

Un camino truncado:

los derechos sexuales
y reproductivos en
Montes de María

*María Ximena Dávila
Margarita Martínez
Nina Chaparro*

DOCUMENTOS 46

DOCUMENTOS 46

MARÍA XIMENA DÁVILA

Abogada de la Universidad de los Andes (2017), con opción en literatura y periodismo. Estudiante de la maestría en Sociología de la misma universidad. Su trabajo e intereses se han concentrado en la teoría crítica, los estudios feministas, la sociología jurídica y los derechos humanos. Actualmente es investigadora del área de Género de Dejusticia, y profesora de cátedra de la Universidad de los Andes. Entre sus publicaciones recientes se encuentra el libro *Víctimas y prensa después de la guerra: tensiones entre intimidad, verdad histórica y libertad de expresión* (en coautoría con Vivian Newman y María Paula Ángel).

MARGARITA MARTÍNEZ

Filósofa e historiadora de la Universidad del Rosario. Actualmente cursa sus estudios de doctorado en Historia en la Universidad de Indiana, Bloomington. Sus intereses se centran en temas de género, teoría política y feminismos. Se desempeñó como docente de la Universidad del Rosario y fue investigadora del área de Género en Dejusticia. Sus más recientes publicaciones son: *Voces desde el cocal. Mujeres que construyen territorio* y *Negociando desde los márgenes. La participación política de las mujeres en los procesos de paz en Colombia (1982-2016)*.

NINA CHAPARRO

Magíster en Políticas Públicas de la Universidad de Bristol (Inglaterra); abogada especialista en Derecho Constitucional de la Universidad del Rosario, con un diplomado en Derechos Humanos de la misma universidad. Su trabajo se concentra en áreas afines a las políticas públicas y los derechos humanos, con énfasis en justicia transicional, género y educación para la paz. Es coordinadora del área de Género en Dejusticia, y ha sido profesora de la Universidad del Rosario. Entre sus publicaciones recientes se encuentran: *Negociando desde los márgenes. La participación política de las mujeres en los procesos de paz en Colombia (1982-2016)*.

Un camino truncado:

los derechos
sexuales
y reproductivos
en Montes de María

María Ximena Dávila

Margarita Martínez

Nina Chaparro

Documentos Dejusticia 46

UN CAMINO TRUNCADO:

los derechos sexuales y reproductivos en Montes de María

ISBN: 978-958-5441-62-0 Versión digital
978-958-5441-61-3 Versión impresa

Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia
Carrera 24 N° 34-61, Bogotá, D.C.
Teléfono: (57 1) 608 3605
Correo electrónico: info@dejusticia.org
<http://www.dejusticia.org>

Este texto puede ser descargado gratuitamente en <http://www.dejusticia.org>
Creative Commons Attribution-Non Commercial Share-Alike License 2.5.



Revisión de textos: María José Díaz Granados
Preprensa: Marta Rojas
Cubierta: Alejandro Ospina

Bogotá, diciembre de 2018

Contenido

Agradecimientos	9
Introducción	11
LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN COLOMBIA	19
Concepto e importancia de los derechos sexuales y reproductivos	19
Los derechos sexuales y reproductivos en el marco legal colombiano	23
LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LOS MONTES DE MARÍA	27
Condiciones estructurales que inciden en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en Montes de María.....	30
Condiciones específicas que inciden en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en Montes de María.....	59
CONCLUSIÓN	97
REFERENCIAS	103

Agradecimientos

La investigación contenida en este libro contó con la ayuda invaluable del equipo de Dejusticia. En particular de Vivian Newman, su directora, quien nos prestó su valioso apoyo intelectual y logístico, y de William Morales, Andrés Castañeda, Luis Daza, Jazmín Mejía, Camilo Barrera, Elvia Sáenz, Isabel de Brigard, Adyluz Ruiz, Sandra Forero, Lucía Albarracín y Alexander Rojas, quienes nos ayudaron en la parte logística y administrativa.

Fueron muchas las personas que participaron en la discusión y el análisis de los capítulos de este documento. Agradecemos a nuestras amigas/os y colegas en Dejusticia, especialmente a Diana Rodríguez, Vanessa Daza, Ana María Ramírez, Valentina Rozo, Camila Soto, Maryluz Barragán, Alejandro Jiménez, Santiago Ardila, Ana María Narváez, Isabel de Brigard, Helena Durán, Laura Guerrero, Diana Guarnizo, Jesús Medina, Juan Sebastián Hernández, Hobeth Martínez y Silvia Ruiz por sus comentarios, ideas y sugerencias a los textos.

Agradecemos especialmente la ayuda de Iníldi Ballesteras Gamarra de la Corporación de Desarrollo Solidario, coordinadora del proceso de mujeres rurales en la Red de Mujeres Rurales del Norte de Bolívar y de El Círculo de Mujeres Rurales, quien amablemente nos colaboró con la logística y los contactos de las mujeres invitadas al taller. También a la Corporación Red de Empoderamiento de las Mujeres de Cartagena de Indias y Bolívar, quienes nos ayudaron con unas entrevistas, y a Diana Téllez, la entonces coordinadora del grupo de Género de la Agencia para la Renovación del Territorio, quien nos ayudó con la convocatoria de las mujeres que participaron en el taller.

Con Irina Junieles tuvimos la oportunidad de discutir algunos de los temas de este libro, y de ella recibimos insumos e ideas fundamentales en torno a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) de

los quince municipios de los Montes de María que mejoraron sustancialmente el texto y enriquecieron los argumentos. También agradecemos a nuestra colega Cheryl Morris, quien amablemente nos acompañó en la realización del taller en María la Baja; a Camila Soto, quien nos dio todo el apoyo y conocimiento en la construcción de la metodología del taller; y a María Camila Espitia, que como pasante nos brindó una gran ayuda en la selección y transcripción de las entrevistas.

De manera especial le damos gracias a Viviana Bohórquez, quien durante algunas conversaciones nos ofreció valiosos comentarios y sugerencias que nos ayudaron a mejorar el texto y a comprender mejor algunas de las complejidades de este tema.

Introducción

Hace más de veinte años, el Consejo Superior de la Judicatura emprendió la enorme y necesaria tarea de hacer un mapa de todos los juzgados de Colombia. Quería tener una cartografía que le permitiera dar a conocer la ubicación exacta de los despachos y, así, facilitar a los usuarios su acceso y comunicación. Esta institución era consciente de que una cosa era el acceso a la justicia en ciudades principales, y otra muy distinta la realidad de los territorios a los que solo se podía llegar en burro o en piragua. Por ello, junto con el Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC), hicieron un atlas judicial en el que graficaron los tipos de juzgados existentes en cada municipio, su ubicación, cómo llegar a ellos –por carretera, vía férrea, vía fluvial, cabotaje o vía aérea–, la distancia en kilómetros entre uno y otro, el tiempo promedio de llegada desde la cabecera municipal, y los medios de comunicación disponibles en cada uno (telégrafo, celular, correo, fax, radio y televisión) (Consejo Superior de la Judicatura, 1996).

Este atlas subrayó la distancia que separa al derecho de las zonas periféricas en el territorio colombiano. Los mapas, las gráficas y las mediciones de este documento nos muestran que el derecho llega a las zonas de Colombia en tiempos distintos, y que el número de meses y años que este tarda en llegar a un lugar u otro depende en gran parte de factores materiales (existencia de juzgados, funcionarios e instituciones), físicos (carreteras y medios de transporte) y políticos (voluntad política o implementación de la ley por parte de funcionarios del Estado). Así, por ejemplo, una ley expedida por el Congreso puede empezar a ser aplicada de forma inmediata en ciudades principales, pero puede tardar años en llegar a zonas periféricas. En ocasiones, incluso, puede nunca llegar. Si pensamos el derecho como un mensaje, una comunicación, un rumor, podemos decir que llega más rápido a los oídos de quienes están cerca del poder,

de quienes crean esos mensajes. A aquellos oídos lejanos, olvidados, el mensaje tarda en llegar.¹

Si nos permitimos usar al atlas judicial como una metáfora, y nos preguntamos por el tiempo que han tardado en llegar los derechos sexuales y reproductivos desde el centro del país a las zonas rurales de Colombia, ¿qué tiempo estimaríamos?, e incluso, ¿habría llegado a estas zonas del país? Con esto en mente viajamos a los Montes de María, una zona mayormente rural del territorio colombiano, conformada por quince municipios y ubicada entre los departamentos de Bolívar y Sucre. Queríamos saber si estos derechos, que han sido reconocidos a nivel nacional e internacional gracias a movilizaciones feministas, han recorrido el camino desde el centro del país hasta los Montes de María.

Para ello recogimos los relatos de 35 mujeres de la región. Nos encontramos con que los derechos sexuales y reproductivos todavía están a medio camino. Una mujer nos explicaba que, aunque el aborto es legal en tres causales desde el 2006, el primer obstáculo que encuentran las mujeres para realizarse este procedimiento “es que no se lo van a hacer en el hospital, ni con garantías, porque no es legal”, es más, “en las zonas rurales [...] las mujeres ni siquiera conocen ese derecho”. Los testimonios de las mujeres relatan, además, la angustia de no tener infraestructura en salud, medicamentos y profesionales capacitados que brinden información sobre estos derechos. Develan realidades sobre cómo su derecho a la intimidad no es garantizado por el personal de salud que suele revelar resultados de exámenes médicos o hacer comentarios sobre las partes íntimas de sus cuerpos. Tampoco cuentan con educación sexual en los colegios, el derecho a la autodeterminación reproductiva está supeditado a las normas culturales sobre la maternidad, y las víctimas de violencia sexual no tienen atención especializada.

Esta realidad está cruzada por una profunda debilidad institucional y por la memoria de una guerra atroz. Un aparato estatal fragmentado –con una tradición de gobiernos de élite que han capturado históricamente los recursos públicos– y el previo dominio de actores armados son algunos

1 La aproximación conceptual de este texto no busca emprender un análisis crítico del contenido o los efectos distributivos del derecho. Aunque la consideramos importante, esta tarea escapa del objetivo del texto. El propósito, de un tono más modesto, es indagar en las prácticas y en el contexto de una zona en la que algunos derechos formalmente reconocidos aún no se garantizan.

de los elementos que atraviesan el contexto de la región. Esta lejanía material y simbólica del Estado se traduce en la aguda insatisfacción de los derechos fundamentales. Adicionalmente, en los Montes de María pervive una cultura machista que tiene directa incidencia sobre el ejercicio de la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres.

Elegimos la región de Montes de María porque reunía las siguientes cuatro condiciones: primero, esta región del Caribe colombiano nos permitía acercarnos a la realidad de un territorio primordialmente rural. Este elemento es clave, puesto que los informes de derechos sexuales y reproductivos no se han enfocado lo suficiente en estas zonas del país. Segundo, fue una de las regiones colombianas más afectadas por la guerra, en la que los actores armados desplegaron estrategias de dominación directamente focalizadas en los cuerpos de las mujeres y en el control de su sexualidad y reproducción. Tal como lo señala el documento *Posconflicto y Violencia Sexual*, Montes de María fue una de las regiones con más altas tasas de violencia sexual entre 2008 y 2017 (Bautista, Capacho, Martínez, 2018, pp. 21-27). Tercero, los quince municipios que conforman esta región hoy hacen parte de los territorios priorizados para el desarrollo de iniciativas en el marco del proceso de justicia transicional colombiano. Este factor es determinante, pues consideramos que el acuerdo de paz puede ser una oportunidad para reconfigurar dinámicas de desigualdad de género toleradas por el Estado y validadas por los actores armados y la población civil. Y, finalmente, nos enfocamos en esta región porque contábamos con un trabajo previo que nos permitía contactar a organizaciones de mujeres de base con una importante labor en derechos humanos y acompañamiento de casos.

En este texto entendemos derechos sexuales y reproductivos de acuerdo con lo señalado en la Observación General No. 22 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC). Es decir, como un conjunto de derechos y libertades, entre las que están, además del acceso a bienes y servicios relativos al disfrute del derecho a la salud, las decisiones libres y responsables con respecto a los asuntos relacionados con el propio cuerpo y la propia salud sexual y reproductiva (párr. 5). Asimismo, aunque la salud sexual y la salud reproductiva están íntimamente relacionadas, la misma observación precisa que la primera hace referencia al bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, y la segunda, a la capacidad de reproducirse y a la libertad de adoptar decisiones informadas, libres y responsables, que también incluye al acceso a los servicios de salud e información (párr. 6).

Con este documento no buscamos proponer un diagnóstico completo de los derechos sexuales y reproductivos de la región de los Montes de María, sino entender una parte de la fotografía que nos muestran los relatos de las mujeres entrevistadas. Así, el objetivo es, por un lado, hacer un aporte a la escasa literatura que existe en materia de derechos sexuales y reproductivos en las zonas rurales de Colombia y, por el otro, ilustrar, desde las voces de las mujeres montemarianas, en qué van los derechos sexuales y reproductivos, cuáles son sus principales obstáculos y cuáles pueden ser sus posibilidades en la región.

Metodología

La metodología que usamos para recoger la información fue una combinación de entrevistas a profundidad con actores clave de la región y un taller con treinta mujeres lideresas montemarianas. Las entrevistas las realizamos durante los días 17 y 21 de abril de 2018. Entrevistamos a una funcionaria del hospital local de María la Baja y a cuatro mujeres del mismo municipio que trabajan con organizaciones de víctimas de violencia sexual y de otras violencias de género. Quisimos entrevistar a otros funcionarios públicos, pero algunos cancelaron las citas y otros no respondieron. Las preguntas estaban orientadas a indagar sobre la situación de los derechos sexuales y reproductivos en Montes de María. Les preguntamos sobre las condiciones y el acceso a este tipo de derechos, las barreras que enfrentan las mujeres, los métodos de planificación o anticoncepción, el nivel de información, el nivel de capacitación del personal médico, las enfermedades de transmisión sexual, la capacitación y los servicios en materia de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), los derechos de las víctimas de violencia sexual, la mortalidad materna, los abortos clandestinos y los avances en la planeación de salud rural establecidos en el acuerdo de paz.

El taller lo realizamos los días 18 y 19 de abril en el municipio de María la Baja. A esta actividad invitamos a treinta mujeres lideresas de la región, específicamente de los municipios de Morroa, Ovejas, El Carmen de Bolívar, San Onofre, Los Palmitos, El Guamo, San Juan Nepomuceno, Chalán, María la Baja y San Jacinto. Diez mujeres de este grupo fueron escogidas porque ejercían un liderazgo femenino dentro de los “grupos motores” encargados de acordar el contenido de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) de la región. Las veinte mujeres restantes son parte de la Red de Mujeres Rurales del Norte de Bolívar (en compañía de la Corporación de Desarrollo Solidario) y de El Círculo de Mujeres Rurales, organizaciones de la región de Montes de María con más

de veinte años de trabajo en capacitación y liderazgo femenino. Elegimos trabajar con ellas porque, además de conformar organizaciones de mujeres de base y tener una trayectoria en formación de derechos, ejercen un liderazgo femenino que implica un conocimiento previo de los agravios más comunes que sufren las mujeres en la región.

El taller tuvo los siguientes objetivos: i) brindar a las mujeres conocimientos generales sobre los derechos sexuales y reproductivos; ii) elaborar un diagnóstico de las barreras de acceso y necesidades específicas alrededor de estos derechos; y iii) formular recomendaciones prioritarias y planes de acción para mejorar la protección de los derechos sexuales y reproductivos. En el marco del taller surgieron la mayoría de relatos consignados en este texto, pues pudimos crear un espacio de diálogo y comodidad en el que las mujeres pudieron expresar sus ideas, temores y concepciones sobre su autonomía sexual y reproductiva.

Como metodología del taller usamos el “lab” o laboratorio de ideas. Esta metodología se enfoca en crear espacios de intercambio de información con fines propositivos, usa una serie de recursos de facilitación y dinámicas de grupo, y evita el formato de paneles y exposiciones formales. Así, por ejemplo, para la elaboración del diagnóstico, creamos siete historias ficticias de mujeres que necesitaban atención en salud sexual y reproductiva. Cada grupo de mujeres expuso, en una línea de tiempo, desde sus experiencias personales o de personas conocidas en su territorio, los obstáculos a los que generalmente se enfrentan las mujeres al tratar de acceder a este tipo de derechos. Desde relatos ficticios, las participantes llenaron con historias reales las principales barreras a las que se enfrentan las mujeres montemarianas en materia de derechos sexuales y reproductivos.

Concentrarnos en las voces de las treinta participantes y de las cinco entrevistadas fue una decisión metodológica que nos permitió abrir la puerta a las narrativas alrededor de los derechos sexuales y reproductivos. Si bien no nos permite obtener porcentajes del cumplimiento de estos derechos en la región –y queda abierta la necesidad de hacer un estudio cuantitativo del tema–, podemos hacer visibles las representaciones de las mujeres montemarianas sobre sus cuerpos, sus relaciones y sus derechos fundamentales. La metodología escogida da primacía a las narrativas de las mujeres y busca captar sus construcciones subjetivas, lo que implica enfocarse en sus experiencias únicas y particulares, y comprender las emociones, los pensamientos y las trayectorias de vida que dan lugar a los relatos expresados (Chase, 2005; Ochs y Capps, 1996). Nuestro objetivo,

entonces, nunca fue acceder a una verdad incontrovertible sobre la garantía y la noción de los derechos sexuales y reproductivos en los Montes de María. Todo lo contrario: esta investigación se concentra en las experiencias y los relatos cambiantes y contrastables de las mujeres. Nos interesamos en sus experiencias porque son ellas quienes llevan las cargas más fuertes de la reproducción, del cuidado, de la maternidad, y son quienes más sufren la no disponibilidad y la falta de acceso a derechos sexuales y reproductivos. Tanto las barreras institucionales como los imaginarios culturales sobre los roles de género y el disfrute de la autonomía sexual y reproductiva son condiciones que tienen impactos desproporcionados sobre las mujeres. Por esa razón, concentrarnos en sus voces y relatos es una oportunidad para explorar perspectivas situadas y diferenciadas de quienes han vivido un fenómeno de forma particular. Así, partimos de la idea de que existe una conexión entre forjar una experiencia y construir una perspectiva. Esto implica que, al concentrarnos en las voces y los relatos de las montemarianas, le damos un valor epistemológico a la experiencia particular de mujeres que han vivido en una zona con poca presencia del Estado, flagelada por el conflicto y dominada por masculinidades violentas.

Es importante señalar que los hombres (y, en especial, las masculinidades) tienen una gran incidencia en la forma como las mujeres entienden y ejercen su sexualidad y reproducción. Los arraigados roles de cuidado y reproducción que recaen sobre las mujeres existen como una realidad paralela al rol comunitario de los hombres, quienes construyen su masculinidad a través de la fusión entre el papel de proveedores y el mandato de virilidad (Viveros, 2002). La división de tareas en el plano material –en el que las mujeres se encargan del trabajo reproductivo y los hombres del trabajo productivo (Rodríguez, 2015)– se traduce en la división de roles en el plano de la sexualidad y la reproducción. Las mujeres son quienes cargan el peso de la anticoncepción, del mayor contagio de enfermedades de transmisión sexual, del estigma frente al aborto. Los hombres, por el contrario, no parecen tener un mayor protagonismo en estos temas. Este silencio –un silencio casi cómplice de los estigmas que recaen sobre las mujeres– parece alejarlos de cualquier responsabilidad en materia de derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, este aparente silencio podría explicarse más a profundidad si contáramos con las voces, las explicaciones y las narrativas de los hombres; así, una futura línea de investigación puede indagar sobre los roles y las vivencias de los hombres montemarianos en torno a su masculinidad, su sexualidad y su reproducción. Finalmente, en

la misma línea, también existe una necesidad de indagar por los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de orientaciones sexuales e identidades de género más amplia.

Estructura del texto

Este texto consta de tres partes. En la primera hacemos un recorrido general sobre la historia de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia. Allí profundizamos en los elementos contextuales que hicieron posible su aparición en el derecho internacional y colombiano, la definición de este concepto y su desarrollo normativo y jurisprudencial. En la segunda parte nos centramos en el estudio de caso de Montes de María. Esta sección la dividimos en dos subsecciones. En la primera estudiamos elementos estructurales de esta región como son la debilidad institucional, el papel de las lideresas como parte de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, el legado del conflicto armado, la maternidad como expectativa y rol de las mujeres y la priorización de la zona para el desarrollo de programas de desarrollo territorial. En la segunda subsección enfocamos un poco más el lente y nos centramos en mostrar, desde las experiencias de las mujeres montemarianas, las particularidades regionales de los derechos a la intimidad, la autodeterminación reproductiva, la interrupción voluntaria del embarazo, la atención a víctimas de violencia sexual y la educación sexual. Finalmente, en la tercera parte de este documento ofrecemos una serie de conclusiones que pretenden aportar al diagnóstico y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de esta región.

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN COLOMBIA

En esta sección hacemos un recorrido por el panorama general de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia. Con este fin, primero realizamos un breve recuento del surgimiento de estos derechos en el panorama internacional y las condiciones contextuales que hicieron posible su emergencia. Luego explicamos el marco jurídico constitucional en materia de derechos sexuales y reproductivos, con el fin de mostrar de qué forma se han entendido estos derechos en el contexto colombiano, y qué tipo de manifestaciones han sido reconocidas.

Concepto e importancia de los derechos sexuales y reproductivos

Como sostienen Viveros y Gil (2006), la noción de derechos sexuales y reproductivos está estrechamente vinculada con la movilización feminista de la segunda mitad del siglo XX. El movimiento feminista puso en el centro del debate la sexualidad femenina como núcleo de opresión, y promovió reivindicaciones orientadas a que las mujeres pudieran decidir sobre sus cuerpos y sobre la forma en la que deseaban vivir su reproducción y su sexualidad. Estas ideas se materializaron en las primeras luchas por la liberalización del aborto, la oferta de anticonceptivos y el acceso a la salud para problemáticas relacionadas con esferas de la vida sexual y reproductiva. Se llevaron al ámbito público temas que habían sido invisibles hasta ese momento, y se emprendió una lucha por desarmar las nociones esencialistas que recaían sobre los cuerpos de las mujeres. El movimiento feminista asoció la idea de la salud con la idea de la autonomía, lo que logró la visibilización de diversos problemas relacionados con la poca libertad que tenían las mujeres para decidir sobre sus propios cuerpos, y las

consecuencias que esto tenía en su salud y bienestar. Después de más de cuatro décadas estas luchas aún siguen vigentes y han impulsado cambios legales orientados a reconocer la sexualidad y la reproducción como ámbitos intrínsecamente ligados a la autonomía de las mujeres.

Uno de los grandes logros del movimiento feminista fue la institucionalización de la sexualidad y la reproducción como temas de salud pública y derechos humanos. Como lo señalan Sonia Corrêa, Rosalind Petchesky y Richard Parker (2008), el recorrido para la consagración legal de estos derechos tuvo su momento cumbre a principios de los años noventa.¹ El primer paso se dio en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena en 1993, cuando se reconoció que los derechos de las mujeres y las niñas son inalienables, integrales e indivisibles de los derechos humanos universales. El siguiente año, gracias a la presión de grupos feministas, el término “derechos reproductivos” se generalizó debido a la importancia que tuvo en la Tercera Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) llevada a cabo en El Cairo. Esta conferencia definió los derechos reproductivos como

... los derechos básicos de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva y el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción y violencia (Naciones Unidas, 1994, Cap. VII).

En este escenario, los derechos reproductivos se acuñaron como un término para reivindicar los derechos de las mujeres, y se posicionaron como un tema central en las posteriores discusiones sobre desarrollo. En 1995, la definición de derechos reproductivos construida en el marco de la conferencia de El Cairo fue reiterada en la Plataforma de Acción de Beijing, y una vez más se pudo ver la incidencia de grupos de mujeres (Correa, Petchesky y Parker, 2008). Frente a los derechos sexuales, la Plataforma de

1 Para ese momento, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Cedaw) ya incluía disposiciones que protegían los derechos sexuales y reproductivos (por ejemplo, los artículos 12, 14 y 16 establecen la obligación del Estado de garantizar en condiciones de igualdad el acceso a la atención en planificación familiar). Sin embargo, aún no existían instrumentos, convenciones o acuerdos que los reconocieran explícitamente.

Beijing los reconoció como un aspecto propio de los derechos de las mujeres, y se refirió a ellos de la siguiente forma:

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual (Naciones Unidas, 1995, párr. 96)

Hay algo interesante en esta definición y es su estrecha vinculación con los derechos reproductivos reconocidos un año antes, y su marcado acento en la autonomía de las mujeres. Como lo anota Sonia Corrêa (2008), en el contexto de las Naciones Unidas “la legitimación de los derechos sexuales de las mujeres no fue acompañada de avances equivalentes en lo que se refiere a los derechos de la diversidad sexual (homosexuales, [...] bisexuales, transexuales y trabajadoras y trabajadores sexuales)” (p. 28). A pesar de la aprobación del párrafo 96 en Beijing, no fue posible incluir una mención explícita de la orientación sexual o la identidad de género como aspectos centrales de los derechos sexuales. El reconocimiento de estos derechos, por lo tanto, ha sido más inestable que el de los derechos reproductivos. Solo con el tiempo y el progresivo avance de los marcos jurídicos regionales y locales se ha fortalecido su protección.

Más recientemente, en 2016, y después del reconocimiento de estos derechos en los marcos legales nacionales, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales emitió su Recomendación No. 22 sobre derechos y salud sexual y reproductiva. En esta recomendación, el comité señaló que

... debido a la capacidad reproductiva de las mujeres, la realización del derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva es esencial para la realización de todos sus derechos humanos. El derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva es imprescindible para su autonomía y su derecho a adoptar decisiones significativas sobre su vida y salud. La igualdad de género requiere que se tengan en cuenta las necesidades en materia de salud de las mujeres, distintas de las de los hombres, y se presten servicios apropiados para las mujeres en función de su ciclo vital.

La apreciación del Comité es importante en cuanto reconoce la posición diferenciada entre hombres y mujeres al establecer que “la experiencia de las mujeres sometidas a discriminación y violencia sistemáticas durante toda su vida requiere una comprensión global del concepto de igualdad de género en el marco de los derechos sexuales y reproductivos” (párr. 25). De la misma forma, el Comité reconoció que esta gama de derechos implica, a su vez, un conjunto mayor de libertades y derechos (párr. 5). Entre las libertades, dice el Comité, “figura el derecho a adoptar decisiones y hacer elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, con respecto a los asuntos relativos al propio cuerpo y la propia salud sexual y reproductiva”. Entre los derechos, por otro lado, sostiene que es necesario contemplar “el acceso sin trabas a toda una serie de establecimientos, bienes, servicios e información relativos a la salud, que asegure a todas las personas el pleno disfrute de los derechos sexuales y reproductivos” (párr. 5).

El contexto de emergencia de los derechos sexuales y reproductivos explica por qué deben ser entendidos en clave de lucha. Como la mayoría de derechos de tercera generación,² estos han sido producto de movilizaciones sociales que han visto el derecho como un campo fértil para lograr un avance en la situación de minorías y grupos históricamente subordinados. La presión por su reconocimiento también es la consecuencia de la crítica feminista a la noción androcéntrica de derechos humanos (Arati, 2001; Correa, 2008; Viveros, 2003). Aunque los derechos sexuales y reproductivos son aplicables a todo individuo, son producto de movimientos que buscaban hacer visible la desprotección de las mujeres y de personas con sexualidades no normativas, así como la forma en la que ciertas vulneraciones les afectaban de manera diferenciada. La falta de agencia que se les ha atribuido a ciertos grupos para decidir sobre su reproducción y su sexualidad fue el problema que los movimientos quisieron mostrar ante instancias internacionales, judiciales, legislativas y sociales. Por esa razón, los derechos sexuales y reproductivos se basan en la idea de que hombres, mujeres y personas con identidad de género no binaria, sin importar la posición social en la que estén, y de forma diferenciada según sus necesidades y particularidades más apremiantes, son agentes autónomos que deciden cómo desean vivir, construir y exteriorizar su sexualidad.

2 Para un desarrollo más amplio de los derechos de tercera generación, ver Bobbio (1991).

Los derechos sexuales y reproductivos en el marco legal colombiano

En Colombia esta historia no ha sido del todo distinta. Han sido los movimientos sociales –feministas y LGBT (lesbianas, gais, bisexuales y transexuales)– los que han puesto en la agenda del Estado los derechos sexuales y reproductivos. Con ellos también se ha posicionado la noción de que la reproducción y la sexualidad son aspectos que dependen de las decisiones de cada persona, y que las instituciones son responsables de garantizar el acceso a servicios de salud en condiciones de calidad, dignidad e igualdad.

Desde una perspectiva constitucional, los derechos sexuales y reproductivos encuentran su fundamento en el derecho a la libertad (Constitución Política, art. 13), en la intimidad personal y familiar (art. 15), en el derecho al libre desarrollo de la personalidad (art. 16), en el derecho a la libertad de conciencia (art. 18) y en el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos (art. 42). Estos derechos han sido interpretados por la Corte Constitucional a la luz de instrumentos internacionales como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Cedaw, por sus siglas en inglés), el Programa de Acción de El Cairo, la Plataforma de Acción de Beijing y las declaraciones de los comités de Derechos Humanos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. Por ende, no es desacertado afirmar que el reconocimiento nacional de los derechos sexuales y reproductivos tiene en su centro las decisiones judiciales emitidas por la Corte Constitucional.

Aunque existe una compilación de leyes, decretos, circulares y resoluciones encaminadas a garantizar de forma operativa estos derechos, la mayor protección se ha dado en sede judicial. En particular, ha sido la Corte Constitucional la instancia de mayor salvaguardia de los derechos sexuales y reproductivos en casos de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), autodeterminación reproductiva, acceso a anticoncepción y acceso a la información sobre servicios de salud, entre otros. Estos derechos, en palabras de la Corte, “reconocen y protegen la facultad de las personas, hombres y mujeres, de tomar decisiones libres sobre su sexualidad y su reproducción y otorgan los recursos necesarios para hacer efectiva tal determinación”.³

3 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-732 de 2009, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

A lo largo de su jurisprudencia, la Corte ha establecido una diferencia entre derechos sexuales y derechos reproductivos. Para la Corte, “sexualidad y reproducción son dos ámbitos diferentes de la vida del ser humano, ya que la primera no debe ser entendida solamente como un medio para lograr la segunda”.⁴ Es decir, la Corte diferencia entre las decisiones relativas a la reproducción –la decisión de hombres y mujeres de tener hijos– y aquellas que afectan la sexualidad –la posibilidad de tener una vida sexual sana y autónoma–. El reconocimiento de esta división no puede pasar de largo el componente de género de la misma. Esta diferenciación recoge postulados feministas sobre la necesidad de entender la sexualidad de las mujeres y su protección más allá de la maternidad. De la misma forma, también deja ver el reconocimiento de las luchas de las personas LGBT para ubicar los derechos sexuales como una categoría autónoma a través de la cual enmarcaron movilizaciones en torno a la salud sexual para personas con VIH y al reconocimiento jurídico de parejas del mismo sexo.

En ese sentido, la Corte ha definido que los derechos *reproductivos* protegen al menos dos ámbitos: i) la autodeterminación reproductiva, y ii) el acceso a servicios de salud reproductiva. Por autodeterminación reproductiva la Corte se ha referido a “la facultad de las personas de decidir libremente sobre la posibilidad de procrear o no, cuándo y con qué frecuencia”.⁵ Adicionalmente, esta prerrogativa permite a las mujeres estar “libres de cualquier interferencia en la toma de decisiones reproductivas, incluida la violencia física y psicológica, la coacción y la discriminación [...] por lo tanto, se viola el derecho a la autodeterminación reproductiva cuando se presentan, por ejemplo, embarazos, esterilizaciones, abortos o métodos de anticoncepción forzados”.⁶ Bajo el fundamento de la autodeterminación reproductiva, la Corte ha reconocido los derechos a acceder a servicios de anticoncepción temporal, permanente o de emergencia,⁷ a realizarse tratamientos de fertilidad,⁸ y a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo en tres circunstancias: i) cuando exista peligro para la salud física o mental de la mujer; ii) cuando exista inviabilidad fetal

4 *Idem.*

5 *Idem.*

6 *Idem.*

7 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-665 de 2017, M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

8 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-316 de 2018, M. P. Cristina Pardo Schlesinger.

incompatible con la vida; iii) cuando el embarazo haya sido producto de violencia sexual, incesto o inseminación artificial no consentida.⁹

Asimismo, la Corte ha indicado que mujeres y hombres tienen derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, pues a través de ellos se materializan los derechos consignados y reconocidos en la jurisprudencia constitucional y en tratados internacionales. En concreto, tanto la Corte como instrumentos internacionales de derechos humanos han determinado que existen al menos cuatro servicios de salud sexual y reproductiva que el Estado debe garantizar. En primer lugar, la “educación e información sobre toda la gama de métodos anticonceptivos, acceso a los mismos y posibilidad de elegir aquel de su preferencia”.¹⁰ Este servicio está reconocido en los artículos 10 y 12 de la Cedaw, y en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña. Segundo, el Estado debe garantizar el acceso a la IVE en los tres casos avalados en la Sentencia C-355 de 2006. La Corte ha sostenido que el pleno acceso a la IVE implica que: i) los prestadores de salud cuenten con la infraestructura y los implementos para realizar los procedimientos necesarios; ii) los médicos, clínicas, hospitales o centros de salud no impongan dilaciones o barreras injustificadas, tales como la solicitud de requisitos adicionales a los que ha establecido la jurisprudencia.

En tercer lugar, la Corte ha establecido que deben implementarse medidas que garanticen una maternidad libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia. En consonancia con esto, el artículo 43 de la Constitución prescribe que “durante el embarazo y después del parto [la mujer] gozará de especial asistencia y protección del Estado”. Asimismo, el artículo 12 de la Cedaw impone a los Estados la obligación de asegurar “a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”. Por último, la Corte ha mencionado que el Estado debe garantizar la oferta y el acceso a servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades relacionadas con el aparato reproductor de hombres y mujeres. Al respecto, en la Sentencia T-605 de 2007, la Corte protegió el derecho a la salud de una mujer y ordenó a una EPS practicarle una

9 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006, M. P. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández.

10 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-732 de 2009, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

“cirugía desobstructiva de las Trompas de Falopio y retiro de adherencias del óvulo izquierdo”, excluida del Plan Obligatorio de Salud, para poner fin a una enfermedad que le impedía procrear. Asimismo, en la Sentencia T-636 de 2007, bajo el mismo argumento, se ordenó a una EPS practicar a una mujer un examen de diagnóstico denominado “cariotipo materno”, con el objetivo de determinar la causa de sus constantes abortos espontáneos.

En temas de derechos sexuales, la Corte ha reconocido que la protección de estos derechos implica la salvaguarda de dos esferas: i) la libertad sexual y ii) el acceso a servicios de salud sexual. La libertad sexual es definida como la posibilidad de “decidir autónomamente tener o no relaciones sexuales y con quién”.¹¹ En sintonía con los artículos 1, 2 y 3 de la Cedaw, la Corte ha dicho que “el ámbito de la sexualidad debe estar libre de todo tipo de discriminación, violencia física o psíquica, abuso, agresión o coerción [...] de esta forma se proscriben, por ejemplo, la violencia sexual, la esclavitud sexual y la prostitución forzada”.¹² Por el otro lado, los servicios de salud sexual deben incluir, al menos, lo siguiente: i) información y educación “oportuna, veraz, completa y libre de prejuicios sobre todos los aspectos de la sexualidad”;¹³ ii) acceso a “servicios de salud de calidad que permitan atender y prevenir las infecciones, dolencias y enfermedades que afecten el ejercicio de la sexualidad”;¹⁴ y iii) educación e información sobre métodos anticonceptivos. Este último es, sin duda, un puente entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Aunque es necesario diferenciar los unos de los otros, es innegable la estrecha relación que existe entre la garantía de la libertad sexual y la autonomía reproductiva. Ambas se basan en la noción de que las mujeres son dueñas de sus cuerpos, de que pueden decidir sobre la forma en la que viven y expresan su sexualidad, y de que son autónomas para escoger, o no, el camino de la maternidad.

11 *Idem.*

12 *Idem.*

13 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-293 de 1998, M. P. Carmenza Isaza Gómez.

14 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-465 de 2002, M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

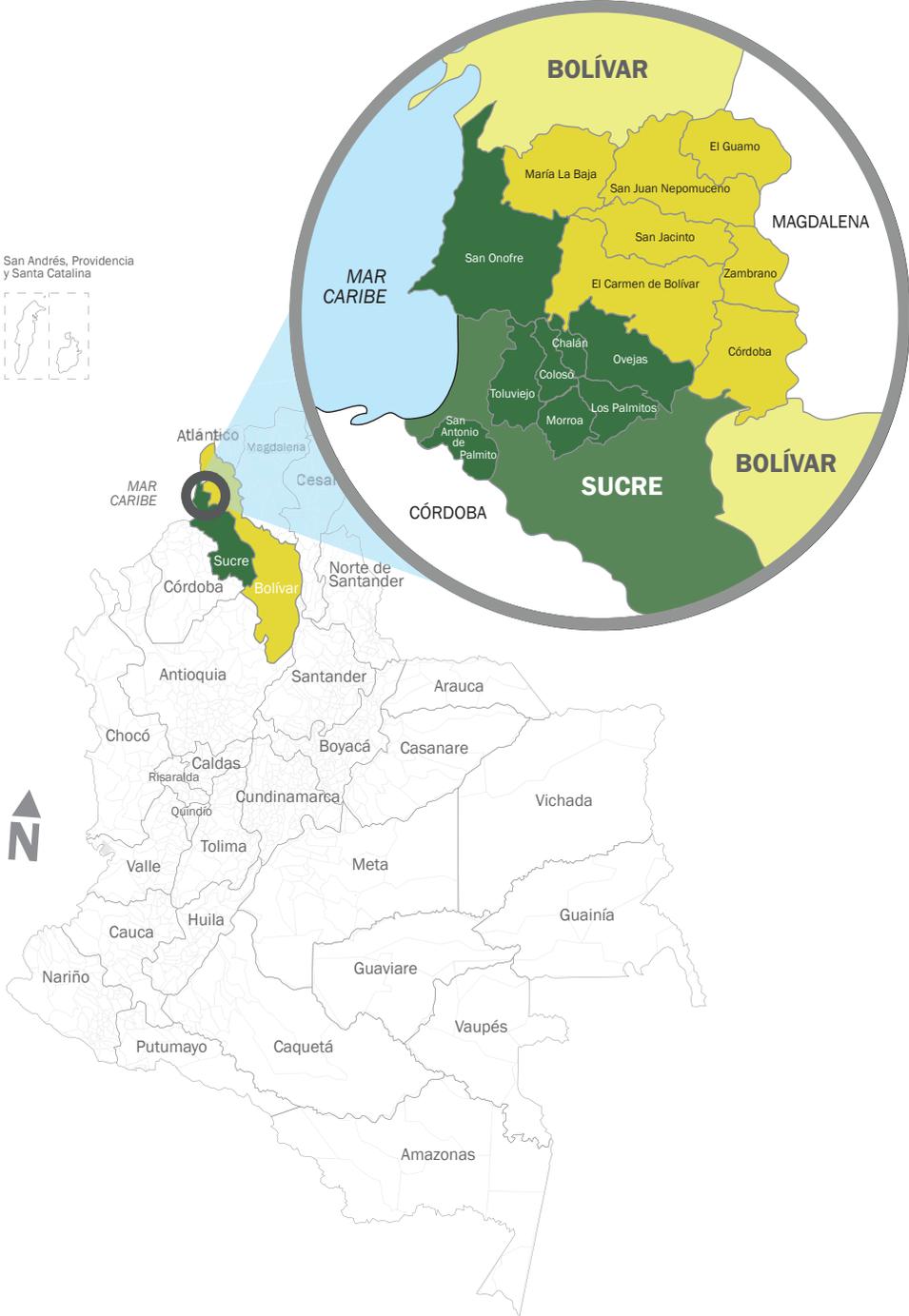
LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LOS MONTES DE MARÍA

La región de Montes de María comprende parte del territorio de los departamentos de Sucre y Bolívar y está compuesta por los siguientes quince municipios: San Juan Nepomuceno, El Guamo, María La Baja, San Jacinto, Córdoba, Zambrano, El Carmen de Bolívar, Los Palmitos, Morroa, San Onofre, Colosó, Chalán, San Antonio de Palmito, Ovejas y Tolviejo (PNUD, 2010). Esta zona, alejada del centro del país, abarca aproximadamente una extensión de 6.466 km² y habitan, aproximadamente, 438.119 personas de acuerdo con las cifras del censo de 2005 (p. 5). De este número, la mayoría de habitantes son familias campesinas y afrodescendientes que “encontraron allí tierras baldías donde formaron asentamientos después de la liberación de la esclavitud” (p. 7). Por lo tanto, a excepción de las zonas de extensión ganadera donde habitan principalmente terratenientes y élites sociopolíticas, la zona montemariana está poblada por campesinos y afrodescendientes, quienes encuentran en la agricultura su principal fuente de ingresos.

Como lo muestra el estudio del PNUD sobre la región, en las últimas décadas se ha producido una migración interna desde las zonas rurales a las zonas urbanas del territorio debido a la presión y el hostigamiento de actores armados e ilegales. Y es que al hablar de la región montemariana no puede dejarse de lado la atroz historia de conflicto que la ha cruzado. Si bien no pretendemos reafirmar ni romantizar la narrativa de que la historia de las zonas de conflicto nace con el conflicto, es importante precisar que las heridas que dejó la guerra en Montes de María son un aspecto crucial de su historia, de la memoria de sus habitantes, de su cultura de resistencia y de la presencia de grupos de base que luchan por los derechos de las víctimas. Montes de María, a pesar de ser un territorio de disputa, se

MAPA 1

Municipios que componen la región de Montes de María



ha convertido en una región de reivindicación política. Como lo sostiene el PNUD, los campesinos y grupos afrodescendientes han respondido a la guerra y a la adversidad “de la única manera que las armas lo permiten: con una reacción de sobrevivencia” (p. 15).

Esta cultura de resistencia se traduce también en la movilización por la protección de los derechos sexuales y reproductivos. Como lo mencionamos, la región tiene una fuerte presencia de las mujeres lideresas, con quienes realizamos un taller y a quienes entrevistamos. La existencia de un robusto liderazgo femenino ha hecho que el mensaje de los derechos sexuales y reproductivos llegue, aunque de forma incipiente, a los Montes de María. Sin ayuda sustancial del Estado, con un tejido social aún en construcción, las mujeres lideresas han sido las que han garantizado un mínimo de garantía de estos derechos. La fuerte labor de las lideresas y las organizaciones de mujeres hace visibles las deficiencias en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en la región montemariana. Sus labores y sus resistencias son, a la vez, la consecuencia y la respuesta ante la debilidad institucional, la falta de infraestructura en salud, el precario acceso a la justicia y los estigmas culturales que recaen sobre las mujeres y obstaculizan la satisfacción de sus derechos.

La incidencia de las lideresas montemarianas, su agencia y la agencia que siembran en otras mujeres deja una importante huella en la región, una huella que comunica que los derechos existen, así algunos funcionarios crean que no es así. En esta sección nos concentramos en reconstruir un breve panorama de los derechos sexuales y reproductivos en Montes de María, derechos que aún no se cumplen a cabalidad y que son una de las banderas de lucha de las mujeres. Con la primera parte de esta sección abordamos las condiciones estructurales que atraviesan los derechos sexuales y reproductivos en la región de Montes de María. Nos concentramos especialmente en cinco condiciones: i) la debilidad estatal en la zona; ii) el papel de las mujeres lideresas en la agencia y garantía de los derechos sexuales y reproductivos; iii) el legado del conflicto armado en términos de órdenes de género y objetivación de la mujer; iv) la maternidad como mandato y expectativa de las mujeres montemarianas; y v) las posibilidades de los programas enmarcados en el acuerdo de paz que vive el país actualmente. En la segunda sección focalizamos la mirada hacia las prácticas y omisiones que afectan directamente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Para esto, el principal insumo son las voces, las historias y los testimonios de las mujeres, quienes en el taller y las

entrevistas dieron prevalencia a ciertas reglas informales que prevalecen en la región, y que esconden imaginarios culturales y falencias institucionales que resultan nocivas para ellas. A partir de estos dos acercamientos –uno de carácter más estructural y otro de carácter más específico– pretendemos mostrar la importancia de ver los derechos sexuales y reproductivos de forma situada, con las complejidades, particularidades y posibilidades de la región donde se pretenden implementar.

Condiciones estructurales que inciden en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en Montes de María

Según Mara Viveros, el análisis de las posibilidades de acceso a los derechos sexuales y reproductivos debe pasar necesariamente por un estudio de “las estructuras y redes de relaciones sociales en las cuales se inscriben las prácticas sexuales y reproductivas” (2009, p. 14). Es decir, el estudio de los derechos a la salud sexual y reproductiva está atravesado por el contexto regional, social y cultural. Durante esta investigación encontramos cinco elementos básicos que definen la manera como se piensa en la reproducción y en la sexualidad de las mujeres montemarianas. La primera variable está relacionada con la precariedad de la presencia institucional en los municipios que conforman los Montes de María; la segunda con el rol de las mujeres lideresas y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos; la tercera está conectada con las dinámicas de género promovidas por los actores armados que tuvieron y tienen presencia en la región; la cuarta está relacionada con el mandato y la expectativa de reproducción que deben enfrentar las mujeres montemarianas; y la quinta aborda las potencialidades y los límites del pilar salud del PDET de Montes de María para hacer efectivos los derechos sexuales y reproductivos. A continuación reconstruiremos cada uno de estos elementos, para luego identificar cómo el contexto impacta sobre el acceso de las mujeres a sus derechos sexuales y reproductivos en la región.

Debilidad institucional en Montes de María: la ausencia de infraestructura en salud como determinante en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos

... mi comunidad ha sido una comunidad muy abandonada, porque por allá no entra ni el polvo cuando es verano, digo yo.

PARTICIPANTE DEL TALLER

Al preguntarles a las mujeres de Montes de María cuáles son los principales obstáculos para acceder a sus derechos sexuales y reproductivos, una de ellas responde que, quizás, el más latente es la “ausencia de atención especializada”, pues el centro de salud de San Cayetano (el municipio donde vive) no cuenta con suficientes servicios para atender a mujeres víctimas de violencia sexual, para realizar exámenes médicos o para garantizar derechos como la IVE. Tampoco cuentan con suficientes medicamentos e implementos médicos, ni promueven campañas de concientización sobre salud sexual y reproductiva. La situación que describe la participante no es exclusiva de San Cayetano, sino que se impone como la regla en la mayoría de los municipios de la región. Esta percepción común sobre la “ausencia” de atención especializada, la “ausencia” de infraestructura médica o la “ausencia” de medicamentos, no es más que el eufemismo de una ausencia más profunda: la ausencia del aparato y la protección estatal.

En Montes de María hace mucho no llega el Estado. O al menos no como debería llegar. El Estado que llega está fracturado, debilitado y, en muchas ocasiones, también cooptado. A excepción de algunas instituciones con una fuerte presencia en la zona (como la Defensoría del Pueblo), los municipios que componen la región aún enfrentan las consecuencias de la debilidad de la justicia, de la salud y de otros servicios básicos. Con respecto a esto, el libro *Los territorios de la paz: la construcción del Estado local en Colombia* muestra que las regiones periféricas, gobernadas por élites políticas e históricamente azotadas por el conflicto armado –condiciones presentes en Montes de María– cuentan con presencia y capacidades institucionales limitadas e insuficientes. Esta investigación de Dejusticia analiza tres índices que permiten medir la capacidad institucional del Estado en dichas regiones: i) la provisión de justicia, ii) la capacidad tributaria, y iii) la gestión administrativa. De acuerdo con estos índices, los municipios tienen una *capacidad local crítica* cuando se encuentran en categorías baja y muy baja en los tres índices, y tienen una *capacidad local baja* cuando dos de los índices se encuentran en categorías baja o muy baja (García Villegas, Torres, Revelo, Espinosa, Duarte, 2017).

Para el caso de Montes de María, los hallazgos del estudio son contundentes. De los quince municipios que componen la región, siete tienen una capacidad local crítica y los siete restantes cuentan con una capacidad local baja. Es decir, son municipios donde el Estado no ha llevado un sistema de justicia robusto, donde la capacidad tributaria es débil, y en los que la gestión administrativa tampoco es satisfactoria. Se trata de zonas en donde

TABLA 1
Municipios de Montes de María con capacidad local crítica (CLC) y capacidad local baja (CLB)

CLC	CLB
Carmen de Bolívar	San Juan Nepomuceno
San Jacinto	Zambrano
El Guamo	Córdoba
María La Baja	Ovejas
Los Palmitos	Morroa
Colosó	San Onofre
Toluviejo	San Antonio de Palmito

FUENTE: García Villegas *et al.* (2017).

los individuos viven a merced de la informalidad en los procedimientos, de la inseguridad y de la precariedad de programas sociales que garanticen derechos fundamentales básicos como salud, educación y justicia.

Esta situación, sin embargo, no es novedosa y está conectada con la historia de este territorio. Históricamente, la región montemariana ha estado dominada por élites políticas que han capturado los recursos públicos y han gobernado para unos pocos (PNUD, 2016; MOE, 2007; Aguilera, 2013). En Montes de María se ha gestado una lucha de clases entre dos sectores con visiones opuestas: por un lado, los terratenientes y las élites socioeconómicas y, por otro, los pequeños tenedores campesinos que han luchado por la redistribución de la tierra. A pesar de los varios intentos de reconocimiento y reclamo por parte de los campesinos, han sido los clanes políticos quienes han ostentado el poder y la tenencia de la tierra en la región¹ (MOE, 2007). La debilidad institucional de Montes de María puede verse, al tiempo, como condición de posibilidad y consecuencia del dominio político de la élite en la región. Como lo sostiene el PNUD (2016), la zona de Montes de María se ha caracterizado por “contar con clanes familiares que se han anclado en la política y se han apoderado de los gobiernos locales y regionales. Para esto, han encontrado el respaldo político y financiero de un amplio sector de la clase adinerada, entre ellos los terratenientes” (p. 13). Ante un aparato estatal fragmentado y con

1 Como lo ha mostrado la Misión de Observación Electoral (MOE), la región de Montes de María ha estado gobernada históricamente por un grupo reducido de clanes familiares (MOE, 2007).

servicios ausentes o ineficientes, se ha abierto el espacio para que los poderes locales gobiernen según sus intereses y excluyan de las decisiones a los sectores populares.

La institucionalidad en Montes de María, entonces, está conectada con un tipo de gobernanza de élite a la que no le interesa responder por las necesidades, los derechos y proyectos de la mayoría de la población campesina y urbana de Montes de María (PNUD, 2016, p. 13). Allí donde el Estado no ha tenido presencia, los poderes regionales han gobernado históricamente para extraer beneficios personales, y han dejado a un lado la garantía de servicios como salud, educación o seguridad para la mayoría de la población. Esta tradición de debilidad institucional y control político de clanes familiares y económicos dejó heridas profundas en la vida de los montemarianos. No solo ahondó la precariedad socioeconómica causada por los conflictos de tierras y el despojo de los campesinos, sino que aceleró y facilitó el proceso de creación de redes de clientelismo: “el anclaje de clanes familiares [de Montes de María] en los cargos públicos ha ido acompañado de una práctica sistemática de corrupción y fraude electoral. La manera de llegar y conservar el poder se ha dado mediante el clientelismo político, la compra de votos y otras formas de fraude electoral” (p. 16).

La debilidad institucional en Montes de María no solo facilitó la formación de clanes clientelistas que gobernaban para una minoría. También fue una condición catalizadora para acentuar el dominio de grupos paramilitares en la región. El advenimiento de la guerra hizo que los actores armados tomaran control de la zona y se aliaran con clanes familiares y terratenientes que los ayudaron a posicionar su dominio (CNMH, 2011). Como lo sugiere el PNUD, estas alianzas agudizaron la precariedad socioeconómica de los sectores más vulnerables:

... el despojo de la tierra y los bienes de los pequeños propietarios, sumado a la alianza entre las elites rurales y los ejércitos paramilitares que arremetieron contra los sectores sociales populares y al modelo de desarrollo que desestimula la producción campesina, han conducido a la pauperización de la población de estratos medio y bajo (2016, p. 39).

Es decir, durante los años más crudos del conflicto, la debilidad estatal se agravó y dejó a los habitantes de Montes de María, en especial a los campesinos, en una profunda situación de incertidumbre e inseguridad.

La debilidad institucional en Montes de María, entonces, se ha entrelazado con la tradición de gobiernos de élite y con el dominio de actores

armados en la región, lo que ha tenido terribles consecuencias en la vida de sus habitantes. La precariedad institucional en la zona ha creado su propio correlato: la precariedad en la satisfacción de derechos fundamentales y, como efecto, en las vidas de los montemarianos. El promedio actual de ingreso de la población es de 15.000 pesos diarios por hogar y el 59% de los habitantes cuenta con necesidades básicas insatisfechas (PNUD, 2016, p. 6). Asimismo, solo el 12,8% de las viviendas cuenta con los servicios básicos de agua, energía y alcantarillado (p. 6). Bolívar y Sucre, además, presentan índices de condiciones socioeconómicas menores al promedio nacional. Según datos del Departamento Nacional de Planeación (DNP), para 2005 “Colombia registró un índice de desarrollo humano de 0,78, mientras que en Bolívar era de 0,77 y en Sucre de 0,73” (p. 6). Dicho de otro modo, la debilidad institucional y la precariedad socioeconómica han dejado desprotegidos a los habitantes de Montes de María. La escasa garantía de derechos fundamentales y de servicios básicos ha tenido graves consecuencias en el desarrollo de quienes viven en la zona, consecuencias que tienen un efecto diferenciado en el caso de las mujeres. Como lo relataron las mujeres montemarianas, la falta de infraestructura en salud determina por completo la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en la zona. Y, a su vez, la ausencia de infraestructura está determinada por las condiciones mencionadas: precaria capacidad institucional en la zona, gobernanza de élites locales que ignoran las necesidades de los sectores vulnerables, y redes de clientelismo que desvían los recursos públicos a la satisfacción de intereses privados.

La ausencia del Estado es una condición que afecta la prestación de los servicios relacionados con los derechos sexuales y reproductivos en distintos niveles. A partir de los testimonios del taller sabemos que la débil presencia y capacidad institucional afecta el derecho a la anticoncepción y a la interrupción voluntaria del embarazo porque los medicamentos necesarios para garantizar estos derechos no llegan a los hospitales de la región. Como lo menciona una de las participantes, no hay presencia de personal y de implementos necesarios para llevar a cabo los procedimientos que necesitan las mujeres:

La ambulancia está en el casco urbano, en las veredas no tenemos, tenemos construcciones destruidas pero no tenemos nada [...] Allí no sabemos ni siquiera qué es una enfermera. No, no hay enfermeras [...] En la noche quedamos lejos de todo, expuestos. Nada más cuidados por el que está ahí arriba, si se da un aborto en la noche [...] el señor proveerá.

Este testimonio refleja la angustia de muchas mujeres montemarianas ante la posibilidad de necesitar medicamentos, exámenes o procedimientos para interrumpir sus embarazos. La lejanía material y simbólica del Estado se traduce en el riesgo para la vida e integridad de muchas mujeres, y la precariedad institucional se convierte en una de las mayores barreras para acceder a sus derechos fundamentales. Esta falta de infraestructura en salud también tiene una incidencia directa en la atención a víctimas de violencia sexual, pues muchos hospitales no cuentan con los implementos necesarios para atender debidamente a una mujer que necesite cirugías, exámenes, anticoncepción de emergencia y atención psicosocial. Asimismo, la debilidad institucional se puede ver en la completa ausencia de personal que brinde información sobre salud sexual y reproductiva; como dice una de las mujeres montemarianas: “Lo que pienso yo es que de pronto faltan fundaciones, falta personal que vaya y lleve la información a las comunidades”. En ocasiones, la única posibilidad que les queda a las mujeres es desplazarse a otros municipios o ciudades lejanas. Durante el taller, por ejemplo, una mujer campesina les decía a algunas de las participantes que

... por lo menos acá en los lados acá de María la Baja ustedes cuentan con hospitales y con puesto de salud que funciona, pero nosotros allá en los montes, allá arriba en la montaña, la violencia nos destruyó los puestos de salud y todo. Y de ida de una vereda a un puesto de salud cercano son dos, tres horas, cuatro horas si no hay lluvia, si hay lluvia es más.

En definitiva, la oferta de salud en Montes de María no es suficiente para suplir las necesidades de las mujeres y garantizar sus derechos sexuales y reproductivos. Los datos de la encuesta de acceso a la salud de 2012 brindan un panorama para comprender, a través de cifras, la escasa oferta de servicios de salud que está presente en la zona Caribe del país. Según esta encuesta, la oferta de prestadores de salud en la región Caribe es la más baja de Colombia. Mientras que el promedio nacional es de 81 prestadores por cada 100.000 habitantes, el promedio del Caribe es de 38 prestadores por cada 100.000 habitantes. Esto se agrava, además, si se tiene en cuenta que, según un estudio del Banco de la República, el Caribe colombiano es una de las regiones con la mayor ineficiencia en sus hospitales y centros de salud (Acosta, 2014, p. 19). En el mismo sentido, Pérez y Silva (2015) encontraron que los hogares de la región Caribe tienen un mayor riesgo de empobrecer debido a la realización de “gastos de bolsillo

en salud”. Estas cifras dan algunas luces para entender la magnitud del problema de infraestructura en salud en el Caribe colombiano. Un problema que se intensifica en la zona de Montes de María, donde el Estado, históricamente, ha fallado en tener una presencia fuerte y en garantizar los derechos de los grupos más vulnerables.

Sumado a lo anterior, la difícil situación socioeconómica de las mujeres montemarianas –que, como lo mencionamos, también es consecuencia de la falta de protección del Estado– no las deja encontrar opciones a la escasa oferta estatal. Ante servicios insuficientes en la zona donde viven, a las mujeres no les queda más salida que gastar dinero en viajes a ciudades y municipios aledaños, pagar por los medicamentos y acceder a servicios particulares. Sin embargo, muy pocas pueden hacerlo, pues no cuentan con los recursos suficientes para suplir estos esfuerzos extras. Una mujer de María la Baja explicó que, para poder realizarse exámenes o acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, debe ir hasta Sincelejo, una ciudad ubicada a 103 km (2 horas aproximadamente) de María la Baja: “imagínese, bajar hasta Ovejas vale en la moto quince mil pesos y de Ovejas a Sincelejo, quince mil pesos más. Son treinta y a veces la situación económica por lo general está difícil”.

Para muchas mujeres de la zona pagar treinta mil pesos por trayecto para acceder a medicamentos, exámenes o procedimientos es una renta insostenible. Además, el desplazamiento de un municipio a otro también implica tiempo del que estas mujeres no pueden disponer. Como resultado, muchas de ellas deciden acceder a procedimientos inseguros, clandestinos o autogestionados que ponen en peligro sus vidas. En palabras de una mujer montemariana, debido a la distancia de los puestos de salud, “muchas niñas y jóvenes y hasta señoras [...] se hacen ellas mismas su trabajo”.

Finalmente, es preciso mencionar que la debilidad institucional no solo se hace explícita en la falta de infraestructura para garantizar los derechos sexuales y reproductivos, sino también en la carencia de investigación y sanción de conductas que atentan contra estos derechos. Uno de los reclamos más fuertes de las mujeres montemarianas es contra la ineficacia de los procesos de investigación y sanción de violencia sexual por parte de las autoridades. Una mujer subraya que:

... se supone que la Fiscalía es para eso, para hacerse frente a las denuncias, pero ellos son tan negligentes que a veces las personas denuncian los casos y demoran y, ¿qué pasa? Que, en vez de solucionar, empeoran la situación, entonces yo no sé pa' qué po-

nen tanta propaganda de “denuncia, di esto, no te quedes callada nosequé” si cuando uno va a entablar la demanda, te escriben cómo te llamas, por qué vienes y listo.

El énfasis en la revictimización por parte de las autoridades es constante. Las mujeres no creen en la oferta de justicia de la región y no ven al Estado como un canal de reparación y solución de conflictos. En esta misma línea, otra de las mujeres afirma que:

... las mismas entidades hacen que nosotros no creamos en ellas, por la forma de mirar los casos, de arreglar los casos. Mire, allá en mi pueblo, un problema vale un millón de pesos, con un millón de pesos si un tipo viola, con un millón de pesos sale afuera. Es decir, tienes que respaldarte con un millón de pesos si cometes un delito, para poder salir. Porque ahí hay un señor que se encarga de eso.

Como lo explicamos más adelante, la debilidad institucional ha sido suplida por la labor de las mujeres. Son las lideresas, las organizaciones de mujeres y los movimientos comunitarios los que han entregado información, medicamentos, rutas y asistencia legal a las mujeres. Como lo dice una de las activistas de la región: “nosotros hemos tenido un esfuerzo, vea yo saco de mi tiempo, yo colaboro ahí en el colegio porque las charlas las doy yo y he sentido rechazo con la Alcaldía del municipio de Morroa porque no me aprueban pero sin embargo yo estoy ahí como las cucarachas”.

Esto quiere decir que si los derechos sexuales y reproductivos tienen un mínimo de garantía en Montes de María, es por la lucha de las mismas mujeres, de los colectivos organizados y de fundaciones sociales.

Uno de los consensos entre las mujeres montemarianas que participaron en el taller es que “hoy por hoy no se cree en la institucionalidad”. Esta desconfianza no es más que la consecuencia de una larga tradición de debilidad en la presencia y capacidad del Estado para garantizar los derechos de la población de Montes de María. En el caso de los derechos sexuales y reproductivos, las instituciones médicas no cuentan con la suficiente infraestructura para brindar servicios de calidad: no hay medicamentos, no hay ambulancias, no hay profesionales capacitados, no hay información sobre estos derechos. La ausencia de un Estado que responda a las mujeres es una necesidad nacional que se intensifica en regiones olvidadas como Montes de María. Solo cuando el Estado salde las deudas históricas en materia de acceso a la salud sexual y reproductiva de mujeres

en zonas rurales podremos hablar de una verdadera garantía de este tipo de derechos. Mientras tanto, no serán más que utopías legales.

Las mujeres que construyen legalidad por medio del “voz a voz”: lideresas y agencia en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos²

*Las lideresas sí saben, conocen bien la norma,
ellas van y exigen*

LIDERESA MONTEMARIANA

Una situación que puede generar perplejidad es que, en una región con burocracias y servicios frágiles, las mujeres sean tan conscientes de cuáles son sus derechos fundamentales y cómo reclamarlos. ¿Cómo explicar que estas mujeres tengan un robusto conocimiento de sus derechos si el Estado no los hace explícitos? ¿Cómo explicar que exista una mínima garantía de los derechos sexuales y reproductivos en la zona? ¿Quién se encarga de garantizar estos derechos cuando el Estado es débil? En Montes de María el mensaje de estos derechos ha llegado a las mujeres de la zona gracias a las lideresas. Son ellas quienes han tomado el lugar del Estado en diversos ámbitos, quienes replican sus aprendizajes a otras mujeres del territorio con capacitaciones, campañas y el “voz a voz”, quienes han exigido los derechos ante las autoridades y han materializado las leyes que consideran justas. Muchas de ellas participaron en el taller, fueron entrevistadas y le dan sentido a este texto gracias a sus relatos.

Como lo dice Estefanía,³ una de las lideresas de la región: “las lideresas asumimos una tarea que no nos dio nadie, sino que responde a una demanda y una demanda cercana”. Ante la multiplicidad de obstáculos que existen para ejercer los derechos sexuales y reproductivos, ante la revictimización de las autoridades o ante el estigma cultural que recae sobre las mujeres, son las lideresas quienes hacen cumplir la ley donde parece invisible. En un territorio donde los puentes entre los habitantes y el Estado son frágiles, ellas cumplen el papel de mediación. Son ellas, las lideresas locales, quienes han intervenido ante el sistema de justicia para lograr que víctimas de violencia de género puedan tener respuesta.

-
- 2 Las ideas de esta sección fueron previamente presentadas en una columna de opinión publicada en *El Espectador* bajo el título de “Las mediadoras de los derechos”.
 - 3 Este nombre ha sido cambiado para garantizar la seguridad de la lideresa.

Muchas de ellas han litigado directamente los casos, han sensibilizado a los fiscales y se han enfrentado a los operadores de justicia.

Las lideresas también han logrado que las mujeres de la región puedan acceder a salud sexual y reproductiva. Ante la negativa de muchos hospitales de realizar procedimientos o de otorgar medicamentos –y, en especial, ante el imaginario regional de que las mujeres no tienen agencia para decidir sobre sus cuerpos–, ellas han invocado la existencia de los derechos y la autonomía reproductiva. Al preguntarle a una lideresa cómo conocían las mujeres montemarianas las tres causales de aborto, ella respondió que era gracias a la sociedad civil, a las organizaciones y a los liderazgos locales. Es decir, no solo hacen cumplir la ley, sino que transmiten su contenido a las demás mujeres. Una lideresa nos cuenta que han sido ellas las encargadas de interpretar la ley y territorializarla para que las mujeres de la región puedan entenderla y apropiarse de esta:

... sí, sí, [las rutas] se han construido, se sacan de la legislación y se ponen con muñequitos [...] Porque lo que te dice la legislación te dice que vayas al hospital, del hospital a la Fiscalía, tomes las muestras, etc. Entonces lo que hacemos es bajarlas al nivel del territorio y poner qué hospital, cómo se llama el director, que la mujer sepa eso, que sepa allí qué se tiene que hacer o quiénes son los encargados de la dependencia para que pueda llamar y estar en contacto. Se hace un trabajo con la institucionalidad de sensibilización para que sepan los nombres de las mujeres y sus teléfonos estén disponibles las 24 horas. Eso dice la ley que tiene que ser, ellos deben obedecer su mandato.

Estas mujeres han hecho todo lo que el Estado no ha podido y, allá donde los funcionarios no conocían los derechos o no querían garantizarlos, se han encargado de reafirmar su existencia. A través de un diálogo que cumple las funciones de sensibilización y reclamo de forma simultánea, les han comunicado a los funcionarios cuáles son sus obligaciones y cómo las deben cumplir:

Hemos visto de alguna manera más obstáculos en el tema de anticoncepción de emergencia. En algunos casos vemos obstáculos como que (sic) no la hay, les dicen que “tienen que venir mañana” y esas cosas. Ahí es cuando Camila⁴ [una lideresa] se para y dice: “si no la hay aquí, pues la compras, porque esa es tu tarea, tu responsabilidad, porque la pastilla del día después es para el día después, no para dentro de un mes”.

4 Este nombre ha sido cambiado para garantizar la seguridad de la lideresa.

Esta forma de movilización desde abajo ilustra la agencia de las lideresas ante un Estado con debilidad territorial. Esos mínimos que se cumplen en materia de salud sexual y reproductiva se deben a su existencia, a su movilización y a su lucha diaria. Uno de los ejemplos de esta movilización desde abajo es el programa “Pare pero prepárate”, creado por la Red de Mujeres Rurales del Norte de Bolívar, cuyo nombre es una referencia a que las mujeres deben estar preparadas, conscientes y seguras de su decisión antes de “parir”. En palabras de Inílida, una de las creadoras de la campaña, el objetivo de la iniciativa fue enviar el mensaje de que “tú decides cuándo tu cuerpo y tu mente están listos para ser mamá”. Sus palabras relatan exactamente de qué se trata esta campaña:

... [la campaña] nació en el año 2010 a través de un diagnóstico que hicimos las mujeres en el municipio de María la Baja desde las necesidades más sentidas de las mujeres. En ese momento salieron nueve necesidades, y esas nueve necesidades teníamos que convertirlas en un derecho. De esas nueve necesidades, las mujeres vieron que la más grande, que se convertía en una problemática, eran los embarazos a temprana edad. Entonces como en ese momento había tantos embarazos a temprana edad, las mujeres decidieron hacer la campaña para prevenir esta problemática.

[...]

Después la campaña se llevó a varios municipios como el Carmen de Bolívar, San Jacinto, Gamero, Suprema. Llegamos con esa campaña principalmente a las instituciones educativas, con profesoras, con padres de familia.

[...]

En este momento la campaña ya no está en su boom, pero sí dio muchos resultados en su momento. En ese momento la verdad resultó muchísimo. Muchas de las niñas que escucharon la campaña aportaron multiplicando el mensaje con más niñas de su comunidad.

El testimonio de Inílida nos deja ver cómo las lideresas cumplen el rol de difundir los mensajes que no llegan por parte del Estado. En el caso de la iniciativa “Pare pero prepárate”, se suplió una deuda de las instituciones en la región: la educación sexual a niñas, niños y adolescentes, y la concientización sobre las implicaciones de asumir la maternidad como un rol. En todo caso, es preciso anotar que las lideresas no solo han tomado el papel del Estado en ámbitos prácticos, sino que han incidido en

escenarios más insospechados e íntimos de la vida de las mujeres. Han abordado su dolor y sus rastros emocionales, esas rupturas que la justicia formal y el Estado pocas veces pueden abordar. Ante la ausencia de reparación psicosocial a víctimas de violencia de género, las lideresas han asumido esta labor a través de acompañamiento, de encuentros y de reuniones periódicas con mujeres. En palabras de una de ellas, las lideresas ayudan a “resignificar cicatrices”. El trabajo comunitario que realizan entre organizaciones y entre mujeres ha ayudado a las montemarianas a resignificar su trauma, a elevar su conciencia (Mackinnon, 1989) sobre sí mismas y sobre las expectativas que sus familias y sus comunidades tienen de ellas:

... hay unas que son lideresas y defensoras que acompañamos un grupo como de 50 mujeres de asociaciones de mujeres que acompañan víctimas, víctimas de violencia, víctimas de violencia sexual, son organizaciones de mujeres y han ido creando grupos de confianza que resultan en grupos terapéuticos, así no se llamen así. Son mujeres que se escuchan sus problemas y se acompañan. Porque son mujeres que acompañan víctimas, que llevan su lío encima, que han realizado talleres de psicología, que han hecho un proceso duelo, que son lideresas, que gestionan, que van a la Alcaldía, que jalonan proyectos, que traen a las organizaciones, que se encuentran en un escenario con el alcalde, el gobernador y hablan, con lo cual todo el resto de mujeres las ven como lideresas.

Las lideresas montemarianas, entonces, llevan el Estado (o la ley) a las mujeres de formas diversas. No solo hacen cumplir los derechos ante los funcionarios de ventanilla o ante los centros de salud, sino que les enseñan las rutas legales a las mujeres, las empoderan para reclamar, ellas mismas, sus derechos fundamentales. Las lideresas montemarianas son una muestra del poder de las iniciativas locales. Su trabajo nos muestra que la legalidad también se construye desde abajo y que, en lugares donde el Estado es débil, pueden servir de mediadoras para garantizar los derechos y reconstruir el tejido social. Pero, además, estas mujeres retan las nociones tradicionales sobre quiénes son los actores legitimados para hacer cumplir la ley. Son ellas las que construyen un incipiente sentido de legalidad y justicia en la región, las que merecen un mayor reconocimiento por su incansable –y a veces invisible– labor.

La construcción de legalidad de las lideresas está atravesada por un trabajo comunitario, de manejo de las emociones, de las cicatrices y del

dolor. Exceden las labores que el Estado puede hacer y generan relaciones intersubjetivas –no burocráticas– con las mujeres de la región. Su trabajo brinda elementos importantes para entender el activismo en una zona en la que, si bien el Estado no suple de manera suficiente las necesidades de las mujeres, hay fuertes liderazgos y presencia de organizaciones que se encargan de luchar todos los días por la garantía de sus derechos.

El legado del conflicto armado

Han sido los municipios los que se permearon fuertemente por el conflicto armado, sobre todo paramilitar. Las estructuras sociales crecieron con esos vicios, y una vez sale el paramilitarismo formal, de ahí lo que se acentúa es todo un tema de violencia delincuencia asociado a delitos sexuales, y además como hay una falta de autoridad de acceso a la justicia a las víctimas entonces creen que no pasa nada.

LIDERESA DE MONTES DE MARÍA

Montes de María ha sido uno de los territorios más afligidos por el conflicto colombiano. El transcurso de la guerra dejó a su paso un saldo de víctimas mortales, desplazamientos, violencia sexual y atrocidades que permanecen en la memoria de sus habitantes. Pero la violencia no solo dejó recuerdos o heridas físicas y emocionales en la región. También dejó un legado de ideas, de arreglos sociales que amenazan con permanecer en la zona si no se combaten. El orden social impuesto por los actores armados fortaleció su dominio en el territorio e implantó un régimen de disciplinamiento de la vida cotidiana. A través del control de las relaciones sociales, de las emociones y de la sexualidad de hombres y mujeres, los actores armados desarrollaron una serie de prácticas sociales que impactaron las vidas de quienes habitaban la región y delimitaron la frontera entre lo avalado y lo prohibido. Quizás uno de los legados más fuertes de la guerra, no solo en Montes de María sino en el Caribe colombiano, fue la idea de que los cuerpos de las mujeres son apropiables y que los hombres, armados o no armados, pueden tomar decisiones sobre ellos.⁵

Como lo muestra el informe del Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH) sobre mujeres y guerra en el Caribe colombiano, los

5 Por la relevancia y la profundidad de sus hallazgos, esta sección está construida mayoritariamente con base en dos informes del Centro Nacional de Memoria Histórica: *La guerra inscrita en el cuerpo* y *Mujeres y guerra: víctimas y resistentes en el Caribe colombiano*.

actores armados “asignaron y reforzaron una comprensión particular de ser mujer” (2011, p. 84). Delimitaron y reforzaron los roles tradicionales y los aplicaron a todas las relaciones entre hombres y mujeres. Las mujeres debían permanecer en los hogares, cuidar de los hijos y mostrarse sumisas ante la autoridad masculina de los grupos armados. Por medio de la violencia y la intimidación, estos actores “fueron configurando un tipo, *un único modelo de mujer aceptada*, con actitudes, roles y lugares sociales delimitados; para ello fue necesario castigar mediante la humillación pública y el estigma a la mujer ‘transgresora’, y así comunicar a la comunidad femenina su parte en el orden social” (énfasis agregado) (p. 115).

La instauración de este orden fue posible gracias a la construcción de “masculinidades bélicas” (Muñoz, citado en CNMH, 2011) sobre el cimiento de masculinidades hegemónicas previamente existentes en la región Caribe. Aunque la exaltación de la masculinidad guerrillera fue transversal al desarrollo del conflicto en todas las regiones del país (Theidon, 2009), es importante entender “la heterogeneidad de los contextos regionales y, por ende, las variaciones en relación con los énfasis que las masculinidades hegemónicas tienen en cada contexto histórico y espacial” (CNMH, 2017, p. 236. También ver: Viveros, Olavarría y Fuller, 2001). En el caso del Caribe colombiano, las ideas sobre masculinidad y femineidad tradicional han tenido un profundo arraigo cultural que se acentúa en las zonas rurales (CNMH, 2011), lo que ha dejado poco espacio a la construcción de subjetividades masculinas que desafíen tal patrón. En ese sentido, el contexto sociocultural de la costa Caribe fue un campo fértil para el desarrollo de una particular masculinidad bélica por parte de los actores armados.

El culto a la masculinidad guerrillera y los órdenes de género que dominaron la región montemariana durante el conflicto anulaban la agencia de las mujeres para decidir sobre su sexualidad, y cristalizaron la idea de que sus cuerpos estaban disponibles para servir a los hombres. Esta hipersexualización y objetivación de los cuerpos femeninos las subordinó al menos en dos planos: el sexual y el doméstico. Las mujeres se convirtieron en objetos sexuales para los grupos armados, lo que dio lugar a dinámicas atroces de violencia sexual en la zona. Este tipo de violencia se convirtió en uno de los repertorios más crueles del conflicto: no solo fue usado como arma de guerra, de intimidación, sino también como arma de castigo para las mujeres que no actuaban de acuerdo con las representaciones tradicionales de femineidad. Así, la violencia sexual fue un acto simbólico

que expropió a las mujeres de las decisiones sobre su sexualidad y defendió una idea excluyente de “ser mujer” (Linares y Sierra, 2014, p. 70)

Los actores armados de la región, entonces, reforzaron la idea de que las mujeres tienen un “estatus subordinado” (CNMH, 2017, p. 243). Fueron vistas “como sexo, como cuerpos apropiables y sexualidades disponibles y, a su vez, algunas encarnaron esta figura de subjetividad cosificada como una estrategia para garantizar la vida en el contexto de guerra” (p. 253). Esta consideración –la de la mujer deshumanizada– fue el legado más visible de la violencia sexual en el territorio montemariano. La idea de que las mujeres eran “cuerpo para otros, para entregarse al hombre o procrear, ha impedido a la mujer ser considerada como sujeto histórico-social, ya que su subjetividad ha sido reducida y aprisionada dentro de una sexualidad esencialmente para otros” (Basaglia, citada en Lagarde, 1990, p. 200). Uno de los ejemplos de cómo esta idea se forjó en los distintos escenarios del conflicto es el valor que los actores armados le ofrecían a la virginidad femenina. Como se narra en el informe del CNMH sobre violencia sexual en el conflicto, la virginidad era considerada una “garantía de integridad moral y física, intrínsecamente atribuida a las mujeres [...] La conservación de la virginidad implicaba la eliminación de un competidor, la posesión única de los hombres sobre el cuerpo de las mujeres” (CNMH, 2017, p. 244).

La violencia dejó marcas y cicatrices físicas y morales en los cuerpos y las mentes de las mujeres. Muchas fueron estigmatizadas por sus propias comunidades e incluso por su núcleo familiar. Otras decidieron huir de sus regiones por temor a seguir siendo víctimas de este tipo de atrocidades, dejando a un lado sus vidas comunitarias. También hubo mujeres que quedaron embarazadas como resultado de la violencia sexual y tuvieron que asumir “maternidades coaccionadas” (CNMH, 2017, p. 350), pues no pudieron acceder a la interrupción voluntaria del embarazo.⁶ Aquellas que se atrevían a denunciar estas victimizaciones debían enfrentarse al desdén, la condescendencia y la ineficiencia de las autoridades que no creían en sus testimonios, o que menospreciaban sus experiencias de dolor. Como lo sostiene una mujer de la región: “el secreto que guardan [las mujeres] es el secreto de la violencia sexual, porque no les creen, porque

6 Esta afirmación es válida en los casos en los que ya era legal la interrupción. En los casos de embarazos producto de violencia sexual previos a la Sentencia C-355 de 2006, las mujeres ni siquiera tenían la posibilidad legal de interrumpir sus embarazos.

les da miedo decirlo, porque las tienen amenazadas, porque creen que es su culpa, porque la cultura patriarcal nos culpabiliza a las mujeres” (mujer entrevistada por Sierra y Linares, 2014, p. 70).

Otro de los repertorios de los grupos armados, y en especial de los paramilitares, contra las mujeres de Montes de María fue la esclavitud doméstica. Los castigos que se impartían a las mujeres tenían un componente de trabajo doméstico forzado, que se sostenía sobre la idea ya arraigada de que son las encargadas de este tipo de trabajo: “tareas tradicional y culturalmente asignadas a lo femenino fueron utilizadas por los paramilitares para sancionar a las mujeres y de paso suplir sus necesidades cotidianas” (CNMH 2011, p. 165). Las obligaban a limpiarles sus casas, hacerles la comida y trabajar durante largas horas en este tipo de oficios sin remuneración alguna y contra su voluntad. En zonas rurales, por ejemplo, eran obligadas a realizar labores extenuantes que duraban entre 4 y 7 días (p. 142). Este tipo de castigos se ejercían, en particular, contra mujeres que desafiaban el rol impuesto por los grupos armados: eran aquellas que “alzaban la voz”, “tenían peleas con sus novios” o “salían de noche”. Durante las jornadas de esclavitud, las mujeres montemarianas retenidas se veían como objetos de satisfacción, tanto doméstica como sexual, de los hombres armados. Es decir, muchas de las mujeres que eran forzadas a realizar estas actividades también eran víctimas de violencia sexual (Sierra y Linares, 2014, p. 70).⁷

7 En el estudio sobre violencia sexual en Montes de María realizado por Sierra Acero y Linares Ardila, una mujer montemariana entrevistada por las investigadoras indicó que “las mujeres son utilizadas por los varones armados y no armados para cumplir con labores que socialmente han sido asignadas a ellas, es decir, todo lo referido al espacio privado (el hogar). Es por ello que son secuestradas por los actores armados para ir a lavar y cocinar y, de paso, cumplir con los deseos sexuales reprimidos de los combatientes. Además de ello, cabe resaltar el papel que juega la “conquista” y el “enamoramiento” por parte de los actores armados, que les ofrecen a las mujeres tratos y condiciones de vida mejores que los que reciben por parte de los hombres que las acompañan, con distintos fines, ya sea obtener información, secuestrarlas o esclavizarlas sexualmente. Una de las mujeres entrevistadas refiere dicha práctica: “cuando empezó la violencia muchas mujeres se iban con grupos al margen de la ley porque iban engañadas, ellas cansadas del maltrato que recibían por parte de sus parejas les decían que allá todo iba a ser diferente. ‘tu marido te maltrata mucho, nosotros te vamos a tratar bien’, cuando estaba allá tenía que hacer una serie de trabajos forzosos, trabajos de hombre, la prostituían, le ponían uniforme y tenía que cocinar, no aceptaban que llevara o hablara con familiares, a las que se las llevaban tenían que olvidarse de sus familiares” (Testimonio, mujer líder 3, 2013) (Linares y Sierra, 2014, p. 76).

El enaltecimiento de la masculinidad y la formalización de roles de hombres y mujeres generó una cultura basada en el dominio de sus cuerpos y su cotidianidad. Si la idea central de los derechos sexuales y reproductivos es que las mujeres son dueñas de sus cuerpos y deciden autónomamente sobre su sexualidad y su rol en sus familias y comunidades, la guerra sirvió como instrumento para anular estas posibilidades. A través de actos de violencia sexual y esclavitud doméstica, por ejemplo, los actores armados convirtieron los cuerpos de las mujeres montemarianas en zonas de disputa. Sus cuerpos les dejaron de pertenecer y se convirtieron en instrumentos que servían a los intereses y a los órdenes establecidos por los hombres de la guerra. El conflicto arrebató a las mujeres su agencia sexual y reproductiva, lo que ha evitado que reconozcan sus cuerpos como su territorio, en el cual solo ellas pueden decidir “de qué manera, para qué y con quién compartirlo y vivirlo” (Sierra y Linares, 2014, p. 76). La vulneración de los derechos sexuales y reproductivos durante la guerra, así como el legado que dejaron los órdenes masculinos y guerrilleros, no han sido abordados aún como parte de la transición. Por lo tanto, en el ambiente actual de Montes de María, este legado tiene el riesgo de perdurar si el Estado colombiano no se interesa en la desestructuración de un discurso basado en la subordinación de la mujer.

La presencia de actores armados en Montes de María aún es un problema y, a pesar de la desmovilización de los actores organizados, existen células criminales que aún tienen presencia en la zona. Como lo señala Estefanía una de las lideresas de Montes de María,

hay actores paramilitares principalmente en desmovilización, Bacrim [...] Hay actores de FARC, no hay casos en la investigación de Ejército porque no aceptaron por seguridad, se encontraron casos de estos, pero no se aceptaron entrar en el proceso de la investigación, pero sí paramilitares, guerrilla y bandas criminales.

En la misma línea, Camila, otra de las mujeres lideresas entrevistadas, menciona que lentamente las células paramilitares están retornando a la región: “entonces, ¿qué ha pasado con los paramilitares que están volviendo? Los que violaban están violando individualmente ahora, pero violan”.

Como lo muestra el estudio de Dejusticia sobre violencia sexual en el posconflicto, “las comunidades que habitan los territorios priorizados

para la implementación del acuerdo de paz están conviviendo actualmente con el accionar de los grupos armados posdesmovilización, lo que claramente incrementa el riesgo de la violencia e impide la puesta en marcha de mecanismos efectivos para la atención de las víctimas” (Bautista, Capacho y Martínez, 2018, p. 34). Esta presencia amenaza con traer de vuelta prácticas atroces de violencia sexual y vulneraciones masivas de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En ese sentido, bajo el contexto preciso, las vulneraciones a estos derechos podrían intensificarse. Más aún si se considera que la violencia sexual suele acentuarse en contextos de transición. Como lo probó Jelke Boesten (2014) en su análisis sobre la violencia sexual en el posconflicto peruano, las estructuras violentas perviven en los procesos de transición si no logran mitigarse. Por ende, no sería desatinado afirmar que la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en Montes de María está enmarcada en un contexto de inestabilidad.

En síntesis, el conflicto en Montes de María dejó como herencia una visión particular de los derechos sexuales y reproductivos. A través de prácticas violentas –tanto materiales como simbólicas– los actores armados extendieron la noción de que los cuerpos de las mujeres son apropiables, y desconocieron su autonomía, su agencia y sus decisiones relativas a la reproducción, la sexualidad y el rol que quieren desempeñar. Esta herida aún está abierta y, por lo tanto, el contexto de satisfacción de los derechos sexuales y reproductivos en Montes de María está cruzado por este legado. Si no se emprenden acciones para desmitificar las ideas que se instauraron en la guerra y, así, desarraigar las visiones sobre la sexualidad de las mujeres, es posible que el ciclo de violencia, estigmatización y subordinación se renueve con los grupos armados que aún rondan la zona.

La maternidad como mandato: expectativas y estereotipos sobre las mujeres montemarianas en sus familias y comunidades

Hay un rechazo de mi pareja porque no quiero tener hijos [...] todo el mundo me critica, todo el mundo me estigmatiza, por donde quiera que paso, el “chuchus” como dice el padre delante de todo el mundo. Es mi decisión y deben respetarme, porque yo pienso que cada ser humano es libre de hacer lo que quiera. Sin embargo aquí no respetamos eso...

PARTICIPANTE DEL TALLER

En palabras de una participante del taller, en la región de Montes de María se suele pensar que “la realización de la mujer es ser madre”. A las mujeres se les asignó este rol y, por lo tanto, aquella que transgrede este modelo es considerada como “inservible” para la sociedad. Las mujeres montemarianas son, entonces, socialmente valoradas en tanto su cuerpo esté al servicio de la reproducción. Así se expresa en la historia personal de una de las mujeres, quien no podía tener hijos, y narra cómo fue juzgada y rechazada por su comunidad:

... lo tratan a una de libertina, que por ser libertina es que no quiere parir [...] le dicen irresponsable y ellos ni siquiera saben si yo tengo problemas médicos [...] otros dicen que es por egoísmo [...] por ejemplo, aquí en mi pueblo hay una frase que para mí es muy odiosa, es muy matadora, que los hombres dicen que ‘la mujer que no para, que se muera’, y ellos no saben el dolor que eso le está causando a uno y cuando yo salí y escuchaba esa frase, para mí era muy dolorosa.

En el contexto de Montes de María se advierte cómo la feminidad se define desde el rol reproductivo asignado a las mujeres. En la región la mujer que no tiene hijos es nombrada como “mula”, en alusión a que es “inservible”. Pero además de esto, sobre las mujeres que no se reproducen recaen estigmas que las asocian con “libertinas” o “egoístas”, lo cual impacta en sus relaciones afectivas y comunitarias de múltiples maneras. Por una parte, las relaciones de pareja entre hombres y mujeres en la región se encuentran fuertemente mediadas por la concepción de la feminidad al servicio de la reproducción. Así lo muestra el testimonio de una mujer, quien afirma que los hombres montemarianos valoran la relación con las mujeres en la medida en que ellas “puedan darles hijos”: “te dicen ‘mira, ten tus hijos que cuando tú estés vieja quién te va a cuidar’, te dicen que te vas a arrepentir más adelante, que ningún hombre te va a tocar porque tú no servías”. Otra de las mujeres participantes del taller también afirmó que “por eso es que llega la infidelidad, porque la esposa no quiere tener hijos y el esposo sí, y entonces pasa a buscar a otra persona”. Las relaciones de pareja heterosexuales en Montes de María se definen, entonces, desde las expectativas que recaen sobre las mujeres y en sus posibilidades de reproducirse. Cuando no se cumple este mandato de reproducción, las mujeres son rechazadas y estigmatizadas, y los hombres se sienten legitimados para ser infieles o para buscar otras relaciones que sí encajen con estas expectativas.

Los daños e impactos de esta manera de concebir las relaciones de pareja se advierten en un caso relatado por una de las mujeres:

... yo tenía una tía que se murió. Le salió un problema en la matriz y le dijeron que tenía que operarse y el marido le dijo que si ella se operaba y le sacaban la matriz él la dejaba porque ya no servía. Entonces ella le paró bolas a él y lo que pasó fue que ella se murió y él se fue con otra mujer. Quedaron sus seis o siete hijos ahí y él ahora está con su otra mujer y mi tía en el cementerio.

En esta historia, la mujer protagonista es valorada y reconocida por su pareja solo en la medida en que su cuerpo y su sistema reproductor estén al servicio de tener hijos. Ella ya había tenido varios hijos al momento en que le detectaron el problema en la matriz, pero aun así las expectativas sobre su reproducción seguían siendo el criterio de mayor peso para estar con ella. Este sistema de expectativas deja muy poco margen para que las mujeres puedan tomar decisiones de manera libre y autónoma sobre su cuerpo y sus relaciones familiares y de pareja, pues la fuerte presión social para ser madres limita sus posibilidades de elección y de formar proyectos de vida distintos a este modelo.

En estos casos se constata cómo, siguiendo a Marta Nussbaum (2002), la familia y la comunidad, espacios que deberían ser de amor y de cuidado, se convierten en fuentes de opresión, violencia y discriminación para las mujeres (p. 321). Las mujeres montemarianas son reconocidas socialmente solo en tanto sean cuerpos reproductores y esto configura daños sobre su autonomía y dignidad:

... en muchos casos, el daño que las mujeres sufren en la familia asume una forma particular: la mujer es tratada no como un fin en sí mismo, sino como un agregado o un instrumento de las necesidades de los otros, como una mera reproductora, cocinera, fregadora, lugar de descarga sexual, cuidadora, más que como una fuente de capacidad para elegir y perseguir metas y como una fuente de dignidad en sí misma (p. 322).

En el caso de Montes de María, además de que las mujeres son valoradas por su rol en la reproducción de la vida, la decisión sobre cuántos hijos tener y en qué condiciones está definida, en varias ocasiones, por las expectativas que tienen los hombres sobre las relaciones de pareja y la familia, lo que limita su autonomía reproductiva. Este fue el caso, que mencionamos anteriormente, de la mujer que fue diagnosticada con un problema en el útero y que, por la presión de su compañero, decidió no

extraerse la matriz y finalmente perdió la vida. De igual manera, muchas mujeres solas o divorciadas, que ya han sido madres varias veces, temen no ser capaces de tener más hijos y, por esta razón, quedarse solas y ser rechazadas por la comunidad y por sus propias familias.

Estas historias ilustran el rol que han jugado los hombres en la desprotección de la autonomía reproductiva de la mujer en Montes de María. La maternidad como mandato de las mujeres encuentra su correlato en la virilidad como mandato de los hombres. Esta virilidad tiene consecuencias en la forma como los hombres conciben tanto el cuerpo de la mujer como su propio cuerpo. Los hombres en Montes de María tienen un papel a la vez nulo y determinante en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El rol que han cumplido es el del silencio, pero no cualquier silencio. Se trata de un silencio cómplice de prácticas patriarcales, que violenta la autonomía reproductiva de las mujeres montemarianas. No tienen un papel activo en defender los derechos de las mujeres, y con sus prácticas cotidianas legitiman los roles que culturalmente les son asignados.

Por ejemplo, como lo hemos mostrado, los hombres consideran “dañadas” a quienes no tienen hijos, pues la mujer es valiosa en cuanto es reproductora. Esta idea se muestra claramente en uno de los testimonios de las participantes quien, por no tener hijos durante la etapa esperada socialmente, tuvo que recibir el peso del rechazo familiar y comunitario:

... todo el mundo sabe que yo parí mis hijos vieja, y cuando yo salía a alguna parte o algo y escuchaba muchas cosas, para mí eran dolorosas, porque la gente no sabía lo que estaba pasando con mi cuerpo, con mi mente en ese momento, entonces es juzgar y todo eso lleva muchas veces a la depresión [...] La persecución de la familia, que mira ten tus hijos que cuando tu estés vieja quién te va a cuidar, que te vas a arrepentir más adelante, que ningún hombre te va a tocar porque tu no servías.

Los daños morales que sufren las mujeres debido a la estigmatización por no poder “parir” pasan necesariamente por una visión patriarcal y discriminadora de las relaciones entre hombres y mujeres. En Montes de María, las mujeres que no pueden o no quieren tener hijos temen que sus parejas las abandonen. En el caso de las que no desean tener hijos, la amenaza de que sus parejas puedan abandonarlas las impulsa a reproducirse incluso contra su voluntad. Esta maternidad forzada implica que quienes no quieren o no pueden tener hijos son castigadas socialmente por sus

parejas, su familia y sus comunidades. Así lo revela el testimonio de una de las participantes del taller: “La consecuencia de no tener hijos puede ser el rechazo de mi pareja. Si él quiere tener un hijo y yo no puedo o no quiero vemos el caso de que siempre, casi siempre, somos nosotras las que estamos sometidas a que si no puedo parir, él va, busca otra, a la otra le hace su hijo y es feliz”.

En este contexto, el fuerte acento del rol que asocia a las mujeres con la reproducción y la maternidad en Montes de María no solo lleva a que los hombres de la región construyan sus expectativas sobre la feminidad desde la capacidad para reproducirse, también impone la carga de la culpa. Son las mujeres quienes son culpadas de todas las situaciones relacionadas con ese rol reproductivo, incluso de aquellas sobre las que no tienen control alguno. Un ejemplo de esto es la recriminación constante que recae sobre las mujeres que “solo paren niñas”, en palabras de una mujer montemariana participante del taller. En estos casos, las mujeres son reprochadas por sus parejas y familias, y los hombres las valoran negativamente en tanto piensan que no están “ejerciendo adecuadamente” su papel de reproductoras.

Mara Viveros atribuye estos fenómenos a lo que ella llama una *cultura anticonceptiva femenina*, desde la cual se “excluyó a los varones de las decisiones reproductivas” (2009, p. 22). En el caso particular de Montes de María, esta cultura anticonceptiva se fundamenta en la reivindicación de la maternidad y la reproducción como las características definitorias de la identidad femenina. Desde esta perspectiva, los asuntos relacionados con la reproducción de la vida se perciben como “cosas de mujeres”, y la masculinidad se construye a partir de las expectativas que los hombres se forman sobre las mujeres y su rol de reproductoras. Esto impacta profundamente en el acceso de las mujeres a derechos como la interrupción voluntaria del embarazo y en la posibilidad de realizarse la cirugía de ligadura de trompas –o, como la llaman las mujeres montemarianas, la “desconexión”–.

En Montes de María, entonces, los hombres y las mujeres cumplen roles que están arraigados en la estructura social y que tienen incidencia directa en el ejercicio de la autonomía sexual y reproductiva. Mientras que el mandato de la mujer es el de ser reproductora, el rol del hombre recae en mantener la estabilidad y la expresión de su virilidad. Debido a la posición jerárquica de privilegio de los hombres sobre las mujeres (Mackinnon, 1989), aquellos pueden decidir con un mayor margen de libertad sobre su sexualidad y su reproducción, son quienes reciben una menor carga en

el cuidado y la crianza (e incluso pueden deshacerse de estas obligaciones con más facilidad), no llevan a cuentas el peso de la reproducción obligatoria, y pueden explorar su sexualidad con más libertad que las mujeres. Frente a esto, es relevante recordar lo que Mara Viveros (2002) llama el *proceso de construcción de la masculinidad*, que se acentúa cuando los hombres empiezan su vida conyugal con las mujeres. Según Viveros, “en la vida en pareja, los varones asumen comportamientos en el hogar que ratifican ciertas definiciones y representaciones de la masculinidad [...] para la gran mayoría, las tareas domésticas corresponden naturalmente a las mujeres” (p. 96). En ese sentido, la construcción de la masculinidad en Colombia ha estado cruzada por dos aspectos aparentemente contradictorios entre sí. Como lo señala Viveros, el primer elemento nuclear de la masculinidad es la virilidad entendida como atractivo, capacidad o potencia sexual (el hombre quebrador), y el segundo se refiere a la capacidad de asumir económicamente sus deberes como “jefe del hogar” (el hombre cumplidor). Estas dos esferas de la masculinidad, los quebradores y los cumplidores, son centrales en la definición identitaria de los hombres en Colombia, y cambia o se desestabiliza dependiendo de la región (Viveros, 2001).

La naturalización del papel de las mujeres como reproductoras y de los hombres como fuentes de virilidad tiene como consecuencia, en Montes de María, la desvinculación casi absoluta de estos últimos en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, y la percepción generalizada de que los asuntos de la reproducción son responsabilidad –y culpa– exclusiva de las mujeres. En la entrevista con la funcionaria del Hospital de María la Baja, cuando le preguntamos si conocía de casos en que los hombres se hubieran hecho la vasectomía, respondió con una carcajada y, finalmente, nos dijo que nunca había visto un caso así. La risa de la funcionaria es dicente frente a lo absurdo que parece para los habitantes de Montes de María el hecho de que los hombres se consideren sujetos activos en los temas de salud sexual y reproductiva. Este se considera un asunto de mujeres. Asimismo, una de las participantes del taller reveló que “generalmente somos nosotras, las mujeres, las que planificamos, porque cuando salen las mujeres embarazadas dicen los hombres ‘tú tienes la culpa’ si lo hicimos los dos... yo no lo hice sola”.

Estos testimonios exponen una impactante realidad de la región montemariana: los hombres no están interesados en ser sujetos activos de los derechos sexuales y reproductivos ni de las responsabilidades que implica su autodeterminación sexual. Esto se produce, principalmente, porque la

paternidad no es un mandato para ellos. No deben preocuparse por la objetivización de sus cuerpos ni por las consecuencias de su vida sexual. Este desinterés se hace evidente en su resistencia a practicarse la vasectomía o tomar parte en la anticoncepción. Durante el taller, las mujeres enfatizaron en que los hombres no suelen practicarse la vasectomía y que la carga de la anticoncepción definitiva recae únicamente sobre ellas:

Lo otro es que es muy rara la vez que el hombre se somete a una vasectomía, casi siempre lo hace la mujer. Es muy rara vez que el hombre, peleando o porque está con artritis o con alguna cosa es que decide ponerse un condón, porque de resto no aceptan eso. [...]

De vasectomía no hay muchos casos. La gente no se hace vasectomía estas de la comunidad negra eso no se hacen vasectomía, hay como dos hombres que yo conozco sí que se han hecho la vasectomía, pero ya no más. Eso no es común.

Como lo sostiene Mara Viveros, uno de los temores que influye en la aceptación o el rechazo de la vasectomía es la posible afectación negativa de su masculinidad, su potencia sexual o ambas cosas (2001, p. 45). Es decir, la vasectomía tiene una estrecha relación con la masculinidad en cuanto implica su desestabilización. Para Viveros, el temor a realizarse la vasectomía “se expresa en la confusión corriente entre castración y vasectomía. La fuerza de esta asociación no puede explicarse por fuera de la consideración de que la vasectomía, en tanto método definitivo, afecta radicalmente la vida del individuo, pudiendo llegar incluso a modificar su identidad (incluyendo la ineludible pregunta sobre la identidad de género)” (p. 47). Muchos hombres temen “perder la posibilidad de la erección y no volver a eyacular” (p. 47). Debido a la construcción patriarcal de la masculinidad, “el desempeño sexual es una prueba de su virilidad y por lo tanto cualquier alteración de él representa el riesgo de ser descalificados como varones” (p. 47).

Dicho contexto no solo tiende a ser así en la región Caribe; también es un patrón que parece reproducirse a nivel nacional. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), el porcentaje de esterilización masculina en las zonas urbanas del país es de 4,3 %, y en las zonas rurales de 1,3 % (Profamilia, 2015). En la región Caribe, la esterilización femenina tiene el porcentaje más alto de todo el país, con un 37,6 %, y la esterilización masculina en esta región tan solo alcanza el 0,4 %, con el porcentaje más bajo de toda Colombia (Profamilia, 2015). Estas cifras

no solo muestran que en los cuerpos de las mujeres colombianas tiende a recaer un peso mayor de responsabilidad sobre la reproducción, sino que, además, como lo ratifican los hallazgos del trabajo de campo en Montes de María, en la región Caribe persiste una división muy fuerte que les asigna a las mujeres la responsabilidad en los temas de reproducción y sexualidad, y a los hombres los desvincula de estos asuntos.

La participación –o resistencia– de los hombres en la anticoncepción está atravesada por las “construcciones sociales de feminidad y masculinidad, y las expectativas, comportamientos y actitudes de los hombres frente a la sexualidad” (Viveros, 2009, p. 14). Según Viveros (2002), “desde muy temprana edad, los jóvenes aprenden que el más hombre es el que puede jactarse y demostrar ante su grupo de pares su poder de conquista” (p. 78). Bajo este modelo de masculinidad, la preocupación por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y el interés en las decisiones reproductivas, como la anticoncepción, pasan a un plano invisible. Las mujeres se ven como medios de reproducción y los hombres como los potenciadores de esa reproducción. Sin el mandato de la maternidad, la virilidad de los hombres perdería fuerza, pasaría a un segundo plano. Por esa razón, los dos roles deben verse en conjunto, como imposiciones culturales que es necesario deconstruir para generar espacios más igualitarios y lograr un pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres.

En suma, las mujeres montemarianas han debido soportar una carga reforzada de maternidad. Sus cuerpos han sido vistos como instrumentos de reproducción, y la maternidad se ha convertido en el mandato que rige sus proyectos de vida. En este sentido, la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en Montes de María ha pasado necesariamente por los conceptos comunitarios y familiares que se construyen alrededor del rol de las mujeres. De igual forma, a través de las historias de las mujeres puede verse que los hombres están desvinculados de las acciones relativas a la protección de los derechos sexuales y reproductivos; por esa razón, es prioritario tener información y educación de calidad al respecto de estos derechos, promover relaciones comunitarias y familiares en las que el cuidado sea una labor que no recaiga esencialmente en las mujeres, y contar con infraestructura en salud que permita a las mujeres materializar la autonomía sobre sus cuerpos.

Los derechos sexuales y reproductivos en transición: ¿PDET como una oportunidad para su materialización?

Como vimos, los derechos sexuales y reproductivos en Montes de María pasan por un momento de inestabilidad en un contexto de transición: debido al riesgo de una incipiente presencia de actores armados, las mujeres temen que el pasado atroz nunca se cierre, y que sus derechos vuelvan a ser desconocidos tal como sucedía en tiempos de guerra. Sin embargo, la transición también trae potencialidades y posibilidades para que los derechos sexuales y reproductivos puedan ser garantizados en las zonas donde las autoridades y el sistema de salud se niegan a reconocerlos. El Acuerdo Final de Paz (AFP) se firmó con la convicción de que el fin del conflicto armado es también una oportunidad para cerrar las brechas entre las regiones, para reconocer la exclusión de grupos históricamente discriminados, para generar proyectos de desarrollo rural que incluyan a las comunidades y para remediar la ausencia estatal en los territorios.

Uno de los proyectos fundamentales de este engranaje de reestructuración social son los PDET. A través de estos programas se busca acelerar la transformación estructural del campo, revertir los efectos del conflicto, y contribuir a la reparación y reconciliación en los territorios. Los PDET constituyen, como lo señaló la Corte Constitucional, instrumentos administrativos de coordinación y gestión de la nación con el objeto de articular la acción del Estado en su conjunto en los territorios más afectados por el conflicto, con mayores niveles de pobreza, débil institucionalidad administrativa y presencia de cultivos de uso ilícito y otras economías ilegales.⁸

Los PDET implican la construcción participativa de Planes de Acción para la Transformación Regional (PATR), que guiarán durante diez años las inversiones públicas en las subregiones priorizadas para su aplicación. En ellos se reflejarán el diagnóstico, las acciones y las metas claras que deberán ejecutarse para lograr un desarrollo productivo, estimular la economía campesina y garantizar los derechos fundamentales. En particular, los PDET cuentan con ocho pilares en los que se reúnen las principales iniciativas de cambio social: i) ordenamiento social de la propiedad del suelo y uso rural; ii) infraestructura y adecuación de tierras; iii) salud; iv) educación rural y primera infancia; v) vivienda rural, agua potable y saneamiento básico; vi) reactivación económica y producción

8 Corte Constitucional. Sentencia C-730 de 2017, M. P. Antonio José Lizarazo Ocampo.

agropecuaria; vii) sistemas de garantías progresivas para el derecho a la alimentación; viii) reconciliación, convivencia y construcción de paz.

Montes de María, junto con otros 15⁹ territorios, fue una de las zonas priorizadas para impulsar los PDET. El 4 de septiembre de 2018 se aprobó conjuntamente el PATR de la región. De acuerdo con la información que reposa en el documento PART,¹⁰ se lograron 16 Pactos Comunitarios para la Transformación Regional (PCTR) y 15 Pactos Municipales para la Transformación Regional (PMTR). Según la Agencia de Renovación del Territorio (ART), en 14 de los 15 municipios se adelantó el proceso de concertación de la ruta de participación étnica a través del mecanismo especial de consulta que señala el Decreto 893 de 2017, “por el cual se crean los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial”. En los municipios de San Juan Nepomuceno, San Jacinto, María la Baja, Ovejas, Toluviéjo y San Onofre se realizaron espacios autónomos con las organizaciones étnicas en los que se discutieron diversas iniciativas y se eligieron delegados para participar en las asambleas de cada municipio. En los otros 8 municipios las asambleas tuvieron un carácter interétnico. En total se realizaron 19 concertaciones étnicas.

Los PDET son el mayor ejercicio de participación ciudadana liderado por la institucionalidad en la historia de la región. Y esto, en sí mismo, es un gran avance si se considera la tradición de abandono que ha azotado a este territorio. Solo en la fase veredal, que inició el 24 de noviembre de 2017, en el municipio de Zambrano, y que finalizó el 24 de marzo en María la Baja, participaron 10.376 personas. Según la ART, el 60 % fueron hombres y el 40 % mujeres. Asimismo, se realizaron 78 preasambleas: 41 en el departamento de Bolívar (5 en María la Baja, 14 en El Carmen de Bolívar, 6 en San Jacinto, 7 en San Juan Nepomuceno, 2 en El Guamo, 3 en Córdoba y 4 en Zambrano), y 37 en Sucre (7 en San Onofre, 2 en Chalán, 3 en Colosó, 5 en Toluviéjo, 3 en San Antonio de Palmito, 3 en Morroa, 8 en Ovejas y 6 en Los Palmitos).

9 Actualmente, las zonas PDTE son: Alto Patía - norte del Cauca, Arauca, Bajo Cauca y Nordeste Antioqueño, Catatumbo, Chocó, Cuenca del Cauca y Piedemonte Caqueteño, Macarena, Guaviare, Montes de María, Pacífico Medio, Pacífico y Frontera Nariñense, Putumayo, Sierra Nevada y Perijá, sur de Bolívar, sur de Córdoba, sur del Tolima y Urabá antioqueño.

10 El PART Montes de María está disponible en: http://www.renovacionterritorio.gov.co/Documentos/planes_estrategicos/planes_de_accion_para_la_transformacion_regional_patr

Para la construcción del plan regional de Montes de María se tomaron los insumos de cada uno de los 15 pactos municipales que previamente fueron construidos en el contexto local. En estos pactos se discutieron diversas medidas relacionadas con salud sexual y reproductiva, tales como formular programas de atención en salud para mujeres víctimas del conflicto y población LGBTI (Colosó), implementar un programa de salud sexual de pareja (Chalán) y poner en práctica un programa de atención integral en salud para las niñas afectadas por la vacuna del Virus del Pailoma Humano (VPH) (El Carmen de Bolívar). En total, en los 15 municipios se discutieron más de veinte medidas relacionadas con salud sexual y reproductiva. Sin embargo, ninguna de estas fue priorizada, pues se le dio primacía a las medidas relativas a la superación de pobreza y redistribución de tierras, lo que demuestra la preocupación de los habitantes de Montes de María por su precariedad socioeconómica y la responsabilidad del Estado por abordar este problema histórico.

En parte por la falta de priorización de las medidas municipales sobre salud sexual y reproductiva, a nivel regional este tipo de iniciativas tampoco fueron protagonistas. No obstante, al analizar el PATR de Montes de María, es posible encontrar algunas medidas con potencial de ser implementadas en pro de los derechos de las mujeres de la región (tabla 2). Aunque ninguna de las iniciativas del plan regional aborda explícitamente los problemas y las necesidades más apremiantes en materia de salud sexual y reproductiva, tales como educación, acceso a la información, acceso a medicamentos y procedimientos médicos, entre otros, no significa que se trate de una oportunidad perdida. Los PDET aún tienen la potencialidad de convertirse en instrumentos para abordar las promesas incumplidas en materia de derechos sexuales y reproductivos.

Como se observa en la tabla 2, dos iniciativas del pilar salud del plan regional están referidas a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La primera de estas iniciativas establece el diseño y la creación de una “estrategia de reconocimiento, fortalecimiento y conservación de los saberes tradicionales y el ejercicio de las parteras y médicos tradicionales que prestan los servicios en las comunidades rurales de los municipios PDET de Montes de María” (Gobierno Regional de Montes de María, 2018, p. 5). Asimismo, la segunda iniciativa señala la necesidad de garantizar el “acceso a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de la salud pública, con énfasis en salud sexual y reproductiva, y prevención del consumo de sustancias psicoactivas con enfoque diferencial

TABLA 2
Iniciativas con enfoque de género
en los pilares del PATR de Montes de María

Pilar	Número de iniciativas	Iniciativas con expreso enfoque de género	Iniciativas que incluyen acciones concretas a favor de las mujeres
Ordenamiento social de la propiedad del suelo y uso rural	8	0	0
Infraestructura y adecuación de tierras	9	0	0
Salud	9	0	2*
Educación rural y primera infancia	4	1	0
Vivienda rural, agua potable y saneamiento básico	3	0	0
Reactivación económica y producción agropecuaria	13	0	1
Sistema de garantías progresivas para el derecho a la alimentación	5	2	2
Reconciliación, convivencia y construcción de paz	8	0	0

* Estas dos medidas están directamente relacionadas los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

y que responda a las particularidades campesinas, indígenas y afros de los municipios PDET de los Montes de María” (p. 5). El reconocimiento del enfoque diferencial –que no solo incluye el género sino otras cualidades: raza, etnia, edad, discapacidad, etc.– en la garantía de salud sexual y reproductiva es una medida que plasma la importancia de prestar un servicio de salud orientado a mitigar las necesidades diferenciadas de los grupos sociales de determinada región.

Al pensar en las posibilidades y utilidades de estas medidas es preciso hacer algunos apuntes. Aunque hubiera sido deseable la consagración de medidas más concretas, lo cierto es que la generalidad en la formulación de las medidas puede tomarse como una posibilidad. Por ejemplo, la medida general sobre salud y prevención de la enfermedad puede llenarse de contenido con las necesidades concretas de las mujeres montemarianas en materia de salud sexual y reproductiva. Si las organizaciones, los liderazgos comunitarios y las instituciones toman estas medidas como

banderas, se podrían incluir diversos temas dentro del cumplimiento de cada medida. De la misma forma, no debe perderse de vista el fundamento de los PDET y su potencialidad –así sea residual– para lograr el cambio social en los territorios en los que se implementa. El PDET fue pensado como un instrumento para que el Estado llegara a los municipios más afectados y reconfigurara la vida social de los individuos y grupos más afectados por el conflicto armado. Por esa razón, detrás de la filosofía propia de los PDET se sitúa una idea que puede servir para impulsar los derechos sexuales y reproductivos en los Montes de María: la idea de que una paz estable y duradera implica un cambio cultural y social, equidad de poder y la apropiación de las necesidades por parte de la comunidad y de las mujeres.

Condiciones específicas que inciden en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en Montes de María

Las voces de las mujeres montemarianas nos permitieron entender algunas particularidades en la prestación de los derechos sexuales y reproductivos en la región. En este apartado nos concentramos en mostrar algunas prácticas y omisiones que afectan la garantía de los derechos a la intimidad, a la autodeterminación reproductiva, a la interrupción voluntaria del embarazo, a la atención especializada en casos de violencia sexual y a la educación sexual. La escogencia de estos derechos no es arbitraria, pues somos conscientes de que los derechos sexuales y reproductivos abarcan otras dimensiones que no mencionamos en este apartado –fertilidad, atención materna, anticoncepción, el oficio de las parteras, discriminación a la población LGBT, entre otras–. Sin embargo, los derechos escogidos siguen los relatos y las preocupaciones de las lideresas que participaron en el taller. Fueron ellas, a través de sus narraciones, quienes dieron prevalencia a las prácticas y omisiones que describimos a continuación.

Lo anterior también indica que los relatos de las mujeres incluyen decisiones voluntarias sobre qué se puede decir y qué se debe callar. Por ejemplo, mientras denuncian prácticas médicas violatorias de los derechos referidos, omiten cualquier referencia a los derechos de la población LGBT. Aún existe un silencio acerca de las experiencias de mujeres lesbianas o transexuales que no quieren tener pareja o hijos, y que sufren profundas discriminaciones en razón de su orientación sexual o identidad de género diversa. Dicha omisión muestra el arraigado machismo que no solo impone la maternidad a las mujeres sino un concepto de vida heterosexual.

Otro silencio que también nos llamó la atención fue la poca mención a las parteras y a su medicina tradicional. Ante la pregunta de si era común el oficio de las parteras, una de las mujeres participantes del taller respondió que “ellas ya están desapareciendo. Quedan muy pocas y están en las zonas más alejadas de estos municipios. Las mujeres preferirían ir a los puestos de salud más cercanos”. En este caso, las escasas referencias a las parteras tienen, al parecer, un significado de desaparición del oficio y aumento de la demanda de acceso al sistema de salud estatal.

Así, el objetivo de esta sección está orientado a dar luces, desde las voces de las mujeres montemarianas, sobre la discordancia entre reglas formales y reglas informales en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. Como lo exponemos a continuación, muchas normas que establecen obligaciones y derechos son reemplazadas, en la práctica, por reglas informales que parten del desconocimiento de los funcionarios y de la precariedad en los servicios disponibles.

El derecho a la intimidad en medio de un “teléfono roto”

El derecho a la intimidad está directamente relacionado con la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Así lo establece la Observación No. 14 del Comité de Derechos Humanos sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Este Comité dispone que los Estados partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan su salud, y que el ejercicio de este derecho depende de una atención respetuosa de la salud que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada. El Relator Especial de las Naciones Unidas se manifestó en la misma línea señalando la importancia de la confidencialidad en el contexto médico. Insistió en que el incumplimiento del deber médico de confidencialidad no solo da lugar a pérdidas inmotivadas de empleo, expulsión de familias y comunidades, agresiones físicas y otros abusos, sino que disuade “a las personas de buscar asesoramiento y tratamiento, con el consiguiente perjuicio para su salud y su bienestar”.¹¹ Por ende, subraya que los “Estados están obligados a tomar medidas eficaces para garantizar la confidencialidad y la privacidad de los servicios médicos”.¹²

La Cedaw, por su parte, establece en su recomendación 24 que los Estados deben garantizar a mujeres y hombres información sobre salud

11 Naciones Unidas. Informe del Relator Especial Paul Hunt, E/CN.4/2004/49, 2004, párr. 40.

12 *Idem*.

sexual y genésica por personal debidamente capacitado “en programas especialmente concebidos que respeten sus derechos a la intimidad y la confidencialidad” (num. 11). También señala que los Estados deben garantizar el acceso a servicios de atención médica de calidad, lo que incluye, por ejemplo, “los servicios que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas” (num. 22). En ese orden de ideas, asevera que la falta de respeto a la intimidad en materia de salud sexual y reproductiva tanto a hombres como a mujeres puede disuadirlos de obtener atención médica para tratar enfermedades relacionadas con los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos (num. 12, lit. d). Finalmente, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en su informe sobre acceso a la información y derechos sexuales y reproductivos (2011), señaló que

... [los] temas relacionados con la sexualidad y la reproducción son altamente sensibles y por ello el temor de que la confidencialidad no sea respetada puede incidir en que las mujeres no busquen la atención médica requerida. Por el contrario, si la persona se siente segura y en confianza brindará toda la información requerida para que el profesional de la salud pueda realizar un diagnóstico y tratamiento más efectivo (p. 26).

En la normativa colombiana también se ha observado la estrecha relación de la intimidad con los derechos sexuales y reproductivos. La principal regla, que desarrollaremos con más detenimiento en los siguientes apartados, se encuentra relacionada con el deber médico de guardar el secreto profesional y con la reserva que protege la historia clínica. De igual forma, existe un fuerte precedente constitucional relativo al carácter privado que tienen los datos de la mujer cuando accede a la interrupción del embarazo.

En esta sección hablaremos de algunas prácticas que desconocen el derecho a la intimidad en la salud sexual y reproductiva en Montes de María. Haremos énfasis en los relatos de las mujeres que revelan: i) violaciones al deber de guardar el secreto profesional, ii) violaciones al carácter reservado de la historia clínica; iii) fallas relacionadas con la ética médica; y iv) violencia obstétrica por parte de funcionarios y centros de salud.

La garantía del secreto profesional y la reserva de la historia clínica cuando el personal médico “sapea todos los resultados”

En el ordenamiento jurídico colombiano existe la obligación, por parte del personal médico, de guardar el secreto profesional. Este deber –que no solo se encuentra en la medicina sino también en otras profesiones como el derecho, la contaduría, el periodismo y el sacerdocio–, ha sido definido por la Corte Constitucional como aquella “información reservada o confidencial que se conoce por ejercicio de determinada profesión o actividad”.¹³ De su protección depende la satisfacción de derechos fundamentales como la privacidad, la intimidad, la honra y el nombre.¹⁴ En el caso de los médicos, el secreto profesional es regulado por la Ley de Ética Médica¹⁵ y es definido como “aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa”. De esta forma, los médicos están obligados a guardar el secreto profesional en todo aquello que, en razón del ejercicio de su profesión, hayan “visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales”.¹⁶ Esta ley también señala que su alcance no solo se limita a los médicos, sino que también incluye a otros profesionales como psicólogos¹⁷ y personal de enfermería.¹⁸

En el mismo sentido, nuestra legislación considera la historia clínica como un documento de carácter reservado que médicos y profesionales de la salud tienen la obligación de mantener bajo reserva. Específicamente, esta protección a la historia clínica fue establecida en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, que establece que: “la historia clínica es el registro

13 Corte Constitucional de Colombia. Auto 006 de 1993, M. P. Jorge Arango Mejía.

14 En principio, con la Sentencia C-411 de 1993, la Corte determinó que el secreto profesional es inviolable, por expresa disposición constitucional del artículo 74. La Corte analizó la exoneración del deber de testificar que un Código de Procedimiento Penal anterior (Decreto 2700 de 1991) establecía para quienes estuvieran obligados a guardar secreto profesional, y señaló que este solo podía ser revelado, excepcionalmente, para evitar la comisión de un delito. En jurisprudencia posterior, la Corte señaló que el legislador puede válidamente regular los casos en los que es lícito revelar el secreto profesional, siempre y cuando no se vulneren el derecho a la intimidad de quien proporcionó información amparada por el secreto (ver al respecto, sentencias C-264 de 1996, M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz, y C-301 de 2012, M. P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub).

15 Ley 23 de 1981, artículos 37 y ss.

16 *Idem*.

17 Ley 1090 de 2006, artículo 23.

18 Ley 911 de 2004, artículo 18.

obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”.

El carácter reservado¹⁹ de la historia clínica también ha sido reconocido de forma reiterada por la jurisprudencia de la Corte Constitucional.²⁰ En términos generales, la Corte ha señalado que, por su misma naturaleza, este documento contiene información personal sobre la salud y otros aspectos que hacen parte de la esfera íntima de los individuos.²¹ En consecuencia, la reserva de la historia clínica es una forma de proteger el derecho a la intimidad de los pacientes, pues permite que esta información no sea conocida ni usada por terceros.²²

¿Cómo se cumplen estas normas en Montes de María? Según las mujeres montemarianas, en la mayoría de los corregimientos o municipios de esta región, los resultados de los exámenes de citología y exámenes de próstata o de enfermedades de transmisión sexual no son privados, sino que pueden ser de conocimiento de cualquier persona. Una de las participantes relata la historia de un joven que tenía VIH y la forma en que la enfermera que lo atendió difundió a todas las personas del barrio esta información, advirtiendo que se cuidaran de él, pues era VIH positivo:

Yo conozco un caso así, el muchacho estaba hospitalizado en el hospital y le hicieron el examen y le salió positivo VIH. Resulta que el muchacho vivía por el mismo barrio de la enfermera que lo atendió y eso expandió la noticia. El hermano se enteró y la iba a demandar porque si eso es una cosa que ellos hacen un juramento ético, no pueden divulgar la noticia porque eso se

19 Según las sentencias T-158A de 2008 y T-834 de 2006, de la Corte Constitucional, esta reserva no es absoluta y las excepciones se encuentran establecidas en el artículo 14 de la Resolución 1995 de 1999 que limita su acceso al usuario y a su equipo de salud, así como a las autoridades judiciales y de salud. Asimismo, la Corte Constitucional, en la Sentencia T-729 de 2002, señaló que existen casos excepcionales donde terceros pueden acceder a la historia clínica, por ejemplo, por orden de una autoridad judicial en el ejercicio de sus funciones, o cuando ocurre muerte del titular o cuando este no se encuentra en condiciones de autorizar el conocimiento de su historia por orden de una autoridad judicial en el ejercicio de sus funciones.

20 Ver, por ejemplo, Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-158A de 2008, M. P. Rodrigo Escobar Gil.

21 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-787 de 2004, M. P. Rodrigo Escobar Gil.

22 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-303 de 2008, M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

maneja interno, entonces el hermano iba a demandar a la enfermera porque se fue a decir al barrio “mira, que fulano tiene VIH, cuídense de él”.

En el mismo sentido, otra participante comenta que es común que, cuando las mujeres se hacen el examen de citología, el personal médico haga comentarios sobre los resultados con personas distintas a la paciente: “Los médicos no tienen ética profesional. Por ejemplo, yo voy al centro de salud a hacerme una citología, cuando yo quiero ir a ver mi resultado, todo el mundo me señala, por si me sale algo. Sapean todos los resultados”.

Este testimonio muestra que la idea de “ética médica” y de su desconocimiento por parte de los médicos de la región está presente en las mujeres montemarianas. Esta ética médica, ese concepto que parece estar presente en el imaginario de las mujeres, está directamente ligado con el derecho a la intimidad. La ética permite que todos los pacientes tengan la plena seguridad de que los resultados de sus exámenes o su historial de enfermedades y afectaciones no serán divulgados. Permite que todo individuo permanezca fuera del radar de la estigmatización debido a sus decisiones sexuales y reproductivas. En el caso del testimonio del paciente con VIH, la revelación de sus resultados médicos generó discriminación entre sus conocidos –que, en el caso de un municipio pequeño, son prácticamente todos los habitantes–. Este tipo de divulgación arrebató a los individuos su libertad de contar o callar sus afectaciones privadas, y refuerza estereotipos de género que recaen sobre las personas con enfermedades de transmisión sexual (Cook y Cusack, 2010).

El miedo a que los funcionarios de salud revelen los resultados negativos de los exámenes disuade a los habitantes de los municipios de realizarse ciertas pruebas que tienen relación con la salud sexual y reproductiva. Una mujer del municipio de San Pablo comentó con preocupación que las mujeres del pueblo ya no quieren hacerse citologías ni exámenes de enfermedades de transmisión sexual porque el personal médico suele revelar los resultados de los mismos:

En San Pablo las mujeres no se quieren hacer la citología porque destapan todos los resultados. Una vez el médico, que era el único que había, hizo una lista y le dijo a una mujer “usted está pringada” y las que estaban ahí dijeron “yo jamás y nunca vuelvo acá” y ahora tengo que hacer grupos, desocupar el cuarto, la camilla que hagan la citología ahí en la casa. Pringada es que está con una enfermedad venérea. Y eso se abre a todo el mundo.

El temor a que el personal de salud divulgue los resultados de los exámenes no solo disuade a las mujeres de acudir a ciertas pruebas médicas, sino que las remite a prácticas informales que pueden resultar inseguras si no se cuenta con las debidas condiciones de salubridad. Hacerse la citología “ahí en la casa”, como lo menciona la mujer montemariana, puede tener consecuencias graves si no se realiza por personal especializado y con los instrumentos adecuados. En todo caso, estas prácticas que nacen de las contingencias en el sistema formal de salud, tampoco deben ser estigmatizadas, pues surgen de un intento de las propias mujeres por contener las graves consecuencias del incumplimiento de los funcionarios.

Una de las prácticas más reiteradas en los centros de salud de la región es la de abrir, sin autorización del paciente, los exámenes médicos. Una participante cuenta el relato de una prima que se realizó un examen de citología y, cuando fue a reclamarlo, una funcionaria del centro de salud distinta al médico tratante le comentó que tenía una enfermedad de transmisión sexual:

Yo tengo una prima que ella está embarazada y ella me dijo: “Ana, ven acá lo que me pasó, imagínate que yo fui a buscar la citología donde Helen y Helen me dijo que yo tengo una enfermedad de transmisión sexual”. Yo le dije: “Luisa eso está muy malo que Helen te haya dicho eso porque ella no está autorizada para decirte eso, porque ella apenas es una funcionaria de ahí”, y a mí eso me pareció muy mal.

Esta apertura indiscreta de los exámenes médicos genera un “teléfono roto”,²³ pues los resultados se divulgan de boca en boca, y el paciente pierden cualquier control sobre la difusión del mensaje. Varias mujeres entrevistadas señalaron que, en algunos municipios de esta región, las enfermeras son las que recogen las citologías de los hospitales directamente y sin permiso de los pacientes. No respetan las normas la reserva de la historia clínica, abren los resultados y los comentan entre ellas y entre los habitantes de los municipios:

Yo aquí en María la Baja lo noté con la enfermera de una EPS. Ella te hace la citología en el hospital y a ella misma la mandan para Cartagena para recoger la citología. Ya no llegan al hospital, eso lo vi yo. Que en el hospital siempre es que se hace el teléfono roto.

23 Expresión utilizada coloquialmente para designar la distorsión de un mensaje que se difunde a través de muchas personas.

Los relatos de las mujeres de la región de Montes de María evidencian que, de forma general, médicos y personal de salud no garantizan a sus pacientes obligaciones básicas propias de la profesión de la medicina como son el secreto profesional y la reserva de la historia clínica. Esto, además de violar las disposiciones normativas de la Ley 23 de 1981, la Resolución 1995 de 1999 y la jurisprudencia constitucional, desincentiva el uso del sistema de salud para este tipo de exámenes, lo cual puede desencadenar consecuencias fatales en la vida y salud de los habitantes de la región.

La ética médica y las partes íntimas

La Ley de Ética Médica determina en su artículo 9 que el médico mantendrá su consultorio con el decoro y la respetabilidad que requiere el ejercicio profesional. Es decir, el médico tiene un deber de respeto con sus pacientes y está obligado a mantener una relación de cordialidad y profesionalidad con todo aquel que asista a su consultorio. Contrario a esta disposición, distintas mujeres montemarianas señalaron que, en algunos municipios de los Montes de María, médicos y personal de la salud suelen hacer comentarios ofensivos sobre las partes del cuerpo de sus pacientes a personas externas al centro médico.

Una de las participantes inicia esta conversación comentando que la vulneración de la privacidad de los resultados de los exámenes por parte del personal médico no es la única vulneración de su privacidad, sino que también suelen opinar sobre sus partes íntimas: “Exactamente, si solo hablaran de los resultados, pero hablan de las partes íntimas”. Otra de las participantes añade que, en su pueblo, una enfermera, además de hacer comentarios despectivos sobre las partes íntimas de las mujeres, se negó a hacer exámenes de citología hasta tanto las mujeres no llegaran a la cita médica depiladas: “Allá en mi pueblo sucedió eso una vez, la enfermera dijo esas mujeres sí tienen ese [...] hediondo sucio, peludo. [...] Hasta dicen, vaya, depílese y después le hacemos la citología”.

Esta práctica es reveladora de los peligrosos estereotipos de género que recaen sobre las mujeres, pues muestra cómo se somete la prestación de un servicio a una valoración estética. Solo las mujeres que estén depiladas, aquellas que cumplan con los cánones estéticos de lo que significa “ser mujer” pueden acceder a salud sexual y reproductiva. Estos juicios estéticos –que se convierten en juicios morales sobre lo que es “ser mujer”– también tienen impactos en la forma en que las mujeres se ven a sí mismas, en su autoestima y en su libertad para decidir sobre su imagen corporal. Frente a esto último, otra mujer reiteró la misma denuncia hecha

por las anteriores participantes. Afirmó que las enfermeras no solo abren los resultados de los exámenes, sino que también hacen comentarios sobre las características de las partes íntimas de las mujeres : “Las enfermeras, hay unas que abren los resultados de citología y eso, no tienen ética. Hasta te dicen como está tu pelvis”.

La exposición del cuerpo y, específicamente, de las partes íntimas al personal médico implica un precario cumplimiento de la normatividad de ética médica. En Montes de María, tal como lo relatan las participantes, este tipo de normas que protegen al paciente en su intimidad y exigen respeto y decoro por parte del personal médico son prácticamente inexistentes. Este estado de cosas desincentiva el uso del sistema de salud y trae graves consecuencias en la vida de las pacientes.

La violencia obstétrica y los practicantes de medicina

Varias participantes del taller señalaron que, en Montes de María, el derecho a la intimidad tampoco se garantiza a las mujeres embarazadas y, aún más grave, se ejerce violencia obstétrica sobre ellas. Si bien no existe regulación normativa en Colombia sobre violencia obstétrica, es preciso mencionar la obligación general de garantizar la intimidad en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva:

Los Estados partes deben informar sobre las medidas que han adoptado para garantizar el acceso a servicios de atención médica de calidad, lo que entraña, por ejemplo, lograr que sean aceptables para la mujer. Son aceptables los servicios que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas.²⁴

Las mujeres relataron que es común ver personas extrañas en los consultorios del centro médico mientras se encuentran en trabajo de parto: “Pero acá sale entonces otra cuestión de las mujeres que están pariendo y es que entra cualquiera a mirar, no hay privacidad”.

El trabajo de parto es un momento íntimo y, sobre todo, vulnerable. No solo está marcado por el dolor físico o el cansancio, sino también por la angustia y la expectativa. Por esta razón, las mujeres que pasan por este momento deben tener las mayores condiciones de seguridad y comodidad. Sin embargo, estas condiciones se quiebran al convertir el parto en un

24 Cedaw, Recomendación General No. 24, numeral 22.

evento público, en un espacio en el que cualquiera puede entrar, observar y convertir a la mujer en un espectáculo.

En el mismo sentido, una participante añade que es usual que practicantes de medicina ingresen a las salas de los hospitales y les hagan preguntas y exámenes de tacto a las mujeres que se encuentran en trabajo de parto: “Cuando uno va a dar a luz, también es el poco de practicantes y ellos preguntándole a uno [...] Y metiéndote el dedo a uno a cada rato”.

La práctica de “meter el dedo a cada rato” por parte de practicantes de medicina vulnera los derechos de las mujeres a su intimidad, a su dignidad y a su integridad. Las mujeres montemarianas no solo ven el momento de parto como una exposición pública de sus cuerpos, sino que lo ven como un espacio inseguro en el que cualquier practicante las puede tocar sin su consentimiento. La intromisión de practicantes o personas extrañas en los consultorios médicos para observar, hacer preguntas o tactos vaginales a las pacientes que se encuentran en trabajo de parto es una forma de violencia obstétrica que vulnera su derecho a la intimidad. Tal como lo señala la regulación internacional de la Cedaw (en especial la Recomendación General No. 24), los servicios de atención médica deben garantizarse respetando la intimidad y el consentimiento previo de las pacientes.

El derecho a la autodeterminación reproductiva

A nivel nacional existen distintas disposiciones normativas que conciben la autonomía reproductiva como un derecho fundamental que debe ser promovido y financiado por el sistema de salud. Una de las leyes más importantes en esta materia es la Ley 1412 de 2010, por medio de la cual se autoriza la realización gratuita de la vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como una forma de fomentar la paternidad y la maternidad responsables. Adicionalmente, existe una clara normativa sobre la obligación que tiene el Estado de brindar información sobre las distintas formas de anticoncepción quirúrgica y no quirúrgica. Así, en virtud del artículo 10 la Ley 1412 de 2010, las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales, así como el Ministerio de Salud y Protección Social, tienen la obligación de divulgar entre la población los beneficios, las implicaciones y los efectos de la anticoncepción quirúrgica, así como los demás métodos de anticoncepción no quirúrgicos. En el mismo sentido, el artículo 14 de la misma ley establece que estas disposiciones legales serán divulgadas de manera constante a través de los miembros de comunicación del Estado, tanto por el Gobierno nacional como por las administraciones seccionales o locales, y se promoverán a través del Ministerio de Salud y Protección

Social, las Secretarías de Salud Territoriales y las entidades prestadoras de salud (EPS) del régimen subsidiado y contributivo.

Asimismo, la jurisprudencia vigente de la Corte Constitucional, apoyada en distintos pronunciamientos de organismos internacionales, ha señalado que el ejercicio de los derechos reproductivos supone el reconocimiento, el respeto y la garantía de la facultad que tienen las personas de decidir libremente sobre la posibilidad de procrear o no, cuándo y con qué frecuencia, así como la libertad de decidir de manera responsable el número de hijos. Por ende, la injerencia injustificada sobre este tipo de decisiones trae consigo la limitación del ejercicio de otros derechos fundamentales como la libertad y la autodeterminación, el libre desarrollo de la personalidad, la intimidad personal y familiar y el derecho a conformar una familia. Según la Corte, la autodeterminación reproductiva reconoce a las personas, en especial a las mujeres, el derecho a estar libres de todo tipo de interferencias en la toma de decisiones reproductivas, incluida la violencia física y psicológica, la coacción y la discriminación, pues no se deben sufrir tratos desiguales injustificados por razón de las decisiones reproductivas, sea que se decida tener descendencia o no.²⁵

Por lo tanto, se viola el derecho a la autodeterminación reproductiva cuando se presentan, por ejemplo, embarazos, esterilizaciones, abortos o métodos de anticoncepción forzados, o cuando se solicitan pruebas de esterilización o de embarazo para acceder o permanecer en un empleo. Además, la autodeterminación reproductiva reconoce que este tipo de decisiones son personales, pues “la decisión [de la mujer] de tener hijos [...] no debe [...] estar limitada por el cónyuge, el padre, el compañero o el gobierno”.²⁶ Es por ello que este derecho es vulnerado, por ejemplo,

... cuando se obliga al marido a dar su autorización para decidir sobre la esterilización de la mujer, o cuando se establecen requisitos generales para la esterilización de la mujer, como por ejemplo, tener cierto número de hijos o cierta edad, o cuando es obligatorio que los médicos y otros funcionarios de salud informen sobre los casos de mujeres que se someten a abortos.²⁷

En este apartado veremos cómo, a pesar de la robusta normativa nacional e internacional, en los Montes de María el derecho de las mujeres a

25 Ver artículos 13 y 42 de la Constitución, y artículo 11.2 de la Cedaw.

26 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-627 de 2012, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

27 *Idem*.

decidir sobre su autonomía reproductiva no es respetado ni por el personal médico ni por las mismas comunidades. Mostraremos que, a pesar de la existencia de esta normativa, las mujeres entrevistadas señalan que, en la realidad, la autonomía reproductiva sigue siendo un tabú del que casi no se habla. Según ellas, contrario a lo que ordenan las normas, no existen campañas educativas que divulguen información sobre los beneficios, las implicaciones y los efectos de la anticoncepción.

El derecho a la “desconexión”, a decidir si tener hijos o no

En la normativa colombiana ha sido claro que individuos y parejas tienen total autonomía para decir si quieren tener hijos. Esta regla está consagrada, en primer lugar, en el artículo 42 de la Constitución Política, según el cual “la pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, y deberá sostenerlos y educarlos mientras sean menores o impedidos”. Dicho mandato ha sido ampliamente desarrollado por la Corte Constitucional. Así, por ejemplo, en la Sentencia T-627 de 2012, señaló que la autonomía reproductiva implica reconocer, respetar y garantizar “la facultad de las personas de decidir libremente sobre la posibilidad de procrear o no, cuándo y con qué frecuencia”, y en la Sentencia T-732 de 2009 sostuvo que “los derechos reproductivos protegen la autodeterminación reproductiva asociada con la progenitura responsable consagrada en el artículo 42 Superior, y que se entiende como la facultad que tienen las personas de decidir si quieren o no tener hijos y en qué momento”. También sostuvo que este derecho supone “la prohibición de cualquier interferencia externa en la toma de este tipo de decisiones personales, por lo cual se considera vulnerado cuando la persona es sometida a cualquier tipo de violencia física, psicológica o a actos de discriminación, como embarazos, esterilizaciones o abortos forzados”.

En la misma línea, las autoridades de salud han expedido una serie de normas tendientes a enfatizar en la importancia de este derecho y a brindar la atención médica necesaria para su materialización. Así, por ejemplo, el Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006) establece, en su artículo 39, que son obligaciones de la familia, entre otras, “decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas a los que pueda sostener y formar”. En el mismo sentido, el Acuerdo 229 de 2002 establece que los distritos y municipios deberán dar atención específica en la inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo (DIU) y en el suministro de anticonceptivos hormonales orales. Finalmente, la ya mencionada Ley 1412 de 2010 establece, dentro de sus disposiciones, que la vasectomía y

ligadura de trompas serán cubiertas de manera gratuita a todos los sectores de la población que lo soliciten.

Contrario a lo que dictan las normas, en los Montes de María los médicos interfieren en las decisiones personales sobre la autonomía reproductiva de las pacientes. Algunas participantes del taller señalaron que el primer criterio que examinan los doctores al decidir si hacen o no la operación de ligadura de trompas –en la región las mujeres usan la expresión “desconectar”– es la edad de la mujer. Señalan que, debido a una creencia dentro del sistema de salud de la región, a ninguna mujer menor de 30 años se le realiza este procedimiento, pues, según los médicos, le puede causar una menopausia temprana que trae consigo síntomas de dolores y gordura: “Los doctores les dicen a las adolescentes, a las niñas más que todo, que si no tiene[n] cumplidos los 30 años no la[s] pueden desconectar porque hay una hormona que se desarrolla a esa edad y la menopausia que viene con los dolores, la gordura, todo eso”.

Este testimonio muestra de qué forma los mitos sobre la “desconexión” han permeado el imaginario de los centros de salud en Montes de María. Varias mujeres entrevistadas reiteraron que es muy difícil “desconectarse” si se tiene menos de 30 años. Una participante del taller contó la historia de una conocida que, teniendo 26 años, 5 hijos y el deseo de hacerse la ligadura de trompas, el médico tratante le negó el procedimiento porque debía tener más de 30 años para realizárselo. La mujer se vio obligada a amenazar al personal médico con una demanda y solo así pudo, finalmente, tener acceso a esta operación.

Yo conozco el caso de una muchacha, tenía 24 años y cuando eso ya tenía cuatro hijos. Ella le dijo al médico que la desconectara porque ella tenía cuatro hijos y ya ella no podía estar manteniendo cuatro hijos. Entonces el médico le dijo que no se lo podía hacer porque creo que lo hacen es a partir o después de los 30 años y ella tenía 24. Resulta que ella tuvo otro hijo, completó los cinco a los veintiséis años, entonces ella le dijo exactamente al médico, que ella ya tenía cinco hijos, que no podía estar manteniéndolos, que su situación económica no era la mejor y que ella necesitaba que él le hiciera eso o si no, tenía que entablar una demanda. Solamente así le pudieron hacer la operación pero no se imagina lo que le tocó pasar.

Estas palabras revelan cómo los imaginarios sobre el rol de las mujeres – y, en especial, el rol de la maternidad como mandato– son esenciales

para entender las particularidades en la prestación del servicio de salud sexual y reproductiva en Montes de María. La arraigada creencia de que los cuerpos de las mujeres son objetos de reproducción obligatoria explica por qué los prestadores de salud se niegan a realizar la ligadura de trompas en mujeres jóvenes. Como lo muestra el testimonio, la ligadura de trompas se ve como una negación del rol de mujer, una modificación a la *naturaleza* femenina. Esta idea ha permeado las prácticas de los centros de salud en Montes de María hasta el punto en que la autonomía de las mujeres no es tenida en cuenta. Varias participantes contaron, desde su experiencia personal, que aunque ellas manifestaron su consentimiento para realizarse la ligadura de trompas, el personal de salud tratante también les negó este derecho con la misma razón de no alcanzar la edad requerida: “A mí, personalmente no me desconectaron porque según el doctor no tenía la edad”, “Yo tengo treinta y cinco y no me quisieron hacer la desconexión”.

Adicionalmente, los médicos no solo tienen como criterio la edad para negar la operación, sino también el número de hijos. En este caso, el ginecólogo de una mujer participante del taller no quiso darle la orden para la ligadura de trompas –también llamada pomeroy– porque, según su criterio, tenía muy pocos hijos:

A mí me pasó con mi ginecólogo y no me quiso dar la orden para la pomeroy. Yo le dije “doctor yo no quiero tener más niños”, y él me dijo “no pero cómo me vas a decir que te apruebe la pomeroy si hasta ahora tienes dos hijos. Cómo te vas a quedar con dos hijos”. Al final no le seguí insistiendo porque me sentí como mal. O sea, él me quiso psicológicamente manipular.

Otra participante del taller señaló que, a pesar de que ella ya estaba “desconectada” y necesitaba una extirpación de útero (histerectomía) por problemas con su periodo menstrual, la doctora no accedió a hacerla porque todavía “estaba muy nueva” para haberse “desconectado”. Este caso reafirma la hipótesis de que, dentro del sistema de salud de la región de Montes de María, existe una regla implícita que prohíbe la realización del procedimiento de ligadura de trompas. Esta regla informal, además, obedece a creencias sobre el rol reproductivo de la mujer y anula su agencia reproductiva. En este caso, la médica tratante sometió a la paciente a una serie de exámenes y operaciones tortuosas e innecesarias, pues le resultaba inconcebible que una mujer de 35 años ya tuviera hecha una ligadura de trompas:

Bueno, lo mío fue una histerectomía, porque ya tenía problemas con el periodo, era muy abundante, cuando me venía el periodo no me podía mover de la cama a la silla. Yo fui donde la doctora y me dice que yo estaba muy nueva para hacerme una histerectomía. Yo le dije “doctora, yo le pregunto algo y dígame si estoy equivocada; la matriz no me sirve para dos cosas y si estoy equivocada me lo corrige... para tener hijos y para problemas, ya yo no voy a parir más y me están comenzando los problemas, qué voy a hacer con ella allá adentro”. ¿Qué hizo? Total, que cuando yo le digo eso ella accede pero me manda primero una “lamparoscopia” diagnóstica, o sea me hicieron un hoyo aquí para comprobar si era verdad que yo estaba desconectada. Me hicieron un hoyo aquí [señalando su pelvis]. Fueron 45 días que tuve que quedarme incapacitada, sin esa necesidad porque ella no confió de que yo estaba desconectada porque decía que yo tenía 35 años y estaba muy nueva.

El relato de esta mujer muestra que existe una suerte de castigo social para quienes deciden “desconectarse” o tomar decisiones permanentes sobre su reproducción. La mujer tuvo que pasar por procedimientos tortuosos, dolorosos e innecesarios únicamente porque la médica no le creía y se negaba a aceptar su decisión. En suma, las palabras de las mujeres montemarianas nos dejan ver la existencia de una regla informal en la región, según la cual no está permitido el procedimiento de ligadura de trompas a mujeres menores de 30 años o a mujeres que no han tenido hijos. A estas mujeres “nuevas”, como las llaman los médicos, se les niega su autonomía reproductiva porque aún están en edad fértil y, por lo tanto, sus decisiones implican una alteración de la idea de que sus cuerpos están hechos para la reproducción. La violencia institucional a la que están sometidas las montemarianas refuerza esta idea e impone un fuerte estigma sobre aquellas mujeres que, por diversas razones, deciden rebelarse, frenar o renunciar al rol de la reproducción.

El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo

La regulación internacional de la IVE está marcada, como ya lo mencionamos en la primera parte de este texto, por el reconocimiento de la autonomía sexual y reproductiva consagrada en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo en 1994 y el Pacto de Acción de Beijing en 1995. Durante las últimas dos décadas, tanto el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas como el Comité de la

Cedaw han sido enfáticos en la gravedad de algunas legislaciones latinoamericanas que prohíben la interrupción del embarazo en todos los casos. Este último, a través de la Recomendación General No. 24, sostuvo que es preciso “enmendar la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos” (num. 31, lit. c). En la misma recomendación, el Comité de la Cedaw señaló que “la negativa de un Estado parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria” (párr. 11) y que “las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones” constituyen obstáculos para el debido ejercicio del derecho a la salud (párr. 14).

El derecho colombiano está en sintonía con los preceptos internacionales. Hace doce años, por medio de la Sentencia C-355 de 2006, la Corte Constitucional reconoció que la IVE es un derecho fundamental en las tres causales despenalizadas: i) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; ii) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, iii) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. Aunque en el país aún no existe una regulación legal de la IVE, la Corte se ha pronunciado a lo largo de los doce años que han pasado desde la despenalización parcial para regular, modular y refinar la protección de este derecho fundamental, lo que ha generado un marco de protección relativamente estable y coherente.

Aunque el reconocimiento de este derecho se dio hace 12 años, los estigmas culturales y las barreras institucionales para su acceso aún perviven (Dalén, 2014; La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2017). Si bien esta es una realidad que permea todo el territorio nacional, en las zonas rurales es más grave debido a la débil institucionalidad para hacer cumplir los derechos, y la precariedad en la prestación de servicios de salud. En Montes de María, por ejemplo, las mujeres señalan que el aborto, en la práctica, “no existe”. Así lo manifestó una mujer de la región cuando le preguntamos por el acceso a este derecho: “El primer obstáculo que encuentran las mujeres es que no se lo van a hacer en el hospital, ni con garantías, *porque no es legal*” (énfasis agregado).

Esta idea sobre la ilegalidad informal del derecho a la IVE nos da pistas para entender la metáfora que formulamos al principio de este texto: el mensaje de ciertos derechos aún no ha llegado a Montes de María. Se quedó a medio camino y, con él, también la garantía de que muchas mujeres pueden acceder a un aborto seguro. Que este derecho fundamental aún no haya llegado a la región tiene diversas implicaciones. Por un lado, la falta de acceso a la información, de personal especializado, de infraestructura y de medicamentos necesarios y, por el otro, el grave problema de los abortos clandestinos que ponen en riesgo la vida y la salud de las mujeres.

Centros de salud no cuentan con el personal médico ni con la infraestructura necesaria para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo

En la Sentencia T-209 de 2008, la Corte Constitucional mencionó algunas reglas mínimas que el sistema de salud debe cumplir para la efectiva materialización del derecho a la IVE: en primer lugar, “las mujeres tienen derecho al acceso real, oportuno y de calidad al Sistema de Seguridad Social en Salud cuando soliciten la interrupción de su embarazo, en todos los grados de complejidad del mismo”. En segundo lugar, “el Sistema de Seguridad Social en Salud debe garantizar un número adecuado de proveedores habilitados para prestar los servicios de interrupción del embarazo”. En tercer lugar, “los departamentos, distritos y municipios están obligados a asegurar la suficiente disponibilidad de servicios de la red pública con el propósito de garantizarles a las mujeres gestantes el acceso efectivo al servicio de interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de calidad y de salubridad”.

En palabras de las participantes del taller, estas reglas no se cumplen en la región. Una de las mujeres señala que hay hospitales que no cuentan con los equipos necesarios ni con el espacio para realizar este tipo de procedimientos: “hay hospitales donde no cuentan con los instrumentos necesarios para la atención de estos casos, tú vas a hacerte un aborto al hospital y hay médicos que te dicen que no te lo pueden hacer, no tienen la sala adecuada ni los utensilios necesarios para realizarlo”.

Otra de las mujeres señaló que, debido a la falta de infraestructura de los hospitales de la región, las mujeres que buscan interrumpir sus embarazos tienen que desplazarse hacia otros municipios. Esta situación genera gastos adicionales y dilación en la espera, lo que implica el aumento en las semanas de gestación. Por estas razones, la mayoría de mujeres prefiere acudir a abortos clandestinos:

Y si se llega al hospital del casco urbano, tampoco hay nada porque esos hospitales, tanto de Ovejas como Chalán no tienen nada. Entonces hay que ir hacia Sincelejo y ahí una demora más. Ya habiendo esa demora muchas niñas y jóvenes y hasta señoras a veces prefieren provocárselo. Se hacen ellas mismas su trabajo de aborto.

Esta última frase (“se hacen ellas mismas su trabajo de aborto”) revela las pocas alternativas que tienen las mujeres ante la precariedad de la infraestructura en salud de sus municipios. La carencia de atención, como lo menciona otra de las participantes, es más preocupante si la urgencia del aborto se da en la noche: “En la noche quedamos lejos de todo, expuestos. Nada más cuidados por el que está ahí arriba, si se da un aborto en la noche... el señor proveerá”.

En suma, la falta de infraestructura, especialistas o medicamentos para acceder a un aborto es una muestra de cómo la debilidad institucional repercute negativamente en la vida de las mujeres de la región. Tal como lo desarrollaremos más adelante, esta situación también tiene efectos en el aumento de abortos clandestinos y en el consecuente riesgo para la salud de las mujeres.

Sin intimidad y sin información

La falta de infraestructura en salud acentúa otras carencias presentes en la zona. En primer lugar, da lugar a la efervescencia de prácticas informales que tienen efectos en la intimidad de las mujeres. Una de las participantes del taller comentó que las mujeres acuden a los centros de salud cuando los abortos clandestinos quedan mal hechos y, en estas situaciones, temen que los médicos las denuncien por haberse practicado un aborto que, aparentemente, no estaba protegido por las tres causales de despenalización: “Si el aborto te queda mal hecho pues te vas de urgencia al hospital, te hacen un legrado y te mandan para la casa. Eso si estás de buenas, porque después mandan el reporte de que te practicaste un aborto y qué, bueno”.

Este relato muestra cómo las prácticas informales de los centros de salud en Montes de María desafían las reglas formales del derecho. La Corte Constitucional ha señalado que la decisión de una mujer de interrumpir voluntariamente su embarazo –en las condiciones de la Sentencia C-355 de 2006– pertenece a la esfera íntima o privada y, en consecuencia, no se trata de un asunto de interés público o general, pues es una decisión que le afecta solamente a ella y que no perjudica a la

sociedad.²⁸ Por esa razón, los profesionales de la salud están obligados a ofrecer plena garantía de confidencialidad y, en consecuencia, a respetar los derechos a la intimidad y a la dignidad de las mujeres.²⁹ En este caso, los testimonios dejan ver que en Montes de María estas reglas aún no son realidad, y que las mujeres deben enfrentarse al cruel dilema de *cárcel o muerte* (Bautista y Martínez, 2017): las mujeres que se practican abortos clandestinos que atentan contra su vida deben decidir entre ir al hospital y exponerse a que las denuncien por cometer un presunto delito, o no ir y enfrentar graves consecuencias para su salud y su vida.

Este dilema, además de ser cruel, es innecesario, pues muchas mujeres que acceden a abortos clandestinos están protegidas por una de las causales de despenalización. El problema es que no lo saben. La falta de información sobre IVE (y, en general, los derechos sexuales y reproductivos) hace que las mujeres que no son activas políticamente, que no tienen una trayectoria en la defensa de los derechos humanos, y que no tienen redes para acceder a esta información nunca se enteren de cuáles son sus derechos. Frente a esto, vale la pena recordar que la Corte Constitucional ha señalado que “todas las mujeres deben poder contar con la información suficiente, amplia y adecuada que les permita ejercer a cabalidad y en libertad sus derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye el derecho a estar plenamente enteradas respecto de lo dispuesto en la Sentencia C-355 de 2006”.³⁰ Sin embargo, este tipo de obligaciones todavía siguen

28 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-841 de 2011, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto, entre otras.

29 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-388 de 2009, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

30 Este mandato fue desarrollado en la Circular 03 de 2013 por parte de la Superintendencia Nacional de Salud según la cual “los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales deben: 1. Brindar a todas las mujeres información suficiente, amplia y adecuada, así como orientación, apoyo y acompañamiento en relación con las alternativas terapéuticas disponibles en la prestación de servicios de IVE, a fin de facilitar el acceso oportuno y eficiente a dichos servicios y permitir que puedan tomar una decisión informada en ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye el derecho a estar plenamente informadas respecto al alcance de las sentencias de la Corte Constitucional y de la presente Circular. 2) Informar al Ministerio de Salud y Protección Social acerca de las instituciones, dentro de su red, habilitadas para prestar servicios de IVE de baja, mediana y alta complejidad, que cuentan con profesionales dispuestos a proveer los servicios del IVE”.

siendo una deuda pendiente en los Montes de María. Una de las mujeres entrevistadas, que trabaja directamente con mujeres víctimas de violencia sexual en zonas rurales, asegura que ellas ni siquiera saben que este derecho existe: “En las zonas rurales nos atrevemos a asegurar que las mujeres ni siquiera conocen ese derecho, no conocen ese derecho, nosotros como representantes de víctimas hablamos de eso y manifiesta no saber que tienen ese derecho”.

En ese sentido, a pesar de que son expresas las obligaciones sobre la información que debe brindar el sistema de salud en materia de IVE, en algunos casos el nivel de desinformación es tan alto que ni siquiera se sabe de la existencia del derecho. Este hallazgo es consecuente con las barreras ya ampliamente documentadas por organizaciones de mujeres en Colombia (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2017; Profamilia 2015). Sin embargo, están cruzadas y agravadas por las particularidades de la región montemariana, especialmente la debilidad institucional y las prácticas informales que reinan en los centros de salud.

Abortos clandestinos

¿Cuáles son las consecuencias de las barreras institucionales, de la vulneración del derecho a la intimidad o de la falta de información veraz y oportuna sobre la interrupción del embarazo? Ante esta pregunta hay dos posibles respuestas, ambas con terribles implicaciones. En un primer escenario las mujeres y niñas se ven obligadas a continuar con embarazos no deseados, producto de violencia sexual o que ponen en peligro su salud y su vida. En un segundo escenario, las mujeres acuden a decisiones orientadas por la desesperación y la falta de alternativas: acuden a métodos para abortar que son inseguros, clandestinos, no cuentan con las suficientes condiciones de salubridad y, por lo tanto, atentan contra su salud y su vida. Estos dos escenarios implican una vulneración de la dignidad de las mujeres, pues las somete a dos opciones igualmente riesgosas y amenazantes de sus derechos: la maternidad forzada o los abortos clandestinos. Una participante del taller revela este cruel dilema al que se enfrentan las mujeres montemarianas: “a veces las mamás les dan medicamentos, bebidas naturales de hierbas de matas de cosas que se inventan y las apoyaron en la casa para abortar, y otras tuvieron los hijos”.

Este segundo escenario –el de los abortos clandestinos– fue un tema recurrente en el taller de María La Baja. En Montes de María, los obstáculos para abortar legalmente obligan a las mujeres a acudir a espacios clandestinos y a métodos peligrosos para poder terminar con una gestación

no deseada. Quizás el método más común es la ingesta de bebidas, tomas o pastillas no aptas ni seguras para abortar. Algunas mujeres que logran viajar a las ciudades cercanas también acuden a legrados clandestinos que no cuentan con las suficientes condiciones de sanidad y son realizados por personas que no están capacitadas para realizar procedimientos complejos de aborto. Ambos métodos amenazan gravemente la salud y la vida de las mujeres y, en muchas ocasiones, dejan secuelas irreversibles sobre sus cuerpos. Varios testimonios arrojaron luz sobre este tema y dejaron ver que muchas mujeres que acuden a estos métodos resultan con graves complicaciones que deben ser mitigadas por los centros de salud y hospitales de la región. Una de las participantes señaló que:

Sí, llegan a los hospitales bastantes abortos clandestinos. Se revisan y [los hospitales y centros de salud] tienen el misoprostol, el cytotec [...] hay mujeres adultas, hay niñas, por ejemplo, este año llegaron niñas de 13 años donde un familiar dijo que se hizo una toma y este ya era el segundo aborto, un segundo aborto a los 15 años. De hecho, tenemos embarazada de su segundo embarazo de 16 años.

Este testimonio muestra la crudeza de la situación de los abortos clandestinos en Montes de María. Las tomas y bebidas naturales se convierten en el método predeterminado de quienes deciden abortar. La decisión, para muchas, es automática: ante la negativa de los centros de salud de proporcionar abortos legales y seguros; ante la posibilidad de que todo el pueblo se entere de que abortaron; ante la insuficiencia de infraestructura, medicamentos y profesionales, las mujeres y niñas toman estos métodos como la vía adecuada para interrumpir su embarazo. Una de las lideresas montemarianas cuenta que la mayoría de abortos en la región se dan a través de mecanismos clandestinos y, en ese sentido, el aborto seguro, en su ausencia, se convierte en el método excepcional:

Mira los casos que nosotros encontramos de interrupción voluntaria del embarazo fueron varios, pero todos se hicieron de forma clandestina en María la Baja y en otros municipios. Hubo solamente dos que eran profesoras y que se los hicieron de forma legal en clínica y todo. Pero todas perdieron el útero, ninguna salvó el útero ni siquiera la que se lo hizo de forma legal. [...] el procedimiento, legrado me imagino, tuvieron que ir a Cartagena, todo viniendo de acá, y ni en Cartagena salvaron el útero, tenaz. Yo creo que la problemática en las regiones es bastante complicada.

El problema de los abortos clandestinos no es exclusivo de Montes de María ni de Colombia. Es un problema de salud pública que afecta a toda la región de América Latina. Como se menciona en la ENDS, el aborto inseguro causa el 11 % de muertes maternas en los países latinoamericanos (Profamilia, 2015, p. 219). Según Profamilia (2017), América Latina y el Caribe cuentan con un porcentaje de embarazos no deseados del 56 %, el más alto del mundo. En el contexto colombiano, los embarazos no deseados alcanzan el 52 % de las gestaciones totales, y se estima que se realizan alrededor de 400.000 abortos clandestinos (p. 5).³¹ Sin embargo, las condiciones particulares de Montes de María intensifican los efectos adversos de este tipo de procedimientos y ponen en evidencia la falta de oportunidades de las mujeres con precariedad socioeconómica para ejercer su autonomía reproductiva en condiciones de seguridad. En Montes de María, además, la clandestinidad del aborto y sus consecuencias se agrava debido al rechazo y el silencio comunitario frente a esta problemática. El relato de una de las mujeres muestra este estigma con claridad:

En estos contextos el aborto es un pecado, eso no se le dice a nadie, solo a quien le va a practicar el aborto ilegal porque le tiene que decir, a la pareja en caso de que le diga. No conozco en este sentido, realmente, casos de aborto en María la Baja de manera ilegal. O que se haya tomado la pastilla. Eso lo sé porque lo dicen por ahí o porque la pastilla no funcionó completamente. Entonces tienes que ir a un hospital y que le hagan el legrado.

El rechazo moral se funde con la falta de infraestructura institucional de los centros de salud y hospitales de Montes de María, lo que hace prácticamente imposible la implementación del aborto legal en la región. Los centros de salud que reciben a mujeres y niñas embarazadas que cumplen con alguna de las causales de despenalización no les ofrecen el aborto como una opción viable o no tienen la capacidad para realizarlo, lo que

31 Esta cifra ha sido replicada desde los estudios sobre aborto del Instituto Guttmacher en 2008 y 2011, y actualmente es el único dato obtenido a través de mediciones rigurosas que puede dar cuenta de los abortos clandestinos en el país. La clandestinidad en el procedimiento dificulta la obtención de cifras anuales o periódicas sobre la realización de estos abortos. Como lo menciona la ENDS, los abortos en general, y en mayor medida los abortos clandestinos, “son usualmente subreportados en los sistemas de información en salud debido a la estigmatización, discriminación y victimización hacia las mujeres que lo han solicitado o que lo han realizado de forma clandestina, y hacia las(os) profesionales de la salud que las atienden” (Profamilia, 2015, p. 219).

implica necesariamente el traslado de una región a otra, algo que muchas mujeres no están en capacidad económica y práctica de hacer. Como lo sostiene una lideresa entrevistada, a las mujeres “no las remiten para aborto. Uno que otro caso es remitido para Cartagena, pero es muy raro. Ahí queda la niña embarazada. Y además de las concepciones que hay, ese cuento moral de nosequé también hace que no haya acceso al aborto”. Cuando la lideresa se refiere a “ese cuento moral” no solo apunta a la concepción de que la maternidad es un mandato. También advierte sobre la arraigada presencia de la religión en el territorio y la forma en que se alimenta la idea de que abortar es un pecado, sin importar el contexto o la circunstancia en la que se realice:

Algunas por el tema religioso, sobre todo, el tema religioso media bastante, y como la iglesia evangélica fue unos de los mecanismos protectores para ellas, porque eso también hay que reconocerlo o sea la iglesia evangélica cuando ella las violan se refugiaron allá, le contaron al pastor y les dieron el apoyo, les abrieron la puerta. De repente no era el apoyo adecuado, pero las ayudaron a seguir viviendo, aferrándose a Dios, entonces también por ahí las mujeres decidieron no abortar. Pero eso también ha sido un peso para ellas, un hijo por una violación es un peso muy grande para alguien que lo haya tenido, un peso gigante, precisamente se ha trabajado con ellas el tema de aceptación de la decisión tomada.

Estas condiciones, más allá de ser la antítesis de las normas nacionales e internacionales, tienen repercusiones específicas en la vida de las niñas y mujeres montemarianas. Los abortos clandestinos se han convertido en la regla general para quienes deciden interrumpir su embarazo, y los costos y las afectaciones que estos procedimientos tienen en la salud no están marcados en la conciencia regional como un verdadero problema. El estigma que aún rodea el aborto ha relegado a las mujeres a la clandestinidad, y solo un cambio cultural, junto con la presencia de profesionales y hospitales con capacidad y voluntad de hacer abortos legales, podrá mitigar una situación que pone en peligro a las mujeres de la región.

Los derechos de las víctimas de violencia sexual

La violencia sexual es una conducta sancionada por diversos instrumentos internacionales de derechos humanos. La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará) establece que la violencia de género puede ser fí-

sica, sexual o psicológica, y que toda mujer debe estar libre de este tipo de violencias tanto en el ámbito público como en el privado. De igual forma, el artículo 8 de la Cedaw señala que los Estados tienen el deber de “suministrar los servicios especializados apropiados para la atención necesaria a la mujer objeto de violencia, por medio de entidades de los sectores público y privado, inclusive refugios, servicios de orientación para toda la familia, cuando sea del caso, y cuidado y custodia de los menores afectados”.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) y la CIDH también han sido espacios de reconocimiento de este tipo de violencia y de las obligaciones que tienen los Estados en proteger a las víctimas. La Corte IDH ha manifestado que la “violación sexual es un tipo particular de agresión que, en general, se caracteriza por producirse en ausencia de otras personas más allá de la víctima y el agresor o los agresores”.³² Por esa razón, y dada la naturaleza de esta forma de violencia, la Corte también ha sostenido que “no se puede esperar la existencia de pruebas gráficas o documentales y, por ello, la declaración de la víctima constituye una prueba fundamental sobre el hecho”.³³ Por su parte, la CIDH ha señalado que la violencia sexual se agrava en tiempos de conflicto armado y tiene efectos diferenciales en las mujeres:

... con el conflicto se reproduce y se incrementa la discriminación entre los distintos grupos y las mujeres padecen discriminación en distintas vertientes [...] Aunque los hombres son más frecuentemente víctimas de ejecuciones sumarias y matanzas, la violencia contra la mujer, en particular la violencia sexual perpetrada por grupos armados, se ha hecho habitual en medio de un conflicto que degenera paulatinamente.³⁴

En el contexto colombiano, estas obligaciones han sido adoptadas a través de leyes y decisiones de la Corte Constitucional. Un ejemplo claro de esto es la Ley 1257 de 2008, “por la cual se dictan las normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres”. Este instrumento es el marco general en términos de violencia contra las mujeres en el país y define el daño o la violencia sexual como las

32 Corte IDH, Caso Inés Fernández Ortega vs. México, 2010, párr. 100.

33 *Ibid.*, párr. 196.

34 Naciones Unidas. Informe presentado por la Sra. Radhika Coomaraswamy, Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias: Misión a Colombia (1-7 de noviembre de 2001), E/CN.4/2002/83/Add. 3, 11 de marzo de 2002, párr. 42.

... consecuencias que provienen de la acción consistente en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal [...] (art. 3, literal c).

La violencia sexual tiene una estrecha relación con los derechos sexuales y reproductivos en cuanto constituye una de sus mayores vulneraciones. La autodeterminación sexual y reproductiva se basa en la idea de que los individuos –hombres, mujeres y quienes no se identifican de forma binaria– tienen autonomía para decidir sobre sus cuerpos. Por el contrario, la violencia sexual apela a una lógica distinta, pues desconoce cualquier agencia sexual de las personas que son víctimas de estos actos atroces. A continuación presentamos un recuento de las principales condiciones que enfrentan las mujeres víctimas de violencia sexual; aunque sabemos que este tipo de violencia también puede ser ejercida contra hombres, nos concentramos en las mujeres porque sus voces son nuestra guía para reconstruir la situación de los derechos sexuales y reproductivos en la región. En esta sección mostramos que la discordancia existente entre norma y realidad en Montes de María puede ser comprendida a partir del incumplimiento de dos obligaciones que tiene el Estado: i) la obligación de prestar servicios médicos de calidad a víctimas de violencia sexual; y ii) la obligación de no obstaculizar el acceso a la justicia.

Servicios médicos sin calidad, sin protocolos, sin infraestructura

Como lo ha manifestado la Corte Constitucional en varias ocasiones, las mujeres víctimas de violencia sexual deben contar con mínimos de garantía en materia de salud sexual, reproductiva y psicosocial, que incluyen: i) asistencia médica inmediata para la atención de las heridas y lesiones recibidas por las víctimas, ii) seguimiento médico para la atención de las consecuencias clínicas del acto delictivo; iii) provisión inmediata de anticoncepción de emergencia y tratamiento profiláctico para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual; iv) atención psicológica especializada inmediata para la víctima y su familia; v) asesoría médico-legal y jurídica; vi) asistencia social; vii) medidas de protección para prevenir agresiones adicionales a la víctima.³⁵

35 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-754 de 2017, M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado; Auto 092 de 2008, M. P. Manuel José Cepeda Espinosa.

En Montes de María, estos mínimos de garantía se han convertido en algo excepcional. Las reglas informales en materia de salud prevalecen ante las reglas establecidas por los órganos tanto nacionales como internacionales. Como lo señala Fabiola, una integrante de la Red de Empoderamiento de las Mujeres de Cartagena de Indias y Bolívar, la ausencia de atención especializada para víctimas de violencia sexual es uno de los mayores obstáculos que deben enfrentar las mujeres de San Cayetano, su municipio. Para Fabiola, esta ausencia de atención genera retrasos en los servicios que deben recibir las víctimas de violencia sexual; retrasos que, además, pueden traer graves consecuencias:

... como en vista de que en el puesto de salud de San Cayetano no cuenta con ese servicio [anticoncepción de emergencia] para las víctimas de violencia sexual pues hay que trasladarse hacia el municipio de San Juan. Entonces como a veces no tiene servicio de ambulancia ni están ahí, en caso de que una ambulancia no está en el momento, sino que tienen que esperar que vengan de cualquier otra emergencia entonces se presenta un retraso [...] Por la demora de la atención que la víctima recibe en la atención médica pues se puede pasar el tiempo de que ya le puedan dar la pastillita del día después para que no quede embarazada, y pasado el tiempo pues ya no pueden hacer nada y ella puede quedar embarazada, lo que origina un riesgo de la propia vida. Es decir, que cuando muchas personas o niñas, jóvenes, adolescentes son víctimas de violaciones o embarazos no deseados ya sea por [...] pues ellas se practican lo que son abortos caseros, ya sea con planta, medicina, pastilla o lo que sea, lo que les ocasiona a ellas jugar con la vida de ellas mismas por lo que muchas veces se presentan sangrados que no se pueden controlar entonces ya puede pasar a otras.

Este caso ilustra la gravedad de las dilaciones del sistema de salud. Dilaciones que podrían evitarse si los hospitales y centros de salud contarán con los implementos necesarios para atender a mujeres que han sido víctimas de violencia sexual. En cumplimiento de los estándares nacionales e internacionales, el marco legal colombiano ha consagrado protocolos orientados a proteger la dignidad, la integridad y la salud de estas mujeres, y a evitar consecuencias negativas causadas por la dilación en la atención. En particular, el *Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual*, consagrado en la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud, establece una serie de disposiciones dirigidas a contener cualquier efecto colateral que

TABLA 3
Obligaciones de los prestadores de salud
a víctimas de violencia sexual*

Tema	Obligaciones de los prestadores de salud
Anticoncepción de emergencia	De manera rutinaria debe ser prescrita la anticoncepción de emergencia de tipo hormonal en todo caso de violencia sexual (asalto, abuso, explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes-ESCNA, u otros tipos) que involucre riesgo potencial de embarazo y que consulte durante las primeras 72 horas luego de la agresión sexual.
Anticoncepción	Cuando la consulta se realiza después de 72 y antes de 120 horas de una agresión sexual que involucra riesgo de embarazo, puede efectuarse anticoncepción de emergencia con DIU, siempre que se cumpla con los criterios clínicos para que la paciente pueda usar este tipo de dispositivo.
Recepción	El tiempo de espera y recepción debe ser breve incluso sin cita previa. Ausencia de interrogatorios más allá de la toma de datos establecidos para la identificación de la persona. Respeto a la intimidad de la consultante. No es necesario pedir a la víctima que relate lo que sucedió.
Información	Un profesional debe brindar a la mujer información sobre el procedimiento en condiciones de confidencialidad, con una actitud cálida, escucha activa, tiempo suficiente para atender sin prisa, transmisión de confianza y plena aceptación, transmisión de certeza de que la paciente será atendida en sus necesidades en esa u otra institución, explicando los pasos que se deben seguir.
Consulta médica	<ul style="list-style-type: none"> ■ Requiere una duración mucho mayor que otras consultas médicas. ■ Explicar desde el inicio el tipo de examen que se realizará así como el uso del espéculo o del examen bimanual. Tal examen está orientado primordialmente a establecer la edad gestacional para recomendar la técnica más apropiada, detectar la presencia de posibles infecciones genitales que deben ser tratadas antes del procedimiento para evitar complicaciones (sin embargo, es prioritaria la IVE, por lo cual este tipo de tratamiento no debe convertirse en un obstáculo de acceso), o establecer si debe ser derivada a otro tipo de prestador de servicios de salud. Si la víctima no desea un examen ginecológico no debe ser obligada pues este no es un prerrequisito para acceder a una IVE, se puede recurrir a la ecografía para establecer la edad gestacional. Por otra parte, este tipo de negativa puede indicar que se ha de requerir sedación durante el procedimiento. ■ Solicitar de rutina los siguientes exámenes: serología, títulos para VIH, anticuerpos para herpes tipo II, frotis vaginal, solo si es necesario. Al finalizar la consulta se debe explicar el procedimiento y los pasos que se deben seguir.

* Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 459 de 2012, *Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual*.

Tema	Obligaciones de los prestadores de salud
Orientación por profesionales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Debe ser realizada por profesionales de trabajo social, psicología, psiquiatría y otros profesionales de la salud y las ciencias sociales, debidamente entrenados en el manejo de violencias sexuales y con experticia tanto en temas de salud sexual y reproductiva, como de derechos sexuales y reproductivos. ■ En caso de niñas(os) y adolescentes debe involucrarse siempre un familiar protector (nunca el agresor, si ha sido violencia sexual intrafamiliar). La participación de una tercera persona en la entrevista siempre debe contar con el asentimiento informado de la niña, el niño o el adolescente. ■ Debe informársele sobre sus derechos, en particular a la IVE, junto con otras posibilidades ante el embarazo, y respetar las decisiones de la víctima, sin tratar de influenciarla en ningún sentido.

esta violencia pueda tener en la salud sexual y reproductiva. En la tabla 3 se hace un recuento de las disposiciones más importantes de este protocolo.

Una abogada de casos de la Red de Empoderamiento de las Mujeres de Cartagena de Indias y Bolívar nos habla de su experiencia acompañando mujeres víctimas de violencia sexual de esta región y hace énfasis en la ausencia de infraestructura suficiente para proteger a estas mujeres. Las disposiciones del protocolo no se cumplen en la región y las mujeres están expuestas a peligros como enfermedades de transmisión sexual, infecciones o embarazos no deseados:

... en materia de salud [la atención] es muy precaria, muy mala [...] No se aplican los protocolos, casi nunca en los centros de salud hay los kit de atención inmediata, de emergencia, no existen. Hemos tenido casos donde las organizaciones sociales hemos tenido que sacar recursos para comprar los medicamentos porque no hay medicamentos de atención inmediata.

La abogada de la Red cuenta que actualmente acompaña dos casos en los que los centros de salud se han saltado por completo el protocolo de atención consagrado en la Resolución 459 de 2012. En sus palabras, primero no había disposición de una médica ginecóloga que la paciente exigía no quería ser atendida por un médico hombre, y pues como no la había le dieron de alta, y además de eso no guardan la reserva, llegó la enfermera la entrevista, después llegó el médico y la entrevistó, después llegó otro médico y la entrevistó, y yo estando ahí presente, porque la muchacha me conocía y me llamó, en este caso sí estuve permanentemente en todo el

tiempo que ya estuvo ahí en el hospital, clínica madre Bernarda, que es un hospital de monjas de aquí Cartagena. A pesar de que exigía consultar con el asesor jurídico, él ni siquiera sabía de la existencia de la ley ni de la atención diferenciada que se le debe dar a esta clase de mujeres víctimas.

Los relatos de Manuela Arvilla, integrante de la Corporación Red de Empoderamiento de las Mujeres de Cartagena de Indias y Bolívar, van en la misma dirección. De acuerdo con ella, los hospitales y los centros de salud no están preparados para recibir en condiciones dignas y seguras a mujeres víctimas de violencia sexual:

... no tienen medidas de emergencia. No las tienen, en ningún lado [...] puede ser porque el Ministerio no se las entregue o puede que no le hacen una educación, una sensibilización a la persona cuando le entregan todo lo que tiene que ver con los protocolos de emergencia. Puede ser que la patriarcalidad no les permita reconocer que es un problema de urgencia, tienen la violencia sexual como algo así y digamos lo que argumentan es que las niñas se lo buscan, todavía sigue ese asunto como de que la niña anda por la calle.

Estas palabras revelan que la atención en violencia sexual no es una prioridad en el sistema de salud, y que los mínimos que debe garantizar el Estado no se cumplen en la región montemariana. El sistema de salud no le está respondiendo a las mujeres como debería: no cuenta con infraestructura, no hay profesionales capacitados, no se garantizan los protocolos legales, y no les brindan los medicamentos necesarios para contener los riesgos que acompañan la violencia sexual. Las mujeres que son víctimas de este tipo de violencia deben enfrentar, además de las barreras típicas del sistema de salud, obstáculos que amenazan su vida, su salud y su integridad sexual y reproductiva.

La sin salida institucional: obstáculos en el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual

Tal como lo ha señalado la Corte IDH, una de las obligaciones de los Estados en casos de violencia sexual es que “la investigación debe intentar evitar la revictimización o reexperimentación de la profunda experiencia traumática cada vez que la víctima recuerda o declara sobre lo ocurrido”.³⁶

36 Corte IDH, Caso Inés Fernández Ortega vs. México, 2010, párr. 196.

En el mismo sentido, esta Corte ha manifestado que “los procedimientos de investigación pueden obstaculizar el acceso a la justicia de las víctimas cuando se dirigen a evaluar la conducta de la víctima”.³⁷ En particular, “no puede inferirse el consentimiento de la víctima de su palabra o conducta en un entorno coercitivo, ni de su silencio o falta de resistencia, así como tampoco reducir la credibilidad de su testimonio o la de un testigo por su comportamiento sexual previo o posterior al hecho”.³⁸

En Montes de María esto no sucede así. Uno de los consensos, tanto en el taller como en las entrevistas, es que las autoridades imponen diversos obstáculos al acceso a la justicia de las mujeres víctimas de violencia sexual. Las pocas veces que las mujeres y niñas deciden denunciar este tipo de actos, barreras como la revictimización, las demoras y la negligencia las alejan de acceder a una justicia que las dignifique. Una de las participantes cuenta que, en su municipio, la Fiscalía no ejerce labores sustanciales y, por lo tanto, no existe una garantía real para mujeres que han sufrido violencia sexual:

... se supone que la Fiscalía es para eso, para hacerse frente a las denuncias, pero ellos son tan negligentes que a veces las personas denuncian los casos y demoran y qué pasa, que, en vez de solucionar, empeoran la situación, entonces yo no sé pa qué ponen tanta propaganda “denuncia” di esto, no te quedés callada nosequé si cuando uno va a entablar la demanda, te escriben cómo te llamas, por qué vienes y listo.

Ante este relato, la respuesta de otras de las participantes fue la siguiente:

... Por eso no creemos en las entidades. Las mismas entidades hacen que nosotros no creamos en ellas, por la forma de mirar los casos, de arreglar los casos. Mire allá en mi pueblo, un problema vale un millón de pesos, con un millón de pesos si un tipo viola, con un millón de pesos sale afuera. Es decir, tienes que respaldarte con un millón de pesos si cometes un delito, para poder salir. Porque ahí hay un señor que se encarga de eso.

Esto muestra la debilidad de las instituciones de investigación y sanción en Montes de María. Además de la experiencia traumática que deben

37 Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer en la Región. Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos, 2014, p. 5.

38 *Idem*.

vivir las víctimas de violencia sexual, las instituciones no creen en sus testimonios, les imponen estándares probatorios imposibles de cumplir, o simplemente lo ven como algo menor, como algo privado. El cortocircuito entre ley y práctica se ve reflejado en el testimonio de Alicia³⁹ una lideresa de Montes de María, quien explica algunas de las barreras que deben soportar las víctimas más vulnerables de violencia sexual:

... [en casos de] violencia sexual, sobre todo en niñas, es demasiado difícil acceder a la justicia de parte porque los defensores, inclusive los de la Defensoría del Pueblo, argumentando para tratar de defender a su cliente alegan que única prueba, que nadie los vio, y a pesar de las múltiples jurisprudencias y antecedentes jurisprudenciales que existen en esa materia, de testimonio único, de testimonio de la víctima o relato de la víctima, la calificación o la atención que se le debe dar a esa prueba, la categoría. Y el hecho de que los fiscales no le ponen nada de atención cuando es menores de edad. Nosotras tuvimos dos casos, atendimos dos casos de menores de edad, una menor de dos años y una de siete años con problemas de retardo mental y otras dos en el bajo Cauca, y todas presentan esa grande dificultad del testimonio único, de la prueba única. También se cruza el estereotipo por parte de los funcionarios de que los padres no son capaces de violentar sexualmente a las hijas; no alcanzan a pensar que un papá sea capaz de violentar sexualmente a la hija y así fueron. En el caso de la menor de dos años fue mucho más grave porque esa niña no habla pues solamente hacía señales, manipulaciones y cosas que unido a la valoración psicológica se establece realmente que la menor estaba siendo abusada por el padre, tanto que nos tocó luchar para impedir la visita del padre a la niña, porque la reclamaba y luchaba por la reivindicación del derecho del padre de visitar a la niña, y el defensor de familia se lo dio porque él no podía violar el derecho al padre, como si el derecho fuera del padre y no de la niña. Bueno, eso nos tocó una lucha fuerte. Frente a la niña de siete años de violencia sexual, le quedaron secuelas de deformidad permanente y también contó con dificultad para atender, no tanto como con la menor de dos años, pero aquí la dificultad se basó, tal vez, que tanto como el fiscal primero nos tocó hacerle un trabajo de sensibilización para que pudiera estar de acuerdo a nuestra teoría que estaba en contra del defensor que argumentaba la prueba única y que el dicho

39 Este nombre ha sido cambiado para garantizar la seguridad de la lideresa.

[testimonio] de la niña no fue directamente, que no fue entrevistada por él sino que la entrevistaron en Medicina Legal, muy a pesar de que los que la entrevistaron como psiquiatría, psicología fueron y testificaron qué es lo que exige la ley que se haga, el procedimiento de ley, y se negaba a eso, momento en que como que ya estaba desesperada porque me paré, porque pensé que el juez no estaba convencido, pero finalmente lo logramos convencer y salió sentencia condenatoria en ese sentido [...] sabemos que la participación de la representación de la víctima durante el proceso es más bien como empujar y no de la dificultad misma de la víctima, porque la actuación de nosotros como representantes de la víctima es como muy superflua.

La revictimización por parte de las autoridades se agrava aún más si se tiene en cuenta que las mujeres no suelen tener apoyo dentro de sus familias y que, en ocasiones, son autoridades como los fiscales y los defensores los únicos que pueden detener los ciclos de violencia a los que están expuestas. De acuerdo con Alicia, en la comunidad montemariana aún existe un fuerte tabú relacionado con la violencia sexual, su denuncia y su exteriorización:

... Ahora, si es una violación, si es el papá, el padrastro o incesto, tiende a ocultarse en la familia y eso muy pocas veces sale de lo privado por vergüenza. Hay casos de que se denunció porque la embarazó el abuelo, el tío, de eso sí hay casos, pero igual tiene el bebé, porque se dan cuenta cuando la niña ya no puede ocultar el embarazo [...] violencia intrafamiliar hay, todavía las mujeres no están muy animadas a denunciar, hay unas que sí que están muy empoderadas, lo demandan, lo dejan, lo meten preso y hacen lo que tienen que hacer porque te violentaron, pero eso todavía sigue siendo del ámbito privado. Mi lectura es que nosotros no hemos trabajado mucho sino en la otra línea de violencia sexual. Es que todavía hay unos sistemas patriarcales muy arraigados y que impiden que las mujeres se deshagan de muchos prejuicios, de muchos tabúes, miedos en torno a quedarme sola, en torno a cómo los mantengo estos muchachitos.

Entonces la lectura es que la violencia de género sigue siendo todavía del ámbito de lo privado, del ámbito de contárselo a la amiga, pero de la denuncia no, incluso, cuando mujeres toman la decisión de dejar al marido porque las maltratan se hace desde el ámbito de lo privado, no en el ámbito de la denuncia sino yo te dejo, me voy. Da pena, da miedo, porque por lo general el

violador te quiere tener, te quiere tener dominada, y perder lo dominado es duro.

En resumen, las mujeres no suelen llegar a las instancias de denuncia y, cuando llegan, deben sufrir una serie de violencias institucionales. Esta situación muestra que los prejuicios y la imagen negativa sobre el cuerpo y la autonomía de las mujeres atraviesa el ámbito de la familia, de la vida comunitaria y de las autoridades. Por eso mismo, la necesidad de fortalecer la institucionalidad y la justicia en Montes de María no se agota en la presencia de fiscales o defensores. Debe ir mucho más allá. Estas autoridades deben generar la suficiente confianza para que las víctimas de violencia sexual se sientan seguras denunciando y que, quienes lo hagan, no sean objeto de cargas y victimizaciones adicionales a las ya sufridas. Deben ser autoridades capacitadas en temas de violencia sexual, que tengan conocimiento de la regulación y, ante todo, que pongan los intereses de las víctimas en el centro del proceso.

El derecho a la educación sexual dentro de las aulas

La educación sexual es reconocida por los estándares internacionales como un derecho humano indispensable para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. La Relatoría Especial de las Naciones Unidas así lo dispuso en su Informe sobre el Derecho a la Educación (2010), en el que aseveró que el derecho a la educación incluye el derecho a la educación sexual, “el cual es un derecho humano en sí mismo”, que además resulta indispensable para la realización de otros derechos como la salud, la información y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos (párr. 19).

Según esta Relatoría, el contenido de la educación sexual debe estar acorde con la edad de la persona y resulta indispensable en las etapas de la niñez y la juventud. Este tipo de educación brinda herramientas para tomar decisiones con respecto a la sexualidad y al proyecto de vida personal (párr. 17), y proporciona conocimientos indispensables para la reducción de riesgos relacionados con la sexualidad. La relatoría hace énfasis en que omitir la educación sexual equivaldría a dejar a “las niñas, niños y adolescentes librados a su suerte en cuanto al tipo de conocimientos y mensajes, generalmente negativos, que reciben sobre la sexualidad” (párr. 16). En este sentido advierte que, cuando no se proporciona educación sexual de manera explícita, “en la práctica educativa predomina el denominado *currículum oculto*, con su potencial carga de prejuicios e inexactitudes, sobre los que no hay crítica ni control social o familiar posible” (párr. 19) (énfasis agregado).

Asimismo, en el contexto regional, la CIDH ha reiterado que “la información y la educación habilita a las mujeres para adoptar decisiones a todos los niveles en todas las esferas de sus vidas, especialmente en el terreno de la salud, la sexualidad y reproducción”.⁴⁰ Por esa razón, este órgano regional ha recomendado que, con el fin de mitigar la mortalidad materna, es necesario implementar campañas de educación destinadas a fomentar el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.⁴¹

En el marco nacional está, en primer lugar, la Ley 115 de 1994 o Ley General de Educación, que contempla en su artículo 13 que uno de los objetivos primordiales de todos y cada uno de los niveles educativos el desarrollo integral debe estar encaminado a desarrollar una “sana sexualidad que promueva el conocimiento de sí mismo y la autoestima, la construcción de la identidad sexual dentro del respeto por la equidad de los sexos, la afectividad, el respeto mutuo y prepararse para una vida familiar armónica y responsable”. En el mismo sentido, la Ley 1029 de 2010 sobre educación general dispone, en su artículo 1, que en todos los colegios públicos o privados es obligatorio cumplir con la obligación de impartir educación sexual, de acuerdo con las “necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad”. Asimismo, la Ley 1146 de 2007, por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y la atención integral de los niños, las niñas y los adolescentes abusados sexualmente, dispone en su artículo 14 que los establecimientos de educación media y superior deberán incluir en sus programas de estudio la “Cátedra de educación para la sexualidad”, “con el propósito de coadyuvar a la prevención de las conductas de que trata la presente ley, una cátedra de educación para la sexualidad, donde se hará especial énfasis en el respeto a la dignidad y a los derechos del menor”.

De la misma forma, la Ley 1620 de 2013, más conocida como la “ley antimatoneo”, es sin duda la disposición normativa más importante sobre educación sexual y reproductiva en colegios. Esta ley contempla la creación del sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad, y la prevención y mitigación de la violencia escolar. Específicamente promueve el desarrollo de estrategias, programas y actividades de educación sexual

40 CIDH (2011). *Acceso a información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos* (Doc. 61). Washington: Organización de los Estados Americanos (OEA), p. 10.

41 *Idem*.

y reproductiva orientadas a fortalecer la convivencia escolar, la construcción de ciudadanía y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los niños, las niñas y los adolescentes de los niveles educativos de preescolar, básica y media. Adicionalmente, dispone una serie de obligaciones dirigidas a los establecimientos educativos y sus trabajadores con el fin de garantizar el respeto a la dignidad e integridad física y moral de los niños, las niñas y los adolescentes, en el marco de la convivencia escolar, y los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Por su parte, la Corte Constitucional ha señalado la importancia de que los colegios impartan educación sexual como garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Desde 1992, la Corte destacó que la introducción del tema de la sexualidad no es irrazonable, puesto que tiene la potencialidad de “reducir el nivel de embarazos no deseados, la extensión de enfermedades venéreas o la paternidad irresponsable”.⁴² Señaló, además, que “el respeto del derecho de los padres a educar no significa el derecho a eximir a los niños de dicha educación, por la simple necesidad de mantener a ultranza las propias convicciones religiosas o filosóficas”.⁴³ La Corte reiteró esta posición en la Sentencia T-368 de 2003, en la que reconoció el papel preponderante de los padres en la educación de sus hijos y recalcó la importancia de la escuela en su deber de incorporar “el reconocimiento y la comprensión cabal de la sexualidad, de suerte que los educandos reciban en cada momento conocimientos serios, oportunos y adecuados y gracias a esta interacción lleguen al pleno dominio de su ‘yo’ y de respeto y consideración humana por el ‘otro’”.⁴⁴ Adicionalmente, en la Sentencia C-355 de 2006, este alto tribunal fue enfático en señalar que el derecho a la educación sexual está estrechamente relacionado con la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, y que la adecuada y oportuna transmisión de esta materia en los colegios, además de brindar herramientas para la toma de decisiones libres, “protege a las personas de la invasión o intrusión no deseada en sus cuerpos y otras restricciones no consensuales a su autonomía física”. Finalmente, la Corte Constitucional, en la Sentencia T-478 de 2015, estudió el caso de Sergio Urrego, un joven de 17 años que se suicidó debido al matoneo homofóbico experimenta-

42 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-440 de 1992, M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

43 *Idem*.

44 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-368 de 2003, M. P. Álvaro Tafur Galvis.

do en su colegio. En esta decisión la Corte resolvió, entre otras medidas, ordenar al Ministerio de Educación acciones para la creación del Sistema Nacional de Convivencia Escolar según lo establecido en la Ley 1620 de 2015. También ordenó la evaluación de todos los manuales de convivencia del país para determinar que los mismos sean respetuosos de la orientación sexual y la identidad de género de los estudiantes, y con el fin de que incorporen nuevas formas para incentivar y fortalecer el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los estudiantes.

Colegios sin el derecho a la educación sexual

A pesar del robusto marco legal nacional e internacional que obliga al Estado colombiano a incluir en los currículos estudiantiles cátedras sobre educación sexual y reproductiva, las mujeres entrevistadas señalaron que en los Montes de María, por motivos de prejuicio y desinformación, estos no se implementan: “Es que, pues, no sé si saben, pero en el Ministerio de Educación hay algo que se llama proyecto de educación sexual y construcción de ciudadanía, se llama PESCC. Ese ya existe, la educación, el punto es que no se implementa en los colegios”.

Otra de las participantes menciona, como ejemplo de la no implementación de estas políticas, que a pesar de que en algún momento varios colegios de la región buscaron incluir clases de educación sexual en el currículo, padres y madres de familia se opusieron y, en consecuencia, varias instituciones eliminaron la cátedra:

Yo recuerdo que las clases de educación sexual estaban implementadas para que todos los colegios la dictaran, pero muchos padres no estuvieron de acuerdo con eso porque sintieron que le estaban abriendo la mente a los hijos para buscar relaciones sexuales. [...] Entonces, vieron muchas instituciones que las quitaron por eso, porque los papás pidieron de que a los niños no se les diera educación sexual, por eso es que hay que buscar la manera de educar a los papás con respecto a la educación sexual.

Ante la ausencia de educación sexual en los colegios, señalan las participantes, este tipo de temas quedan a cargo de padres, madres y de la información que niñas, niños y adolescentes puedan conseguir en los medios y de personas externas. Por ende, varias participantes insistieron en la necesidad de que la educación sexual se extienda a madres y padres de familia. En este punto hubo consenso y apertura frente a la necesidad de que madres y padres adquieran nuevas herramientas educativas sobre sexualidad y reproducción, con el fin de que ellos mismos puedan educar a sus hijos:

Yo digo que ahora nosotros los papás debemos de informarnos, educarnos, darnos charlas, no tanto a los hijos sino a nosotros como papás que somos los que estamos adentro de la casa y sabemos por dónde van los hijos, qué hacen los hijos, nosotros como papás tenemos que educarnos porque en estos roles por aquí, eso es un tabú, eso de sexualidad es un tabú y no se permite que se hable de eso.

En el mismo sentido, varias mujeres participantes manifestaron su preocupación de no saber cómo comunicar a sus hijas e hijos temas tan íntimos como son la sexualidad y la reproducción, temas que a ellas tampoco les fueron enseñados: “Entonces por qué siento temor, por qué yo siento temor de hablarle a mi hijo de planificación familiar, porque a mí no me educaron, entonces si yo no sé un tema, por qué voy a hablarle a mi hijo. Yo necesito que a mí me eduquen para poder educar a mi hijo”.

Frente al tema de los tabúes y la costumbre arraigada de no hablar sobre sexualidad con los hijos e hijas, una de las participantes añadió que este era el momento en el que tenían que educarse sobre estos temas, aceptar que el mundo cambia y cambiar con él: “Tenemos que aceptar que la vida cambia, tenemos que educarnos, tenemos que cambiar las ideas eh... ver que estamos en un mundo cambiante y tenemos que cambiar con él también”.

En síntesis, las mujeres participantes señalaron que las políticas de educación sexual no se implementan en la región de Montes de María, y este tipo de educación queda principalmente a cargo de padres y madres. Esto tiene al menos dos consecuencias. Por un lado, el Estado le está negando a una población de especial protección la materialización de un derecho fundamental del cual dependen otros derechos fundamentales como la salud, la intimidad, la autodeterminación, la no discriminación, entre otros. Por el otro, hechos como el de padres y madres que se oponen a la educación sexual en los colegios da a entender que existe una asunción de los hijos e hijas como propiedad. Esta concepción fue refutada por la Corte Constitucional en su sentencia T-477 de 1995, en la que aclaró que “los niños no son propiedad de nadie: ni son propiedad de sus padres, ni son propiedad de la sociedad. Su vida y su libertad son de su exclusiva autonomía”. Negarles el derecho a la educación sexual es interferir con su autonomía y desarrollo personal.

CONCLUSIÓN

Los Montes de María son una región colombiana periférica, de mayoría rural, que históricamente ha sido golpeada por la debilidad institucional, la corrupción estatal, y las tradiciones machistas que imponen determinados roles a hombres y mujeres, y sitúan a estas últimas en una posición de desventaja. Este tipo de características estructurales ha imposibilitado la satisfacción mínima de derechos fundamentales y, para efectos de este documento, de los sexuales y reproductivos. Las 35 voces de las mujeres montemarianas, con las que compartimos en las entrevistas y en el taller, nos permitieron acercarnos a esta realidad. Comprendimos que, a pesar de que estos derechos han tenido un largo desarrollo en la normativa internacional y nacional, en esta región el mensaje de los derechos sexuales y reproductivos todavía no ha llegado.

En este texto mostramos cómo la garantía o la precariedad de estos derechos está cruzada por cinco elementos contextuales. En primer lugar, existe una debilidad institucional que permea toda la zona. Aunque sabemos que la relación entre el Estado y los territorios debe verse desde sus complejidades, particularidades, contrastes y presencia diferenciada (González, 2003), los relatos de las mujeres montemarianas tienden a mostrar un panorama en el que el Estado no ha suplido de forma satisfactoria las necesidades de los habitantes de la zona. A esto se suma, además, que según estudios sobre capacidad estatal (García Villegas *et al.*, 2017), la mayoría de municipios de Montes de María cuentan con capacidad local baja o crítica. Si bien esta debilidad institucional es multicausal, se ve acentuada por la histórica “lucha de clases” entre élites sociopolíticas y grupos de campesinos y afrodescendientes. Las élites que han gobernado históricamente la región han sido reacias a garantizar las necesidades más apremiantes de los habitantes de las zonas rurales y urbanas, lo que

ha generado una precariedad socioeconómica para muchos grupos que habitan el territorio. ¿Cuál es la consecuencia o la importancia de esta condición para los derechos sexuales y reproductivos? La debilidad institucional no solo ha generado una fuerte ruptura de confianza en el Estado, sino que ha tenido un impacto específico en el sistema de salud. En Montes de María, la infraestructura en salud en general, y en salud sexual y reproductiva en particular, es una muestra de la debilidad estatal: no hay médicos capacitados o especialistas, no hay instrumentos para realizar procedimientos o exámenes, no hay medicamentos y no hay programas de educación. Muchas mujeres deben hacer largos recorridos para acceder a la IVE, a anticoncepción o a medicamentos, lo que implica un gasto de dinero y tiempo que algunas no están en posibilidades de enfrentar.

En segundo lugar, parte del acceso que han tenido las mujeres de esta región a los derechos sexuales y reproductivos se debe, en gran medida, al papel de las lideresas de los Montes de María. Así lo expresan las mujeres entrevistadas y participantes del taller, quienes cuentan que son ellas las que principalmente se capacitan y replican este mensaje del derecho como un “voz a voz” a las mujeres rurales de sus municipios. Un ejemplo de ello es la campaña “Pare pero prepárate”, creada por la Red de Mujeres Rurales del Norte de Bolívar, que tenía el objetivo de lidiar con uno de los problemas más apremiantes de la región: el embarazo adolescente. De esa forma, tal como lo mencionamos, las lideresas montemarianas son una muestra del poder de las iniciativas locales. Su trabajo nos muestra que la legalidad también se construye desde abajo y que, en lugares donde el Estado es débil, pueden servir de mediadoras para garantizar los derechos y reconstruir el tejido social.

En tercer lugar, el contexto de la región está atravesado por el legado de la guerra. Durante la época de dominio del territorio, los actores armados impusieron el culto a la masculinidad guerrillera y acentuaron los órdenes tradicionales de género. Esto llevó a que las mujeres fueran subordinadas al menos en dos planos: el sexual y el doméstico. Por un lado, la violencia sexual contra mujeres y personas con sexualidades no normativas se convirtió en uno de los repertorios más crueles del conflicto para lograr el disciplinamiento y el control del territorio. Por otro lado, muchas mujeres fueron subyugadas a la esclavitud doméstica, una práctica que consistía en servir a los jefes paramilitares a partir de lo que “se espera de una mujer”: durante jornadas de trabajo inhumanas, las mujeres debían cocinar, limpiar, atender y servir como objetos sexuales a los

actores armados. En suma, se expropió cualquier autonomía o agencia que pudieran tener las mujeres de la zona, y se impulsó la idea de que son cuerpos apropiables, sin libertad para decidir sobre su autonomía o reproducción. Actualmente, algunas lideresas de la región temen que este pasado atroz pueda volver debido a la incipiente presencia de células armadas en la zona.

Un cuarto factor estructural de Montes de María son los mandatos culturales que aún perviven en la región. Según las historias y los relatos de las mujeres, su rol ha sido entendido como la capacidad de reproducirse. Es decir, son valiosas en cuanto tienen la capacidad de tener hijos. Sus familias y comunidades les imponen la maternidad como un mandato, no les permiten realizarse la ligadura de trompas antes de cierta edad (socialmente aceptada). Esto tiene fuertes implicaciones sobre su autoestima, su visión de sí mismas y su autonomía para decidir cuántos hijos tener y en qué condiciones. De la misma forma, los hombres han tenido un papel silencioso en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos tanto de las mujeres como de ellos mismos. La virilidad, entendida a partir de la cantidad de mujeres con las que se está y la cantidad de hijos que se tiene, es el mandato de los hombres. Esta exigencia de virilidad los aleja de cualquier decisión que tenga algún efecto en su sistema reproductor –como la vasectomía– y genera, en palabras de las montemarianas, cierta complicidad ante la idea de que las mujeres son valiosas en cuanto son reproductoras.

Finalmente, la quinta condición que cruza el contexto de la región son las posibilidades que se crean con los PDET. El PDET de Montes de María incluye dos medidas relativas a los derechos sexuales y reproductivos. Una de ellas, debido a su generalidad, tiene la potencialidad de ser llenada de contenido específico gracias a la participación de las organizaciones, de las lideresas y de las mujeres de base. Más allá de las medidas específicas que quedaron plasmadas en el plan regional, la lógica propia del PDET también es un impulso para pensar en formas de cerrar las brechas territoriales y garantizar los derechos sexuales y reproductivos.

En este texto también abordamos una sección más focalizada en la que entendimos los derechos sexuales y reproductivos desde las prácticas y omisiones institucionales. Las voces y narrativas de las mujeres fueron las protagonistas al momento de decidir en qué derechos y prácticas enfocarnos y en cuáles no. A partir de esta decisión metodológica priorizamos cinco derechos: i) intimidad; ii) autodeterminación reproductiva;

iii) interrupción voluntaria del embarazo; iv) violencia sexual; y v) educación sexual. Allí concluimos, desde el análisis de prácticas y omisiones, que existe una gran brecha entre lo que dice el derecho internacional y nacional y lo que sucede en la región montemariana. En este punto es clave resaltar que los relatos de las mujeres no incluyeron discriminaciones que podría sufrir la población LGBT en la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos. Esta omisión muestra, posiblemente, que en la región todavía no es posible hablar de otras identidades de género u orientaciones sexuales diversas, y que el mandato de la maternidad se extiende a la heterosexualidad. Asimismo, nos llamó la atención que no apareciera el tema de las parteras y su medicina ancestral. Una de las participantes señaló que este oficio ha ido desapareciendo y que las mujeres demandan un mayor acceso de calidad al sistema de salud estatal.

Por lo tanto, lo que nos dejan las voces de las mujeres montemarianas es que los derechos sexuales y reproductivos, que han sido avalados en ámbitos nacionales e internacionales, aún no han llegado a Montes de María. Cuando decimos que “no han llegado” nos referimos principalmente a las instituciones, a los funcionarios de salud, a los médicos o a los burócratas, pues las mujeres líderes tienen un importante conocimiento de esta gama de derechos, de cómo reclamarlos y de cómo hacerlos cumplir ante las autoridades. Son ellas las que se encargan de hacerlos valer en sus municipios ante instituciones que los incumplen o los desconocen.

Esto nos lleva a hacer un llamado al sistema de salud y las instituciones del Estado para que lleven el mensaje de los derechos sexuales y reproductivos hasta zonas periféricas del país. Deben ser el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud, las Secretarías de Salud, los Tribunales de Ética Médica y las entidades territoriales, junto con los entes de control y juzgamiento (como Procuraduría General de la Nación y Fiscalía General de la Nación) las autoridades encargadas de hacer cumplir estos derechos y reconocer el papel que han tenido la sociedad civil y algunas entidades estatales como la Defensoría del Pueblo en la construcción de legalidad, y en el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Algunas de las medidas que pueden tomar estas autoridades, y que se pueden introducir en el marco de políticas territoriales como el PDET, son las siguientes:

- 1. Fortalecer la capacidad institucional en términos de infraestructura y dotación.** Los relatos de las mujeres evidencian que no existen espacios físicos adecuados, tampoco medicinas, ni ambulancias ni especialistas. Aunque este problema es general y afecta

todas las esferas del derecho a la salud, es una condición necesaria para la realización de los derechos sexuales y reproductivos.

- 2. Desarrollar políticas públicas que garanticen el respeto del derecho a la intimidad de las y los usuarios del sistema de salud.** Tal como vimos, el estrecho vínculo entre la intimidad y los derechos sexuales y reproductivos hace que estos últimos dependan de la realización del primero. Los datos que tienen que ver con los derechos sexuales y reproductivos que implican la exposición de las partes íntimas del cuerpo, las dudas sobre sexualidad y reproducción, o temas relacionados con enfermedades de transmisión sexual revelan información íntima que debe ser protegida mediante el estricto cumplimiento de la normativa de la ética médica. Si este derecho no es garantizado, los usuarios preferirán no acudir al sistema, dejando de lado la materialización de los derechos sexuales y reproductivos y poniendo en riesgo su salud y vida.
- 3. Desarrollar directrices y procesos educativos sobre la importancia de la autodeterminación reproductiva como derecho constitucional.** En los Montes de María, como pudimos ver en los relatos, existen reglas producto de las tradiciones culturales que establecen que una mujer con pocos hijos o sin hijos, o menor de 30 años, no puede “desconectarse” o realizarse el procedimiento de ligadura de trompas. Estas tradiciones arraigadas de la maternidad como mandato interfieren con el derecho fundamental de la mujer a decidir sobre su cuerpo, tener o no tener hijos, y el número de hijos.
- 4. Implementar medidas de educación para informar a las mujeres sobre su derecho a la IVE.** Tal como constatamos en las voces de las mujeres, a pesar de que desde hace 12 años el aborto es legal en tres causales, en los Montes de María este derecho parece no existir. Las entrevistadas señalan que hay mujeres de la zona rural que no tienen conocimiento sobre este derecho y, adicionalmente, que en los hospitales el personal médico aún considera este procedimiento como ilegal. Una de las principales consecuencias de esta desinformación es el desinterés de los médicos por atender el creciente número de abortos clandestinos que resultan mal hechos, y que ponen en riesgo la salud y vida de las mujeres.
- 5. Fortalecer la institucionalidad y la justicia, lo cual no se agota con la presencia de fiscales o defensores, sino que debe concen-**

trarse en contar con personas que entiendan el impacto de la violencia de género, generen confianza y pongan a las víctimas en el centro del proceso. Las mujeres entrevistadas revelaron que la atención a víctimas de violencia sexual no era una prioridad para el sistema de salud. Entre los problemas más apremiantes están la falta de infraestructura, de profesionales capacitados, de aplicación de protocolos y de medicamentos para contener los riesgos que acompañan a la violencia sexual. En consecuencia, el desarrollo de cualquier medida o iniciativa debe tener en cuenta este tipo de factores que revictimizan a las víctimas de este delito, puesto que, además de enfrentar este tipo de violencia, se encuentran sometidas a las barreras típicas del sistema de salud, obstáculos que amenazan sus vidas, salud e integridad sexual y reproductiva.

6. *Incluir espacios de formación en educación sexual tanto en los ámbitos escolares como para madres y padres.* En el marco del derecho nacional e internacional, la educación sexual es un derecho humano que está íntimamente ligado a la satisfacción de los derechos sexuales y reproductivos. Este conjunto de normas considera que la educación sexual es un conocimiento esencial para adoptar decisiones a todos los niveles en todas las esferas de la vida, especialmente en el terreno de la salud, la sexualidad y la reproducción, y para vivir una vida libre de violencias. Vimos que en Montes de María este derecho no se cumple a cabalidad, y los niños, las niñas y los adolescentes crecen sin información oportuna, veraz y de calidad para tomar decisiones autónomas sobre su sexualidad y reproducción.

Referencias

- Acosta García, J. (2014). *La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso*. Bogotá: Banco de la República. Documentos de trabajo sobre economía regional.
- Aguilera Díaz, M. (2013). *Montes de María: una subregión de economía campesina y empresarial*. Bogotá: Banco de la República. Documentos de trabajo sobre economía regional.
- Arati, R. (2001). Right in the home: Feminist theoretical perspectives on international human rights. En P. Hayden (ed.), *The Philosophy of Human Rights* (pp. 511-532). Saint Paul: Paragon House Publishers.
- Bautista, A. y Martínez, M. (2017). *Cárcel o muerte. El secreto profesional como garantía fundamental en casos de aborto*. Bogotá: Dejusticia.
- Bautista, A., Capacho, B. y Martínez, M. (2018). *Posconflicto y violencia sexual. La garantía de la interrupción voluntaria del embarazo en los municipios priorizados para la paz*. Bogotá: Dejusticia.
- Bobbio, N. (1991). *El tiempo de los derechos*. Madrid: Editorial Sistema.
- Boesten, J. (2014). *Sexual Violence During War and Peace. Gender, Power and Post Conflict Justice in Perú*. New York: Palgrave MacMillan.
- Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH) (2011). *Mujeres y guerra. Víctimas y resistentes en el Caribe colombiano*. Bogotá: CNMH.
- Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH) (2017). *La guerra inscrita en el cuerpo. Informe nacional de violencia sexual en el conflicto armado*. Bogotá: CNMH.
- Chase, S. (2005). Narrative inquiry: Multiple lenses, approaches, voices. En N. Denzin e Y. Lincoln (eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3 ed.). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
- Cook, R. y Cusack, S. (2010). *Estereotipos de género. Perspectivas legales transnacionales*. Bogotá: Profamilia.
- Consejo Superior de la Judicatura (1996). *Atlas Judicial de Colombia*. Bogotá: Imprenta Universidad Nacional.
- Corréa, S., Petchesky, R. y Parker, R. (2008). *Sexuality, Health and Human Rights*. London, New York: Routledge.
- Corréa, S. (2008). Cruzando la línea roja: cuestiones no resueltas en el debate sobre los derechos sexuales. En I. Szasz y G. Salas (coords.), *Sexualidad, derechos humanos y ciudadanía. Diálogos sobre un proyecto en construcción* (pp. 25-57). México D.F.: El Colegio de México.
- Dalén, A. (2014). *La implementación de la despenalización parcial del aborto en Colombia*. Bogotá: Dejusticia.

- García Villegas, M., Torres Echeverry, N., Revelo Rebolledo, J., Espinosa Restrepo, J. R. y Duarte Mayorga, N. (2017). *Los territorios de la paz. La construcción del Estado local en Colombia*. Bogotá: Documentos Dejusticia.
- Gobierno Nacional de Colombia (2016). *Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera*. Bogotá: Gobierno Nacional de Colombia.
- González, F. (2003). ¿Colapso parcial o presencia diferenciada del Estado en Colombia? Una mirada desde la historia internacional. *Colombia Internacional*, 58, 124-158.
- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2017). *Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia*. Bogotá.
- Lagarde, M. (1990). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Linares Ardila, K. L. y Sierra Acero, A. M. (2014). Voces de mujeres en la región de Montes de María: violencia sexual contra las mujeres como arma de guerra en el paramilitarismo. *Folios de Humanidades y Pedagogía*, 2, 67-84.
- Mackinnon, C. (1989). *Toward a Feminist Theory of the State*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Misión de Observación Electoral (MOE) (2007). Monografía político electoral del departamento de Bolívar. Bogotá: MOE y Corporación Nuevo Arco Iris.
- Nussbaum, M. (2002). *Las mujeres y el desarrollo humano*. Barcelona: Herder.
- Ochs, E. y Capps, L. (1996). Narrating the Self. *Annual Review of Anthropology*, 25, 19-43.
- Pérez Valbuena, G. J. y Silva Ureña, A. (2015). *Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia*. Bogotá: Banco de la República. Documentos de trabajo sobre economía regional.
- Profamilia (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud* (t. II). Bogotá: Profamilia.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2010). *Los Montes de María. Análisis de la conflictividad*. Bogotá: Asdi y PNUD.
- Rodríguez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Revista Nueva Sociedad*, 256, 30-44.
- Theidon, K. (2009). *Reconstrucción de la masculinidad y reintegración de excombatientes en Colombia* (documento de trabajo). Bogotá: Fundación Ideas para la Paz (FIP).

- Viveros Vigoya, M. (2001). *Masculinidades: diversidades regionales y cambios generacionales en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Viveros Vigoya, M., Olavarría, J. y Fuller, N. (2001). *Hombres e identidades de género: investigaciones desde América Latina*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas.
- Viveros Vigoya, M. (2002). *De quebradores y cumplidores. Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*. Bogotá: Centro de Estudios Sociales (CES), Universidad Nacional, Fundación Ford y Profamilia Colombia.
- Viveros Vigoya, M. y Gil, F. (2006). De las desigualdades sociales a las diferencias culturales. Género, “raza” y etnicidad en la salud sexual y reproductiva en Colombia. En M. Viveros Vigoya (ed.), *Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia*. Bogotá: Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM) y Centro de Estudios Sociales (CES).
- Viveros, M. (2009). La esterilización masculina: ¿un punto de inflexión en las trayectorias anticonceptivas y reproductivas? Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano. *Sexualidad, salud y sociedad. Revista latinoamericana*, 1, 11-29.

Jurisprudencia

- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-440 de 1992, M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz.
- Corte Constitucional de Colombia. Auto 006 de 1993, M. P. Jorge Arango Mejía.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-293 de 1998, M. P. Carmenza Isaza Gómez.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-729 de 2002, M. P. Eduardo Montealegre Lynett.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-465 de 2002, M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-368 de 2003, M. P. Álvaro Tafur Galvis.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-787 de 2004, M. P. Rodrigo Escobar Gil.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-834 de 2006, M. P. Nilson Pinilla Pinilla.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006, M. P. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández.
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-605 de 2007, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-636 de 2007, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-158A de 2008, M. P. Rodrigo Escobar Gil.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209 de 2008, M. P. Clara Inés Vargas Hernández.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-303 de 2008, M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

Corte Constitucional de Colombia. Auto 092 de 2008, M. P. Manuel José Cepeda Espinosa.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-732 de 2009, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-388 de 2009, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-841 de 2011, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-627 de 2012, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-478 de 2015, M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-754 de 2017, M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-665 de 2017, M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-316 de 2018, M. P. Cristina Pardo Schlesinger.

Marco normativo nacional

Congreso de Colombia. Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.

Congreso de Colombia. Ley 115 de 1994. Por la cual se expide la Ley General de Educación.

Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia.

Congreso de Colombia. Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

- Congreso de Colombia. Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.
- Congreso de Colombia. Ley 1146 de 2007. Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.
- Congreso de Colombia. Ley 1257 de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.
- Congreso de Colombia. Ley 1412 de 2010. Por medio de la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable.
- Congreso de Colombia. Ley 1029 de 2010. Por la cual se expide la Ley de Formalización y Generación de Empleo.
- Congreso de Colombia. Ley 1620 de 2013. Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar.
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 229 de 2002. Por el cual se define la proporción de UPC-S que se destinará para la financiación de las acciones de promoción y prevención para el Régimen Subsidiado.
- Gobierno Regional de Montes de María (2018). Plan de Acción para la Transformación Regional de Montes de María.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 459 de 2012. Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.
- Superintendencia Nacional de Salud. Circular Externa 003 de 2013. Por la cual se imparten instrucciones sobre la interrupción voluntaria del embarazo
- Marco normativo internacional**
- CIDH (2011). *Acceso a información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos* (Doc. 61). Washington: Organización de los Estados Americanos (OEA).
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). Observación General No. 14 de 2000. E/C.12/2000/4, CESCR.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). Observación General No. 22 de 2016, relativa al derecho a la salud sexual y repro-

ductiva (art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

Comité de Derechos Humanos. Observación General No. 28 de 2008.

Comité de los Derechos del Niño. Observación General No. 14 de 2013, sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Cedaw). Recomendación General No. 24 de 1999, UN.DocA/54/38/Rev.1.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa). Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIDP). El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Edición 20 Aniversario.

Naciones Unidas. Informe presentado por la Sra. Radhika Coomaraswamy, Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias: Misión a Colombia (1-7 de noviembre de 2001), E/CN.4/2002/83/Add. 3, 11 de marzo de 2002.

Naciones Unidas. Informe del Relator Especial Paul Hunt, E/CN.4/2004/49, 2004.

ONU Mujeres. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5, 1995.

UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño, 20 de noviembre de 1989.

• DOCUMENTOS 1

ETNORREPARACIONES: la justicia colectiva étnica y la reparación a pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes en Colombia

Publicación digital e impresa

César Rodríguez Garavito, Yukyan Lam

2011

• DOCUMENTOS 2

LA CONSULTA PREVIA: DILEMAS Y SOLUCIONES. Lecciones del proceso de construcción del decreto de reparación y restitución de tierras para pueblos indígenas en Colombia

Publicación digital e impresa

César Rodríguez Garavito, Natalia Orduz Salinas

2012

• DOCUMENTOS 3

LA ADICIÓN PUNITIVA:

La desproporción de leyes de drogas en América Latina

Publicación digital e impresa

Rodrigo Uprimny, Diana Esther Guzmán, Jorge Parra Norato

2012

• DOCUMENTOS 4

ORDEN PÚBLICO Y PERFILES RACIALES:

experiencias de afrocolombianos con la policía en Cali

Publicación digital e impresa

Yukyan Lam, Camilo Ávila

2013

• DOCUMENTOS 5

INSTITUCIONES Y NARCOTRÁFICO:

la geografía judicial de los delitos de drogas en Colombia

Publicación digital

Mauricio García Villegas, Jose Rafael Espinosa Restrepo,

Felipe Jiménez Ángel

2013

• DOCUMENTOS 6

ENTRE ESTEREOTIPOS: Trayectorias laborales de mujeres y hombres en Colombia

Publicación digital

Diana Esther Guzmán, Annika Dalén

2013

• DOCUMENTOS 7

LA DISCRIMINACIÓN RACIAL EN EL TRABAJO:

Un estudio experimental en Bogotá

Publicación digital e impresa

César Rodríguez Garavito, Juan Camilo Cárdenas C.,

Juan David Oviedo M., Sebastián Villamizar S.

2013

• DOCUMENTOS 8

LA REGULACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN COLOMBIA

Publicación digital

Annika Dalén, Diana Esther Guzmán, Paola Molano
2013

• DOCUMENTOS 9

ACOSO LABORAL

Publicación digital

Diana Guzmán, Annika Dalén
2013

• DOCUMENTOS 10

ACCESO A LA JUSTICIA: Mujeres, conflicto armado y justicia

Publicación digital

Diana Esther Guzmán Rodríguez, Sylvia Prieto Dávila
2013

• DOCUMENTOS 11

LA IMPLEMENTACIÓN DE LA DESPENALIZACIÓN PARCIAL DEL ABORTO

Publicación digital e impresa

Annika Dalén
2013

• DOCUMENTOS 12

RESTITUCIÓN DE TIERRAS Y ENFOQUE DE GÉNERO

Publicación digital e impresa

Diana Esther Guzmán, Nina Chaparro
2013

• DOCUMENTOS 13

RAZA Y VIVIENDA EN COLOMBIA: la segregación residencial y las condiciones de vida en las ciudades

Publicación digital e impresa

María José Álvarez Rivadulla, César Rodríguez Garavito, Sebastián Villamizar Santamaría, Natalia Duarte
2013

• DOCUMENTOS 14

PARTICIPACIÓN POLÍTICA DE LAS MUJERES Y PARTIDOS. Posibilidades a partir de la reforma política de 2011.

Publicación digital

Diana Esther Guzmán Rodríguez, Sylvia Prieto Dávila
2013

• DOCUMENTOS 15

BANCADA DE MUJERES DEL CONGRESO: una historia por contar

Publicación digital

Sylvia Cristina Prieto Dávila, Diana Guzmán Rodríguez
2013

• DOCUMENTOS 16

OBLIGACIONES CRUZADAS: Políticas de drogas y derechos humanos

Publicación digital

Diana Guzmán, Jorge Parra, Rodrigo Uprimny
2013

• DOCUMENTOS 17

GUÍA PARA IMPLEMENTAR DECISIONES SOBRE DERECHOS SOCIALES

Estrategias para los jueces, funcionarios y activistas

Publicación digital e impresa

César Rodríguez Garavito, Celeste Kauffman
2014

• DOCUMENTOS 18

VIGILANCIA DE LAS COMUNICACIONES EN COLOMBIA El abismo entre la capacidad tecnológica y los controles legales

Publicación digital e impresa

Carlos Cortés Castillo
2014

• DOCUMENTOS 19

NO INTERRUMPIR EL DERECHO

Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud en materia de IVE

Publicación digital

Nina Chaparro González, Annika Dalén
2015

• DOCUMENTOS 20

DATOS PERSONALES EN INFORMACIÓN PÚBLICA: oscuridad en lo privado y luz en lo público

Publicación digital e impresa

Vivian Newman
2015

• DOCUMENTOS 21

REQUISAS, ¿A DISCRECIÓN?

Una tensión entre seguridad e intimidad

Publicación digital e impresa

Sebastián Lalinde Ordóñez
2015

• DOCUMENTOS 22

FORMACIÓN EN VIOLENCIA SEXUAL EN EL CONFLICTO

ARMADO: una propuesta metodológica para funcionarios

Publicación digital

Silvia Rojas Castro, Annika Dalén
2015

• DOCUMENTOS 23

CASAS DE JUSTICIA:

una buena idea mal administrada

Publicación digital

Equipo de investigación: Mauricio García Villegas,
Jose Rafael Espinosa Restrepo, Sebastián Lalinde Ordóñez,
Lina Arroyave Velásquez, Carolina Villadiego Burbano
2015

• DOCUMENTOS 24

LOS REMEDIOS QUE DA EL DERECHO.

***El papel del juez constitucional cuando la interrupción
del embarazo no se garantiza***

Publicación digital

Diana Esther Guzmán, Nina Chaparro González
2015

• DOCUMENTOS 25

**EL EJERCICIO DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA
DEL EMBARAZO EN EL MARCO DEL CONFLICTO ARMADO**

Publicación digital

Margarita Martínez Osorio, Annika Dalén,
Diana Esther Guzmán, Nina Chaparro González
2015

• DOCUMENTOS 26

CUIDADOS PALIATIVOS:

***abordaje de la atención en salud
desde un enfoque de derechos humanos***

Publicación digital e impresa

Isabel Pereira Arana
2016

• DOCUMENTOS 27

**SARAYAKU ANTE EL SISTEMA INTERAMERICANO
DE DERECHOS HUMANOS:**

justicia para el pueblo del Medio Día y su selva viviente

Publicación digital e impresa

Mario Melo Cevallos
2016

• DOCUMENTOS 28 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

LOS TERRITORIOS DE LA PAZ.

La construcción del estado local en Colombia

Publicación digital e impresa

Mauricio García Villegas, Nicolás Torres Echeverry,
Javier Revelo Rebolledo, Jose R. Espinosa Restrepo,
Natalia Duarte Mayorga
2016

• DOCUMENTOS 29 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

**NEGOCIANDO DESDE LOS MÁRGENES:
la participación política de las mujeres en los procesos de
paz en Colombia (1982-2016)**

Publicación digital e impresa

Nina Chaparro González, Margarita Martínez Osorio
2016

• DOCUMENTOS 30 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

**LA PAZ AMBIENTAL:
retos y propuestas para el posacuerdo**

Publicación digital e impresa

César Rodríguez Garavito, Diana Rodríguez Franco,
Helena Durán Crane
2016

• DOCUMENTOS 31 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

**ACCESO A LOS ARCHIVOS DE INTELIGENCIA
Y CONTRAINTELIGENCIA EN EL MARCO DEL POSACUERDO**

Publicación digital e impresa

Ana María Ramírez Mourraille, María Paula Ángel Arango,
Mauricio Albarracín Caballero, Rodrigo Uprimny Yepes,
Vivian Newman Pont
2017

• DOCUMENTOS 32

**JUSTICIA TRANSICIONAL Y ACCIÓN SIN DAÑO
Una reflexión desde el proceso de restitución de tierras**

Publicación digital e impresa

Aura Patricia Bolívar Jaime, Olga del Pilar Vásquez Cruz
2017

• DOCUMENTOS 33

**SIN REGLAS NI CONTROLES
Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas
dirigida a menores de edad**

Publicación digital e impresa

Diana Guarnizo Peralta
2017

• DOCUMENTOS 34

**ACADEMIA Y CIUDADANÍA
Profesores universitarios cumpliendo y violando normas**

Publicación digital e impresa

Mauricio García Villegas, Nicolás Torres Echeverry,
Andrea Ramírez Pisco, Juan Camilo Cárdenas Campo
2017

• DOCUMENTOS 35 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

ESTRATEGIAS PARA UNA REFORMA RURAL TRANSICIONAL

Publicación digital e impresa
Nelson Camilo Sánchez León
2017

• DOCUMENTOS 36 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

SISTEMA DE JUSTICIA TERRITORIAL PARA LA PAZ

Publicación digital e impresa
Carolina Villadiego Burbano, Sebastián Lalinde Ordóñez
2017

• DOCUMENTOS 37

DELITOS DE DROGAS Y SOBREDOSIS CARCELARIA EN COLOMBIA

Publicación digital e impresa
Rodrigo Uprimny Yepes, Sergio Chaparro Hernández,
Luis Felipe Cruz Olivera
2017

• DOCUMENTOS 38 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

COCA, INSTITUCIONES Y DESARROLLO

Los retos de los municipios productores en el posacuerdo

Publicación digital e impresa
Sergio Chaparro Hernández, Luis Felipe Cruz Olivera
2017

• DOCUMENTOS 39 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

RESTITUCIÓN DE TIERRAS, POLÍTICA DE VIVIENDA Y PROYECTOS PRODUCTIVOS

Ideas para el posacuerdo

Publicación digital e impresa
Aura Patricia Bolívar Jaime, Angie Paola Botero Giraldo,
Laura Gabriela Gutiérrez Baquero
2017

• DOCUMENTOS 40

CÁRCEL O MUERTE

El secreto profesional como garantía fundamental en casos de aborto

Publicación digital
Ana Jimena Bautista Revelo, Anna Joseph,
Margarita Martínez Osorio
2017

• DOCUMENTOS 41

SOBREDOSIS CARCELARIA Y POLÍTICA DE DROGAS EN AMÉRICA LATINA

Publicación digital e impresa
Sergio Chaparro Hernández, Catalina Pérez Correa
2017

• DOCUMENTOS 42

SOBREPESO Y CONTRAPESOS

La autorregulación de la industria no es suficiente para proteger a los menores de edad

Publicación digital e impresa

Valentina Rozo Rangel

2017

• DOCUMENTOS 43

VÍCTIMAS Y PRENSA DESPUÉS DE LA GUERRA

Tensiones entre intimidad, verdad histórica y libertad de expresión

Publicación digital e impresa

Vivian Newman Pont, María Paula Ángel Arango,

María Ximena Dávila Contreras

2018

• DOCUMENTOS 44

LO QUE NO DEBE SER CONTADO

Tensiones entre el derecho a la intimidad y el acceso a la información en casos de interrupción voluntaria del embarazo

Publicación digital

Nina Chaparro González, Diana Esther Guzmán,

Silvia Rojas Castro

2018

• DOCUMENTOS 45

POSCONFLICTO Y VIOLENCIA SEXUAL

La garantía de la interrupción voluntaria del embarazo en los municipios priorizados para la paz

Publicación digital

Ana Jimena Bautista Revelo, Blanca Capacho Niño,

Margarita Martínez Osorio

2018

El mensaje de los derechos sexuales y reproductivos

aún no llega por completo a Montes de María. Se quedó a la mitad del camino. En esta región, con la memoria de una guerra atroz, y donde la institucionalidad ha sido precaria, la infraestructura en salud no es suficiente para ofrecer procedimientos, medicamentos o servicios de calidad. Eso se traduce en que muchas mujeres deban viajar a municipios o ciudades aledañas para realizarse exámenes, interrumpir su embarazo o acceder a anticonceptivos. De igual forma, el arraigo de los roles de género en la región incide negativamente en la garantía de estos derechos. La maternidad es una expectativa que familias y comunidades imponen sobre las mujeres, lo que hace que sean valoradas únicamente por su rol de madres y reproductoras. Este mandato les niega la autonomía para decidir sobre sus cuerpos, su reproducción y su sexualidad. Bajo este imaginario, los profesionales de la salud, así como las comunidades, condenan públicamente la interrupción del embarazo, la ligadura de trompas (conocida en la zona como "desconexión"), e incluso factores que están más allá de la decisión de las mujeres, como la esterilidad.

Esta combinación de elementos, entre otros, da paso a una larga vulneración de derechos fundamentales que, si bien afecta a toda la población montemariana, tiene efectos desproporcionados sobre las mujeres de la región. La intimidad, la autonomía reproductiva, la educación sexual, la interrupción voluntaria del embarazo o la atención a víctimas de violencia sexual son solo algunos derechos fundamentales que actualmente se ven amenazados. En este libro nos aproximamos a la situación de Montes de María desde la voz de las mujeres lideresas de la región, con el fin de conocer sus experiencias, resistencias y relatos. Solo así, desde el conocimiento local, es posible plantear nuevas posibilidades para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, y pensar en las ventajas que ofrecen nuevos escenarios de transición, tales como los planes de desarrollo con enfoque territorial (PDET) que actualmente se desarrollan en la región.

978-958-5441-61-3



9 789585 441613