública niegan servicios a mujeres migrantes o le solicitan requisitos adicionales debido a su situación migratoria irregular⁸.

Estas cuatro características documentan cómo opera la suspensión práctica de DSDR en los municipios de Cúcuta y Ocaña. Los hallazgos detallados en las siguientes secciones evidencian las manifestaciones concretas de cada característica mediante testimonios de lideresas, usuarias y funcionarias y funcionarios.

⁸ La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2019). *Migrantes venezolanas en Colombia: barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo*.

Implicaciones para política pública

La combinación de la crisis sistémica en territorios de excepción de salud sexual y reproductiva exige reconocer que el problema no radica en la baja implementación de políticas existentes, sino que es necesario confrontar la suspensión práctica del orden constitucional en lo referente a DSDR. Esto implica:

1. Reformas estructurales profundas, no ajustes administrativos. Es necesario transformar el funcionamiento ordinario de las instituciones que sistemáticamente violan derechos, no solo asistencia humanitaria temporal o capacitación del personal sin consecuencias por incumplimiento.

2. Diseño de políticas territorialmente diferenciadas según dinámicas específicas de poder. Las estrategias deben diseñarse reconociendo el dominio ejercido por múltiples actores (estatales y no estatales) sobre los cuerpos y las decisiones reproductivas. Las geografías reales del poder (trochas controladas, zonas de explotación sexual y áreas rurales con presencia armada) determinan intervenciones específicas por territorio y perfil poblacional, no reformas genéricas que asumen homogeneidad.

3. Confrontar dinámicas de control territorial como condición para garantizar derechos. Mientras grupos armados determinen el acceso a servicios, mientras "chulos" decidan sobre métodos anticonceptivos de mujeres en explotación sexual, mientras las parejas ejerzan violencia reproductiva sin consecuencias para ellas, las reformas al sistema de salud serán insuficientes. Es indispensable la presencia estatal efectiva, la protección integral a defensoras de DSDR y el diseño y la socialización de rutas seguras de acceso a derechos.

4. Reconocimiento explícito y operacionalización de la responsabilidad estatal. El Estado no es víctima pasiva del conflicto, sino un agente que discrimina, omite obligaciones y tolera violaciones. Los funcionarios estatales reconocen estas vulneraciones, pero implementan respuestas sistemáticamente deficientes, configurando responsabilidad por acción, omisión y tolerancia, lo que demanda mecanismos de sanciones efectivas y de rendición de cuentas.

1. CÚCUTA: Crisis sistémica documentada por las lideresas

1.1. Déficit de acceso a la información como política de control

"Hay mucho desconocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos, como un 60% de las mujeres".

“Tengo que explicarles los derechos desde cero, sobre todo cuando son mujeres migrantes. Ellas piensan que por ser migrantes [en situación irregular], no las toman en cuenta”.

“Las mujeres se quedan sorprendidas sobre decidir no tener intimidad. Me responden: 'Ay, pero es que, si yo no quiero y mi pareja sí quiere, tengo que hacerlo a juro’”.

Los anteriores testimonios indican el desconocimiento generalizado de las mujeres sobre DSDR y el desconocimiento específico de la autonomía sexual, lo cual no es accidental, sino el resultado de la ausencia de educación estatal en DSDR, afectando de manera diferenciada a las mujeres migrantes, quienes enfrentan exclusión adicional por ignorar marcos legales específicos de Colombia y discriminación institucional que genera temor a acceder a sus derechos.

Las restricciones en el acceso a la información mantienen la subordinación pues preservan la falta de conocimiento sobre derechos, facilitan vulneraciones al limitar la capacidad de reclamo y convierten derechos constitucionales en “favores” institucionales.

Adicionalmente, las lideresas indicaron que se presenta déficit educativo en:

- Autonomía sexual: derecho a decidir cuándo y cómo tener relaciones sexuales sin presión.
- Interrupción voluntaria del embarazo (IVE): hasta semana 24 sin necesidad de justificación y aplicabilidad de las causales después de la semana 24.
- Gratuidad: métodos anticonceptivos sin costo.
- Autonomía reproductiva: decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos.
- Servicios sin discriminación: por nacionalidad o estatus migratorio.

1.2. Discriminación institucional

“En las instituciones de salud si las mujeres migrantes no traen documento o no tienen EPS, no les dan ni orientación”.

“A las mujeres venezolanas les dicen que se vayan para su país, que aquí en Colombia no tienen nada que hacer. Se sienten discriminadas; por eso no acceden al sistema de salud. Además de ser violentadas, sacar una cita médica es un proceso terrible”.

Las trabas burocráticas y el trato discriminatorio marginan a las mujeres en movilidad humana incluso del acceso a información básica sobre DSDR. En muchos casos, las instituciones condicionan la orientación —un servicio que no implica procedimiento médico ni genera costos— a la presentación de documentos de identidad o afiliación a una EPS. Estas prácticas también afectan a mujeres con

estatus migratorio regular, evidenciando que la xenofobia constituye una barrera estructural dentro del sistema de salud sexual y reproductiva.

El maltrato xenofóbico institucional trasciende la negación puntual de servicios y genera autoexclusión preventiva. Cuando el personal de salud ordena explícitamente a las mujeres migrantes *“que se vayan para su país”*, no solo niega un servicio específico: comunica que su presencia misma es ilegítima en el sistema de salud colombiano. Las mujeres internalizan este mensaje y dejan de buscar atención, anticipando el rechazo.

Esta renuncia forzada constituye uno de los efectos más invisibilizados de la discriminación institucional, las violaciones de derechos no aparecen en las estadísticas porque las mujeres ni siquiera intentan acudir a los servicios. Así, el sistema logra dejar al margen sin rechazar formalmente cada solicitud individual, normalizando la ausencia de mujeres migrantes en los servicios de salud sexual y reproductiva.

La articulación entre barreras administrativas, violencia verbal y xenofobia institucional consolida una exclusión estructural que restringe el acceso efectivo a la planificación familiar gratuita, la IVE legal y la atención reproductiva integral. Como resultado, muchas mujeres en movilidad humana quedan expuestas al mercado informal sin orientación médica, recurren a métodos riesgosos o inefectivos, enfrentan la mercantilización de sus derechos y sufren graves afectaciones a su salud o embarazos no deseados sin alternativas institucionales de protección.

1.3. Acceso a la IVE: desinformación y negación institucional

Desconocimiento masivo de la IVE y el marco legal de 2022

“Como un 80% o un 90% tienen desconocimiento de la IVE”.

“No conocen el marco legal. Llegan preguntando: ‘Tengo cuatro meses de embarazo y no quiero que mi familia se entere. Necesito un lugar para practicar un aborto’”.

“Las niñas y mujeres tienen la convicción de que la IVE es un delito”.

“Ellas pensaban que si se hacían la IVE se iban presas”.

A pesar de haber transcurrido tres años desde la Sentencia C-055 de 2022, que despenalizó totalmente la IVE hasta la semana 24, persiste un profundo desconocimiento sobre este derecho. Las mujeres continúan sin identificar las rutas de atención disponibles ni las instituciones responsables de garantizar el procedimiento, y mantienen el temor infundado a sanciones penales. La falta de

información accesible en los territorios consolida un escenario de desinformación estructural que inhibe el ejercicio de sus derechos.

Negación institucional sistemática

“En la entidad de la Nueva EPS, les han dicho a las mujeres que no se puede hacer IVE, que deben pagar y ellas no tienen dinero”.

“Los funcionarios de IMSALUD ponen en tela de juicio la capacidad moral y mental de la paciente que pide IVE”.

“El personal de salud les dice a las mujeres sobre la IVE: 'Dios mío, eso es homicidio', 'Ese es un ser viviente', '¿Usted no sabía que se le puede dar a la cárcel?’”.

Los testimonios evidencian una práctica sistemática de negación institucional del derecho a la IVE, que contradice directamente el marco legal vigente. Las entidades de salud recurren a la estigmatización, las amenazas legales falsas y la desinformación moral o religiosa para desalentar la solicitud del procedimiento. Además, la imposición de cobros indebidos excluye a quienes enfrentan condiciones de vulnerabilidad económica, transformando un derecho fundamental en un privilegio condicionado a la capacidad de pago o al azar institucional.

A este panorama se suman barreras estructurales relacionadas con el estatus migratorio irregular, la falta de afiliación al sistema de salud, el uso indebido de la objeción de conciencia y la dilación injustificada en la atención, todas ellas con efectos directos sobre la autonomía reproductiva y el proyecto de vida de las mujeres:

“No tener Permiso de Protección Temporal ni EPS es la barrera más fuerte para las mujeres migrantes”.

“Hay instituciones y personal objetoras de conciencia, y dicen: ¿Cómo va a hacer usted eso? ¿Cómo le ocurre si es un pecado?”.

“A una mujer la pasaron de doctor en doctor, hasta que a los 8 meses tuvo los dolores de parto. Hay sobrevivientes de violencia sexual que debieron tener al bebé obligadas por el sistema de salud. Otras mujeres debieron usar métodos tradicionales para la IVE con riesgos para su salud”.

Estos relatos evidencian una cadena de barreras que restringen el acceso a la IVE, estructurada en dos filtros principales. El primer filtro, sustentado en la desinformación masiva sobre la legalidad y las rutas de atención, inhibe a las mujeres desde el inicio. El segundo filtro, fundado en la violencia institucional, se expresa a través de la objeción de conciencia indebida, la dilación, la intimidación, las amenazas legales falsas y los cobros indebidos. En conjunto, estos mecanismos generan daños físicos, emocionales y sociales, vulneran el deber

estatal de garantizar un acceso oportuno, seguro y gratuito a la IVE, y reproducen las desigualdades de género, clase y estatus migratorio.

1.4. Acceso a métodos anticonceptivos: desinformación, desabastecimiento y mercantilización

Desinformación sobre gratuidad constitucional

“Muchas mujeres no saben sobre los métodos de planificación ni que pueden acceder a ellos gratuitamente; esa información no les llega”.

El desconocimiento sobre el derecho a la anticoncepción gratuita refleja una brecha informativa institucional que posibilita su mercantilización. Al no contar con orientación clara para exigir la provisión gratuita de los métodos anticonceptivos, las mujeres se ven obligadas a asumir cobros ilegales que desnaturalizan su carácter de derecho fundamental, subordinándolo a la capacidad de pago.

Desabastecimiento: oferta limitada como control institucional

“Cuando se realizan las brigadas de salud, a las mujeres les han manifestado con frecuencia que no tienen pastillas anticonceptivas y que solo llevan implantes subdérmicos”.

El desabastecimiento no constituye una falla técnica aislada, sino una forma de regulación institucional de la oferta anticonceptiva. Las instituciones ofrecen selectivamente implantes de larga duración mientras reportan escasez de métodos de corta duración, como las pastillas anticonceptivas. Esta restricción de la oferta limita la autonomía reproductiva de las mujeres al reducir sus opciones a un único método, independientemente de las preferencias, condiciones de salud o contextos de vida.

Barreras documentales para retiro de implantes

“Para retirar el implante, así esté vencido, les piden el cartón donde dice cuándo y quién lo colocó; la mayoría de las mujeres migrantes no pueden guardar esos documentos”.

Los requisitos administrativos arbitrarios para retirar implantes anticonceptivos conforman barreras que restringen la autonomía reproductiva, cuando basta la voluntad expresa de la mujer sin necesidad de justificación ni trámites adicionales. Exigir documentación sobre la inserción previa del método convierte un procedimiento reversible en un obstáculo burocrático que afecta de manera desproporcionada a las mujeres en situación de movilidad humana que enfrentan condiciones de vida precarias donde conservar documentos resulta imposible.

Mercantilización del retiro de implantes: autonomía condicionada a la capacidad de pago

“En gran parte de las organizaciones no retiran los implantes cuando la mujer lo desea; ir a otra parte no es gratuito. En Nueva EPS/Coosalud, para retirar el aparato subdérmico, cobran 180 mil pesos. En Profamilia el retiro de implantes a las mujeres les vale 120 mil pesos”.

Los cobros por el retiro de implantes anticonceptivos transforman la autonomía reproductiva en un privilegio económico: las mujeres con recursos pueden ejercer su decisión libremente, mientras quienes carecen de capacidad de pago se ven forzadas a mantener el método en contra de su voluntad.

La convergencia entre la negativa institucional y la mercantilización del servicio configura una trampa estructural: el sistema público se niega a realizar los retiros y el sector privado cobra montos prohibitivos, dejando a las mujeres sin alternativas accesibles para ejercer control efectivo sobre sus cuerpos.

Los montos documentados constituyen barreras económicas insuperables para mujeres en situación de vulnerabilidad, obligándolas a mantener métodos anticonceptivos que desean retirar por efectos secundarios, cambios en sus planes reproductivos o cualquier otra razón.

Triple exclusión sistemática

La combinación de desinformación (desconocimiento sobre la gratuidad), desabastecimiento (oferta limitada a un solo método) y mercantilización (cobros por retiro de implantes) sostiene un sistema institucional de control sobre la autonomía anticonceptiva que opera mediante exclusiones múltiples:

- Exclusión informativa: sin conocimiento sobre gratuidad, no pueden exigir el derecho.
- Exclusión de elección: sin variedad de métodos, no pueden escoger según sus necesidades.
- Exclusión económica: sin capacidad de pago, no pueden retirar métodos no deseados.

Este entramado institucional profundiza la subordinación de las decisiones reproductivas a lógicas administrativas y económicas, evidenciando que la violencia institucional también se manifiesta en la gestión de la anticoncepción.

1.5. Control sexual y reproductivo masculino

Control de la pareja

"Ellas todo se lo preguntan al compañero. Tienen que pedirle autorización para poderse colocar un implante, para tomar las pastillas anticonceptivas".

"Un 70% de las chicas no pueden opinar nada sobre el método anticonceptivo, son las parejas quienes deciden".

"Para la IVE ellas dicen: 'déjenme preguntarle a mi esposo si él quiere, si me da permiso', por el miedo a perder como la alimentación, el techo o lo que están obteniendo de su pareja".

Violencias por autonomía

"Las parejas quieren que se pongan el implante del brazo, si las mujeres no acceden son maltratadas físicamente".

"Son violentadas física y psicológicamente por planificar, les dicen que no sirven para nada, que sin ellos no son nada".

Métodos específicos controlados:

"Las parejas les dicen que tomen pastillas, que el implante las pone feas y el condón a ellos no les gusta".

"Presionan para que usen el Método del Ritmo, ellas quieren usar las pastillas, pero la pareja les dice que no".

Ocultamiento de la IVE

"Ella buscaba IVE porque ya tenía cinco hijos y su pareja no le permitía esterilizarse. Me dijo: 'Yo vengo a que me lo realicen, pero tengo poquito tiempo antes de que mi esposo se dé cuenta.', quería que concordara con su menstruación, porque inmediatamente se le quitara debía tener relaciones con él".

Entre 50% a 70% de las mujeres no pueden tomar decisiones sexuales y reproductivas autónomas, según las estimaciones consistentes de múltiples lideresas. El control masculino incluye qué método anticonceptivo usar, cuándo tener relaciones sexuales y la posibilidad de interrumpir embarazos. Las mujeres desarrollan estrategias extremas (coordinar procedimientos con la menstruación) para actuar por sí mismas sin ser detectadas.

El control se manifiesta a través de:

- Subordinación económica instrumentalizada mediante amenazas de pérdida de vivienda o alimentación ante intentos de autonomía sexual y reproductiva.
- Violencia física como castigo por decisiones independientes.
- Métodos específicos controlados: presión para usar determinados métodos anticonceptivos versus rechazo de otros como el condón.

1.6. Violencia obstétrica

Maltrato como política institucional

Frases textuales del personal de salud en Hospital Erasmo Meoz reportadas por lideresas:

- *“Si van a tener bebé: 'si es muy berraca para hacerlo, que sea berraca para parirlo’”.*
- *“Ahí si no chillaba cuando lo estaba haciendo”.*
- *“Quien las mandó a abrir patas”.*

Violencia contra adolescentes: *“Ay, pero tan calenturienta fue que ni siquiera esperó tener los 18 años. Tiene todo eso sucio, todo eso feo, todo podrido”.* - Personal médico sobre una menor de 15 años con VIH, de acuerdo con testimonio de una lideresa.

El Hospital Público Erasmo Meoz es identificado por múltiples lideresas como un centro con prácticas discriminatorias sistemáticas, evidenciando que la violencia no es individual, sino una política institucional. El personal usa la atención médica para castigar moralmente a las mujeres por su actividad sexual y decisiones reproductivas. Las adolescentes y mujeres con VIH reciben el trato más violento. Una de las lideresas identificó al personal de enfermería como los responsables de perpetrar, principalmente, la violencia verbal.

1.7. Cesión de soberanía sexual y reproductiva a actores armados

Supervivencia en territorios fragmentados

“Si quieren acceder a la IVE, tienen que arriesgarse a pasar por trocha. Con el miedo de no salir de ahí”.

“Varias mujeres que acompañó son de municipios de conflicto armado, les da miedo exponerse en la calle, hay mucho feminicidio y corren peligro si vienen a Cúcuta, yo les consigo las pastillas y las inyecciones para planificar”.

Se evidencia una cesión territorial, dado que el Estado ha delegado el control del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva a grupos armados y actores territoriales.

1.8. Explotación Sexual: laboratorio de control sexual y reproductivo

La explotación sexual es cualquier abuso real o intento de abuso de una posición de vulnerabilidad, poder diferencial o confianza con fines sexuales, incluido el beneficio económico, social o político derivado de la explotación sexual de otra persona⁹. En Colombia, la legislación nacional define la explotación sexual como toda actividad que implica el aprovechamiento de otra persona con fines sexuales-eróticos y comerciales, abusando de su situación de vulnerabilidad o mediante el uso de la fuerza, amenazas o cualquier otro medio coercitivo¹⁰.

En Norte de Santander la explotación sexual opera como un laboratorio con mecanismos de control sexual y reproductivo que luego se normalizan en otros contextos de subordinación de las mujeres. Se revelan distintos patrones:

Patrón 1. Control integral sobre decisiones sexuales y reproductivas

“Algunas chicas están con los llamados 'chulos' que son aquellos hombres que las 'protegen', son los que deciden sobre el método anticonceptivo que deben usar tanto en su relación como con los demás hombres, esto es una presión constante y llena de violencia”.

El control no se limita a la relación entre el "chulo" y la mujer, sino que se extiende a todos los encuentros sexuales. Los "chulos" determinan no solo qué método usar, sino cómo debe usarse en cada contexto sexual, revelando un control total sobre el cuerpo y las decisiones de la mujer.

Patrón 2. Violencia como sistema de subordinación sexual y reproductiva

“Los 'chulos' mantienen una presión constante y llena de violencia que induce a las mujeres a la venta de estupefacientes como tipo de presión”.

Las violencias se enmarcan en un sistema donde el control sexual y reproductivo se articula con control económico (venta de estupefacientes) creando dependencia múltiple que imposibilita autonomía. Las mujeres quedan atrapadas en una red que castiga cualquier intento de resistencia al control sexual y reproductivo mediante

⁹ Naciones Unidas. (2003). Boletín del Secretario General: Disposiciones especiales para prevenir la explotación y el abuso sexuales (ST/SGB/2003/13).

¹⁰ Ley 1336 de 2009. Por medio de la cual se adiciona y robustece la Ley 679 de 2001, de lucha contra la explotación, la pornografía y el turismo sexual con niños, niñas y adolescentes. Congreso de la República de Colombia.

violencias que las empujan hacia actividades económicas ilegales, profundizando su subordinación.

Patrón 3. Violencia sexual como disciplinamiento masivo

"Hay un caso de una chica que estaba con un señor, y como se rompió el preservativo, el señor le abrió la barriga con un cuchillo".

La violencia sexual y reproductiva alcanza niveles severos para infundir temor y disciplinar a las mujeres en el territorio. Este caso no es violencia individual, sino un mecanismo de control social: la brutalidad extrema contra una mujer envía mensaje de terror a todas las demás sobre las consecuencias de cualquier "falla" en el ámbito sexual o reproductivo.

Patrón 4. El Estado como legitimador de violencia

"En la policía, en el CAI, les tomaban el pelo a las mujeres y le decían que ese era su trabajo y que ellas tenían que hacerlo. Muchas de ellas no colocaban denuncias por pena a que las ofendieran en los CAI o en el lugar donde estuviera la autoridad, les estaban colocando muchas barreras institucionales".

El Estado actúa legitimando las vulneraciones de derechos, negando protección y naturalizando la explotación sexual como "trabajo" que justifica las violencias sexuales y reproductivas.

Patrón 5. Supervivencia versus derechos

"¿Cómo hago para trabajar esos 15 días?, si yo me practico la IVE, ¿en ese reposo cómo vivo?". - Testimonio sobre imposibilidad de reposo post-IVE para una consultante, referido por una lideresa.

Se configura una trampa estructural que convierte el derecho a la IVE en un privilegio inaccesible, pues su ejercicio requiere un reposo que conlleva la pérdida de los medios de subsistencia inmediata. Es la expresión más refinada de la negación de derechos: vigente en la norma, pero anulada por las condiciones materiales.

Patrón 6. Territorialización del control sexual y reproductivo

"Acá existen diferentes grupos armados y cada uno pelea su zona, pongamos, de la calle 13 que están los bares de Bogotá, Cíndere, Carolito manda un grupo, en el parque Mercedes hay tres grupos".

Territorios específicos de explotación sexual identificados:

- **Calle 13:** control por grupo "Carolito" en bares Bogotá y Cíndere.
- **Parque Mercedes:** división entre tres grupos por cuadras.
- **Parque Antonio Santos, Parque Internacional:** zonas de mujeres en situación de explotación sexual.

En Cúcuta, diferentes grupos armados han establecido normas específicas sobre el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva según la zona que controlan. Esta división territorial genera un panorama fragmentado en el que las decisiones sobre la reproducción y la sexualidad de las mujeres varían según el área geográfica. Cada grupo armado impone sus propios criterios y restricciones respecto a los servicios que pueden recibir las mujeres en su territorio, configurando un sistema donde los derechos reproductivos dependen más de la autoridad local no estatal que del marco legal nacional.

Patrón 7. Migración, explotación y control armado

Control diferenciado por reconocimiento

"Da la casualidad de que si alguno de los guerrillos que estén ahí reconoce a alguna de las chicas de los bares, burdeles o que ejercen la prostitución, esa chica se queda ahí. Ese día tratan de pasar con suéter, sin maquillaje, que no se vean tatuajes para lograr pasar".

Trochas específicas identificadas: "La Platanera, Las Pampas, El Centeno y Los Mangos".

Los grupos armados tienen conocimiento de mujeres en situación de explotación sexual y aplican control diferenciado, configurando un sistema donde la explotación sexual determina el acceso tanto territorial como a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la IVE y la planificación familiar.

Patrón 8. Estrategias de resistencia y supervivencia

Las mujeres en situación de explotación sexual desarrollan mecanismos para intentar ejercer sus DSDR, por ejemplo:

- **Modificación de apariencia:** evitar maquillaje y ocultar tatuajes, con el fin de no ser reconocidas por grupos armados al cruzar trochas hacia los servicios de salud.
- **Redes de apoyo:** recurrir a la intermediación de lideresas comunitarias, quienes facilitan el acceso a métodos anticonceptivos y servicios de IVE.

Estas prácticas evidencian la capacidad de agencia y adaptación de las mujeres frente a regímenes de control que restringen severamente su autonomía. Al mismo tiempo, muestran la transferencia de responsabilidades del Estado hacia las propias mujeres, obligadas a asumir riesgos y desplegar estrategias individuales o colectivas para hacer valer derechos que deberían estar salvaguardados institucionalmente.

La política pública debe documentar y comprender estas prácticas, no para normalizarlas, sino con el propósito de identificar las violaciones estructurales que las originan y diseñar mecanismos efectivos de protección.

1.9. Amenazas a defensoras de DSDR: violencia como mecanismo de silenciamiento

Amenazas sistemáticas

“No se puede desconocer que desde el año pasado los líderes hemos recibido amenazas... Me amenazaron con prender mi casa que es de 'tabla' por el caso de una niña que reporté y la retiraron de su núcleo familiar, porque estaba siendo abusada”.

Impacto en trabajo de defensoras

“Nosotros tenemos familia y si nosotros faltamos, ellos son los que padecen. Yo, sin embargo, sondeo de bajo y no de lleno como antes”.

Autocensura documentada

“Esas cosas las evitamos porque igual nosotros tenemos familia”.

Las amenazas constituyen un mecanismo de silenciamiento que reduce la capacidad de acompañamiento en derechos sexuales y reproductivos, especialmente en casos de violencia sexual contra menores de edad. Las amenazas son efectivas: las lideresas limitan su activismo por proteger a sus propias familias.

2. OCAÑA: Patrones estructurales revelados por mujeres usuarias de servicios y triangulación

2.1. Desinformación institucionalizada: el primer filtro de control

Los testimonios evidencian la desinformación sistemática como práctica institucionalizada. El 100% de las mujeres usuarias entrevistadas desconocía marcos legales y derechos básicos, confirmando las estimaciones de las lideresas.

“No sé cómo decirte cuales son, pero supongo que a decidir sobre si quiero tener hijos”.

“No sabía que tenemos derechos sexuales y eso de la reproducción en Colombia”.

“No conozco ninguno” [sobre DSDR].

La desinformación funge como mecanismo de control que mantiene a las mujeres en subordinación: sin conocimiento sobre sus derechos, no pueden ejercer autonomía sobre sus decisiones sexuales y reproductivas. Este déficit no es fortuito, sino sistemáticamente producido mediante:

1. Ausencia de educación preventiva: ninguna de las mujeres contó con educación sexual integral sistemática.
2. Acceso fragmentado en crisis: reciben orientación solo durante emergencias médicas o embarazos.
3. Fuentes informales como única alternativa: la mayoría depende de rumores, internet o amigas, sin garantía estatal de información técnica completa y confiable.
4. Barreras geográficas en zonas rurales: la distancia y los costos de desplazamiento a los centros de salud limitan la participación en jornadas educativas y consultas de orientación¹¹.

2.2. Discriminación institucional

Confirmación sistemática de discriminación

“Como uno es venezolano, a veces la gente lo mira a uno mal y cuando uno pasa a un servicio en el hospital a todo le dicen que no de una vez”.

“Aquí nosotras no tenemos ningún derecho, eso es mentira”.

Los testimonios revelan la existencia de un sistema de un acceso a derechos diferenciado por:

1. Marcadores de estatus: nacionalidad, documentación y afiliación al sistema de salud.
2. Discriminación anticipada: las mujeres internalizan la negación como "normal".
3. Autoexclusión defensiva: evitan buscar servicios por experiencias discriminatorias previas.

En Ocaña, la discriminación se manifiesta con menor violencia verbal explícita que en Cúcuta, pero con barreras burocráticas más sistemáticas.

2.1.2. IVE: confirmación del doble mecanismo de negación

Desinformación extrema confirmada:

- **100% de las mujeres presenta desconocimiento** del marco legal 2022 (IVE legal hasta semana 24).
- **Reacciones de shock genuino:** *“No sabía ni qué era eso”.*

Los testimonios confirman la operación de dos filtros consecutivos documentados por las lideresas:

¹¹ Una mujer rural entrevistada señaló que necesita 45 minutos solo para llegar al puesto de salud más cercano, lo que convierte la movilidad en una barrera estructural para acceder a información oportuna y confiable sobre sus DSDR.

Primer filtro - Desinformación masiva:

“No tenía conocimiento, no había escuchado sobre que era permitido”.

“No sabía que es un derecho. Pensaba que era ilegal o peligroso”.

Segundo filtro - Barreras institucionales:

Aunque las usuarias no reportan experiencias directas de objeción (por desconocimiento previo), sí documentan expectativas de negación institucional basadas en experiencias discriminatorias previas en otros servicios.

2.3. Interseccionalidad: migración, conflicto y ruralidad como triple exclusión territorial

Los testimonios demuestran una interseccionalidad territorial específica no documentada en Cúcuta:

Una de las usuarias entrevistadas (mujer rural, migrante en situación irregular y víctima conflicto) indicó para el acceso a métodos anticonceptivos:

- Transporte: \$80.000 solo para planificación familiar.
- Tiempo total: 10 horas para el acceso a servicios.
- Riesgo por conflicto armado en los trayectos rurales.

La ruralidad no es solo una barrera geográfica, sino un multiplicador de vulnerabilidades caracterizada por:

1. Distancia como filtro económico: costos prohibitivos que funcionan como barrera de clase.
2. Tiempo como costo de oportunidad: un día completo perdido de trabajo informal.
3. Riesgo de seguridad: presencia de actores armados en trayectos.

2.4. Mercantilización agravada por la vulnerabilidad

Costos documentados

“Yo siempre he pagado por los métodos que utilizo, para mí la mayor dificultad es la parte económica y el trato que recibo por ser venezolana ya que nos miran y tratan con desprecio”.

Método anticonceptivo: \$375.000 total (procedimiento \$270.000 + consulta \$60.000 + exámenes \$15.000 + transporte \$30.000).

Estos son costos privados para un servicio que debería ser gratuito en el sistema público. La usuaria siendo migrante venezolana con estatus regular, fue excluida del sistema público gratuito y tuvo que pagar en el sector privado para acceder al método anticonceptivo. Lo anterior documenta la mercantilización de la

planificación familiar donde mujeres se ven forzadas al sector privado debido a barreras discriminatorias.

Otra usuaria relata la recurrencia de la exclusión económica: *“Hubo una vez que no tenía para comprar la inyección”*, evidenciando interrupciones forzadas en la anticoncepción por falta de recursos económicos. Con costos de \$111.000 mensuales (\$100.000 transporte + \$11.000 insumo), la inyección anticonceptiva representa una carga financiera insostenible que genera ciclos de desprotección reproductiva. Estas interrupciones financieras aumentan significativamente el riesgo de embarazos no planificados.

2.5. Consentimiento informado violado

“No querían retirar el implante porque decían que los efectos pasarían con el tiempo”.

“No me explicaron bien los efectos del anticonceptivo antes de usarlo”.

Estos testimonios evidencian violaciones sistemáticas al derecho al consentimiento informado mediante paternalismo médico reproductivo que opera a través de tres mecanismos:

Negación de autonomía: el personal médico toma decisiones sobre los cuerpos de las mujeres sin consultarlas, sustituyendo la voluntad de la usuaria por criterios profesionales que priorizan la continuidad del método sobre el bienestar reportado.

Ocultamiento de información: no se explican los efectos secundarios de los anticonceptivos, violando el derecho a tomar decisiones informadas sobre el propio cuerpo. Las mujeres descubren las consecuencias después de iniciado su uso.

Retención coercitiva: negarse a retirar métodos anticonceptivos cuando la mujer lo solicita, argumentando que *“los efectos pasarán”* o que *“debe esperar más tiempo”*, convirtiendo un procedimiento reversible en una imposición prolongada.

Esta dinámica configura una forma de control institucional sobre los cuerpos de las mujeres donde el personal de salud ejerce autoridad sobre decisiones que legalmente corresponden a las usuarias.

2.6. Control reproductivo económico

“El marido que yo tenía antes me quería embarazar de nuevo, yo sin condiciones de trabajo y me amenazaba que me iba a dejar”.

Se expone una forma específica de control que aprovecha la vulnerabilidad migratoria para ejercer violencia reproductiva:

1. Amenaza de abandono: especialmente devastadora para mujeres migrantes sin redes de apoyo.
2. Control económico: *"Sin condiciones de trabajo"* como presión para aceptar embarazos.
3. Aislamiento: aprovechamiento de la condición migratoria para aislar socialmente.

Mientras en Cúcuta se documentó el control a través de violencia física directa, en Ocaña predomina el control económico-emocional que aprovecha la vulnerabilidad estructural de la migración.

2.7. Violencia sexual y coerción en el contexto de pareja

"Antes mi pareja me agredía y me obligaba a estar con él".

"Alguna vez tuve una pareja agresiva y quería obligarme a hacer cosas sexuales que yo no quería".

Los testimonios se refieren a la naturalización de la violencia sexual y reproductiva en contextos de pareja:

1. Violencia sexual normalizada: obligación de "estar con él" asumida como parte de la relación sentimental.
2. Resistencia como proceso: "Antes... ahora ya no" indica la construcción de agencia a través del tiempo.

2.7. Resistencias y agencias

Agencia informativa: búsqueda autónoma de conocimiento

"He aprendido acá en Colombia que uno como mujer tiene derechos".

"Yo lo sé y lo hago cumplir porque desde muy niña no he permitido que nadie me use".

Las mujeres desarrollan estrategias de autoeducación que incluyen:

1. Aprendizaje comparativo: contraste entre los países de origen y destino.
2. Construcción de límites: establecimiento progresivo de la autonomía corporal.
3. Redes informales: intercambio de conocimientos entre mujeres fuera de canales institucionales de salud y educación.

Resistencia económica

"Cuando no hay el método de planificación toca comprar en la droguería de al frente".

Las mujeres desarrollan estrategias de supervivencia económica que, paradójicamente, legitiman la mercantilización al tiempo que garantizan el

acceso: aunque funcionan como resistencia individual frente a barreras institucionales, simultáneamente validan el sistema que genera la exclusión:

1. Pago como autonomía: evitar la dependencia de sistemas discriminatorios.
2. Mercado paralelo: uso de farmacias para evadir barreras institucionales.
3. Cálculo costo-beneficio: preferir pago a exposición discriminatoria.

El Estado, al incumplir la gratuidad constitucional, empuja a las mujeres a mercantilizar sus propios derechos para ejercerlos.

2.8. Hallazgo emergente: División sexual del trabajo reproductivo

La carga reproductiva recae de manera desproporcional en las mujeres, quienes deben asumir los riesgos, costos y efectos secundarios de la anticoncepción como: *“Mucho mareo, dolores de cabeza y subí demasiado de peso”*. Los hombres mantienen una participación mínima que se limita al uso ocasional del condón *“cuando no les incomoda”*, y muestran resistencia explícita a métodos definitivos: *“se niega a la vasectomía”*. Esta dinámica perpetúa el ciclo donde las mujeres deben someterse repetidamente a procedimientos, hormonas o dispositivos para evitar embarazos que biológicamente requieren participación de ambos.

3. Perspectiva Institucional: confirmación de patrones y responsabilidad estatal

3.1. Déficit estructural de acceso a la información

3.1.1. Confirmación institucional de la problemática

“Se han adelantado acciones de promoción y divulgación con alta efectividad, en articulación con organizaciones sociales de mujeres”.

“Se realiza información directa a través de consulta externa, consulta del área de urgencias y brigadas de salud, con una cobertura amplia en la población y alta efectividad”.

Esta afirmación evidencia la brecha entre el discurso institucional y la realidad documentada en el territorio. Mientras un funcionario del sector salud reporta “alta efectividad” en la divulgación de DSDR, la triangulación con usuarias y lideresas muestra lo contrario: el 100% de las mujeres entrevistadas desconocía los marcos legales básicos —incluida la despenalización de la IVE hasta la semana 24—, y las lideresas estimaron que entre el 60% y el 90% de las mujeres que acompañan ignoran los DSDR fundamentales.

La institucionalidad mide resultados por actividades ejecutadas, no por conocimiento adquirido. Este enfoque impide reconocer que las acciones informativas no están llegando ni siendo comprendidas por las mujeres, especialmente aquellas que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad —migrantes, rurales o en contextos de explotación sexual—, lo que reproduce desigualdades estructurales en el acceso a la información.

Otro testimonio institucional admite esta ineficacia: *“La efectividad de la información sobre DSDR es muy baja, debido a que no existen las garantías plenas”*. La coexistencia de discursos de éxito y admisiones de fracaso dentro del propio sistema refleja un reconocimiento parcial de la responsabilidad estatal. Las instituciones cumplen protocolos de información, pero omiten verificar su impacto, permitiendo que la desinformación persista como un mecanismo sostenido de control reproductivo.

3.2. Discriminación sistemática

3.2.1. Reconocimiento explícito de discriminación contra mujeres migrantes

“Las usuarias reportan barreras relacionadas con la nacionalidad, ya que este sector es muy transitado por mujeres venezolanas las cuales no poseen afiliación a salud y, en muchos casos, ni siquiera están reguladas”.

“En esta institución no se brinda servicios a las mujeres que no posean EPS”.

“Las medidas institucionales son escasas, ya que las instituciones de salud no le están prestando los servicios a mujeres migrantes”.

Estas declaraciones evidencian que el personal institucional asume la exclusión por nacionalidad y estatus migratorio como parte del funcionamiento del sistema de salud. La negación de servicios a mujeres sin afiliación a EPS se describe como práctica regular, sin cuestionamiento ni intención de corrección.

A su vez, se reconoce que las medidas institucionales para atender esta situación son escasas, lo que refleja conciencia sobre la exclusión sistemática de mujeres migrantes, pero también una tolerancia estructural frente a su persistencia. En este contexto, la discriminación deja de percibirse como violación de derechos, lo que confirma su naturalización dentro del aparato estatal.

3.2.2. Xenofobia como barrera institucional

En relación con las violaciones de DSDR, se documentó discriminación explícita a través de expresiones xenofóbicas proferidas por personal institucional:

“Todavía algunos funcionarios tienden a decir cosas como: 'Bueno, se deben exigir aquí en este país', 'Es que ustedes como venezolanos no saben', 'Es que ustedes como venezolanos quieren todo regalado'”.

La xenofobia opera como barrera institucional que no solo restringe el acceso a los servicios, sino que también humilla y disuade a las mujeres en situación de movilidad humana de ejercer sus derechos, configurando una forma de violencia institucional basada en la nacionalidad y el origen.

3.2.3. Ausencia de protocolos diferenciados

Uno de los funcionarios confirmó la inexistencia de mecanismos institucionales que garanticen atención sin discriminación: *“Para las mujeres migrantes no existen protocolos diferenciales de atención; es más, no tienen acceso a los servicios por no tener EPS”.*

Esta afirmación revela que la exclusión no obedece a fallas de implementación, sino a una ausencia estructural de diseño institucional: el sistema no ha creado rutas específicas para garantizar los DSDR de las mujeres en movilidad humana, lo que las condena a quedar sistemáticamente excluidas del acceso.

Los hallazgos descritos sobre discriminación institucional evidencian que la responsabilidad estatal opera en varios niveles:

1. Por acción directa del personal institucional que discrimina y ejerce xenofobia.
2. Por omisión al no crear protocolos diferenciados que garanticen acceso sin discriminación.
3. Por tolerancia institucional que conoce las medidas insuficientes para el ejercicio de los DSDR, pero no implementa correcciones estructurales efectivas.

La triangulación demuestra que la discriminación contra mujeres en movilidad humana no es una percepción aislada de las usuarias o lideresas comunitarias, sino una realidad reconocida por los propios funcionarios del Estado. Se trata, por tanto, de una estructura institucional de exclusión que reproduce de forma sostenida y deliberada la violación de derechos fundamentales.

3.3. Barreras de acceso a anticoncepción e IVE y mercantilización de derechos

3.3.1. Barreras de acceso a interrupción voluntaria del embarazo

3.1.1.1. Desinformación sobre marco legal

“Las mujeres llegan con información errada, creyendo que necesitan permisos especiales o que solo pueden acceder en ciertos lugares”.

Los funcionarios reconocen que las mujeres llegan con desinformación sobre requisitos administrativos inexistentes y restricción geográfica falsa del servicio. Esta observación coincide con los hallazgos de las lideresas, quienes reportan que la mayoría de las mujeres que acompañan desconocen el marco legal de 2022 que despenalizó la IVE hasta la semana 24. Las usuarias de Ocaña confirmaron tal desinformación masiva y expresaron reacciones de sorpresa genuina que iban desde no saber qué era la IVE hasta creer que era ilegal.

La triangulación demuestra que esta desinformación forma parte de un patrón institucional que restringe el acceso a los DSDR: la creencia en “permisos especiales” disuade los intentos de búsqueda de atención desde el inicio, mientras la idea de que “solo ciertos lugares” realizan la IVE oculta la obligación legal de todas las IPS de garantizar el servicio. La admisión institucional de este desconocimiento configura una responsabilidad estatal por omisión, al permitir la circulación de información errada sin implementar estrategias efectivas para contrarrestarla.

3.1.1.2. Barreras administrativas

“En algunos casos, las mujeres deben presentar múltiples documentos y pasar por varios procesos antes de acceder a servicios como la IVE, lo que retrasa o impide el acceso”.

El testimonio institucional evidencia la imposición de requisitos administrativos que contradicen los estándares nacionales de atención en salud sexual y reproductiva, los cuales garantizan el acceso inmediato sin exigencias documentales adicionales a la voluntad de la usuaria. La triangulación muestra que estas barreras constituyen prácticas institucionales persistentes y conocidas por las autoridades de salud. La expresión “retrasa o impide el acceso” reconoce implícitamente que dichas barreras producen una negación del derecho constitucional a la IVE.

3.1.1.3. Barreras técnicas como exclusión institucional

“Otra barrera importante para la IVE es un tema administrativo: el servicio no está habilitado y no lo pueden dar los médicos, deben esperar a que les asignen un código en el sistema. Así el médico no tenga objeción de conciencia, se encuentra con este problema y le dice a la mujer: ‘Ah, mire, váyase y cómprese esto en la farmacia’”.

“En instituciones de Norte de Santander es frecuente que el servicio de IVE no se encuentre creado o habilitado en los sistemas administrativos internos. Esta situación obliga a realizar procesos de activación y trámites adicionales que retrasan la atención y, en algunos casos, conducen al desistimiento por parte de las usuarias, desconociendo que se trata de una urgencia en salud”.

Se advierte una barrera técnico-administrativa crítica: varios sistemas institucionales no tienen habilitado el servicio de IVE, lo que impide su prestación incluso cuando el personal médico no objeta. Esta falla produce dos consecuencias: primero, dilaciones por trámites de activación que pueden hacer inviable el procedimiento; segundo, remisiones al sector privado mediante la instrucción “váyase y cómprese esto en la farmacia”, mercantilizando un derecho que debe ser gratuito en el sistema público.

Las lideresas y usuarias validan la existencia de esta mercantilización, reportando que las mujeres enfrentan negación en hospitales públicos y deben recurrir a farmacias o clínicas privadas; tales costos constituyen barreras económicas de exclusión. La combinación de dilaciones, requisitos administrativos y costos económicos conduce al abandono del procedimiento o a la búsqueda de alternativas inseguras, exponiendo a las mujeres a prácticas riesgosas para su salud y su vida. Así, los embarazos forzados resultantes de estas fallas estructurales son presentados falsamente como “decisiones” individuales de las mujeres.

La triangulación revela responsabilidad estatal directa: mantener sistemas sin habilitar el servicio de IVE durante años después de la Sentencia C-055 de 2022 no es omisión técnica sino negación institucional mediante obstáculos administrativos.

3.1.1.4. Disponibilidad geográfica restringida

“En el municipio de Pamplona, territorio que alberga una significativa población estudiantil, no se ofrece el servicio de IVE, lo que obliga a redireccionar a las usuarias hacia ciudades como Cúcuta y/o Bucaramanga. Esta situación representa una barrera de acceso importante y una vulneración al ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos”.

El reconocimiento institucional de que municipios completos carecen del servicio de IVE confirma exclusión territorial sistemática. La obligación de “redireccionar hacia Cúcuta o Bucaramanga” es una barrera considerable, especialmente para mujeres rurales, estudiantes con limitaciones económicas y mujeres en situación de vulnerabilidad, trasladando a ellas los costos y las consecuencias del incumplimiento institucional.

3.1.1.5. Dilación institucional

“En algunos casos las instituciones se han negado a atender casos, generando demoras en la garantía de la IVE. La falta de personal dispuesto o habilitado para corroborar diagnósticos clínicos, especialmente en casos de riesgo para la vida o la salud de la mujer como causal, obliga a segundas valoraciones para dar continuidad al proceso. En una ocasión tres médicos se negaron a realizar el procedimiento generando dilación y afectando el acceso oportuno al servicio”.

El testimonio institucional documenta negación explícita (“se han negado”) y dilación mediante segundas valoraciones innecesarias. Las lideresas reportan el resultado extremo de esta dilación: casos de una mujer sometida a múltiples valoraciones “de doctor en doctor hasta que a los 8 meses tuvo los dolores de parto”, evidenciando que la dilación no es demora administrativa, sino negación efectiva que resulta en embarazos forzados.

El caso específico de “tres médicos se negaron” en una misma institución confirma lo que las lideresas documentan como objeción institucional: cuando múltiples profesionales de un mismo establecimiento niegan el servicio simultáneamente, la objeción deja de ser individual para convertirse en política institucional no escrita.

La mención a “falta de personal dispuesto o habilitado” revela dos problemas: primero, la escasez de personal capacitado que debió resolverse desde 2006 (Sentencia C-355) y con mayor urgencia desde 2022 (Sentencia C-055); segundo, la ausencia de garantías institucionales para que el personal pueda prestar el servicio sin obstáculos administrativos o presión de colegas objetores.

3.1.1.6. Negación institucional del servicio de IVE y objeción de conciencia como barreras principales

Negación institucional del derecho a la IVE

“Algunas IPS de baja complejidad se niegan a prestar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo por vía farmacológica después de la semana 12”.

“Sé que EPS y entidades de salud en general se niegan a realizar la IVE”.

Los funcionarios documentan que son las instituciones —no solo profesionales individuales— las que niegan el servicio de IVE. La frase *“las IPS se niegan”* y *“las EPS se niegan”* muestran el rechazo institucional ante el derecho constitucional a la IVE que no puede justificarse legalmente, ya que las instituciones tienen obligación de garantizar el servicio independientemente de las objeciones individuales de su personal.

Las lideresas confirman esta negación institucional reportando que hospitales públicos completos rechazan sistemáticamente solicitudes de IVE. Esta restricción arbitraria por semanas de gestación no corresponde a criterios clínicos, sino a barreras administrativas de exclusión.

Objeción de conciencia

“La principal barrera para la IVE es la objeción de conciencia”.

“Tuvieron dificultades con la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, con el tema de la objeción de conciencia por parte del personal médico”.

Los funcionarios identifican la objeción de conciencia como *“la principal barrera”* para acceder a la IVE en Norte de Santander, operando incluso en instituciones públicas de referencia departamental como el Hospital Erasmo Meoz. Las lideresas confirman esta barrera reportando que el personal de salud invoca la objeción de conciencia mientras simultáneamente ejerce violencia verbal contra las mujeres que solicitan IVE, cuestionando su *“capacidad moral y mental”* y amenazándolas con consecuencias legales falsas.

Aunque la objeción de conciencia es un derecho constitucionalmente protegido para los profesionales de salud, en la práctica se ejerce sin las salvaguardas establecidas por la jurisprudencia: debe ser individual (no institucional), debe declararse previamente (no en el momento de la solicitud), y la institución debe garantizar acceso inmediato mediante otros profesionales disponibles. El personal médico utiliza la objeción como justificación para negar el servicio en todo el establecimiento, convirtiendo un derecho individual en mecanismo de exclusión institucional.

Combinación de negación institucional y objeción de conciencia

La triangulación entre funcionarios y lideresas confirma que la combinación de negación institucional y objeción de conciencia produce retrasos significativos en la atención y obliga a las mujeres a buscar otras IPS, sin garantía de acceso. Las lideresas documentan las consecuencias: mujeres empujadas hacia alternativas privadas asumiendo costos prohibitivos, otras obligadas a recurrir a métodos

tradicionales con riesgos para su salud, y casos extremos de dilación hasta el parto resultando en embarazos forzados. El acceso efectivo a la IVE depende de la capacidad económica de las mujeres para pagar en el sector privado o las expone a riesgos vitales por métodos inseguros cuando carecen de recursos.

El reconocimiento institucional de ambas barreras sin mencionar mecanismos efectivos de garantía configura tolerancia estatal ante violación sistemática del derecho a la IVE. Los funcionarios conocen que instituciones completas niegan el servicio y que la objeción de conciencia opera como barrera principal, pero esta negación persiste años después de la Sentencia C-055 de 2022, evidenciando normalización de prácticas que reflejan desconocimiento o desprecio de los marcos legales y protocolos clínicos. La persistencia de estas barreras, su reconocimiento por múltiples entidades y su uso como mecanismos administrativos de exclusión configuran un patrón de violación sistemática que requiere supervisión externa, sanciones efectivas y fortalecimiento institucional urgente para garantizar los DSDR.

Convergencia crítica: negación sistemática conocida y tolerada

La triangulación confirma que la negación de la IVE constituye un mecanismo institucional de obstrucción que opera mediante:

1. **Desinformación masiva** que disuade solicitudes (confirmada por las tres fuentes).
2. **Barreras administrativas** que dilatan o impiden acceso (confirmada por funcionarios y lideresas).
3. **Sistemas no habilitados** que imposibilitan prestación incluso sin objeción (confirmada por funcionarios).
4. **Exclusión geográfica** de municipios completos (confirmada por funcionarios y usuarias).
5. **Dilación mediante valoraciones múltiples** que resulta en embarazos forzados (confirmada por funcionarios y lideresas).
6. **Objeción de conciencia institucionalizada** como barrera principal (confirmada por las tres fuentes).
7. **Mercantilización forzada** al remitir al sector privado (confirmada por funcionarios y lideresas).

El reconocimiento institucional de todas estas barreras sin mencionar medidas correctivas efectivas configura tolerancia estatal ante violación sistemática del derecho constitucional a la IVE. Los funcionarios conocen cada obstáculo, pueden enumerarlos y describirlos, pero las barreras persisten años después de la despenalización total hasta semana 24, evidenciando que la implementación de

la Sentencia C-055 de 2022 ha sido sistemáticamente inobservada mediante obstáculos administrativos, técnicos y profesionales que el Estado tolera.

3.3.2. Barreras de acceso a planificación familiar

Confirmación institucional de barreras múltiples

“En los hospitales, las mujeres enfrentan diversas barreras para acceder a la planificación familiar, que van desde factores socioeconómicos y geográficos hasta barreras culturales y personales, incluyendo la falta de información y el estigma por ser mujeres migrantes”.

“La distancia a los centros de salud y la falta de transporte público dificultan el acceso a la planificación familiar, especialmente para mujeres en áreas rurales”.

“Otras barreras para la planificación familiar son el estigma social asociado con la anticoncepción, la falta de conocimiento sobre los métodos disponibles y la percepción equivocada sobre los mismos”.

3.3.2.1. Desinformación sobre anticoncepción

Desde la perspectiva institucional, se identifica *“la falta de conocimiento sobre los métodos disponibles”* como una barrera significativa. Incluso se documentan casos de desinformación grave que exponen a las mujeres a embarazos no deseados: *“Al momento de ejecutar los talleres; nos percatamos de que, en algunos casos, las participantes mencionaban que el acetaminofén funcionaba como pastilla del día siguiente”.*

Estos hallazgos coinciden plenamente con los reportes de lideresas, quienes afirman que muchas de las mujeres que acompañan desconocen información básica sobre métodos anticonceptivos y su gratuidad en el sistema público. Las usuarias entrevistadas en Ocaña confirman la magnitud de este problema: la mayoría desconocía sus derechos sexuales y reproductivos al llegar a los servicios de la FMF.

La triangulación muestra que el desconocimiento en materia anticonceptiva constituye una barrera estructural, asociada a la ausencia de políticas efectivas de educación sexual y a la falta de información clara desde las instituciones de salud. Así, la omisión estatal en la difusión de información veraz opera como una forma de exclusión silenciosa que restringe el ejercicio autónomo de los derechos reproductivos.

3.3.2.2. Barreras geográficas y económicas para mujeres rurales

La institucionalidad reconoce que *“la distancia a los centros de salud y la falta de transporte público dificultan el acceso, especialmente para mujeres en áreas rurales”*. Una usuaria rural de Ocaña cuantificó exactamente esta barrera: reporta costos de \$80.000 pesos tan solo en transporte para acceder a planificación familiar en una ocasión, con un tiempo total de 10 horas invertidas. Los costos mensuales recurrentes generan interrupciones forzadas en la anticoncepción por imposibilidad económica.

La convergencia entre la observación general de perspectiva institucional y la experiencia de usuarias confirma que las barreras geográficas constituyen exclusión económica estructural que penaliza la ruralidad en el acceso a anticoncepción.

3.3.2.3. Discriminación contra mujeres migrantes

Los funcionarios identifican *“el estigma por ser mujeres migrantes”* como barrera de acceso. Las lideresas confirman esta discriminación, reportando que las instituciones de salud niegan incluso orientación básica a mujeres sin documentación o afiliación a una EPS. Las usuarias en situación de movilidad humana validan la discriminación desde su experiencia directa, reportando negación sistemática de servicios y maltrato explícito por nacionalidad, lo que las obliga a pagar en el sector privado por servicios que constitucionalmente deben ser gratuitos.

Las tres fuentes coinciden en que la nacionalidad y el estatus migratorio irregular funcionan como barreras de exclusión del sistema público de anticoncepción.

3.3.2.4. Mercantilización: convergencia entre las tres fuentes con caso específico documentado

Los funcionarios mencionan genéricamente *“factores socioeconómicos”* sin especificar cobros ilegales. Sin embargo, en otro testimonio institucional se reconoce explícitamente el problema, un funcionario reporta el caso de una mujer que expresaba *“Mire, yo necesito retirarme el implante, pero me dijeron que debía pagar porque no tengo afiliación a salud”*. El testimonio especificó que Cooperación Internacional colocó implantes anticonceptivos a numerosas mujeres migrantes, pero muchas quedaron sin afiliación al sistema de salud, enfrentando cobros por su retiro.

Este reconocimiento institucional coincide con lo documentado por lideresas, quienes reportan cobros específicos de entre \$120.000 y \$180.000 pesos por retiro de implantes anticonceptivos en Nueva EPS/Coosalud y Profamilia. Las usuarias confirman la mercantilización sistemática: reportan costos superiores a \$300.000 pesos por procedimientos de planificación familiar que constitucionalmente deben ser gratuitos en el sistema público.

La triangulación confirma un patrón crítico: a las mujeres, especialmente en movilidad humana, les colocan implantes anticonceptivos como parte de programas de cooperación, pero posteriormente cobran por su retiro cuando las mujeres desean ejercer su derecho a la reversibilidad del método. Esta práctica transforma la anticoncepción "gratuita" inicial en una trampa económica que subordina la autonomía reproductiva a la capacidad de pago, afectando desproporcionadamente a mujeres migrantes sin afiliación al sistema de salud.

El reconocimiento institucional de este caso específico valida lo que las lideresas y las usuarias documentan como práctica sistemática: la capacidad de pago determina el acceso efectivo no solo a la anticoncepción inicial, sino también al ejercicio del derecho a retirar métodos no deseados.

3.3.2.5. Desabastecimiento estratégico: patrón no reconocido institucionalmente

Los funcionarios no mencionan desabastecimiento como barrera de acceso. Sin embargo, las lideresas reportan sistemáticamente oferta limitada en brigadas de salud, donde se informa a las mujeres que *"no tienen pastillas anticonceptivas"* y solo se ofrecen implantes subdérmicos. Esta restricción de opciones limita la autonomía de las mujeres al reducir la anticoncepción disponible a un único método de larga duración.

La ausencia de este tema en el testimonio institucional, cuando las lideresas lo documentan consistentemente, sugiere que los funcionarios reconocen solo algunas barreras mientras invisibilizan aquellas que implican responsabilidad directa por gestión de inventarios y oferta de servicios.

3.3.2.6. Barreras administrativas y documentales: brecha entre fuentes

Los funcionarios no mencionan requisitos documentales específicos como barrera. Las lideresas, sin embargo, documentan que las instituciones exigen *"el cartón donde dice cuándo y quién colocó"* el implante anticonceptivo como requisito para retirarlo, convirtiendo un procedimiento reversible en obstáculo burocrático que afecta desproporcionadamente a mujeres en situación de movilidad humana.

Esta divergencia indica que los funcionarios pueden no estar identificando todas las barreras administrativas que operan en la práctica institucional.

3.4. Violencias sexuales y reproductivas

3.4.1. Control de pareja sobre decisiones sexuales y reproductivas

“En ocasiones, para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, les dicen a las mujeres que las remiten a un municipio cercano, pero no pueden ir o deben hacerlo a escondidas porque su pareja interfiere”.

“Muchas mujeres no pueden planificar porque sus parejas no las dejan”.

“Un obstáculo para la anticoncepción es la oposición de la pareja”.

Los testimonios institucionales evidencian el control de pareja como una violencia persistente que reafirma el dominio masculino sobre el cuerpo, la sexualidad y las decisiones reproductivas de las mujeres, impidiéndoles el goce de sus DSSR.

Las lideresas confirman este patrón y describen múltiples formas de coerción masculina: exigencia de permisos para planificar, imposición de métodos anticonceptivos específicos y prohibición de acceder a la IVE. Este control opera mediante violencia física cuando las mujeres intentan ejercer autonomía, violencia psicológica que erosiona su autoestima, y amenazas económicas como la pérdida de vivienda o alimentación.

Ante la imposibilidad de decidir de manera autónoma sobre la planificación familiar o la IVE, algunas mujeres se ven obligadas a ocultar los procedimientos por temor a represalias. Un caso documentado por una lideresa relata el caso de una mujer con cinco hijos cuya pareja le había prohibido acceder a un método anticonceptivo definitivo, quien debió coordinar la IVE para que coincidiera con su menstruación, evitando así ser descubierta.

Las usuarias, por su parte, reportan el control ejercido por la pareja a través de violencias económicas y sexuales, que incluyen amenazas de abandono o control del sustento para forzar embarazos, así como coerción sexual dentro de la relación de pareja. De esta manera, el control reproductivo masculino se consolida como un mecanismo estructural de subordinación.

La triangulación de fuentes permite identificar que el control de pareja no constituye solo una “barrera de acceso”, sino una forma sistemática de violencia sexual y reproductiva que combina coerción física, económica, psicológica y sexual. Este patrón exige respuestas institucionales que fortalezcan la detección,

atención y protección de violencias de género en los servicios de salud sexual y reproductiva, garantizando condiciones efectivas para el ejercicio de la autonomía reproductiva de las mujeres.

3.4.2. División sexual del trabajo reproductivo como forma de control

La perspectiva institucional reconoce explícitamente la inequidad de género en la anticoncepción y su articulación con control reproductivo masculino:

“Nuestros anticonceptivos son hormonales; hay mujeres a las que el tema hormonal no les cae bien para su salud. Su cuerpo no lo acepta, pero lo usan porque la pareja cree que con el condón no se siente, se puede romper o le queda apretado”.

“Varias mujeres migrantes no pueden planificar porque la pareja no las deja; estos hombres no quieren usar el condón”.

“En talleres se identificaron diversos mitos relacionados con el uso del condón y la responsabilidad asignada equivocadamente a las mujeres en torno a la planificación familiar”.

Las usuarias y lideresas validan esta carga reproductiva desproporcionada: las mujeres son presionadas a usar métodos anticonceptivos que les generan efectos secundarios adversos o impeditas de acceder a cualquier método de planificación familiar, mientras sus parejas se niegan a usar condón y rechazan la vasectomía, decidiendo qué métodos deben emplear las mujeres y privilegiando aquellos que no afectan la experiencia sexual masculina.

La triangulación confirma que la anticoncepción opera como responsabilidad exclusivamente femenina impuesta mediante control masculino, de modo que las mujeres asumen todos los riesgos físicos, costos económicos y efectos secundarios, en tanto los hombres conservan el poder de decisión sobre los métodos sin asumir consecuencias reproductivas.

Esta asimetría no solo refleja prácticas patriarcales en las relaciones de pareja, sino que se consolida institucionalmente: el sistema de salud naturaliza la responsabilidad reproductiva al centrar su oferta en métodos dirigidos a mujeres y omitir la promoción de la corresponsabilidad masculina. De este modo, las políticas públicas reproducen la desigualdad de género en la anticoncepción, reforzando un modelo de control reproductivo sustentado en el cuerpo de las mujeres.

3.4.3. Paternalismo médico reproductivo

Las lideresas y usuarias de servicios reportaron que el personal médico se niega a retirar los implantes anticonceptivos cuando las mujeres lo solicitan, en algunos casos alegando que los efectos desaparecerán o que deben esperar más tiempo. Así mismo, las usuarias señalaron que no reciben información suficiente sobre los efectos secundarios del método. Uno de los funcionarios confirmó dicha práctica:

“Con los retiros de los implantes subdérmicos hay que indagar muy bien por qué la usuaria quiere retirar el implante; muchas veces es por el manchado. Ellas no habían entendido que ese era un efecto secundario. Lo ideal no es retirarlo, sino darle tratamiento para ver si realmente se justifica retirar o no el dispositivo”.

Este testimonio institucional pone de relieve el paternalismo médico como forma de control institucional: el personal de salud supedita el retiro del implante a una valoración profesional, anulando la capacidad de decisión de las mujeres y desconociendo que los métodos anticonceptivos son reversibles a solicitud de la usuaria, sin justificaciones ni requisitos adicionales. Imponer el criterio médico sobre la voluntad reproductiva de la mujer constituye una violación del consentimiento informado y reproduce relaciones de poder desiguales en la atención en salud.

3.4.4. Violencia institucional durante solicitud de IVE: violencia no reconocida

Los funcionarios reconocen la negación del acceso a la IVE y la objeción de conciencia como principales barreras, mencionando casos específicos en los que *“tres médicos se negaron a realizar el procedimiento”* y señalando que *“las IPS se niegan a prestar el servicio”*. Sin embargo, los testimonios institucionales no mencionan el maltrato verbal, el juicio moral ni las amenazas legales falsas que acompañan sistemáticamente estas negaciones.

Las lideresas revelan que el personal de salud ejerce formas activas de violencia institucional durante la solicitud de la IVE: les dicen a las mujeres que están cometiendo homicidio, las amenazan con consecuencias penales inexistentes y cuestionan públicamente su capacidad moral y mental. Este maltrato verbal es reiterado en instituciones públicas y funciona como mecanismo de disuasión, generando abandono de solicitudes por humillación y miedo.

La brecha entre el reconocimiento institucional de la negación del servicio y la ausencia de referencia al maltrato que la acompaña evidencia que los funcionarios perciben la objeción de conciencia como un trámite administrativo, sin reconocer la violencia psicológica ejercida contra las mujeres durante el

proceso. Esta omisión refleja una tolerancia estatal frente al maltrato institucional, que constituye una forma directa de violencia reproductiva.

3.4.5. Violencia obstétrica: patrón no reconocido institucionalmente

Los funcionarios no hacen referencia a la violencia obstétrica en sus testimonios sobre servicios de salud sexual y reproductiva. Esta omisión contrasta con lo reportado por lideresas, quienes describen maltrato verbal reiterado durante la atención del parto en el Hospital Erasmo Meoz, principal institución pública del departamento.

Las lideresas relatan expresiones del personal médico durante el parto que asocian el dolor con castigo por la sexualidad, culpabilizan a las mujeres por embarazarse y emplean un lenguaje que deshumaniza el proceso reproductivo. También evidencian violencia obstétrica específica contra adolescentes, como el caso de una joven de 15 años con VIH a quien el personal médico humilló públicamente por su sexualidad y condición de salud, refiriéndose a su cuerpo en términos degradantes.

La ausencia total de reconocimiento de estas prácticas por parte de los funcionarios, frente a su reiterada documentación por las lideresas, revela una brecha crítica. Los actores institucionales no identifican como violencia conductas que constituyen maltrato profesional en contextos reproductivos, lo que demuestra la normalización de la violencia obstétrica dentro de los servicios de salud. Esta invisibilización impide su detección, sanción y prevención, y perpetúa un modelo de atención que vulnera la dignidad y los derechos reproductivos de las mujeres.

3.4.6. Embarazos forzados como resultado de violencias institucionales

Los funcionarios reconocen dilaciones en la garantía del derecho a la IVE, señalando casos en donde varios médicos se negaron a efectuar el procedimiento y admitiendo que estas barreras *“retrasan o impiden el acceso”*. No obstante, omiten el resultado extremo de tales demoras: los embarazos forzados derivados de la negación continuada del servicio.

Las lideresas documentan situaciones en que las mujeres son remitidas repetidamente entre profesionales o sometidas a valoraciones innecesarias, hasta que la gestación avanza al punto de imposibilitar la interrupción, convirtiendo la dilación administrativa en imposición de la maternidad. Reportan, en particular, casos de sobrevivientes de violencia sexual obligadas a continuar el embarazo por la negativa reiterada del sistema de salud a garantizar la IVE. También registran que

algunas mujeres, ante la imposibilidad de acceder al servicio, acuden a métodos inseguros y tradicionales, exponiendo su salud y su vida.

La triangulación muestra que lo denominado por los funcionarios como “demoras” o “barreras de acceso” se traduce, en su expresión más grave, en embarazos y partos forzados. La objeción de conciencia institucional, la dilación por múltiples valoraciones y la ausencia total de oferta en municipios enteros no son simples fallas administrativas, sino formas de violencia reproductiva que obligan a las mujeres a gestar contra su voluntad o las empujan hacia prácticas riesgosas.

El reconocimiento parcial de las barreras, sin nombrar que culminan en embarazos forzados, invisibiliza una de las expresiones más graves de violencia reproductiva: la obligación de gestar y parir impuesta por la negación sistemática de servicios legales, lo que configura una responsabilidad estatal directa por incumplimiento de garantías constitucionales.

3.4.7. Violencias en contextos de conflicto armado y explotación sexual: reconocimiento parcial con omisiones críticas

“Las mujeres pueden ser objeto de amenazas, violencia sexual y desplazamiento forzado, lo que las lleva a embarazos no deseados, abortos inseguros y complicaciones en su salud”.

“Hemos conocido casos en los que mujeres reclutadas han sido obligadas a usar métodos anticonceptivos o a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), vulnerando su autonomía y decisión”.

Los funcionarios reconocen explícitamente las violencias sexuales y reproductivas en contextos de conflicto armado: amenazas, violencia sexual y desplazamiento forzado, que exponen a las mujeres a embarazos no deseados y abortos inseguros, así como casos de mujeres reclutadas obligadas a usar métodos anticonceptivos o sometidas a IVE forzada. Esta admisión institucional constituye un avance significativo en la visibilización de las violencias reproductivas en contextos de conflicto armado.

Sin embargo, la caracterización institucional se limita a enumerar estas violencias sin desarrollar análisis sobre las formas específicas de control reproductivo que ejercen los actores armados, ni profundizar en las violencias extremas documentadas por las lideresas.

En este sentido, las lideresas reportan un control total sobre las decisiones anticonceptivas, ejercido por figuras denominadas “chulos” en contextos de explotación sexual, mediante presión permanente y violencia física para imponer

qué métodos deben usar las mujeres, tanto en relaciones personales como en situaciones de prostitución forzada. También documentan violencia sexual extrema, como el caso de una mujer a quien le abrieron el abdomen con un cuchillo cuando se rompió el preservativo durante un encuentro sexual.

La coincidencia parcial entre funcionarios y lideresas confirma que ambas fuentes reconocen violencia sexual, embarazos forzados y abortos coercitivos en contextos de conflicto armado. Sin embargo, existe una divergencia crítica en el reconocimiento de la responsabilidad estatal: mientras los funcionarios describen estas violencias como perpetradas por grupos armados ilegales, las lideresas documentan que algunos agentes estatales, como miembros de la Policía, legitimaron violencias en contextos de explotación sexual, diciéndoles a las mujeres que *“ese era su trabajo”* y trivializando las denuncias. Esta respuesta estatal no solo omite protección, sino que valida activamente la violencia sexual como parte normalizada de la explotación.

La triangulación evidencia que, aunque la institucionalidad admite la existencia de violencias sexuales y reproductivas graves en contextos de conflicto armado, su reconocimiento público se limita a enunciar el problema sin mencionar rutas de atención, medidas de protección diferenciadas ni estrategias para garantizar los DSDR en territorios bajo control de actores armados.

Esta omisión demuestra que el reconocimiento del problema coexiste con la ausencia de una respuesta estatal efectiva: los funcionarios saben que las mujeres son amenazadas, violentadas sexualmente, desplazadas forzosamente y obligadas a abortar o usar anticoncepción por grupos armados, pero esta información no se traduce en acciones institucionales concretas ni en protocolos de protección. Así, se mantiene la desprotección de las mujeres en mayor situación de vulnerabilidad en Norte de Santander.

3.5. Fragmentación territorial de la soberanía

3.5.1. Control territorial sobre información y movilidad

“En territorios como el Catatumbo, donde hay presencia de grupos armados al margen de la ley, existen serias dificultades para hablar abiertamente sobre los derechos sexuales y reproductivos”.

“La presencia de actores armados y minas antipersonal generan miedo y dificultan el desplazamiento de mujeres a centros de salud, impidiendo su acceso a los servicios, especialmente en zonas rurales”.

La perspectiva institucional refiere la cesión de la soberanía en territorios con presencia de grupos armados ilegales que regulan qué información circula y los derechos que son ejercibles. La imposibilidad reconocida de “*hablar abiertamente*” sobre DSDR en el Catatumbo pone de manifiesto una restricción directa de libertades por fuera del marco institucional. Las minas antipersonal convierten el desplazamiento a servicios de salud sexual y reproductiva en riesgo vital para la población civil.

Las lideresas amplían esta caracterización al señalar que los grupos armados impiden el diálogo comunitario sobre DSDR y ejercen intimidaciones sistemáticas, obligándolas a reducir su participación o abandonar su labor de acompañamiento. Adicionalmente, advierten que muchas mujeres no pueden desplazarse a Cúcuta o circular por determinadas zonas para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva debido a las amenazas y el riesgo de feminicidio. Frente a estos obstáculos, las lideresas facilitan información y métodos anticonceptivos (pastillas e inyecciones) a las mujeres que no consiguen movilizarse sin exponerse a las violencias.

La triangulación muestra que la fragmentación territorial opera mediante control armado que restringe al mismo tiempo la movilidad, la circulación de información y el ejercicio de derechos: las mujeres carecen de posibilidades reales de acudir a los servicios o de recibir orientación sobre sus derechos en sus propios entornos.

3.5.2. Control territorial en contextos de explotación sexual

Los funcionarios no aluden a la fragmentación territorial en espacios urbanos ni al control sobre los DSDR en zonas de explotación sexual. Esta omisión contrasta con lo que relatan las lideresas, quienes describen formas de dominio local vinculadas a la explotación sexual.

Las lideresas indicaron que figuras conocidas como “chulos” ejercen poder sobre barrios completos de Cúcuta, condicionando las decisiones reproductivas de las mujeres en situación de explotación sexual. Estos actores determinan qué métodos anticonceptivos deben emplear las mujeres mediante coerción y uso de la violencia física. Dicho control territorial se desarrolla en zonas urbanas donde el Estado tiene presencia formal, pero no ejerce autoridad efectiva para proteger los derechos de las mujeres.

Además, las lideresas denunciaron que algunos agentes estatales, como miembros de la policía, legitimaron estas violencias y minimizaron las denuncias. Esta respuesta no solo omite protección, sino que fortalece el control de los “chulos” sobre los cuerpos y las decisiones reproductivas de las mujeres.

La discrepancia entre el silencio institucional respecto de la fragmentación territorial urbana y los testimonios consistentes de las lideresas indica que los funcionarios y funcionarias solo reconocen la cesión de soberanía en contextos rurales, ignorando su presencia en entornos urbanos de explotación sexual. Esta omisión refleja un abandono estatal de las mujeres sometidas a formas no armadas, pero igualmente coercitivas de control, que mantienen dominio sobre su reproducción sin intervención ni protección estatal.

3.5.3. Discriminación territorial sistemática y ausencia de garantías alternativas

“Los territorios más vulnerables son las zonas rurales apartadas por la falta de infraestructura, transporte y personal de salud, combinada con la presencia de actores armados”.

La institucionalidad admite que los territorios más vulnerables conjugan ausencia de infraestructura estatal y presencia de actores armados. Las lideresas exponen que esta combinación genera una discriminación territorial estructural: las mujeres en áreas bajo control enfrentan una negación múltiple de derechos por razón de su lugar de residencia.

Mientras que en Cúcuta las mujeres afrontan barreras administrativas y discriminación institucional, en el Catatumbo o en zonas urbanas de explotación sexual soportan además un dominio directo sobre sus cuerpos y decisiones reproductivas, con riesgo de violencias extremas o feminicidio si intentan ejercer sus derechos.

La triangulación constata que el reconocimiento institucional de esta fragmentación no se traduce en estrategias estatales efectivas. Los funcionarios y funcionarias reconocen que las mujeres no pueden hablar de DSDR, que no pueden desplazarse a los servicios y que viven sometidas a control armado, pero no especifican rutas diferenciadas, brigadas de salud protegidas por el Estado ni mecanismos para garantizar acceso a anticoncepción e IVE sin exigir un desplazamiento peligroso.

Ante esta ausencia, las lideresas asumen riesgos frente a los actores armados para que las mujeres cuenten con métodos anticonceptivos, supliendo funciones estatales destinadas a garantizar los DSDR. Esta convergencia pone en evidencia el abandono de responsabilidades constitucionales puesto que el Estado reconoce su incapacidad para operar en determinados territorios, pero no implementa alternativas, delegando la provisión de servicios a organizaciones comunitarias.

El reconocimiento de la fragmentación sin la implementación de medidas correctivas configura una tolerancia institucional a la cesión de soberanía en materia de DSDR. Las mujeres del Catatumbo, así como aquellas que viven en zonas de explotación sexual urbana o en áreas afectadas por minas antipersonal, quedan sometidas al control de actores no estatales. Esto demuestra que en ciertos territorios los derechos constitucionales no se aplican plenamente y que la autonomía reproductiva de grupos específicos queda subordinada a poderes ilegales, sin protección estatal.

Responsabilidad estatal documentada

Por acción:

- Discriminación: negación abierta de servicios por la nacionalidad, el estatus migratorio irregular y la ausencia de EPS.
- Xenofobia institucionalizada: expresiones discriminatorias del personal contra mujeres venezolanas.
- Objeción institucional tolerada: permitir que hospitales públicos nieguen la IVE.
- Barreras administrativas: sistemas no habilitados años después de Sentencia C-055/2022.
- Mercantilización: cobros ilegales por servicios gratuitos y remisión al sector privado.
- Paternalismo médico: negación del retiro de implantes anticonceptivos obviando la voluntad de las mujeres.
- Dilación institucionalizada: valoraciones múltiples para la IVE que resultan en embarazos forzados.

Por omisión:

- Ausencia de supervisión: no controlar el cumplimiento de la gratuidad constitucional ni sancionar la negación de servicios.
- Falta de capacitación: personal sin formación en DSDR y marcos legales vigentes.
- Protocolos inexistentes: no crear mecanismos de protección efectiva para mujeres sin EPS, víctimas de violencia de pareja ni mujeres en zonas de conflicto.
- Desinformación tolerada: permitir la circulación de información errada sin estrategias correctivas.
- Garantías alternativas ausentes: reconocer la fragmentación territorial sin implementar brigadas protegidas o alternativas diferenciadas.

Por tolerancia institucional:

- Control masculino conocido: reconocer que las mujeres necesitan autorización de la pareja para acceder a DSDR, sin desplegar protección efectiva.
- Violencia institucional permitida: tolerar el maltrato verbal durante la solicitud de la IVE y violencia obstétrica en hospitales públicos.
- Fragmentación territorial aceptada: no garantizar la soberanía reproductiva en zonas bajo control armado o en contextos de explotación sexual.
- Embarazos forzados invisibilizados: caracterizar la dilación como "demoras" sin nombrar que resultan en embarazos forzados.
- Normalización de violencias: no reconocer el paternalismo médico, la violencia obstétrica y el maltrato durante IVE como violencias reproductivas.

Conclusiones: en Norte de Santander se configuran territorios de excepción sexual y reproductiva

Los cinco patrones detectados actúan en conjunto como una arquitectura de control reproductivo: la desinformación masiva impide que las mujeres conozcan los DSDR que el sistema de salud después niega mediante barreras administrativas y discriminación, mientras las violencias naturalizadas castigan los intentos de ejercer autonomía, todo en territorios donde la fragmentación de soberanía garantiza que estas violaciones operen sin consecuencias. Esta convergencia revela que las vulneraciones de los DSDR en Norte de Santander no son falla de implementación, sino un diseño institucional con tolerancia deliberada.

La triangulación confirma un hallazgo crítico: el Estado conoce cada barrera documentada. Los funcionarios pueden enumerar con precisión la desinformación masiva, la discriminación por nacionalidad, la negación institucional de IVE, los cobros ilegales por servicios gratuitos, el control de pareja que impide la autonomía, el paternalismo médico que niega la reversibilidad de métodos, la dilación que resulta en embarazos forzados, y la cesión de soberanía en territorios de conflicto.

Sin embargo, este reconocimiento institucional no se traduce en supervisión efectiva, sanciones, protocolos diferenciados, garantías alternativas ni medidas correctivas. Cuando el Estado sabe exactamente cómo opera la exclusión, pero permite que persista durante años después de sentencias constitucionales que despenalizaron la IVE y garantizaron derechos reproductivos, la omisión se convierte en acción por inacción. Esta tolerancia deliberada mantiene la subordinación reproductiva como política tácita.

Los hallazgos evidencian jerarquías de ciudadanía reproductiva en las cuales los derechos constitucionales operan selectivamente: las mujeres venezolanas sin EPS, las mujeres rurales sin acceso económico a transporte, las mujeres bajo control de parejas violentas que exigen autorización para planificar, las mujeres en zonas de conflicto armado donde actores no estatales controlan información y movilidad, y las mujeres en explotación sexual bajo dominio de "chulos" quedan sistemáticamente fuera del alcance de garantías fundamentales.

Esta exclusión diferenciada revela que, para el Estado colombiano, en el departamento de Norte de Santander existen poblaciones prescindibles cuya autonomía reproductiva puede subordinarse a actores no estatales, a la capacidad económica, a la autorización masculina y al control armado, sin que esto constituya una emergencia institucional que requiera respuesta. El resultado es la configuración de territorios de excepción en salud sexual y reproductiva: espacios donde el ejercicio de derechos fundamentales está condicionado a dinámicas de conflicto, control territorial y economías ilegales, lo que evidencia una cesión estatal en perjuicio de las mujeres en mayor situación de vulnerabilidad.

Tal estructura de exclusión contradice las obligaciones constitucionales del Estado colombiano de garantizar igualdad real y efectiva, y viola compromisos internacionales en materia de derechos humanos de las mujeres.

La admisión de una situación crítica en DSDR corresponde a una exigencia ante violaciones sistemáticas, conocidas y toleradas que configuran una responsabilidad estatal directa por acción, omisión y tolerancia institucional. Norte de Santander funciona como un laboratorio de impunidad reproductiva donde se documenta con precisión institucional el desmantelamiento de derechos fundamentales sin consecuencias, estableciendo un precedente peligroso: el reconocimiento formal de derechos puede coexistir indefinidamente con su negación material, y ciertas poblaciones pueden quedar constitucionalmente excluidas del ejercicio de autonomía reproductiva sin que el Estado considere necesario intervenir.

Implicaciones para política pública

Los hallazgos justifican el reconocimiento de una situación crítica en DSDR en Norte de Santander, que exige intervenciones inmediatas, reformas estructurales y transformaciones a largo plazo para restablecer las garantías constitucionales.

Intervenciones inmediatas:

- Investigación institucional en el Hospital Erasmo Meoz por violencia obstétrica sistemática y objeción de conciencia indebida en la IVE.

- Supervisión externa obligatoria del cumplimiento de la gratuidad constitucional con auditorías aleatorias y sanciones por cobros ilegales.
- Habilitación del servicio de IVE en sistemas administrativos de todas las IPS con garantía de remisión inmediata al nivel de complejidad apropiado cuando la institución no pueda prestar el servicio directamente.
- Protección específica para las defensoras de DSDR que han recibido amenazas y que suplen funciones estatales, especialmente en zonas de conflicto armado.
- Estrategias diferenciadas para la garantía de DSDR en territorios con control armado en trochas identificadas, zonas de explotación sexual urbana y Catatumbo.
- Línea de denuncia con priorización de casos urgentes y seguimiento para la negación de servicios, los cobros ilegales y las violencias institucionales.

Reformas estructurales:

- Capacitación obligatoria para el personal de salud sobre DSDR, marco legal vigente, consentimiento informado y violencias reproductivas.
- Protocolos vinculantes con responsabilidad por violación que garanticen la atención sin EPS, la reversibilidad de métodos sin justificación médica y la IVE como urgencia.
- Sistema de monitoreo ciudadano independiente del Estado con la participación de organizaciones de mujeres.
- Protocolos diferenciados obligatorios para mujeres en movilidad humana, mujeres en zonas rurales, mujeres en situación de explotación sexual y mujeres en territorios con control armado.
- Eliminación del paternalismo médico mediante el retiro de métodos anticonceptivos a solicitud de usuaria, sin requisitos adicionales.
- Estrategias territoriales específicas para trochas y zonas de control armado con brigadas protegidas y provisión directa de métodos anticonceptivos.
- Medición por resultados verificables mediante encuestas poblacionales de conocimiento adquirido y acceso efectivo, no solamente actividades ejecutadas.

Transformaciones de largo plazo:

- Educación sexual integral obligatoria en todos los niveles educativos con información sobre despenalización de la IVE, gratuidad de servicios y autonomía reproductiva.
- Presencia estatal efectiva en territorios controlados por actores armados con garantía de soberanía reproductiva.

- Política integral de protección a mujeres en situación de explotación sexual que reconozca el control territorial urbano y la legitimación policial de violencias.
- Garantías de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva sin discriminación por nacionalidad, estatus migratorio o ausencia de EPS.
- Visibilización y erradicación de las violencias normalizadas institucionalmente: maltrato verbal durante solicitud de IVE, violencia obstétrica y embarazos forzados como violencias reproductivas.
- Mecanismos de detección y protección ante las violencias de género perpetradas por la pareja para el goce pleno de los DSDR.

Referencias

Agamben, G. (2004). *Estado de excepción. Homo sacer II, 1* (A. Gimeno Cuspinera, Trad.). Pre-Textos.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Organización Panamericana de la Salud. (2024). *La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/80763-la-urgencia-invertir-sistemas-salud-america-latina-caribe-reducir-la-desigualdad>

Corte Constitucional de Colombia. (2006). Sentencia C-355 de 2006. *Despenalización parcial del aborto en Colombia*. M.P. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2022). Sentencia C-055 de 22. *Despenalización total de la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 24 de gestación*. M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo y Alberto Rojas Ríos. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/c-055-22.htm>

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2022). *Caso Brítez Arce y otros vs. Argentina*. Sentencia de 16 de noviembre de 2022. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_474_esp.pdf

Ley 1336 de 2009. *Por medio de la cual se adiciona y robustece la Ley 679 de 2001, de lucha contra la explotación, la pornografía y el turismo sexual con niños, niñas y adolescentes*. 21 de julio de 2009. Congreso de la República de Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=36877>

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2019). *Migrantes venezolanas en Colombia: barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo*. <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2019/12/Libro-IVE-Migrantes.-VF.pdf>

Naciones Unidas. (2003). *Boletín del Secretario General: Disposiciones especiales para prevenir la explotación y el abuso sexuales* (ST/SGB/2003/13). https://pseataaskforce.org/uploads/tools/secretarygeneralsbulletinspecialmeasuresforprotectionfromsexualexploitationandsexualabuse_unsecretarygeneral_spanish.pdf

Segato, R. L. (2014). Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres. *Sociedade e Estado*, 29(2), 341-371. <https://www.scielo.br/j/se/a/XSfjZV5K7f9HkTy5SLTp7jw/?format=pdf&lang=es>

Segato, R. L. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de Sueños.