



El ejercicio de la
**interrupción
voluntaria
del embarazo**
en el marco del
conflicto armado

*Nina Chaparro González
Annika Dalén
Diana Esther Guzmán
Margarita Martínez Osorio*

DOCUMENTOS 25

DOCUMENTOS 25

MARGARITA MARTÍNEZ OSORIO

Filósofa e historiadora de la Universidad del Rosario. Sus intereses se centran en temas de género, teoría política y feminismos. Se desempeña como docente de la Universidad del Rosario y actualmente es investigadora asistente del área de género en Dejusticia. Su más reciente publicación se titula: *Enemistad política y diferencia sexual en la masacre de bahía Portete. Retos al concepto de lo político de Carl Schmitt*.

ANNIKA DALÉN

Politóloga de la Universidad de Uppsala (Suecia), con maestría en Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia. Ha sido investigadora en el área de género en Dejusticia; actualmente trabaja en la Asociación Sueca para la Educación Sexual (RFSU). Entre sus publicaciones más recientes se encuentran: *Entre estereotipos: trayectorias laborales de mujeres y hombres en Colombia* (coautoría) y *La implementación de la despenalización parcial del aborto en Colombia*.

DIANA ESTHER GUZMÁN

Estudiante del Doctorado en Derecho de la Universidad de Stanford, profesora de la Universidad Nacional de Colombia e investigadora asociada de Dejusticia. Es abogada, especialista en Derecho Constitucional; magíster en Derecho de la Universidad Nacional de Colombia y en Investigación Jurídica de la Universidad de Stanford. Su trabajo se concentra en áreas afines a la sociología jurídica y los derechos humanos, con énfasis en políticas de drogas, justicia transicional y género. Entre sus publicaciones recientes se encuentran: *¿Legislar y representar? La agenda de las senadoras en el Congreso (2006-2010)* y *Lejos del derecho: la interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*.

NINA CHAPARRO GONZÁLEZ

Abogada, especialista en Derecho Constitucional de la Universidad del Rosario y estudiante de la Maestría en Estudios Sociales de la misma Universidad. Su interés se enfoca en los temas de género, población LGBTI y justicia transicional. Actualmente es investigadora en el área de género de Dejusticia y profesora de la Universidad del Rosario. Entre sus publicaciones recientes se encuentran: *La reparación a las víctimas en la Ley de Justicia y Paz: un modelo de desacuerdos y falsas promesas* y *No interrumpir el derecho: facultades de la Superintendencia Nacional de Salud en materia de IVE*.

El ejercicio de la interrupción voluntaria del embarazo en el marco del conflicto armado

Margarita Martínez Osorio

Annika Dalén

Diana Esther Guzmán

Nina Chaparro González

Documentos Dejusticia 25

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

ISBN: 978-958-59192-7-3 Versión digital

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 2015

Contenido

Introducción	9
Conflicto armado e IVE: la literatura para el caso colombiano	15
La autonomía reproductiva restringida en el conflicto armado	22
La IVE en las zonas del conflicto	28
El continuum de la violencia y el conflicto armado	29
Barreras generales a la IVE que se agudizan en el conflicto armado	31
Limitaciones a la IVE propias de contextos de conflicto armado.....	41
Consideraciones finales	45
Referencias	50
Anexo 1	53

Agradecimientos

Esta investigación se desarrolló gracias a los valiosos conocimientos aportados por Ariadna Tovar, Ana Cristina González, Liliana Oliveros, Paola Guarnizo, Carina Borgonovo, Esther Gutiérrez, Laura Badillo, Argelia Londoño, Soledad Díaz, Beatriz Quintero, Alejandra Coll, Angélica Barrera, Adriana Benjumea, Claudia Gómez, Olga Amparo Sánchez, Ivonne Wilches, Ana Jaramillo, Carolina Tejada, Lorenza Ospino, Lina Camargo Pérez, Viviana Bohórquez y Óscar Ospina.

Los juiciosos comentarios del equipo de Dejusticia a los primeros borradores de este texto también fueron de vital importancia para enriquecer nuestra propuesta argumentativa. Agradecemos particularmente a Vivian Newman, César Rodríguez, Natalia Duarte, Sebastián Lalinde, Ana María Ramírez, Mauricio Albarracín, Carlos Baquero, Andrés Castro, Paola Molano y Sergio Chaparro. También agradecemos a las personas a cargo del trabajo administrativo que posibilita estas publicaciones: Elvia Sáenz, Carmen Lucía Albarracín, Yaneth Vargas, Juan Carlos Torres, Carolina Reyes, William Morales, Alexander Rojas y Jazmín Mejía.

Introducción

La sentencia C-355/06, que despenalizó parcialmente el aborto en Colombia y garantizó a las mujeres el derecho a interrumpir voluntariamente el embarazo en ciertas circunstancias, está próxima a cumplir diez años. Sin embargo, el panorama no es alentador: según un estudio titulado *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Causas y consecuencias*, elaborado por el Instituto Guttmacher en 2011, en Colombia se llevan a cabo aproximadamente 400.400 abortos por año, de los cuales solo 322 (el 0,08 %) fueron interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) practicadas en el marco legal proporcionado por la sentencia del 2006, aún cuando muchos de esos casos podían ser acogidos por la sentencia (Prada, Singh, Remez y Villareal 2011: 5). A esto se suma el hecho de que la inseguridad y el riesgo que corren las mujeres al practicarse un aborto por fuera de la ley son muy altos:

...se estima que una tercera parte del total de mujeres que tienen un aborto ilegal desarrollan complicaciones que necesitan tratamiento en una institución de salud [...] desafortunadamente, una quinta parte del total de mujeres que sufren complicaciones posaborto no reciben tratamiento alguno; y esas mujeres no tratadas son propensas a sufrir consecuencias de largo plazo” (Prada *et al.* 2011: 5).

La investigación del Guttmacher atribuye este fenómeno a las numerosas barreras burocráticas, institucionales y sociales que prevalecen, a pesar de haberse aprobado la interrupción voluntaria del embarazo en las tres causales descritas por la Corte.¹ En efecto, los prejuicios, los entor-

1 La sentencia promulgada por la Corte Constitucional en 2006 establece que las tres circunstancias en las que una mujer puede acceder al dere-

nos familiares y sociales hostiles y restrictivos, los obstáculos impuestos por las mismas instituciones de salud y por los médicos que deben realizar los procedimientos, son algunas de las limitaciones estructurales que impiden a las mujeres acceder libremente a su derecho a interrumpir el embarazo. Así, aunque es posible afirmar que Colombia cuenta con un marco legal sólido en materia de derechos sexuales y reproductivos,² las múltiples barreras que se mantienen en el ámbito de las prácticas concretas y cotidianas imposibilitan el ejercicio efectivo del derecho, y más aún, mantienen la vulnerabilidad de las mujeres, al restringir su autonomía para decidir sobre sus vidas y sus cuerpos (Chaparro, García, Guzmán, Rojas, y Sandoval 2013).

En este escenario, es fundamental elaborar investigaciones que den cuenta de los contextos y grupos de mujeres que son más vulnerables a los embarazos no deseados y a los obstáculos que prevalecen en el momento en que deciden acceder al servicio de IVE. A este respecto, se han recalcado particularmente aquellos de las mujeres rurales y pobres. El estudio del Guttmacher muestra, por ejemplo, que la precariedad y las restricciones impuestas por espacios sociales pobres y rurales son elementos que impactan profunda y negativamente en el ejercicio de la autonomía reproductiva de las mujeres, ya que tienden a fomentar el desconocimiento de los derechos, la pervivencia de estereotipos restrictivos sobre la feminidad y la precariedad de los servicios de salud ofrecidos (Prada *et al.* 2011: 9). En este marco, vale la pena preguntarse por otro contexto que impacta de múltiples maneras en la vida de las mujeres colombianas y del cual no se han elaborado investigaciones que indaguen por su influencia en el acceso al servicio de la IVE: el conflicto armado.

Respecto al tema del acceso a la IVE en zonas de conflicto armado hay poca información cuantitativa y cualitativa. No obstante, la importancia de caracterizar este fenómeno resulta crucial en, al menos, dos dimensiones. En primer lugar, dado que Colombia ha estado en conflicto

cho a interrumpir el embarazo son: 1) cuando la vida o salud de la mujer embarazada corre peligro; 2) cuando el embarazo es producto de una violación, y 3) cuando el feto presenta malformaciones. Por fuera de estas tres causales, la interrupción voluntaria del embarazo es considerada un delito.

2 Marco legal que, además de la sentencia C-355, también se encuentra soportado en algunas sentencias de tutela posteriores tales como: T-171 y T-988 de 2007, T-209 y T-946 de 2008, T-009 y T-388 de 2009, T-585 de 2010, T-841 y T-959 de 2011, T-532 de 2014.

por más de cincuenta años, y que este afecta amplias zonas del país, no es posible pensar la implementación efectiva de la despenalización parcial del aborto sin preguntarse cómo la violencia relacionada con el conflicto afecta o no el acceso de las mujeres a la práctica de la interrupción del embarazo. En segundo lugar, aunque los efectos del conflicto armado han sido documentados profusamente en los últimos años en el país, hay muchos temas poco estudiados que son importantes para pensar políticas hacia el posconflicto. Uno de ellos es justamente cómo afecta este la autonomía reproductiva de las mujeres, específicamente, la expresada en el acceso a la IVE.

El objetivo central del presente texto es, justamente, contribuir al vacío de conocimiento sistematizado sobre el acceso de las mujeres al aborto despenalizado en zonas de conflicto armado. Durante la década de implementación de la sentencia no se han elaborado investigaciones que analicen de manera específica este problema. Los estudios, sin embargo, son centrales para identificar cómo opera la IVE en estos escenarios de conflicto y cuáles serían los retos del Estado frente a este panorama. Más que desarrollar un estudio detallado sobre el problema, el presente texto busca brindar un panorama general de la intersección entre IVE y conflicto armado, así como identificar aspectos para profundizar en futuras investigaciones. Se trata, en ese sentido, de un estudio exploratorio que apunta a delinear rutas de investigación para el futuro, a partir de la identificación de elementos y problemas clave en la caracterización del fenómeno. A pesar de que la investigación sobre IVE en el conflicto armado tendría necesariamente que pasar por el estudio de cómo las mujeres intrafilas acceden o no a este derecho, las dificultades metodológicas y de recolección de información sobre este asunto no nos permiten más que hacer algunas referencias breves al tema en este documento. Nos concentramos en el estudio de las mujeres de la población civil, con la claridad de que el examen de las condiciones intrafilas es fundamental para la caracterización de la IVE en el conflicto.

Un marco conceptual útil en el momento de plantear el problema de investigación y caracterizar el contexto en el que se inscribe es el proporcionado por Michel Foucault y Roberto Esposito con el concepto de “biopolítica”. Siguiendo a estos autores, la biopolítica puede entenderse como “el poder de *hacer* vivir y *dejar* morir” (Foucault 2001: 218). Esto quiere decir que las sociedades operan a partir de mecanismos que controlan, regulan y disciplinan la vida, y determinan la muerte, de cara a consolidar

órdenes políticos y sociales concretos. Así, el control sobre la natalidad y la mortalidad, sobre la sexualidad y los mecanismos para disciplinar los cuerpos, son prácticas que atraviesan directamente la vida, que buscan definirla y regularla para que se acomode a los roles y las posiciones sociales que un determinado orden defiende. Tal y como lo advierte Esposito, la biopolítica es el “gobierno político de la vida” (Esposito 2011: 26), esto es, la puesta en marcha de mecanismos que regulan y administran la vida en medio de órdenes políticos concretos.

Esto último es particularmente importante para la definición de biopolítica, pues, de acuerdo con los autores, en la biopolítica está necesariamente implicada la “biohistoria”: la vida, “lejos de reducirse a un mero calco natural, siempre está calificada históricamente” (Esposito 2011: 50). La vida no puede entenderse como un proceso simple o meramente biológico y natural; por el contrario, está atrapada en la historia y en sus arreglos. En este sentido, los mecanismos de regulación y disciplina del cuerpo y de la vida se articulan en medio de relaciones históricas concretas, adquieren sentido a través de ellas. Bajo esta perspectiva, el control sobre la vida y la muerte está, entonces, históricamente situado: cada sociedad establece sus dispositivos de regulación sobre la vida, con el fin de mantener unos arreglos sociales precisos.

A partir de este marco teórico, puede decirse que el objetivo que nos planteamos en el presente texto es caracterizar los arreglos sociales que regulan la vida de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano, con el propósito de identificar las posibles limitaciones y posibilidades de las mujeres, en ese escenario, de ejercer su autonomía reproductiva y, específicamente, de acceder a su derecho a la IVE. Los contextos de conflicto armado suponen *biopolíticas* concretas desde las que las relaciones de los sujetos con sus cuerpos y sus vidas se encuentran atravesadas por los órdenes establecidos por los actores armados. En esta dirección, la tesis central del texto indica que, por una parte, el conflicto armado colombiano profundiza y radicaliza las barreras que enfrentan las mujeres en general para acceder a la IVE, y, por otro, las políticas sobre la vida impuestas por los actores armados con el fin de consolidar órdenes sociales precisos establecen unas barreras a la IVE propias del conflicto armado y no reducibles a las limitaciones generales presentes en los contextos cotidianos.

La exploración de las políticas de regulación sobre la vida y la muerte que operan en el conflicto supone prestar atención, no solo a la manera en que las diferentes biopolíticas imponen diversos tipos de regulaciones so-

bre las vidas y los cuerpos de las mujeres, sino, en particular, a cómo dicho contexto de control hace unas vidas más vulnerables que otras. Tal y como lo indica Judith Butler, existen “formas radicalmente desiguales de distribución global de la vulnerabilidad física” (Butler 2006: 56); no todos somos vulnerables de la misma manera: hay cuerpos más vulnerables que otros y esa distinción depende de condiciones y desigualdades sociales y políticas concretas. Los regímenes de control sobre la vida y el cuerpo vulneran de manera diferenciada a hombres y mujeres en el conflicto y, al mismo tiempo, las mujeres también se ven afectadas de múltiples formas que dependen de su posición social concreta. En este contexto, la presente investigación busca trazar un mapa general de vulnerabilidad de los cuerpos de las mujeres en lo que respecta a su acceso al derecho a la IVE en escenarios de conflicto armado. La idea es que este primer mapa sirva como guía para que, en futuras investigaciones, se profundice en cómo los mecanismos de biopolítica implementados en contextos de conflicto establecen gradaciones de vulnerabilidad sobre los cuerpos de las mujeres, las cuales se soportan sobre diferencias de clase, raza, etnia, entre otras.

Dada la limitada información disponible, este es un estudio exploratorio que se basa en entrevistas con expertos y personas que trabajan en organizaciones y entidades que tienen trabajo directo en las regiones y con las mujeres que desean acceder a la IVE.³ El texto no pretende establecer generalizaciones o tesis definitivas, sino generar hipótesis fundadas en evidencia empírica proveniente de fuentes secundarias y entrevistas con

3 Se hicieron en total 19 entrevistas con 21 personas: 4 a entidades e instituciones públicas y 17 a personas con trayectoria de activismo en la sociedad civil o profesionales relacionados tanto con la defensa de los derechos de las mujeres, en particular los derechos sexuales y reproductivos, como en algunos casos a prestadores de servicios de salud directos. La selección de la muestra de expertas y expertos se hizo por medio de una exploración inicial a partir del conocimiento previo de investigaciones y experiencia anterior en el campo. Las entrevistas iniciales tuvieron el fin de constatar que el tema objeto de investigación fuera relevante, preguntar por la existencia de otras investigaciones, profundizar en elementos que ayudaran a precisar la hipótesis y delimitar la investigación, así como solicitar recomendaciones sobre otras personas de organizaciones sociales y entidades que trabajan en derechos sexuales y reproductivos, y a expertos y expertas en materia de IVE y el conflicto armado. En la solicitud de dichas recomendaciones se hizo especial énfasis en el trabajo directo en regiones afectadas por el conflicto armado y se buscó en particular obtener una muestra amplia de regiones para dar cuenta de las diversas realidades del conflicto armado que viven las mujeres.

expertos en el terreno. La relevancia del estudio es, entonces, por un lado académica, en el sentido en que busca aportar conocimiento sistematizado como un primer acercamiento al tema y proponer ámbitos para profundizar en futuras investigaciones. Pero, por otro lado, también pretende aportar bases y supuestos para servir como insumo en el momento en que se diseñen políticas públicas concretas en relación con la autonomía reproductiva de las mujeres en el marco del posconflicto.

El documento cuenta con cuatro secciones. En la primera, hacemos un balance de las investigaciones que se han realizado en temas afines al acceso a la IVE y el contexto de conflicto armado para identificar aportes de elementos relevantes para este estudio. Si bien estas investigaciones y documentos no analizan sistemáticamente lo que ocurre con la IVE en medio del conflicto, sí arrojan luces sobre cómo funcionaría esta, bien sea porque incluyen relatos específicos, o porque al dar cuenta de temas generales permiten desarrollar hipótesis informadas sobre este tema específico. Los conjuntos de investigaciones que han abordado temas afines al de la autonomía reproductiva en contextos de conflicto proporcionan herramientas analíticas y metodológicas importantes para acercarse al fenómeno concreto de la IVE.

En la siguiente sección del documento, describimos los elementos del contexto de conflicto armado que inciden en la construcción de la autonomía reproductiva de las mujeres, resaltando dos temáticas principales a partir de las entrevistas y la literatura reseñada en el capítulo anterior. Primero, las restricciones propias del conflicto armado sobre la autonomía sexual de las mujeres. Y, segundo, la forma en que la oferta institucional es aún más precaria en zonas de conflicto y el acceso a salud más difícil.

Teniendo en cuenta lo anterior, la tercera parte explora el modo como se presenta el acceso a la IVE en zonas de conflicto armado, ligado al contexto general presentado en el aparte anterior. Por último, presentamos las consideraciones finales, centradas en algunos temas para profundizar en futuras investigaciones.

Conflicto armado e IVE: la literatura para el caso colombiano

En Colombia no se han elaborado estudios que analicen de manera específica y sistemática el acceso a la IVE en contextos de conflicto armado. Sin embargo, documentos e investigaciones que exploran temas afines son un marco de referencia obligado para identificar elementos centrales en la caracterización y delimitación del problema. En concreto, son tres los conjuntos bibliográficos que proporcionan herramientas analíticas útiles a la hora de examinar la IVE en medio del conflicto: en primer lugar, un conjunto de investigaciones se ha concentrado en estudiar la relación directa que se establece entre las zonas del país con presencia estatal precaria, la ocupación por parte de actores armados y el limitado acceso a los servicios de salud. En segundo lugar, otro grupo de estudios se ha dedicado a examinar las modalidades de violencia operantes en el conflicto armado que recaen particularmente sobre los cuerpos y las vidas de las mujeres; estas investigaciones han tenido un énfasis especial sobre la violencia sexual, pero también han explorado otras formas de victimización, tales como el desplazamiento y la desaparición forzada. Finalmente, un conjunto de investigaciones ha identificado las barreras que limitan, en general, el acceso de las mujeres a la IVE en el país.

Estos tres grupos de referencias bibliográficas permiten, por un lado, caracterizar la manera como el contexto del conflicto armado impacta en la vida de las mujeres, limitando su acceso a los servicios proporcionados por el Estado y, por otro, identificar diversas fuentes de violencia y barreras estructurales que no necesariamente tienen relación directa con el conflicto, pero que sí influyen en sus dinámicas y se convierten en obstáculos en el momento de acceder a la IVE.

En lo que respecta al primer conjunto bibliográfico, los estudios realizados por Médicos Sin Fronteras (MSF) han mostrado que la precariedad de la presencia institucional en zonas de conflicto armado obstaculiza el ejercicio de la autonomía reproductiva de las mujeres. Por una parte, las investigaciones de MSF demuestran cómo en medio de conflictos armados la accesibilidad a los servicios más básicos de salud es sumamente precaria, no solo por la presencia constante de actores armados que regulan los comportamientos y desplazamientos de las personas, sino por la falta de centros de salud especializados cercanos (Médicos Sin Fronteras 2010). Es por esto que las investigaciones enfatizan en que una frágil administración estatal no puede garantizar la ejecución e implementación de las políticas públicas de manera adecuada, incluyendo, por ejemplo, políticas destinadas a promover los derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte, la presencia del sistema judicial es clave no solamente para la protección de la población y la garantía de los derechos, sino también específicamente, para asegurar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. En principio, el sistema de salud es el encargado de garantizar la materialización del derecho a la IVE, pero dadas las múltiples trabas institucionales y sociales que persisten en materia de salud, ha sido necesaria la intervención del sistema judicial (a través de mecanismos como la tutela) para proteger el acceso a los derechos reproductivos (Oliveiros y Guarnizo Sánchez 2014). Un estudio publicado por Dejusticia sobre el *apartheid institucional* en el territorio colombiano (García Villegas y Espinosa 2013), mide el desempeño de la justicia en los municipios del país.¹ Esta investigación identifica una relación directa entre “la provisión de justicia y los niveles de violencia y criminalidad” (p. 46), por lo que, aquellas zonas de Colombia caracterizadas por la presencia constante de grupos armados, tienden a tener un desempeño de justicia bajo o muy bajo. La poca eficacia y presencia del sistema de justicia en zonas de ocupación armada se convierte, entonces, en otro obstáculo para que las mujeres puedan acceder a su derechos sexuales y reproductivos.

De lo anterior, es posible concluir que el gran aporte de este primer conjunto de investigaciones en lo que se refiere a caracterizar el acceso a IVE en contextos de conflicto armado radica en evidenciar la relación entre precariedad en administración pública, presencia de actores armados

1 Medido por la presencia de jueces por población y territorio, y la tasa de eficacia general de las instituciones jurídicas para cada municipio.

y acceso al sistema de salud y a garantía de derechos. Este conjunto de trabajos enfatiza en que el problema de la intersección de estos tres factores no es solamente un asunto de disponibilidad de los servicios, sino un problema que surge y se reproduce desde estructuras sociales desiguales que ubican a las mujeres en posiciones de vulnerabilidad. En efecto, según estas investigaciones, el conflicto armado no solo agudiza las dificultades para acceder a los servicios prestados por el Estado, sino, y sobre todo, refuerza los estereotipos de género que operan en la cotidianidad de las comunidades y que impactan en el servicio prestado en los centros de salud (Médicos Sin Fronteras 2010).

El segundo grupo de trabajos examinado estudia las violencias del conflicto armado que recaen sobre las mujeres y la manera como estas limitan el acceso a los derechos. Específicamente, estas investigaciones se centran en tres tipos de victimización hacia las mujeres en el contexto del conflicto: la violencia sexual, el desplazamiento y la desaparición forzada. En lo que se refiere a violencia sexual, Médicos Sin Fronteras realizó una encuesta que revela que “el 80 % de los sobrevivientes [de violencia sexual] no buscó ayuda en las estructuras de salud locales” (2014: 8). Esto se atribuye a tres causas principales: la falta de conocimiento sobre los procedimientos referidos a salud que se deben llevar a cabo en esos casos, la precaria cobertura de los centros de salud en las zonas y el hecho de que tomar acciones frente a la violencia sexual puede resultar peligroso para la vida en un contexto de prevalencia de los actores armados.

Adicional a esto, los estudios de MSF y del Centro Nacional de Memoria Histórica (2013) afirman que el contexto sociocultural impone barreras significativas para el acceso a los derechos sexuales y reproductivos: la estigmatización, la culpa, los entornos familiares y sociales hostiles, reproducen estereotipos de género que le ponen trabas al ejercicio de la autonomía de las mujeres. Finalmente, otro de los problemas identificado por estas investigaciones como central para el acceso a la IVE en casos de violencia sexual por cuenta del conflicto es el hecho de que no se considera a la violencia sexual como un asunto de urgencia médica que requiera de una atención especializada e inmediata. Muchas mujeres no saben cuáles son sus derechos en materia de salud después de haber sido víctimas de violencia sexual y, por esto, su acceso a la IVE es muy limitado (Médicos Sin Fronteras, 2014).

Las investigaciones sobre violencias hacia las mujeres en el conflicto también han resaltado la vulnerabilidad que recae sobre las mujeres des-

plazadas. Human Rights Watch (2012), por ejemplo, realiza una investigación sobre los obstáculos en acceso a salud y justicia y a los mecanismos de protección para mujeres desplazadas víctimas de violencia de género en Colombia. Aunque en este sentido Colombia cuenta con un marco jurídico robusto,² en general estas herramientas de atención no se aplican adecuadamente y las víctimas no reciben la atención médica que por derecho les corresponde ni los responsables son llevados ante la justicia (Amnistía Internacional 2012; Mesa de seguimiento al Auto 092 de 2008 anexo reservado 2013). Según las investigaciones sobre desplazamiento y género, las mujeres desplazadas deben recibir una atención diferencial en tanto “viven situaciones de especial vulnerabilidad, tales como limitaciones en el acceso a servicios de salud, educación, alimentación, vivienda, generación de ingresos, entre otras” (Guzmán y Prieto 2013: 38).³ Algo similar ocurre en los casos en que un familiar cercano a la mujer, sea hijo o padre, es víctima de desaparición forzada, pues las mujeres se ven obligadas a cambiar de roles y a liderar procesos de búsqueda, ambos elementos que las ubican en posiciones de vulnerabilidad frente a los actores armados y que las involucran en contextos de inestabilidad que fomentan la vulneración de sus derechos y las restricciones al acceso a los servicios proporcionados por el Estado (Guzmán y Prieto 2013; Centro Nacional de Memoria Histórica 2013).⁴

Los estudios acerca de las violencias que recaen sobre las mujeres en el marco del conflicto también proporcionan elementos para entender el ejercicio de la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres a través del análisis de las dinámicas de operación de actores armados concretos

2 Marco jurídico soportado principalmente por el Auto 092 que exige la atención del Estado en la protección de los derechos de las mujeres desplazadas por el conflicto y en la Ley 1719 de 2014 que garantiza el acceso a la justicia a las víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto.

3 Esto también se puede evidenciar en Acnur (2009).

4 Es importante mencionar que los hombres desplazados también son víctimas de vulnerabilidades específicas en razón de su género. El Informe *Basta ya*, por ejemplo, muestra cómo para los hombres campesinos es difícil adaptarse a las condiciones de vida y laborales de una ciudad en la que, generalmente, sus habilidades no son reconocidas ni valoradas socialmente. Además, muchos se ven obligados a asumir roles para los que no están preparados, como cuidadores de los hijos y de la casa. Esto genera frustraciones y choques identitarios sobre los que también es preciso investigar para examinar los impactos diferenciados del conflicto (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013).

(Centro Nacional de Memoria Histórica 2013; Campaña - Violaciones y otras violencias 2011; Médicos Sin Fronteras 2014; Fajardo y Valoyes 2015; Guzmán y Prieto 2013). En estas investigaciones es posible identificar elementos que permiten entender cómo operan las relaciones sociales y el control de la vida en las zonas de conflicto, y cómo esto impacta directamente sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. De igual manera, estos trabajos exploran las particularidades que distinguen los diversos contextos en los que opera el conflicto (ABColumbia, Sisma Mujer y US Office on Colombia 2013; Coral 2010; Estrada, Ibarra y Sarmiento 2003; Fajardo y Valoyes 2015; López 2009). Las investigaciones que forman parte de este conjunto bibliográfico se han concentrado en caracterizar las representaciones y prácticas vinculadas con el género que se promueven desde las estructuras de los grupos armados asentados en diversas zonas (López 2009; Castrillón 2014; Fajardo y Valoyes 2015).

A este respecto, es posible encontrar estudios cualitativos y cuantitativos sobre el ejercicio de la autonomía sexual y reproductiva en las zonas de conflicto, los cuales dan cuenta de las diferentes modalidades de asentamiento de los actores armados. De los estudios de tipo cuantitativo se destaca la encuesta de prevalencia sobre violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano 2001-2009, publicada en el marco de la campaña *Violaciones y otras violencias: saquen mi cuerpo de la guerra*. La conclusión principal de este estudio indica que persiste la naturalización de la violencia sexual en los escenarios de conflicto armado; las violencias usadas por los actores armados, tales como la regulación de la vida social, los servicios domésticos forzados, el acoso sexual y la esterilización forzada no fueron inicialmente reconocidas como delitos por las víctimas. De acuerdo con el estudio, esto conduce a la reproducción y el mantenimiento de las restricciones en el ejercicio de los derechos por parte de las mujeres, ya que, al no ser consideradas como delitos o problemas, las agresiones sexuales no son denunciadas ni se toman acciones en materia de salud.

Por su parte, los estudios con enfoque más cualitativo recogen los testimonios de las vivencias de las mujeres en el conflicto armado. Entre ellos se encuentra el informe *Basta ya*, del Centro Nacional de Memoria Histórica, y las investigaciones *La verdad de las mujeres víctimas del conflicto armado en Colombia* (Ruta Pacífica de las Mujeres 2013) y *Hablan las sobrevivientes de violencia sexual en Colombia* (Amnistía Internacional 2011), trabajos que evidencian diferentes percepciones de las mujeres sobre el

conflicto, entre las que se incluye el hecho de que muchas de ellas consideran que la presencia de los grupos armados constituye un obstáculo a la denuncia de los hechos de violencia sexual. En esta vía, la investigación *Violaciones y otras violencias* concluye que el 65 % de las mujeres entrevistadas considera que la presencia de los actores armados en los municipios incrementa la violencia sexual en el espacio público, mientras que el 50 % considera lo mismo pero en el espacio privado (Campaña - Violaciones y otras violencias 2011).

El grupo de investigaciones que estudia las violencias ejercidas contra las mujeres en el contexto del conflicto es, entonces, central analíticamente para pensar el acceso a la IVE, pues evidencia un problema básico referido a las restricciones a la autonomía reproductiva de las mujeres en contextos armados: los estudios muestran que el contexto sociocultural en el que están inmersas las mujeres —el cual define sus relaciones cotidianas con los actores armados— tiene un peso significativo en el desarrollo del conflicto y en las dinámicas de regulación social usadas por estos para alcanzar la hegemonía sobre las zonas ocupadas. La violencia perpetrada sobre la vida y los cuerpos de las mujeres en contextos cotidianos “se presenta en todos los espacios de la vida de las mujeres, pero tiende a intensificarse en el contexto del conflicto armado” (Guzmán y Prieto 2013: 15). Factores como el miedo, las dificultades de acceso a los centros de salud por cuenta de la guerra, y la reproducción de estereotipos y prácticas asociadas al género, promovidos por los actores armados, son elementos propios del conflicto que contribuyen a regular y limitar la vida y los cuerpos de las mujeres, de cara a consolidar órdenes sociales precisos.

Finalmente, un grupo de investigaciones se concentra en identificar las barreras de acceso a la IVE en general. Esta literatura brinda una oportunidad para identificar elementos claves sobre la forma como opera la IVE en contextos de conflicto, a partir del examen de las limitaciones habituales a las que se enfrentan las mujeres que buscan acceder a este servicio. A este respecto, el libro *Lejos del derecho. La interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud* (Chaparro et al. 2013) recoge evidencia empírica que da cuenta de los obstáculos y las barreras de acceso a la IVE,⁵ con un énfasis particular en el análisis de

5 Este tema ya ha sido abordado por investigaciones previas. Ver por ejemplo: Dalén (2013); Díaz, Calderón, Romero, Prada y Barreto (2010); Prada et al. (2011); Women's Link Worldwide (2012).

las trabas impuestas desde el sistema de salud. Este estudio se concentra en identificar los trámites administrativos y médicos que anteceden a la práctica de la IVE y que se constituyen en barreras para acceder a ella. En esta dirección, los trabajos que apuntan a examinar barreras generales a la IVE también examinan la efectividad y el cumplimiento de la sentencia C-355/06. La principal conclusión en este sentido indica que, a pesar de contar con el diseño de un marco jurídico sólido, las trabas que estructuran los contextos en los que este opera no permiten la aplicación efectiva de todas las protecciones y garantías que ofrece la sentencia. Las estadísticas disponibles, a pesar de ser incompletas e inconsistentes, indican en todo caso que un alto número de mujeres no accede al procedimiento acogido por la ley, sino que recurren a la clandestinidad para interrumpir sus embarazos (Prada *et al.* 2011).⁶

Los tres conjuntos bibliográficos identificados como analíticamente sugerentes en dirección a plantear el problema de investigación son, entonces, útiles en la medida en que permiten caracterizar el contexto general en el que se desenvuelven los procedimientos de IVE y las limitaciones concretas que enfrentan las mujeres que reclaman su derecho. Aunque ninguna de las investigaciones y documentos presentados en este capítulo analiza sistemáticamente lo que ocurre con la IVE en el marco del conflicto armado, sí arrojan luces sobre algunos elementos que intervienen en estos contextos hostiles y que definen la relación de las mujeres con el sistema de salud y con el acceso a los procedimientos para solicitar la interrupción voluntaria del embarazo. Los mecanismos de regulación sobre el cuerpo establecidos como parte de la instauración de órdenes armados precisos, el contexto sociocultural y los estereotipos de género que prevalecen en él, la precariedad de los sistemas de salud y su difícil acceso, son algunos de los factores que hacen del conflicto armado un espacio restrictivo que establece vulneraciones concretas sobre los cuerpos de las mujeres.

A continuación, retomaremos la información ya presentada, con el fin de ponerla a dialogar con las entrevistas semiestructuradas realizadas a personas con conocimiento directo sobre el tema. El objetivo de la si-

6 En relación con esto, es importante aclarar que las investigaciones citadas no proporcionan información que permita establecer cuáles de las IVE registradas pertenecen al contexto del conflicto armado. Este es un vacío que habría que suplir, pues dicha información resultaría central para la caracterización de los contextos de conflicto armado y de cómo se desarrollan los procedimientos de IVE en ellos.

guiente sección es caracterizar el contexto del conflicto armado colombiano desde la perspectiva de las barreras que impone a las mujeres sobre su autonomía reproductiva. Son principalmente dos los elementos del contexto que influyen de manera más sistemática y significativa en las limitaciones de las mujeres para decidir sobre sus propios cuerpos en el marco del conflicto: en primer lugar, los estrictos mecanismos de regulación social impuestos por los actores armados como métodos para consolidar su dominación sobre el territorio y, en segundo lugar, la precariedad institucional y el difícil acceso a la salud en las zonas ocupadas por actores armados. Caracterizaremos estos dos aspectos del contexto con base en la información proporcionada por las entrevistas y en la literatura reseñada en esta sección. Todo esto nos proporcionará las bases para, en la cuarta sección del texto, explorar de manera general las barreras a las que se enfrentan las mujeres a la hora de acceder a la IVE en el conflicto armado.

La autonomía reproductiva restringida en el conflicto armado

La autonomía sexual y reproductiva de las mujeres en zonas de conflicto está sometida a restricciones de diversa naturaleza. Además de las derivadas de la moral y la cultura de las regiones, existen unas restricciones propias de las dinámicas del conflicto, y de las necesidades y los discursos de los grupos armados que ejercen control sobre la vida social de las comunidades. El conflicto armado despliega una serie de factores que generan mayores vulnerabilidades para las mujeres en el ejercicio de su autonomía reproductiva, los cuales se relacionan con las normas sociales y culturales promovidas por los actores armados desde las que se estigmatiza a las mujeres que buscan decidir sobre sus propios cuerpos, en particular, en lo que concierne a la decisión de interrumpir el embarazo. Como vimos en la sección anterior, un conjunto de investigaciones ha mostrado que, en general, en Colombia persisten obstáculos para que las mujeres puedan ejercer libremente su autonomía reproductiva y acceder a sus derechos. Dichas barreras se insertan en las dinámicas propias del conflicto armado y, en este marco, adquieren sentidos diferentes que ubican a las mujeres en el centro de repertorios de violencia destinados a controlar los cuerpos y las vidas de los sujetos, con el fin de consolidar un determinado orden.

Las personas entrevistadas y las investigaciones reseñadas anteriormente enfatizan en los mecanismos usados por los actores armados para controlar a las poblaciones y consolidar su hegemonía en una región. Den-

tro de este repertorio de acciones, hay unas violencias que recaen particularmente sobre los cuerpos de las mujeres, desde las cuales se regulan sus comportamientos y su vida reproductiva y sexual. En lo que respecta a las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), las entrevistas señalan una ambigüedad central en la manera como este grupo armado ejerce control sobre el cuerpo femenino: si bien parecería que la guerrilla promueve espacios para el ejercicio de la autonomía reproductiva de las mujeres, en tanto que constantemente proporciona información y acceso a métodos anticonceptivos, en realidad el rango de autonomía aquí es sumamente estrecho, pues, en la mayoría de los casos, las mujeres son obligadas a planificar y a abortar.

Estas prácticas ocurren tanto dentro de las filas como en las comunidades controladas. En las entrevistas realizadas por Luis Andrés Fajardo y Rosa Valoyes (2015) para la investigación sobre violencia sexual perpetrada por las FARC, las prácticas de anticoncepción obligatoria, esterilización y abortos forzados aparecen como constantes en las modalidades de asentamiento de la guerrilla. En el informe de Memoria Histórica, *Basta ya*, se indica que en las FARC “...prevalece la planificación y el aborto forzado. Esta organización obliga a las niñas y jóvenes que integran sus filas a usar métodos anticonceptivos y, en caso de embarazo, el aborto forzado es común” (2013: 83). En esta misma vía, una persona entrevistada cuenta que, en algunas comunidades, cuando iba el personal médico del hospital público a hacer brigadas de salud, “...a las guerrilleras las llevaban para hacerlas poner el dispositivo intrauterino, a hacerles poner la inyección, o cualquier método de esos. Las ponían en fila, es una orden del comandante”.⁷ En otros casos, como relatan algunas entrevistadas, en comunidades con fuerte control social de la guerrilla, esta organizaba brigadas de control de fertilidad con información para las mujeres: “hacen brigadas de control de fertilidad, les explican a las mujeres, les dan la orientación”.⁸

Esto pone en evidencia la forma en que los actores armados, como parte de sus dinámicas de asentamiento y control territorial, imponen regulaciones sobre el cuerpo de las mujeres, las cuales responden a estereotipos y significados de género que reproducen violencias y desigualdades. Esto es especialmente evidente en el caso del control sobre la reproduc-

7 Experto 13.

8 Experta 9.

ción ejercido por los paramilitares. Una experta relata, por ejemplo, cómo un frente paramilitar realizaba jornadas de esterilización forzada a las mujeres de la comunidad. La razón dada por estos actores armados para llevar a cabo dichas prácticas se resume en lo siguiente: las mujeres “parían como puercas” y, por tanto, no merecían ser madres. Esta lógica muestra el modo en que los órdenes promovidos por los actores armados traen consigo significados violentos y restrictivos sobre la feminidad, los cuales impactan de manera directa en el ejercicio de la autonomía reproductiva de las mujeres. En últimas, prácticas como el aborto y la esterilización forzada se sostienen sobre estructuras de género que, al insertarse en las lógicas propias del conflicto, se convierten en herramientas funcionales para los actores armados en su objetivo de consolidar órdenes sociales precisos.

Lo anterior se evidencia también en el caso de las FARC. Según la investigación de Fajardo y Valoyes, la práctica por parte de este grupo armado de abortos forzados y jornadas de esterilización forzada responde a propósitos vinculados directamente con el contexto del conflicto: de acuerdo con las entrevistas realizadas por los autores a guerrilleras y desmovilizadas, los altos mandos de la guerrilla ordenaban estas prácticas porque permitir embarazos dentro de las filas afectaba la eficacia del grupo. Así lo relata una entrevistada: “¿Se imaginan ustedes una guerrilla que tuviera que andar por montañas y selvas con el problema de una o varias mujeres encinta (sic)? Se pondría en riesgo la mujer y su niño, en primera instancia, y la seguridad de todo el colectivo” (2015: 70). En este testimonio se muestra cómo el control sobre los cuerpos de las mujeres en el marco del conflicto armado responde a los objetivos concretos de los actores armados en relación con el control de territorios y poblaciones.

Lo anterior se puede advertir con mayor fuerza en un caso narrado por una entrevistada, en el que los métodos de ataque al cuerpo femenino se convierten, no en estrategias de violencia aisladas, sino en mecanismos de claro control territorial e imposición de órdenes concretos. La entrevistada cuenta la historia de una comunidad con mucha población indígena en la cual una estrategia paramilitar fue un “blaqueamiento” de la zona, por medio de abortos y embarazos forzados: “...violar a las indígenas para blanquearlas. Hay un proveedor de aborto que obligaba a las mujeres indígenas a abortar cuando ese hijo era hijo de otro indígena o de un mulato o de un negro. No de un ‘para’ blanco”⁹

9 Experta 8.

En este caso, los significados y las prácticas violentas asociadas al género se insertan directamente en los propósitos de un conflicto étnico promovido por los actores armados en el momento de imponer un orden social “blanco”, en el que “lo indígena” es relegado. El informe de Memoria Histórica sobre mujeres y guerra hace un énfasis especial en el uso de la violencia sexual en medio de conflictos étnicos (Centro Nacional de Memoria Histórica 2011: 217). Allí se afirma que la dominación sobre el cuerpo de la mujer indígena es una estrategia recurrente en el marco de los conflictos armados, pues a partir de ella se ataca al enemigo-indígena y se consolida el poder sobre un territorio.¹⁰

En esta dirección, y siguiendo de cerca las reflexiones planteadas por Memoria Histórica, la violencia ejercida hacia los cuerpos de las mujeres en el contexto de conflicto armado “...no siempre se configura por ser explícitamente ordenada por la comandancia pero sí porque se ejecuta como parte inherente de repertorios de dominio o de acciones coordinadas y planeadas por la comandancia” (Centro Nacional de Memoria Histórica 2011: 216). Los cuerpos de las mujeres, son, entonces, vistos por los actores armados, legales e ilegales, como objetos sobre los cuales se puede disponer libremente como forma de hacer daño a una comunidad y lograr el control social y territorial de ella (Guzmán y Prieto 2013). No se trata de una violencia sexual aislada del contexto del conflicto; todo lo contrario, sus dinámicas responden directamente a los objetivos de control de los actores armados.

Estos repertorios de violencia desplegados por los actores armados para consolidar su poder se sostienen sobre una serie de prácticas cotidianas desde las cuales se establecen parámetros estrictos sobre el comportamiento de hombres y mujeres. El caso de San Onofre, en Sucre, es reseñado por Memoria Histórica como paradigmático a este respecto:

...el orden paramilitar instaurado en la jurisdicción de San Onofre implicó un modelo específico de ser mujer que produjo arreglos de género tradicionales y patriarcales. Las mujeres debían acomodarse a lo que la cultura tradicional esperaba de ellas: debían restringirse al ámbito privado, a sus hogares, criar a

10 El caso de los ataques específicos hacia el cuerpo de la mujer indígena muestra la importancia de hacer análisis interseccionales de los impactos del conflicto armado sobre la vida de diferentes tipos de mujeres. En el caso concreto de barreras al acceso a la IVE en situaciones de conflicto, valdría la pena, por ejemplo, indagar aquellas que se presentan para las mujeres desplazadas e indígenas.

los hijos, cuidar la casa, ser disciplinadas y mostrarse respetuosas de la autoridad masculina y paramilitar” (Centro Nacional de Memoria Histórica 2011: 83-84).

Este caso evidencia cómo el despliegue de estrategias de dominación por parte de los actores armados supone la inserción en las relaciones cotidianas de las comunidades y, con ello, la naturalización de la violencia al convertirse en un elemento frecuente y constantemente reproducido.

Este fenómeno es identificado por el estudio “Colombia: mujeres, violencia sexual en el conflicto y el proceso de paz”, en el cual se define la regulación de la vida social de las mujeres en estos términos:

...el acto o conjunto de actos por los cuales, mediante el uso de la fuerza o amenaza de ella, se busca establecer patrones de comportamiento y conducta social. Entre los principales se encuentran el control de la sexualidad y la regulación de la vida afectiva. Así por ejemplo, impedir que las mujeres usen cierta clase de vestidos so pena de ser castigadas, impedirles asistir a determinado tipo de eventos o de tener cierto tipo de relaciones, establecer distintas formas de controles sobre los tiempos y los espacios de las víctimas, con el fin de regular, entre otros, los sistemas de relación social y sexual (ABColumbia, Sisma Mujer, U.S. Office on Colombia 2013, s. 26).

Según las estimaciones, el 12 % de las mujeres en zonas de conflicto alguna vez fueron víctimas de esta modalidad de violación a la intimidad y la autodeterminación (ABColumbia, Sisma Mujer, U.S. Office on Colombia 2013). Este tipo de control limita las posibilidades de las mujeres de poder disponer libremente de sus cuerpos y genera una violencia de género alrededor del control masculino sobre el cuerpo femenino sin que necesariamente sea por medio de violencia física directa. Con base en esto, es entonces posible pensar que en un contexto de conflicto la posibilidad de construir y ejercer la autonomía reproductiva para las mujeres se ve circunscrita a una serie de restricciones. Las cargas morales y culturales, y los estigmas sociales que rodean la sexualidad femenina y determinan las condiciones para el ejercicio de la maternidad, son exacerbadas por las condiciones del conflicto armado y se involucran directamente en las lógicas de la guerra. La capacidad de las mujeres para tomar decisiones autónomas sobre su propia sexualidad y reproducción es aún menor en estos contextos pues están sometidas a las lógicas de los actores poderosos de las regiones, tanto legales como ilegales, y a las dinámicas de la guerra.

Estas situaciones aumentan las barreras de las mujeres víctimas del conflicto para acceder a los servicios proporcionados por el Estado y refuerzan los estereotipos de género promovidos por los actores armados en sus mecanismos de regulación social, pues, en muchos casos, es debido a la estigmatización que recae sobre las mujeres que ellas guardan silencio y no acuden a las instancias estatales para hacer efectivos sus derechos.

En relación con el acceso a los servicios, además del peso de las regulaciones sociales de los actores armados sobre la vida y el cuerpo de las mujeres, también se han identificado una serie de factores estructurales relacionados con el acceso a la salud y a otras instituciones y servicios públicos en el marco del conflicto armado que inciden en el ejercicio de la autonomía reproductiva de las mujeres. En el informe “Colombia: mujeres, violencia sexual en el conflicto y el proceso de paz”, se afirma que muchas mujeres no denuncian o no acuden al sistema de salud después de haber sufrido violencia sexual porque perciben la corrupción de las instituciones estatales, la intimidación hacia jueces o personas involucradas en los procesos, la complicidad entre los actores armados y los funcionarios del Estado, y la presencia constante de los actores armados y sus mecanismos de regulación social, como elementos que no les brindan seguridad ni garantías (ABColumbia, Sisma Mujer, U.S. Office on Colombia 2013). En este sentido, es posible pensar que el acceso a los servicios judiciales y de salud requeridos en estas situaciones se restringe fuertemente.

A esto se suman las múltiples instancias y procesos burocráticos a los que es remitida una mujer que denuncia violencia sexual y busca recibir apoyo judicial y médico sobre el caso: Sisma Mujer, ABColumbia y U.S. Office on Colombia recogen un caso en el que la mujer víctima “experimentó pasar de una organización a otra y tener que repetir su historia muchas veces: el Comité Internacional de la Cruz Roja, Profamilia, el hospital, la oficina del Procurador General, la oficina de la Defensoría del Pueblo, etc.” (ABColumbia, Sisma Mujer, U.S. Office on Colombia 2013: 13).

Finalmente, si bien el acceso a servicios de salud es primordial para el ejercicio de la autonomía reproductiva de las mujeres en zonas de conflicto armado, no es el único factor estructural que influye. También es fundamental la presencia de otro tipo de instituciones, como las relativas a la administración del Estado, incluyendo las entidades del sistema judicial. Tal y como lo ha demostrado el estudio de Dejusticia escrito por Mauricio García y José Rafael Espinosa (2013), las zonas con precaria presencia institucional y con poca efectividad e implementación de políticas públi-

cas son, al mismo tiempo, espacios dominados por actores armados. De acuerdo con este estudio, la correlación entre el índice de desempeño integral desarrollado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP)¹¹ y el índice de ruralidad desarrollado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)¹² pone en evidencia que los municipios con un desempeño de justicia bajo o muy bajo tienden a coincidir con los que tienen un índice de desempeño integral bajo. Además, existe una correlación negativa significativa entre ruralidad y desempeño, es decir que a mayor ruralidad, se espera un menor desempeño integral. De ahí que sea posible pensar que las zonas rurales ocupadas por actores armados cuentan con un aparato institucional sumamente precario que no permite el acceso fácil y seguro al sistema de justicia, a las políticas públicas ni a las instituciones de salud.

El ejercicio de la autonomía reproductiva de las mujeres es, de este modo, limitado por los estrictos órdenes sociales propios del conflicto armado. El cuerpo de la mujer no solo es regulado de manera violenta a través de códigos de conducta, vulneraciones directas o prescripciones sobre la sexualidad y la reproducción, sino que, además, se ve enfrentado a restricciones en el acceso a los servicios legales y de salud, derivadas del abandono institucional y de su conjunción con las lógicas inherentes al conflicto. En la siguiente sección, se examinará la forma en que este contexto hostil y restrictivo impacta concretamente en el acceso a la IVE. La idea es identificar algunas de las barreras a las que se enfrentan las mujeres en medio del conflicto armado para reclamar este derecho.

La IVE en las zonas del conflicto

El objetivo de este capítulo es trazar un mapa de los principales obstáculos que enfrentan las mujeres a la hora de solicitar la IVE en medio del conflicto armado colombiano. Estas trabas se enmarcan en el contexto reseñado en la sección anterior y una de las hipótesis centrales del presente capítulo a este respecto indica que, si bien existen algunas barreras comunes

11 Evalúa la gestión pública de los municipios y la toma de decisiones de política pública y de asignación de recursos con base en los resultados y la problemática local, por medio de cuatro componentes: eficacia, eficiencia, cumplimiento de requisitos legales y gestión administrativa y fiscal (García Villegas y Espinosa, 2013).

12 Mide la ruralidad de los municipios a partir de la densidad de la población y de la distancia frente a ciudades de más de 100.000 habitantes (PNUD, 2011).

para todas las mujeres que solicitan el procedimiento de IVE, el conflicto armado impone obstáculos adicionales y propios de un escenario en el que las regulaciones y violencias sobre los cuerpos de los sujetos se sostienen sobre objetivos de dominación territorial concretos. Con el fin de defender esta hipótesis y enmarcarla en las discusiones teóricas y metodológicas que se dan en el marco de las investigaciones sobre violencias contra las mujeres en el conflicto armado, en la primera parte de la sección se planteará el debate sobre el continuum de la violencia. Esta discusión resulta central porque proporciona un sustrato interpretativo a la hora de entender cómo las barreras para el acceso a la IVE están insertas en un contexto de conflicto armado que se rige por dinámicas opresivas propias que, al mismo tiempo, también forman parte de estructuras de desigualdad más amplias. En segundo lugar, y con base en lo anterior, realizaremos un mapa de los obstáculos generales a los que se enfrentan las mujeres en el momento de solicitar el servicio de IVE y que se agudizan en el marco del conflicto y de las limitaciones propias de los contextos armados para solicitar el procedimiento de la interrupción voluntaria del embarazo.

El continuum de la violencia y el conflicto armado

Las investigaciones sobre violencias contra las mujeres en el marco del conflicto armado colombiano, en general, han adoptado dos giros teóricos y metodológicos distintos: por un lado, un grupo de trabajos se articula desde el supuesto de que el conflicto se define por su continuidad con las estructuras violentas y desiguales que persisten en contextos cotidianos. La diferencia entre un escenario de conflicto armado y uno cotidiano radica, aquí, en que en el primero la violencia cotidiana se intensifica.¹³ Por otro lado, otras investigaciones defienden que, más que un continuum de violencia, el conflicto armado se caracteriza por tener sus propias lógicas de opresión, las cuales no necesariamente se reducen a las estructuras de desigualdad previas.¹⁴

La tesis sobre el continuum de la violencia apunta a señalar que las dinámicas del conflicto armado nacen, se reproducen y se sostienen sobre estructuras de género de larga duración que, en medio de contextos abso-

13 Trabajos como los siguientes forman parte de esta corriente: Barraza (2009), Médicos Sin Fronteras (2014).

14 El trabajo más representativo en esta dirección es el artículo escrito por Lina Céspedes, Nina Chaparro y Soraya Estefan (2014), titulado “Metodologías en el estudio de la violencia sexual en el marco del conflicto armado colombiano”.

lutamente restrictivos, tienden a radicalizarse y a adoptar formas aún más violentas. Desde esta perspectiva, las modalidades de violencia ejercidas por los diferentes actores armados están insertas y siguen las lógicas presentes en los contextos cotidianos, con la diferencia fundamental de que, en el conflicto armado, la impunidad y el poder ejercido por los armados suponen la casi absoluta libertad de estos para ejercer la violencia de manera irrestricta. De acuerdo con estos estudios, en muchos casos, es difícil determinar cuándo una violencia pertenece propiamente al conflicto armado: los límites que separan las lógicas propias del conflicto de aquellas producidas en contextos cotidianos son difusos y, por tanto, resulta metodológicamente más operativo recurrir a la tesis del continuum de violencia a la hora de examinar violencias perpetradas por los actores armados. El reconocimiento del continuum de violencia permite, entonces, captar las estructuras de desigualdad que posibilitan que la violencia se ejerza de la manera como se ejerce y examinar las diferentes intensidades que esta adopta en escenarios diversos.

Por su parte, quienes critican el supuesto de la continuidad de la violencia afirman que, si bien identificar continuidades en las estructuras de violencia es una herramienta útil para explicar y predecir las violencias que enfrentan las mujeres en los conflictos armados, defender esta tesis de manera radical puede redundar en el oscurecimiento de ciertas dinámicas propias de los conflictos armados que no se agotan en las estructuras de violencia preexistentes. La crítica se dirige, particularmente, a tres aspectos que la tesis del continuum desconoce: “1) el cambio de contextos; 2) la presencia de circunstancias anormales y 3) la posibilidad de que un hecho delictivo en contra de una mujer se enmarque en un propósito más amplio perseguido por el grupo armado que la simple violencia de género” (Céspedes, Chaparro y Estefan 2014: 30). Según esta perspectiva, las violencias del conflicto armado no se agotan en las estructuras de desigualdad previas y cotidianas, sino que se rigen por sus propios órdenes y se enmarcan en el propósito claro de consolidar la hegemonía sobre un territorio.

En el caso específico del acceso a la IVE en contextos de conflicto armado, ambas posturas pueden ser funcionales, pues, por una parte, algunas limitaciones que las mujeres encuentran en escenarios cotidianos para acceder al procedimiento se mantienen en el marco del conflicto armado y se agudizan, pero, por otra parte, el conflicto impone barreras particulares que responden directamente a las relaciones sociales que se crean en ese

escenario concreto. Una investigación de Dejusticia publicada en el 2013, proporciona herramientas al respecto; de acuerdo con ella, la violencia hacia las mujeres en razón de su posición en la estructura de género “se presenta en todos los espacios de la vida de las mujeres, pero tiende a intensificarse en el contexto del conflicto armado” (Guzmán y Prieto 2013: 15). Sin embargo, según este estudio, además de radicalizarse, el conflicto armado también promueve sus propios regímenes de violencia: “se produce una militarización del territorio, que no siempre favorece el acceso a la justicia por parte de la comunidad”. De igual manera, “a través del control de los cuerpos de las mujeres (pautas de comportamiento, control sobre la sexualidad, natalidad, etc.) y de repertorios de violencia sexual, los actores armados (tanto oficiales como ilegales) logran controlar territorios y comunidades amedrentadas” (pp. 66-67). Con base en estos supuestos, las siguientes secciones del capítulo se concentrarán en identificar cuáles son las barreras al acceso a la IVE en general que se ven radicalizadas en el marco del conflicto, para luego examinar los obstáculos específicos que el conflicto impone.

Barreras generales a la IVE que se agudizan en el conflicto armado

Barreras relacionadas con estigmas sociales

En general, persisten una serie de barreras culturales que se refieren, sobre todo, a los factores sociales, familiares e institucionales que le asignan posiciones y significados sociales a mujeres y hombres, en virtud de los cuales el aborto es visto como una práctica moralmente reprobable y no como un asunto de derechos y autonomía reproductiva. Este fenómeno se ha caracterizado, principalmente, a partir del concepto de “estigma”. De acuerdo con este, el estigma en relación con el aborto se define como “un atributo negativo asignado a las mujeres que buscan terminar un embarazo que las marca interna y externamente como inferiores al ideal de mujer” (Zamberlin 2015: 174-175). Según Nina Zamberlin, sobre las mujeres que deciden interrumpir el embarazo recae un estigma porque no cumplen con las expectativas sociales en tres sentidos: 1) rompen con la idea de que la sexualidad femenina se define por su función reproductiva; 2) cuestionan la visión que piensa en la maternidad como un destino inalienable, y 3) ponen en duda el presunto instinto natural de las mujeres hacia el cuidado de los otros vulnerables (p. 175).

En relación con esto, una de las entrevistadas explica cómo las fuertes regulaciones impuestas por la penetración religiosa en ciertas zonas, promueven la estigmatización hacia las mujeres que no actúan bajo los modelos que definen a la maternidad como un atributo inherente a la condición femenina. La combinación de varios factores, como el hecho de ser municipios alejados, con difícil acceso a información proveniente de una diversidad de fuentes, y las vulneraciones que ha sufrido la comunidad a raíz del conflicto armado, las hacen escenarios propicios para la proliferación de distintos movimientos religiosos. El informe *Basta ya* señala la importancia que adquiere el consuelo religioso para fortalecer la cohesión social y para garantizar el apoyo espiritual, la sensación de comunidad y la seguridad de una justicia divina, llenando el vacío dejado por la debilidad de la institucionalidad pública y por la incursión de los actores armados con sus repertorios de violencia (Centro Nacional de Memoria Histórica 2013). La influencia de los grupos religiosos en las comunidades víctimas del conflicto es relatada por una entrevistada de la siguiente manera:

Un monopolio espiritual de los cristianos y de los evangélicos. Es una cosa espantosa. Como la gente está sola, como la gente está mal, como la gente está afectada y como la gente no tiene dónde acudir para buscar ayuda emocional. Todas estas iglesias cristianas y evangélicas y esas cosas les brindan un lugar de reunión, una red de apoyo. Entonces ya son la comunidad, los de la iglesia. Además hay un pastor que dirige esto, que las escucha, que las entiende, con el que pueden hablar. Y lo otro es que les promete y les garantiza la justicia divina.¹⁵

Dicha presencia religiosa viene también con un control social muy fuerte que circunscribe la libertad sexual, en particular de las mujeres. El control social y los juicios de valor sobre las mujeres cuya sexualidad, voluntaria o involuntariamente, no se ajusta a las normas sociales, no es propio de la religión; no obstante, la religión lo puede reforzar y justificar. En este sentido, la historiadora Lola G. Luna, en el libro *Los movimientos de mujeres en América Latina y la renovación de la historia política*, describe: “La iglesia había sido una institución clave desde la conquista en la redefinición del patriarcado americano, apropiándose de los derechos repro-

15 Experta 10.

ductivos de las mujeres y de sus decisiones a través de mitos fundamentados en María, virgen y madre” (2003, p. 59).

Esta ideología, catalogada por Luna como *maternalismo*, es descrita como una sobrevaloración de la maternidad, reconociendo a las mujeres por su capacidad de reproducción por encima de cualquier otra función social. De este modo, permite reforzar imaginarios culturales con fondo religioso que ubican a la mujer-madre en primer plano por encima de las otras posibilidades de las mujeres de construirse como sujetos.¹⁶ Puede pensarse, entonces, que es posible que estas concepciones sobre el cuerpo de la mujer y sobre la maternidad se traduzcan en obstáculos para el acceso a la IVE, dado el significado negativo que se asociaría con la decisión de una mujer de no ser madre.

En virtud de este contexto, el tema de derechos sexuales y reproductivos (con particular énfasis en la IVE) se encuentra rodeado por un silencio estructural que se fundamenta en un estigma cultural frente al mismo. Una de las expertas entrevistada menciona con frecuencia las dificultades que tienen las mujeres de siquiera pensar en la posibilidad de realizar un aborto al enfrentarse con la situación de un embarazo no deseado:

Todavía hay mucho prejuicio religioso en torno al aborto, incluso si han sido violadas. Si han sido violadas, no quieren el embarazo y no quieren tener esos hijos, pero eso no implica que tomen la decisión de abortar porque el aborto es malo. El aborto es pecado, si una mujer aborta algo malo le va a pasar a ella.¹⁷

De este modo, el estigma frente al aborto se torna un obstáculo más difícil en contextos rurales y de comunidades cerradas en donde el control social es fuerte. Los escenarios de conflicto armado son particularmente susceptibles frente a estas características: es posible afirmar que las normas y el control social fuerte en una zona de conflicto circunscribe la vida afectiva y la sexualidad femenina, en particular, en lo que se refiere a la

16 A este respecto, ahondar en el examen de cómo la presencia religiosa impacta en los contextos de conflicto, y, específicamente, en la regulación de la vida de las mujeres, es una ruta de investigación futura de central importancia para el estudio de la autonomía reproductiva de las mujeres en los contextos de conflicto armado. Para ello, una investigación en campo debería ser sensible a las diferencias entre las distintas formas de pensar en la función de la Iglesia y de cómo esos matices también establecen impactos diversos sobre la vida de las mujeres.

17 Experta 10.

interrupción voluntaria del embarazo, y prescribe las formas y las situaciones en las cuales se puede o no acceder a ella.

Esta situación se agrava aún más cuando los prejuicios frente a la IVE son reproducidos por la familia y el círculo social al que pertenecen las mujeres. La investigación de Dejusticia pone en evidencia el gran peso que tiene la influencia de “quienes conforman la red social de quien piensa acceder a la IVE, esto es, de las personas del entorno con quienes la mujer mantiene alguna relación —familiar, sentimental, de trabajo o estudio, comunitaria, etc.—” (Chaparro *et al.* 2013: 64). Estos entornos sociales inclinan —aunque no necesariamente determinan— a las mujeres a acceder o no al procedimiento y, finalmente, posibilitan o limitan su capacidad de acción en este sentido, ya que pueden perfilar el conocimiento o los prejuicios con los que las mujeres se van a acercar al mismo. Los resultados de las entrevistas realizadas como parte de esta investigación de 2013, indican que la familia de las mujeres se puede convertir en barrera en tanto que “aconseja y en algunas ocasiones prohíbe a la mujer acudir a su EPS para solicitar una IVE” (p. 65). En particular, las entrevistas ponen un énfasis especial en el hecho de que, muchas veces, la opinión del esposo de la mujer es la que tiende a tener un peso más significativo en la decisión de acceder o no a la IVE. Para futuras investigaciones, resultaría fundamental ahondar en cómo operan estas restricciones familiares en el contexto del conflicto armado.

Finalmente, los médicos o el personal de salud en general que se encargan de las diferentes etapas de los procedimientos de la IVE, también reiteran estereotipos restrictivos sobre la autonomía reproductiva de las mujeres. Las expertas entrevistadas señalan cómo las percepciones que los médicos tienen sobre las mujeres que provienen de contextos con presencia de actores armados impactan en su disposición para llevar a cabo el procedimiento de la IVE:¹⁸

18 Aquí vale la pena señalar que una de las entrevistadas, que ha acompañado a muchas mujeres víctimas del conflicto armado, afirmó que el mismo contexto del conflicto en algunos sentidos puede generar una cierta favorabilidad para la mujer, pues hay una mayor aceptabilidad institucional frente a estos casos: “Incluso en algunos casos hemos encontrado una respuesta institucional mucho más rápida y fácil a IVE de mujeres que vienen del conflicto armado, que mujeres que tienen problemas de salud mental. Porque el conflicto armado es un argumento más fuerte. Entonces el hospital dice ‘sí, claro, el conflicto armado, fue víctima de violación’. La mujer que llega con su certificado de psicólogo, de psiquiatra, que tiene

El tema de los médicos. Las mujeres que son víctimas del conflicto armado también tienen una resistencia adicional porque siempre piensan “si usted tuvo este problema, algo tiene que esconder. Si fue víctima del conflicto tiene que haber estado metida en algo raro”. Entonces las juzgan mucho, tal vez un poco más de lo que juzgarían a una mujer en otro contexto. Por ejemplo, empiezan a decirles ¿usted no era guerrillera, o no era de algún grupo armado, o usted que estaba haciendo?¹⁹

Con base en lo anterior, otro de los obstáculos identificado por la literatura y por las personas entrevistadas está relacionado con las dificultades que imponen los mismos médicos encargados de realizar el procedimiento. Por ejemplo,

...en los casos en los que se solicita la IVE por salud mental, consideran que la afectación de orden psicológico no es un criterio suficiente para justificar la interrupción del embarazo pues se trata de una categoría amplia que permite la inclusión de todo tipo de “caprichos” de las mujeres que la invocan (Chaparro *et al.* 2013: 83).

De igual manera, la credibilidad de las mujeres que solicitan la IVE por haber sido víctimas de violencia sexual también es cuestionada y se les solicitan una serie de procedimientos adicionales que no se requieren a la hora de pedir la IVE.

En este sentido, si la mujer logra superar los prejuicios de la comunidad y la familia, muchas veces se enfrenta con obstáculos dentro de las instituciones de salud, derivados de prejuicios y materializados en actitudes discriminatorias y maltrato. Una experta entrevistada, por ejemplo,

problemas de salud mental, ¡no, que rollo para que la atiendan! [...] En las causales de la Corte puede ser hasta más clara incluso la violencia sexual en el conflicto armado para las instituciones prestadoras de salud, de alguna manera. Es más creíble, es más denigrante. Yo no sé hasta qué punto más en el trasfondo están también todos esos imaginarios sociales de que ellos son los malos” (Experta 11). Sin embargo, otras entrevistadas muestran que, si bien esta hipótesis es plausible, los obstáculos generalizados que persisten para el acceso a la IVE, no hacen que sea fácil el acceso al servicio, incluso en la causal de violencia sexual por cuenta del conflicto. Para futuras investigaciones, valdría la pena caracterizar con mayor cuidado este panorama de posibilidades y limitaciones de la IVE cuando se trata de violencia sexual perpetrada por actores armados.

19 Experta 7.

relata cómo ha tenido casos en los que el personal de salud ha puesto el feto abortado en la orilla de la cama de las mujeres que se han realizado una IVE o les entregan a las mujeres el certificado de defunción del feto, con una clara intención de generar culpa y estigmatización.²⁰

El desconocimiento

El desconocimiento generalizado por parte de las mujeres y sus círculos sociales sobre los derechos sexuales y reproductivos, y sobre la forma de acceder a ellos, es identificado por las expertas entrevistadas como una barrera para la IVE que se agudiza en el marco del conflicto armado. Se presenta tanto frente a la salud reproductiva —es decir sobre el ciclo reproductivo y las formas de protegerse contra embarazos no deseados— como también sobre los derechos: “Las mujeres no tienen idea sobre los derechos a los que pueden acceder [...] Si no existen nociones mínimas sobre el derecho a la salud, sobre la IVE las posibilidades de que tengan alguna información es mínima (sic)”.²¹

El desconocimiento en el contexto de conflicto armado opera en varios niveles. Por un lado, la debilidad institucional, exacerbada en zonas de conflicto, genera falta de acceso tanto a servicios de salud como a programas de políticas públicas con componentes de información sobre derechos sexuales y reproductivos. Esto también incide en las y los prestadores de servicios de salud, pues muchas de las entrevistadas coinciden en que el desconocimiento es amplio entre dicho grupo también. Una experta que trabaja en la prestación de servicios de salud en zonas de conflicto armado comentó que algunas personas funcionarias del sistema de salud no tienen conocimiento del anticonceptivo de emergencia. Tal desconocimiento es particularmente grave en contextos de conflicto en donde la incidencia de violencia sexual es altísima.

Adicionalmente, las posibilidades de buscar información por medios propios son limitadas. El acceso a medios de comunicación, en particular medios digitales, es precario. La conectividad es baja, con una brecha grande tanto entre estratos como entre zonas urbanas y rurales.²² A pesar de que en las zonas urbanas también existen diversos obstáculos

20 Experta 12.

21 Experta 3 y experta 4.

22 El porcentaje de la población en zonas urbanas que utiliza Internet es de 62%, mientras que la cifra correspondiente en zonas rurales es de solamente 38% (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones 2013).

para acceder a la información, es posible pensar que las áreas afectadas por el conflicto armado están sujetas a restricciones aún mayores, dado el control social impuesto por los actores armados y la falta de recursos y de presencia estatal reflejada en las dificultades para que la información y las políticas públicas lleguen a las comunidades.

Las creencias de los funcionarios de las instituciones de salud también evidencian cómo el desconocimiento se traduce en falta de preparación para llevar a cabo los procedimientos de IVE: según el libro *Lejos del derecho*, los médicos y funcionarios de las IPS temen que si divulgan y llevan a cabo abiertamente el procedimiento de IVE, pueden ser susceptibles de recibir algún tipo de sanción disciplinar (Chaparro *et al.* 2013: 68). Paralelamente, también persiste una creencia generalizada tanto de los miembros de las instituciones de salud, como de los habitantes de las comunidades, según la cual todos los procedimientos de IVE son altamente peligrosos y deben remitirse a IPS que presten servicios de alta complejidad (Chaparro *et al.* 2013). Si bien dos de los procedimientos de IVE disponibles en el POS están catalogados en niveles de complejidad II²³ y III²⁴, el POS también incluye el medicamento Misoprostol desde 2012. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) estableció en el 2007 que este medicamento se puede usar para casos de IVE y constituye una alternativa más sencilla y económica, pues puede ser suministrado incluso por proveedores de salud de nivel medio, tales como profesionales de enfermería, funcionarios clínicos, auxiliares médicos, etc. (Dalén, Guzmán, y Molano, 2013).

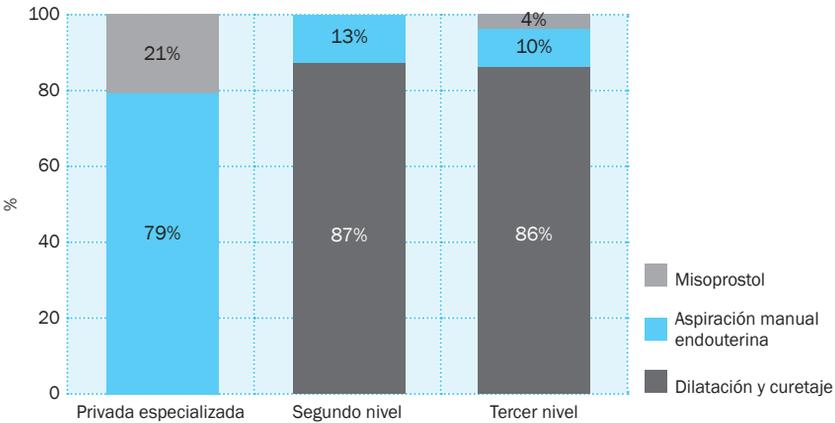
Sin embargo, el método preferido por los médicos para la realización del aborto legal es la dilatación y el curetaje (como se puede advertir en la gráfica), catalogado en el nivel de complejidad III. La práctica generalizada de este método anticuado, invasivo, costoso y no recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), contribuye a mantener y reforzar la creencia según la cual la IVE es un procedimiento complejo, riesgoso y que requiere de IPS con disponibilidad de un equipo técnico altamente especializado. Es posible pensar que, en el marco del conflicto armado, estas barreras se profundizan, ya que el acceso a la información

23 Aspiración al vacío de útero para terminación del embarazo, código CUPS 695101 (Dalén, Guzmán y Molano 2013).

24 Dilatación y legrado para terminación del embarazo, código CUPS 750201 (Dalén, Guzmán y Molano 2013).

GRÁFICA 1

Distribuciones porcentuales de IVE por método según el tipo de institución en 2011 *



* La clasificación de los hospitales del país se realiza con base en su ubicación en alguno de los tres niveles de atención. Los hospitales del primer nivel brindan una atención básica prestada por médicos generales y no se llevan a cabo procedimientos quirúrgicos.

Los hospitales ubicados en el segundo nivel tienen especialistas y laboratorios médicos; además, se realizan remisiones y cuentan con recursos especializados. Los hospitales de tercer nivel prestan servicios de salud de alta complejidad.

FUENTE: elaboración propia a partir de Prada, Maddow-Zimet y Juárez (2014)

tiende a estar más restringido y el impacto de las políticas públicas relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos es aún más limitado.

Barreras impuestas por el sistema de salud

Una de las principales barreras en lo que respecta al funcionamiento del sistema de salud y a su capacidad para prestar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo es el hecho de que no todas las IPS cuentan con el equipo requerido para esta práctica. Adicional a esto, la falta de prestación de procedimientos y medicamentos disponibles en el POS e indicados para la IVE en niveles de complejidad bajos constituye otro obstáculo que tiende a ratificar aún más la creencia que vincula necesariamente a la IVE con procedimientos complejos y riesgosos (Dalén, Guzmán y Molano, 2013).

A esto se suma el hecho de que los procedimientos más utilizados por los médicos —la dilatación y curetaje y la aspiración manual endouterina (AMEU)— requieren hospitalización y cuidados posaborto, y en el caso específico de la AMEU, a fines de 2007 solamente el 11 % de las instituciones de salud que proveen atención posaborto o que realizan proce-

dimientos de interrupción del embarazo tenía equipo de AMEU (Prada, Maddow-Zimet y Juárez 2014). Dada la precariedad de los centros de salud en zonas con presencia de actores armados, es difícil imaginar que en estos escenarios sea posible el acceso a los equipos especializados requeridos para los procedimientos y, menos aún, que los cuidados posaborto sean garantizados de manera eficaz.

Justamente, con respecto a esto último, una de las entrevistadas que trabaja en una entidad prestadora de servicios de salud en diferentes regiones del país, enfatiza el hecho de que en las zonas de Colombia impactadas por el conflicto armado no hay presencia estatal. De acuerdo con ella, la organización para la que trabaja suple muchos de los servicios de salud que debería proporcionar el Estado, dada la precariedad institucional presente en las zonas de conflicto: “de lo que se trata es de llevar acceso y servir de puente entre las capacidades locales que son algunos particulares que ayudan, porque no hay Estado para nada, no hay institucionalidad”²⁵. Esta situación es caracterizada en la investigación *Derecho al Estado*, en la cual se evidencia la precariedad institucional en los escenarios de conflicto armado y la dificultad para acceder a la salud y al sistema judicial en razón de esta (García Villegas y Espinosa 2013). Puede pensarse que esta situación incide directamente en la posibilidad de acceder a una IVE de manera oportuna, tanto por la falta de instalaciones de servicios de salud adecuados y por la falta de personal médico entrenado en ellas, como por el desconocimiento por parte de funcionarios y de las propias mujeres de los diferentes métodos de IVE.

En esta misma vía, la disponibilidad de servicios de salud reproductiva en el país es baja, en particular, en lo que concierne a aquellas instituciones de salud que ofrecen servicios de IVE. Según el estudio del Instituto Guttmacher, en 2008 solamente el 11 % del total de las IPS con la capacidad de ofrecer servicios de IVE, los ofrecieron (Prada *et al.* 2011), y la mayoría de los servicios ofrecidos se proporcionó en las ciudades grandes (Chaparro *et al.* 2013; Prada *et al.* 2011). Esta situación genera impactos desproporcionados para las mujeres en zonas de conflicto. Por ejemplo, el hecho de que haya poca disponibilidad de servicios de salud en las áreas ocupadas por actores armados, y que además de esto, en su mayoría, los centros médicos existentes no ofrecen el servicio de IVE, así como otras atenciones a la salud sexual y reproductiva, constituye una ba-

rtera en sí misma. En palabras de una entrevistada: “Incluso si sabes que [la IVE] es legal, ¿a dónde vas?”²⁶

Por otro lado, una entrevistada cuenta que la ausencia de institucionalidad ha significado, para algunas zonas de Colombia, el monopolio de los actores armados sobre los servicios que prestaría el Estado. Por ejemplo, señala que muchas mujeres han tenido acceso a la IVE en zonas de conflicto, no solo a través de las organizaciones particulares encargadas de suministrar atención en salud, sino

...con las FARC que es la que atiende a la población en salud. Ellos brindan el servicio de salud y uno de estos servicios es la interrupción del embarazo; pero ahí se pregunta ¿con qué lo hacen? Lo que hacían era legrado uterino y por ellos las mujeres podían acceder al servicio de alguna manera. No había diferencia entre las mujeres de las filas y la sociedad civil.²⁷

De acuerdo con la entrevistada, las FARC reemplazan al Estado en las zonas de su asentamiento: “Las FARC tienen sus propios hospitales y sistema de salud, ellos no se acercan a particulares para pedir atención, pues tienen sus propios servicios, donde atienden a su población y hacen campañas de salud donde promueven todo (salud sexual, odontología, cirugía, etc.)”²⁸ Aunque esto puede pensarse, en principio, no como una barrera, sino como una posibilidad para que las mujeres accedan a la IVE, este caso relatado por la entrevistada muestra la manera en que, como parte de sus repertorios de dominación, los actores armados pueden suplir las funciones que el Estado descuida y, en esta dirección, el acceso a los servicios de salud y de justicia se encuentra apresado en las lógicas de control social promovidas por estos, por lo que el derecho se ve sujeto a la voluntad de los mismos.²⁹

26 Experta 8.

27 Experta 5.

28 Experta 5.

29 El testimonio de la entrevistada plantea varias rutas de investigación que tendrían que abordarse en el futuro para entender las complejidades de la intersección entre IVE y conflicto armado. Valdría la pena profundizar, por ejemplo, en cuáles son las relaciones que se establecen entre las FARC y las mujeres de la población civil a la hora de acceder al servicio de la IVE. También habría que investigar y caracterizar cuáles son las particularidades regionales y por asentamiento de grupos armados y cómo estas impactan en el acceso a la IVE. De igual manera, es fundamental abordar el problema de IVE y mujeres intrafilas.

También es importante señalar que las entrevistadas mencionan que en comunidades con poco acceso a la institucionalidad formalizada los servicios de salud han sido prestados por particulares por fuera del sistema oficial. Durante el proceso de investigación surgieron dos tipos de actores con papeles claves para el acceso a la salud sexual y reproductiva, incluyendo la interrupción del embarazo, en zonas de conflicto. Por un lado, están las ONG que en algunas zonas prestan servicios por medio de brigadas de salud. Por otro lado, están las parteras tradicionales. Si bien no cuentan con la capacitación y autorización formal y regulada para este tipo de procedimientos, están legitimadas socialmente y juegan un rol importante en muchas comunidades, incluso para la interrupción de embarazos. Adicionalmente, como destaca una entrevistada, hacen el papel de acompañamiento emocional que necesitan las mujeres. En zonas de conflicto armado, en donde la autonomía reproductiva es más compleja aún porque coincide con pobreza y falta de capacidad institucional, y el acceso al sistema de salud tiene otras prioridades, estos particulares parecen jugar un rol importante.³⁰

Limitaciones a la IVE propias de contextos de conflicto armado

En esta sección, caracterizaremos de manera general dos de las barreras de acceso a la IVE que identificamos como propias del contexto del conflicto armado: la movilidad y el temor. Frente a esto, hacemos una salvedad: a pesar de que es posible pensar que la principal característica de las barreras que enunciaremos a continuación es el hecho de que son radicalizaciones de obstáculos que se presentan en contextos cotidianos, las ubicamos en la sección de limitaciones a la IVE propias de contextos de conflicto porque, a partir de la información recolectada por las entrevistas y la bibliografía sobre el tema, pudimos advertir que las restricciones que enfrentan las mujeres para movilizarse y para tomar acciones con respecto a su derecho a interrumpir el embarazo en escenarios dominados por actores armados se encuentran directamente vinculadas con los estrictos órdenes sociales promovidos por estos. En este sentido, aunque, en efecto, las mujeres en escenarios cotidianos enfrentan barreras asociadas a la movilidad y al temor, en el contexto del conflicto estos obstáculos se definen por ser consecuencia directa del control que los actores armados ejercen sobre los territorios.

30 Experta 1, experta 2 y experta 12.

Movilidad

La investigación *Derecho al Estado* (García Villegas y Espinosa 2013) sostiene que, en términos generales, las zonas de Colombia en las que el conflicto armado se ha desarrollado con mayor intensidad son territorios geográficamente alejados de los principales centros urbanos, con difícil acceso y débil presencia institucional, así como mayores índices de pobreza. Una de las expertas entrevistadas destacó:

Yo siento que en el marco del conflicto armado, el ejercicio del derecho a la salud es más difícil, por tanto es más difícil el derecho al IVE. No es nada distinto porque se tiene la “ventaja” de tener una guerrilla que no es fundamentalista religiosa, entonces ese no es el problema, como puede ser en Afganistán, donde el conflicto porque una mujer interrumpa el embarazo es más fundamentalista. En Colombia el problema de movilidad es lo que complica el ejercicio del derecho, además está claro que el ejercicio al derecho al IVE es más fácil en las grandes ciudades y entre más se aleje hay más barreras.³¹

En una encuesta sobre barreras al acceso a la salud en zonas de conflicto armado realizada por Médicos Sin Fronteras a población civil habitante de zonas directamente afectadas por el conflicto en siete departamentos de Colombia,³² solo el 17,6% de los encuestados puede llegar a un servicio de salud dentro de la primera hora,³³ a pie o en el medio de transporte que usan, lo cual es un indicador de la disponibilidad deficiente de los servicios de salud. El promedio de horas que tarda una persona en llegar al servicio de salud fue de 9,12 horas. El 60% de las personas encuestadas incluyó la lejanía como uno de los factores para no ir al médico. En muchas ocasiones, el servicio de salud más cercano fue abandonado o no cuenta con el personal ni el equipamiento indispensable para la atención (Médicos Sin Fronteras 2010).

Una entrevistada señala que en razón del conflicto armado y de los obstáculos de movilidad generados por este, “se han tenido muchos casos del segundo trimestre: con estos casos lo que hemos hecho es tratar de

31 Experta 6.

32 Antioquia, Arauca, Bolívar, Caquetá, Chocó, Nariño y Norte de Santander.

33 Poder llegar a un servicio de salud en la primera hora se considera dentro del límite que el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) entiende como acceso geográfico adecuado (Médicos Sin Fronteras 2010).

ayudar, porque la mayoría de mujeres que llegan en el segundo trimestre, claramente por razones relacionadas con el conflicto, pues impide que las mujeres se acerquen a requerir la atención necesaria”.³⁴ Cuando se le preguntó a la entrevistada por qué las mujeres se acercaban a los puestos de salud a solicitar el servicio en un estado de embarazo tan avanzado, ella respondió: “los enemigos están adentro [...] las personas no pueden salir [...] con las fronteras invisibles las mujeres pueden pasar un mes, dos meses, sin salir. Eso es determinante para que lleguen con embarazos muy avanzados y las mujeres en este momento violadas están teniendo sus bebés”.³⁵ El traslado para acceder a una interrupción del embarazo conlleva riesgos de seguridad así como temor por parte de las mujeres, lo cual es una fuente de barreras para solicitar la interrupción del embarazo durante el primer trimestre (esto se desarrollará en el siguiente acápite).

Este tema de la movilidad fue descrito por las expertas entrevistadas como un elemento que evidencia el continuum de violencia que se establece entre los contextos no armados y los armados. Sin embargo, si bien el continuum es claro en tanto que la precariedad en la movilidad hacia los centros de salud ha sido identificada como una característica de la ausencia de Estado en diversas zonas del país, en este caso se podría pensar que la movilidad se dificulta, además, por las estrictas regulaciones sociales impuestas por los actores armados. En esta dirección, aunque hay un continuum, los conflictos armados también operan e imponen unas violencias específicas que no se reducen a la tesis de la continuidad.

Temor

En lo que respecta a los casos de violencia sexual en el marco del conflicto, los obstáculos que las mujeres víctimas de este delito enfrentan para acceder a la IVE se remiten, principalmente, al temor a denunciar a sus agresores. El requisito establecido en la sentencia C-355/06 para acceder a la IVE bajo la causal de violencia sexual es la presentación de la denuncia. El conflicto genera más barreras para denunciar, no solamente por la falta de presencia de autoridades competentes, sino sobre todo por los miedos y las restricciones asociadas a la presencia de actores armados. Incluso cuando no hay amenazas directas, las mujeres pueden sentirse inclinadas a no denunciar, o buscar una IVE, por la presencia del actor armado: “Hay una sumatoria de muchas cosas: la presión directa del actor

34 Experta 5.

35 Experta 12.

que ejecutó la agresión. Sea actor legal o ilegal. La ausencia de la institución estatal que casi siempre está lejos. Y también el temor de ellas, y el desconocimiento”.³⁶

En algunas zonas de conflicto la población civil necesita pedirles permiso a los actores armados para poderse movilizar en el territorio. En los casos de violencia sexual en los cuales el agresor es un actor armado, el salir de la zona para acudir a la institucionalidad e interponer una denuncia en su contra para acceder a una IVE se torna un obstáculo casi insuperable. Esto tanto por las consecuencias que puede tener para la vida de la mujer e incluso su grupo familiar la denuncia, como también por los impedimentos concretos que ponen los actores armados, pues muchas entrevistadas relatan cómo, en retenes, obligan a las mujeres a bajarse y devolverse.

En los cascos urbanos existen servicios de salud estatales con total deficiencia. Lo primero que se busca es que la mujer acceda a los servicios del Estado, pero en muchas ocasiones se les prohíbe la salida del lugar donde se encuentran o para ello necesitan un permiso especial, o no tienen con quién dejar a los hijos que tienen.³⁷

Un caso relatado por una entrevistada en la que una docente en Buenaventura es violada por paramilitares es particularmente dicente:

...esta señora que realmente tenía pánico, pánico porque tenía una amenaza sobre ella, sobre el embarazo [...] que si abortaba la mataban. Así le dijeron a esta docente [...] a ella prácticamente la convierten en objetivo militar, entran a la casa y la violan, tres personas, y después que sale embarazada, porque ella va y pone la denuncia en seguida entonces la amenazaron por haber puesto la denuncia [...] como la información se filtra, la información se filtró.³⁸

De este modo, se interrelacionan varios factores que puede pensarse que generan situaciones en las cuales es particularmente difícil para las mujeres en contextos de conflicto armado acceder al servicio de la interrupción del embarazo. Se trata de escenarios en los que el control social impuesto por los actores armados se sostiene sobre diversas restricciones en los cuerpos y las vidas de quienes están bajo su dominio. En el caso de

36 Experta 7.

37 Experta 5.

38 Experta 12.

la docente, a través de amenazas e intimidaciones constantes, los paramilitares obstaculizaron su acceso a la IVE.

Uno de los factores que puede incidir en que el temor aumente es la alta impunidad que persiste en el país frente a la violencia sexual en escenarios de conflicto. De acuerdo con el estudio de ABColombia, Sisma Mujer, U.S. Office on Colombia (2013), la impunidad en casos de violencia sexual en el marco del conflicto armado es del 98 % y, según Sisma Mujer, el subregistro de este delito es del 95 %, lo cual influye directa y negativamente en la atención, asistencia y reparación que las víctimas requieren, pues su consecuencia principal es “la omisión habitual de [la violencia sexual] y de su relación con el conflicto armado colombiano” (Sisma Mujer 2009: 28). Este alto subregistro puede considerarse como un síntoma del silencio por parte de las mujeres a la hora de denunciar y tomar acciones legales y médicas frente a la violencia sexual. Los estudios de organizaciones de mujeres señalan que uno de cada cinco casos de violencia sexual es denunciado, y de dichos casos, solo en dos de cada 100 se alcanza una condena. De igual manera, aproximadamente el 82 % de las mujeres víctimas de violencia sexual no denuncian (ABColombia, Sisma Mujer, U.S. Office on Colombia 2013). Así, “las posibilidades de ser sancionado tras cometer un acto de violencia sexual son casi nulas” (p. 15).

Estas condiciones de impunidad pueden ser interpretadas como un círculo vicioso en el que, debido al temor de las mujeres a denunciar por las constantes amenazas y regulaciones impuestas por los actores armados, la violencia sexual se convierte en un delito invisible con pocas posibilidades para su atención y reparación. Pero, al mismo tiempo, esas condiciones de impunidad que se generan a raíz de las lógicas del conflicto producen una falta de fe en las instituciones del Estado, que obstaculiza que las mujeres recurran a los entes oficiales para denunciar o solicitar servicios como la IVE; es en razón de esto que los abortos en condiciones inseguras son constantes (ABColombia, Sisma Mujer, U.S. Office on Colombia 2013).

Consideraciones finales

Cuando se le preguntó a una de las entrevistadas por las razones más comúnmente dadas por las mujeres para solicitar la IVE en zonas de ocupación de actores armados, respondió:

Las causales son en zonas de conflicto desde la violación por el actor armado, hasta la falta de acceso a métodos anticoncepti-

vos, no hay acceso al conocimiento del método, muchas usan un anticonceptivo un mes y al otro mes no lo consiguen, las zonas son muy lentas, además la violencia es altísima: las obligan tanto los actores como sus maridos. El tema del acceso es primordial a la información y el anticonceptivo y el conflicto como causal. Algunas personas que trabajan en el sistema de salud, no tienen conocimiento del anticonceptivo de emergencia.³⁹

Este testimonio reúne varios de los problemas que se delinearón en esta investigación y muestra la urgencia de investigar con profundidad las dificultades que tienen las mujeres habitantes de zonas ocupadas por actores armados para acceder efectivamente a su derecho a la interrupción del embarazo. El conflicto no solo agudiza barreras estructurales como el desconocimiento de los métodos de anticoncepción y de los derechos sexuales y reproductivos o ratifica los estereotipos y roles de género que restringen la autonomía de las mujeres, sino que, además, ubica al cuerpo de las mujeres en el foco de acción de los actores armados; en escenarios de control armado, el cuerpo femenino se convierte en depositario de las prácticas de control social implementadas por los actores armados para consolidar su poder en las regiones ocupadas. La autonomía reproductiva y, en este sentido, la posibilidad de acceder a la IVE, se ven apesadas en regímenes de control dependientes de la voluntad y de las posibilidades y limitaciones que el orden armado promueve.

Siguiendo el lenguaje de la biopolítica, es posible afirmar que el acceso a la IVE en el conflicto armado opera en medio de regímenes concretos de control sobre la vida, la muerte y los cuerpos. La intersección entre los tres conjuntos de investigaciones reseñados en el estado del arte nos permitió centrar la mirada en un elemento clave a la hora de entender cómo funciona la autonomía reproductiva de las mujeres en el conflicto: los diversos repertorios de violencias y control social usados por los actores armados para consolidar sus órdenes concretos sobre las comunidades tienen un peso significativo en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos. Las regulaciones sobre cómo debe o no debe ser una mujer, las concepciones de género que se promueven desde las mismas instituciones y la precariedad de la presencia estatal en zonas ocupadas por actores armados son todos elementos que establecen regulaciones sobre el cuer-

39 Experta 5.

po femenino y delimitan qué puede y qué no puede hacer y bajo cuáles circunstancias. Estos regímenes de control hacen que los cuerpos de las mujeres sean vulnerables, al verse restringidos y sujetos a la voluntad de los actores armados.

En efecto, estas restricciones impuestas por los contextos de conflicto hacia el cuerpo de las mujeres se traducen en vulnerabilidad en, al menos, dos sentidos: por una parte, sobre los cuerpos de las mujeres en general recae la vulnerabilidad de encontrar obstáculos para el ejercicio de su autonomía reproductiva; esto supone vulnerabilidad en la medida en que el cuerpo femenino está sujeto a otras voluntades que condicionan sus posibilidades y no le permiten a las mujeres acceder a derechos que las empoderan con respecto a sus vidas y sus cuerpos, y que reducen las posibilidades de daño (pues los abortos clandestinos tienden a producir afectaciones de largo plazo sobre el cuerpo de las mujeres). Pero, por otro lado, es posible afirmar que el conflicto armado opera con sus propias lógicas de vulnerabilidad, las cuales, si bien varían entre actores y localidades, en general se caracterizan por la primacía de la voluntad de los armados y de sus objetivos de dominación territorial. En virtud de ello, en estos contextos los cuerpos de las mujeres son vulnerables a la violencia ejercida por los actores armados, la cual no solo elimina físicamente los cuerpos, sino que —y sobre todo— les impone parámetros de regulación y los somete a violencias que afectan su movilidad, vitalidad y autonomía. Las dificultades para acceder a la IVE en los contextos armados son una evidencia clara de cómo la biopolítica del conflicto atraviesa los cuerpos de las mujeres y los violenta por medio del ataque a su autonomía reproductiva.

Siguiendo a Butler, el primer paso para comenzar a eliminar las brechas en la desigual distribución de la vulnerabilidad es “evaluar y oponer las condiciones bajo las cuales ciertas vidas humanas son más vulnerables que otras” (2006: 57). En el marco de este objetivo, la presente investigación funge como un diagnóstico, un primer mapa de vulnerabilidad de los cuerpos de las mujeres en lo que respecta a su autonomía reproductiva en el marco del conflicto. La idea era trazar rutas de investigación para que, en el futuro, ese mapa de vulnerabilidad se vuelva más completo, por ejemplo, al mostrar cómo, al entrecruzar variables como etnia, raza y clase, los cuerpos de las mujeres participan de diferentes grados de vulnerabilidad y se ven atravesados por biopolíticas con impactos diferenciados. Para ello, es fundamental comprobar estas primeras hipótesis en un estudio de campo, con el fin de obtener, más que un panorama general, una caracteri-

zación más completa y detallada de cómo operan los regímenes biopolíticos concretos sobre la autonomía de los cuerpos de las mujeres, y con base en ello, proponer instrumentos para reducir su influencia.

Algunos de los caminos investigativos que este documento deja abiertos de cara a examinar y caracterizar los órdenes biopolíticos promovidos por los actores armados y la vulnerabilidad que estos generan sobre la autonomía reproductiva de las mujeres son los siguientes: en primer lugar, no hay estudios que de manera más integral aborden el concepto de autonomía reproductiva en el marco del conflicto armado y las relaciones entre varios elementos como son la violencia sexual, el acceso a la IVE, y también otras manifestaciones que se presentaron de manera tangencial, tales como el aborto y el embarazo forzado, la anticoncepción y la esterilización forzada, y la construcción de la maternidad en un contexto de conflicto. Asimismo, esta investigación abre preguntas sobre cómo se configura la autonomía reproductiva y el acceso a la IVE al interior de las filas. También vale la pena ampliar la forma como opera la interseccionalidad en el acceso a la IVE en el conflicto armado, pues esto permitiría identificar de manera más precisa cómo funcionan las escalas de vulnerabilidad en el conflicto, esto es, cómo la autonomía de los cuerpos es vulnerada de manera diferencial. Y, finalmente, el examen de las diferencias entre actores armados y contextos concretos se hace necesario para caracterizar los distintos matices y las diversas modalidades de restricción a la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres.

Para futuras investigaciones en la temática, así como para la construcción de políticas públicas adecuadas y eficaces, es fundamental el fortalecimiento de los sistemas de información para recoger datos específicos sobre este tema. Actualmente hay grandes deficiencias en los sistemas de información en los que se pretenden registrar los procedimientos de IVE, con un alto subregistro y falta de detalles que permitan desglosar la información adecuadamente. Por ejemplo, no hay ningún registro que identifique los procedimientos de IVE relacionados con el conflicto armado, lo cual imposibilita un estudio cuantitativo en la materia. Además, según la información recogida en esta investigación, muchas mujeres se desplazan de las zonas de conflicto hacia cascos urbanos principales para acceder a la IVE, por lo que tampoco es posible identificar los casos por un desglose geográfico de los registros de procedimientos.

Dado que Colombia ha estado en conflicto por más de cincuenta años, y que este afecta amplias zonas del país, no es posible pensar la im-

plementación efectiva de la despenalización parcial del aborto sin preguntarse cómo la violencia relacionada con el conflicto afecta o no el acceso de las mujeres a la práctica de la interrupción del embarazo. Esta pregunta resulta importante para pensar políticas hacia el posconflicto, por lo que este estudio es altamente relevante en el marco de la construcción de la paz. En el contexto del posconflicto es clave fortalecer la institucionalidad en el territorio colombiano, entre ella, el sistema de seguridad social en salud y la prestación de todos los servicios, incluida la IVE. El fortalecimiento de la autonomía y de la atención en salud sexual y reproductiva es un mecanismo importante de empoderamiento e inclusión democrática. Puesto en términos de Butler, en un contexto de posconflicto es fundamental preguntarse por cuáles son los mecanismos y las prácticas que operan en el conflicto armado, que hacen vulnerable la vida y los cuerpos de las personas involucradas en él. Superar esa vulnerabilidad sería un imperativo para acabar con las condiciones de posibilidad del conflicto y para dotar de herramientas a las mujeres a fin de que la violencia diferenciada que recae sobre sus cuerpos pueda ser mitigada.

Referencias

- ABC Colombia, Sisma Mujer, U.S. Office on Colombia. Noviembre de 2013. *Colombia: mujeres, violencia sexual en el conflicto y el proceso de paz*. Bogotá: ABC Colombia.
- Acnur. 2009. *Violencia de género y mujeres desplazadas*. Recuperado de: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Colombia/Violencia_de_genero_y_mujeres_desplazadas.pdf?view=1.
- Agamben, G. 2003. *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-textos.
- Amnistía Internacional 2012. *Colombia: invisibles ante la justicia. Impunidad por actos de violencia sexual cometidos en el conflicto: informe de seguimiento*. Madrid: Editorial Amnistía Internacional.
- Amnistía Internacional. 2011. *Hablan las sobrevivientes de violencia sexual en Colombia*. Bogotá: Amnistía Internacional.
- Barraza Morelle, C. 2009. Continuum de la violencia: un desafío para las políticas públicas. *La manzana de la discordia* 4 (1): 19-25.
- Butler, J. 2006. "Violencia, duelo y política", en *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Campaña - Violaciones y otras violencias: saquen mi cuerpo de la guerra. 2011. *Primera encuesta de prevalencia. Violencia sexual en contra de las mujeres en el conflicto armado colombiano 2001-2009*. Bogotá: Campaña - Violaciones y otras violencias: saquen mi cuerpo de la guerra.
- Castrillón, G. 2014. "¿Víctimas o victimarias? El rol de las mujeres en las FARC. Una aproximación desde la teoría de género". *ÓPERA* 16: 77-95.
- Cavareto, A. 2009. *Horrorismo. Nombrando la violencia contemporánea*. México D.F.: Anthropos.
- Centro Nacional de Memoria Histórica. 2011. *Mujeres y guerra. Víctimas y resistentes en el Caribe colombiano*. Bogotá: CNRR, Ediciones Semana.
- Centro Nacional de Memoria Histórica. 2013. *¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Céspedes, L., Chaparro, N., Estefan, S. 2014. "Metodologías en el estudio de la violencia sexual en el marco del conflicto armado colombiano" (pp. 19-56). *Colombia internacional*. Revista del departamento de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales.
- Chaparro, N., García, C., Guzmán, D., Rojas, S. y Sandoval, N. 2013. *Lejos del derecho. La interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: Dejusticia.

- Coral Díaz, A. M. 2010. El cuerpo femenino sexualizado: entre las construcciones de género y la Ley de Justicia y Paz. *International Law, Revista Colombiana de Derecho Internacional* (17): 381-410.
- Dalén, A. 2013. *La implementación de la despenalización parcial del aborto en Colombia*. Bogotá: Dejusticia.
- Dalén, A., Guzmán, D. E. y Molano, P. 2013. *La regulación de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia*. Bogotá: Dejusticia.
- Díaz Amado, E., Calderón García, M. C., Romero Cristancho, K., Prada Salas, E. y Barreto Hauzeure, E. 2010. Obstacles and challenges following the partial decriminalisation of abortion in Colombia. *Reproductive Health Matters* 18 (36): 118-126.
- Esposito, R. 2011. *Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Estrada, Á. M., Ibarra, C. y Sarmiento, E. 2003. Regulación y control de la subjetividad y la vida privada en el contexto del conflicto armado colombiano. *Revista de Estudios Sociales* (15): 133-149.
- Fajardo Arturo, L. A. y Valoyes Valoyes, R. Y. 2015. *Violencia sexual como crimen internacional perpetuado por las FARC*. Bogotá: Editorial Planeta S.A.
- Foucault, M. 2001. "Clase del 17 de marzo de 1976" (pp. 217-237). *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. Buenos Aires: FCE.
- García Villegas, M. y Espinosa, J. R. 2013. *El derecho al estado*. Bogotá: Dejusticia.
- Guzmán Rodríguez, D. E. y Prieto Dávila, S. C. 2013. *Acceso a la justicia. Mujeres, conflicto armado y justicia*. Bogotá: Dejusticia.
- Human Rights Watch. 2012. *Derechos fuera de alcance. Obstáculos a la salud, la justicia y la protección para mujeres desplazadas víctimas de violencia de género en Colombia*. Estados Unidos: Human Rights Watch.
- Luna, L. G. 2003. *Los movimientos de mujeres en América Latina y la renovación de la historia política*. Cali: Editores La Manzana de la Discordia.
- López León, M. J. 2009. "Las mujeres imaginadas" de la guerra: narraciones de excombatientes paramilitares sobre las mujeres y el conflicto armado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Médicos Sin Fronteras. 2010. *Acceder a la salud es acceder a la vida: 977 voces*. Bogotá: Médicos Sin Fronteras.
- Médicos sin fronteras. 2014. *¿Y qué pasó con Capercucita?* Médicos Sin Fronteras.
- Mesa de seguimiento al Auto 092 de 2008 anexo reservado. 2013. *Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia sexual. Quinto informe de seguimiento al Auto 092 de la Corte Constitucional, anexo reservado*. Bogotá: Mesa de Seguimiento al Auto 092 de 2008 anexo reservado.

- Oliveros León, L. y Guarnizo Sánchez, P. 2014. Entre ires y venires: las barreras al aborto legal en Colombia. *Boletina Anual 3. Aborto: experiencias, situaciones y debates actuales en Colombia y América Latina*, 51-57.
- Prada, E., Maddow-Zimet, I. y Juárez, F. 2014. El costo de la atención posaborto y del aborto legal en Colombia. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, 2-12.
- Prada, E., Singh, S., Remez, L. y Villareal, C. 2011. *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Causas y consecuencias*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- Ruta Pacífica de las Mujeres. 2013. *La verdad de las mujeres víctimas del conflicto armado en Colombia*. Bogotá: Ruta Pacífica de las Mujeres.
- Sisma Mujer. 2009. *Mujeres en conflicto: violencia sexual y paramilitarismo*. Bogotá: Sisma Mujer.
- Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). *Red Nacional de Información*. Consultada el 26 de septiembre de 2014. Recuperado de: <http://rni.unidadvictimas.gov.co/?q=v-reportes>.
- Women's Link Worldwide. Mayo 10 de de 2012. *Avances y obstáculos de la implementación de la sentencia C-355/06*. Consultada el 23 de enero de 2015. Recuperado de: http://www.womenslinkworldwide.org/wlw/new.php?modo=detalle_prensa&dc=356
- Zamberlin, N. 2015. "Estigma y aborto". *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. Lima: Promsex.

Anexo 1

Listado de entrevistas

Se realizaron 19 entrevistas con un total de 21 personas

Entrevistas a personas vinculadas con organizaciones de mujeres y de salud no estatales
Experta 1 y experta 2
Experta 3 y experta 4
Experta 5
Experta 6
Experta 7
Experta 8
Experta 9
Experta 10
Entrevistas a personas vinculadas con instituciones del Estado
Experta 11
Experta 12
Experto 13

• 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 ADICCIÓN 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

¿Qué sucede con las mujeres que pretenden

ejercer su derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en zonas de conflicto armado? Varios documentos se han escrito sobre IVE y los obstáculos de las mujeres para acceder a ella, pero sobre cómo funciona el ejercicio de este derecho en contextos de conflicto hay muy pocas referencias. Ese, justamente, es uno de los propósitos centrales de este texto: superar, en un primer intento, ese vacío de información acerca de la IVE y el conflicto armado, y de las barreras que las mujeres enfrentan cuando quieren solicitar el procedimiento en esos escenarios.

Como lector/a encontrará dos hallazgos principales: por una parte, constatamos que los obstáculos que persisten en contextos no armados para que las mujeres puedan acceder a su derecho a la IVE se mantienen y, en ocasiones, se radicalizan en espacios de conflicto. El desconocimiento, el estigma social y las barreras burocráticas son algunas de esas limitaciones que cotidianamente aquejan a quienes buscan solicitar la IVE y que se vuelven aún más drásticas en zonas con presencia de actores armados. Pero, por otra parte, encontramos que las lógicas del conflicto imponen barreras propias que no necesariamente son las mismas que persisten en contextos no armados. El temor producto de la presencia de los fuertes mecanismos de control social impuestos por los actores armados es un obstáculo propio del conflicto que limita notablemente la capacidad de las mujeres para acceder a su derecho a la IVE.

En ese contexto, a partir de la revisión juiciosa de bibliografía secundaria y de entrevistas realizadas a expertas que trabajan directamente en las regiones afectadas por el conflicto, este documento hace una primera caracterización de algunos de los obstáculos que enfrentan las mujeres cuando buscan acceder a la IVE en medio del conflicto armado. La investigación pretende dejar abiertos interrogantes y problemáticas para que, en futuros estudios, la relación entre conflicto armado e IVE pueda ser explorada y caracterizada de manera más detallada, haciendo énfasis en sus múltiples matices y complejidades.

978-958-59192-7-3



9 789585 919273