



Foto: Victoria Holguín

# Desafíos para garantizar la autonomía reproductiva en Colombia: un diagnóstico territorial

## **Desafíos para garantizar la autonomía reproductiva en Colombia: un diagnóstico territorial**

### **Coordinación y redacción:**

Camila Vega-Salazar, Consultora, Centro de Derechos Reproductivos.

### **Investigación:**

Camila Gómez Jordan, Marshall Weinberg Global Legal Fellow, Centro de Derechos Reproductivos.

Zully Meneses, Directora, Corporación Ecofeminista Comunitar.

Mayerly Carreño Núñez, Coordinadora de sostenibilidad y desarrollo institucional, Fundación Mujer y Futuro.

Yanni Ximena Caicedo, Integrante, Plataforma Unidas para Avanzar.

Aura Cristina Escobar, Integrante, Plataforma Unidas para Avanzar.

Daniela Casanova, Integrante, Plataforma Unidas para Avanzar.

### **Revisión y edición:**

Cristina Rosero Arteaga, Senior Legal Adviser – Centro de Derechos Reproductivos.

María Cecilia Ibáñez García, Senior Advocacy Adviser – Centro de Derechos Reproductivos.

**Foto portada:** Victoria Holguín

**Diseño:** Centro de Derechos Reproductivos.

Diciembre de 2025

Esta iniciativa es financiada por la Embajada de Suecia a través de la Agencia Sueca de Desarrollo Internacional (Asdi). Este documento no refleja ni compromete el punto de vista de Asdi y son de responsabilidad exclusiva del Centro de Derechos Reproductivos.

*Con el apoyo de*



Desafíos para  
garantizar  
la autonomía  
reproductiva  
en Colombia:  
un diagnóstico territorial



# Desafíos para garantizar la autonomía reproductiva en Colombia: un diagnóstico territorial

En Colombia, el reconocimiento legal del derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) ha sido producto de décadas de lucha feminista y litigio estratégico orientado a promover cambios en la jurisprudencia constitucional. Sin embargo, su implementación efectiva sigue enfrentando barreras estructurales, culturales e institucionales que afectan de manera desproporcionada a mujeres y niñas en contextos rurales, fronterizos y de alta vulnerabilidad.

Este boletín surge como una herramienta colectiva para visibilizar esas barreras y ampliar la conversación hacia otras formas de violencia reproductiva, entendida —según la conceptualización del Centro de Derechos Reproductivos (CDR)— como las prácticas que directa o indirectamente comprometen y violan la autonomía reproductiva. Esta autonomía implica la capacidad de las personas para decidir si quieren tener hijos/as/es o no y en qué momento, así como acceder a información y servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo anticoncepción, aborto seguro y atención ginecológica y obstétrica digna.

Para construir este análisis, realizamos entrevistas semiestructuradas con integrantes de tres organizaciones aliadas: Corporación de Mujeres Ecofeministas Comunitar (Cauca), Fundación Mujer y Futuro (Santander y Norte de Santander) y Unidas para Avanzar (Nariño). Sus testimonios y reflexiones nos permiten comprender cómo las barreras para la IVE se entrelazan con dinámicas más amplias de violencia reproductiva, especialmente en escenarios atravesados por el conflicto armado y la migración, donde el control sobre los cuerpos de las mujeres se convierte en una estrategia de poder y exclusión.

Este boletín se organiza en dos secciones: **A) Acceso a la IVE en los territorios:** una mirada a las cifras, avances y obstáculos

en Cauca, Santander y Nariño y **B) Puntos en común en escenarios de conflicto armado y migración,** en el que presentamos un análisis transversal que evidencia cómo estas condiciones profundizan la vulneración de derechos sexuales y reproductivos, incluyendo prácticas como maternidades forzadas, violencia obstétrica, anticoncepción forzada y explotación sexual.

Más allá de informar, este boletín propone una invitación al diálogo con instituciones públicas, organismos de control, tomadores de decisión y actores del sistema de salud, para reconocer que la garantía de los derechos sexuales y reproductivos no puede depender del lugar de residencia, la etnia, la edad o el nivel socioeconómico. Requiere voluntad política, articulación intersectorial y el fortalecimiento de las organizaciones sociales que, desde los territorios, defienden la vida, la autonomía y la dignidad de las mujeres.

## A. Acceso a la IVE en los territorios

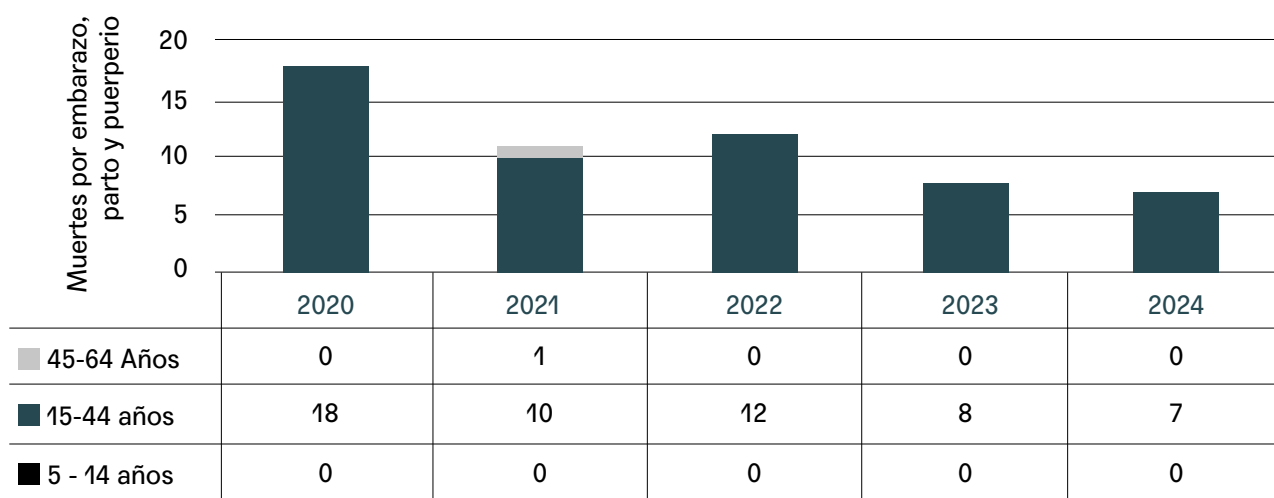
### 1. Cauca: Avances interinstitucionales frente a desigualdades estructurales en salud sexual y reproductiva

El departamento del Cauca presenta una realidad compleja en materia de derechos sexuales y reproductivos. Aunque se han logrado avances significativos en la implementación de políticas públicas, las cifras de embarazo adolescente, mortalidad materna y acceso desigual a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) evidencian profundas brechas estructurales que afectan especialmente a niñas, adolescentes y mujeres indígenas y rurales.

En 2024 se registraron 2.248 nacimientos en niñas y adolescentes de entre 10 y 19 años en el Cauca<sup>1</sup> según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Se reportaron 127 nacimientos en el grupo de niñas de 10 a 14 años, una cifra estrechamente vinculada a violencia sexual<sup>2</sup>. En 2023 se reportaron más de 9.000 casos de violencia sexual contra niñas de ese grupo etario en Colombia, lo que refuerza la necesidad de abordar el embarazo infantil como una consecuencia directa de la vulneración de derechos.

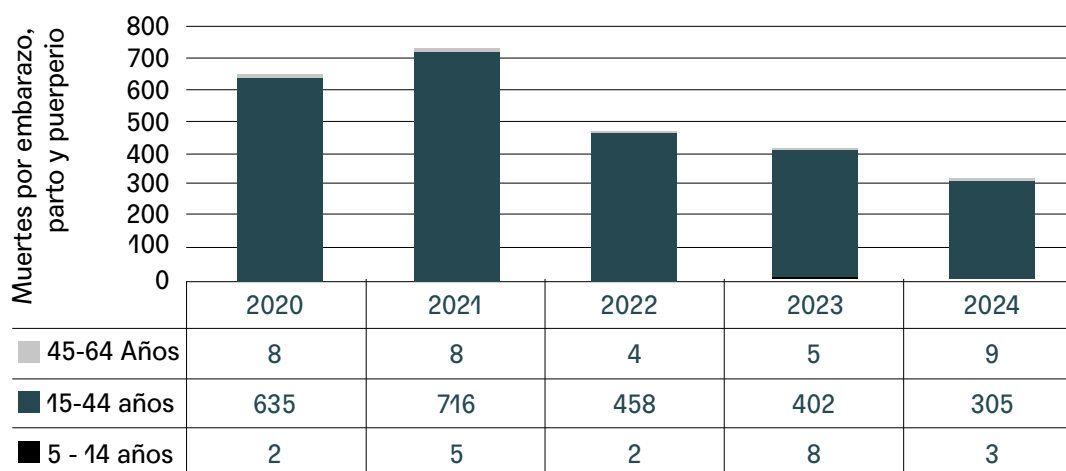
La mortalidad materna también refleja desigualdades profundas. En 2024, siete mujeres murieron en el Cauca por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Al analizar los datos por grupo étnico, el pueblo Nasa, con 11 casos en los últimos cinco años, figura entre los más afectados a nivel nacional, después del pueblo Wayúu (75 casos) y el Sikuni (14 casos)<sup>3</sup>. El Instituto Nacional de Salud identifica como factores de riesgo la afiliación al régimen subsidiado, la residencia rural dispersa y la pertenencia étnica, lo que evidencia cómo las inequidades sociales se traducen en riesgos vitales para las mujeres.

Gráfico 1. Mortalidad materna absoluta – Departamento del Cauca



Fuente: elaboración de la Corporación Ecofeminista Comunitar a partir de datos del DANE<sup>4</sup>

**Gráfico 2. Mortalidad materna absoluta – Colombia**



Fuente: elaboración de la Corporación Ecofeminista Comunitar a partir de datos del DANE<sup>5</sup>

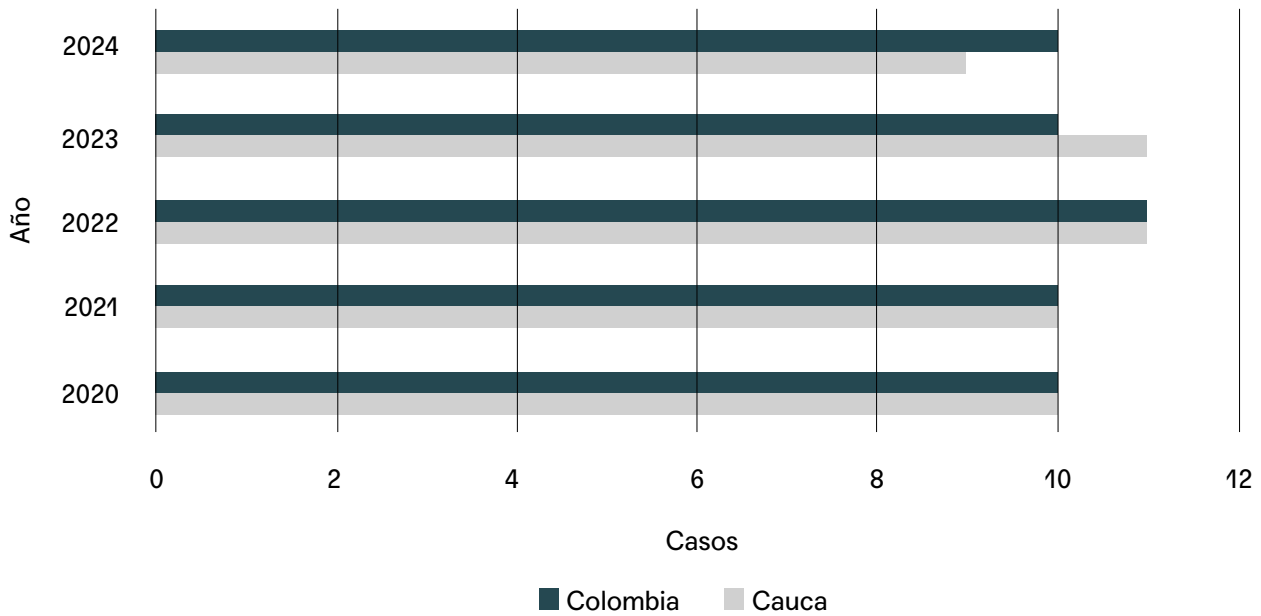
Otro indicador relevante para comprender el panorama es la tasa de mortalidad infantil. Durante 2020 y 2021, tanto Colombia como el Cauca registraron tasas similares, cercanas a las 10 muertes por cada mil nacidos vivos. Este comportamiento sugiere una paridad entre el promedio nacional y el departamental en ese periodo, sin que se observaran grandes diferencias en el acceso o calidad de los servicios de salud materno-infantil. En 2022 y 2023, se observa una leve disminución en la tasa nacional, lo cual podría reflejar mejoras en políticas públicas o intervenciones en salud infantil. Sin embargo, en el Cauca la tasa se mantiene estable e incluso muestra un ligero aumento en 2023, lo que indica una posible desaceleración de los avances locales o la persistencia de factores estructurales que afectan la salud de la niñez.

Para el año 2024 la tendencia nacional continúa con una ligera reducción, mientras que el Cauca se ubica ligeramente por encima del promedio nacional, con una tasa aproximada de 11 muertes por cada mil nacidos vivos. Esta diferencia evidencia la persistencia de brechas territoriales que requieren atención diferenciada y estrategias focalizadas para garantizar el derecho a la salud de todos los niños y niñas, sin importar su lugar de nacimiento.

Para hacer frente a esta realidad, resulta fundamental diseñar e implementar políticas enfocadas en fortalecer la atención materno infantil en territorios de alta conflictividad y exclusión, como el Cauca, que no progresa al mismo ritmo que el promedio nacional. Frente a este panorama y a medidas particulares para eliminar las barreras existentes para el acceso a la IVE, el Cauca

ha impulsado diversas estrategias interinstitucionales. La Gobernación, en articulación con Profamilia, la Universidad del Cauca y las Secretarías de Salud, Mujer y Educación, ha desarrollado espacios de formación para docentes, psicoorientadores y personal médico, con el objetivo de fortalecer capacidades en temas como derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, prevención de ITS y atención integral en salud frente a la IVE<sup>6</sup>.

Gráfico 3. Tasa de Mortalidad Infantil



Fuente: elaboración de la Corporación Ecofeminista Comunitar a partir de datos de *Así vamos en salud*

En cuanto a acceso a la IVE, entre 2022 y 2023 se registró un aumento del 98,4% en los procedimientos en los principales hospitales del departamento, lo que evidencia una mejora en la implementación de la Sentencia C-055 de 2022. Sin embargo, esta cifra no incluye procedimientos realizados en clínicas privadas ni aquellos que ocurren en la clandestinidad, lo que sugiere que persiste el subregistro<sup>8</sup>.

La Secretaría de Salud ha liderado la Mesa Departamental para la Reducción de la Mortalidad Materna (PARE MM) y ha implementado la base de datos de IVE, además de realizar asistencias técnicas en municipios con baja capacidad instalada. También se han desarrollado acciones de inspección, vigilancia y control para garantizar el cumplimiento de la normativa vigente<sup>9</sup>.

A pesar de estos esfuerzos, persisten barreras como la estigmatización social, la falta de formación del personal de salud en enfoque de género y derechos humanos, y la limitada cobertura en zonas rurales. La estrategia “Cauca Mujer con Poder”<sup>10</sup>, orientada al empoderamiento económico y la salud integral, busca cerrar estas brechas, pero requiere mayor inversión y articulación territorial.

El caso del Cauca demuestra que los avances normativos y administrativos deben ir acompañados de transformaciones culturales

y estructurales. La garantía del derecho a la IVE, la prevención del embarazo adolescente y la reducción de la mortalidad materna no pueden depender del lugar de residencia, la etnia o el nivel socioeconómico. Se necesita una acción sostenida, con enfoque diferencial, que reconozca la dignidad de todas las mujeres y niñas como eje central de la política pública.

## 2. Santander: Diagnóstico de barreras estructurales y crisis de gobernanza en el acceso a la IVE

En el departamento de Santander, el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) enfrenta una serie de barreras estructurales que configuran una crisis de gobernanza en el sistema de salud. A pesar de contar con un marco normativo robusto a nivel nacional —que incluye la Sentencia C-055 de 2022<sup>13</sup>, la Ley Estatutaria 1751 de 2015<sup>12</sup>, la Resolución 051 de 2023 del Ministerio de Salud<sup>13</sup>, la Circular de la Superintendencia Nacional de Salud<sup>14</sup> y la directiva de la Fiscalía General de la Nación<sup>15</sup>—, la implementación efectiva de estos derechos sigue siendo limitada, especialmente para mujeres en condiciones de vulnerabilidad.

Entre 2020 y 2023, los nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años disminuyeron de 3.897 a 2.898, y en niñas de 10 a 14 años se mantuvieron en cifras preocupantes (103 en 2020 y 104 en 2023)<sup>16</sup>, lo que evidencia la persistencia de embarazos infantiles vinculados a violencia sexual<sup>17</sup>. La tasa de fecundidad adolescente cayó de 75,5 en 2005 a 27,3 en 2024<sup>18</sup>, lo que representa un avance significativo, aunque insuficiente frente a los desafíos en zonas rurales y marginadas.

La Secretaría de Salud de Santander<sup>19</sup>, junto con las secretarías de Educación y Desarrollo Social, ha implementado talleres pedagógicos, capacitaciones a docentes y dotación a instituciones educativas, con el objetivo de fortalecer el conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos.

Desde la Fundación Mujer y Futuro (FMF), se han impulsado programas de promoción y prevención, asesoría en anticoncepción y planificación familiar, y actividades comunitarias para fortalecer la autonomía de las mujeres<sup>20</sup>. Estas iniciativas buscan eliminar las barreras administrativas y culturales que impiden el ejercicio pleno del derecho a decidir.

En cuanto a la mortalidad materna, aunque a nivel nacional se ha registrado una disminución, entre las mujeres indígenas y afrodescendientes se siguen presentando tasas significativamente más altas. En Santander, la mortalidad infantil también muestra disparidades territoriales, siendo más elevada en municipios rurales con población étnica<sup>21</sup>.

El Estado ha adoptado medidas como el fortalecimiento de controles prenatales, la capacitación en atención obstétrica de emergencia, la incorporación de la partería tradicional y la implementación del Registro Nacional de Gestantes (SIRENAGEST). Sin embargo, se requiere ampliar la cobertura territorial y aplicar un enfoque diferencial que responda a las realidades locales.

Respecto a la IVE, FMF en ejercicio de su rol de control social, realizó una investigación exhaustiva mediante el envío de 111

derechos de petición a 82 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) públicas del departamento. Los resultados son alarmantes: más de la mitad de las entidades no respondieron, configurando un silencio administrativo masivo que vulnera el derecho fundamental de petición y obstaculiza el control ciudadano sobre la gestión pública.

Las IPS de primer nivel, que deberían ser la puerta de entrada al sistema de salud, se declaran sistemáticamente incompetentes para prestar el servicio de IVE. En lugar de asumir su responsabilidad, se limitan a orientar y remitir a las usuarias, trasladando la carga de gestión a las mujeres. Esta remisión pasiva fragmenta el servicio, genera demoras, incrementa los costos de transporte y crea barreras insuperables para mujeres rurales, campesinas y de bajos ingresos. Solo unas pocas excepciones, como los hospitales de Zapatocha, Betulia y Macaravita, reportan realizar el procedimiento farmacológico en etapas tempranas.

Además, se identificó una preocupante opacidad financiera, especialmente en el Hospital Universitario de Santander (HUS), que se negó a entregar información sobre costos y protocolos, alegando reserva administrativa, a pesar de que dicha información no está contemplada así en la ley.

La falta de protocolos ajustados a la Resolución 051 de 2023 y la desarticulación entre niveles de atención impiden a las usuarias contar con rutas claras. Muchas IPS admiten no tener protocolos formales, a pesar de ser su obligación de acuerdo con el marco normativo aplicable.

Estas barreras afectan de manera desproporcionada a poblaciones sujetas a especial protección constitucional: mujeres rurales, adolescentes, víctimas de violencia sexual, migrantes y mujeres en situación de pobreza. Ante este panorama, la FMF propone la conformación de una Mesa Técnica Interinstitucional liderada por el Ministerio de Salud y la Defensoría del Pueblo, con participación de EPS, IPS, entes de control y organizaciones sociales, con el fin de diagnosticar las causas estructurales de las barreras, diseñar un plan de acción vinculante y establecer mecanismos de seguimiento.

La situación en Santander evidencia —como en el caso del Cauca— que para lograr la adecuada implementación de la sentencia C-055 de 2022, se requiere una acción coordinada, transparente y con enfoque de derechos humanos para que ninguna mujer sea obligada a enfrentar barreras injustificadas.

### 3. Nariño: Redes feministas en la frontera para garantizar el derecho a decidir

En el suroccidente colombiano, el departamento de Nariño se ha convertido en un epicentro de lucha feminista por el derecho a decidir, en medio de un contexto conservador. Aunque el logro de la sentencia C-055 de 2022 –que despenalizó la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) hasta la semana 24– fue celebrado con fuerza en la capital del país, en municipios como Ipiales y Pasto la alegría se vivió más discretamente, marcada por el temor al estigma religioso y social.

El Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) ha reportado una reducción significativa en la tasa de embarazos adolescentes, pasando de 1.040 casos en el primer semestre de 2023 a 642 en el mismo periodo de 2024. La meta trazada por el IDSN es reducir la tasa de embarazos en adolescentes de 36 a 30 por cada 1.000 mujeres adolescentes, mediante estrategias intersectoriales y el fortalecimiento de los servicios de salud amigables en la red primaria de atención<sup>22</sup>.

En cuanto a la mortalidad materna, el IDSN ha iniciado análisis municipio a municipio para identificar causas prevenibles y fortalecer la atención obstétrica, especialmente en zonas rurales y con población indígena<sup>23</sup>. La Gobernación ha impulsado campañas de sensibilización y capacitación para personal médico, así como el uso de herramientas como el Registro Nacional de Gestantes (SI-RENAGEST)<sup>24</sup>.

Respecto al acceso a la IVE, el IDSN ha desarrollado guías de atención integral en el primer nivel de complejidad, protocolos para la atención postaborto y documentos sobre las barreras de acceso y determinantes del aborto inseguro<sup>25</sup>. Estas herramientas buscan garantizar que el derecho a la IVE se ejerza sin dilaciones ni estigmas, en concordancia con la normativa nacional.

En el ámbito educativo, la Secretaría de Educación Departamental y el IDSN han implementado el Proyecto de Educación Sexual y Construcción de Ciudadanía (PESCC), con formación virtual para docentes, orientadores y líderes escolares en los 61 municipios no certificados del departamento<sup>26</sup>. Este programa busca fortalecer la educación integral en sexualidad, prevenir el embarazo adolescente y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos desde la escuela.

Desde la plataforma Unidas para Avanzar<sup>27</sup>, mujeres activistas han transformado ese silencio en acción. Han ocupado las calles con *performances* políticos, han creado espacios formativos en colegios y universidades, y han convertido las emisoras locales en aliadas para difundir información sobre derechos sexuales y reproductivos. En un entorno en el que portar un pañuelo verde

puede ser motivo de rechazo, estas mujeres han apostado por la pedagogía del amor y el diálogo comunitario como herramientas de transformación.

La ubicación fronteriza de Nariño ha permitido que el derecho a la IVE se comparta con mujeres ecuatorianas. Muchas cruzan la frontera para acceder a servicios que en su país están restringidos. En este intercambio se han creado “conversaciones verdes” entre mujeres de ambos lados, desafiando prejuicios y construyendo puentes de solidaridad. Estas redes transfronterizas han sido clave para garantizar el acceso a información y acompañamiento digno.

No obstante, el panorama ha cambiado con la salida de agencias humanitarias que, durante la crisis migratoria, ofrecían medicamentos y atención sin prejuicios. Su retiro ha dejado vacíos que el sistema de salud colombiano aún no logra llenar. Ante esta situación, Unidas para Avanzar ha fortalecido su alianza con el Centro de Derechos Reproductivos, impulsando mesas de incidencia para el seguimiento de los planes de desarrollo y articulando esfuerzos con el sector salud municipal.

La Resolución 051 de 2023 del Ministerio de Salud que regula el acceso a la IVE, ha sido una herramienta clave en esta lucha. Sin embargo, su implementación enfrenta barreras como la falta de formación del personal médico, la objeción de conciencia institucional, prohibida por la normativa y la persistencia de estigmas.

En Nariño, la defensa del derecho a decidir no se limita a la legalidad. Es una práctica cotidiana de resistencia, una apuesta por la vida digna y autónoma de las mujeres. La experiencia de este territorio demuestra que, incluso en contextos adversos, es posible construir redes de apoyo que salvan vidas. La IVE en la frontera no es solo un servicio médico: es un acto político, un derecho compartido y una esperanza que cruza límites geográficos y culturales.

## B. Puntos en común en escenarios de conflicto armado y migración

### 1. Conflicto armado: control territorial y vulneración de derechos reproductivos

En territorios como el Cauca y el Catatumbo, la violencia reproductiva se intensifica por la presencia de actores armados que ejercen control sobre la vida y los cuerpos de las mujeres. Este control no se limita a la movilidad, sino que se extiende a decisiones íntimas como la maternidad, la planificación y el acceso a servicios de salud. La evidencia recogida en entrevistas muestra cómo estas dinámicas se configuran como prácticas estructurales que perpetúan desigualdades históricas.

En el Cauca, las lideresas relatan cómo el confinamiento y la ruralidad se combinan con prácticas patriarcales que naturalizan la violencia. Una lideresa indígena compartió un caso que documentó la directora de Comunitar:

*“Cuando mi bebé estaba de brazos, llegaron y me entregaron otro niño... me dijeron que tenía que cuidarlo porque era la que podía amamantar. Hoy es mi segundo hijo”. (Relato de una mujer recibido por Corporación Comunitar).*

Este relato no solo expone una práctica de maternidad forzada, sino que revela cómo la violencia armada y las normas patriarcales se entrelazan para producir un régimen de control sobre los cuerpos femeninos. Este acto de “entrega” de un niño para ser amamantado se inscribe en una lógica comunitaria atravesada por la guerra, donde la capacidad reproductiva y de cuidado se convierte en un recurso estratégico. La mujer no es reconocida como sujeta de derechos, sino como medio para garantizar la supervivencia del grupo, lo que normaliza la instrumentalización de su cuerpo.

La ausencia de mecanismos institucionales para proteger la autonomía reproductiva se agrava en territorios rurales y étnicos, donde las estructuras armadas imponen sus propias reglas. Este vacío institucional no solo facilita la vulneración de derechos, sino que también refuerza la idea de que las mujeres son responsables de sostener la vida comunitaria, incluso a costa de su libertad y bienestar. Así, la violencia no se limita al hecho físico de la imposición, sino que opera como violencia simbólica: naturaliza la subordinación femenina bajo discursos de cuidado o de solidaridad.

Además, la falta de infraestructura y la precariedad institucional agravan la situación. Las mujeres deben desplazarse largas distancias para acceder a métodos anticonceptivos, evitando los puestos de salud locales por miedo al estigma:

*“Muchas mujeres prefieren ir al pueblo para evitar que toda su familia sepa que van a acceder a esos métodos anticonceptivos”. (Zully Meneses, Corporación Comunitar).*

Este relato revela que las barreras no son únicamente físicas, sino también simbólicas. La estigmatización social y la falta de confidencialidad en la atención generan un círculo de exclusión que limita el ejercicio de derechos, incluso en escenarios donde la oferta institucional existe.

En el Catatumbo la situación también es crítica. La movilidad depende de permisos otorgados por grupos armados, y las teleconsultas se ven interrumpidas por la caída de redes de comunicación. Las emergencias obstétricas son prácticamente imposibles de atender:

*“En esta zona que llegue una ambulancia es muy difícil... y justo en muchos casos es por la presencia de los actores armados que se favorecen del mal estado de las vías”. (Tatiana Cordero, FMF).*

Este testimonio ilustra cómo la violencia armada no solo restringe la movilidad, sino que se articula con la precariedad vial para consolidar el control territorial. La imposibilidad de garantizar atención obstétrica oportuna incrementa el riesgo de mortalidad materna y morbilidad extrema, configurando una violación sistemática del derecho a la salud. Sumado a esto, en el marco de la oferta institucional, la violencia obstétrica persiste como una práctica sistemática en hospitales y clínicas:

*“Nos obligan a alzar las piernas, o a estar acostadas a pesar del dolor... y no podemos quejarnos porque el médico nos dice que quién nos mandó”. (Relato de una mujer a la FMF).*

Esto confirma la persistencia de prácticas que desconocen estándares de atención humanizada y enfoque de derechos, pero también evidencia la falta de reconocimiento de saberes comunitarios e indígenas sobre el parto. La imposición de posiciones como la litotomía —estar acostada con las piernas alzadas— responde a un modelo biomédico que prioriza la comodidad del personal médico sobre la fisiología y bienestar de la mujer, ignorando prácticas ancestrales que favorecen posturas verticales o en cuclillas, consideradas menos dolorosas y más seguras por las comunidades.

Esta desarticulación entre el sistema de salud y los saberes locales genera desconfianza y refuerza la preferencia por parteras que, en muchos casos, se convierte en una estrategia efectiva para evitar la violencia obstétrica y recuperar el control sobre el cuerpo en un momento crítico. La ausencia de protocolos interculturales y la falta de formación del personal en enfoque diferencial perpetúan un modelo hegemónico que invisibiliza la diversidad de prácticas y convierte la atención institucional en un espacio de subordinación y dolor, en lugar de cuidado y dignidad.

En Nariño, el desplazamiento forzado y el confinamiento reproducen dinámicas similares. Las mujeres deben negociar su permanencia en el territorio mediante favores sexuales, lo que convierte la violencia sexual en una estrategia de supervivencia:

*“Los grupos armados se encarnan en el cuerpo de las mujeres como estrategia para demostrar poderío”. (Daniela Casanova, Unidas para Avanzar).*

Este patrón evidencia que la violencia reproductiva en escenarios de conflicto no es un hecho coyuntural, sino una práctica estructural que combina coerción física, control territorial y ausencia de garantías estatales.

*“Hay algunos territorios, por ejemplo, en los que para salir les tienen que dar un permiso con un “carnet”, tipo un pasaporte, y les dicen si pueden salir. Ellas tienen que avisar a dónde van a ir, con quién se van a encontrar, si es el caso; y cuándo van a regresar. Y les firman ese pasaporte para que cuando vuelvan, en esos retenes, los dejen entrar e ingresar [para demostrar que] no sean un objetivo militar”. (Tatiana Cordero, FMF).*

En contextos de conflicto armado, los obstáculos a la libre circulación como consecuencia del control territorial ejercido por actores armados constituyen una limitación para garantizar el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). La imposibilidad de desplazarse libremente, sumada a la exigencia de permisos para ingresar o salir de ciertos territorios, supone la existencia de barreras adicionales para acceder a atención en salud sexual y reproductiva de manera oportuna. Además, en muchas ocasiones, el control territorial ejercido por actores armados puede implicar presiones que afectan la decisión libre de las mujeres de acceder a una IVE.

Aunque el nivel de control varía según la zona, este tipo de dinámicas se traduce en un desconocimiento y restricción de la autonomía reproductiva de las mujeres que viven en territorios afectados por el conflicto armado. En muchos casos, el temor a represalias o sanciones por parte de estos grupos se traduce en un silencio total frente a la posibilidad de hablar sobre derechos sexuales y reproductivos, e incluso en miedo a recibir insumos o servicios para la gestión de su salud sexual y reproductiva.

## 2. Migración: doble afectación, anticoncepción forzada y explotación sexual

En Norte de Santander, Santander y Nariño, la migración introduce nuevas capas de vulnerabilidad. Las mujeres migrantes enfrentan una doble afectación como consecuencia de la situación de vulnerabilidad, tanto por la movilidad humana como por el conflicto armado, lo que la cooperación internacional denomina “triple nexo”. Esta condición se suma a dificultades en el acceso a mecanismos de regularización migratoria y a la estigmatización social, dependiendo de su origen migratorio y estatus socioeconómico. Aunque la normativa reconoce la IVE como un servicio de urgencias, en la práctica se les niega el acceso por no contar con documentos:

*“Si ellas no tenían regularización, no podían acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo”. (Tatiana Cordero, FMF).*

El desconocimiento del derecho a la IVE para mujeres migrantes –que incluye aquellas en situación irregular– reconocido por la Sentencia C-055 de 2022 y de la normativa vigente, las empuja hacia prácticas inseguras, configurando un escenario de riesgo. La falta de implementación de estas normativas evidencia una omisión estatal que no es meramente administrativa, sino estructural: refleja, en la práctica, la ausencia de un enfoque interseccional que considere las condiciones de movilidad humana, género y pobreza.

En muchos casos, el desconocimiento de la despenalización en Colombia hace que mujeres migrantes pidan el permiso de sus parejas para acceder al procedimiento, o que, en muchos casos no lo soliciten temiendo que eso podría llevarlas a enfrentar una eventual criminalización.

Adicionalmente, dinámicas como el apoyo de la cooperación internacional como reemplazo de las obligaciones del Estado para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva perpetúa la exclusión de las mujeres migrantes del sistema de salud formal. La omisión estatal en garantizar el acceso efectivo a la IVE como está contemplado en el marco legal para mujeres migrantes, incluso aquellas en situación irregular, profundiza las múltiples formas en que estas mujeres enfrentan desigualdades y discriminación. Superar esta brecha de implementación requiere la creación de mecanismos operativos que integren salud, protección social y regularización migratoria.

De otra parte, la FMF ha documentado prácticas de sexo por supervivencia en zonas cocaleras y mineras, así como la normalización de uniones maritales muy tempranas, en contextos en los que predominan las economías ilícitas:

*“Era común ver a una chica muy joven con una persona mayor... como transacción para conseguir comida o pagar el arriendo”. (Tatiana Cordero, FMF).*

La precariedad económica y la ausencia de redes de protección generan escenarios donde la explotación sexual se naturaliza como estrategia de subsistencia. Esta normalización responde a estructuras sociales que perpetúan la desigualdad de género y la pobreza extrema, donde las mujeres son forzadas a negociar su supervivencia a través de su cuerpo. La violencia reproductiva, en este caso, se entrelaza con dinámicas de exclusión económica, falta de acceso a servicios básicos y ausencia de mecanismos de protección estatal, configurando un *continuum* de violencias invisibilizadas que incluye coerción sexual, maternidades no deseadas y vulneración del derecho a decidir.

Este fenómeno no solo refleja la fragilidad de los sistemas de protección social, sino también la insuficiencia de políticas públicas para abordar la intersección entre género, pobreza y movilidad

humana. Al no existir alternativas seguras ni redes comunitarias sólidas, las mujeres quedan atrapadas en relaciones transaccionales que reproducen ciclos de violencia y subordinación, evidenciando la urgencia de respuestas integrales que combinen garantías económicas, acceso a salud sexual y reproductiva, y estrategias de prevención de explotación

En la frontera de Nariño en Ipiales, la atención se reduce a la entrega de pastillas, sin acompañamiento físico ni emocional. La ausencia de espacios seguros obliga a muchas mujeres a abortar en condiciones precarias:

*“¿En qué condiciones están abortando las mujeres migrantes? ¿En la calle, en carpas?” (Ximena Caicedo, Unidas para Avanzar)*

La reducción del derecho a la IVE a una práctica farmacológica sin soporte psicosocial ni seguimiento clínico constituye una forma de violencia institucional que vulnera estándares internacionales sobre atención segura y digna. En el caso de las mujeres migrantes, esta precariedad se intensifica por la ausencia de un domicilio estable, la movilidad constante y la dependencia de albergues temporales o ‘pagadarios’, condiciones que limitan la posibilidad de reposo, seguimiento médico y acompañamiento emocional.

La falta de articulación entre el sistema de salud y los mecanismos de protección social convierte la atención en un acto aislado, desprovisto de continuidad y cuidado integral, reforzando un modelo asistencialista que prioriza la resolución rápida sobre la garantía efectiva de derechos. Este escenario evidencia la urgencia de incorporar protocolos que contemplen acompañamiento interdisciplinario, alojamiento seguro y estrategias diferenciales para poblaciones en tránsito.

Brigadas del Instituto Departamental de Salud de Nariño insertan dispositivos subdérmicos sin información suficiente, priorizando metas institucionales sobre decisiones informadas:

*“Se garantiza la interrupción voluntaria del embarazo, pero inmediatamente el discurso es: tienes que planificar bajo este método.” (Daniela Casanova, Unidas para Avanzar).*

Este patrón refleja cómo la lógica de control sobre la reproducción femenina persiste incluso en intervenciones institucionales, desplazando el principio de autonomía por objetivos de gestión. En lugar de garantizar decisiones libres e informadas, las acciones se orientan hacia el cumplimiento de metas cuantitativas, como la colocación masiva de dispositivos anticonceptivos, sin asegurar procesos pedagógicos ni consentimiento previo.

También es necesario destacar que, en muchos casos, para actores involucrados en la atención, la tensión entre metas cuantitativas y derechos sustantivos plantea la necesidad de revisar los modelos de cooperación, para evitar prácticas que eventualmente desconozcan la autonomía reproductiva de las mujeres migrantes.

Los hallazgos confirman que la violencia reproductiva en Colombia opera como un sistema complejo que articula factores estructurales, culturales y políticos. Tanto en escenarios de conflicto armado como en contextos migratorios, la autonomía reproductiva se ve comprometida por dinámicas de control territorial, ausencia de garantías institucionales y prácticas que instrumentalizan los cuerpos femeninos. Superar estas barreras exige una respuesta integral que trascienda la provisión de servicios y aborde la violencia reproductiva como una violación grave de derechos humanos, incorporando enfoques diferenciales, mecanismos de protección y estrategias de transformación cultural.

## Conclusiones

La violencia reproductiva en Colombia se expresa en múltiples formas que van más allá de las barreras para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Incluye prácticas como maternidades forzadas, violencia obstétrica, anticoncepción forzada, negación de servicios, estigmatización y explotación sexual, todas ellas vulnerando la autonomía reproductiva de mujeres y niñas.

Aunque existe un marco legal sólido para garantizar derechos sexuales y reproductivos, su implementación es desigual y limitada, especialmente en zonas rurales, conservadoras, fronterizas y en contextos atravesados por el conflicto armado y la migración. Estas condiciones profundizan las brechas y exponen a las mujeres a riesgos adicionales, como la falta de atención integral en salud y la instrumentalización de sus cuerpos por parte de distintos actores.

Las organizaciones sociales territoriales cumplen un rol clave en la garantía de derechos mediante acciones de pedagogía, incidencia política y acompañamiento comunitario. Sin embargo, enfrentan vacíos institucionales, falta de articulación intersectorial y riesgos por la violencia sociopolítica.

La articulación entre organizaciones sociales, cooperación internacional y entidades estatales ha permitido avances importantes — como el aumento de procedimientos de IVE en Cauca, la creación de mesas de incidencia en Nariño y el diálogo interinstitucional en Santander como producto de un diagnóstico detallado de barreras—, pero persisten desafíos estructurales que requieren voluntad política, enfoque diferencial y compromiso institucional para garantizar la autonomía reproductiva en su sentido más amplio.

## Recomendaciones

**Para el Estado colombiano (Ministerio de Salud, EPS, IPS, entes de control)**

- Implementar mecanismos de seguimiento y evaluación territorial sobre el cumplimiento de la Resolución 051 de 2023 y demás normas relacionadas con derechos sexuales y

reproductivos, con participación activa de organizaciones sociales.

- Implementar las recomendaciones realizadas por la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad relativas a la identificación de violencia reproductiva y su adecuada reparación, la implementación plena de la sentencia C-055 de 2022 y la mejora del acceso a servicios integrales de salud reproductiva en zonas rurales y afectadas por el conflicto.
- Fortalecer la red primaria de atención en salud para garantizar la provisión de IVE en todas las etapas y servicios integrales de salud sexual y reproductiva, especialmente en zonas rurales y de conflicto.
- Establecer protocolos estandarizados y rutas claras de atención con enfoque diferencial, que incluyan acompañamiento psicosocial, medidas contra la estigmatización y prevención de violencia obstétrica.
- Garantizar la transparencia en la gestión de servicios de salud, eliminando la opacidad financiera y el silencio administrativo, y asegurar la rendición de cuentas sobre prácticas que puedan constituir violencia reproductiva, como anticoncepción forzada.
- Incorporar estrategias para prevenir y atender la violencia reproductiva en contextos de migración y conflicto armado, incluyendo acciones para reducir riesgos de explotación sexual y maternidades forzadas.

#### **Para las organizaciones sociales territoriales**

- Continuar fortaleciendo capacidades en: i) identificación de barreras para el acceso a derechos sexuales y reproductivos; ii) documentación de casos de violencia sexual y reproductiva, incluyendo violencia obstétrica y anticoncepción forzada; iii) incidencia política para exigir garantías integrales.
- Ampliar las estrategias de pedagogía comunitaria y formación, como las “conversaciones verdes” en Nariño, las campañas móviles en Santander y las capacitaciones interinstitucionales en Cauca, incorporando reflexiones sobre autonomía reproductiva más allá de la IVE.
- Incidir en los planes de desarrollo locales y departamentales para que incluyan la prevención y la atención de todas las formas de violencia reproductiva como una prioridad de política pública, así como para la implementación de las recomendaciones establecidas por la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad en su informe final, particularmente, aquellas relativas a la protección de derechos reproductivos.

#### **Para la cooperación internacional**

- Sostener y ampliar el apoyo técnico y financiero a procesos territoriales, reconociendo que las organizaciones locales son actores estratégicos en la garantía de derechos.

- Promover la implementación de las recomendaciones establecidas por la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad en su informe final, particularmente, aquellas relativas a la protección de derechos reproductivos.
- Promover espacios de articulación regional y nacional para compartir aprendizajes, escalar buenas prácticas y construir agendas comunes de incidencia sobre violencia reproductiva en su sentido amplio.
- Acompañar la creación de mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas que visibilicen todas las formas de violencia reproductiva (abortos forzados, maternidades forzadas, violencia obstétrica, anticoncepción forzada, entre otras).
- Revisar las prácticas de cooperación para evitar enfoques centrados únicamente en metas numéricas y garantizar procesos informados, respetuosos y libres de coerción en la atención a mujeres migrantes y en situación de vulnerabilidad.

# Notas al final

- 1 DANE (2024). Boletín técnico. Estadísticas Vitales (EEVV) Nacimientos y defunciones no fetales Año 2024. Recuperado el 22 de julio de 2025 de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2024>
- 2 UNFPA Colombia (23 de septiembre de 2024). Colombia tardaría 78 años en llegar a CERO embarazos en niñas. UNFPA. Recuperado el 22 de julio de 2025 de: [https://colombia.unfpa.org/es/news/comunicado-semana-andina-2024#:~:text=Colombia%20tardar%C3%A1%2078%20a%C3%B1os%20en%20llegar%20a%20CERO%20embarazos%20en%20ni%C3%B1as,-calendar\\_today%2023%20Septiembre&text=De%20continuar%20con%20el%20ritmo,foro%20y%20una%20movilizaci%C3%B3n%20cultural](https://colombia.unfpa.org/es/news/comunicado-semana-andina-2024#:~:text=Colombia%20tardar%C3%A1%2078%20a%C3%B1os%20en%20llegar%20a%20CERO%20embarazos%20en%20ni%C3%B1as,-calendar_today%2023%20Septiembre&text=De%20continuar%20con%20el%20ritmo,foro%20y%20una%20movilizaci%C3%B3n%20cultural)
- 3 Instituto Nacional de Salud (2025). Morbilidad materna extrema, mortalidad materna, mortalidad perinatal y neonatal tardía. Semana epidemiológica 21.
- 4 DANE (s.f.). Datos de defunciones en Colombia. Recuperado el 22 de julio de 2025 de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones>
- 5 *Ibid.*
- 6 Gobernación del Cauca (20 de julio de 2022). El Cauca avanza en la formación en derechos sexuales y reproductivos con docentes y psicoorientadores. Recuperado el 22 de julio de 2025 de: <https://www.cauca.gov.co/Prensa/SaladePrensa/Paginas/El-Cauca-avanza-en-la-formaci%C3%B3n-en-derechos-sexuales-y-reproductivos-con-docentes-y-psicoorientadores.aspx>; Gobernación del Cauca (2024). Plan de desarrollo departamental Cauca 2024-2027 – La Fuerza del Pueblo
- 7 Así vamos en salud (s.f.). Tasa de Mortalidad Infantil - Georeferenciado. Recuperado el 23 de julio de 2025 de: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/poblaciones-vulnerables/tasa-de-mortalidad-infantil-georeferenciado>
- 8 Corporación Ecofeminista Comunitar. Derechos a la salud sexual y reproductiva. Un análisis del departamento del Cauca, desde una perspectiva ecofeminista. 2023. Disponible en: [https://assets.ctfassets.net/mp406a8z117p/1hTHaF1D9Vmf1Zl11nIW7/530d0a19af0ff41c72eb67855ed47a94/INFORME\\_DERECHOS\\_A\\_LA\\_SALUD\\_SEXUAL\\_Y\\_REPRODUCTIVA\\_2023.pdf#:~:text=Sin%20embargo%2C%20el%20aumento%20del%2098.4%20%25,su%20vez%20avances%20en%20cuanto%20a%20los](https://assets.ctfassets.net/mp406a8z117p/1hTHaF1D9Vmf1Zl11nIW7/530d0a19af0ff41c72eb67855ed47a94/INFORME_DERECHOS_A_LA_SALUD_SEXUAL_Y_REPRODUCTIVA_2023.pdf#:~:text=Sin%20embargo%2C%20el%20aumento%20del%2098.4%20%25,su%20vez%20avances%20en%20cuanto%20a%20los)
- 9 Gobernación del Cauca (18 de junio de 2025). Fortaleciendo la atención en salud sexual y reproductiva en el Cauca. Recuperado el 22 de julio de 2025 de: <https://www.cauca.gov.co/Prensa/SaladePrensa/Paginas/Fortaleciendo-la-atenci%C3%B3n-en-salud-sexual-y-reproductiva-en-el-Cauca.aspx>
- 10 Gobernación del Cauca (2024). Plan de desarrollo departamental Cauca 2024-2027 – La Fuerza del Pueblo.
- 11 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-055 de 2022. Expediente D-13956. Magistrados ponentes: Antonio José Lizarazo Ocampo y Alberto Rojas Ríos.. Disponible en: <https://www.corte-constitucional.gov.co/relatoria/2022/c-055-22>
- 12 Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud. Diario Oficial No. 49.427 del 16 de febrero de 2015. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.htm](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.htm)
- 13 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 051 de 2023. Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).
- 14 Superintendencia Nacional de Salud. Circular Externa No. 2024150000000009-5 de 2024. Por medio de la cual se imparten instrucciones a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar el acceso oportuno, integral y sin barreras a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en cumplimiento de la Sentencia C-055 de 2022 y la Resolución 051 de 2023 del Ministerio de Salud. Disponible en: <https://docs.super-salud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/Circular%20externa%20n%C3%BAmero%202024150000000009-5%20de%20%202024.pdf>
- 15 Fiscalía General de la Nación. Directiva No. 0009 de 2023. Por medio de la cual se establecen directrices generales para la investigación y judicialización del delito de aborto, con enfoque de derechos humanos y perspectiva de género. Disponible en: <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/wp-content/uploads/2023-DIRECTIVA-0009-INV-Y-JUD-DEL-ABORTO.pdf>
- 16 Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2024). Datos de nacimientos en Colombia. Disponible en <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos>
- 17 Profamilia. (2022). Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá: Profamilia. Recuperado de <https://www.profamilia.org.co>
- 18 Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2024). Estadísticas vitales: Nacimientos y fecundidad por edad de la madre. Recuperado de <https://www.dane.gov.co>
- 19 Secretaría de Salud de Santander. (2023). Informe de gestión en salud pública. Bucaramanga: Gobernación de Santander.
- 20 Fundación Mujer y Futuro. (2023). Informe de actividades 2022–2023: Derechos sexuales y reproductivos. Bucaramanga: FMF. Recuperado de <https://mujeryfuturo.org>
- 21 Instituto Nacional de Salud. (2023). Informe de vigilancia en salud pública: Salud sexual y reproductiva. Bogotá: INS. Recuperado de <https://www.ins.gov.co>
- 22 Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). Análisis de la situación en salud del departamento de Nariño. Plan Territorial de Salud 2024. Disponible en: [https://plandedesarrollo.narino.gov.co/wp-content/uploads/2024/04/Anexo\\_Plan\\_Territorial\\_de\\_Salud\\_Dpto\\_de\\_Narino\\_2024\\_IDSIN.pdf](https://plandedesarrollo.narino.gov.co/wp-content/uploads/2024/04/Anexo_Plan_Territorial_de_Salud_Dpto_de_Narino_2024_IDSIN.pdf)
- 23 *Ibid.*
- 24 Diario del Sur. Gobierno departamental impulsa análisis integral para combatir la mortalidad materna en Nariño. Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), agosto de 2025. Disponible en: <https://www.diariodelsur.com.co/gobierno-departamental-impulsa-analisis-integral-para-combatir-la-mortalidad-materna-en-narino/>
- 25 Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). Atención integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad. Publicado el 10 de mayo de 2017. Disponible en: <https://old.idsn.gov.co/index.php/subdireccion-de-salud-publica/422-salud-sexual/ive>; Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). Atención Post Aborto (APA) y sus complicaciones. Publicado el 10 de mayo de 2017. Disponible en: <https://old.idsn.gov.co/index.php/subdireccion-de-salud-publica/422-salud-sexual/ive>; Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo. Publicado el 10 de mayo de 2017. Disponible en: <https://old.idsn.gov.co/index.php/subdireccion-de-salud-publica/422-salud-sexual/ive>
- 26 Secretaría de Educación Departamental de Nariño. Documento orientador del Foro Educativo Departamental 2024: Educación de calidad para la vida y la paz. Incluye lineamientos del PESCC y experiencias pedagógicas en prevención del embarazo adolescente. Disponible en: <https://sed.narino.gov.co/wp-content/uploads/Documento-orientador-FED-2024.pdf>; Secretaría de Educación Departamental de Nariño. Circular No. 053 del 11 de abril de 2025. Asunto: Directrices para la participación en foro preventivo de violencia sexual en el entorno escolar. Disponible en: <https://sed.narino.gov.co/2025/04/circular-no-053-del-11-de-abril-de-2025/>
- 27 Unidas para avanzar es una plataforma social y política feminista que, desde el departamento de Nariño, promueve e impulsa procesos de transformación política en torno a la equidad de género y la visibilidad de la voz de las mujeres, a través de la creación de espacios de crítica y debate constructivo en torno al modelo económico que se ha impuesto en el país que ha limitado el poder de agencia de las mujeres y el acceso a nuestros derechos fundamentales y sociales.

CENTRO *de*  
DERECHOS  
REPRODUCTIVOS

Center for Reproductive Rights  
199 Water Street, New York, New York  
10038  
+1 917 637 3600 TEL  
+1 917 637 3666 TEL  
Calle 75 #5-88 Bogotá D.C Bogotá, D.C.  
Colombia +57 601 580 2725 TEL  
[reproductiverights.org](http://reproductiverights.org)

© 2025 Centro de Derechos Reproductivos

Se permite copiar, traducir o adaptar cualquier parte de este informe con permiso de autor, siempre y cuando las copias se distribuyan de forma gratuita o a precio de costo (sin fines de lucro) y se reconozca al Centro de Derechos Reproductivos como autor.

Toda reproducción comercial requiere autorización previa y por escrito del autor. El Centro de Derechos Reproductivos agradece recibir una copia de cualquier material que utilice información de este informe.