



# EN MI TERRITORIO ¡YO DECIDO!

Oportunidades que garantizan servicios  
integrales para el acceso al aborto seguro  
en Inírida y Mitú



**Profamilia**

**EN MI TERRITORIO  
¡YO DECIDO!**

## **Dirección Ejecutiva**

Marta Royo, Directora Ejecutiva  
Lina Castaño, Gerente de Proyectos e Investigaciones  
Carlos Gómez, Director de Proyectos  
Diana Carolina Moreno, Directora de Incidencia  
Carolina Borda, Directora de Investigaciones

## **Equipo de investigación**

Rocío Murad, Coordinadora de Investigaciones Sociodemográficas  
Mariana Calderón Jaramillo, Analista de Investigación Cualitativa

## **Equipo de recolección de información**

Alejandra Ricardo Romero, Gestora social del proyecto en Mitú  
Eliana Bohórquez Santos, Gestora social del proyecto en Inírida

## **Grabación de datos**

Camila Vera

## **Transcripción de datos**

Lida Muñoz

## **Equipo implementador del proyecto**

Nicolás Alejandro Londoño, Coordinador Operativo del proyecto (hasta abril del 2021)  
Alejandra Ricardo Romero, Gestora social del proyecto en Mitú  
Eliana Bohórquez Santos, Gestora social del proyecto en Inírida  
Lilian Paola Osorio, Asesora de Incidencia  
Nicolás Giraldo, Asesor de Incidencia  
Sandra Cruz, Coordinadora de Ejecución y Monitoreo  
Camilo Andrés Urrego, Analista de Ejecución y Monitoreo

## **Portada: Profamilia 2020**

## **Bogotá, D.C., 2022**

Por favor citar: Asociación Profamilia y Grand Challenges Canada (2022). Oportunidades que garantizan servicios integrales para el acceso al aborto seguro en Inírida y Mitú. Bogotá. Octubre 2021.

**ISBN:** 978-958-8164-95-3

**DOI:** 10.6084/m9.figshare.21614364

# CONTENIDO

<b>Presentación.....</b>	<b>04</b>
<b>1.Introducción.....</b>	<b>09</b>
1.1 Acerca del proyecto.....	11
1.2 Objetivo general.....	13
1.2.1 Objetivos específicos.....	13
<b>2. Metodología.....</b>	<b>17</b>
2.1 Componente cualitativo.....	17
2.2 Componente cuantitativo.....	18
2.3 Recolección de la información.....	19
2.4 Análisis de la información.....	20
2.4.1 Análisis de pre-test y pos-test.....	20
2.4.2 Grupos focales y entrevistas.....	21
2.4.3 Historias de vida.....	22
2.5 Triangulación.....	22
2.6 Consideraciones éticas.....	22
<b>3. Sistematización de experiencias en el marco del proyecto.....</b>	<b>26</b>
3.1 Barreras de acceso al aborto seguro en Inírida y Mitú.....	26
3.2 Acciones orientadas a los prestadores de servicios de salud para la garantía del derecho al aborto.....	30
3.2.1 Percepciones del personal prestador de servicios de salud respecto a las actividades del proyecto Options.....	30
3.2.2 Análisis de los resultados del proceso formativo.....	33
3.3 Hacia la transformación de los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el aborto seguro en niñas y mujeres.....	46
3.3.1 Grado de conocimiento del derecho al aborto entre las mujeres indígenas.....	46
3.3.2 Acciones orientadas a las mujeres de la comunidad para la garantía del derecho al aborto.....	49
3.4 Oportunidades generadas por la implementación del proyecto.....	60
3.4.1 Fortalecimiento de la red de prestadores de servicios.....	61
3.4.2 Sensibilización a los prestadores de los servicios de salud respecto al derecho al aborto.....	62
3.4.3 Educación comunitaria y acceso a servicios.....	63
3.4.4 Transformación del conocimiento en Derechos Sexuales y Reproductivos (DSDR).....	64
3.4.5 Creación y ajuste de las rutas de prestación de aborto seguro.....	65
<b>4. Conclusiones.....</b>	<b>69</b>
<b>5. Recomendaciones y lecciones aprendidas.....</b>	<b>71</b>
<b>6. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>74</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Estrategias y resultados esperados del proyecto.....	<b>12</b>
<b>Tabla 2.</b> Métodos utilizados en el componente cualitativo de la investigación.....	<b>18</b>
<b>Tabla 3.</b> Número de instrumentos pre-test y pos-test aplicados según grupo de análisis.....	<b>19</b>
<b>Tabla 4.</b> Distribución de participantes según características seleccionadas.....	<b>34</b>
<b>Tabla 5.</b> Percepción sobre aspectos clave del acompañamiento sensible al aborto.....	<b>41</b>
<b>Tabla 6.</b> Actitudes frente al aborto y a los prestadores del servicio.....	<b>45</b>
<b>Tabla 7.</b> Prueba t para cambios en el conocimiento de métodos anticonceptivos.....	<b>53</b>
<b>Tabla 8.</b> Prueba t para cambios en el conocimiento de las causales.....	<b>55</b>
<b>Tabla 9.</b> Prueba t para cambios en el conocimiento de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.....	<b>58</b>
<b>Tabla 10.</b> Prueba t para cambios en la percepción sobre la violencia contra las mujeres.....	<b>60</b>
<b>Tabla 11.</b> Desafíos para seguir generando oportunidades que garanticen la prestación de los servicios de aborto seguro en Inírida y en Mitú.....	<b>70</b>

## Índice de gráficas

<b>Gráfica 1.</b> Temas y subcategorías de la codificación axial.....	<b>21</b>
<b>Gráfica 2.</b> Densidad de la codificación relacionada con barreras en el acceso a los servicios de aborto seguro.....	<b>28</b>
<b>Gráfica 3.</b> Nube de palabras de la codificación del nodo de fortalecimiento de la red de prestadores servicios de aborto seguro.....	<b>32</b>
<b>Gráfica 4.</b> Definición de género.....	<b>35</b>
<b>Gráfica 5.</b> Impacto de las diferencias sociales que se han construido entre hombres y mujeres.....	<b>36</b>
<b>Gráfica 6.</b> Despenalización del aborto por causales.....	<b>38</b>
<b>Gráfica 7.</b> Conocimiento sobre la despenalización del aborto en Colombia.....	<b>39</b>
<b>Gráfica 8.</b> Despenalización y atención del aborto en menores de edad Colombia.....	<b>40</b>
<b>Gráfica 9.</b> Derecho al aborto.....	<b>40</b>
<b>Gráfica 10.</b> Actitud frente a la atención a personas trans.....	<b>42</b>
<b>Gráfica 11.</b> Actitud frente a la violencia contra las mujeres y el reporte.....	<b>43</b>
<b>Gráfica 12.</b> Actitud frente a la vasectomía en jóvenes.....	<b>44</b>
<b>Gráfica 13.</b> Densidad de la codificación relacionada con el desconocimiento del derecho al aborto.....	<b>47</b>
<b>Gráfica 14.</b> Distribución de participantes por grupos de edad y municipio.....	<b>50</b>
<b>Gráfica 15.</b> Distribución de participantes por nivel educativo, estado conyugal y municipio.....	<b>50</b>
<b>Gráfica 16.</b> Conocimiento de métodos anticonceptivos modernos.....	<b>52</b>
<b>Gráfica 17.</b> Conocimiento de métodos anticonceptivos y su acceso.....	<b>52</b>
<b>Gráfica 18.</b> Conocimiento de las causales para acceder a la IVE en Colombia.....	<b>54</b>
<b>Gráfica 19.</b> Conocimiento de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.....	<b>57</b>
<b>Gráfica 20.</b> Percepciones sobre la violencia contra las mujeres.....	<b>59</b>
<b>Gráfica 21.</b> Densidad de la codificación relacionada con las oportunidades generadas por el proyecto.....	<b>61</b>

---

## Presentación

Entre diciembre del 2019 y junio del 2020, Profamilia, en alianza con Grand Challenges Canadá, adelantó el proyecto "Oportunidades que garantizan servicios integrales para el acceso al aborto seguro en Inírida y Mitú". A través de sus diferentes estrategias, este proyecto trabajó en la garantía del derecho al aborto seguro tratando de eliminar las barreras que enfrentan las mujeres en estos territorios para ejercer este derecho.

Pese a que la sentencia C-355 del 2006 despenalizó por causales el aborto en Colombia y abrió espacio para el ejercicio pleno de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR), miles de mujeres en el país siguen enfrentando dificultades para acceder a servicios seguros y de calidad que les permitan tomar decisiones sobre sus cuerpos sin tener que poner en riesgo sus vidas. Durante estos años, Profamilia, en alianza con otras organizaciones e instituciones, ha prestado el servicio a través de sus clínicas y, de manera reciente, mediante la estrategia Mía que ofrece servicios de aborto por telemedicina.

Nuestros servicios han contribuido a la garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las personas en Colombia. Sin embargo, somos conscientes de los importantes retos que seguimos enfrentando para lograr que todas las personas que así lo requieran puedan acceder a servicios de aborto seguro. Este proyecto, adelantado como parte de la estrategia Options for Pregnancy Termination Innovation Initiative (OPTions), permitió consolidar nuestro trabajo en la prestación del servicio de aborto seguro en territorios en los que no contamos con la presencia de nuestras clínicas; a través de una estrategia innovadora orientada hacia el desarrollo y el fortalecimiento de las capacidades necesarias del personal prestador de servicios de salud.

---

---

Este informe busca sistematizar las experiencias y lecciones aprendidas de este trabajo como una apuesta por construir acciones que permitan seguir avanzando en la garantía del derecho al aborto. A lo largo del texto se presentan cuatro historias de vida de mujeres que tuvieron una experiencia previa de aborto en los territorios. Asimismo, consta de cinco capítulos: en el primero, se presenta la situación en salud sexual y reproductiva en los departamentos de Guainía y Vaupés, el proyecto OPTions y los objetivos que orientaron la investigación. El segundo describe los métodos cuantitativos y cualitativos que se emplearon para alcanzar dichos objetivos, así como los aspectos relacionados con la recolección y análisis de la información.

El tercer capítulo contiene la sistematización de experiencias en el marco del proyecto ahondando en las barreras de acceso al aborto, las acciones orientadas a los prestadores de servicios de salud, la transformación de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el derecho al aborto seguro y las oportunidades generadas por la implementación del proyecto.

El cuarto capítulo entrega las conclusiones. Finalmente, en el quinto capítulo se presentan algunas recomendaciones que buscan orientar proyectos y estrategias futuras encaminados hacia la garantía del aborto seguro en territorios caracterizados por una alta presencia de población indígena, una historia reciente de conflicto armado y la llegada de población migrante de origen venezolano.

---

---

## “La decisión la tomamos juntos porque queremos tener hijos, pero en otro momento”



Tengo 28 años y hace unos meses me realicé el procedimiento (un aborto). En ese momento tenía 27 años. Yo no soy de Mitú, pero viví allí durante cuatro años por cuestiones laborales. Soy del pueblo Pijao, Quindío, y pertenezco a un resguardo pequeñito. Actualmente no vivo en Mitú aunque sigo con mi pareja. Ya llevamos cuatro años de relación. Aparte de mi compañero no tenía muchas personas cercanas, entonces esa era mi única relación. Como pareja sí contemplamos la posibilidad de tener hijos, pero más adelante cuando tengamos un poco más de estabilidad. Por eso, tal vez, creo que tomamos

la decisión de interrumpir ese embarazo.

Soy la hija menor de mis papás, quienes siguen juntos, y tengo otra hermana. Durante mi infancia estuve vinculada a la organización indígena. Participé con mi familia en muchos espacios de armonización, ceremonias de purificación, limpieza y de medicamentos con plantas.

En esa época el conflicto armado estaba recrudecido, y mis padres y sus compañeros recurrieron a las plantas como forma de

---

protección espiritual. Siempre me inculcaron mi pertenencia a un pueblo originario. Ellos han sido un modelo para mí.

Cuando yo era pequeña, tenía como 10 años, mi hermana de 15 años quedó en embarazo y recuerdo que fue una situación de tensión porque ella trató de esconderlo. Desde ese momento me empezaron a explicar las consecuencias que podían tener las relaciones sexuales, o más bien de los novios.

Cuando tuve mis primeros novios me empezaron a contar de la importancia de tener precauciones. Más que hablarme de métodos anticonceptivos, me hablaron de que no tuviera relaciones sexuales.

En el colegio, cuando inicié sexto grado, comenzaron con el tema de la educación sexual, pero para los grados superiores. Yo no recibí información sobre este tema. Recuerdo que usé condón en mi primera relación sexual que fue con mi novio de cuando yo tenía 14 años. Aunque casi siempre usábamos condón, en un momento tuve un susto y supe que por el momento no quería quedar en embarazo. Después de que empezó la pandemia tuve mi segundo susto, fue más o menos en mayo del 2020.

Yo desde hace tres años dejé de usar métodos anticonceptivos y he estado utilizando el calendario porque ya no tengo encuentros sexuales ocasionales. La pandemia ( por covid-19 ) significó una adaptación, pasé a estar de lleno en la casa y eso cambió mi rutina. Con mi pareja nos estábamos

reinventando y aprovechando el tiempo juntos. Cuando me di cuenta de que estaba embarazada entré en un estado de negación. Sobre todo los primeros días.

Yo sabía que había una alta probabilidad de quedar en embarazo porque tuvimos relaciones en la etapa fértil de mi ciclo, pero no sé, yo pensaba y trataba de convencerme de que no por alguna razón extraordinaria. Me decía a mí misma "eso no iba a ser así", y esperé un mes.

En el siguiente ciclo, efectivamente nada, el periodo no llegó. Lo primero que hice fue conversarlo con mi compañero y él estuvo ahí para calmarme. Aunque seguimos un poco en negación y pensando que tal vez no estaba embarazada, sino que la carga emocional que tenía estaba afectando mi ciclo. Cuando pasaron cinco días sin haberme llegado la menstruación, decidimos hacernos una prueba casera de embarazo que nos confirmó el embarazo. Entonces empezamos a analizar las posibilidades que teníamos en ese momento.

Mi compañero planteó la posibilidad de que continuáramos con el embarazo y eso sigue siendo doloroso. Sin embargo, en ese momento él estaba sin trabajo, yo era la única que estaba trabajando y sentí que nos faltaba estabilidad económica e ingresos estables para tener un hijo. También, sentía que a los dos nos hacía falta crecer un poco más y prepararnos para las responsabilidades y los compromisos que implica el cuidado de un hijo.

---

Después de compartir nuestras opiniones, él me apoyó en mi decisión. Me apoyó tanto que pude acceder al procedimiento a través de una amiga que nos compartió un contacto y nos dio acceso a la información y a todo lo relacionado con los medicamentos. Esto teniendo en cuenta el contexto de Mitú donde es muy difícil conseguir el procedimiento médico porque es un pueblo pequeño y yo no sentía que fueran reservados ni que guardaran la confidencialidad.

Siempre dudamos respecto al método que quería utilizar. Revisamos las pastillas e incluso métodos naturales con plantas medicinales. Es decir, pensamos en muchas opciones, pero no nos sentíamos cómodos conversando de este tema con otras personas. Además, tenía temor de ir al hospital porque yo no creía en el alcance de la causal y tenía mucho miedo de que me negaran el servicio.

“**Me contacté con un colectivo que trabaja apoyando a mujeres que han decidido abortar, pero no cuentan con los medios para hacerlo.**”

Al principio inicié tomando grandes cantidades de vitamina C y otras pastillas que venden en la droguería. Después, mi novio contactó a su amiga que había pasado por una situación similar. Me contacté con un colectivo que trabaja apoyando a mujeres que han decidido abortar, pero no cuentan con los medios para

hacerlo. Ellas me apoyaron en la distancia, me acompañaron y me ayudaron a conseguir el medicamento. Unas pastillas que eran una combinación de Misoprostol y Mifepristona. Esta organización me envió la cajita de medicamentos hasta Mitú, por la cual pagué como 80 o 90 mil pesos.

Esto no se demoró más de una semana. Fue rápido, pero yo sentía muchas preocupaciones porque no quería que pasara más tiempo. Sin embargo, la persona que me acompañó me explicó bien los tiempos y me dijo que estábamos bien y yo más o menos a las 12 semanas me tomé los medicamentos. Sentí dolor y no tenía suficiente información respecto a los efectos que tienen las pastillas sobre el cuerpo. La verdad fue un poco incómodo, pero mi compañero estuvo conmigo y yo traté de seguir todas las precauciones sobre estar atenta a lo que iba expulsando.

Después de ese proceso no tuve ningún seguimiento médico ni psicológico, pero siento que mi cuerpo está bien. Aunque la situación me ha afectado no siento que necesite acompañamiento psicológico.

A pesar de todo, me hubiera gustado contar con un acompañamiento médico que me permitiera tener más información, haberme hecho una ecografía, saber más sobre el dolor y esas cosas. No obstante, debo reconocer que recibí toda la información, el apoyo y sentí que fue un procedimiento seguro.

---

## Introducción

En Colombia el derecho al aborto fue aprobado y reconocido por la Corte Constitucional mediante la Sentencia C-355 de 2006 y, más recientemente, a través de la Sentencia 055 de 2022 que despenalizó el aborto hasta las 24 semanas de gestación. En el curso de estos 16 años se produjeron otras 15 sentencias relacionadas con la garantía de este derecho; las cuales dan cuenta de las dificultades que siguen enfrentando las mujeres para acceder a servicios de aborto seguro, oportuno y de calidad. Una investigación reciente, realizada en Bucaramanga, Popayán y Tunja, reveló las dificultades de las mujeres frente a la prestación del servicio relacionadas con el desconocimiento del derecho al aborto, la desinformación respecto a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, el tabú y el estigma social que rodea al aborto y las desigualdades sociales (1).

Estas necesidades pueden ser más profundas en territorios de Colombia caracterizados por la ausencia histórica del Estado, problemas en la prestación de los servicios públicos y poca capacidad instalada para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). En este sentido, existen multiplicidad de oportunidades para avanzar hacia el acceso al aborto seguro en territorios que aún no cuentan con suficiente capacidad instalada.

De acuerdo con cifras oficiales de aseguramiento en salud, en el departamento de Vaupés y su capital Mitú el porcentaje de personas afiliadas al Sistema General de Seguridad en Salud (SGSSS) en mayo de 2021 fue 29,8 %, en Guainía fue del 5 % y en Inírida del 6 % (2). En este caso, la cobertura en salud es un indicador sensible de posibles barreras en el acceso al aborto seguro. Sin embargo, existen otras situaciones que también lo afectan.

Según la investigación Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas (3), en 2014 las regiones Oriental, Pacífica y Amazonía-Orinoquía concentran los mayores porcentajes de mujeres que reportaron barreras en el acceso al aborto con registros superiores al 50 %. El mismo estudio identificó que en la región de la Amazonía y la Orinoquía está el mayor número de mujeres que señalaron que el aborto no era un derecho. Allí mismo también se encontró el registro más alto de mujeres que se habían realizado ellas mismas el procedimiento.

Probablemente esta situación se encuentra relacionada con diferentes barreras en el acceso a servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva. De acuerdo con la Encuesta Nacional

---

de Demografía y Salud (ENDS) en 2015 (4), la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres de 13 a 49 años en Colombia es de 7 % y llega al 10 % en las regiones Atlántica y Amazonía-Orinoquía. Adicionalmente, entre los departamentos con mayor porcentaje de necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos se encuentran Vaupés (38,5 %) y Guainía (17,2 %).

De igual manera, de acuerdo con dicha encuesta, en la región de la Amazonía y la Orinoquía se encontraron los porcentajes más altos de mujeres de 13 a 49 años que consideran que en Colombia el aborto no está despenalizado en ningún caso (29,9 %) y que no saben o no están seguras de si el aborto está despenalizado en el país (17,8 %). Lo anterior, puede traducirse en una barrera de acceso al servicio.

Asimismo, en la región de la Amazonía y la Orinoquía, la población enfrenta numerosas necesidades. De acuerdo con el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) de 2019, calculado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en esta región el porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional fue 30,0 %; siendo Vichada (72,2 %), Guainía (67,0 %) y Vaupés (66,5 %) los departamentos con mayores porcentajes de personas en situación de pobreza multidimensional (5).

Junto a ello, en Guainía y Vaupés el 68 % de las personas vive en hogares con alto nivel de dependencia económica (más de tres personas por miembro ocupado); el 63 % pertenece a hogares en donde las personas mayores de 15 años tienen menos de nueve años de educación formal; cerca del 60 % de los hogares no cuenta con servicio de acueducto ni de alcantarillado.

De igual manera, los departamentos más impactados por el cálculo de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) del DANE (6), en 2018, fueron Vaupés (68,9 %), Vichada (67,8 %) y Guainía (59,4 %). Estas privaciones y necesidades pueden ser indicativas de algunas barreras en el acceso a servicios de aborto seguro, que están vinculadas con las limitadas posibilidades para desplazarse hasta los servicios, dificultades para asumir gastos o gestionar la atención en salud.

Finalmente, tanto Mitú como Inírida se caracterizan por una historia reciente de conflicto armado que pudo haber afectado la garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de la población (7,8). Asimismo, ambos departamentos están constituidos por territorios de diversos pueblos indígenas. Esta característica supone una multiplicidad de posturas frente a la interpretación y visión de estos derechos (9).

---

De acuerdo con el censo nacional de población y vivienda del 2018 (10), en Colombia 1.905.617 personas se autorreconocen como indígenas: en Guainía esta población es de 33.280 personas, mientras que en Vaupés es de 30.787. En términos porcentuales estos dos departamentos presentan los porcentajes de participación más alta de población indígena del país, en el caso de Vaupés la población indígena es el 81,7 % y en Guainía es el 74,9 % del total de la población del departamento.

Por un lado, en Vaupés las etnias presentes son tukano, desano, siriano, piratapuyo, guanano, barazano, carapana, yurutí, pizamira, taiwano, makuna, tatuyo, tujuuca, arapazo, kabiyarí, bará, yukuna, cubeos, tariano, curripaco, baniva, makú y carijona (11). Por otro lado, en Guainía se encuentran los cubeos, curripacos, piapocos, puinaves y sikuanis (12).

A diferencia de Mitú, Inírida no ha sido ajena al fenómeno migratorio desde el país vecino, Venezuela. La capital del departamento se ha convertido en un importante receptor de población venezolana de origen amazónico que a menudo es también de ascendencia indígena. De acuerdo con el reporte de Migración Colombia, en diciembre del 2020 había 1.729.537 personas migrantes en el país, de las cuales 5.933 están en Inírida (13). Es sabido que esta población migrante presenta numerosas necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva (14,15).

En el contexto anteriormente descrito, la prestación de servicios de aborto seguro supone una serie de desafíos relacionados con la capacidad instalada, el conocimiento de las leyes colombianas al respecto y las diferentes posturas culturales frente al derecho al aborto. Aspectos que fueron abordados por el proyecto.

## 1.1 Acerca del proyecto

El proyecto "Oportunidades que garantizan servicios integrales para el acceso al aborto seguro en Inírida y Mitú" implementó acciones de incidencia con participación de las mujeres de los municipios y el personal prestador de servicios de salud. A su vez, desarrolló actividades de formación con prestadores de servicios de salud y prestó servicios de salud sexual y reproductiva a mujeres de los municipios.

Estas acciones estuvieron orientadas en una estrategia replicable en otros escenarios similares para la prestación de servicios de aborto seguro y continuar avanzando en la garantía de este derecho en regiones apartadas del centro del país con necesidades insatisfechas en el acceso

a servicios básicos, con historia reciente de conflicto armado y alta presencia de población indígena.

Además, el proyecto tuvo como objetivo general ampliar el acceso a productos y servicios de aborto seguro para las niñas y mujeres más vulnerables de Inírida y Mitú, para lo cual trabajó alrededor de dos objetivos específicos:

- A.** Fortalecer a los y las profesionales, y a las instituciones públicas y privadas del sector salud y judicial para que respondan con calidad, oportunidad y seguridad a los productos y servicios de aborto seguro que requieran niñas y mujeres vulneradas en Inírida y Mitú.
- B.** Contribuir a la transformación de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el aborto seguro en niñas, mujeres y la comunidad en general en Inírida y Mitú.

Para el cumplimiento de estos objetivos se desarrollaron las estrategias que se presentan en la tabla 1.

**Tabla 1. Estrategias y resultados esperados del proyecto**

Objetivo específico	Estrategia	Resultados esperados	Población ojetivo
A. Fortalecer a los y las profesionales, y a las instituciones públicas y privadas del sector salud y judicial para que respondan con calidad, oportunidad y seguridad a los productos y servicios de aborto seguro que requieran niñas y mujeres vulneradas en Inírida y Mitú	A.1 Fortalecimiento de la red externa de prestadores de servicios para la prestación de aborto seguro.	A.1.1 Creación de una red de profesionales de salud en cada uno de los municipios.	Prestadores de servicios de salud
		A.1.2 Creación y ajuste de rutas de atención de aborto seguro en cada uno de los municipios.	Prestadores de servicios de salud y tomadores de decisiones
	A.2 Transformación del conocimiento e implementación de la innovación creada.	A.2.1 Profesionales de la salud sensibilizados y capacitados sobre el derecho al aborto a través de la creación de la escuela de profesionales por la autonomía reproductiva.	Prestadores de servicios de salud
B. Contribuir a la transformación de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el aborto seguro en niñas, mujeres y la comunidad en general en Inírida y Mitú.	B.1 Transformación del conocimiento e implementación de la innovación creada.	B.1.1 Material de información, educación y comunicación diferencial para niñas y mujeres sobre el aborto y los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.	Niñas y mujeres en Inírida y Mitú
		B.1.2 Educación comunitaria en salud sexual y salud reproductiva y acceso a servicios.	Niñas y mujeres en Inírida y Mitú,

Fuente: elaboración propia con base en el plan operativo del proyecto.

---

En este sentido, los dos objetivos del proyecto estuvieron enfocados en los prestadores de servicios de salud y tomadores de decisiones a cargo de garantizar la prestación de los servicios de aborto seguro y en las mujeres de Inírida y Mitú como población que puede requerir estos servicios, pero aún no tiene información suficiente sobre este derecho.

Con el fin de documentar las particularidades de la garantía del derecho al aborto en estos escenarios, así como identificar las oportunidades, los desafíos y las lecciones aprendidas en el marco de la implementación de este proyecto, se realizó un proceso de investigación orientado hacia la sistematización de experiencias.

## 1.2 Objetivo general

Sistematizar las experiencias sobre la prestación de servicios de aborto seguro del proyecto "Oportunidades que garantizan servicios integrales para el acceso al aborto seguro en Inírida y Mitú".

### 1.2.1 Objetivos específicos

1. Identificar las barreras históricas para acceder al aborto seguro en Inírida y Mitú.
2. Recopilar las experiencias y lecciones aprendidas del proceso de fortalecimiento de servicios generado por el proyecto en Inírida y Mitú.
3. Identificar los cambios en conocimientos, actitudes y prácticas de los prestadores de servicios y las mujeres acompañadas por el proyecto en Inírida y Mitú

---

## "Aborté porque sentía que tener un hijo era una responsabilidad muy grande"



Soy una mujer migrante proveniente de Venezuela. Tengo 20 años y hace apenas un año estoy aquí en Colombia. No sé hasta cuándo me quedaré. Soy del pueblo indígena Cúrripaco, aunque no hablo mucho su lengua porque no me la enseñaron. Yo vivo con mi familia porque aún no me he independizado. Vivo con mi mamá, mis cuatro hermanas y mi hermano. Nuestro papá nos abandonó hace años.

Yo estudié el bachillerato en Venezuela, pero no pude terminar porque la situación se puso muy dura. Actualmente no tengo trabajo, aunque apoyo a mí mamá con todo lo de la

casa. Como soy migrante no tengo ninguna afiliación al sistema de salud colombiano. La vida siempre ha sido difícil, desde que era niña y a mi mamá le tocó sacarnos adelante sola. Vivimos siempre en una casa muy humilde.

Mi hermana mayor nos cuidó mientras mi mamá trabajaba y sigue siempre muy pendiente de nosotras. Ella y mi tía, que todavía está en Venezuela, son como mis segunda y tercera mamá.

Cuando era una niña, tenía solo nueve años, alguien quiso abusar de mí. No pudo hacerlo, pero es un recuerdo horrible.

---

Después, cuando era más adolescente, mi mamá y mis hermanas me hablaron mucho de la importancia de que me cuidara, usara preservativo y de conocer a las personas con las que iba a tener relaciones. A pesar de todas estas recomendaciones, recientemente tuve un embarazo no deseado.

Siempre he planificado con condones, aunque no siempre los he usado, unas veces sí y otras no. Esto porque en ocasiones no he podido conseguirlos o comprarlos, también porque a veces me da pena pedirlos en las tiendas. Yo estaba en una relación medio seria, pero cuando nos enteramos de que estaba en embarazo, hace más o menos cuatro meses, esa persona me dejó. Me sacó el cuerpo.

**Yo sabía que no era capaz de tener esa bebé sola, también porque ahora la situación económica no está fácil.**

Yo sabía que no era capaz de tener esa bebé sola, también porque ahora la situación económica no está fácil. Entonces cuando decidí abortar ya me había separado de mi pareja y sabía que iba a tener que tomar una decisión yo sola. Hace unos días me tomé las pastillas y aborté. Lo hice porque me sentía sola y no tenía el apoyo de nadie. En mi casa somos puras mujeres y todas mis hermanas ya tienen niños, pero sacar adelante un hijo es muy duro.

Para mí tener un hijo era una responsabilidad muy grande y yo no quería tenerlo. Sin embargo, no sabía nada de las leyes colombianas sobre el aborto. La verdad no sabía nada de eso. Me habían dicho que vendían unas pastillas pero que costaban mucho y también me recomendaron hierbas, pero después de intentarlo muchas veces no dieron resultado. Yo le conté a mi hermana mayor, a quien le cuento todo, que estaba en embarazo. Sin embargo, antes de hablar con una psicóloga que trabaja por acá con población migrante, yo no sabía que era posible abortar, no tenía ni idea que se podía hacer.

Cuando le conté a mi hermana ella me apoyó, me dijo que ella también sentía muchas dificultades ahora que estaba criando a cinco niños y sin papá. Me dijo que no quería que pasara por lo mismo que ella y estuvo conmigo apoyándome todo el tiempo.

La doctora que trabaja con mis hermanas en un proyecto de bienestar infantil me comentó que yo podía acceder al aborto. Un día ella llegó a la casa a hacer una visita a los niños y mi hermana le comentó la situación. Cuando ella me dijo que yo podía abortar de forma segura, yo le comenté que había tomado mi decisión y ella me indicó que podía ir al hospital a hacerme el procedimiento.

Ya con esa información yo fui al hospital, llegué a la consulta y les dije que estaba embarazada y que necesitaba eso (un aborto). Allí me pasaron a otra sala y me preguntaron si yo ya había intentado abortar, porque en realidad me estaba doliendo.

---

Respondí que sí lo había intentado y me señalaron que el feto todavía estaba ahí adentro. Antes de ir al hospital había tomado muchas hierbas: canela, malta y una toda rara que le dicen "caretica". Esas hierbas me las recomendaron unas señoras de Venezuela, pero igual nunca había pasado nada, nunca sangré ni nada.

En el hospital me preguntaron si seguía con la misma intención de abortar, me lo preguntaron varias veces y siempre dije que sí. También me hicieron hablar con una psicóloga que me preguntó lo mismo y me pidió que le explicara por qué lo iba a hacer. Les dije la verdad, pero siento que fueron muy insistentes, como que no respetaban que fuera mi decisión.

Finalmente, en el hospital me dieron las pastillas y me explicaron cómo usarlas. Estuve allí tres días, siempre estuvieron pendientes de mí, del dolor, la fiebre y de todo. Me trataron bien y no dijeron nada que me hiciera sentir mal.

Antes del procedimiento yo tenía miedo porque siempre había oído que los abortos son peligrosos y arriesgados. Incluso en el hospital me lo dijeron, que como tenía cuatro meses de embarazo era muy arriesgado. Cuando me dejaron salir me dijeron que ya estaba completo el procedimiento y me hicieron un chequeo para asegurarnos de que todo estuviera bien. Me dieron otra cita para el siguiente control.

Realmente, a pesar de ser una mujer migrante que no tiene EPS, no me cobraron un solo peso y todo salió muy bien. Sin embargo, tengo que

reconocer que tenía mucho temor de ir al hospital y tenía miedo de que me dijeran que ya no podía hacer el procedimiento o que no me ayudarían. Siempre tuve la duda de si realmente me iban a ayudar.

Cuando eso pasó no fui capaz de contarle a mi mamá, sabía que me iba a decir que no lo hiciera porque era muy arriesgado. También tenía miedo de que se enojara. Cuando le conté, se molestó un poco, pero después lo aceptó. Creo que se dio cuenta que no había nada que hacer. Ahora me siento más tranquila.

Antes estaba un poco confundida porque no sabía si había hecho bien o mal, pero ahora siento que tomé la decisión correcta porque yo no puedo responder por un bebé. En este momento no tengo trabajo ni oportunidades. Cuando salí del hospital me sugirieron que debía empezar a planificar, aunque todavía no he recibido información sobre cómo puedo hacerlo.

---

# Metodología

Esta investigación utilizó una metodología mixta en la que se combinaron elementos cuantitativos y cualitativos orientados hacia la sistematización de las experiencias generadas por el proyecto "Oportunidades que garantizan servicios integrales para el acceso al aborto seguro en Inírida y Mitú".

La sistematización de experiencias es una metodología generada en América Latina, durante la década de los años 70, en el marco de un proceso de reconceptualización del trabajo social que reconoce la importancia de diferentes proyectos sociales para la producción de conocimientos (16). Posteriormente, esta noción se extendió hacia la educación popular y el trabajo orientado al desarrollo social (17)

En general, la sistematización de experiencias es un concepto amplio que recoge diferentes maneras de entender las experiencias y la forma de sistematizarlas. Esto quiere decir que no hay única forma de hacerlo. Sin embargo, entre sus objetivos se encuentra ordenar u organizar los conocimientos que surgen de la práctica como resultado de las interacciones sociales que se dan en un contexto social específico (17).

El objetivo de la sistematización es reconocer cómo pueden ser y hacer mejor los diferentes proyectos sociales orientados a impulsar el empoderamiento y la garantía de los derechos de las personas (18). En esta ocasión, este método dio cuenta de la reconstrucción de un contexto histórico de barreras para el acceso a los servicios de aborto seguro y la identificación de los efectos de las acciones encaminadas al fortalecimiento de habilidades para la prestación de servicios de aborto seguro entre los prestadores y los conocimientos de las mujeres en los territorios respecto a su derecho.

## 2.1 Componente Cualitativo

El componente cualitativo abordó los objetivos específicos 1 y 2 de la investigación. Para este componente se utilizaron diferentes métodos: grupos focales, historias de vida y entrevistas a profundidad. Estos se aplicaron a los múltiples actores que participaron de las acciones del proceso: mujeres de la comunidad, gestoras sociales en los territorios y prestadores de servicios de salud. La tabla 1 presenta la información detallada sobre cada uno de estos métodos.

Asimismo, con el fin de documentar las barreras históricas que han enfrentado las mujeres en Inírida y Mitú para el acceso al aborto seguro se realizaron cuatro historias de vida, dos en cada

---

municipio, con personas que tuvieran una experiencia previa de aborto en los territorios, y dos grupos focales al inicio del proyecto, uno en cada municipio, con mujeres de la comunidad.

Por otra parte, para recopilar experiencias sobre las lecciones aprendidas en el marco del proyecto se esperaban realizar seis grupos focales con prestadores de servicios de salud que participaron del proceso formativo del proyecto, tres en cada municipio. A causa de la pandemia por covid-19 en Inírida no fue posible realizar el último grupo focal. Sin embargo, estos se hicieron en diferentes momentos de implementación del proyecto con el fin de evidenciar los efectos del proceso formativo en diferentes momentos. Adicionalmente, se realizaron dos entrevistas con las gestoras de los municipios para identificar sus propias reflexiones sobre el proyecto.

**Tabla 2.** Métodos utilizados en el componente cualitativo de la investigación

Objetivo específico	Inírida	Mitú	Total
Historias de vida	2	2	4
Grupos focales con prestadores de servicios en proceso formativo	2	3	5
Grupos focales con mujeres de la comunidad	1	1	2
Entrevistas con gestoras sociales	1	1	2

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados.

## 2.2 Componente Cuantitativo

El componente cuantitativo de la investigación dio respuesta al objetivo específico 3. Para ello, se aplicaron dos instrumentos. La tabla 2 presenta de manera detallada el número de personas que respondieron estos. El primero estuvo dirigido al personal prestador de servicios de salud que participó del proceso formativo y buscó medir los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la prestación de servicios de aborto seguro.

El segundo instrumento, aplicado al principio y al final de las experiencias pedagógicas (pre-test y pos-test), lo contestaron algunas mujeres que asistieron a los espacios de las brigadas móviles y de los talleres de formación que se realizaron en el marco de estas con el fin de aclarar conceptos básicos respecto los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y los servicios de anticoncepción y de aborto seguro.

**Tabla 3.** Número de instrumentos pre-test y pos-test aplicados según grupo de análisis

Grupo de análisis	Municipio	Pre-test	Pos-test
Prestadores de servicios de salud	Inírida	22	-
	Mitú	39	-
Mujeres de la comunidad	Inírida	14	14
	Mitú	22	22

Fuente: elaboración propia con base en los pre-test y pos-test aplicados en Mitú e Inírida.

## 2.3 Recolección de la información

En un primer momento, se consideró que la recolección de la información se haría exclusivamente a través del personal de la dirección de investigaciones de Profamilia y que dicho proceso estaría acompañado de ejercicios de observación etnográfica de las actividades que se realizaron en el marco del proyecto. Sin embargo, la pandemia por covid-19 y las restricciones de movilidad que supuso requirieron que el proceso de obtención de información fuera adaptado a este contexto.

La recolección de información de las historias de vida y las entrevistas con gestoras se adelantó vía telefónica, mientras que los grupos focales, los pre-test y los pos-test fueron realizados con el apoyo de las gestoras del proyecto en cada uno de los territorios. Para la recolección de información por parte de las gestoras se realizó un entrenamiento previo en el que se explicó de manera detallada la forma de aplicación de los formatos de consentimiento informado, así como el sentido de cada una de las preguntas incluidas en los instrumentos.

Este proceso de obtención de información se realizó en tres fases de acuerdo con el siguiente cronograma:

**Fase I** - octubre del 2020: se realizaron los pre-test con prestadores de servicios de salud que iban a participar del proceso formativo, los grupos focales con prestadores de servicios y mujeres de la comunidad y los primeros contactos para las historias de vida.

---

**Fase II** - febrero y marzo del 2021: se realizaron las segundas rondas de grupos focales con prestadores de servicios de salud y se finalizaron las historias de vida.

**Fase III** - mayo del 2021: se realizaron los pre-test y pos-test con mujeres que participaron de los talleres en el marco de las brigadas de salud y los últimos grupos focales con los prestadores de servicios de salud.

Toda la información cualitativa fue grabada con consentimiento de las y los participantes, mientras que la información cuantitativa fue recopilada mediante el aplicativo SurveyMonkey. En aquellos casos donde por limitaciones de conectividad a internet no fue posible registrar la información de esta manera, se recurrió al uso de cuestionarios en papel que posteriormente fueron digitalizados.

## 2.4 Análisis de la información

Dado que la recolección de información se realizó mediante diferentes métodos, las estrategias de análisis se adelantaron de acuerdo con los mismos. A continuación, se describe de manera detallada el proceso de análisis:

### 2.4.1 Análisis del pre-test y pos-test

Con el fin de identificar el conocimiento, actitudes y prácticas de las mujeres acompañadas por el proyecto en Inírida y Mitú, sobre los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y el derecho al aborto, se solicitó que respondieran un cuestionario (pre-test) al iniciar los talleres. Para establecer el grado de recordación sobre los temas tratados durante los talleres de formación, al final de cada sesión, las usuarias contestaron nuevamente el cuestionario (pos-test).

Los pre-test y pos-test recolectados fueron grabados mediante la aplicación SurveyMonkey, las bases de datos de los cuestionarios aplicados fueron exportadas a Excel y luego procesadas en el paquete estadístico SPSS versión 25. Junto a ello, se evaluó si los cambios en el conocimiento o percepción de las temáticas desarrolladas fueron estadísticamente significativos con un 95% de confianza utilizando la prueba t para muestras dependientes. En el caso de los prestadores de servicios fue posible medir solo una vez su conocimiento y percepción sobre las temáticas desarrolladas.

## 2.4.2 Grupos Focales y Entrevistas

Los grupos focales con mujeres y prestadores de servicios, y las entrevistas fueron transcritas y codificadas mediante el software N-Vivo. El proceso de codificación axial se hizo con base en la teoría fundamentada (19), para lo cual se construyó un diccionario de codificación basado en tres grandes temas: el primero fueron las barreras en el acceso a los servicios de aborto seguro, el segundo las oportunidades generadas por el proyecto OPTions y el tercero los desafíos pendientes para la garantía del derecho al aborto. Estos temas estuvieron compuestos por 20 subcategorías. Además, durante el proceso de codificación se estuvo atento a categorías de codificación emergentes. La gráfica 1 sintetiza los temas y las categorías que orientaron el análisis cualitativo.

**Gráfica 1.** Temas y subcategorías de la codificación axial

<b>Barreras en el acceso a los servicios de aborto</b>	<b>Oportunidades generadas por el proyecto Options</b>	<b>Desafíos pendientes para la garantía de aborto seguro</b>
Barreras Jurídico - Administrativas	Fortalecimiento de una red de prestadores de servicios	Enfoque intercultural en la prestación de los servicios
Desconocimiento del derecho al aborto		
Barreras actitudinales	Creación y ajuste de las rutas de presentación de aborto seguro	Reducción de estigma frente al aborto
Desconocimiento de los métodos y procedimientos		Adecuación de rutas y protocolos para el aborto
Falta de capacidad instalada e infraestructurada	Sensibilización de los prestadores de servicios de salud	Acceso a tecnologías para el aborto seguro
Objeción de conciencia	Apropiación del conocimiento en DSDR	Conocimiento comunitario sobre los DSDR
Estigma social		Conocimiento del derecho al aborto
Barreras estructurales de la prestación de servicios de salud	Educación comunitaria y acceso a servicios	Fortalecimiento de la capacidad instalada

Fuente: elaboración propia con base en el análisis cualitativo

---

### 2.4.3 Historias de vida

Las historias de vida fueron transcritas y, posteriormente, codificadas mediante N-Vivo bajo el tema de barreras de acceso al aborto seguro. Adicionalmente, con base en las transcripciones, se reconstruyeron diferentes historias de acceso al aborto en Inírida y Mitú, las cuales dan cuenta no solo de algunas barreras, también de la multiplicidad de experiencias que tienen las mujeres de estos territorios frente al servicio.

## 2.5 Triangulación

La triangulación de la información se realizó mediante una estrategia de complementariedad de las diferentes fuentes de información orientada por dos grandes conceptos: oportunidades y desafíos de la implementación del proyecto en la garantía de servicios integrales en el acceso al aborto seguro en Inírida y Mitú. Este proceso de triangulación se consolida hacia el final de la sección de resultados, así como en las conclusiones y recomendaciones de este informe.

## 2.6 Consideraciones éticas

Este proyecto contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigaciones de Profamilia (CEIP) mediante el oficio CEIP-2019-25 el 12 de diciembre del 2019. Durante la recolección de información todas las personas participantes fueron informadas de los objetivos de esta y de sus derechos mediante un formato de consentimiento informado.

Adicionalmente, durante el proceso de recolección, análisis y presentación de la información se mantuvieron los principios de confidencialidad y acción sin daño. Con el fin de proteger la identidad de las personas, en este informe no se usan nombres propios y para el caso de las historias de vida los nombres de las mujeres fueron reemplazados por otros.

---

## “Mi decisión no la compartí con nadie porque yo no tengo nadie que me apoye”



Nací en Mitú, Vaupés, en 1995. Soy indígena, aunque llevo mucho tiempo fuera de mi comunidad. También, soy madre soltera de una hija, que es con quien vivo. Recuerdo muchas cosas de mi infancia y de mi vida con la comunidad como las visitas al río. Sin embargo, ahora ha cambiado mucho, la gente que uno conocía ya no vive allí. Todos se fueron, viajaron. Cuando era niña mis padres vivían juntos, pero ahora están separados. Yo compartía mi vida con seis hermanas y un hermano.

Mi infancia también transcurrió en medio del conflicto armado. La guerrilla estaba allí en la

comunidad donde yo nací y crecí. Allí llegaban a llevarse los niños mayores de 15 años, a mi primo se lo llevaron, y a los que se portaban mal los amarraban en la cancha del pueblo y los trataban horrible al frente de todos. Yo no entendía mucho qué pasaba, solo sé que cuando la guerrilla llegaba nos dejaban encerrados o escondidos para que no nos vieran, no tener contacto con ellos y que no nos llevaran.

La verdad siento que tuve una infancia difícil, que muy pocas veces fui feliz. El maltrato de mi papá hacia mi mamá me hacía mucho

---

daño. En la adolescencia, mi mamá fue la que nos enseñó muchas cosas. Cuando yo tenía 14 años ella me cuidaba mucho a mí y a mis hermanas. No nos dejaba salir a la calle. Mi mamá también nos hablaba de sexualidad, nos decía: "No hagan, pa' que no queden embarazadas". Me decía mucho que me cuidara de los hombres, pero no me decía que usara algún método anticonceptivo. Solo me decía que me cuidara.

La verdad ella nos pegaba, nos regañaba, nos castigaba, nos encerraba en la casa y no nos dejaba salir para que no estuviéramos con los hombres. En el colegio sí nos hablaron de planificación y todo eso, pero mi mamá era la que siempre estaba ahí como pendiente de todo, diciendo que no nos metiéramos con los hombres. Yo tuve mi primera relación a los 16 años, pero no recuerdo si usamos o no condón. En general yo no sabía muchas cosas. Recuerdo que a los 15 años cuando llegó mi menstruación, estábamos en el colegio y me di cuenta porque alguien me dijo que me había manchado.

Me asusté porque no sabía y me dio miedo decirle a mi mamá. A los 15 años mis papás me trajeron a Mitú y me dejaron trabajando en una casa de familia.

Después estuve donde una tía y luego me fui a vivir donde una amiga, pero pasamos mucha hambre porque la situación era muy difícil. Cuando fui creciendo, empecé a usar métodos anticonceptivos, en algún momento tomé pastillas y después tuve una pila (implante subdérmico) que me retiré hace unos meses. A los 18 años quedé embarazada

la primera vez, y fue un poco difícil porque yo no me esperaba eso, era muy joven y me sentía perdida, sin mi familia y sin mis hermanas. La verdad olvidé cuidarme y salí embarazada. Fue un embarazo que nunca quise y con el papá de mi hija me fue muy mal. Entonces, en ese momento yo no pensé en abortar, pero le pedí ayuda a mi papá y él me dijo que tenía que abortar. Estaba sola y entonces me compré las pastillas e hice lo que me habían dicho. Una amiga de mi hermanita, que vivía conmigo en esos tiempos, me ayudó y entonces hicimos el procedimiento. Sin embargo, no resultó. No sé qué fue lo que hicimos mal, pero yo creo que no sabíamos bien cómo era eso.

**Como no pude abortar, continué con el embarazo y sufrí porque no tenía quién me apoyara.**

Como no pude abortar, continué con el embarazo y sufrí porque no tenía quién me apoyara. Cuando tenía como cinco meses, yo me fui para la comunidad a donde vivía mi papá pues él era la única opción que tenía. Allá tuve a la niña y a los 15 días me devolví para acá para Mitú. Aunque yo no la quería tener y nunca la quise, ya cuando la tuve fue distinto y me alegré.

Recientemente, tuve mi segundo embarazo. Estaba viviendo aquí en Mitú cuando me enteré de que estaba embarazada. Tenía



---

muchas dificultades económicas y estaba sola. Cuando decidí abortar le comenté a mi jefa y me dijo que la decisión era mía. La verdad yo no quería que nadie supiera y en ese momento sentía mucho miedo. La prueba de embarazo me la hice en el hospital San Antonio, aquí en Mitú. Cuando vi que era positiva me quedé asustada y sorprendida a la vez. Yo le dije a la enfermera que no quería tenerlo, pero ella me dijo que lo pensara bien, que no quería que me arrepintiera. Yo estoy prácticamente sola y me quedaba muy difícil. Yo no sabía que el aborto era legal en Colombia, pero después de pensarlo varios días fui al hospital, saqué la cita y le comenté a la enfermera quien me dio información sobre las causales.

La enfermera me mandó a donde la psicóloga y ella me preguntó por qué estaba tomando esta decisión. Yo sentía que era una decisión muy difícil, pero la tomé porque yo no tengo apoyo de nadie. De ahí me hicieron firmar un consentimiento y me mandaron a otra cita con la enfermera para que me recetara el medicamento. Estuve como una hora con la enfermera preguntándome cosas y dándome explicaciones, pero al final me dieron los medicamentos.

Ese mismo día inicié el proceso, a las siete de la noche me tomé los medicamentos y la verdad fue muy duro para mí. Sentía mucha rabia porque tenía emociones encontradas y me sentía muy sola.

También me dio fiebre y el sangrado fue muy fuerte. La verdad me aguanté mucho, no dormí en toda la noche. Al otro día el sangrado

ya era normal, pero me duró casi un mes. Aunque había leído sobre el procedimiento en internet, yo no confiaba mucho en este.

Siento que recibí buena atención en el hospital. Sin embargo, me molestó que me preguntaran tantas veces lo mismo cuando yo ya estaba decidida. Tampoco me gustó que se demoraran una semana en darme la cita con la psicóloga. Yo creo que esto muestra que las mujeres en Mitú enfrentan muchas dificultades para acceder al aborto.

Varias me han comentado que les da miedo acercarse al hospital porque todo el mundo se entera y eso hace que las mujeres se pongan a buscar los medicamentos fuera del hospital así no tengan la plata. Yo fui al hospital porque no tenía cómo comprar los medicamentos porque yo estoy sola, pero la verdad me sentí segura porque me atendieron y sabía que si tenía que ir a urgencias ya tenían mi historia clínica y me iban a atender.

---

## Sistematización de experiencias en el marco del proyecto

Las experiencias desarrolladas en el marco del proyecto se presentan aquí teniendo en cuenta diferentes aspectos del fenómeno. En primer lugar, se reconstruye el contexto de acceso al aborto en los municipios de Inírida y Mitú. En segunda instancia, se habla del trabajo adelantado en el marco del proyecto con el personal prestador de servicios de salud y de las actividades adelantadas con las mujeres de los municipios. Finalmente, se sistematizan las oportunidades para la garantía del derecho al aborto desarrolladas por la implementación del proyecto en estos territorios.

### 3.1 Barreras en el acceso al aborto seguro en Inírida y Mitú

El proyecto OPTions, al hacer referencia a un tema rodeado de estigma como lo es la interrupción voluntaria del embarazo, debía abordar las diferentes barreras que enfrentan las mujeres en los municipios de Inírida y Mitú para acceder a los servicios de aborto seguro. A través de las historias de vida de mujeres que habían abortado, de los grupos focales con prestadores de servicios de salud y de las entrevistas con gestoras se identificaron las principales barreras en el acceso a estos servicios en ambas zonas.

Aunque el tema de las barreras de acceso al aborto seguro ha sido ampliamente investigado (1,3,4,14,15), en el caso de Inírida y Mitú los limitantes relacionados con el estigma social, las actitudes de los prestadores y los procesos jurídico-administrativos, estaban acompañadas de las barreras estructurales que impiden el acceso de las personas a los servicios de salud. La gráfica 2 muestra la densidad de estas trabas.

Si bien la principal barrera tiene que ver con el estigma social que hay entre prestadores de servicios y personas de la comunidad alrededor de la práctica del aborto, en Inírida y Mitú este obstáculo puede estar relacionado tanto con el fuerte arraigo de la cultura católica y cristiana como con las diferentes posiciones de las culturas indígenas frente al tema.

La información recolectada evidencia que hay un entronque de estas posturas respecto al aborto, lo cual dificulta que se hable de manera abierta sobre el tema. Así lo expresa una participante del grupo focal con prestadores de servicios en Inírida:

---

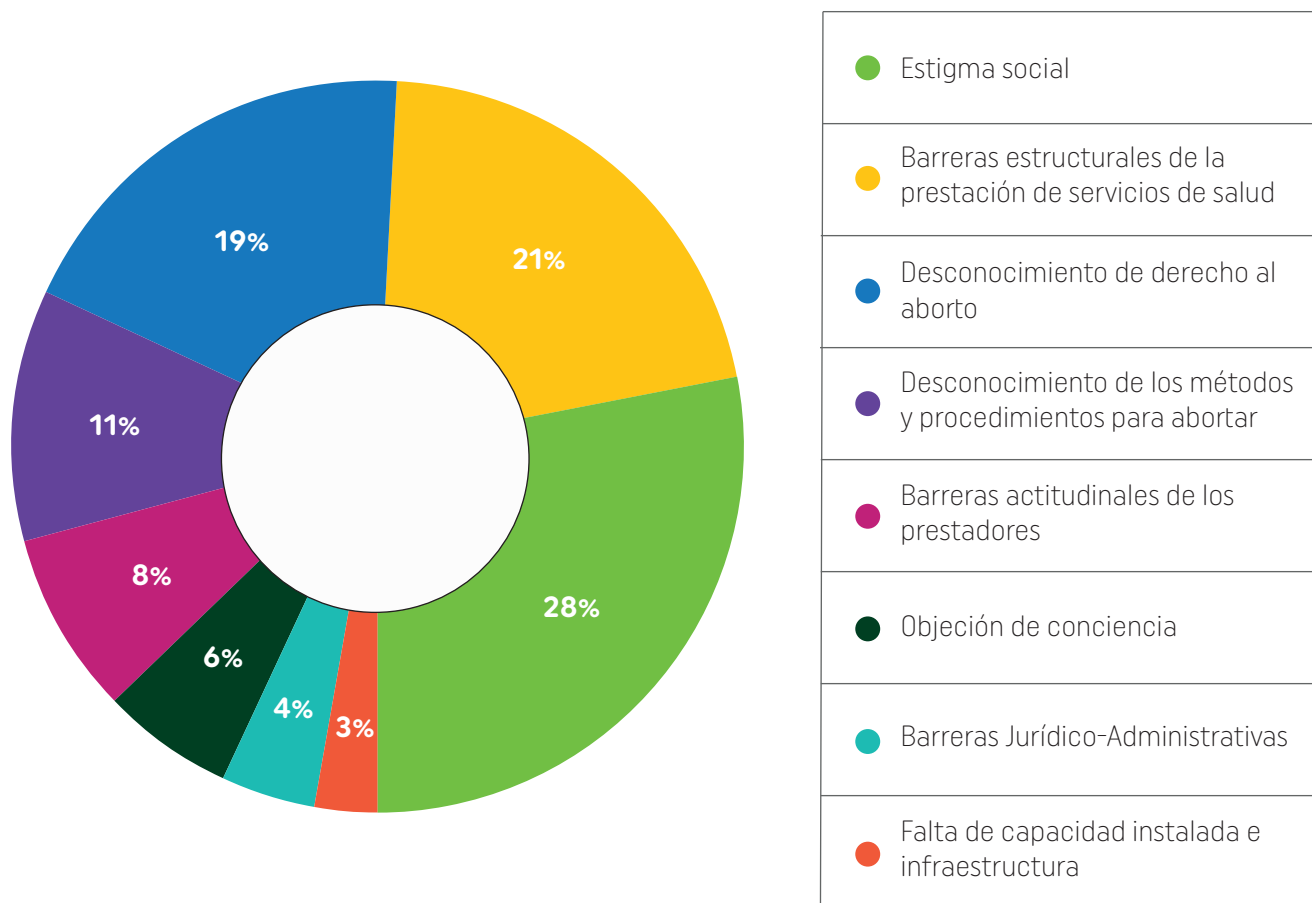
"¿Qué otras barreras creen que se presenten para acceder a una IVE acá en Inírida?"

La primera es que lo consideran como un tabú, que es algo que no se puede hablar, que eso no es de Dios, que uno va a ir al infierno, como dicen. Que eso, pues qué, si ya está en proceso de formación pues que nazca; pero igual las barreras que ocurren muchas cosas que no, como digo [...] que se concibe como un tabú, o sea algo que está prohibido, que eso no se debe hacer, que entonces está mal. Más que todo la cultura y la religión".

Tanto los prestadores de servicios de salud como las gestoras del proyecto perciben que entre la población indígena una de las posturas más fuertes en contra del aborto tiene que ver con sus efectos en la reducción del tamaño de comunidades que se sienten amenazadas por desaparecer. Según su narrativa, en estos contextos a menudo la forma de resistir a la desaparición ha sido bajo ideales reproductivos que implican tener más de dos hijos. Por lo cual el aborto es pensado como un obstáculo para este fin. Es necesario considerar con precaución este imaginario ya que puede ser solo una de las posturas al interior del movimiento indígena.

<sup>1</sup> Cabe aclarar que no existen etnografías producto de largos periodos de trabajo de campo que den cuenta de las narrativas y representaciones alrededor del aborto entre los pueblos indígenas amazónicos y menos en los dos departamentos estudiados. Este es un amplio campo de conocimiento por desarrollar en la antropología y sociología contemporáneas.

**Gráfica 2.** Densidad de la codificación relacionada con barreras en el acceso a los servicios de aborto seguro



Fuente: elaboración propia con base en la codificación axial de los grupos focales con prestadores de servicios de salud y las entrevistas con las gestoras del proyecto.

Las barreras generadas por el estigma social se profundizan con los limitantes estructurales de la prestación de servicios de salud. Los cuales fueron nombrados como barreras geográficas que dificultan el acceso de las personas a los lugares en los que se brinda la atención en salud, problemas de aseguramiento en una población mayoritariamente indígena, así como entre la población migrante de origen venezolano que se ha asentado en Inírida y la profunda necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos entre estas poblaciones como resultado de su desconocimiento y de las dificultades de acceso a los mismos.

---

Entre las demás barreras que se mencionaron, se identificó un importante desconocimiento del derecho al aborto entre la población en general, de los métodos anticonceptivos y los procedimientos para realizar la interrupción voluntaria del embarazo de forma segura. Todo ello puede ser indicativo de una falta de demanda de estos servicios, así como del uso de alternativas de anticoncepción y aborto que ponen en riesgo la vida de las mujeres.

Adicionalmente, se identificaron, aunque en menor proporción, barreras relacionadas con la prestación de los servicios a causa de actitudes negativas por parte de los profesionales a cargo, el uso de la objeción de conciencia para impedir o dilatar el proceso, barreras jurídico-administrativas y falta de capacidad instalada. En general, la perspectiva de los prestadores de servicios de salud era que los servicios estaban disponibles y lo que estaba impidiendo el acceso a abortos seguros eran las dificultades de la población para llegar hasta los servicios y las nociones negativas alrededor del procedimiento y de las personas que lo requieren. Así lo define uno de los participantes del grupo focal con prestadores de servicios en Mitú:

“Pues yo pienso que en sí en la sociedad sigue siendo un tema muy estigmatizado. Culturalmente la gente lo ve como algo malo, no como un derecho que tienen las mujeres. A veces en el mismo personal vemos que ellos no están de acuerdo. Sin embargo, no caen en cuenta de que ellos no pueden ser una barrera”.

En este sentido, las historias de vida que se presentan a lo largo de este informe también permitieron identificar barreras de acceso experimentadas por las mujeres que han requerido un servicio de aborto en los territorios. En ellas se encontró que una de las preocupaciones de las usuarias es la falta de confidencialidad de los servicios, la desinformación y el desconocimiento por parte de los prestadores de servicios de salud respecto a la realización del procedimiento. A su vez, numerosas barreras actitudinales que se traducen en la negación de los servicios, la repetición constante de preguntas a la usuaria respecto a su decisión, la falta de asesoría y acompañamiento médico y la desinformación sobre este derecho de las mujeres.

---

## 3.2 Acciones orientadas a los prestadores de servicios de salud para la garantía del derecho al aborto

En el marco del proyecto OPTions se realizaron diferentes acciones que buscaron fortalecer las capacidades de los prestadores de salud y de las instituciones competentes para la prestación de los servicios de aborto seguro. Entre las actividades con estos actores, se desarrollaron procesos de formación a través de módulos virtuales en la plataforma Educa de Profamilia y talleres sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, la sentencia C-355 de 2006 y el protocolo de atención de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) farmacológico. También, talleres sobre la implementación de métodos de larga duración, específicamente entrenamiento teórico y práctico en inserción y retiro del Jadelle certificado por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Bayer y Profamilia.

Con el fin de conocer mejor los resultados de estos procesos, se realizaron grupos focales con los prestadores en diferentes momentos de la implementación y una encuesta a las personas que recibieron el proceso formativo. A continuación, se presenta el análisis de esta información poniendo énfasis en las reflexiones del personal prestador de servicios de salud respecto a las actividades del proyecto

### 3.2.1 Percepciones del personal prestador de servicios de salud respecto a las actividades del proyecto OPTions

Durante los diferentes momentos de la implementación de las actividades orientadas a los prestadores de servicios se pudieron identificar los avances que generaban en la garantía del aborto seguro y las dificultades que enfrentaban. Es importante señalar que entre los prestadores de servicios de Inírida y Mitú hubo diferentes puntos de partida. Mientras que en el primer municipio se encontró más resistencia para hablar del aborto seguro como un derecho de las mujeres y menos avances en el ajuste de las rutas para la prestación del servicio, en Mitú se encontraron mayores niveles de entrenamiento del personal y una experiencia previa de un proyecto realizado por otra organización que también había contribuido a los avances en la garantía del derecho al aborto.

A pesar de estas diferencias, durante los primeros grupos focales en ambos municipios se evidenció que el conocimiento sobre el derecho al aborto y sus causales era parcial, que no había suficiente claridad sobre los argumentos que lo sustentaban como un derecho y existían confusiones respecto a su despenalización. Sin embargo, es de destacar que en ambos municipios hubo apertura respecto a la necesidad de fortalecer y desarrollar las

---

capacidades para prevenir los abortos inseguros y prestar servicios oportunos y de calidad, como lo dejó ver una intervención de una prestadora de servicios de salud del grupo focal en Inírida:

"Yo considero que actualmente todos los profesionales de la salud, de cierta manera, deben estar capacitados o dispuestos. También, por decirlo de algún modo, de participar porque pueda que uno no esté directamente en el proceso de interrupción voluntaria del embarazo como tal, pero sí desde el momento en que ingresa una usuaria en una situación uno debe estar en la condición o debe tener la capacidad de poder brindar asesoría a esa usuaria".

Esta postura se fue consolidando a medida que avanzó el proceso formativo y se evidenció de diferentes maneras. En primer lugar, en los grupos focales, que se realizaron en la mitad y hacia el final del proyecto, había mayor claridad respecto a las causales que están despenalizadas bajo la sentencia C-355 de 2006. En segundo lugar, se identificó un mayor compromiso con el papel que tienen los prestadores desde sus diferentes roles respecto al buen funcionamiento de las rutas y la prestación de los servicios de aborto seguro.

A su vez, esto dio cuenta de mayores niveles de sensibilización del personal frente a las necesidades, identidades y circunstancias de las mujeres que en algún momento de su vida requieren de un aborto. También, se evidenció una conciencia profunda de los efectos de la negación de estos servicios y de los abortos inseguros sobre los indicadores de mortalidad materna de los municipios. Esto dijo un prestador de salud del grupo focal en Mitú:

"Bueno, a nivel personal y profesional ¿cuál fue el principal aprendizaje que les dejó el proyecto?"

A nivel personal yo creo que la empatía, colocarse o ponerse en los zapatos de otra persona, porque a veces los miramos como desde otro punto de vista porque de pronto para nosotros es fácil, pero para esa persona que está viviendo el proceso ya sea de salud, mental, otros, es bastante complejo y difícil".



---

La gráfica 3 muestra las palabras más mencionadas durante los grupos focales respecto al proceso de fortalecimiento de la red de prestadores para la garantía del derecho al aborto seguro. Es de destacar que en ella se evidencia cómo las personas están en el centro de las preocupaciones de los prestadores que participaron y el énfasis en otros conceptos necesarios como los derechos, la salud y la necesidad de tener conocimientos sobre la prestación del servicio.

A pesar de las dificultades que se siguen evidenciando en la prestación de los servicios de aborto en ambos municipios, los y las participantes del proceso formativo destacaron la importancia de seguir trabajando a nivel comunitario e institucional para eliminar el estigma asociado a este derecho.

### 3.2.2 Análisis de los resultados del proceso formativo

Para evaluar los conocimientos y percepciones de los profesionales y actores clave que participaron en los procesos de formación a través de módulos virtuales en la plataforma Educa de Profamilia y de los talleres y asistencias técnicas, se solicitó a los participantes que respondieran un cuestionario de encuesta. Para establecer el grado de recordación sobre los temas tratados, se esperaba poder aplicar un cuestionario (pos-test) al final de los procesos formativos. No obstante, debido a la emergencia sanitaria por covid-19, el gobierno nacional implementó varias acciones para mitigar la propagación del virus, restricciones de contacto físico entre personas y de movilidad y en el sistema de salud se priorizó la respuesta a la emergencia.

En conjunto, estas medidas representaron barreras para el desarrollo de esta actividad de evaluación. Adicionalmente, en Inírida y Mitú se identificaron otras situaciones que dificultaron la participación de los prestadores de servicios en el proyecto como la alta rotación del personal médico, el poco talento humano en salud en estos territorios, los constantes aislamientos por contagio de covid-19 y la baja conectividad a internet.

Como resultado de esto, en total 61 profesionales de la salud, 22 de Inírida y 39 de Mitú, diligenciaron los pre-test, pero no fue posible recoger información para el pos-test.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el pre-test. Esta evaluación comprende la caracterización de los participantes, y los niveles de conocimiento y percepción sobre las temáticas desarrolladas.

## Características de los profesionales participantes

De acuerdo con los resultados, en mayor volumen participaron profesionales de la salud menores de 35 años, mujeres y personas con estudios universitarios. Según su formación hubo similar participación de personal asistencial médico, de apoyo psicosocial, enfermeras y médicos. En contraste, hubo menor participación de personas de las áreas administrativas y operativas (tabla 4).

**Tabla 4.** Distribución de participantes según características seleccionadas

Características	Total
<b>Municipio</b>	
Inírida	22
Mitú	39
<b>Grupos de edad</b>	
24-34	44
35-57	17
<b>Sexo</b>	
Hombre	14
Mujer	47
<b>Pertenencia étnica</b>	
Indígena	4
Negro (a)/ palenquero(a) / raizal	1
Ninguna de las anteriores	56
<b>Nivel educativo</b>	
Universitario	46
Posgrado	15
<b>Estado civil</b>	
Soltero (a)	28
Casado (a)/Unión libre	29
Separado (a)	4
<b>Profesión</b>	
Personal asistencial médico	16
Personal de apoyo psicosocial	13
Enfermero (a)	12
Médico (a)	12
Otra	8
<b>Total</b>	<b>61</b>

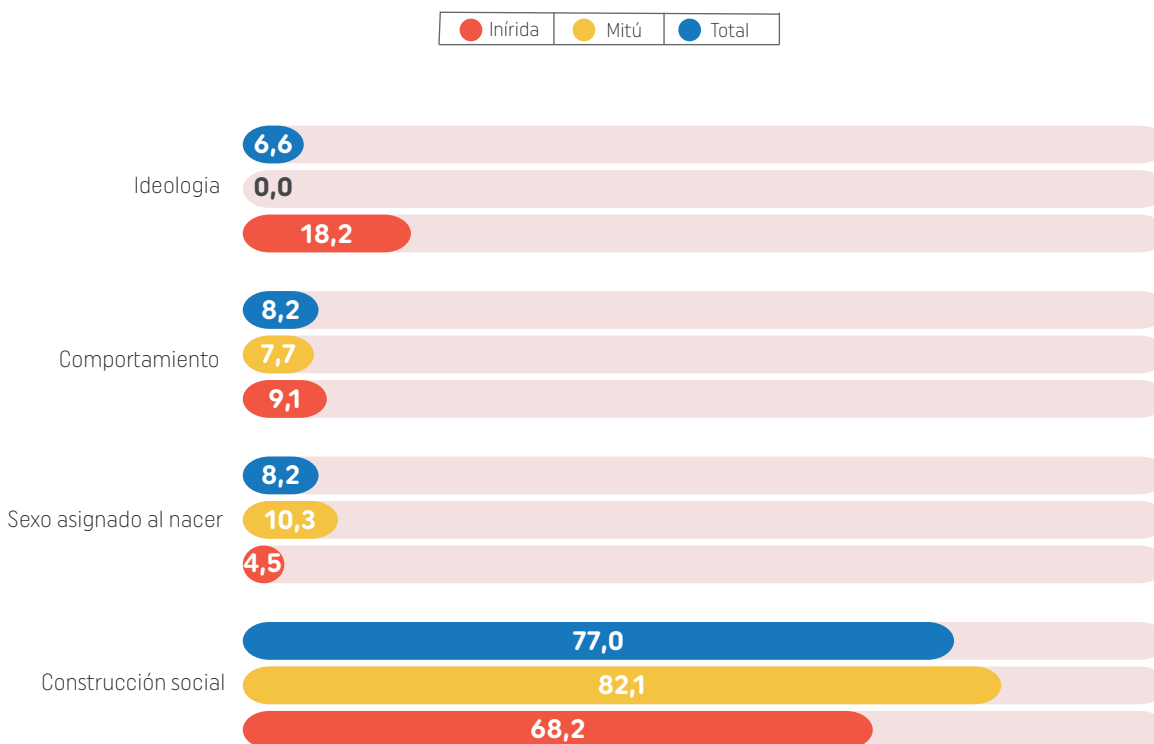
Fuente: elaboración propia con base en las encuestas aplicadas en Mitú e Inírida.

## Percepción sobre el género

Comprender el impacto del género en las oportunidades, roles e interacciones sociales de las personas permite identificar y cuestionar la discriminación, desigualdad y exclusión, particularmente de las mujeres, así como orientar las acciones que deben emprenderse para crear condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género (20). Para establecer el conocimiento sobre género se pidió a los y las participantes que seleccionaran alguna de las opciones propuestas para definir género (gráfica 4).

El 77 % marcó que es una construcción o expectativa social que se genera a partir del sexo asignado al nacer y que puede modificarse. Esta mención fue mayor en Mitú (82 %). El 10 % considera que género es lo mismo que el sexo asignado al nacer y es natural y físico; mientras el 8 % cree que son los comportamientos que debe tener una mujer o un hombre según su sexo. A su vez, el 6,6 % marcó que género es una ideología usada por algunas minorías como la LGTBI. Se destaca que en Inírida este porcentaje llega al 18 %.

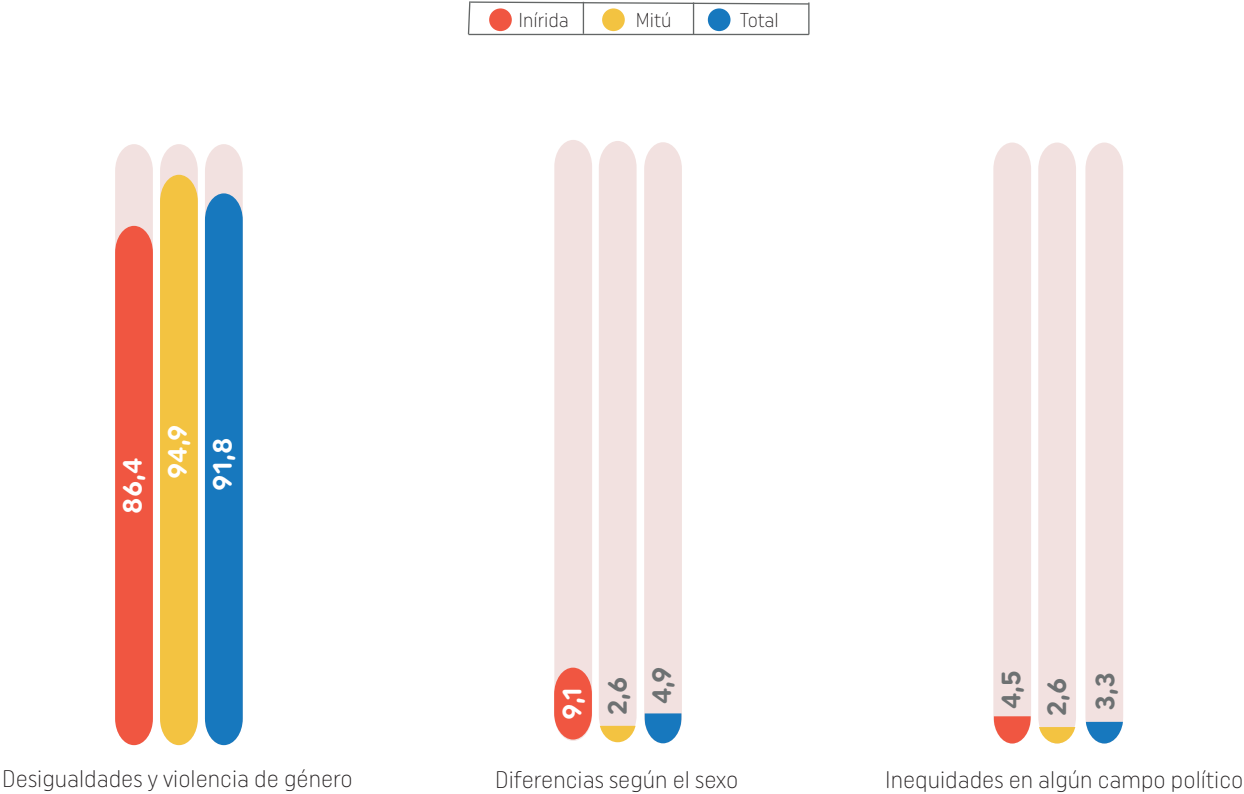
### Gráfica 4. Definición de género



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas aplicadas en Mitú e Inírida.

También, se solicitó a los participantes que indicaran a qué han llevado las diferencias sociales que se han construido históricamente entre hombres y mujeres (gráfica 5). El 91,8 % resaltó como consecuencia las desigualdades y violencia de género. Esto obtuvo un menor porcentaje en Inírida (86,4 %). El 4,9 % marcó las diferencias según el sexo, en mayor porcentaje Inírida (9,1 %). Menos del 5 % consideró que las diferencias sociales que se han construido entre hombres y mujeres han llevado a las inequidades en algún campo político, siendo menor esta mención en Mitú (2,6 %).

### Gráfica 5. Impacto de las diferencias sociales que se han construido entre hombres y mujeres



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas aplicadas en Mitú e Inírida.

---

## Conocimiento de causales que despenalizan el aborto en Colombia

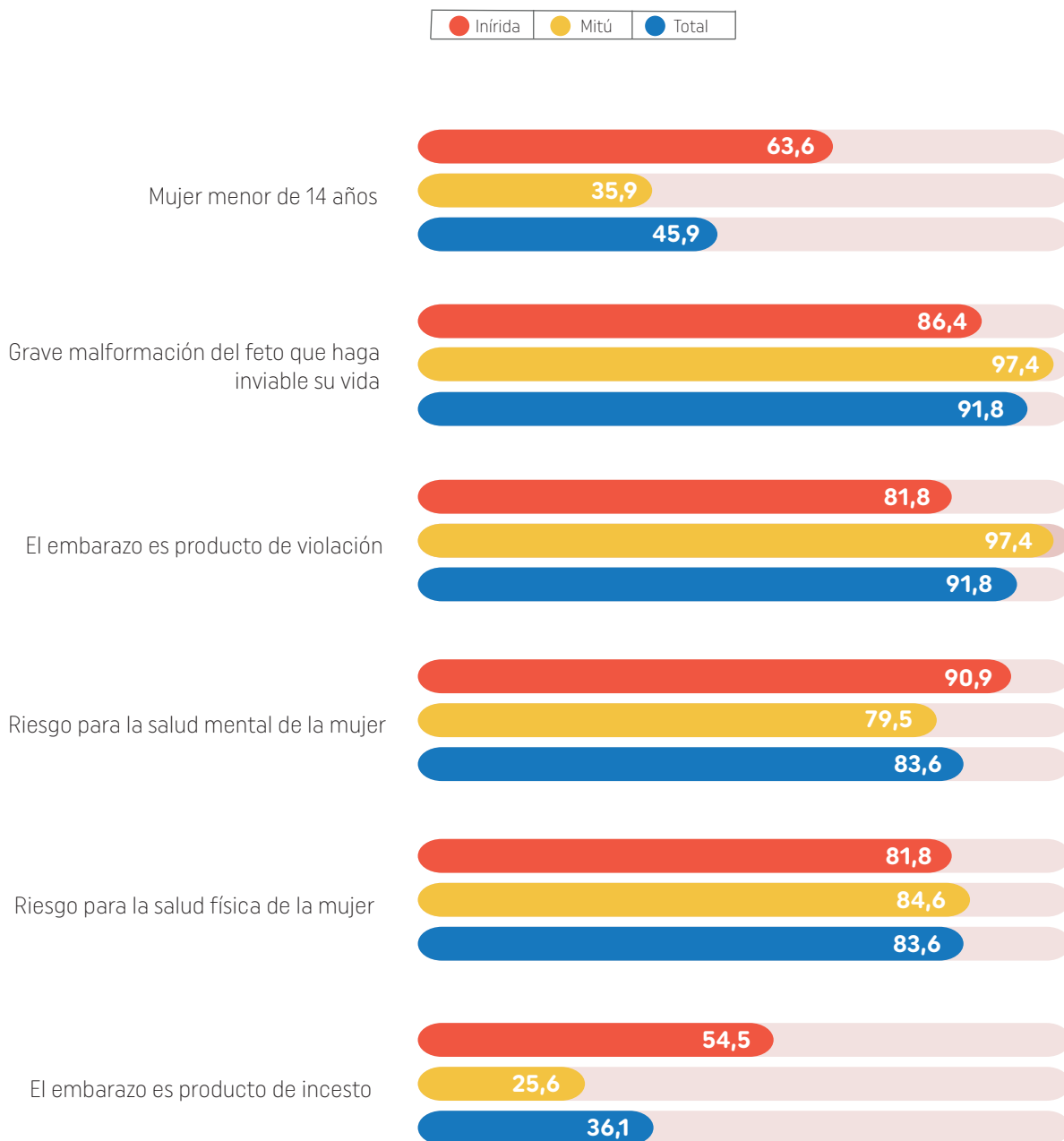
Se preguntó a las personas participantes bajo qué causales una mujer puede acceder al aborto en Colombia (gráfica 6). El 93 % mencionó que cuando hay una grave malformación del feto que haga inviable su vida.

Para establecer el nivel de comprensión de la causal salud se preguntó sobre la afectación a la salud física y mental y se encontró que en igual porcentaje (83,6 %) reconocen que el aborto es legal en Colombia cuando hay riesgo para la salud mental y para la salud física de la mujer. La salud mental es reconocida en mayor porcentaje en Inírida (90,9 %).

A su vez, el 91,8 % mencionó que es posible acceder cuando el embarazo es producto de violación, teniendo un mayor porcentaje en Mitú (97,4 %). Este alto rango no representa un adecuado nivel de conocimiento de la tercera causal ya que solo el 45,9 % sabe que el aborto está despenalizado cuando la mujer es menor de 14 años (a esta edad se presume que el embarazo fue producto de una violación). Este conocimiento es mayor en Inírida (63,6 %). Junto a ello, el 36,1 % sabe que el aborto está despenalizado en casos de incesto, siendo mayor esta mención en Inírida (54,5 %).

El aborto en Colombia solo está despenalizado en algunas situaciones, por lo que las menciones en cualquier caso o en ningún caso reflejan desconocimiento sobre el estatus de su despenalización. En esta ocasión, estas menciones llegaron al 23 % en Inírida y al 21 % en Mitú.

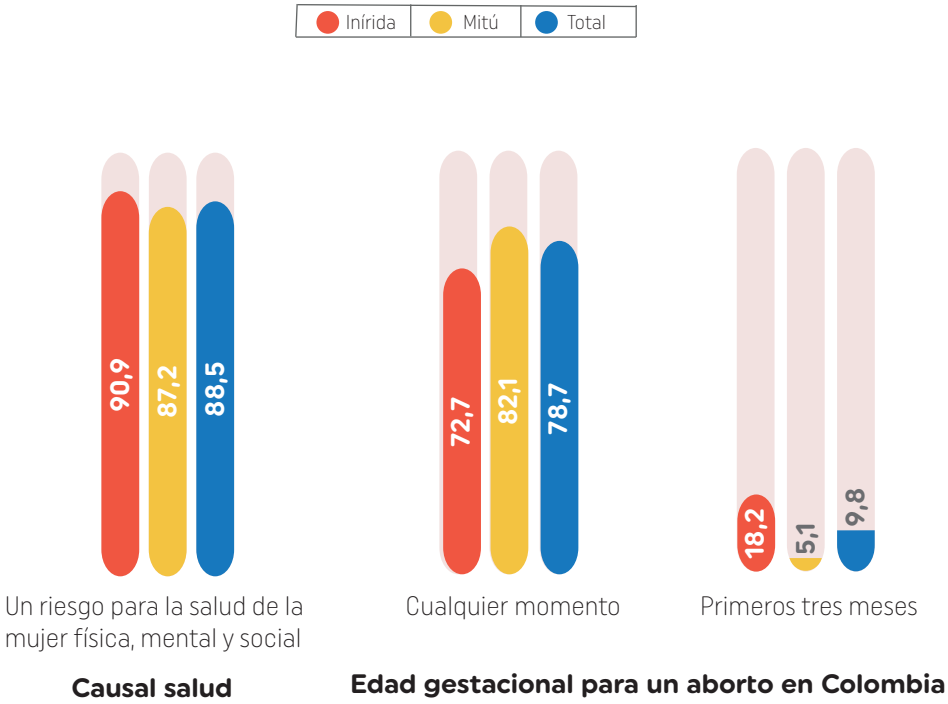
## Gráfica 6. Despenalización del aborto por causales



Fuente: elaboración propia con base en las encuestas aplicadas en Mitú e Inírida.

También se indagó sobre el conocimiento de la edad gestacional para un aborto en Colombia y, en este sentido, el 78,7 % respondió que la norma deja abierta la posibilidad de que se pueda interrumpir el embarazo en cualquier momento, en menor porcentaje en Inírida (72,7 %). El 9,8 % considera que se restringe a los tres primeros meses, en mayor porcentaje en Inírida (18,2 %). Con relación a la causal salud, el 88,5 % de los profesionales cree que dicha justificación engloba los riesgos para la salud tanto física como mental y social de la mujer, el 3 % marcó que solo tiene en cuenta la salud física, el 3 % opina que la causal salud cubre la salud mental y un 4,9 % sostiene que no existe una causa de salud para acceder a la interrupción del embarazo (gráfico 7).

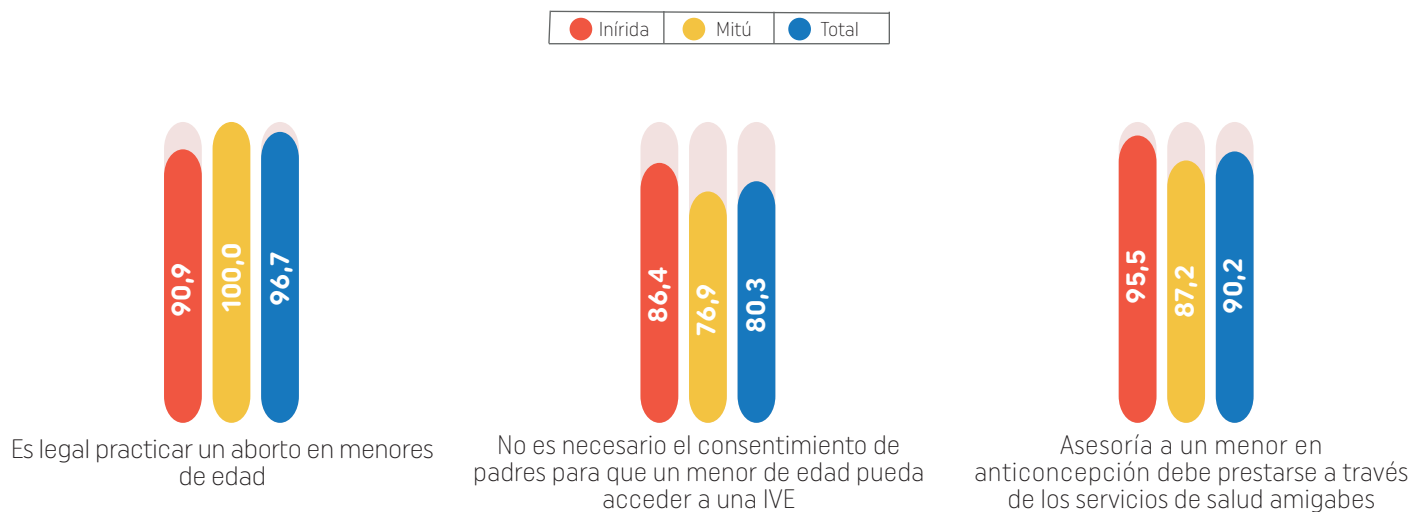
### Gráfica 7. Conocimiento sobre la despenalización del aborto en Colombia



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas en Mitú e Inírida

El 96,7 % de los profesionales de la salud participantes considera que es legal practicar un aborto a una menor de edad, siendo menor la mención en Inírida (90,9 %). El 80,3 % registró que no es necesario el consentimiento de los padres para que un menor de edad pueda acceder a una IVE, esta mención es mayor en Inírida (86,4 %). Por otra parte, el 90 % reporta que la asesoría en anticoncepción a un menor de edad debe prestarse a través de servicios de salud amigables (gráfica 8).

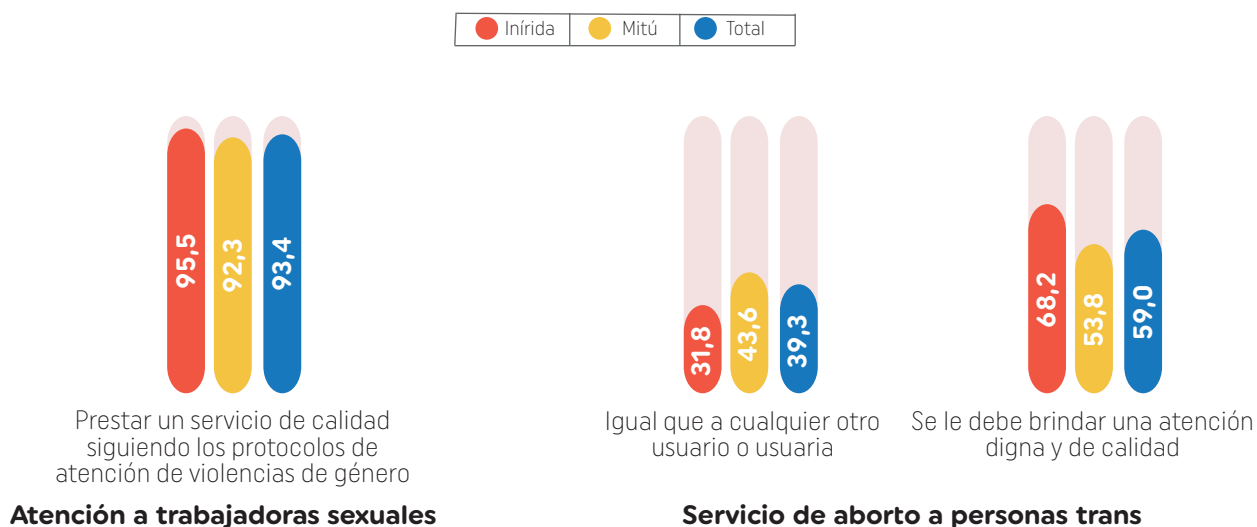
## Gráfica 8. Despenalización y atención del aborto en menores de edad en Colombia



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas en Mitú e Inírida

Como se puede apreciar en la gráfica 9, se encontraron bajos niveles de reconocimiento del derecho al aborto de personas con orientación e identidad de género diversas: el 59 % considera que se les debe prestar una atención digna y de calidad de acuerdo con sus necesidades y circunstancias, en mayor porcentaje (68,2 %) en Inírida. A su vez, el 39,3 % opina que se deben tratar igual que a cualquier otro usuario o usuaria, este porcentaje llega al 43,6 % en Mitú. Es mayor (93,4 %) el reconocimiento de la atención a las trabajadoras sexuales víctimas de violencia sexual.

## Gráfica 9. Derecho al aborto



**Atención a trabajadoras sexuales**

**Servicio de aborto a personas trans**

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas en Mitú e Inírida

Se pidió a las y los profesionales de la salud y actores clave que expresaran su acuerdo o desacuerdo con afirmaciones relacionadas con la asesoría (tabla 5). En términos generales se encontraron niveles favorables de reconocimiento de los elementos clave del acompañamiento sensible. El 80 % afirma que se debe apoyar en una IVE aun cuando no se esté de acuerdo con la decisión, el 90 % está en desacuerdo con que los prestadores convencen a las mujeres de que no interrumpan sus embarazos y el 91,7 % está a favor de dar información sobre aborto a un menor de edad. No obstante, destaca el alto porcentaje (33,3 %) que considera que si una menor solicita una IVE se debe comunicar a los padres.

**Tabla 5. Percepción sobre aspectos clave del acompañamiento sensible al aborto**

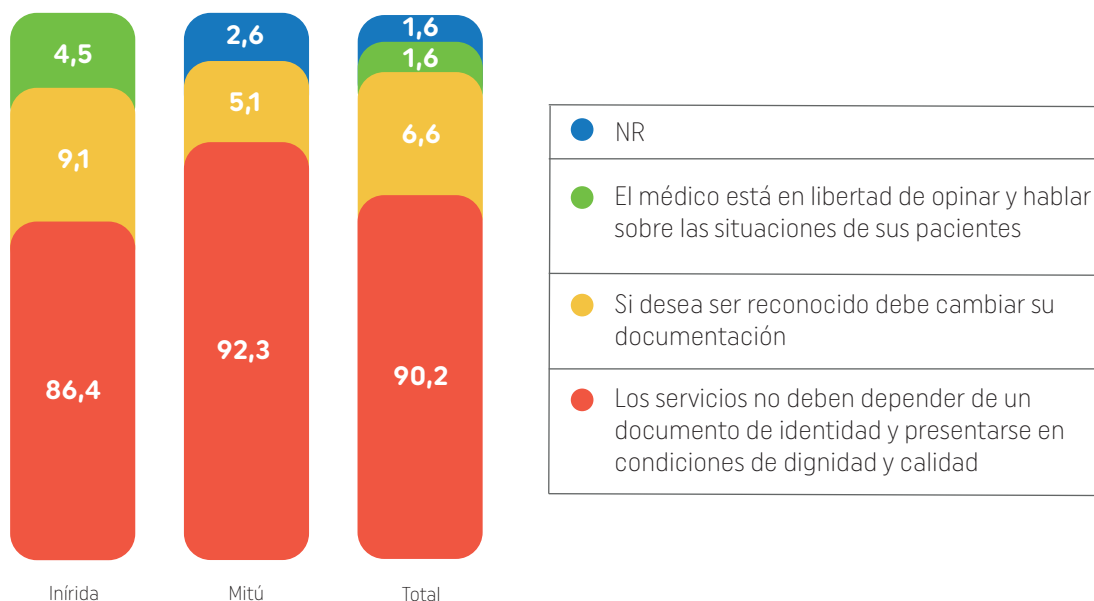
	Inírida		Mitú		Total	
	En acuerdo	En desacuerdo	En acuerdo	En desacuerdo	En acuerdo	En desacuerdo
Apoyo en una IVE aun cuando no se esté de acuerdo con la decisión	86,4	13,6	76,3	23,7	80,0	20,0
Los prestadores deben convencer a las mujeres para que no interrumpan el embarazo	4,5	95,5	13,2	86,8	10,0	90,0
Información sobre aborto a un menor de edad	90,9	9,1	92,1	7,9	91,7	8,3
Comunicación a los padres en caso de una menor que solicita una IVE	27,3	72,7	36,8	63,2	33,3	66,7

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas en Mitú e Inírida

## Actitudes frente al género, la violencia y el aborto

Las personas reaccionaron frente a la situación de un hombre trans que busca información sobre anticoncepción y encuentra un médico que se ríe al ver que el documento de identidad tiene el nombre de una mujer y comenta la situación con otras personas del servicio (gráfica 10). El 90,2 % considera que los servicios no deben depender de un documento de identidad y deben prestarse en condiciones de dignidad y calidad. No obstante, menor conocimiento de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las personas trans se refleja en el 6,6 % que considera que si el hombre trans desea ser reconocido como tal debe cambiar su documento de identidad y en el 1,6 % que cree que el médico está en libertad de opinar y hablar sobre las situaciones de sus pacientes. Destaca que estos porcentajes de desconocimiento son mayores en Inírida (9,1 % y 4,5 % respectivamente).

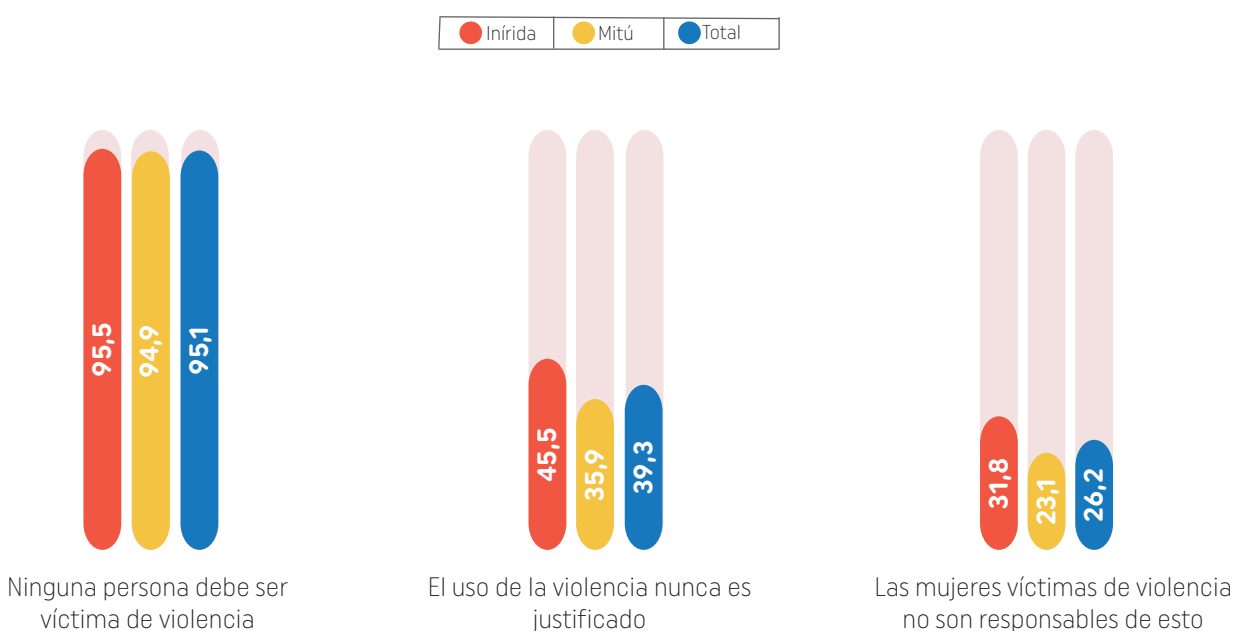
**Gráfica 10.** Actitud frente a la atención a personas trans



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas en Mitú e Inírida

Se solicitó a las personas participantes que marcaran, entre un conjunto de afirmaciones, las opciones que consideran si una mujer llega a reportar una situación de violencia doméstica. La gráfica 11 muestra el porcentaje de participantes que seleccionó cada opción y se puede apreciar que: el 95,1 % considera que ninguna persona debe ser víctima de violencia, el 39,3 % marcó que el uso de la violencia nunca es justificado, en mayor porcentaje en Inírida (45,5 %), y el 26,2 % que las víctimas de violencia no son responsables de esto. En porcentajes que no superan el 2 % respondieron "algo tuvo que haber hecho para buscarse esa situación" (1,6 %) y "la pareja debería enterarse de que la mujer está buscando asistencia de salud" (1,6 %).

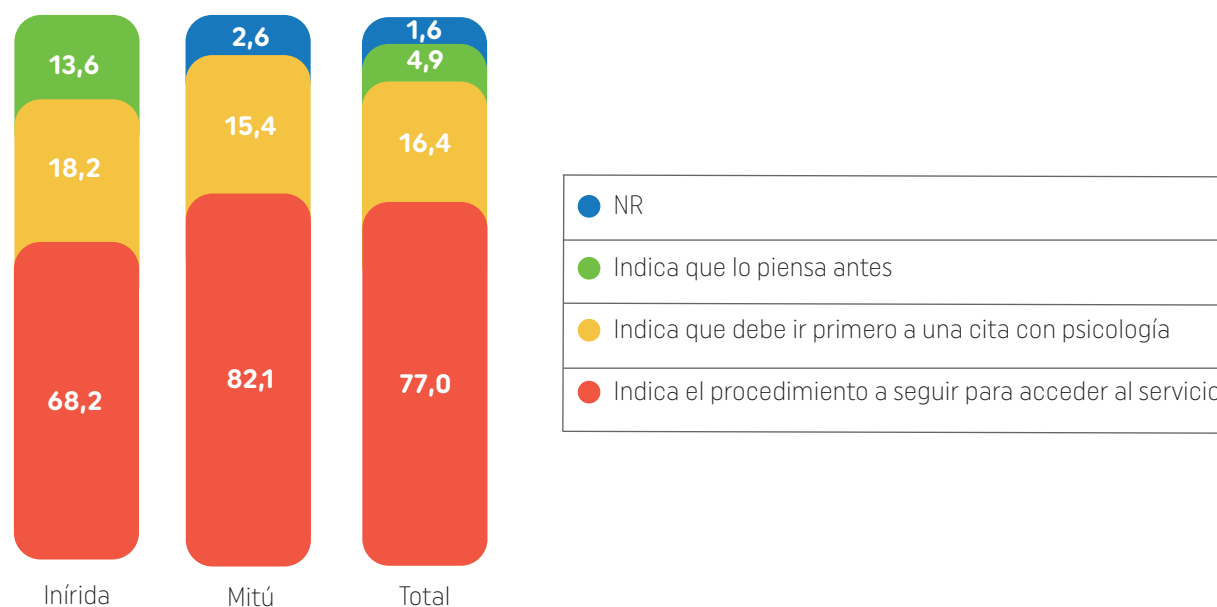
## Gráfica 11. Actitud frente a la violencia contra las mujeres y el reporte



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas en Mitú e Inírida

De igual manera, se preguntó sobre la orientación que darían a un hombre joven y sin hijos que acude al servicio de salud buscando una vasectomía (gráfica 12). El 77 % indicaría el procedimiento a seguir para acceder sin ningún obstáculo, en menor porcentaje en Inírida (68,2 %). A su vez, el 16,4 % le indicaría que debe ir primero a una cita con psicología antes de recibir la orientación para acceder a la vasectomía y el 4,9 % le indicaría que debe pensarlo bien debido a que aún no ha tenido hijos y se puede arrepentir. En los dos últimos casos este porcentaje es mayor en Inírida (18,2 % y 13,6 % respectivamente).

## Gráfica 12. Actitud frente a la vasectomía en jóvenes



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas en Mitú e Inírida

Junto a ello, los participantes pudieron expresar su acuerdo o desacuerdo con afirmaciones referentes a imaginarios sobre el aborto (tabla 6). El 30 % considera que el aborto es una salida fácil de un embarazo no deseado, en mayor porcentaje en Inírida (36,4 %). El 6,7 % cree que una mujer que aborta probablemente tiene relaciones sexuales con muchos hombres, en Inírida este estándar llega al 13,6 %. El 16,7 % considera que las mujeres que abortan no tienen motivos justificados para hacerlo, en mayor porcentaje en Inírida (27,3 %).

El 11,7 % afirma que el aborto no es un derecho de todas las mujeres, en mayor porcentaje en Inírida (18,2 %). El 6,7% reporta que los médicos que realizan servicios de aborto son personas incorrectas, en Inírida llega al 13,6 %. Finalmente, el 21,7 % considera que los funcionarios que participan en el servicio de aborto no son personas que promuevan los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, este porcentaje es mayor en Inírida (31,8 %).

**Tabla 6. Actitudes frente al aborto y a los prestadores del servicio**

	Inírida		Mitú		Total	
	En acuerdo	En desacuerdo	En acuerdo	En desacuerdo	En acuerdo	En desacuerdo
El aborto es una salida fácil de un embarazo no deseado	36,4	63,6	26,3	73,7	30,0	70,0
Una mujer que aborta probablemente tiene relaciones sexuales con muchos hombres	13,6	86,4	2,6	97,4	6,7	93,3
Las mujeres que abortan tienen motivos justificados para hacerlo	72,7	27,3	89,5	10,5	83,3	16,7
El aborto es un derecho de todas las mujeres	81,8	18,2	92,1	7,9	88,3	11,7
Los médicos que realizan servicios de aborto son personas incorrectas	13,6	86,4	2,6	97,4	6,7	93,3
Los funcionarios que participan en el servicio aborto son personas que promueven los derechos sexuales y reproductivos	68,2	31,8	84,2	15,8	78,3	21,7

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas en Mitú e Inírida

En síntesis, los resultados de la encuesta indican que los y las profesionales de la salud y actores clave no tienen un conocimiento comprensivo de las causales de despenalización del aborto. Además, hay bajos niveles de identificación en las causales asociadas a formas específicas de violencia sexual como el incesto y los embarazos de menores de 14 años de edad. También indican que no hay una completa comprensión sobre los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las personas con diversidad y orientación sexual diversa, de las y los adolescentes y de las personas jóvenes. Revelan que aún prevalecen estereotipos e imaginarios que pueden llevar a estigmatizar a las personas usuarias y a los prestadores del servicio de aborto.

---

### 3.3 Hacia la transformación de los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el aborto seguro en niñas y mujeres

"¿Cuál creen que es la mayor barrera de acceso al aborto en el territorio ahorita? Desconocimiento, al no conocer ese derecho que tenemos como mujeres".  
Participante del grupo focal con mujeres en Mitú

Desde el inicio del proyecto se identificaron numerosas dificultades que enfrentan las mujeres para acceder al aborto seguro en los municipios de Inírida y Mitú. En los grupos focales con mujeres de la comunidad se preguntó directamente por las barreras, aunque en la mayoría de los casos no se mencionaron limitantes específicos sino dificultades relacionadas con el desconocimiento de este derecho.

Este apartado presenta las percepciones de las mujeres en Inírida y Mitú respecto al derecho al aborto, y, posteriormente, los resultados de las acciones adelantadas por el proyecto para transformar estas percepciones y gestionar conocimiento a nivel comunitario en todo lo relacionado con el acceso a la IVE. Para ello, se utilizaron los resultados de los grupos focales con las mujeres de la comunidad y los pre-test y pos-test aplicados a quienes participaron en los talleres realizados en el marco de las brigadas móviles del proyecto.

#### 3.3.1 Grado de conocimiento del derecho al aborto entre las mujeres indígenas

Los grupos focales con mujeres de la comunidad contaron con la participación de personas de diferentes grupos indígenas: juripanas, purinamas, puinaves, sikuanis, sipakes, kures, wamas, sipanes, kubeas, desanas, yuriparis, yuyucas y siranas. Con ellos se discutieron diferentes temas relacionados a la organización social y política de las comunidades en las que viven, las prácticas vinculadas con la sexualidad, la menstruación y la anticoncepción y, finalmente, el aborto.

En general, llamó la atención que solo dos participantes pudieron reconocer que el aborto es un derecho de las mujeres y señalaron haber conocido sobre este a través del noticiero en un caso y de una capacitación en derechos realizada por la Defensoría del Pueblo en el otro.

Adicionalmente, se evidenció un fuerte desacuerdo respecto al aborto como un derecho, así como el estigma social alrededor de las mujeres que abortan e inclusive de las que no quieren tener hijos.

En la mayoría de los casos, las dificultades que se identificaron para acceder al aborto estuvieron relacionadas con el desconocimiento. Esto dio lugar a imaginarios negativos sobre las mujeres que deciden realizarse un aborto, al punto de nombrarlo una práctica ilegal, y a suposiciones sobre los procedimientos para abortar o su falta de disponibilidad en el municipio. La gráfica 13 muestra la densidad de la codificación sobre estos temas por municipio.

### Gráfica 13. Densidad de la codificación relacionada con el desconocimiento del derecho al aborto



Fuente: elaboración propia con base en la codificación axial de los grupos focales con mujeres de Mitú e Inírida

Mientras que en Mitú el tema más mencionado fue la no disponibilidad del servicio y la imposibilidad de las mujeres para acceder a este, en Inírida se destacó el desconocimiento sobre el derecho al aborto. Adicionalmente, en ambos casos se percibió que, entre las personas participantes, el aborto es un tema que está ligado a la violencia sexual a la que están expuestas las niñas y las mujeres indígenas y que genera preocupación.

Tanto en Inírida como en Mitú, el conocimiento que se tenía del aborto era parcial y fragmentado y no había claridad sobre las causales y su aplicabilidad. Sin embargo, en Mitú había un poco más de reconocimiento de la posibilidad de las mujeres de decidir sobre sus cuerpos. Este desconocimiento estuvo acompañado de tensiones culturales relacionadas con nociones sobre la vida y los derechos del feto.

---

Por otra parte, se reconocieron dificultades en el acceso a los servicios de aborto. Aunque la mayoría de las participantes no identificaron los lugares en que las mujeres podían recibir atención segura para realizarse el procedimiento, en muchos casos se reportaron aspectos que también afectan la posibilidad de acceder al servicio. Por ejemplo, el histórico olvido institucional que han enfrentado las poblaciones indígenas de estos municipios, la falta de conocimientos respecto a los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y de alternativas para usar métodos anticonceptivos modernos.

Frente a esto, las mismas participantes señalaron cuáles cambios culturales y generacionales habían tenido lugar y habían permitido que las mujeres más jóvenes pudieran recurrir a métodos modernos. Sin embargo, estas transformaciones aún no permitían tener conversaciones más abiertas sobre la prevención de los embarazos no deseados y el derecho al aborto.

Finalmente, cuando se preguntó puntualmente a las participantes si en el municipio se debía trabajar para que las mujeres pudieran abortar de manera segura, las personas se mostraron abiertas a esta posibilidad, a pesar de su desacuerdo con el aborto. Esto dijo una de las participantes en Inírida:

"- ¿Cree que hay que trabajar para que las mujeres puedan interrumpir voluntariamente su embarazo de manera segura en este municipio?

-Yo creería que sí.

- ¿Por qué?

-Claro porque miremos el caso que acaban de compartirnos [...] entonces en una experiencia de mucho abuso, de pronto, [...] y si ella quiere y hay por ejemplo una alternativa legal, por derecho, yo la acompaño, yo me solidarizo con ella [...]"

En este contexto, las acciones del proyecto buscaron generar nuevos conocimientos entre las mujeres respecto a sus Derechos Sexuales y Reproductivos, el uso de métodos anticonceptivos modernos y el derecho al aborto.

---

### 3.3.2. Acciones orientadas a las mujeres de la comunidad para la garantía del derecho al aborto

Como se mencionó anteriormente, para identificar el conocimiento, actitudes y prácticas de los prestadores de servicios y las mujeres acompañadas por el proyecto en Inírida y Mitú sobre los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y el derecho al aborto se solicitó a los participantes que respondieran un cuestionario (pre-test); y para establecer el grado de recordación sobre los temas tratados durante los talleres de formación, al final de cada sesión, se aplicó un cuestionario (pos-test).

En total 36 participantes, 14 de Inírida y 22 de Mitú, contestaron las encuestas pre-test y pos-test. Se evaluó si los cambios en el conocimiento o percepción de las temáticas desarrolladas fueron estadísticamente significativos con un 95% de confianza utilizando la prueba t para muestras dependientes.

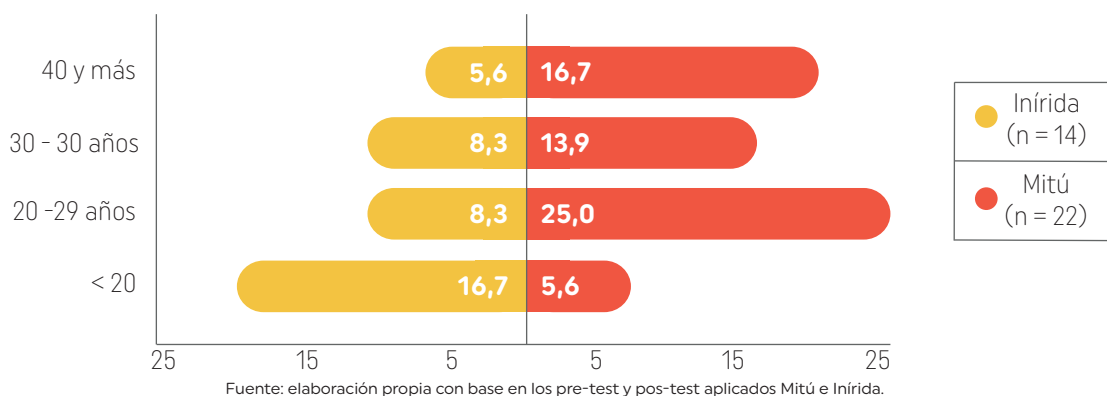
A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el pre-test y pos-test así como la evaluación de los resultados alcanzados. Esta evaluación comprende la caracterización de los participantes, las expectativas frente al taller y la evaluación del cambio en los conocimientos, percepción y recordación de las usuarias sobre las temáticas desarrolladas

#### Características de las participantes

El total de las participantes fueron mujeres. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos el 89 % se autoreconoció como indígena (71 % en Inírida y 100 % en Mitú)

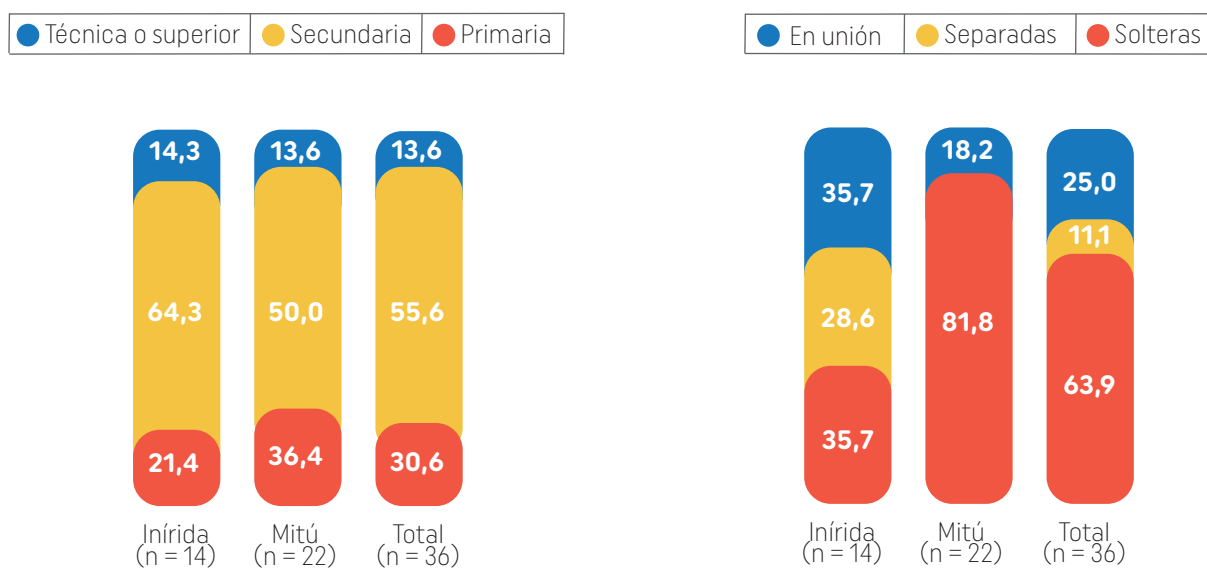
La distribución por grupos de edad en la gráfica 14 indica que en Inírida fue mayor la participación de mujeres menores de 20 años (16,7 %) y en Mitú la de mujeres entre 20 y 29 años de edad (25 %).

## Gráfica 14. Distribución de participantes por grupos de edad y municipio



El mayor porcentaje de las participantes (56 %) cursó secundaria, siendo mayor este indicador en Inírida (64 %) y el 31 % cursó primaria, en mayor porcentaje las mujeres de Mitú (36 %). Con relación al estado conyugal, la gráfica 15 muestra que el 64 % de las participantes vivía en pareja (casadas o en unión libre). Entre las mujeres de Mitú el 82 % vivía en pareja y el 18 % eran solteras. En Inírida, el 35 % vivía en pareja, el 28,6 % eran separadas o viudas y el 36 % eran solteras.

## Gráfica 15. Distribución de participantes por nivel educativo, estado conyugal y municipio



---

## Conocimiento de métodos anticonceptivos

Una de las metas fundamentales de los servicios de salud sexual y reproductiva es garantizar a las personas el uso continuado de métodos anticonceptivos a través de la elección libre e informada. Es decir, a partir del derecho a recibir información sobre los beneficios, los posibles efectos adversos y las alternativas anticonceptivas disponibles, y el derecho a hacer preguntas, obtener respuestas y tomar sus propias decisiones.

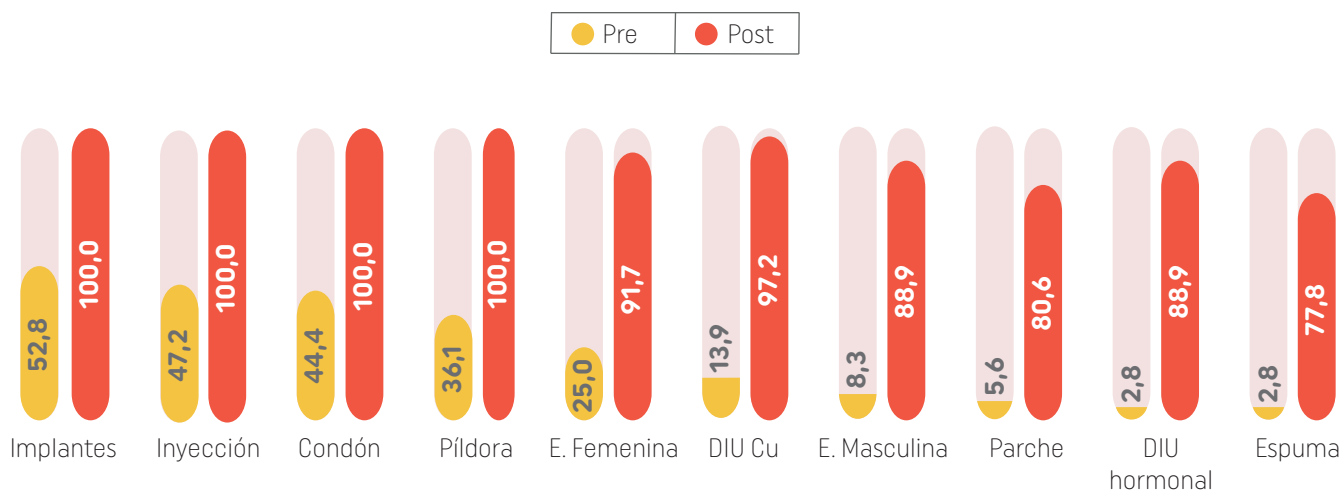
En los talleres de Inírida y Mitú se informó a las participantes sobre los métodos anticonceptivos modernos disponibles, los efectos secundarios y qué hacer cuando se presentan dichos efectos. En este sentido, en el cuestionario del inicio y del final del taller se solicitó a las participantes que marcaran los métodos anticonceptivos modernos que conocen.

Se encontró que mientras en el pre-test los cuatro métodos identificados, por más del 35 % de las participantes, fueron en su orden: los implantes subdérmicos (53 %), la inyección (47 %), el condón (44 %) y la píldora (36 %).

Al finalizar el taller, dado el énfasis de las temáticas tratadas, aumentó significativamente el reconocimiento de todos los métodos. Entre los cuatro más conocidos, la mención al final del taller alcanzó el 100 % y para los otros métodos fue superior al 77 % (gráfica 16).

Al iniciar el taller, el 61 % de las participantes conocía alguno de los métodos anticonceptivos modernos considerados y al finalizar el taller este porcentaje aumentó significativamente al 100 %. A su vez, al comenzar ninguna de las participantes conocía todos los anticonceptivos modernos y al terminar el 75 % pudo recordarlos todos (gráfica 16).

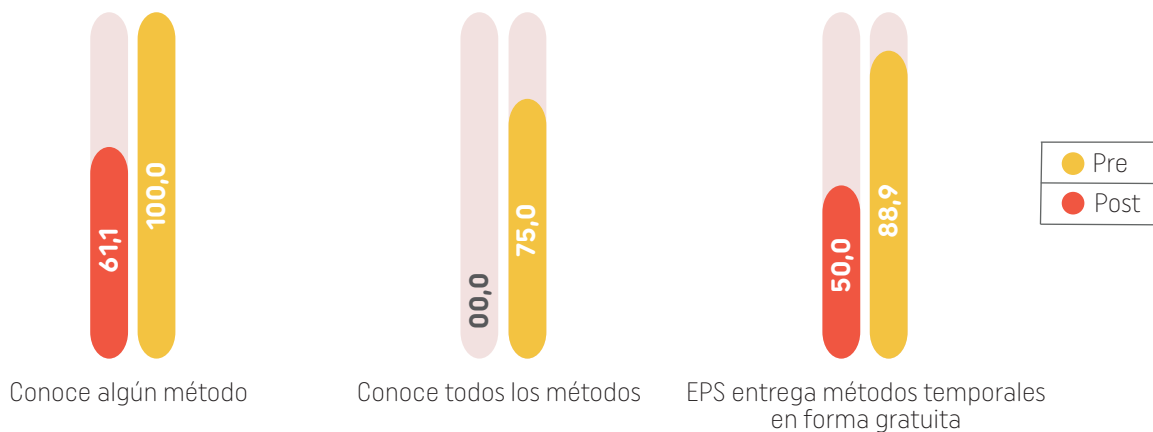
## Gráfica 16. Conocimiento de métodos anticonceptivos modernos



Fuente: elaboración propia con base en los pre-test y pos-test aplicados Mitú e Inírida.

En Colombia, las resoluciones 769 de 2008 y 1973 de 2008 indican la obligatoriedad de los servicios de salud de ofrecer información en anticoncepción, suministrar el método anticonceptivo que más se ajuste a las necesidades y brindar el seguimiento de su uso para que las personas o parejas puedan ejercer el derecho a decidir libre y responsablemente si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos. Antes de iniciar el taller, el 50 % de las mujeres participantes sabía que dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), las EPS deben suministrar los anticonceptivos temporales sin cuota moderadora o copago. Al finalizar el taller, el reconocimiento de este derecho aumentó significativamente al 88,9 % (gráfica 17).

## Gráfica 17. Conocimiento de métodos anticonceptivos y su acceso



Fuente: elaboración propia con base en los pre-test y pos-test aplicados Mitú e Inírida.

La tabla 7, a continuación, presenta la diferencia en el conocimiento de métodos anticonceptivos antes y después de los talleres, el valor de la t y el valor crítico para la prueba Sig. Como fue menor a 0,05 en todos los casos, se acepta que las diferencias fueron estadísticamente significativas con un 95 % de confianza.

**Tabla 7. Prueba t para cambios en el conocimiento de métodos anticonceptivos**

Métodos anticonceptivos	Pre	Post	Diferencia	t	Sig.
Implantes	52,8	100,0	0,47	5,60	0,00
Inyección	47,2	100,0	0,53	6,25	0,00
Condón	44,4	100,0	0,56	6,61	0,00
Píldora	36,1	100,0	0,64	7,87	0,00
E. Femenina	25,0	91,7	0,67	7,48	0,00
DIU Cu	13,9	97,2	0,83	13,23	0,00
E. Masculina	8,3	88,9	0,81	12,04	0,00
Parche	5,6	80,6	0,75	10,25	0,00
Diu hormonal	2,8	88,9	0,86	14,73	0,00
Espuma	2,8	77,8	0,75	10,25	0,00
Conoce algún método	61,1	100,0	0,39	4,72	0,00
Conoce todos los métodos	0,0	75,0	0,75	10,25	0,00
EPS entrega métodos temporales en forma gratuita	50,0	88,9	0,39	3,90	0,00

Fuente: elaboración propia con base en los pre-test y pos-test aplicados Mitú e Inirida.

## Conocimiento del aborto

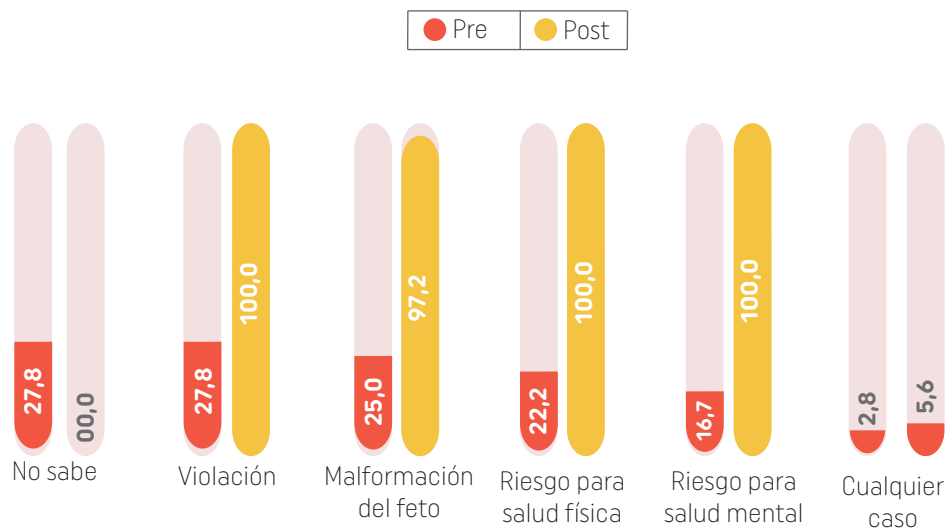
En Colombia, la sentencia C-355 de 2006 despenalizó parcialmente el delito de aborto en tres circunstancias: **i)** cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por el personal de salud, **ii)** cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificado por un médico y **iii)** cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo no consentidas o de incesto.

<sup>2</sup>El nivel crítico  $\alpha$  o Sig. es la probabilidad de obtener un resultado en la prueba de significación con valores tan o más extremos como los que se obtuvieron si los porcentajes obtenidos antes y después fueran iguales.

Se solicitó a las participantes que marcaran bajo qué causales una mujer puede acceder a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia (gráfica 18). Antes del taller, el 27,8 % de las participantes no sabía bajo qué causales, pero al finalizar este porcentaje se redujo significativamente. En un comienzo, menos del 30 % de las participantes sabía que una mujer puede acceder a la IVE en caso de violación (27,8 %), malformación del feto (25 %), riesgo para la salud física (22,2 %) o riesgo para la salud mental (16,7 %).

El conocimiento de las causales aumentó significativamente al finalizar los talleres llegando al 100 % el porcentaje de mujeres que recordaron que se puede acceder a una IVE cuando el embarazo es producto de violación, cuando existe riesgo para la salud física de la mujer y riesgo para la salud mental de la mujer. También fue significativamente mayor (97,2 %) el porcentaje que al finalizar recordó que se puede acceder a la IVE cuando existe grave malformación del feto que haga inviable su vida. Si bien aumentó el porcentaje que mencionó que en Colombia se puede acceder a la IVE en cualquier caso, este aumento no fue estadísticamente significativo.

### Gráfica 18. Conocimiento de las causales para acceder a la IVE en Colombia



Fuente: elaboración propia con base en los pre-test y pos-test aplicados Mitú e Inírida.

A partir de las sentencias C-900 de 2011 y T-565 de 2013, la Corte Constitucional de Colombia estableció que no se requiere ser mayor de edad para tomar decisiones que tienen una afectación en los derechos fundamentales, como la interrupción voluntaria del embarazo. Antes del taller, el 22,2 % de las participantes consideraba que una persona menor de edad

puede acceder a un procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo y al finalizar este porcentaje aumentó significativamente al 97 %.

La tabla 8 presenta la diferencia en el conocimiento de las causales de despenalización del aborto, el valor t y el valor crítico para la prueba Sig; en los casos que este valor fue menor a 0,05 se aceptó que las diferencias son estadísticamente significativas con un 95 % de confianza. En la opción donde el aborto está despenalizado en cualquier caso, el valor crítico fue 0,57. Por lo tanto, la diferencia encontrada no fue estadísticamente significativa.

**Tabla 8. Prueba t para cambios en el conocimiento de las causales**

Causales despenalización del aborto	Pre	Post	Diferencia	t	Sig.
No sabe	27,8	0,0	-0,28	-3,67	0,00
Violación	27,8	100,0	0,72	9,54	0,00
Malformación del feto	25,0	97,2	0,72	9,54	0,00
Riesgo para la salud física	22,2	100,0	0,78	11,07	0,00
Riesgo para la salud mental	16,7	100,0	0,83	13,23	0,00
Cualquier caso	2,8	5,6	0,03	0,57	0,57
<hr/>					
Conoce todas las causales	11,1	97,2	0,86	14,73	0,00
<hr/>					
Una persona menor de edad puede acceder a un procedimiento de IVE	22,2	97,2	0,75	10,25	0,00

Fuente: elaboración propia con base en los pre-test y pos-test aplicados Mitú e Inírida.

## Conocimiento de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos son derechos humanos cuya finalidad es garantizar que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción. Involucran, a su vez, el derecho de todas las personas a la autonomía sobre su propio cuerpo, a la información y educación sexual, a expresar libremente su orientación sexual, a decidir cuantas hijas/os tener, al placer sexual, a decidir ser madres o no, a decidir tener o no relaciones sexuales y a estar libres de discriminación o violencia. El ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos depende del conocimiento que se tenga sobre cuáles son, cómo y dónde exigirlos.

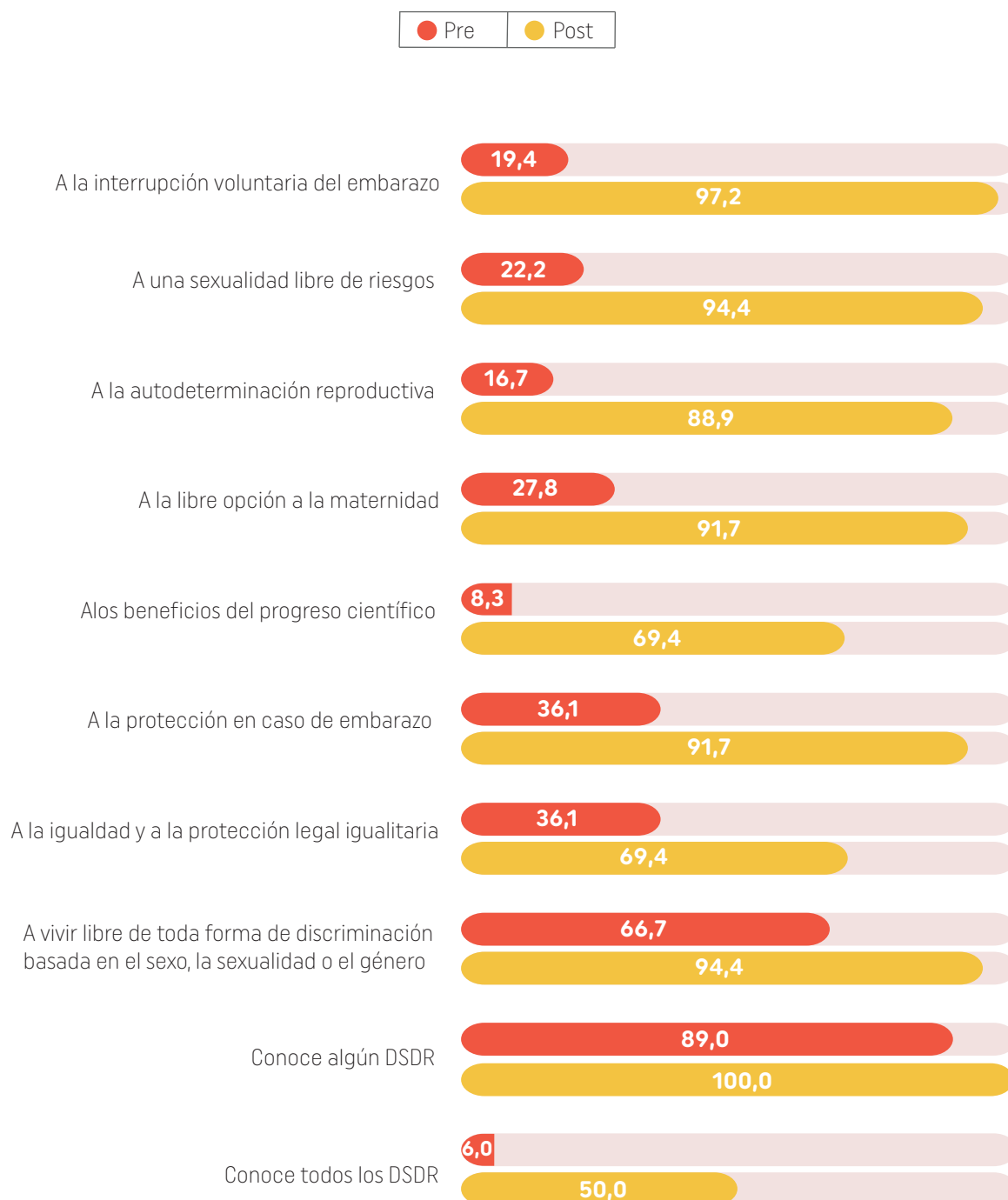
---

En este sentido, se solicitó a las participantes que marcaran los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos que conocían (gráfica 19). Se encontró que antes de los talleres fue reconocido en el mayor porcentaje el derecho a vivir libres de toda forma de discriminación basada en el sexo, la sexualidad o el género (66,7 %); en segundo orden fueron reconocidos el derecho a la protección en caso de embarazo y el derecho a la igualdad y a la protección igualitaria (36,1 %); el derecho a la libre opción a la maternidad fue reconocido por el 27,8 % y el derecho a la sexualidad libre de riesgos por el 22,2 %. Los derechos con menor reconocimiento antes del taller fueron el de la interrupción voluntaria del embarazo (19,4 %), el derecho a la autodeterminación reproductiva (16,7 %) y el derecho a los beneficios del progreso científico (8,3 %).

Antes de los talleres, el 89 % de las participantes conocía algún derecho sexual y reproductivo y el 6 % los conocía todos, al finalizar este porcentaje aumentó significativamente al 100 % y al 50 % respectivamente. En promedio, al comienzo del proyecto las participantes conocían dos Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, al terminarla este promedio aumentó significativamente a siete derechos.

El reconocimiento de todos los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos aumentó significativamente al finalizar el taller: los mayores aumentos se encontraron en el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (de 19,4 % a 97,2 %), a la sexualidad libre de riesgos (de 22,2 % a 94,4 %), a la autodeterminación reproductiva (de 16,7 % a 88,9 %), a la libre opción a la maternidad (de 27,8 % a 91,7 %) y a los beneficios del progreso científico (de 8,3 % a 69,4 %).

## Gráfica 19. Conocimiento de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos



Fuente: elaboración propia con base en los pre-test y pos-test aplicados Mitú e Inírida.

La tabla 9 a continuación presenta la diferencia en el conocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, el valor de la t y el valor crítico para la prueba Sig; en todos los casos el valor crítico fue inferior a 0,05. Por lo tanto, se aceptó que las diferencias son estadísticamente significativas con un 95 % de confianza.

**Tabla 9. Prueba t para cambios en el conocimiento de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**

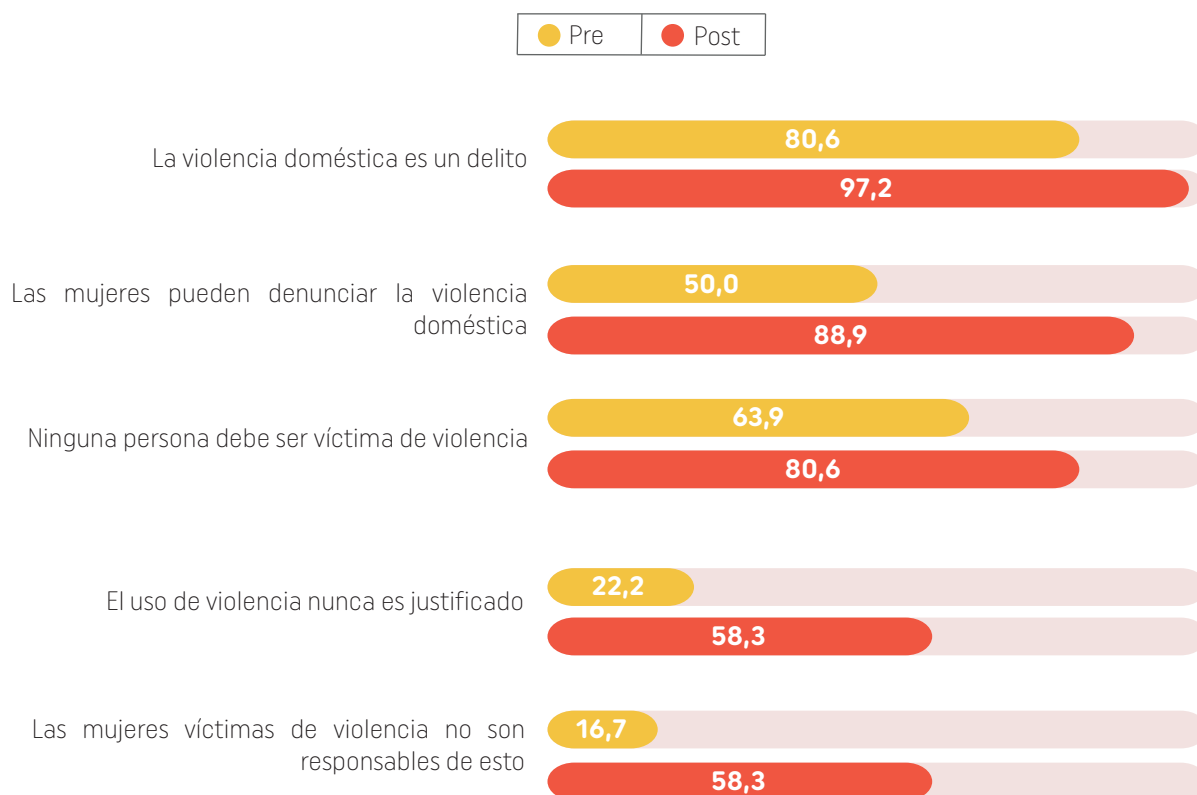
Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos	Pre	Post	Diferencia	t	Sig.
A la interrupción voluntaria del embarazo	19,4	97,2	0,78	11,07	0,00
A una sexualidad libre de riesgos	22,2	94,4	0,72	9,54	0,00
A la autodeterminación reproductiva	16,7	88,9	0,72	9,54	0,00
A la libre opción a la maternidad	27,8	91,7	0,64	7,87	0,00
A los beneficios del progreso científico	8,3	69,4	0,61	6,68	0,00
A la protección en caso de embarazo	36,1	91,7	0,56	6,61	0,00
A la igualdad y a la protección legal igualitaria	36,1	69,4	0,33	2,96	0,01
A vivir libres de toda forma de discriminación basada en el sexo, sexualidad o el género	66,7	94,4	0,28	3,25	0,00
Conoce algún DS y DR	89,0	100,0	0,11	2,09	0,04
Conoce todos los DS y DR	6,0	50,0	0,44	4,39	0,00
Promedio de DS y DR que conoce	2,3	7,0	4,64	12,20	0,00

Fuente: elaboración propia con base en los pre-test y pos-test aplicados Mitú e Inirida.

## Percepción sobre la violencia contra las mujeres

Las mujeres indígenas son víctimas de todas las formas de violencia de género, siendo la violencia sexual y el reclutamiento forzado las que más se ejercen contra niñas y jóvenes menores de 20 años (21). Entre los principales obstáculos para el acceso a la justicia que enfrentan se destacan las barreras culturales e idiomáticas, la insensibilidad cultural de los servidores públicos, el miedo a las reacciones familiares y de la comunidad y el desconocimiento del sistema judicial y de sus propios derechos (22).

## Gráfica 20. Percepciones sobre la violencia contra las mujeres



Fuente: elaboración propia con base en los pre-test y pos-test aplicados Mitú e Inírida.

La gráfica 20 muestra que antes de los talleres, el 16,7 % de las participantes sabía que las mujeres víctimas de violencia no son responsables de lo sucedido, el 22,2 % que el uso de violencia nunca es justificado, el 50 % que las mujeres pueden denunciar la violencia doméstica, el 63,9 % que ninguna persona debe ser víctima de violencia y el 82,9 % que la violencia es un delito. Al finalizar, aumentó significativamente la identificación de las formas de violencia siendo mayor (más de 30 puntos porcentuales) el reconocimiento de que las mujeres víctimas de violencia no son responsables de esto (de 16,7 % a 58,3 %), que las mujeres pueden denunciar la violencia doméstica (del 50,0 % a 88,9 %) y que el uso de la violencia nunca es justificado (del 22,2 % a 58,3%).

La tabla 10 presenta la diferencia en el conocimiento de las formas de violencia contra las mujeres, el valor de la t y el valor crítico para la prueba Sig. En los casos en que el valor crítico fue inferior a 0,05 se aceptó que las diferencias son estadísticamente significativas con un 95 % de confianza. Ahora bien, con la opción "ninguna persona debe ser víctima de violencia" el nivel crítico fue 0,057, por lo que la diferencia fue estadísticamente significativa con un 90 % de confianza.

**Tabla 10.** Prueba t para cambios en la percepción sobre la violencia contra las mujeres

Percepción sobre la violencia contra las mujeres	Pre	Post	Diferencia	t	Sig.
La violencia doméstica es un delito	80,6	97,2	16,6	2,646	0,012
Las mujeres pueden denunciar la violencia doméstica	50,0	88,9	38,9	3,896	0,000
Ninguna persona debe ser víctima de violencia	63,9	80,6	16,7	1,972	0,057
El uso de la violencia nunca es justificado	22,2	58,3	36,1	3,654	0,001
Las mujeres víctimas de violencia no son responsables de esto	16,7	58,3	41,7	4,142	0,000

Fuente: elaboración propia con base en los pre-test y pos-test aplicados Mitú e Inírida.

## Percepción sobre la utilidad del taller

Al finalizar el taller se preguntó si pudieron resolver sus inquietudes y 35 participantes mencionaron que pudieron resolverlas completamente y una que las resolvió parcialmente. Entre los comentarios finales de las participantes destacan la realización de más talleres, que también puedan participar los hombres y se difundan más los derechos de los adolescentes. Entre los aspectos a mejorar las participantes recomendaron hacer talleres más largos que incluyan actividades más dinámicas y con mayor frecuencia.

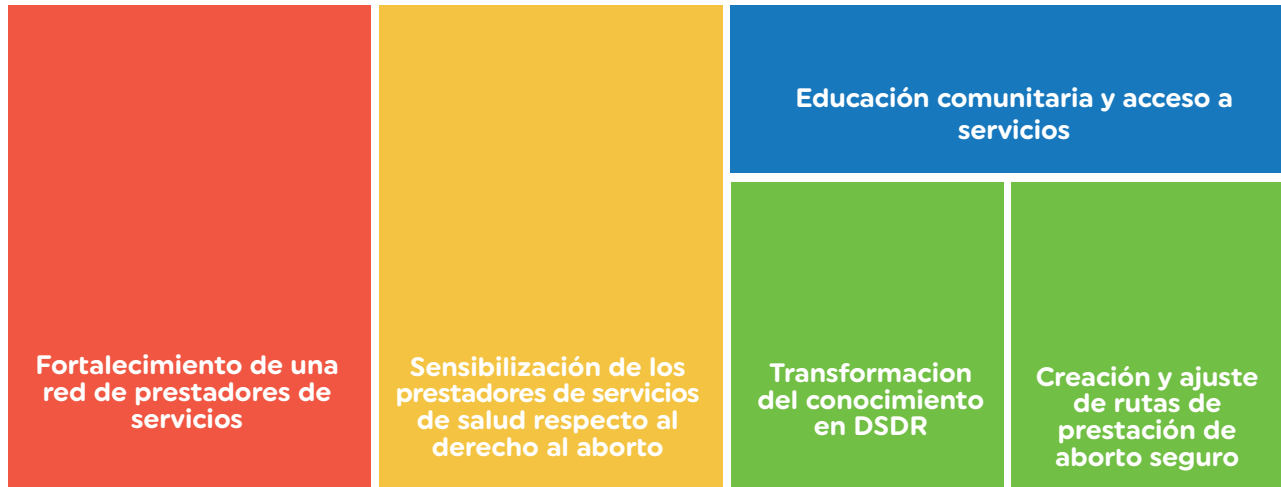
## 3.4 Oportunidades generadas por la implementación del proyecto

Tanto las actividades orientadas a los prestadores de servicios de salud como a las mujeres de estos municipios buscaban la generación de oportunidades para una interrupción voluntaria del embarazo de forma segura en estos territorios. De manera general, el proyecto aspiró a transformar tanto los escenarios de la prestación de los servicios como los conocimientos de las mujeres respecto al derecho al aborto.

La gráfica 21 presenta la densidad de la codificación para cada una de las oportunidades que debía generar el proyecto. En ella se evidencia que los avances que más mencionaron las y los participantes, están relacionados con el fortalecimiento de una red de prestadores de servicios de salud y su sensibilización respecto al derecho al aborto. El aspecto que presentó la menor densidad de la codificación tuvo que ver con la creación y ajuste de las rutas de aborto seguro; con lo cual se mencionó la necesidad de seguir trabajando en eliminar las barreras y fortalecer el trabajo de articulación interinstitucional para garantizar la prestación del servicio.

---

## Gráfica 21. Densidad de la codificación relacionada con las oportunidades generadas por el proyecto



Fuente: elaboración propia con base en la codificación axial de la información cualitativa.

### 3.4.1 Fortalecimiento de una red de prestadores de servicios

Las personas participantes de la investigación destacaron la importancia del proceso formativo en la consolidación de sus habilidades para prestar el servicio. Particularmente recalcaron su utilidad en la clarificación de los conceptos básicos relacionados con el derecho al aborto y la generación de herramientas que permiten blindar la práctica y la argumentación a nivel jurídico e institucional.

Este proceso tuvo más acogida en Mitú que en Inírida porque se lograron formar más profesionales y se evidenció una mayor apertura para hablar del aborto como un derecho. En ambos municipios se exaltó el trabajo de Profamilia en este entrenamiento, la importancia que tenía que el proceso se hiciera en el marco de una alianza con la Universidad de los Andes y los avances que implicaba empezar a recibir información y conocimiento técnico sobre la prestación del servicio.

Adicionalmente, es de destacar que en ambos municipios se señaló el compromiso de los profesionales que participaron del proyecto con convertirse en replicadores de los conocimientos que habían aprendido tanto a nivel personal como laboral, según lo expresó una prestadora de servicios de salud del grupo focal en Mitú:

---

"[...] pues con todos los beneficios que nos ha ofrecido, realmente desde mi área de ejecución laboral es muy importante tener esa información y poderla compartir con el resto de los compañeros, porque eso hace que nuestras rutas institucionales se fortalezcan y así podamos también apoyar las rutas de las otras instituciones. Realmente esto es un trabajo en conjunto, interdisciplinario y que requiere de estos procesos. Pues finalmente para no convertirnos en un obstáculo como instituciones, en generar barreras y revictimizar, sino que realmente podamos dar soluciones a la población".

### 3.4.2 Sensibilización de los prestadores de los servicios de salud respecto al derecho al aborto

Una parte fundamental del proceso de fortalecimiento del personal prestador de servicios de salud era la sensibilización respecto al derecho al aborto. Por un lado, se buscaba una apropiación del conocimiento respecto a la sentencia C-355 de 2006 que implicaba un proceso más profundo de comprensión de los contextos de las usuarias que requieren de estos servicios.

Dicha sensibilización tiene un papel protagónico en la reducción del estigma social y de las barreras en el acceso, ya que permite comprender la complejidad de la situación y la importancia de garantizar los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de la población. Uno de los aspectos más enriquecedores de este proceso es que permite contextualizar las experiencias de aborto en el marco de otras problemáticas sociales; incluyendo las barreras estructurales de acceso a los servicios de salud, los efectos de las desigualdades de género sobre la vida de las mujeres, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos y las violencias basadas en género.

Al inicio del proyecto, tanto entre las mujeres de la comunidad como entre los prestadores, la causal más conocida y justificada como una razón para abortar era la violencia sexual de la que, según la experiencia de las personas participantes, estaban siendo víctimas muchas mujeres y niñas indígenas. Sin embargo, conforme avanzó el proyecto, se pudo generar una sensibilidad para entender por qué las mujeres ejercen su derecho al aborto en el marco de otras causales y en qué medida hay un contexto social que explica esta práctica. Así lo manifestó una prestadora y participante del grupo focal en Inírida:

---

"Pues en mi opinión personal estoy de acuerdo con todas [las causales] y con la última que mencioné que es la afectación psicológica y social. Creo que es muy ambigua y eso hace que los profesionales de la salud puedan usarla para acceder al derecho [...]".

### 3.4.3 Educación comunitaria y acceso a servicios

Los diferentes actores que participaron del proyecto destacaron la importancia de los espacios de educación comunitaria y acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva implementados. Mientras que en la educación comunitaria se logró generar diálogos de saberes respecto a conceptos básicos de la salud sexual y la salud reproductiva, la anticoncepción, el ciclo menstrual, el embarazo y el aborto; el acceso a servicios se garantizó con la realización de brigadas móviles que permitieron, en parte, resolver la demanda insatisfecha de servicios de salud sexual y salud reproductiva que se presenta en estos territorios.

Una de las herramientas pedagógicas que se diseñó para los escenarios de educación comunitaria fue un calendario lunar que permitió abordar un tema sensible como lo es el aborto desde una conexión con los Derechos Sexuales y Reproductivos y los cuerpos de las mujeres. Esto manifestó una gestora social del proyecto:

"Bueno, exitoso pues porque fue un material pedagógico con el que se llegó a la gente. Sí, bonito, bien hecho, en una de sus lenguas, que pues puede también tener sus críticas porque todo es criticable. Pero que quiere representar unos roles de la mujer, con esas imágenes que tiene ahí y también buscaba abrirles la puerta a estas mujeres como a otra forma también de escuchar su cuerpo, de ver su cuerpo. Es una metodología de autoconocimiento".

Este tipo de herramientas hablan de una apuesta por construir conocimiento horizontal con las mujeres y generar espacios para la reflexión, el intercambio de información y el diálogo de saberes. En este sentido, la importancia de estas oportunidades radica en su capacidad para abordar mitos y temas considerados tabúes y transformarlos en oportunidades para la garantía de los derechos.

---

Si bien es cierto que la educación comunitaria en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos supone un trabajo permanente, de nunca acabar y conforme avanzan los derechos, los espacios de este tipo propiciados por el proyecto y su articulación con la realización de las brigadas móviles permitieron avanzar en la garantía efectiva de mencionados derechos de las niñas y mujeres en Inírida y Mitú.

### 3.4.4 Transformación del conocimiento en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR)

El objetivo más profundo de este proyecto era la transformación del conocimiento en diferentes niveles sobre los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. En este sentido, todas las acciones de este buscaban dicho cambio. A pesar de que los resultados de la codificación no muestran una densidad tan alta para esta oportunidad, en comparación con las antes mencionadas, sí se encontraron aciertos del proyecto para cambiar nociones erradas respecto al aborto, avanzar en la eliminación del estigma social que lo rodea y conectar el conocimiento con la práctica y garantía de estos derechos.

También, es probable que este tema haya sido menos mencionado por las y los participantes de la investigación debido a que las transformaciones del conocimiento suponen procesos de larga duración y a menudo no son tan evidentes entre los mismos actores que hacen parte del proceso. Sin embargo, los resultados del componente cualitativo y cuantitativo de esta investigación muestran los avances en este tema, como lo expresa una gestora social del proyecto:

"Yo creo que las personas que participaron, tanto a nivel comunitario como a nivel de prestadores de salud, les quedó claro, conocen la sentencia C-355, las tres causales, los Derechos Sexuales y Reproductivos y todo ese marco legal y normativo. Pues a las profesionales [les queda] la importancia de prestar un servicio y de garantizar un servicio oportuno y seguro para las mujeres, niñas y adolescentes del municipio".

---

### 3.4.5 Creación y ajuste de las rutas de prestación de aborto seguro

Finalmente, un componente fundamental en el avance de la garantía del derecho al aborto pasa por la creación y ajuste de las rutas que permiten identificar y eliminar barreras de acceso, acompañar a las usuarias de manera oportuna y lograr la articulación interinstitucional e intersectorial para la prestación de servicios de calidad. Aunque este tema fue el menos mencionado por las y los participantes de la investigación, cabe mencionar que uno de los resultados de los procesos formativos con prestadores de servicios fue el desarrollo de una capacidad técnica orientada hacia el ajuste y la adecuación de la ruta de atención. De la siguiente manera lo describió una prestadora de servicios de salud que participó en el grupo focal en Mitú:

"Realmente con el curso uno entiende que nosotros intervenimos en todas las fases del proceso, entonces yo pienso que las personas que hicimos el curso fue muy importante porque no es solamente que nosotros hacemos este pedacito que nos toca y ya. Realmente nosotros como hospital sí tenemos muchas competencias en esa interrupción y realmente el curso sí fue muy completo porque te lleva desde la asesoría hasta que la paciente se va y su seguimiento hasta el final, hasta que se cierra el ciclo".

Esta conciencia respecto al aborto como un ciclo completo, un proceso en el que intervienen diferentes actores y que debe garantizarse de manera segura de principio a fin, da cuenta de cómo el proyecto permitió reflexionar sobre la integralidad del servicio de aborto. Sin embargo, es una tarea pendiente seguir ajustando la ruta de prestación de servicios de aborto seguro y avanzar en la identificación de las barreras o cuellos de botella que están impidiendo que las mujeres tengan servicios seguros y de calidad.

---

## "Sentí mucho miedo cuando supe que estaba en embarazo, le tenía miedo al parto y a volverme a enfermar como en mi segundo embarazo"



Soy una mujer indígena de la comunidad Bari, aunque nunca nadie me enseñó su cultura ni sus tradiciones. Nací en Puerto Ayacucho, en el Amazonas, Venezuela. Tengo 26 años y vivo con mi pareja y mis dos bebés en Inírida. Desde hace dos años que me vine para Colombia y soy ama de casa. Decidí migrar porque mi cuñada vive acá y llamó a mi esposo para que se viniera para ver si conseguía trabajo porque la situación en Venezuela ha sido muy difícil.

Cuando tenía 12 años falleció mi mamá y yo quedé a cargo de mi papá junto con mis otras seis hermanas y mi hermano. Toda mi familia se quedó en Venezuela y eso hace que acá yo esté un poco sola. He perdido muchas personas a lo largo de mi vida, mi mamá, una sobrina y a mi hermano que lo mataron. Sin embargo, siempre fui muy unida a mi papá que me crio y siempre fue muy claro conmigo. Me dijo que si tenía relaciones sexuales siendo joven iba a quedar embarazada.

---

Yo también conocía los diferentes métodos anticonceptivos y cuando crecí empecé a investigar sobre esas opciones. El primer método anticonceptivo que usé fueron las inyecciones cuando empecé a conocer un poco más de los métodos más avanzados. Nunca quise tomar la pasta porque me preocupaban sus efectos secundarios así que siempre he usado inyecciones y en algunas ocasiones el condón. Sin embargo, yo suspendí las inyecciones en noviembre del año pasado porque me estaban descontrolando mi periodo. Sin embargo, yo no quiero tener más hijos y ahora pienso en hacerme la ligadura de trompas.

Cuando yo dejé de usar la inyección enfrenté muchas dificultades para tener métodos anticonceptivos. A veces no tenía el dinero para comprar el método en la droguería y entonces me tocaba ir a la Secretaría de Salud y entregar muchos papeles porque soy venezolana. Soy muy cuidadosa con mi salud sexual y mi salud reproductiva. Con mi pareja nos cuidamos mucho. Por su trabajo él solo llega cada 15 días y un compañero de él enfermó a su mujer, entonces yo quedé traumatizada y le he dicho a él que para mí sería una decepción que me contagiara de algo. Cada vez que él llega de viaje, nosotros vamos a la clínica y nos hacemos los exámenes para asegurarnos que no tenga nada.

En mi último embarazo, que fue el de mi bebé de dos años y que fue no deseado, me enfermé mucho. Yo empecé mal, mi cuerpo rechazaba las vitaminas, me daban mareos, fiebre y me dio una infección. La infección

me la pesqué en el río que era donde bajaba a asearme porque en la casa de mi cuñada no había agua. Estuve hospitalizada una semana y mi embarazo pasó a ser de alto riesgo. La doctora me dijo que tenía que tener reposo total para no adelantar el parto, perdí mucho peso, y después de ese embarazo los médicos me dijeron que mi matriz era demasiado delicada y que me podía poner mal.

**Yo sabía que no era capaz de tener esa bebé sola, también porque ahora la situación económica no está fácil.**

Cuando me enteré de que estaba otra vez embarazada me dio mucho miedo. Empecé a sentir los mismos síntomas de mi embarazo anterior: fiebre, náuseas, no comía nada, no pasaba nada. Me dijeron que no pasaba nada, que todo estaba bien. Después de hacerme una prueba de embarazo de sangre, que salió positiva, me preguntaron si yo deseaba o no continuar con el embarazo, pero yo dije que no porque estaba pasándola muy mal y tenía miedo de repetir la misma experiencia.

Yo estaba muy nerviosa, tenía mucho miedo de que me pasara algo durante el parto y por eso quería abortar. También tenía miedo del aborto y me molestó que me dijeran que me habían dado la dosis mal. Yo le había contado a mi pareja que no podía controlar mi embarazo, él al principio no estaba de acuerdo



---

con que yo abortara, pero cuando él vio que yo ni siquiera podía levantarme de la cama entonces me apoyó.

Cuando yo llegué al hospital yo ya sabía que el aborto era legal en Colombia porque yo había visto unos artículos sobre este tema. Sin embargo, cuando yo llegué al hospital me dijeron que eso no era legal, que era mentira, que en Colombia no se podía abortar y más o menos me dieron a entender que ellos me estaban haciendo un favor en vez de garantizarme mi derecho.

La doctora que me atendió en el hospital de Inírida me dijo que ella no estaba de acuerdo con los abortos y que era objetora de conciencia, pero que había otros médicos que me podían atender y que el hospital me iba a apoyar. Me citaron como tres días a urgencias, pero me hicieron esperar mucho. Al tercer día me hicieron esperar desde las 9 de la mañana hasta las 7 de la noche. Me dieron 12 pastas de manera oral, pero no me dieron una vaginal. Cuando yo volví a ir al hospital, el ginecólogo me explicó que la dosis que me había dado la doctora era incorrecta y la tuvo que ajustar.

Después de tomarme las pastillas la primera vez empezó la fiebre y el sangrado. Yo me sentía mal entonces volví al hospital y me dijeron que sacara una cita con el ginecólogo. Este doctor fue el que me dijo que me habían dado mal la dosis y que tenía el feto muerto adentro, entonces que me tenían que volver a dar las pastas y una dosis vaginal para que iniciaran las contracciones.

Después de esas nuevas pastas, yo volví a sangrar y también empezaron las contracciones ya como si estuviera en trabajo de parto. La verdad yo estaba muy asustada por tener ese feto ahí muerto y que no me atendieran. Me daba miedo morirme de una infección. Finalmente, el ginecólogo me volvió a revisar y dijo que yo estaba limpia.

A pesar de todo, para mí este procedimiento fue una mala experiencia, sentí que no era del todo seguro. Yo fui a buscar ayuda de los médicos, pero sentí que ellos no estaban supervisando lo suficiente, no me hicieron seguimiento, fui yo la que se dio cuenta de que algo estaba mal y tuve que ir varias veces a urgencias preocupada por mis síntomas.

Siento que en Inírida es muy difícil acceder a un aborto seguro. Primero, porque los mismos médicos dicen que eso no es legal, pero también porque a muchas personas, incluyendo a las mujeres migrantes, nos niegan los servicios o nos hacen dar un montón de vueltas para poder acceder. Ahora me siento muy aliviada porque estaba preocupada por mi salud, pero también siento algo de tristeza porque yo igual quería tener una niña y siento que volver a estar en embarazo ya no es una opción para mí.

---

## Conclusiones

Los resultados de esta sistematización de experiencias dan cuenta de los avances generados por el proyecto OPTions para la garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, especialmente en materia de aborto seguro, en los municipios de Inírida y Mitú. Entre las principales conclusiones se encuentra:

- 1.** La importancia de las acciones de la educación comunitaria para generar espacios de discusión y diálogos de saberes relacionados con el derecho al aborto.
- 2.** El efecto positivo que tienen los procesos formativos sobre los prestadores de servicios de salud, su capacidad para reducir el estigma social y para sensibilizar a los prestadores respecto a las necesidades, identidades y circunstancias de las mujeres que requieren un aborto.
- 3.** La necesidad de trabajar de manera permanente en la creación y ajuste de las rutas para la prestación de servicios de aborto seguro en cada uno de los municipios.
- 4.** Los retos que supone generar diálogos, con la población indígena, del derecho al aborto y el carácter estratégico de abordarlo desde un enfoque horizontal, intercultural y comprensivo.
- 5.** La continuidad que deben tener las acciones orientadas a la reducción del estigma entre los diferentes actores.
- 6.** Las mujeres de Inírida y Mitú demuestran un profundo interés y apropiación social de los conocimientos relacionados con salud sexual, salud reproductiva y aborto.
- 7.** Entre las mujeres de la comunidad se evidenció una postura abierta a conocer más sobre este derecho y la importancia de su garantía.

A pesar de los avances generados por el proyecto, persisten una serie de desafíos que deben enfrentarse hacia el futuro para garantizar el derecho al aborto seguro entre las mujeres y las niñas en Inírida y Mitú. La tabla 11 presenta una síntesis de estos desafíos para cada uno de los niveles involucrados.

**Tabla 11.** Desafíos para seguir generando oportunidades que garanticen la prestación de los servicios de aborto seguro en Inírida y en Mitú

Dimensiones /Nivel	Enfoque Intercultural	Conocimiento de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos	Capacidad instalada
Individuales y comunitarios	Se hace necesario seguir promoviendo diálogos de saberes que permitan reflexionar sobre el derecho al aborto desde una perspectiva sensible y respetuosa de las culturas indígenas que se encuentran en el territorio.	Se debe incentivar el trabajo con líderes comunitarios para abordar los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de toda la población. Con especial énfasis en la población más joven que no ha recibido educación integral para la sexualidad.	Conocer las posibilidades de acceso a los servicios de aborto seguro en el municipio y exigir que la prestación de los mismos se realice con calidad y oportunidad.
Organizaciones de la sociedad civil	Unir esfuerzos para definir estrategias de abordaje del aborto seguro con poblaciones indígenas que incluyan la alianza y la conciliación con sus líderes.	Seguir avanzando en el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Teniendo en cuenta las necesidades de las poblaciones y los vacíos que presentan en esta materia.	Trabajar de manera articulada con las instituciones del sector salud para seguir fortaleciendo la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de aborto seguro.
Prestadores de servicios de salud	Adaptar los servicios a las necesidades, identidades y circunstancias de la población indígena desde un enfoque intercultural.	Aprovechar la oportunidad que presenta el espacio de la prestación de los servicios para compartir conocimientos relacionados con el aborto seguro y la garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.	Continuar avanzando en la organización de las rutas de atención y en el fortalecimiento de las capacidades para la prestación de servicios de aborto seguro.
Sistema de salud	El enfoque intercultural, así como otros enfoques diferenciales, deben ser incorporados en el sistema como herramientas para promover el diálogo de saberes alrededor del aborto y la prevención de la mortalidad materna entre población indígena.	La transformación de los conocimientos de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos son una oportunidad para garantizar la salud de las poblaciones y deben ser prioridad dentro del sistema de salud.	Desde el sistema se debe trabajar para dar orientaciones técnicas que permitan mejorar la capacidad instalada para la prestación de servicios de aborto seguro especialmente en aquellos municipios que cuentan con pocas instituciones prestadoras de servicios y enfrentan barreras estructurales en el acceso.

Fuente: elaboración propia con base en los datos recolectados.

---

## Recomendaciones y lecciones aprendidas

Esta investigación da cuenta de las potencialidades que tienen los proyectos orientados hacia la garantía del aborto seguro en territorios caracterizados por el olvido institucional, una alta presencia de población indígena, una historia reciente de conflicto armado y la llegada actual de población migrante de origen venezolano. De las experiencias de implementación de este proyecto se desprenden una serie de recomendaciones que buscan orientar proyectos y estrategias futuras.

### Explorar los imaginarios de prestadores de servicios de salud

Explorar los imaginarios de prestadores de servicios de salud alrededor de los Derechos Sexuales de las personas menores de 14 años en los departamentos estudiados permitirá avanzar en la identificación de las barreras para la apropiación y comprensión de la sentencia C-355 de 2006.

### Fortalecer los programas que transformen los imaginarios sobre la maternidad como experiencia dolorosa

Considerar que el aborto es una salida fácil de un embarazo no deseado revela imaginarios alrededor de la maternidad como experiencia dolorosa y de sacrificio, ligados a la idea cristiana de penitencia que pueden llevar a legitimar prácticas de violencia doméstica contra las madres.

### Fortalecer las orientaciones de los programas locales dirigidos a la equidad de género

Contribuyen al fortalecimiento de la autonomía reproductiva de las mujeres y de las percepciones locales sobre ésta programas orientados a: **i)** aumentar el acceso a educación sexual integral de calidad que promueva los derechos humanos y la igualdad de género. **ii)** mejorar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva y **iii)** abordar las normas de género a fin de aumentar la capacidad de tomar decisiones sobre salud sexual y salud reproductiva de las niñas, adolescentes y mujeres.

---

## Avanzar en el estudio de las dinámicas e imaginarios relacionados con el incesto y la violencia incestual

Es necesario conocer las dinámicas e imaginarios relacionados con el incesto, y en particular con la violencia incestual, considerando la alta prevalencia de casos de violencia sexual contra menores ocurrida en entornos domésticos en comparación con otros espacios.

## Seguir avanzando en la garantía del derecho al aborto desde un enfoque intercultural

La discusión sobre el derecho al aborto entre población indígena implica la realización de diálogos de saberes que permitan comprender mejor la reticencia de las personas indígenas, desde sus culturas y comunidades específicas, a que las mujeres puedan decidir sobre sus propios cuerpos. Los avances logrados en el marco del proyecto dan cuenta de la importancia de generar estas conversaciones y la necesidad de que estas involucren a los líderes y jefes de la población indígena como actores estratégicos para apoyar las decisiones de las mujeres.

## Reconocer el rol fundamental de los prestadores de servicios de salud como actores de incidencia

Los procesos formativos con prestadores de servicios de salud son una herramienta fundamental para avanzar en la garantía del derecho al aborto. La información respecto a la normativa vigente, las buenas prácticas y los contextos específicos de las personas que abortan permiten que los prestadores se comprometan con servicios seguros y de calidad a la vez que contribuye a la eliminación de las barreras que enfrentan las mujeres.

## Continuar con estrategias de educación comunitaria orientadas hacia el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

El tabú que rodea temas como el aborto, la anticoncepción y las infecciones de transmisión sexual puede ser confrontado mediante estrategias de educación integral para la sexualidad y diálogos de saberes que permitan aclarar conceptos entre las comunidades y reflexionar sobre las situaciones que enfrentan las personas que requieren un aborto y la manera de eliminar

---

barreras en la prestación del servicio. El trabajo adelantado por este proyecto demuestra la importancia de estas acciones y la necesidad de que estas se mantengan en el tiempo.

## Eliminar las barreras estructurales en la prestación de los servicios de salud es un paso necesario para garantizar el derecho al aborto

En los territorios considerado en este proyecto se evidenciaron barreras estructurales (geográficas, tecnológicas y de aseguramiento) que dificultan la prestación de todos los servicios de salud. Sin embargo, en el caso de la prestación de servicios de aborto dichos limitantes se profundizan por el estigma social que lo rodea. En este sentido, para avanzar en la garantía de este derecho es necesario que se trabaje en la reducción del estigma y de las barreras estructurales.

## Fortalecer el trabajo comunitario y de incidencia primaria para avanzar en el derecho al aborto

Las mujeres de las comunidades de Inírida y Mitú demostraron la importancia y utilidad que tiene para ellas recibir información sobre sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos incluyendo el derecho al aborto. En este sentido el trabajo comunitario sobre estos temas es una herramienta fundamental para garantizar el derecho al aborto en la medida en que impulsa las transformaciones sociales y culturales necesarias para eliminar el estigma e impulsar a los prestadores de servicios de salud a la prestación de servicios seguros y libres de barreras.

## Explorar los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las mujeres que participan en intercambios sexuales comerciales en el contexto de la minería

Es necesario identificar las necesidades no cubiertas en salud sexual y salud reproductiva de las mujeres que tienen relaciones sexuales con los hombres que trabajan en la minería para proyectar servicios en este contexto.

---

## Referencias bibliográficas

1. Profamilia. Aborto seguro: Necesidades y oportunidades. Un análisis en tres ciudades de Colombia: Bucaramanga, Popayán y Tunja. 1st ed. Bogotá: Profamilia; 2020.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras de Aseguramiento en Salud. Bogotá D.C.; 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
3. Ministerio de Salud y Protección Social, UNFPA, Profamilia. Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas. Bogotá D.C.; 2014.
4. Ministerio de salud y protección social, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015 - Tomo 1. Bogotá D.C.; 2017.
5. DANE. Boletín Técnico Pobreza multidimensional Región Orinoquía - Amazonía. Boletín Técnico. Bogotá D.C.; 2020.
6. DANE. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Dane - Información para todos.
7. Chaparro N, Dalén A, Guzmán DE, Martínez M. El ejercicio de la interrupción voluntaria del embarazo en el marco del conflicto armado. Bogotá D.C: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia; 2016.
8. Centro de Derechos Reproductivos. Una radiografía sobre la Violencia Reproductiva. Bogotá D.C; 2020.
9. Schmit A. La defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas de Colombia en la ONU. Derecho y Real. 2015;13(26).
10. DANE. Grupos Étnicos - Información Técnica. Bogotá, D.C.; 2019. Disponible en: <file:///C:/Users/rmurad/Downloads/presentacion-grupos-etnicos-2019.pdf>
11. Ministerio de Cultura. Sistema Nacional de Información Cultural - Vaupés. Disponible en: <https://www.sinic.gov.co/-SINIC/ColombiaCultural/ColCulturalBusca.aspx?AREID=3&SECID=8&IdDep=97&COLTEM=216>
12. Ministerio de Cultura. Sistema Nacional de Información Cultural - Guainía. Disponible en: <https://www.sinic.gov.co/-SINIC/ColombiaCultural/ColCulturalBusca.aspx?AREID=3&SECID=8&IdDep=94&COLTEM=216>
13. Migración Colombia. Total de Venezolanos en Colombia Corte a 31 de Diciembre. Bogotá: Migración Colombia; 2020.
14. Asociación Profamilia, Oficina de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero (OFDA-USAID). Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. ¿Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria? Bogotá: Profamilia; 2020.
15. Profamilia. Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana. Bogotá: Profamilia; 2019.
16. Jara O. "La sistematización de experiencias produce un conocimiento crítico, dialógico, transformador". Docencia. 2015; 55:33-9.

- 
- 17.** Barnechea MM, Morgan M de la L. La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica 1. Tendencias y Retos. 2010; 15:97–107.
- 18.** Morgan M de la L. Taller permanente de sistematización Búsquedas teóricas y epistemológicas desde la práctica de la sistematización. Lima; 1996.
- 19.** Corbin J, Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons and evaluative criteria. Qual Sociol. 1990; 13:3–21.
- 20.** ONU MUJERES. Profundicemos en términos de género. 2016. 1-117 p.
- 21.** ONIC. Violencia contra mujeres indígenas: Realidades y retos, mandato y acciones de la ONIC [Internet]. 2015 [Consultado agosto 30 de 2021]. Disponible en: <https://www.onic.org.co/m/noticias/784-violencia-contra-mujeres-indigenas-realidades-y-re-tos-mandato-y-acciones-de-la-onic>
- 22.** INMLCF. 5 de septiembre: Día Internacional de la Mujer Indígena [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.medicinallegal.gov.co/documents/20143/499681/VF-Ebook+mujeres+indigenas+Medicina+Legal.pdf/f1049bbe-8076-4183-5e13-08ebf26a2063>



**EN MI TERRITORIO  
¡YO DECIDO!**



**Profamilia**

