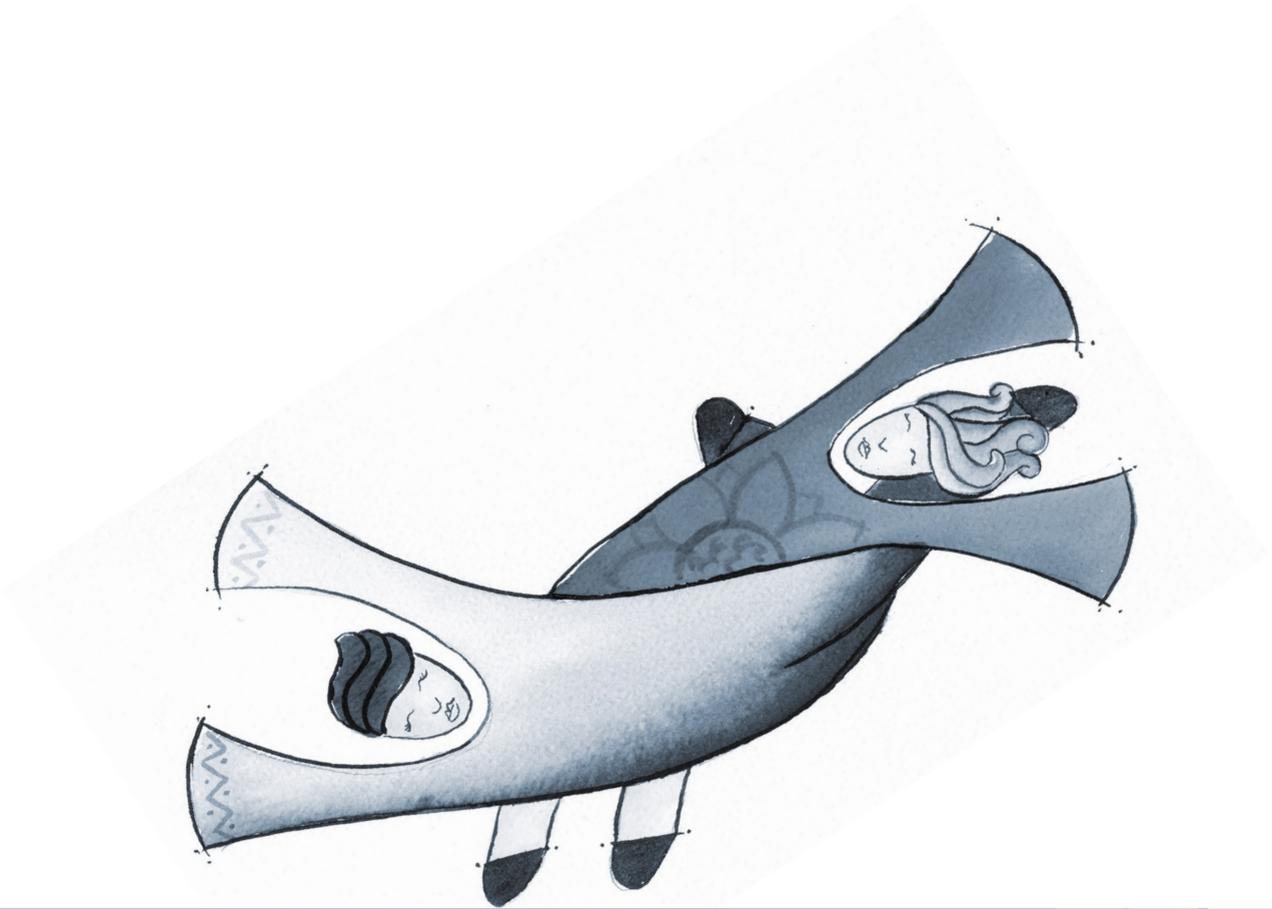
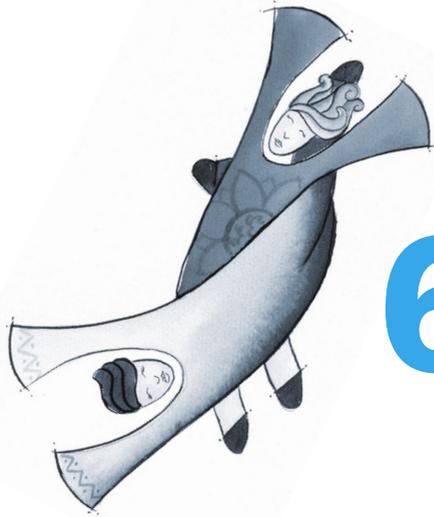


# Capítulo 6





# 6

## Derechos sexuales y reproductivos

L

La sexualidad y la reproducción remiten a las formas a través de las cuales el cuerpo no sólo se materializa como una entidad biológica, sino que también se constituye en un lugar histórico social y culturalmente construido, por medio del cual se gestiona la vida individual y colectiva. El cuerpo así entendido, además de ser un instrumento político de control y de reproducción de lo social a través de la sexualidad y la reproducción, es el primer escenario en donde se vivencia la existencia o inexistencia de condiciones materiales para una vida digna, así como los marcos éticos que le dan horizontes de posibilidad y de futuro a las sociedades. Es en el cuerpo en donde se registra la primera huella del ejercicio o no de los derechos humanos; del respeto o la vulneración del principio de la dignidad humana; y del ejercicio de la ciudadanía en tanto relación política y social modulada por la identidad y la diferencia, como cualidades emergentes en la intersubjetividad, es de-

cir, en la interacción con los otros y las otras. Hablar de derechos sexuales y reproductivos es entonces, hablar de los derechos humanos inscritos en el cuerpo cuyo disfrute depende de las condiciones materiales y simbólicas que asociadas a la etnia, la clase social, el género, la edad, etc., favorecen u obstaculizan su ejercicio.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos – DSR – es el resultado de la lucha de las mujeres desde las décadas del sesenta y setenta por la autodeterminación, es decir, por hacer visibles las reivindicaciones universalistas y aparentemente neutrales que disfrazaban intereses políticos discriminatorios (los cambios poblacionales y las necesidades reproductivas del nuevo orden social, por ejemplo) alrededor del cuerpo femenino y su sexualidad, de un lado y de otra parte, por el derecho a participar en la determinación de las categorías sociales y los imaginarios sobre los cuales se estimaba el contenido y el alcance de los derechos humanos en términos de su titularidad y ejercicio, así como las circunstancias bajo las cuales se instituían en políticas públicas.

Aunque éstos se inscriben, en principio, en el terreno del derecho a la salud sexual y reproductiva en tanto aluden a los “*ámbitos que permiten proteger y avanzar en los intereses vitales relacionados [con ésta]*”<sup>1</sup> entendida como “*la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad*”<sup>2</sup>, su aplicación desde el punto de vista de la indivisibilidad, universalidad e interdependencia de los derechos humanos, remite no sólo al terreno de los derechos económicos, sociales y culturales, sino también al de los derechos civiles y políticos y de los llamados derechos de la solidaridad.

Así, si bien el proceso de construcción del marco ético jurídico sobre derechos sexuales y reproductivos puede identificarse incluso desde los tratados de derechos humanos que desarrollan la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, tales como el Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales y el Pacto internacional de derechos civiles y políticos (1966); serán la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (1979), la Convención sobre los derechos del niño (1989), la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer – Convención Belém do Pará (1994), y fundamentalmente, las Conferencias Internacionales de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos (Viena 1993), de Población y Desarrollo (Cairo 1994) y la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer (Beijing 1995), los instrumentos internacionales de protección de derechos humanos, que contribuirían al “*reconocimiento de que la protección de la salud sexual y reproductiva es un asunto de justicia social y*

*que la realización de la salud solo puede ser lograda a través de la garantía de los Derechos Humanos en el campo de la reproducción, la sexualidad y la afectividad (...)* [los derechos sexuales y reproductivos] *comienzan en el entorno individual de cada persona [y le corresponde al Estado] garantizar su ejercicio y respeto*”<sup>3</sup>.

El Estado colombiano ha adherido de manera voluntaria a estos instrumentos internacionales, hecho que lo compromete en la promoción y cumplimiento de la premisa según la cual:

[El derecho a la salud sexual y reproductiva comprende] la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y el espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir de discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil, de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo a su ciclo vital.<sup>4</sup>

En este sentido, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003, define los derechos sexuales y reproductivos como derechos fundamentales que, asociados al “*derecho básico de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva para contribuir al*

<sup>1</sup> COOK, Rebecca; (et al). *Principios de derechos humanos. En: Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho. Bogotá: Oxford, Profamilia, junio de 2005, p. 150*

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 166

<sup>3</sup> CALDERÓN, María Cristina. *Los derechos y la salud sexual y reproductiva. Bogotá: PROFAMILIA, marzo 31 de 2006 (Mimeo), pp. 5 y 6*

<sup>4</sup> *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). Objetivo Estratégico C - párrafos 94, 95 y 96; y Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994) Programa de Acción . capítulo VII. Citado en: COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, febrero de 2003, p. 9*

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 13

*desarrollo de las personas y al mejoramiento de su calidad de vida”<sup>5</sup>, aluden al hecho de que “las decisiones sobre la sexualidad y la reproducción y la atención de las enfermedades y eventos relacionados con ellas, entrañan el ejercicio de derechos tales como el derecho a la vida (...); a la igualdad, (...) a no sufrir ningún tipo de discriminación (...); [y] a la integridad personal (...) entre otros.”*

Diversos autores y autoras<sup>6</sup> han señalado diferentes maneras de agrupar los derechos sexuales y reproductivos; sin embargo dichos agrupamientos tienen en común, que se formulan en función de su aplicación desde el punto de vista de los derechos individuales y desde allí de los demás derechos humanos comprometidos, en particular aquellos relacionados con la dignidad, la igualdad y la equidad.

Para los efectos del presente capítulo se definieron cinco (5) líneas de derechos: el derecho a la autodeterminación reproductiva, libre opción a la maternidad y protección en caso de embarazo; el derecho a la vida, la libertad, la supervivencia, la seguridad y a una sexualidad libre de riesgos; el derecho a la no discriminación y al respeto por las diferencias; el derecho a la información y a la educación; y el derecho a la atención y protección en salud y a los beneficios del progreso científico.

Con estas líneas de derechos, se busca analizar a través la doctrina de protección integral, la perspectiva de derechos de la infancia, la perspectiva de género y el principio de corresponsabilidad, la situación de los derechos sexuales y reproductivos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en el marco del Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, en tanto grupo poblacional que no es ajeno a las prácticas de violencia legitimadas y en muchas ocasiones naturalizadas por la cultura, asociadas al

control del cuerpo a través del control del ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

En Colombia, los niños, niñas, y adolescentes, no solo están expuestos al riesgo de ser víctimas de explotación, abuso, acoso y violación como formas de violencia sexual contra ellos y ellas. También pueden ser víctimas de otro tipo de violencias sustentadas en referentes culturales y prácticas de discriminación y exclusión por razones socioeconómicas, de edad, género, etnia, etc., que a propósito del ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, determinan sus posibilidades en primer lugar, para acceder a la atención en salud, a la información y la formación dispuesta para brindarle herramientas para la toma de decisiones alrededor de su salud sexual y reproductiva; en segundo lugar, para construir libremente su identidad y las formas de relacionarse con los otros y las otras, realizando un ejercicio autónomo, responsable y pleno de su sexualidad; y en tercer lugar, interpelar las representaciones sociales frente a la reproducción que inciden en la facultad que tengan para planear una familia, ejercer la maternidad y la paternidad, entre otras.

La Defensoría del Pueblo en tal sentido, considera inaplazable y de la mayor pertinencia el análisis del ejercicio de derechos sexuales y reproductivos en niños, niñas y adolescentes, debido a que estos grupos poblacionales están viendo afectados sus derechos a la vida, a la libertad, a la autonomía, a la integridad y al bienestar físico, a la igualdad, a la salud y a la educación, entre otros, habida cuenta de las transformaciones culturales que favorecen la iniciación temprana de las relaciones sexuales y los factores socioeconómicos que inciden en el incremento y la prevalencia del embarazo adolescente.

En particular, se considera de vital importancia el análisis del ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de la niñez, toda vez que los y las niñas colombianas están

siendo las principales víctimas de violencia sexual, en especial las niñas y las adolescentes entre los 4 y 14 años, bajo contextos en donde el restablecimiento de los derechos vulnerados con ocasión del delito cometido contra la libertad, la integridad y formación sexuales, se ve afectado por el bajo nivel de denuncia y los altos niveles de impunidad que comportan este tipo de prácticas.

La no denuncia como uno de los factores que favorece la impunidad con respecto a los delitos sexuales cometidos contra este sector poblacional, se asocia entre otras causas, al miedo a la retaliación por parte de las y los agresores si se denuncia el hecho, máxime si son actores armados y sus víctimas niños, niñas y adolescentes; a la dependencia económica y afectiva de la víctima con ocasión de los vínculos afectivos y/o familiares con quien ejerce este tipo de violencia en su contra; a la naturalización del acto violento; al desconocimiento de los derechos, etc.<sup>7</sup>

La Defensoría del Pueblo ha venido insistiendo en que este contexto de vulneración de derechos sexuales y reproductivos no sólo se manifiesta en espacios familiares, comunitarios e institucionales, sino que se exacerba bajo escenarios de conflicto armado, y que por lo tanto, tales prácticas vulneratorias además de ser analizadas desde el punto de vista de la no observancia y aplicación del derecho internacional de los derechos humanos, deben ser evaluadas en el marco del derecho internacional humanitario y del derecho penal internacional.

La degradación del conflicto armado en Colombia, tal y como lo evidencian informes nacionales e internacionales en la materia<sup>8</sup>, no sólo ha traído consigo la generalización del recurso de la violencia contra las mujeres, los niños, las niñas y las y los adolescentes, favorecida por las lógicas de actuación de los actores del conflicto con respecto a la población civil<sup>9</sup>, sino que también ha evidenciado la violación sistemática de los derechos sexuales y reproductivos de las y los combatientes de los grupos armados ilegales, situación que, a propósito de la problemática que convoca la realización del presente estudio, muestra de manera enfática, las consecuencias lamentables de la participación de niños, niñas y adolescentes en la guerra.

Bajo este contexto, la Defensoría del Pueblo considera de suma importancia los esfuerzos que se encaminen a la protección y promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los niños, niñas y adolescentes desvinculados de los grupos armados en Colombia en el marco del deber de garantía del Estado, la sociedad y la familia en materia de protección integral, no sólo como condición para su reconocimiento como sujetos de derechos, sino también en función de asegurarles condiciones de vida que permitan su desarrollo integral. En este sentido, se hace imprescindible, adicionalmente, el desarrollo de programas de atención y prevención orientados a brindar las herramientas necesarias para incentivar en dicha población prácticas de responsabilidad y autocuidado en el ejercicio de la sexualidad.

<sup>6</sup> Ver en particular: MUNEVAR, Dora Inés. *El Derecho a tener Derechos: postulado arendtiano para pensar los derechos del cuerpo. Ponencia presentada en el Seminario Hacia una agenda sobre sexualidad y derechos humanos en Colombia. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Centro de Estudios Sociales y Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos, Bogotá, D.C., 18, 19, 20 y 21 de marzo de 2004.* DE LA ESPRIELLA, Adriana. *Sexualidad y Reproducción: ¿qué derechos tienen las colombianas y los colombianos?.* Bogotá: PROFAMILIA, enero de 2005. COOK, Rebecca; (et al). *Salud reproductiva y derechos humanos ... Op. Cit., pp. 143 - 210*

<sup>7</sup> Ponencia presentada por María Cristina Hurtado Sáenz, Delegada de la Niñez, la Juventud y la Mujer de la Defensoría del Pueblo de Colombia, al Seminario Internacional "Una mirada al acceso a la justicia en los países de la región andina", realizado en Lima - Perú entre los días 1 y 2 de agosto de 2005 y convocado por la Señora Susana Villarán, Relatora Especial sobre Derechos de la Mujer de la Comisión Interamericana de Derechos de la Organización de Estados Americanos - OEA.

Por lo tanto, y bajo el objetivo de aportar elementos de análisis que se constituyan en insumos para generar recomendaciones de política pública destinadas a la garantía y el restablecimiento de sus derechos en el caso en que estos hayan sido vulnerados, a continuación se presentan los hallazgos por línea de derechos en materia de situación de derechos sexuales y reproductivos de los niños, niñas y adolescentes del Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF en la materia.

Es importante señalar, que el acercamiento a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al programa, se hizo desde una postura ética basada en el respeto, la información, la voluntariedad y la confidencialidad necesarias para evitar su revictimización.

### **6.1. Derecho a la autodeterminación reproductiva, libre opción a la maternidad y a la protección en caso de embarazo**

En este grupo se inscriben los derechos de las personas referidos a decidir libremente el número y espaciamiento de las y los hijos, a la protección en caso de maternidad (incluye la laboral) y a tener una vida privada y familiar. Involucra así mismo, el derecho a la intimidad entre personas del mismo sexo.

Como lo señala Cook<sup>10</sup>, la protección de estos derechos parte del reconocimiento del derecho a la intimidad de las personas para decidir de manera autónoma sobre su proyecto de vida, y en el caso de las parejas y las familias, para decidir sobre sus proyectos conjuntos y su propia conformación; en esta medida, la ingerencia sobre las decisiones acerca del número de hijos e hijas y su espaciamiento, impacta negativamente el ejercicio del derecho a la libertad y la autonomía de las y los sujetos, sus parejas y sus grupos familiares.

Este grupo de derechos incluye además la autonomía de las personas, en particular de las mujeres, para decidir si quieren o no tener hijos e hijas de manera libre y responsable (art. 42 de la Constitución Política de 1991) y la protección en caso de embarazo. Una vez que se produce el embarazo y atendiendo las circunstancias de incremento del riesgo tanto para la salud de la madre como del hijo o la hija en gestación, el derecho a la protección de las mujeres embarazadas remite a la atención integral durante la gestación y después del parto. Es importante señalar que esta atención debe ser prestada independientemente de las circunstancias que hayan conducido al embarazo, e implica el respeto por las garantías constitucionales y legales para la protección del mismo y la maternidad (prohibición de despido, subsidio alimentario, licencias, entre otras).

Las restricciones sociales, económicas o culturales que interfieran en las decisiones sobre la procreación, son indicativas de una vulneración al derecho a la autodeterminación reproductiva en la medida en que se constituyen en barreras de acceso a los medios económicos, las prácticas científicas y la información necesarias para que los derechos a la intimidad y la libertad sean respetados.

El contexto cultural y socioeconómico puede incidir negativamente en el ejercicio de este derecho particularmente para las mujeres, dado que la imposición histórica de comportamientos alrededor de la sexualidad y la reproducción, así como las condiciones particulares de vulnerabilidad económica y social en las que se encuentre esta población, inciden en el acceso que pueda tener a los métodos y las prácticas para la decisión libre, conciente e informada sobre la procreación y pueden influir en un manejo riesgoso de las relaciones sexuales.

Del mismo modo, las condiciones de privación económica y afectiva, habida cuenta de los procesos identitarios que tienen lugar en la adolescencia, pueden

influir las decisiones sobre la sexualidad y la reproducción, en particular pueden incidir en que la reproducción, se convierta en una forma de dar sentido al propio proyecto de vida y por esta vía garantizar el fortalecimiento de sus propias redes afectivas.

Con el objetivo de observar el ejercicio de este conjunto de derechos en la población sujeto, se incluyeron preguntas encaminadas tanto a indagar sobre los imaginarios relativos a la responsabilidad de hombres y mujeres sobre la sexualidad y la reproducción, como a explorar las prácticas asociadas al control de la reproducción y las decisiones y opciones en materia de procreación; lo anterior, con el fin de identificar los grados de libertad y las condiciones de dignidad implícitas en el disfrute o vulneración de estos derechos.

De esta manera, la pregunta sobre quién debe ser el responsable de evitar embarazos no deseados en una pareja se realizó entre los niños, niñas y adolescentes desvinculados de los grupos armados y que se encuentran en el programa del ICBF, con el fin de detectar imaginarios culturales que estén influyendo en el tipo de relaciones entre los géneros en esta población y en el ejercicio responsable de su sexualidad.

**Tabla No. 41**  
Percepción de niños, niñas y adolescentes frente a la responsabilidad de evitar embarazos.  
Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005

Responsable	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
El hombre	0	0	38	10,5
La mujer	106	65	70	19,3
Ambos	57	35	249	68,8
No sabe	0	0	2	0,5
N/R	0	0	3	0,9
Total	163	100	362	100

En este tema los datos son significativos si se desagregan por sexo, pues mientras más de la mitad de las mujeres (65%) afirmó que la responsabilidad de evitar los embarazos recae sobre ellas, los hombres casi en esa misma proporción (68,8%) dijeron que la responsabilidad es compartida. Este hecho puede deberse a que la percepción de las mujeres y los hombres frente al tema están mediadas por los efectos que sobre ellos y ellas tienen los patrones de crianza, los escenarios de socialización, así como los referentes culturales que han perpetuado la noción según la cual, la reproducción es una función biológica y social y un deber fundamentalmente femenino, no obstante que las decisiones alrededor de la misma se circunscriban a las relaciones de pareja, e inclusive, estén sujetas a la intervención de los ordenamientos políticos, en función del recurso humano deseado en un momento histórico determinado.

En este sentido, las acciones de promoción y divulgación de los DSR que desde la política pública se realicen con esta población, deben dirigirse a formular estrategias pedagógicas orientadas a transformar los imaginarios alrededor de la reproducción, democratizar las relaciones entre los sexos al interior de la pareja y el espacio familiar, y proponer espacios y metodologías en donde las y los adolescentes, puedan construir marcos de responsabilidad que desde una perspectiva de equidad entre los géneros y bajo el respeto por el derecho a la autodeterminación reproductiva, aporten al proceso de toma de decisiones relativas al embarazo, la maternidad y la paternidad.

El ejercicio responsable de la sexualidad desde el punto de vista de la autodeterminación reproductiva y la libre opción de la maternidad, remite igualmente a la posibilidad de decidir tener relaciones sexuales sin fines de procreación

<sup>9</sup> Lógicas que profundizan las condiciones de vulnerabilidad a que se ven expuestos dado su género, su edad, los referentes culturales alrededor de la sexualidad y la reproducción, y de los mecanismos de control simbólico y territorial que despliegan los actores armados y que constituyen sus cuerpos vulnerados como “botines” o “armas de guerra”.

<sup>10</sup> COOK, Op Cit., pp. 167 - 177

y a hacerlo como un proceso libre, personal y privado; por lo tanto, implica analizar los contextos alrededor del uso de métodos anticonceptivos – MAC, que hacen posible una práctica de la sexualidad libre de riesgos de embarazos no planeados y de infecciones de transmisión sexual, o por el contrario, prácticas que devienen en factores de riesgo de sufrir afectaciones graves a la salud sexual y reproductiva de quienes deciden o son obligados u obligadas a utilizar un método en particular dado las implicaciones de su uso.

Bajo esta premisa, y teniendo en cuenta que la posibilidad de utilizar métodos anticonceptivos es un factor indispensable para decidir tener relaciones sin fines reproductivos<sup>11</sup>, se indagó por el uso de MAC en los y las adolescentes que afirmaron haber tenido relaciones sexuales y por el momento de la vida en que utilizaron dichos métodos.

Al respecto, se encontró en primer lugar, un peso importante del uso de métodos como el condón, las píldoras, el dispositivo intrauterino, el diafragma, el norplant, el método inyectable, los óvulos, espermicidas y tabletas vaginales, y en menor medida, del uso de métodos como la abstinencia periódica calendario (el ritmo) y coito interrumpido: mientras el 92,3% de las mujeres y el 88,6% de los hombres afirmaron haber usado alguna vez un método hormonal o de barrera como los descritos, el 46,8% de las mujeres y el 38,5% de los hombres por su parte, afirmaron haber usado alguna vez el ritmo y el coito interrumpido respectivamente.

El hecho de que estos dos métodos hayan obtenido dicho porcentaje merece particular atención ya que, como lo reconoce la Organización Mundial de la Salud - OMS<sup>12</sup>, el porcentaje de mujeres con embarazo no planificado durante el primer año de uso, es decir el porcentaje de fallo por concepto del uso perfecto<sup>13</sup> de estos métodos es significativo en relación con el porcentaje de fallo de métodos

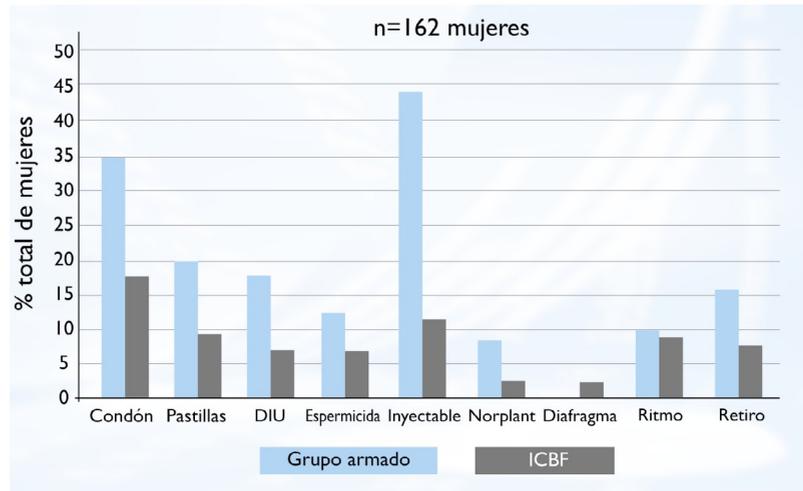
de barrera u hormonales. Así, mientras el porcentaje de fallo con respecto al uso perfecto del método del ritmo y del coito interrumpido es de del 9% y el 27% respectivamente (lo que significa que de cada 100 mujeres 9 y 27 quedan embarazadas durante el primer año del uso del método), el porcentaje de fallo con respecto al uso perfecto de anticonceptivos orales combinados y de progestina sola (píldoras anticonceptivas), por ejemplo, es del 0,3% y del DIU del 0,6%.

En segundo lugar, y como se infiere de los siguientes gráficos, es más frecuente el uso de métodos anticonceptivos en los grupos armados que en el programa del ICBF, situación que podría responder, entre varios factores, al hecho de que en los grupos armados ilegales existan medidas y prácticas sistemáticas de imposición de métodos anticonceptivos (el porcentaje que se obtiene al indagar sobre la anticoncepción forzada en los grupos armados ilegales así lo evidencia como se verá más adelante); a que las y los adolescentes y en el marco de sus percepciones en torno al ejercicio de la sexualidad, no se sientan con la libertad para tener relaciones sexuales estando en el programa de ICBF; y que al expresar no querer tener una pareja durante el tiempo que permanezcan en el programa, algunos de ellos y ellas consideren que no es necesario el uso permanente de un método temporal para prevenir embarazos o evitar infecciones de transmisión sexual.

En tercer lugar, que el método de mayor frecuencia en el grupo armado en las respuestas de las mujeres y hombres adolescentes encuestados es el inyectable, y que no obstante el orden de frecuencia, los métodos que le siguen como respuesta para ambos sexos son el condón, el coito interrumpido y las pastillas o píldoras.

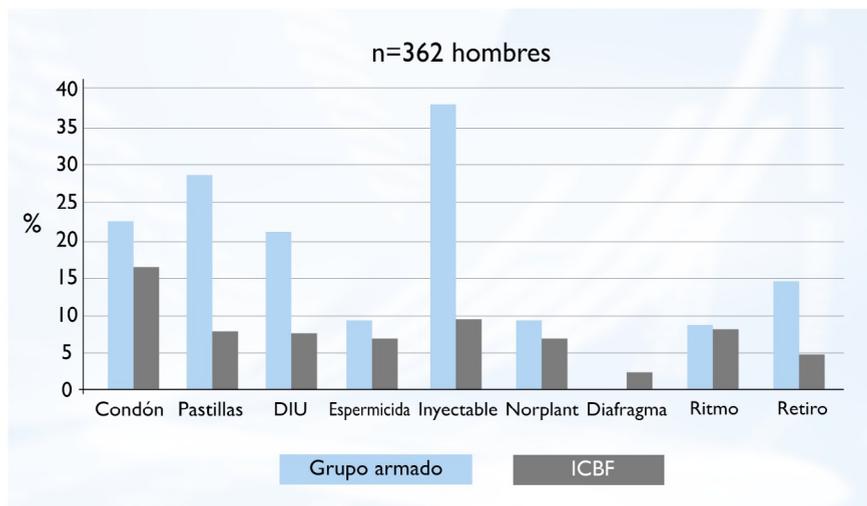
### Gráfico No. 25

Distribución del uso de métodos anticonceptivos – MAC por momentos de uso de niñas y adolescentes y/o sus parejas.  
Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005



### Gráfico No. 26

Distribución del uso de métodos anticonceptivos – MAC por momentos de uso de niños y adolescentes desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005



Estos hallazgos son de la mayor relevancia para el presente estudio, ya que al relacionar más adelante esta información con el uso de métodos anticonceptivos en contra de la voluntad, se podrán inferir prácticas recurrentes de los actores armados ilegales con respecto al control del cuerpo, la sexualidad y la reproducción de las y los adolescentes combatientes, en particular de las mujeres, y que, devienen en factores de riesgo para la salud y la calidad de su vida sexual y reproductiva.

<sup>11</sup> DE LA ESPRIELLA, Adriana. *Sexualidad y Reproducción...* Op. Cit., p.51

<sup>12</sup> Ver: *Recomendaciones sobre prácticas seccionadas para el uso de anticonceptivos* publicado por el Department of Reproductive Health and Research (RHR), World Health Organization. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/spr/index.htm> [consulta: abril de 2006]

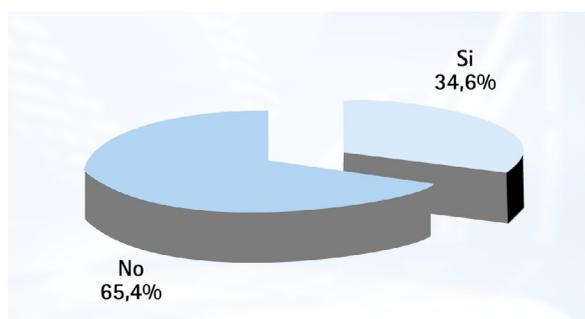
<sup>13</sup> Se refiere al uso sistemático y correcto del método anticonceptivo

Es importante señalar en este sentido, que en efecto, el cuerpo de las mujeres ha sido utilizado históricamente como instrumento de control social a través de medidas demográficas y de control de la natalidad; ha sido sobre ellas que ha recaído el uso de métodos artificiales desarrollados para controlar el número de hijos y espaciar los nacimientos; han sido ellas quienes a lo largo de los años, han sufrido en sus cuerpos, en su vida reproductiva y su calidad de vida, el impacto de dichas medidas; y que por lo tanto, el indagar sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos se hace necesario con el fin de generar escenarios favorables para el disfrute a través del cuerpo de sus derechos humanos.

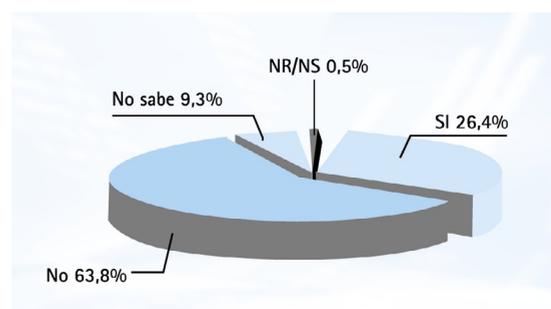
Se afirmaba en párrafos anteriores que las prácticas relacionadas con el control de la reproducción y las decisiones y opciones en materia de procreación, eran elementos que asociados en contextos socioeconómicos y culturales particulares, permitían dar cuenta de los horizontes de posibilidad para el ejercicio de la autodeterminación reproductiva y la libre opción de la maternidad; pues bien, al indagar sobre las mujeres que han estado alguna vez en embarazo y los hombres cuyas parejas han estado alguna vez en embarazo, se encontró un porcentaje significativo de embarazo adolescente.

En adelante, para efectos del análisis de resultados y con el objeto de darle un tratamiento acertivo a los hallazgos encontrados, no se tendrá en cuenta el universo expandido de la población sujeto del estudio, sino que se hará referencia estrictamente al (n) de la muestra, es decir, al número de mujeres adolescentes entrevistadas que afirmaron haber estado en embarazo alguna vez y al número de hombres adolescentes entrevistados que afirmaron saber si sus parejas han estado alguna vez en embarazo, y que en consecuencia, respondieron las preguntas subsiguientes alrededor de los temas asociados al embarazo y la pérdida de hijos e hijas antes de nacer.

**Gráfico No. 27**  
**Porcentaje de mujeres que han estado en embarazo alguna vez.**  
 Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005



**Gráfico No. 28**  
**Porcentaje de hombres cuya pareja ha estado en embarazo alguna vez.**  
 Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005



Un 34,6% de las adolescentes mujeres afirmó haber estado en embarazo alguna vez, mientras un 26,4% de los adolescentes hombres afirmó que alguna de sus parejas estuvo alguna vez en embarazo. Es importante señalar que entre las adolescentes que dijeron haber estado en embarazo, una tercera parte (32,8%) afirmó haberlo estado más de una vez, mientras que en los adolescentes, un 17,5% afirmó que más de una vez alguna de sus parejas había estado en embarazo. Llama la atención que un 9,3% de los hombres no sabe si alguna de sus parejas ha estado embarazada alguna vez, este hecho es indicativo de prácticas sexuales sin protección y de una delegación de la responsabilidad de la gestación y la crianza en las mujeres.

Tal como lo reconoce la OMS, “*el riesgo de muerte asociado al embarazo es dos veces mayor entre las adolescentes de 15 a 19 años y cinco veces superior en las adolescentes entre 10 y 14 años en comparación con las mujeres mayores de 20 años*”<sup>14</sup>. Las hemorragias durante el primer trimestre del embarazo, la anemia, la desnutrición, la obstrucción o retraso del parto, el bajo peso al nacer y la toxemia del embarazo, son otros riesgos relacionados con la gestación temprana.

**Tabla No. 42**  
Edad según sexo del primer embarazo.  
Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes  
Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del  
ICBF, ago – sep 2005

Edad	Sexo			
	Femenino*		Masculino**	
	n	%	n	%
No sabe	1	2,6	1	1,8
11	2	5,3	0	0
12	1	2,6	3	5,5
13	6	15,8	1	1,8
14	5	13,2	11	20
15	11	28,9	13	23,6
16	8	21,1	15	27,3
17	3	7,9	5	9,1
18	1	2,6	5	9,1
19	0	0	1	1,8
Total	38	100	55	100

\* Total de mujeres que afirmaron saber cuantas veces han estado en embarazo. No tiene en cuenta los datos que el procesamiento arrojó como perdidos (2 casos).

\*\* Total de hombres que afirmaron saber cuantas veces han estado en embarazo sus parejas. No tiene en cuenta los datos que el procesamiento arrojó como perdidos (1 caso).

En consecuencia, si bien todas las adolescentes entrevistadas que afirmaron haber estado alguna vez en embarazo han estado expuestas así mismo a riesgos sobre su salud como consecuencia del embarazo en edades entre los 11 y los 19 años (ver Tabla No. 42), cerca

del 40% de éstas, es decir las adolescentes que afirmaron haber estado en embarazo alguna vez entre los 11 y 14 años, han sido una población particularmente expuesta a un alto riesgo de mortalidad materna.

Es importante señalar que, un efecto adicional del embarazo de mujeres menores de 14 años es el incremento de la vulnerabilidad de estas adolescentes a sufrir diferentes manifestaciones de fístula obstétrica. Definida como una “*disfunción de salud grave derivada de (...) un parto a una edad temprana*”, la fístula obstétrica es una “*discapacidad materna que puede ocurrir en casos de trabajo de parto obstruido [y es descrita como] un hueco que se forma en la pared vaginal que comunica con la vejiga (...) con el recto (...) o con ambos (...)*”<sup>15</sup>. Sus principales consecuencias son la incontinencia urinaria o fecal, la excoriación de la vulva, la amenorrea secundaria, e incluso Cook afirma citando a la OMS<sup>16</sup>, que las mujeres que sobreviven a un trabajo de parto prolongado y obstruido también pueden sufrir daños nerviosos locales.

Dentro de los efectos del embarazo adolescente, en particular del no deseado, se encuentran otras implicaciones de tipo psicológico y sociocultural. Desde el punto de vista psicológico teniendo en cuenta las particularidades de cada una de las madres, el embarazo adolescente no deseado puede generar baja autoestima, depresión, sentimientos de frustración que conlleven a inadecuados hábitos de autocuidado y la realización de actividades que pongan en riesgo la salud propia y la del que está por nacer. Así mismo, el rechazo al embarazo en caso que ello suceda, tiene serias repercusiones con respecto al bienestar físico, psicológico y social del mismo, en la medida en que si el vínculo madre - hijo/hija está mediado

<sup>14</sup> CENTER for Reproductive Rights. *La aplicación de los derechos reproductivos de los/las adolescentes a partir de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña*. [http://l.crlp.org/esp\\_pub\\_art\\_adolescentes.html](http://l.crlp.org/esp_pub_art_adolescentes.html). [consulta. abril de 2006].

<sup>15</sup> COOK. *Op. Cit.*, p. 173

<sup>16</sup> OMS. *Obstetric Fistulae: A review of available information*. Ginebra: OMS, 1991. Citado en: COOK. *Ibid.*, pp. 173 - 174

por prácticas de violencia que han recaído sobre la madre, ésta a su vez, puede reproducir episodios de maltrato, negligencia y abandono de la niña o el niño recién nacido.

restringiendo oportunidades de estudio, aumentando los riesgos de explotación laboral y sexual, así como de violencia intrafamiliar, entre otros.

El embarazo durante la adolescencia y particularmente durante la infancia, de otra parte, conlleva para las personas (y para el país) un alto costo económico y social (con consecuencias generacionales) debido a que el tiempo necesario para el desarrollo físico y psicológico se disminuye y se acelera el acceso al mundo del trabajo (sea este remunerado o en el hogar) lo cual genera una subsecuente cadena de violaciones de derechos de la infancia,

Las implicaciones físicas y psicosociales referidas con respecto a la gestación temprana, pueden verse mitigadas o exacerbadas si el contexto en el que se produce el embarazo es favorable para el desarrollo del mismo o por el contrario se constituye en un factor de riesgo adicional. En este sentido, indagar con respecto al momento en el que se produce el embarazo tiene como propósito identificar la existencia o no de dichos riesgos adicionales.

**Tabla No. 43**  
**Momento del embarazo de niños, niñas y adolescentes.**  
**Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005**

Momento	Sexo							
	Mujeres*				Hombres**			
	Si	No	NS/NR	Total	Si	No	NS/NR	Total
Antes de estar en el grupo armado	5	33	1	39	11	43	0	54
En el grupo armado	26	13	1	40	30	26	0	56
En el programa del ICBF	16	23	0	39	17	38	0	55
Entre la salida del grupo armado y la entrada al programa de ICBF	0	36	2	38	2	52	0	54

\* Total de mujeres que afirmaron saber cuantas veces han estado en embarazo. No tiene en cuenta los datos que el procesamiento arrojó como perdidos (variando según opción de respuesta entre 1 y 2 casos).

\*\* Total de hombres que afirmaron saber cuantas veces han estado en embarazo sus parejas. No tiene en cuenta los datos que el procesamiento arrojó como perdidos (variando según opción de respuesta entre 1 y 2 casos).

las adolescentes entrevistadas como de las parejas de los adolescentes entrevistados, coincide con el tiempo durante el cual estuvieron en el grupo armado. En efecto, se encontró que de las mujeres que afirmaron saber cuántas veces habían estado en embarazo (38), 26 señalaron el grupo armado como el momento en el que estuvieron alguna vez en tal estado; así mismo, que de los hombres que afirmaron saber cuántas veces habían estado en embarazo sus parejas (55), 30 señalaron el grupo armado como el momento en el que ellos se encontraban cuando sus parejas estuvieron en estado de gravidez.

**Tabla No. 44**

**Distribución por sexo y por grupo armado, de las respuestas sobre embarazos en el grupo armado. Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del**

**ICBF, ago – sep 2005**

Grupo armado al que perteneció	Embarazos en el grupo armado							
	Mujeres*				Hombres**			
	Si	No	NS/NR	Total	Si	No	NS/NR	Total
FARC	16	8	1	25	13	13	0	26
AUC	3	2	0	5	9	8	0	17
ELN	5	1	0	6	5	2	0	7
ACC	0	2	0	2	2	3	0	5
ERP	1	0	0	1	0	0	0	0
Otros	1	0	0	1	1	0	0	1
Total	26	13	1	40	30	26	0	56

\* Total de mujeres que afirmaron saber cuantas veces han estado en embarazo. No tiene en cuenta los datos que el procesamiento arrojó como perdidos (2 casos).

\*\* Total de hombres que afirmaron saber cuantas veces han estado en embarazo sus parejas. No tiene en cuenta los datos que el procesamiento arrojó como perdidos (1 caso).

Adicional al hecho de que es durante su permanencia en el grupo armado que las y los adolescentes quedan en su mayoría en embarazo (recuérdese que para el caso de los hombres sus parejas), se hallaron indicios significativos por grupo armado con respecto al peso específico que tiene este momento de la vida (al menos la mitad de las mujeres adolescentes estuvieron alguna vez en embarazo durante su permanencia en el grupo armado), como contexto que favorece, tal como se señalaba anteriormente, la configuración de factores que se exacerban en escenarios de conflicto armado y que inciden en el incremento y la prevalencia del embarazo en la adolescencia en los grupos armados ilegales.

Es importante llamar la atención sobre las condiciones de riesgo para la salud sexual y reproductiva de las madres adolescentes gestantes al interior de los grupos armados ilegales, en tanto que dichas condiciones no sólo están determinadas por factores ambientales y de salubridad, o de los riesgos propios del embarazo en esa etapa de la vida, sino también, por las actividades propias de la vida en estructuras político militares, de las que las mujeres no están exentas y que implican un alto nivel de exposición a afectaciones a la vida y la integridad personal, e incluso, que los imaginarios y la práctica alrededor de

la maternidad y paternidad, necesariamente terminen signados por la impronta de la guerra.

De manera particular, es importante llamar la atención sobre el hecho de que el embarazo de mujeres adolescentes al interior de los grupos armados ilegales puede estar constituyendo, en un indicio de delitos sexuales y que tal situación hace evidente, la necesidad de formular estrategias eficaces de prevención de la ocurrencia de este delito, así como de estrategias orientadas a garantizar el acceso a la justicia por parte de las víctimas y a la restitución y reparación de sus derechos sexuales y reproductivos vulnerados, en especial, aquellos asociados a las violencias de género que obstaculizan el disfrute de la libre opción de la maternidad y la autodeterminación reproductiva.

Para la observancia de los niveles de vulneración o no de estos derechos desde el punto de vista de la autodeterminación reproductiva y la libre opción de la maternidad, es necesario analizar igualmente otros factores asociados al ejercicio de la paternidad y la maternidad como el número de hijos e hijas, los y las hijas en gestación, así como las y los hijos perdidos antes de nacer, teniendo en cuenta el momento de la vida en que se perdieron.

Al respecto, se encontró que el 52% de las adolescentes que han estado embarazadas alguna vez tienen hijos o hijas y el 15,4% se encuentra en gestación. Por su parte, que el 51,4% de los adolescentes hombres que afirmaron saber si alguna de sus parejas han estado en embarazo, tienen hijos, y que el 14,3% afirmó que sus parejas se encuentran en embarazo en la actualidad.

Del hallazgo anterior se puede inferir un alto porcentaje de hijos e hijas perdidas antes de nacer, si se tiene en cuenta que los porcentajes restantes, corresponden a las y los adolescentes que no responden a la pregunta “¿tienes hijos?” y a aquellos y aquellas que señalan que no los tienen aunque hallan afirmado con anterioridad haber estado alguna vez en embarazo o conocer si sus parejas lo han estado alguna vez.

En efecto, de las 93 personas que afirmaron haber estado en embarazo alguna vez o conocer si alguna de sus parejas ha estado en embarazo, 29 señalaron haber perdido alguno de sus hijos o hijas antes de que naciera (13 eran mujeres y 16 hombres)<sup>17</sup>. Lo anterior significa que el 31,2% de los embarazos no llegaron a término; que la población estudiada supera al menos en 10 puntos los indicadores a nivel mundial, que señalan que en general, entre el 15 y 20% de los embarazos terminan en aborto espontáneo o inducido<sup>18</sup>; y que, independientemente de los niveles de subregistro que pueda presentar esta pregunta<sup>19</sup>, el impacto registrado tanto del embarazo adolescente como de la pérdida de las y los hijos antes de nacer, remite a la necesidad de intervención psicológica en el programa del ICBF para controlar los eventos post-traumáticos que puedan dejar tales experiencias.

**Tabla No. 45**  
**Distribución por sexo y por momento en que niños, niñas y adolescentes perdieron hijos e hijas antes de nacer.**  
**Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005**

Momento	Sexo					
	Mujeres*			Hombres**		
	Si	No	Total	Si	No	Total
Antes de estar en el grupo armado***	1	12	13	3	13	16
En el grupo armado	13	1	14	10	7	17
En el programa del ICBF***	1	12	13	3	13	16
Entre la salida del grupo armado y la entrada al programa de ICBF***	0	13	13	2	14	16

\* Mujeres que han estado en embarazo alguna vez y que han perdido hijos-as antes de nacer

\*\* Hombres cuyas parejas han estado en embarazo alguna vez y que han perdido hijos-as antes de nacer

\*\*\* El (n) correspondiente a cada opción de respuesta no tiene en cuenta los datos que el procesamiento arrojó como perdidos (1 caso)

De la tabla anterior se puede observar así mismo, que la estadía en el grupo armado es un momento especialmente neurálgico con respecto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de esta población, en particular, en lo que se refiere a la protección en caso de embarazo. Si se comparan los datos de embarazos por momentos de la vida (Tabla No. 43) con los datos de pérdida de hijos e hijas no natos por momentos de la vida (Tabla No. 45), se infiere que en el grupo armado coinciden tanto la mayoría de embarazos como la mayoría de abortos.

Es importante reiterar que al interior de los grupos armados ilegales las mujeres combatientes no están exentas de sufrir prácticas como el aborto forzado y la utilización forzada de anticonceptivos, y que tales prácticas, son consideradas como algunas de las manifestaciones de

violencia contra la mujer según la Convención de Belén do Pará (Capítulo I, artículo 1) y la Plataforma de Beijing (Objetivo Estratégico D, párrafos 112 – 130). El aborto forzado en particular, es un comportamiento que bajo la definición de violencias de género es calificado por el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional como un crimen tanto de guerra como de lesa humanidad (art. 7 y 8).

Los siguientes testimonios son explicativos de la problemática del aborto al interior del grupo armado:

Muchas veces sí también las obligan a abortar, no todas las veces, pero sí. A veces, hay unas que quieren, hay otras que no, pero las que no quieren pues las obligan porque -para qué no se cuidó! (...) es lo que les dicen (...). Pues ¿cómo las obligan? No, solamente que es una orden, es una orden y tienen que hacerse el legrado, porque si no, pues se va a consejo de guerra, esa es la amenaza y todo el mundo le tiene miedo a un consejo de guerra, que es decisivo, es lo que decide su vida en una organización como esa, allá en el consejo de guerra se va a votos, entonces la vida de uno depende de las personas que están allá y si uno va y les cae mal [risas] eso es preciso que se va de hueco. (Mujer, 20 años, FARC – Egresada del programa del ICBF).

A mi me obligaron a abortar (...), nosotras no sabíamos, una doctora nos durmió y con una sonda nos hizo abortar. Al último si me lo iban a dejar tener porque era de un comandante, era el financiero, allí fue donde empecé a saber de mando, pero como yo estaba debilitada, lo perdí a los 4 meses. (Mujer, 17 años, FARC).

“En el grupo me lo sacaron, me tocó que abortar porque allá es prohibido”. (Mujer, 17 años, FARC).

Bajo los hallazgos descritos hasta aquí, es evidente que la vulneración a los derechos relacionados con la libre opción a la maternidad, la autodeterminación reproductiva y la protección a la maternidad, está ocurriendo principalmente en el momento en que la población sujeto de estudio estuvo en el grupo armado, situación que obliga a la observancia de la Resolución 1325/2000 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, aprobada por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas en su 4213ª sesión, celebrada el 31 de octubre de 2000.

Esta Resolución pide a todos los que participan en la negociación y aplicación de los acuerdos de paz *“que adopten una perspectiva de género, en que se tengan en cuenta y se incluyan entre otras cosas (...) Las necesidades especiales de las mujeres y las niñas (...) para la rehabilitación, la reintegración y la reconstrucción después de los conflictos”*<sup>20</sup>. Igualmente:

Exhorta a todas las partes en un conflicto armado a que respeten plenamente el derecho internacional aplicable a los derechos y a la protección de las mujeres y niñas, especialmente en tanto que civiles, en particular las obligaciones correspondientes en virtud de los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos Adicionales de 1977, la Convención sobre los Refugiados de 1951 y su Protocolo de 1967, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979 y su Protocolo Facultativo de 1999 y la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño de 1989 y sus dos Protocolos Facultativos de 25 de mayo de 2000, y a que tengan presentes el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional.<sup>21</sup>

<sup>17</sup> En este aparte es importante aclarar que la Defensoría del Pueblo, asumiendo una postura ética de respeto por la intimidad de las y los adolescentes, no indagó directamente sobre prácticas de aborto, únicamente se realizaron preguntas sobre pérdida de hijos e hijas antes de nacer y el momento en que estas pérdidas ocurrieron.

<sup>18</sup> DAITER, Eric. Recurrent Miscarriage (Pregnancy Loss). En: [http://www.obgyn.net/displayarticle.asp?page=/pb/articles/recurrentpgloss1\\_daïter\\_0399](http://www.obgyn.net/displayarticle.asp?page=/pb/articles/recurrentpgloss1_daïter_0399) [consultado abril de 2006]

<sup>19</sup> Dadas las implicaciones morales y legales del tema (así la pérdida haya sido inducida de manera forzada, voluntaria o natural) que pudieron incidir en que las y los adolescentes no reportaran información al respecto.

<sup>20</sup> Recomendación 8, literal a), de la Resolución 1325/2000 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (S/RES/1325/2000). En: OFICINA en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Derechos de la Mujer*. Bogotá: Nuevas Ediciones Ltda., diciembre de 2002, p. 77

<sup>21</sup> *Ibíd.*, Recomendación 9.

Es importante así mismo, reconocer, no obstante el nivel de vulneración al interior de los grupos armados ilegales de los derechos a la autodeterminación reproductiva, la libre opción de la maternidad y la protección al embarazo, las dificultades para su ejercicio antes y después de la vinculación de estos niños, niñas y adolescentes a dichos grupos; situación que remite a la responsabilidad de la familia, la sociedad, las instituciones gubernamentales del nivel nacional y las entidades territoriales, en la formulación de mecanismos de exigibilidad, restitución, y reparación de estos derechos y de estrategias de prevención de su vulneración, de acuerdo no sólo con los contextos regionales y locales del país, sino a los instrumentos nacionales e internacionales formulados para su protección.

Es inaplazable en este sentido, que las entidades territoriales aúnen esfuerzos encaminados a garantizar espacios de articulación y coordinación intersectorial e institucional, por medio de los cuales se identifiquen las estrategias más adecuadas para adelantar acciones sostenibles de fortalecimiento del proceso de descentralización de la política pública en materia de salud sexual y reproductiva.

## **6.2. Derecho a la vida, la libertad, la supervivencia, la seguridad y a una sexualidad libre de riesgos**

Este grupo de derechos hace referencia al derecho de todas las personas a poder disfrutar y controlar su vida sexual y reproductiva de modo que su vida no sea puesta en riesgo por este hecho, e incluye la protección contra violencias sexuales tales como la explotación, el abuso sexual, la violación o asalto sexual y el acoso sexual. Alude entonces, al derecho de todas las personas a proteger su vida de los riesgos evitables relacionados con la sexualidad y la reproducción (mortalidad materna por causas

evitables, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, violencia familiar y violencia sexual que atente contra la integridad de la persona) y a tomar decisiones y hacer elecciones libres e informadas alrededor de su ejercicio.

En tal sentido, y para efectos del presente estudio es importante recordar que:

No existe prohibición legal para que los adolescentes mayores de 14 años tengan relaciones sexuales, siempre y cuando se trate de relaciones establecidas libremente (...) [y que] cualquier acto sexual de cualquier naturaleza con menores de 14 años sea consentido o no, independientemente de que involucre penetración o contacto genital, constituye delito y está sancionado por el Código Penal. [Igualmente que] la sola inducción a un menor de 14 años a realizar cualquier acto sexual también se considera delito (...).<sup>22</sup>.

Lo anterior, con el fin de orientar la lectura sobre los aspectos que se indagaron relativos fundamentalmente a la edad de ocurrencia de las relaciones sexuales, la edad de las parejas al momento de la primera relación sexual, el contagio de infecciones de transmisión sexual; así como la anticoncepción forzada y las acciones que los niños, niñas y adolescentes fueron obligados a hacer con sus cuerpos y con los cuerpos de otros en el grupo armado al que pertenecían.

Estas preguntas no solo denotan un interés por indagar por las relaciones de poder y los comportamientos que constituyen delito, crimen de guerra o crimen de lesa humanidad, mediados tanto por el uso de las armas como por los referentes culturales en torno al género, sino que también permiten identificar las implicaciones diferenciales de la participación de los niños, niñas y adolescentes en los grupos armados ilegales con graves afectaciones a la vida, la libertad y la integridad tanto en los unos como en las otras y la naturalización de la violencia en su contra.

El 97% de los niños, niñas y adolescentes desvinculados de grupos armados ilegales y que pertenecen al programa del ICBF afirmó haber tenido relaciones sexuales. El 95,6% de ellos y ellas tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años. Las edades más frecuentes de ocurrencia de la primera relación sexual están en la franja de los 10 y 15 años de edad. Llama la atención que un 11,2% afirmó haber tenido su primera relación sexual entre los 5 y los 9 años, dato que, visto desde la perspectiva de los derechos humanos, reviste una alta complejidad ya que evidencia la consumación de delitos sexuales claramente lesivos y vulneratorios del principio de la dignidad humana, asociados a la violencia sexual contra niños y niñas que por su condición etárea, carecen de las herramientas mínimas psíquicas y físicas para tomar decisiones libres, informadas, autónomas y consentidas alrededor del ejercicio de su sexualidad.

**Tabla No. 46**

**Edad de ocurrencia de la primera relación sexual de niños, niñas y adolescentes.  
Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005**

Edad	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
5	1	0,6	3	0,9
6	0	0	2	0,6
7	1	0,6	18	5,3
8	6	3,8	12	3,6
9	2	1,3	10	3
10	7	4,5	43	12,7
11	13	8,3	45	13,3
12	25	15,9	96	28,4
13	25	15,9	38	11,2
14	41	26,2	42	12,4
15	29	18,5	14	4,1
16	1	0,6	7	2,1
17	0	0	3	0,9
No sabe	6	3,8	5	1,5
Total	157*	100	338**	100

\*Este (n) corresponde a las mujeres que afirmaron haber tenido relaciones sexuales.

\*\*Este (n) corresponde a los hombres que afirmaron haber tenido relaciones sexuales.

La información obtenida indica que la ocurrencia de la primera relación sexual es más temprana en los varones que en las mujeres. Mientras para las mujeres la primera relación sexual se da principalmente entre los 12 y los 15 años de edad, en los hombres entre los 10 y los 14 años. El patrón cultural que impone a los hombres mayor presión social (por parte de amigos e inclusive de familiares) para el inicio de la vida sexual y que retarda el de las mujeres, puede estar incidiendo en este fenómeno.

En el año 2003 el Observatorio de Infancia de la Universidad Nacional de Colombia<sup>23</sup> revisó las historias clínicas de 240 adolescentes vinculados al programa especializado del ICBF, encontrando que un 68,7% de la población femenina y un 60% de la masculina habían iniciado la actividad sexual entre los 11 y los 14 años de edad. En el presente estudio, los porcentajes son igualmente significativos entre los dos sexos para este rango de edad, 66,3% de las adolescentes y 65,3% de los adolescentes (Tabla No. 46).

El artículo 208 de la ley 599 del 2000 establece como delito el acceso carnal abusivo con persona menor de catorce años, independiente de que medie o no el consentimiento de la víctima. Esta disposición legal merece particular atención toda vez que se halló, que de las personas que afirmaron haber tenido relaciones sexuales, el 71,8% las tuvo entre los 5 y los 13 años y el 28,2% entre los 14 y 17, de lo que se infiere que conforme a lo establecido por el Código Penal colombiano, gran proporción de la población sujeto de estudio fue víctima de delitos contra la integridad, formación y dignidad sexuales.

Si se observa por sexo la distribución de la edad de ocurrencia de la primera relación sexual (Tabla No. 47), se encuentra un mayor peso en los hombres adolescentes que afirmaron haber tenido su primera relación sexual entre los 5 y 13 años (80,3%) que en las mujeres adolescentes (53,1%). Sin embargo, ambas cifras son indicativas de un ejercicio de la sexualidad en la preadolescencia y la adolescencia que, de acuerdo con la legislación penal colombiana, estuvo mediado por la ocurrencia de manifestaciones de violencia sexual que como se afirmó en el párrafo anterior

se constituyen en delito. Es importante señalar que en la mayoría de los casos, dichos delitos no son reconocidos como tal, se ocultan en los escenarios privados, se invisibilizan por las relaciones de poder entre víctimas y agresores y por tales razones no son denunciados y por consiguiente no son investigados por las instituciones competentes, contribuyendo de esta manera a la impunidad característica de esta clase situaciones en Colombia.

**Tabla No. 47**  
**Edad de ocurrencia de la primera relación sexual de niños, niñas y adolescentes, según sexo.**  
**Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005**

Edad de ocurrencia de la primera relación sexual	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
5 a 13 años	80	53,1	267	80,3
14 a 17 años	71	46,9	66	19,7
Total	151*	100	333**	100

\* Este (n) corresponde a las mujeres que afirmaron haber tenido relaciones sexuales y señalaron la edad en que éstas ocurrieron, no tiene en cuenta las que señalaron no saber la edad de ocurrencia de su primera relación sexual.

\*\* Este (n) corresponde a los hombres que afirmaron haber tenido relaciones sexuales y señalaron la edad en que éstas ocurrieron, no tiene en cuenta los que señalaron no saber la edad de ocurrencia de su primera relación sexual.

Las diferencias de edad entre las parejas de las y los adolescentes entrevistados con respecto a la edad de ocurrencia de la primera relación sexual, pueden reforzar la hipótesis según la cual, las relaciones de poder que se establecen entre personas adultas y niños, niñas y adolescentes, sumado a los estereotipos de género que las sustentan, pueden favorecer el ejercicio de diversas formas de violencia sexual en su contra.

**Tabla No. 48**  
**Distribución, por sexo y grupos de edad, de la edad de la pareja de la primera relación sexual de niños, niñas y adolescentes.**  
**Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005**

Edad de la pareja en la primera relación sexual	Edad de ocurrencia de la primera relación sexual de la población sujeto de estudio											
	Sexo											
	Femenino						Masculino					
	Hasta 13 años		más de 13 años		Total		hasta 13 años		más de 13 años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hasta los 13 años	4	6,1	0	0	4	3	83	34,4	5	11,1	88	30,8
De 14 a 17 años	23	34,8	22	33,3	45	34,1	120	49,8	25	55,6	145	50,7
18 o más años	39	59,1	44	66,7	83	62,9	38	15,8	15	33,3	53	18,5
Total	66	100	66	100	132*	100	241	100	45	100	286**	100

\* No incluye a las mujeres encuestadas cuya respuesta a la pregunta “edad de la pareja a la primera relación sexual” fue “no sabe” y “no responde”.

\*\* No incluye los hombres encuestados cuya respuesta a la pregunta “edad de la pareja a la primera relación sexual” fue “no sabe” y “no responde”.

Como se observa en la tabla anterior, mientras el 59,1% de las mujeres adolescentes que tuvieron su primera relación sexual hasta los 13 años de edad, la tuvieron con personas mayores de 18 años (con edades comprendidas entre los 18 y los 47 años); el 15,8% de los adolescentes varones entre este mismo rango de edad en el momento de su primera relación sexual estuvieron con personas mayores de 18 años (con edades comprendidas entre los 18 y 35).

Las cifras presentadas hasta aquí confirman que esta población, principalmente las niñas y jóvenes mujeres, han sido víctimas de abuso sexual durante su infancia y adolescencia; situación que agravada por su permanencia en un grupo armado ilegal y la probabilidad que dicha permanencia implique para ellas el uso forzado de métodos anticonceptivos - MAC, un alto riesgo de embarazos no planeados y

de abortos, sugiere la necesidad de que desde el programa especializado del ICBF, se les brinde una atención integral desde el punto de vista médico y terapéutico, que intervenga los efectos causados con ocasión de tales eventos sobre su psiquis y sobre la calidad de su vida sexual y reproductiva.

Un efecto adicional de la ocurrencia temprana de la actividad sexual en niños, niñas y adolescentes, en contextos como los señalados a lo largo de este capítulo, es un ejercicio de la sexualidad voluntario o no, mediado por comportamientos de riesgo asociados a infecciones de transmisión sexual – ITS y embarazos no deseados, entre los que se identificaron, el uso de métodos anticonceptivos folclóricos y los imaginarios acerca de la masculinidad, la feminidad y la sexualidad.

<sup>23</sup> DURAN, Ernesto; (et.al). *Análisis de la atención en salud y caracterización de las condiciones de salud física y mental de niños, niñas y jóvenes desvinculados del conflicto armado*. Bogotá: Observatorio sobre Infancia Universidad Nacional de Colombia, Corporación Macondo, Organización Internacional para las Migraciones – OIM, diciembre de 2003 (Mimeo), pp. 78 -82

Con respecto al uso de métodos folclóricos para evitar embarazos e ITS, las personas encuestadas señalan: *“Tomar café amargo en ayunas, hacer fuerzas en el baño después de una relación sexual, vaso de agua con tres dolex”*<sup>24</sup>; *“Agua con limón tomada. Tomar un vaso de agua al levantarse y otro al acostarse”*<sup>25</sup>; *“Si uno le echa limón en la vagina y a ella le arde es porque está pringao contagiado de una ITS”*<sup>26</sup>.

Resultan ilustrativos así mismo, los testimonios que tienen que ver con imaginarios alrededor de la masculinidad, la feminidad y la sexualidad: *“Pero gracias a Dios con todas las mujeres que me acosté eran señoritas”*<sup>27</sup>; *“Investigo todo el pasado de la mujer”*<sup>28</sup>; *“En el grupo existía mucha ITS, y entonces yo me alejaba y las peladas por eso me decían que era marica”*<sup>29</sup>; *“En el grupo solo tuve relaciones sexuales con prostitutas”*<sup>30</sup>; *“No, la mayoría hombres, hombres y (...) llegaba el caso por haber tanto, tanta hombría, tanta (...) nosotros éramos desesperados por llegar a un putiadero, por llegar a un pueblo donde hubieran viejas, porque nosotros manteníamos con la plata (...) desesperados”*<sup>31</sup>.

**Tabla No. 49**  
**Contagio de infecciones de transmisión sexual – ITS en niños, niñas y adolescentes.**  
**Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005**

Contagio de ITS	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
Sí	12	7,4	28	7,8
No	149	91,2	326	90
No sabe	1	0,7	7	1,9
NR	1	0,7	1	0,3
Total	163	100	362	100

Al indagar entonces por el contagio de ITS al interior de la población sujeto de estudio (Tabla No. 49), se encontró que el porcentaje de niños, niñas y adolescentes que reportó

haberse contagiado alguna vez de una infección de transmisión sexual (ITS) es relativamente bajo, y si se compara con otros efectos del sexo no seguro como el embarazo, es entre tres (para los varones) y cuatro veces (para las mujeres) menor, que el porcentaje de quienes afirmaron haber estado en embarazo y saber si alguna de sus parejas habían estado en embarazo (Ver gráficas No 27 y 28).

Sin embargo, existen fundamentos para pensar que este dato puede ser mayor en la realidad, pues en esta población haber estado contagiada de una ITS es un hecho difícil de reconocer, no sólo por la posibilidad de que esto influya en las relaciones sociales y de pareja tan importantes en esta etapa de la vida; sino también, por las implicaciones que tenía su tratamiento al interior de los grupos armados ilegales, como se infiere del siguiente testimonio:

Ellos llegan a veces con muchos temores porque la manera de manejar esto, por lo menos en los grupos armados, era por medio de prácticas que no eran médicamente correctas, incluso muy agresivas como cauterizar con ácido de batería, con cosas que causaban mucho daño y que además, causaba mucho temor, entonces, a los muchachos a veces les da miedo pensar que vuelvan a este tipo de prácticas que son violentas. (Educador de Profamilia).

No obstante los obstáculos para la detección de infecciones de transmisión sexual en esta población, otros testimonios de las y los operadores del programa del ICBF, muestran cómo para su intervención, se cuenta con servicios de salud especializados: *“tenemos el gran apoyo de Profamilia, Profamilia también intenta tener un respeto, guardando los códigos de ética y de profesionalismo y de sigilo profesional y también de la privacidad, no comparten sus historias clínicas y de salud, ni con nosotros”*<sup>32</sup>.

Vale la pena resaltar que la información que tiene el ICBF indica que durante el tiempo que lleva el programa especializado para atender a

esta población, se han presentado dos (2) casos de adolescentes infectados con VIH-SIDA, a los cuales, además de la atención médica necesaria y luego de una evaluación sobre la viabilidad del retorno, se les dio prioridad para el regreso a sus hogares.

Analizar el derecho de todas las personas a poder disfrutar y controlar su vida sexual y reproductiva, de modo que su vida no sea puesta en riesgo por este hecho, implica adicional a lo observado hasta aquí, indagar sobre la anticoncepción forzada y los contextos en el marco de los cuales, se vieron obligados los niños, niñas y adolescentes sujetos del estudio, a este tipo de prácticas, dado que se constituyen en una señal inequívoca del control del cuerpo femenino y masculino a través del control de la sexualidad y la reproducción.

Al respecto, se encontró que un 22,4% de las y los adolescentes entrevistados afirmó haber usado un método anticonceptivo en contra de su voluntad, de los cuales, el 72,1% eran mujeres y el 27,9% hombres. Igualmente, que el método más utilizado de manera forzada (ver tabla No. 50) era para el caso de las adolescentes la inyección y para los varones el condón.

**Tabla No. 50**  
Métodos anticonceptivos – MAC obligados a usar en niños, niñas y adolescentes\*.  
Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005

MAC	Sexo			
	Femenino (73)**		Masculino (29)***	
	n	%	n	%
Inyección	53	72,6	3	10,3
Condón	0	0	23	79,3
DIU	24	32,9	0	0
Pastillas	15	20,5	2	6,8
Otros	1	1,4	1	3,4

\* Pregunta abierta – respuesta Múltiple

\*\* Total de mujeres que afirmaron haber usado un MAC en contra de su voluntad. No tiene en cuenta los datos que el procesamiento arrojó como perdidos (1 caso).

\*\*\* Total de hombres que afirmaron haber usado un MAC en contra de su voluntad

Del análisis de las diferencias por sexo se infiere adicionalmente, que las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos, además de presentarse desde la infancia, tienden a afectar principalmente a las mujeres, debido entre otros factores, al estricto control sobre su sexualidad y voluntad reproductiva, sustentado en una división sexual de la reproducción de lo social, que le otorga unos roles específicos a las mujeres con respecto a los hombres; y que como se afirmó anteriormente, suelen favorecer la naturalización de prácticas de violencia en su contra, contrarias

<sup>24</sup> Mujer, 18 años, ELN

<sup>25</sup> Mujer, 17 años, ELN

<sup>26</sup> Hombre, 18 años, ACC

<sup>27</sup> Hombre, 17 años, AUC

<sup>28</sup> Hombre, 18 años, AUC

<sup>29</sup> Hombre, 18 años, FARC

<sup>30</sup> Hombre, 17 años, ACC

<sup>31</sup> Hombre, 18 años, AUC

<sup>32</sup> Testimonio, operador del Programa del ICBF

no solo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer – Convención Belém do Pará, sino también, del derecho penal internacional.

**Tabla No. 51**  
**Momentos en que niños, niñas y adolescentes usaron métodos anticonceptivos MAC en contra de su voluntad.**  
**Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago - sep 2005**

Momento	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
Antes del grupo armado	0	0	2	6,9
En el grupo armado	67	90,5	24	82,8
En el Programa del ICBF	7	9,5	3	10,3
Total	74*	100	29**	100

\* Total de mujeres que afirmaron haber usado un MAC en contra de su voluntad

\*\* Total de hombres que afirmaron haber usado un MAC en contra de su voluntad

En efecto, del total de mujeres que afirmaron haber usado un método anticonceptivo – MAC en contra de su voluntad, el 90,5% señaló “en el grupo armado” como el momento en el que se produjo tal evento (Tabla No. 51). Comportamiento que confirma nuevamente el peso que tiene la permanencia en un grupo armado, en el aumento del riesgo de ser víctimas de prácticas que, asociadas a la violencia sexual, física o psicológica contra la mujer, de acuerdo con la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer (Beijing 1995)<sup>33</sup>, pueden ser calificadas como Crímenes de Lesa Humanidad según el artículo 7 del Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional<sup>34</sup>; en tanto se interpreten como una forma de violencia sexual de gravedad comparable a las señaladas en ese artículo, o como actos inhumanos de carácter similar, que causen intencionalmente grandes sufrimientos o atenten gravemente contra la integridad o la salud mental o física.

Es importante señalar adicionalmente, que si bien los niños y adolescentes, no alcanzan a ser ni siquiera una tercera parte del total de las personas que afirmaron haber sido forzadas a usar un MAC, cuando se indaga por el momento en el que se vieron obligados a usarlos, no se

observan diferencias significativas entre sexos. Sin embargo, si se interpela este hallazgo con los encontrados sobre el tipo de MAC que son obligados a usar las y los adolescentes (ver Tabla No. 50), es posible relacionar las condiciones que tienen las adolescentes y los adolescentes para ejercer su derecho a controlar su vida sexual (tomando elecciones libres e informadas alrededor de su ejercicio) con los referentes culturales bajo los que se suele asociar de manera unívoca sexualidad y reproducción y que suelen afectar de manera diferencial a uno y otro sexo.

Al ser la permanencia en el grupo armado el momento al que se refirieron con mayor frecuencia niños, niñas y adolescentes al aludir a la anticoncepción forzada, resulta explicativo detenerse en lo que señalaron al respecto de su uso: “Yo tenía el Norplant, la corre se me abrió, los tubos se me intentaron salir y me los cosieron, los puntos se trataron de infectar y yo misma me los saqué”<sup>35</sup>; “[¿cómo se planificaba en el grupo armado?] Aplicándome la inyección [hombre]. Cuando iba a tener relaciones uno se lo ponía. Me la ponía en la vena en el brazo. Cada que uno tenía relaciones se la ponía. Eso se lo pone y eso quema. Eso no deja en embarazo a la mujer”<sup>36</sup>.

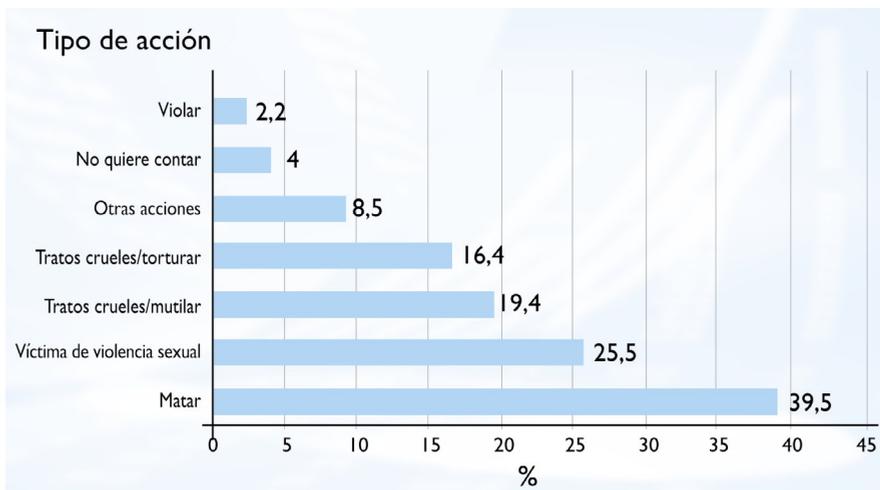
Otros relataron, así mismo, que la “inyección masculina [es un] líquido amarillo [que se aplica] en el brazo cada mes”<sup>37</sup>; “Es japonés, y es traído anualmente a través de la frontera con Venezuela”<sup>38</sup>. Es pertinente aclarar que actualmente no existe un método hormonal masculino autorizado por la Organización Mundial de la Salud y por tanto, en Colombia no es distribuido por ninguna entidad de salud autorizada para administrar métodos de anticoncepción.

Con respecto al derecho de todas las personas a proteger su vida de los riesgos evitables relacionados con la sexualidad y la reproducción, es igualmente importante indagar si alguna vez la población sujeto del estudio ha sido víctima de violencia sexual. Para ello se le preguntó si alguna vez fue obligada a realizar algo que no quisiera con su cuerpo o con el cuerpo de otra persona y sobre el tipo de acción que se vio obligada a realizar en caso de que la respuesta fuese afirmativa.

Pues bien, se encontró que en efecto, el 24,3% de las y los adolescentes afirmaron haber sido obligados a realizar acciones con su cuerpo o con el de otras personas en contra de su voluntad, entre las que se encuentran no sólo aquellas relacionadas con delitos contra la integridad, formación y dignidad sexual, sino también, las relacionadas con manifestaciones de violencia en el marco del conflicto armado y que se constituyen en infracciones al derecho internacional humanitario (Ver Gráfico No. 29).

Si bien la frecuencia de acciones relacionadas con infracciones al DIH no es desestimable, al detenerse en las acciones asociadas a la violencia sexual, resulta indicativo para efectos del análisis, que un 25,5% de las personas que afirmaron haber sido obligadas a realizar acciones con su cuerpo o con el de otras personas en contra de su voluntad, haya señalado haber sido víctima de acceso carnal violento.

**Gráfico No. 29**  
**Actos realizados en su cuerpo o en el de otra persona, contra su voluntad,**  
**por parte de niños, niñas y adolescentes\*.**  
**Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes**  
**Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005**



\* Porcentaje del total de personas que afirmaron haber sido obligados a realizar una acción en su cuerpo o en el cuerpo de otra persona



<sup>33</sup> Objetivo Estratégico E, párrafos 112 - 130

<sup>34</sup> Estatuto de la Corte Penal Internacional ... Op. Cit.

<sup>35</sup> Mujer, 18 años, FARC

<sup>36</sup> Hombre, 17 años, FARC

<sup>37</sup> Hombre, 16 años, FARC

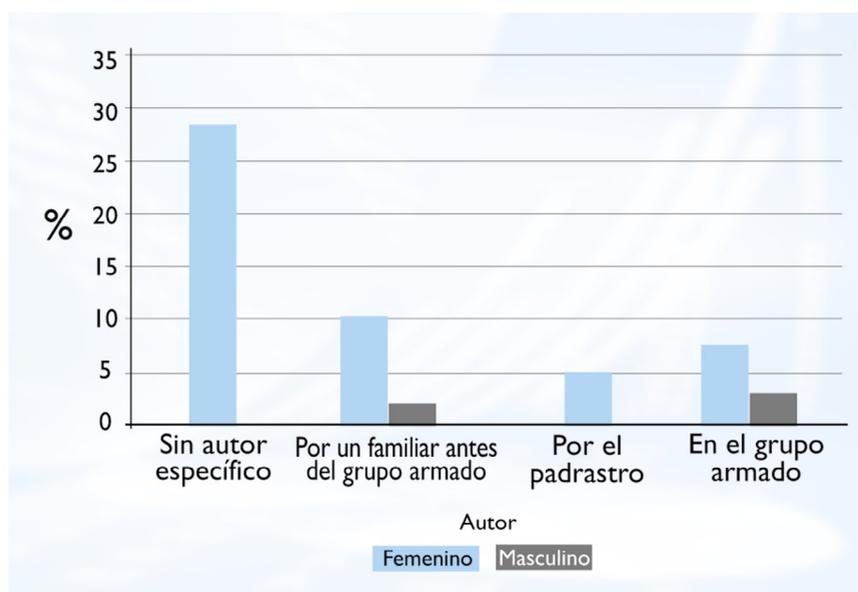
<sup>38</sup> Hombre, 18 años, FARC

Es igualmente revelador que al indagar por el impacto diferenciado por sexo de este último hallazgo (Ver Gráfico No. 30), se obtuviera que los agresores más frecuentes fueron los familiares, incluso por encima, de los actores armados; que las víctimas fueron en su mayoría niñas y adolescentes mujeres, y que, un porcentaje importante de éstas (28,8%) no señalaron a su agresor, toda vez

que esta ausencia se puede explicar a la luz de los factores que inciden en la no denuncia de este tipo de delitos y que se describieron al inicio del capítulo: miedo a la retaliación; dependencia económica y afectiva de la víctima con ocasión de vínculos afectivos o familiares; naturalización del acto violento; desconocimiento de los derechos de la persona sobre la que se ejerce la violencia, etc.

### Gráfico No. 30

Niños, Niñas y adolescentes víctimas de acceso carnal violento por sexo y por autor\*. Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005



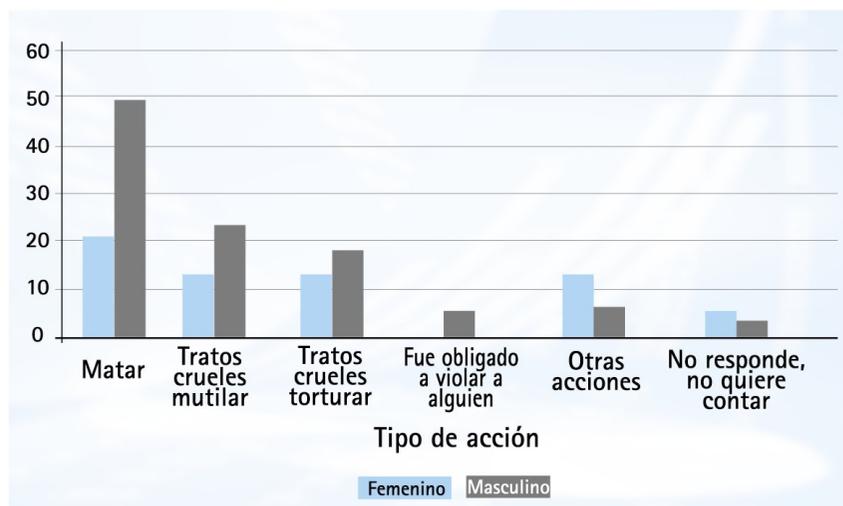
\* Porcentaje del total de mujeres y hombres que afirmaron haber sido obligados a realizar una acción en su cuerpo o en el cuerpo de otra persona

Un hallazgo importante, con respecto al impacto diferenciado por género del conflicto armado en la niñez y la adolescencia, lo representa el hecho de que al desagregar por sexo las respuestas alrededor de violencia sexual, las adolescentes mujeres se sintieron mayormente vulneradas en su propio cuerpo (Gráfico No. 30). En contraste, en relación con las respuestas relativas a acciones de violencia perpetradas por la población sujeto de estudio (homicidio y tratos crueles como la tortura y la mutilación), los varones (ver Gráfico 31), fueron quienes se sintieron con mayor frecuencia, obligados a vulnerar los cuerpos de otros y de otras. La participación en estos actos considerados crímenes de guerra, está mediada por la utilización de la fuerza sobre esta población y con un altísimo riesgo de perder su propia vida si no los llevan a cabo; situación esta que debe ser evaluada por los operadores judiciales ya que vicia el consentimiento y los eximiría de responsabilidad penal.

### Gráfico No. 31

Actos realizados en su cuerpo o en el de otra persona, contra su voluntad, por parte de niños, niñas y adolescentes\*. Distribución por tipo de acción y sexo.

Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago - sep 2005



\* Porcentaje del total de mujeres y hombres que afirmaron haber sido obligados a realizar una acción en su cuerpo o en el cuerpo de otra persona

### 6.3. Derecho a la no discriminación y al respeto por la diferencia

El derecho a la no discriminación y al respeto por la diferencia hace referencia a las facultades que se les deben garantizar a todas las personas para el disfrute de sus derechos humanos con ocasión del ejercicio de la sexualidad y la reproducción sin distinción alguna por motivos de edad, etnia, sexo, estado civil, condiciones de salud, orientación sexual, económicas o cualquier otra condición social, remite así mismo, al derecho a estar libres de la interpretación restrictiva de preceptos religiosos, creencias, filosofías y costumbres como instrumentos para reproducir estereotipos sexuales y limitar el ejercicio de la sexualidad desde el punto de vista de las restricciones para acceder a la atención en salud sexual y reproductiva.

Al aludir a los contextos en los que las distintas formas de discriminación se entrecruzan y se constituyen en factores de riesgo para sufrir de una deficiente salud sexual y reproductiva, Cook señala que el derecho a la no discriminación tiene una doble connotación con respecto a los intereses alrededor de los cuales, se justifica el tratamiento diferencial o no de una población con respecto a la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos:

El derecho general a la no discriminación, exige tratar los mismos intereses sin discriminación, por ejemplo, dándoles a las personas de todas las razas igual acceso a la atención en salud. Sin embargo, el derecho a la no discriminación, también exige tratar los intereses que son significativamente diferentes de manera que respeten adecuadamente esas diferencias (...) La paradoja más devastadora de la aplicación de los derechos humanos en muchas sociedades es que discriminan contra las mujeres cuando las diferencias entre sexos no debían importar, pero ignoran las diferencias cuando es crucial que las tengan en cuenta.<sup>39</sup>

<sup>39</sup> COOK, R...Op. Cit., pp. 187 y 189

Para efectos del presente estudio, es importante tener en cuenta que la discriminación por razones de edad, género, orientación sexual o de otra índole, con ocasión del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se constituye en un serio obstáculo para que la población infantil y adolescente acceda en igualdad de condiciones que la población adulta a los servicios de salud, afectando con ello la posibilidad de controlar sus vidas reproductivas, toda vez, que *“las desventajas que enfrentan (...) cuando quieren acceder a los servicios y a la consejería en salud reproductiva, puede ser una de las razones por las cuales acuden de manera tardía en busca de servicios (...)”*<sup>40</sup>.

En Colombia, al amparo de los derechos fundamentales consagrados en la Constitución Política de 1991, la garantía de la no discriminación y el respeto por la diferencia en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se circunscribe a la esfera de los derechos a la igualdad, el libre desarrollo de la personalidad, la libertad de conciencia y la libre asociación. La jurisprudencia de la Corte Constitucional<sup>41</sup>, ha señalado en este sentido, que el Estado no tiene facultad para restringir el libre ejercicio de la sexualidad cuando se trata de actos privados; que el establecimiento de un modelo determinado de persona (al referirse a la imposición del modelo heterosexual) atenta contra el derecho al libre desarrollo de la personalidad, en tanto, *“la posibilidad de determinar los parámetros de vida personal, es según la Corte, la base de lo que significa ser una persona humana”*<sup>42</sup>; y que la autonomía en la definición de la identidad sexual es una parte inherente a la dignidad humana, independientemente de las disposiciones legales que determinan las decisiones al respecto.

Según estas premisas, y con el objeto de analizar el ejercicio de esta línea de derechos en la población sujeto de estudio, se analizaron las percepciones tanto de las y los operadores del ICBF como de cada niño, niña y adolescente,

en relación con las condiciones de posibilidad en el momento de la encuesta, para el ejercicio de su sexualidad.

En particular, se indagó si en el marco de la fase en la que se encontraban dentro del programa del ICBF se sentían o contaban con la libertad para expresar sus opiniones o necesidades sobre sexualidad, así como para tener pareja, tener relaciones sexuales, decidir tener hijos o no, y decidir sobre el uso de métodos anticonceptivos.

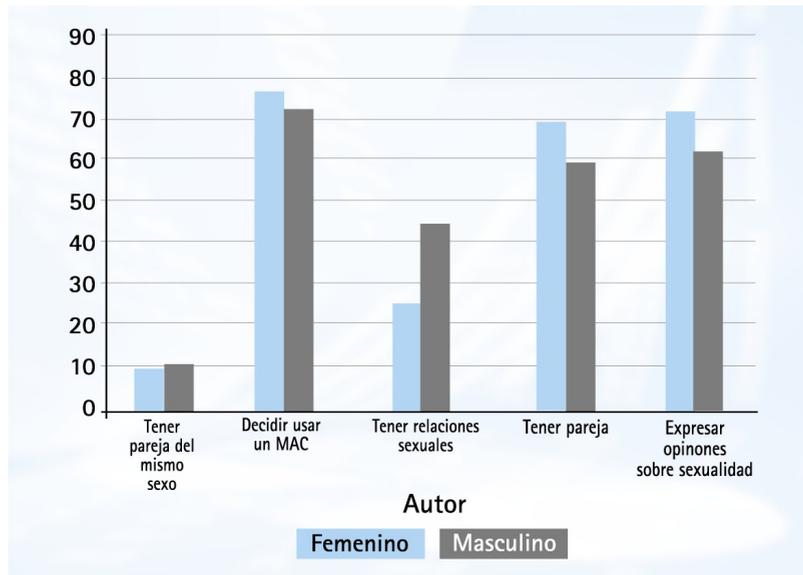
Al respecto, se encontró que en general las y los adolescentes sienten más libertad para expresar sus opiniones sobre sexualidad, decidir usar un método anticonceptivo y decidir tener pareja, que tener relaciones sexuales y tener pareja del mismo sexo. Así mismo, que mientras los hombres se sienten más libres para tener relaciones sexuales con respecto a las mujeres, no ocurre lo mismo cuando se trata de expresar sus opiniones sobre sexualidad y tener pareja (Ver Gráfico No 32); este hallazgo puede explicarse en función de los estereotipos sexuales sustentados en prerrogativas morales, que les permiten a los hombres un mayor espacio para el disfrute de su sexualidad, pero que dados los referentes de masculinidad, les impide exteriorizar y verbalizar los momentos y los procesos psicoafectivos por los que se encuentran atravesando.

De otra parte, el hecho de que las y los adolescentes hayan aludido en un porcentaje tan bajo a la libertad para tener pareja del mismo sexo y a tener relaciones sexuales, remite a las restricciones prácticas e institucionales para hacerlo, así como a la sanción social y moral que en ciertos contextos culturales tales prácticas conllevan, no solo por parte de instituciones como la iglesia, la escuela, la familia, etc., sino también por parte de las personas que de una u otra manera y cotidianamente, acompañan los procesos de socialización y de construcción identitaria en

la niñez y la adolescencia, personas que van desde las y los mismos pares, hasta quienes son para estos niños, niñas y adolescentes sus referentes de cuidado, saber y poder.

### Gráfico No. 32

Opciones para el libre ejercicio de la sexualidad de niños, niñas y adolescentes. Distribución por sexo. Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005



Los testimonios recogidos con operadores y coordinadores con respecto a tener relaciones sexuales, pueden ser ilustrativos de la diversidad de abordajes al respecto del ejercicio de la sexualidad de las y los adolescentes en el marco del programa:

Nosotros en ningún momento decimos ustedes no pueden tener relaciones sexuales, lo que hemos hecho, es donarles a los muchachos condones, que piensen en el sentido de lo que es la planificación, el uso del condón, que si se va a tener una relación se debe buscar el sitio adecuado, el espacio, que no es delante de compañeros, ni en la habitación. (Operador).

Bueno, eso te cuento que lo trabajamos. Nosotros les decimos a ellos, nosotros no les podemos decir que no se enamoren, no tengan relaciones... sobre todo cuando (...) cuando nosotros sabemos que estos jóvenes empiezan sus relaciones sexuales desde muy jóvenes, prácticamente desde

niños y sobre todo como las manejan ellos en los grupos (...) sin embargo ellos tienen sus espacios, ellos los buscan, los hacen, y si de pronto las normas dentro de acá es que un joven no puede “gatear” como le dicen, así en la noche, o si se los encuentran, pues tiene una ayuda terapéutica, se habla con los jóvenes y se trata de que controlen un poquito esa parte emocional que a toda hora quieren estar como que los novios pegados. (Operadora).

Le hemos dicho a las madres [tutoras], -es que tú pones las normas en casa. Las normas se construyen pero al interior del hogar, yo no podría decirle a usted, -vea no lo deje entrar a la pieza, es que la que debe decirlo es usted, a ambos decirles, -miren muchachos yo acepto que ustedes sean novios y que vengas a visitarla, pero es en la sala. -¿Usted a su hija le dejaría entrar a su novio a la pieza? a pues que no, entonces no le deja entrar a fulanita el novio a la pieza. Es de alguna manera, nosotros no podemos ir a reconstruir las normas del hogar, ni a construirlas, ellos son los que tienen que hacerlo (...) Eso si es claro que

<sup>40</sup> *Ibid.*, p. 194

<sup>41</sup> *Sentencias de la Corte Constitucional C-507 de 1999, C-481 de 1998, T-594 de 1993, T-504 de 1994, T-477 de 1995, T-551 de 1999, T-692 de 1999, T-1390 de 2000, T-1025 de 2002 y T-1021 de 2003. Citadas en: DE LA ESPRIELLA, Op. Cit... pp. 34 -38*

<sup>42</sup> *Ibid.*, p. 35

la mayoría no admiten en casa [tener relaciones sexuales], de pronto hemos tenido casos en que los jóvenes hombres sí llevan a las novias a las casas y de alguna manera las madres [tutoras] no han cuestionado tanto eso. De alguna manera nuestra cultura machista tiene más perspectiva a respetar que el hombre lo haga en sitios que a que la mujer no se le permita. (Coordinadora).

De igual manera, los testimonios tanto de los y las adolescentes como de las y los operadores sobre las relaciones entre personas de un mismo sexo, son reveladores con respecto a la impronta cultural y moral en el reconocimiento o la descalificación del ejercicio de la homosexualidad y en el abordaje de las situaciones en este sentido:

“En mi tierra si hay un gay o una lesbiana las matan. Para mí era tremendo, pero ahora ya lo veo normal”. (Hombre, 17 años, FARC).

No, son muy horribles... Sí, porque o sea, eso de hombre a hombre se ve ridículo, o sea es, no es bueno, o sea porque son malos ejemplos y son cosas que Dios no hizo, porque Dios creo hombre y mujer y no creo hombre y hombre o mujer y mujer, entonces eso no va allí, o sea no me parece bien. (Mujer, 17 años, FARC).

No, que días me contaron que otro par de chicos también [estaban] como baboseándose y eso, y yo, yo procuro de alguna manera como huirle, no quisiera volver a tener una situación de esas, porque esas cosas me emberracan, no las puedo, o sea, no las puedo elaborar, mi mente no elabora tanto. (Operadora).

Un solo caso, pero es... todavía no se ha definido. Nosotros no podríamos decir -el niño es [homosexual] porque esta en su proceso de identificación sexual, entonces ahí no podríamos decir. [¿Esto ha traído conflictos?]. No, a él a nivel personal obviamente, pero no con la madre [madre tutora], a ella le ha dado igual su orientación, hasta contenta, claro, no ve que el pelado al contrario le colabora en muchas cosas en la parte doméstica [risas]. (Operador).

Que a fulanito le dicen “laisa” que no se qué, que si se más y que ellos mismos dicen -ay que

a mi me gustan los muchachos. Pero de ahí a que realmente hemos confrontado una situación de homosexualismo no. Lo otro, estamos tan encima de ellos que no permitimos que haya, digamos así, momentos de mas de 10 minutos en los cuales ellos tengan soledad durante el tiempo que están con nosotros; los únicos momentos en los que ellos de pronto tienen un poquito de libertad y movimiento es cuando vienen de alguna de las casas aquí al colegio o cuando van de aquí para allá, pero de resto aquí están observados en todo momento, mhh?, y lo otro es que, eh, nosotros hemos hablado con ellos que aunque el homosexualismo también es una opción, ¿si?, de todas maneras pues en el momento en el que una cosa de esas sucediera dentro de alguno, que sintiera de pronto atracción por otra persona del mismo sexo, primero que no lo esconda, o sea que no escondan esas cosas, sino que las comenten para que nosotros podamos ayudarlos mejor, que nosotros obviamente estamos en posición de entender absolutamente todas esas situaciones que se mueven en la cabeza de una persona. (Operador).

Si se observa la distribución por modalidad de atención de las opciones para el libre ejercicio de la sexualidad (Tabla No. 52), en particular si se comparan los porcentajes obtenidos por hogar transitorio, CAE y casa juvenil, se observa que, en general, a medida que la y el adolescente transcurre más tiempo en el programa, se reconoce con más libertad para expresar sus opiniones o necesidades sobre sexualidad, así como para tener pareja, tener relaciones sexuales, decidir tener hijos o no, y decidir sobre el uso de métodos anticonceptivos, no obstante que opciones como tener pareja del mismo sexo, permanezcan con muy pocas posibilidades para su ejercicio. Es comprensible así mismo, que al ser los hogares transitorios, CAE y casas juveniles espacios de institucionalización, la vivencia de la sexualidad de los y las adolescentes en su interior, implique para ellos y ellas menores posibilidades de negociar derechos como la privacidad y de entablar relaciones afectivas y disfrutar de ellas en espacios más diversos.

**Tabla No. 52**

**Opciones para el libre ejercicio de la sexualidad de niños, niñas y adolescentes.**  
**Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005**

Modalidad de atención	Opción	Total		Si		No		NS/NR	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Hogar transitorio	Libertad de expresar opiniones sobre sexualidad	83	100	50	60,2	33	39,8	0	0
	Libertad de tener pareja	83	100	36	43,4	47	56,6	0	0
	Libertad de tener pareja del mismo sexo	83	100	10	12,1	65	78,3	8	9,6
	Libertad de tener relaciones sexuales	83	100	18	21,7	63	75,9	2	2,4
	Libertad de decidir usar método anticonceptivo	83	100	40	48,2	38	45,8	5	6
CAE	Libertad de expresar opiniones sobre sexualidad	279	100	199	71,3	76	27,2	4	1,5
	Libertad de tener pareja	279	100	190	68,1	87	31,2	2	0,7
	Libertad de tener pareja del mismo sexo	279	100	28	10	202	72,4	49	17,6
	Libertad de tener relaciones sexuales	279	100	128	45,9	144	51,6	7	2,5
	Libertad de decidir usar método anticonceptivo	279	100	234	83,9	39	14	6	2,1
Casa Juvenil	Libertad de expresar opiniones sobre sexualidad	31	100	25	80,6	6	19,4	0	0
	Libertad de tener pareja	31	100	22	71	9	29	0	0
	Libertad de tener pareja del mismo sexo	31	100	8	25,8	21	67,7	2	6,5
	Libertad de tener relaciones sexuales	31	100	20	64,5	10	32,3	1	3,2
	Libertad de decidir usar método anticonceptivo	31	100	29	93,5	2	6,5	0	0
Hogar Tutor	Libertad de expresar opiniones sobre sexualidad	67	100	33	49,2	32	47,8	2	3
	Libertad de tener pareja	67	100	53	79,1	11	16,4	3	4,5
	Libertad de tener pareja del mismo sexo	67	100	10	14,9	38	56,7	19	28,4
	Libertad de tener relaciones sexuales	67	100	34	50,8	27	40,3	6	8,9
	Libertad de decidir usar método anticonceptivo	67	100	57	85,1	6	8,9	4	6
Hogar sustituto	Libertad de expresar opiniones sobre sexualidad	3	100	0	0	3	100	0	0
	Libertad de tener pareja	3	100	2	66,7	1	33,3	0	0
	Libertad de tener pareja del mismo sexo	3	100	0	0	2	66,7	1	33,3
	Libertad de tener relaciones sexuales	3	100	1	33,3	2	66,7	0	0
	Libertad de decidir usar método anticonceptivo	3	100	3	100	0	0	0	0
Red de protección	Libertad de expresar opiniones sobre sexualidad	62	100	41	66,1	21	33,9	0	0
	Libertad de tener pareja	62	100	28	45,2	28	45,2	6	9,6
	Libertad de tener pareja del mismo sexo	62	100	0	0	60	96,8	2	3,2
	Libertad de tener relaciones sexuales	62	100	5	8,1	57	91,9	0	0
	Libertad de decidir usar método anticonceptivo	62	100	31	50	29	46,8	2	3,2

#### 6.4. Derecho a la información y a la educación

Este grupo de derechos aluden al derecho de todas las personas a recibir e impartir información sobre sexualidad y reproducción para asegurar la salud y el bienestar de las personas y las familias. Así mismo, al derecho de todas las personas a recibir una educación para la autonomía y el autocuidado en materia de sexualidad y reproducción, de manera tal que el respeto por la autodeterminación, se constituya en un principio regulador de las decisiones bajo marcos de libertad y responsabilidad relacionadas con el pleno disfrute de la sexualidad.

En Colombia, la educación es reconocida constitucional y legalmente como un servicio público de carácter social y como un derecho que alude a los procesos de formación permanente, personal, cultural y social, sustentados en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y sus deberes. En tal sentido, de su garantía depende que las personas cuenten con los

elementos necesarios para poder ejercer los demás derechos fundamentales relacionados con la sexualidad y reproducción, toda vez que *“sin la información y la formación apropiadas, no es posible tomar decisiones libres e informadas sobre el ejercicio y desarrollo de la sexualidad y reproducción, ni es posible que las personas estén en condiciones de exigir y hacer respetar sus derechos cuando sea necesario”*<sup>43</sup>.

Los niños, las niñas y los adolescentes en este sentido tienen derecho a informarse y educarse sobre todos los aspectos relacionados con su vida sexual y reproductiva, de manera tal que puedan asumir con responsabilidad las consecuencias del ejercicio de su sexualidad, en el marco más amplio del *“derecho básico de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva para contribuir al desarrollo de las personas y al mejoramiento de su calidad de vida”*<sup>44</sup>.

Dentro de este contexto, en el presente estudio se indagaron los aspectos relacionados con el acceso por parte de niños, niñas y adolescentes del programa del ICBF a la información y a la educación necesaria para el cumplimiento de tales supuestos. Al respecto

se encontró que el 89,4% de las adolescentes y el 90,1% de los adolescentes afirmaron haber recibido charlas sobre sexualidad en el marco del programa del ICBF, situación que refleja el esfuerzo realizado por la institución por incorporar en su propuesta de formación, aspectos relacionados con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

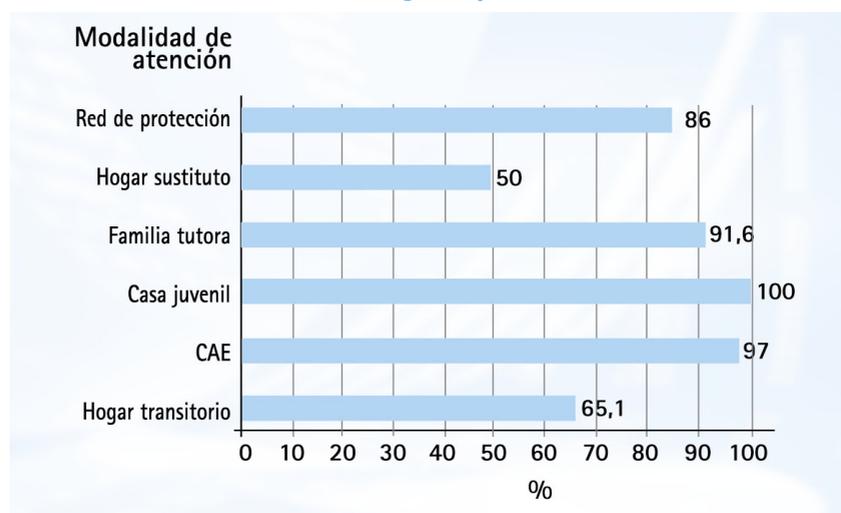
Cabe anotar que de la sostenibilidad de este esfuerzo depende que los procesos de formación y educación en la materia tengan un impacto real en el ejercicio responsable de la sexualidad por parte de esta población, y que adicionalmente, dicha sostenibilidad no sólo debe ser una responsabilidad del ICBF sino del Sistema Nacional de Bienestar Familiar en su conjunto, de manera tal que se garanticen las disposiciones contenidas en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Al observar la distribución por modalidad de atención de este servicio (ver Gráfico No. 33), se observa cómo a medida que la población sujeto de estudio transcurre entre las tres etapas institucionalizadas que se encuentran relacionadas (Hogar Transitorio, CAE y Casa Juvenil) éste alcanza plena cobertura con respecto a capacitaciones sobre sexualidad.

### Gráfico No. 33

Distribución por modalidad de atención de las charlas sobre sexualidad recibidas por parte de niños, niñas y adolescentes.

Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005



Un aspecto que indica el nivel de información con el que cuentan los niños, niñas y adolescentes, con respecto a las consecuencias que tiene para la calidad de su vida sexual y reproductiva las conductas asumidas para ejercer su sexualidad, es el relacionado con el conocimiento que poseen sobre los riesgos de tener relaciones sexuales sin protección.

En efecto, el 93,9% de las y los adolescentes afirmaron conocer las consecuencias de tener una relación sexual sin protección. De tales consecuencias las que aparecen con mayor frecuencia son el contagio de infecciones de transmisión sexual, el embarazo no deseado y en menor medida el VIH/SIDA. Al analizar las diferencias por sexo de cada tipo de riesgo señalado (ver Tabla No. 53), se observa que mientras para las mujeres es mayor el riesgo de embarazos no planeados que para los hombres, para éstos, es mayor el riesgo del VIH/SIDA que para las mujeres.

**Tabla No. 53**

**Riesgos que se conocen de una relación sexual sin protección, por parte de niños, niñas y adolescentes\*.**  
Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005

Tipo de riesgos	Sexo			
	Femenino (155)**		Masculino (338)***	
	n	%	n	%
Contagio de VIH / SIDA	22	14,2	88	26
Contagio de infecciones de transmisión sexual	143	92,2	315	93,2
Embarazos no planeados	128	82,6	209	61,8
Morirse	1	0,6	7	2
Otros	1	0	16	4,7

\* Pregunta abierta – respuesta múltiple

\*\* Total de mujeres que afirmaron conocer las consecuencias de una relación sin protección

\*\*\* Total de hombres que afirmaron conocer las consecuencias de una relación sexual sin protección

Al ser el contagio de infecciones de transmisión sexual – ITS y el embarazo no deseado los riesgos que más prevalecieron en las respuestas de quienes afirmaron conocer las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección, es importante evaluar el conocimiento que poseían sobre cómo evitarlos:



<sup>43</sup> *Ibíd.*, p. 31

<sup>44</sup> *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva... Op. Cit.*, p. 13

**Tabla No. 54**  
**Métodos que se conocen para evitar ITS por parte de niños, niñas y adolescentes\*.**  
**Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del**  
**ICBF, ago – sep 2005**

Métodos para evitar ITS	Sexo			
	Femenino (140)**		Masculino (306)***	
	n	%	n	%
Condón	129	92,1	267	87,2
Evitar acostarse con cualquiera	14	10	27	8,8
No sabe	0	0	1	0,3
Conocer bien a la persona	5	3,6	18	5,9
Exámenes médicos y de laboratorio	9	6,4	16	5,2
Abstinencia	4	2,8	14	4,5
Otros	2	1,4	18	5,9
No tener relaciones con varias personas	2	1,4	6	2
Otros	0	0	5	1,6

\* Pregunta abierta – respuesta múltiple

\*\* Total de mujeres que afirmaron conocer alguna forma de protegerse de una ITS

\*\*\* Total de hombres que afirmaron conocer alguna forma de protegerse de una ITS

El 85,1% de las y los adolescentes afirmaron conocer alguna forma de protegerse de una ITS, siendo el condón el método que con mayor frecuencia se menciona para prevenirlas. Vale la pena analizar el porcentaje de respuestas como “evitar acostarse con cualquiera”, “conocer bien a la persona”, “realizarse exámenes médicos y de laboratorio” y “no tener relaciones con

varias personas”, pues esto puede obedecer a desinformación (en el caso de “los exámenes médicos y de laboratorio”) o a la apropiación que los y las adolescentes realizan del discurso alrededor de los comportamientos que la norma social valora como “ideales” al respecto del ejercicio de la sexualidad (en el caso de las demás opciones).

**Tabla No. 55**  
**Métodos que se conocen para evitar embarazos no planeados por parte de niños, niñas y adolescentes\*.**  
**Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del**  
**ICBF, ago – sep 2005**

Métodos para evitar embarazos	Sexo			
	Femenino (156)**		Masculino (321)***	
	n	%	n	%
Método del ritmo	2	1,3	3	0,9
Coito interrumpido	2	1,3	8	2,5
Condón o preservativo	123	78,8	304	94,7
Pastillas o píldoras	90	57,7	162	50,5
DIU o T	74	47,4	46	14,3
Óvulos , espermicidas o tabletas vaginales	7	4,5	1	0,3
Inyección	123	78,8	108	33,6
Norplant	39	25	19	5,9
Diafragma	1	0,6	0	0
Abstinencia	2	1,3	3	0,9
Planificación	0	0	17	5,3
Métodos quirúrgicos	4	2,5	4	1,2
Otros métodos	1	0,8	9	2,8

\* Pregunta abierta – respuesta múltiple

\*\* Total de mujeres que afirmaron conocer alguna forma de protegerse de embarazos

\*\*\* Total de hombres que afirmaron conocer alguna forma de protegerse de embarazos

Con respecto al embarazo no planeado, el 90% de los niños, niñas y adolescentes afirmó conocer alguna manera de evitarlo. La forma más mencionada tanto por hombres como por mujeres es el uso del condón; también existe un porcentaje alto de hombres que mencionaron las pastillas y la inyección, mientras que las mujeres, mencionaron (en orden) la inyección, las pastillas, el DIU y el Norplant. En general, las mujeres conocen mayor variedad de métodos, hecho que resulta acorde con la oferta existente para ellas.

### 6.5. Derecho a la salud y a los beneficios del progreso científico

Este grupo de derechos hace alusión al derecho de todas las personas de acceder al nivel más alto de salud posible y al acceso a todas las nuevas tecnologías reproductivas que sean seguras y aceptables. Incluye los derechos de las y los usuarios a la atención en salud, de manera que se garanticen la disponibilidad, el acceso, la aceptabilidad y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva.

La prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes tiene como sustrato la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), y los compromisos adoptados en el marco de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo 1994), relativos a la salud sexual y reproductiva de esta población específica.

En este marco, el acceso a información, servicios y suministros, la privacidad, la confidencialidad, la elección informada, la autodeterminación, la igualdad y no discriminación se constituyen con respecto al derecho a la salud y a los beneficios del progreso científico, en los criterios que deben orientar la atención en salud sexual y reproductiva<sup>45</sup>.

Por lo tanto, las preguntas que se formularon alrededor de este grupo de derechos tenían como propósito indagar por los niveles de acceso a servicios básicos de atención en salud sexual y reproductiva y por los obstáculos, si los hay, para poder acceder a dichos servicios.

En relación con al acceso a servicios y métodos de planificación familiar - MAC, se indagó en aquellas personas que manifestaron no haber utilizado métodos anticonceptivos durante su permanencia en el programa, su interés de hacer uso de ellos y las razones por las cuales no lo han hecho; esta última pregunta tiene como propósito establecer si el no uso de MAC, obedece a una decisión informada al respecto, según sus necesidades y el desarrollo evolutivo de sus capacidades o a otro tipo de causas que les estén impidiendo acceder a este servicio.

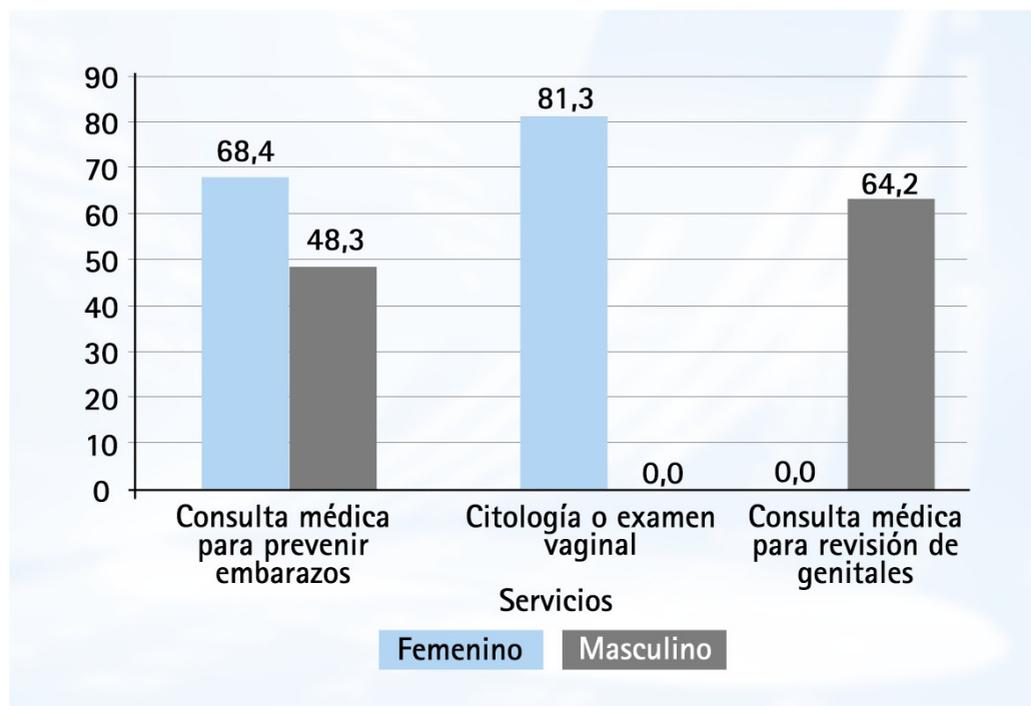
Al respecto, se observó una demanda de métodos anticonceptivos del 23,8% en las mujeres y del 32,6% en los hombres que respondieron no haber utilizado un MAC durante el programa de ICBF y haber tenido relaciones sexuales. El hecho de que esta respuesta obtuviera un porcentaje relativamente bajo, no obstante que el paso por el programa sea una etapa de transición donde muchos de ellos y ellas no tienen pareja, puede explicarse en función de la ausencia de lineamientos que orienten el acceso a este servicio por parte del programa del ICBF y en consecuencia, que eviten que el acceso a métodos de planificación familiar, dependa de la voluntad y/o a las políticas de cada institución. En este sentido, no solo es importante que la población sujeto de estudio cuente con información, sino también que pueda contar efectivamente con las condiciones para llevar a la práctica los conocimientos que se adquieran.

<sup>45</sup> DE LA ESPRIELLA., *Op. Cit...* pp. 33 - 34

En lo correspondiente a la atención y acceso a otros servicios de salud sexual y reproductiva, se encontró que el 68,4% de las niñas y adolescentes mujeres y el 48,3% de los niños y adolescentes varones, afirmó haber recibido por lo menos una consulta médica con el fin de evitar embarazos no planeados; un 81,3% de las mujeres señaló haberse realizado por lo menos una citología vaginal; y un 64,2% de los hombres, haber tenido una consulta médica para revisión de sus genitales durante el tiempo que han estado en el programa del ICBF (Ver Gráfico No. 34).

Este hecho resulta un avance significativo en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva fundamentalmente asociado a la gestión realizada por el ICBF para el desarrollo del convenio con Profamilia apoyado por la Cooperación internacional.

**Gráfico No. 34**  
**Servicios de salud sexual y reproductiva recibidos por niños, niñas y adolescentes.**  
**Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados Irregulares del ICBF, ago – sep 2005**



**Tabla No. 56**  
**Servicios de salud sexual y reproductiva recibidos por niños, niñas y adolescentes,**  
**según modalidad de atención**  
**Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Desvinculados de los Grupos Armados**  
**Irregulares del ICBF, ago – sep 2005**

Modalidad de atención	Opción	Total		Si		No		NS/NR		No aplica	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hogar Transitorio	Consulta médica para prevenir embarazos	83	100	22	26,5	61	73,5	0	0	-	-
	Citología o examen vaginal	83	100	12	14,5	6	7,2	0	0	65	78,3
	Consulta médica para revisión de genitales	83	100	36	43,4	29	34,9	0	0	18	21,7
CAE	Consulta médica para prevenir embarazos	279	100	162	58,1	113	40,5	4	1,4	-	-
	Citología o examen vaginal	279	100	62	22,2	9	3,2	3	1,1	205	73,5
	Consulta médica para revisión de genitales	279	100	141	50,6	60	21,5	4	1,4	74	26,5
Casa Juvenil	Consulta médica para prevenir embarazos	31	100	21	67,7	10	32,3	0	0	-	-
	Citología o examen vaginal	31	100	6	19,4	0	0	0	0	25	80,6
	Consulta médica para revisión de genitales	31	100	21	67,7	4	12,9	0	0	6	19,4
Hogar Tutor	Consulta médica para prevenir embarazos	67	100	39	58,2	28	41,8	0	0	-	-
	Citología o examen vaginal	67	100	28	41,8	4	6	2	3	33	49,2
	Consulta médica para revisión de genitales	67	100	15	22,4	18	26,9	0	0	34	50,7
Hogar Sustituto	Consulta médica para prevenir embarazos	3	100	2	66,7	1	33,3	0	0	-	-
	Citología o examen vaginal	3	100	0	0	3	100	0	0	0	0
	Consulta médica para revisión de genitales	3	100	0	0	0	0	0	0	3	100
Red de Protección	Consulta médica para prevenir embarazos	62	100	41	66,1	21	33,9	0	0	-	-
	Citología o examen vaginal	62	100	23	37,1	4	6,4	0	0	35	56,5
	Consulta médica para revisión de genitales	62	100	20	32,3	10	16,1	5	8,1	27	43,5

La Tabla No. 56 muestra finalmente cómo ha sido el cubrimiento por modalidad de atención del programa del ICBF, de los servicios de salud sexual y reproductiva. En general, se observa que se ha iniciado una oferta de servicios básicos de salud en este tema, pero que no obstante, se requieren mayores esfuerzos para lograr plena cobertura, realizando seguimientos periódicos de los niveles de avance en la materia, a través del monitoreo y la evaluación de dichos servicios, con metodologías participativas e incluyentes que recojan las necesidades de quienes los reciben.

Sobre este aspecto la Defensoría del Pueblo considera que la atención en salud sexual y reproductiva en esta población no debe depender exclusivamente de la gestión de convenios específicos y por el contrario debe hacer parte del proceso de atención integral en salud que

brinde a esta población el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, en cabeza del Ministerio de Protección Social como ente rector del SGSSS y del sector salud, teniendo en cuenta adicionalmente, que esta atención debe propender por lograr una cobertura total y permanente, asegurando que se realice con los estándares de calidad y requerimientos necesarios.

