

LAS TRAGEDIAS DE LA PROHIBICIÓN

Guía para proteger los derechos sexuales y reproductivos

de las mujeres que usan drogas

MARÍA XIMENA DÁVILA



Dejusticia

Temeride

www.temeride.org

¿DE QUÉ SE TRATA ESTA GUÍA?



Esta guía es un insumo para entender y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que usan drogas. Está dirigida a un público amplio: funcionarios públicos y privados, profesionales de la salud y personas que usan drogas. Su objetivo es brindar una primera aproximación al concepto de estos derechos, a las normas que los protegen y a las situaciones más apremiantes que deben atravesar las mujeres que usan drogas al momento de ejercerlos. El contenido está inspirado en el trabajo de campo que Dejusticia y Teméride realizaron, en septiembre de 2019, con mujeres de Pereira y de Dosquebradas con distintos grados de consumo de drogas. A ellas les agradecemos por compartirnos sus relatos y experiencias.



En el proceso de construcción de esta guía participaron activamente los investigadores de la línea de política de drogas, Isabel Pereira y David Filomena, y la periodista, Mariana Escobar, por Dejusticia, así como los integrantes de la Corporación Teméride, Angélica Jiménez y Hugo Castro.

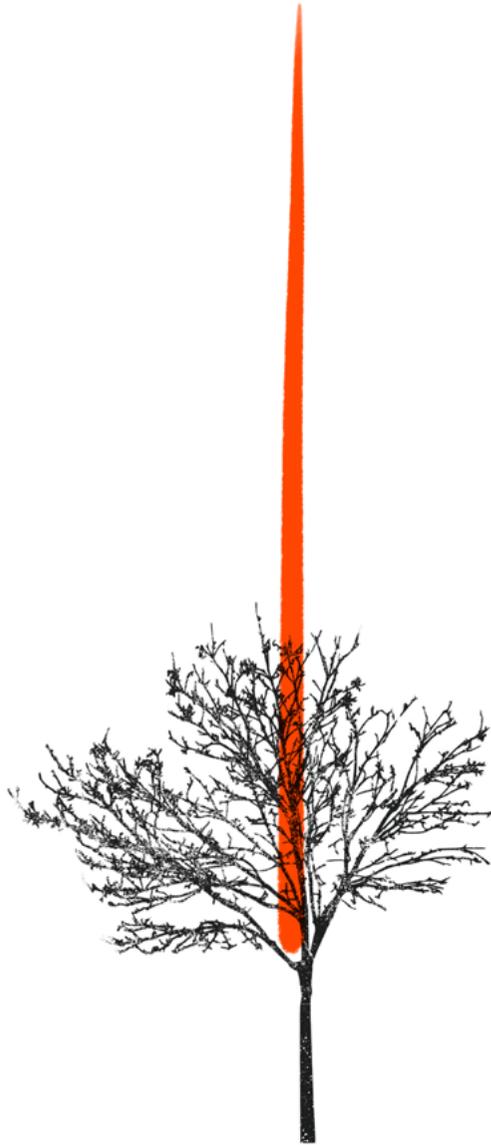
LAS MUJERES

Esta cartilla está basada no solo en un análisis y en un mapeo normativo, sino también en los testimonios y en las experiencias de 54 mujeres que usan drogas en Pereira y Dosquebradas. Su entorno está marcado por la hostilidad y por las violencias que han atravesado sus vidas. En su mayoría, las mujeres entrevistadas tienen entre 20 y 40 años, crecieron en ambientes violentos y pertenecen a un contexto de pobreza. Muchas solo cursaron hasta la primaria. Otras más terminaron el bachillerato y tan solo algunas cuentan con algún tipo de educación técnica. Gran parte del grupo se dedica a trabajos precarizados, como ventas informales o trabajo sexual. A su vez, su trayectoria de vida se ha enmarcado en la violencia, el maltrato y la discriminación por parte de los agentes del Estado (como la Policía), de sus comunidades, de los profesionales de la salud e incluso de sus círculos familiares.



LAS PROTAGONISTAS:

TRAYECTORIAS DEL TRAUMA



CONTEXTOS PERSONALES Y SOCIALES

DE LAS MUJERES QUE USAN DROGAS:

«Yo salí de la cárcel y estaba juiciosa; a mí una familia me estaba apoyando y yo quería estar con mi hija y mi mamá y yo las llamé a ellas, ellas están en Armenia. Mi mamá es una persona que no me quiere y no me apoya. Le dije que si me iban a ayudar, que había salido de la cárcel juiciosa que no quería recaer y ella que no, que no. Me cerró las puertas, por eso volví y recaí. Me sentí muy triste y muy desilusionada y yo dije, “no vale la pena pedir ayuda” y volví y caí por eso... Son muchos traumas, muchas tristezas desde la crianza, una crianza con mucha violencia: papá me tocaba, luego él se murió y quedé más triste en la casa porque a pesar de que él me tocaba, él me daba todo y ya que él se murió quedé sola con mi mamá y a mi mamá se le veían las preferencias por mi hermano, entonces yo me fui de la casa a los 15 años. Empecé a sufrir...».

Testimonio de mujer de 31 años



LAS PROTAGONISTAS: TRAYECTORIAS DEL TRAUMA



«La verdad, yo empecé a consumir porque... Para mí siempre fue muy duro, desde pequeña, no tener mi mamá al lado, ¿sí me entiende? Mi mamá se fue y nos abandonó. Somos cinco hermanos; a mí me tocó lidiar con los dos pequeños, me tocó pedir comida con ellos mientras mi papá llegaba de trabajar, porque mi mamá llegaba y se nos llevaba todo lo que mi papá nos compraba y entonces siempre fue eso lo que... Como que viví tan ahogada, ¿sí me entiende? Y me entregué a los vicios. Me le volaba a mi papá desde los ocho años a farriar. No. Horrible, ja. Salía mi papá a buscarme con correa. No, hija, mejor dicho, horrible. Buscándome... Mi mamá también, cuando yo estaba pequeña, consumiendo vicio ahí en la casa, dándole a mi hermano, consumiendo, entonces, ¿sí me entiende? Con mi hermano, el mayor. Entonces eso fue como que lo que más me dañó... Más o menos tengo unas ocho, seis, siete puñaladas en el cuerpo ya... Bueno... Tres me las hizo mi mamá... Cómo le parece que ella vino a llevárame los niños, los dos pequeños, ya cuando ya estaban grandes. Ella vino por ellos y yo no dejé y me fui con ella. Y a la semana siguiente empezó a decirme que yo me le estaba comiendo el marido; yo tenía 7 años. Siete años tenía cuando eso pasó, tan... Desde ahí me descarrié».

Testimonio de mujer de 33 años

LAS PROTAGONISTAS: TRAYECTORIAS DEL TRAUMA

«[Yo empecé a consumir] porque mi papá me daba mucho maltrato, me pegaba, me castigaba... Yo, de pequeñito, demostraba lo que yo iba a ser, entonces me daba madera, me daba maltrato. Yo, a los 11 años, me volé con un señor de Aguadas y llegué a Dosquebradas; y de ahí, a los 13, me tiré a la calle, porque el señor también ya me daba maltrato. Entonces ya me tiré yo a la calle, al ruedo. Entonces ya me vine a trabajar a un restaurante. Después del restaurante me dijeron que yo tan bonita, con 13 años, que no le trabajara a la gente, que viniera a prostituirme; y salí a prostituirme. Ahí cogí ya... Comencé a trabajar en la calle hasta los 14 de pirobito. Y a los 15 me fui pa Medellín y allá me lanzaron como mujer. Llegué aquí ya como travesti, ya maquillada, ya como una pelaíta; y a los 16 probé la marihuana. Fue lo primero que yo aprendí: a fumar, las pepas, la pega y de ahí aprendí el basuco, de ahí el trago».

Testimonio de mujer trans de 40 años



¿QUÉ SON *LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS*?

Según la definición general del **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas**, los derechos sexuales y reproductivos son un «conjunto de derechos y libertades, entre las que están, además del acceso a bienes y servicios relativos al disfrute del derecho a la salud, las decisiones libres y responsables con respecto a los asuntos relacionados con el propio cuerpo y la propia salud sexual y reproductiva».





Los derechos sexuales y reproductivos son derechos fundamentales. Eso quiere decir que el Estado debe garantizarlos a todas las mujeres del país. El sistema de salud (hospitales, clínicas, centros de salud) y los profesionales de la salud (médicos y enfermeras), entre otros, deben cumplir con todas las normas que protejan estos derechos y deben asegurarse de brindar un servicio que respete la dignidad y la autonomía de las mujeres.



Los derechos sexuales y los derechos reproductivos no son lo mismo. Es necesario diferenciarlos, pues sexualidad y reproducción son dos ámbitos diferentes en la vida del ser humano. La primera no debe ser entendida tan solo como un medio para lograr la segunda; hay que desligar los derechos sexuales de la maternidad. Sin embargo, no se puede negar que los derechos sexuales y reproductivos están relacionados dado que, la autonomía, en las decisiones reproductivas, contribuye a llevar una vida sexual sin riesgos de embarazos no deseados. Esto quiere decir que ambas categorías tienen una definición y un contenido propios, pero parten de una base común.

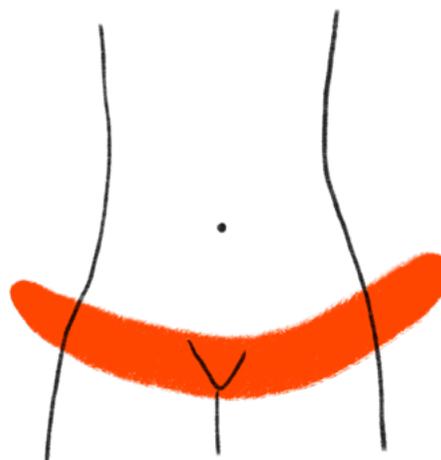
SALUD **SEXUAL**

«La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia». (Organización Mundial de la Salud)



SALUD **REPRODUCTIVA**

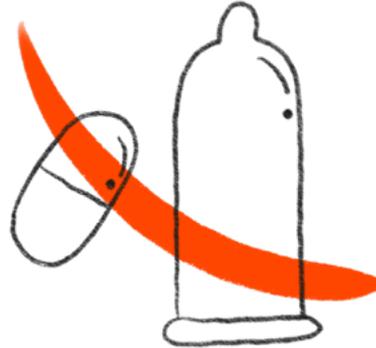
«La salud reproductiva aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si así se desea y cuando se desee. Esta concepción de la salud reproductiva supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano». (Organización Mundial de la Salud)



¿QUÉ SIGNIFICA TODO ESTO?

¿CÓMO SE VIVE ESTO EN LA COTIDIANIDAD?

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (DSDR) SE PUEDEN MANIFESTAR DE MUCHAS FORMAS. ESTAS SON ALGUNAS:



● Los DSDR protegen mi derecho a decidir si quiero o no tener hijos y cuántos quiero tener, siempre respetando mis motivos y poniendo en el centro mi consentimiento. Por eso, gracias a la garantía de los DSDR, puedo interrumpir un embarazo no deseado, realizarme la ligadura de trompas cuando yo quiera, sin importar mi edad o el número de hijos que tenga, o decidir tener los que yo considere pertinente según mi proyecto de vida.

● Los DSDR me permiten acceder a la información necesaria para determinar si quiero prevenir un embarazo mediante métodos anticonceptivos; también garantizan que pueda acceder a ellos a través del sistema de salud. Además, protegen mi decisión acerca del método que se ajuste más a mi cuerpo y a mis necesidades.

● Los DSDR protegen mi acceso a los exámenes médicos, tales como la citología, el examen de cáncer de útero o los relacionados con enfermedades de transmisión sexual. La protección de estos derechos implica que el sistema de salud debe realizarme cualquiera de estas pruebas en condiciones de dignidad e intimidad.

● Los DSDR me protegen contra cualquier tipo de violencia que sufra en el trabajo de parto o en los controles prenatales y posnatales de mi embarazo. Esas violencias pueden ser un desgarramiento debido a malas prácticas del médico, falta de intimidad en los procesos, falta de cuidado con el bebé o conmigo, o tratos irrespetuosos o poco dignos.



ALGUNOS EJEMPLOS DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

¿QUÉ NORMAS PROTEGEN ESTE DERECHO?



Definición de autonomía reproductiva.

La autodeterminación reproductiva protege el reconocimiento, el respeto y la garantía de la facultad que tienen las personas de decidir, libremente, sobre la posibilidad de procrear o no, de cuándo hacerlo y con qué frecuencia, así como la libertad de decidir, de manera responsable, el número de hijos. La autodeterminación reproductiva reconoce a las personas, en especial a las mujeres, el derecho a estar libres de todo tipo de interferencias en la toma de decisiones reproductivas, incluidas la violencia física y psicológica, la coacción y la discriminación. No se deben sufrir tratos desiguales injustificados por causa de las decisiones reproductivas que se tomen, es decir, tener descendencia o no. Se viola este derecho, por ejemplo, cuando se presentan embarazos, esterilizaciones, abortos o métodos de anticoncepción forzados, o cuando se solicitan pruebas de esterilización o de embarazo para acceder o permanecer en un empleo. (Sentencia T-732 de 2009)



● La autonomía reproductiva implica un acceso igualitario a los servicios de salud. Los servicios de atención médica deben prestarse y garantizarse en condiciones de dignidad, igualdad y de no discriminación. (Recomendación General No. 24 de la CEDAW)

● La autonomía reproductiva implica un acceso seguro y en condiciones de intimidad a los servicios de salud. Los servicios de atención médica deben garantizar el consentimiento de las pacientes, su comodidad y el respeto a su intimidad. Todas las acciones que generen incomodidad, inseguridad, hostilidad o intimidación en los procedimientos de salud reproductiva —consultas, servicios de interrupción del embarazo, ecografías, partos, etc.— son consideradas violencia obstétrica. (Recomendación General No. 24 de la CEDAW)

OBSTÁCULOS QUE DEBEN ENFRENTAR LAS MUJERES QUE USAN DROGAS

¿Autodeterminación reproductiva?
Entre el difícil autocuidado
y el temor a perder los hijos

● La mayoría de mujeres entrevistadas, que han tenido un embarazo, han sido estigmatizadas por parte del sistema de salud por usar drogas. Muchas relataron que, durante sus embarazos, fueron señaladas por médicos y otros prestado-

res de salud y tratadas de manera discriminatoria. Esto tuvo un impacto en su acceso a los servicios y en su visión y confianza en el sistema de salud.

● Otro obstáculo, relacionado con la garantía de la igualdad y con la autonomía reproductiva, tiene que ver con los abundantes relatos sobre violencia obstétrica. Muchas mujeres señalaron haber sido violentadas física o emocionalmente, durante sus partos, por los médicos y practicantes.

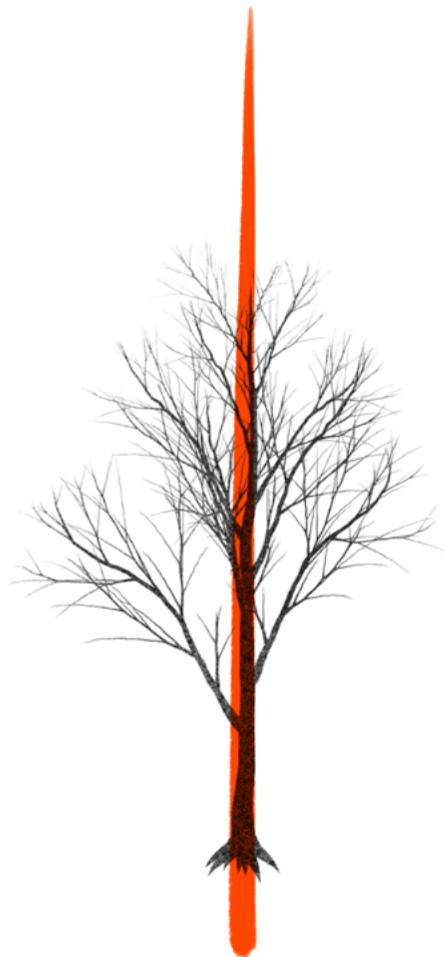
● El servicio de salud no se presta de manera igualitaria para todas las mujeres, lo que implica más obstáculos al momento de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

● El ejercicio mismo de la maternidad se ve cuestionado para muchas de estas mujeres, ya sea porque el sistema está dispuesto a separar a los bebés de las madres que consumen drogas, o porque los tratamientos para la farmacodependencia no tienen en cuenta sus cargas y obligaciones de cuidado.



TESTIMONIOS

Y VOCES DE LAS MUJERES



TESTIMONIO DE MUJER, VÍCTIMA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE SU EMBARAZO Y PARTO:

«Soy operada, eso duele mucho. Como yo los tuve por cesárea, esa cesárea duele mucho cuando le abren a uno el estómago, que lo rajan a uno, que se le suben en la barriga como para sacarlo. Eso queda uno muy adolorido porque, de por sí, pues, yo soy muy penosa... Que pa hacer las necesidades que en un pato... No, yo no soy capaz. Yo me hice regañar más de una vez porque yo no sirvo para eso; si algo, metía para el baño. No quiero más hijos; me quemaron las trompas. La recuperación la pasé en mi casa, pero yo tuve un alegato con mi hermano y a mí se me descosió esos puntos. Sufrí mucho en el último parto de mi bebé, me tuvieron casi tres días en sala de partos y yo no iba para tenerlo normal. Yo iba derecho para cesárea, me tuvieron tres días torturada allá con dolores y metiéndole a uno que los dedos, que más de una doctora diferente, y no me gustó ese trato que sufrí mucho. Eso estuvo mal hecho, porque cuando mi madrecita me llevó al hospital de Kennedy, me trasladaron pal hospital de la 40 y allá dijeron que yo iba era derecho pa cesárea. Entonces me dijeron que no, que a ella le falta tanto, que dejémola acá en sala de parto que porque a ella no se le puede hacer cesárea, ella lo puede tener normal y me tuvieron allá tres días torturada y yo les gritaba y yo les lloraba, “ayúdenme, no me torturen más, que yo voy es pa cesárea”. Y mi mamá también con los

doctores pa lado y lado, “que ella va es pa cesárea, que ella no puede tener los niños normal. No me la hagan sufrir”. Mi mamá hasta les lloraba a esos doctores y es injusto que lo torturen a uno sabiendo que, de por sí, de Kennedy, el papel es pa cesárea. Y allá me torturaron, no me quisieron bajar pa la cesárea sino que me torturaron. Yo creo que eran puras primerizas las doctoras. Eran par muchachas. Me vieron varias médicas y hasta dos doctores y todo, y eso es muy maluco. Eso no me pasó en el primer parto, yo fui derecho pa cesárea con la niña (sic) y salí y me lo dejaron 10 días en incubadora. Me salió muy pequeñito y con los 9 meses completos... Y yo, con cesárea, todos los días, tres veces al día, bajaba yo al Hospital San Jorge a alimentarlo, a cambiarlo».



TESTIMONIO DE MUJER QUE PERDIÓ A SU HIJA POR NEGLIGENCIA MÉDICA:

«Eso fue hace como cuatro años. Yo tengo demandado al hospital de allí por eso, por negligencia médica. La niña estaba bien, venía bien y como que se asfixió o me estriparon la barriga muy duro: un mal procedimiento de la antigua, eso que estripan duro, como para que salga, y la asfixiaron. Eso fue en el momento del parto, me la mataron duro. Ellos me la mataron».



TESTIMONIO DE MUJER QUE RECIBIÓ UN TRATO DISCRIMINATORIO DURANTE SU PARTO POR SER UNA PERSONA QUE USA DROGAS:

«Hay un trato muy diferente por usar drogas... Eran groseros. Cuando lloraba, decían que era mi culpa... Si no lloraba, de una vez me decían que me relajara porque ahora iba a ser peor... Sí, hay muchísimas mujeres doctoras... Y tratan más mal las mujeres que los hombres. Lo tratan a uno como si uno fuera una basura...».



INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

¿QUÉ NORMAS PROTEGEN ESTE DERECHO?

La IVE es un derecho fundamental de todas las mujeres y niñas. Por medio de la **Sentencia C-355 de 2006**, la Corte Constitucional reconoció que la IVE es un derecho fundamental en las tres causales despenalizadas: i) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer y esté certificado por un médico; ii) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida y esté certificada por un médico; y, iii) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

El sistema de salud debe garantizar el derecho a la IVE de todas las mujeres y niñas. En la **Sentencia T-209 de 2008**, la Corte Constitucional mencionó algunas reglas mínimas que el sistema de salud debe cumplir para la efectiva materialización del derecho a la IVE. En primer lugar, «las mujeres tienen derecho al acceso real, oportuno y de cali-

dad al Sistema de Seguridad Social en Salud cuando soliciten la interrupción de su embarazo, en todos los grados de complejidad del mismo». En segundo lugar, «el Sistema de Seguridad Social en Salud debe garantizar un número adecuado de proveedores habilitados para prestar los servicios de interrupción del embarazo». En tercer lugar, «los departamentos, distritos y municipios están obligados a asegurar la suficiente disponibilidad de servicios de la red pública con el propósito de garantizarles a las mujeres gestantes el acceso efectivo al servicio de interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de calidad y de salubridad».

La decisión de interrumpir un embarazo pertenece a la esfera íntima de las mujeres. La Corte Constitucional ha señalado que la decisión de una mujer de interrumpir voluntariamente su embarazo pertenece a la esfera íntima o privada. Los profesionales de la salud están obligados a ofrecer plena garantía de confidencialidad y, en consecuencia, a respetar los derechos a la intimidad y a la dignidad de las mujeres.

¿Cuáles son las barreras que no se les pueden imponer a las mujeres para acceder a la IVE?

Como se mencionó en la Sentencia T-388 de 2009, **está terminantemente prohibido elevar obstáculos, exigencias o barreras** adicionales a las establecidas en la referida Sentencia C- 355 para la práctica del aborto en los supuestos allí previstos. Entre las barreras inadmisibles se encuentran, entre otras:

- Realizar juntas médicas, de revisión o de aprobación por auditores que ocasionen tiempos de espera injustificados para la práctica del aborto inducido.
- Impedir a las niñas menores de 14 años, en estado de gravidez, exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo cuando sus progenitores o representantes legales no estén de acuerdo con dicha interrupción.
- Imponer requisitos adicionales, es decir, exigir: (a) dictámenes de medicina forense; (b) órdenes judiciales; (c) exámenes de salud que no son practicados de manera oportuna; (d) autorización por parte de familiares, asesores jurídicos, auditores, médicos y pluralidad de galenos.

- Alegar objeción de conciencia colectiva que desencadena, a su vez, objeciones de conciencia institucionales e infundadas.

- Suscribir pactos —individuales o conjuntos— para negarse a practicar la interrupción del embarazo.

- Acogerse a formatos o plantillas de adhesión que incidan en que las entidades hospitalarias no cuenten, entre su personal de planta, con médicos dispuestos a prestar los servicios de interrupción voluntaria del embarazo, bien sea porque estos (as) profesionales de la medicina son víctimas de discriminación en el momento en que se efectúa su vinculación laboral o porque, una vez vinculados (as), reciben presiones para abstenerse de practicar abortos.

- No disponer, en algunas redes públicas de Prestadores de Servicios de Salud, en los niveles departamental, distrital y municipal, del servicio de interrupción voluntaria del embarazo.

¿Cuáles son las consecuencias de las barreras de acceso a la IVE?

En un primer escenario, las mujeres y niñas se ven obligadas a **continuar con embarazos no deseados**, producto de violencia sexual o que ponen en peligro su salud y su vida.

En un segundo escenario, las mujeres toman decisiones basadas en la desesperación y en la falta de alternativas: **acuden a métodos para abortar que son inseguros, clandestinos, no cuentan con las suficientes condiciones de salubridad** y, por lo tanto, atentan contra su salud y su vida.

Estos dos escenarios implican una **vulneración de la dignidad de las mujeres**, pues las somete a dos opciones igualmente riesgosas y amenazantes de sus derechos: la maternidad forzada o los abortos clandestinos.

OBSTÁCULOS QUE DEBEN ENFRENTAR LAS MUJERES QUE USAN DROGAS

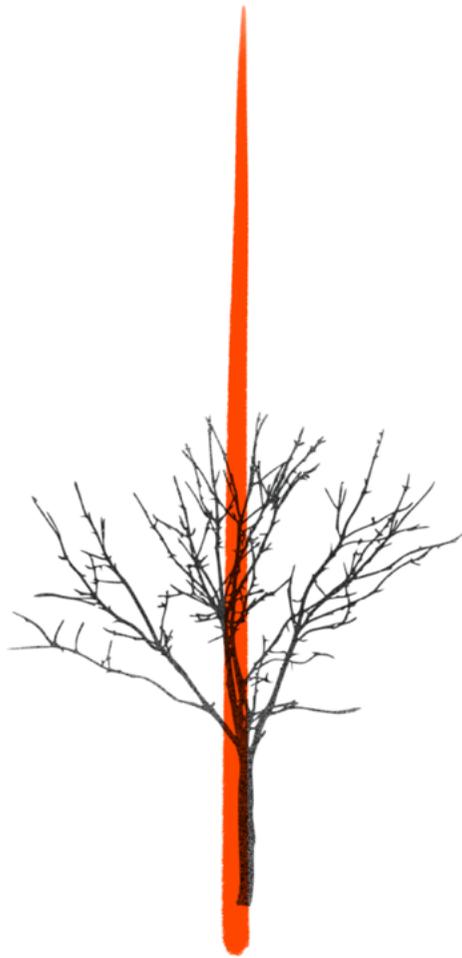
Las mujeres entrevistadas, que han decidido abortar en algún momento de su vida, se enfrentan a la desinformación sobre sus derechos fundamentales. Aunque el aborto es reconocido legalmente como un derecho fundamental de todas las mujeres, las agencias del Estado no han cumplido con su deber de informar debidamente sobre las condiciones y la prestación de este servicio. A esto se suma que no hay una ruta

clara de atención: las mujeres no saben a dónde pueden acudir, cómo pueden hacerlo y cuáles son los requisitos. Cuando las mujeres que deciden abortar porque está en riesgo su bienestar y su salud emocional, terminan por acudir a abortos clandestinos como consecuencia del desconocimiento y de las barreras que impone el sistema de salud.



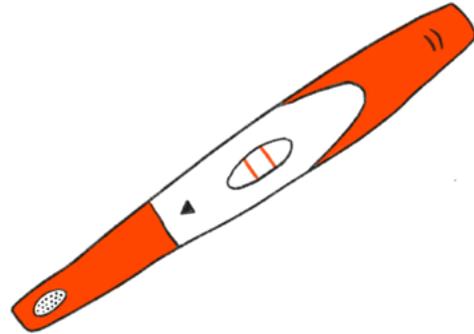
TESTIMONIOS

Y VOCES DE LAS MUJERES



TESTIMONIO DE MUJER QUE TUVO UN ABORTO CLANDESTINO:

«[...] yo, antes de saber, antes de tener la prueba en mis manos, real, que yo en realidad dije “sí, estoy embarazada”... Porque yo sí tenía mi sospecha, pero no estaba segura y antes de estar segura yo había averiguado dónde abortar y todo. Había averiguado el precio y yo tenía 300.000 y el aborto costaba 400.000. Entonces, al parecer, yo cogí, salí de ahí y llamé y con ese dinero fui y esperé en turno. Eso fue en el barrio Cuba, en un hospital. Era ilegal».



TESTIMONIO DE MUJER QUE ESTÁ EN EMBARAZO Y DESEA ABORTAR:



«Yo, de vez en cuando, me daba uno o dos balazos de heroína, pero lo hacía como... Como muy caleta, o sea, que nadie se diera cuenta ni nada de eso, porque pues eso me perjudica... Pues no quería que nadie se diera cuenta, pero ahora que me di cuenta de eso, pues lo dejé porque yo no, o sea, yo no quiero pues... O yo no sé, por lo menos, por ahora, no sé qué voy a hacer. He pensado en hacerme un legrado porque no tengo la condición para yo poder traerlo. Quizá sea pecado o no, pero yo creo que más pecado es traer un niño al mundo en estas circunstancias [...]. Pues yo, por ejemplo, yo creo que voy pa diez semanas más o menos. Sí, mañana cumpliría diez semanas [...]. Quiero actuar lo más rápido posible, pero no sé cómo».

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL: ENTRE LA VIOLENCIA, LA IMPUNIDAD Y EL SILENCIO

¿QUÉ NORMAS PROTEGEN ESTE DERECHO?

Definición de violencia sexual. El Artículo 3 de la Ley 1257 de 2008 (por la cual se dictan las normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres) define la violencia sexual como la acción que consiste en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal.

Las mujeres víctimas de violencia sexual deben contar con mínimos de garantía en materia de salud sexual, reproductiva y psicosocial. La Corte Constitucional ha señalado que la atención mínima a víctimas de violencia sexual debe incluir los siguientes servicios: i) asistencia médica inmediata para la atención de las heridas y lesiones recibidas por las víctimas; ii) seguimiento médico para la atención de las consecuencias clínicas del acto delictivo; iii) provisión inmediata de anticoncepción de emergencia y tratamiento profiláctico para evitar el

contagio de infecciones de transmisión sexual; iv) atención psicológica especializada inmediata para la víctima y su familia; v) asesoría médico-legal y jurídica; vi) asistencia social; vii) medidas de protección para prevenir agresiones adicionales a la víctima. (Sentencia C-754 de 2017)

La carga probatoria, en casos de violencia sexual, debe flexibilizarse. La Corte Constitucional ha señalado que, la violación sexual es un tipo particular de agresión que, en general, se caracteriza por producirse en ausencia de otras personas más allá de la víctima y el agresor o los agresores. Por esa razón, y dada la naturaleza de esta forma de violencia, no se puede esperar que haya pruebas gráficas o documentales y, por ello, la declaración de la víctima constituye una prueba fundamental sobre el hecho. (Sentencia T-878 de 2014)

¿QUÉ ATENCIÓN DEBEN BRINDAR LOS CENTROS DE SALUD A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL?

Los centros de salud deben cumplir con el Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual consagrado en la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud. Este protocolo contiene una serie de acciones orientadas a reducir los efectos negativos de los actos de violencia sexual en la salud sexual y reproductiva.

| TEMA | OBLIGACIONES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD |
|-------------------------------------|--|
| <i>Anticoncepción de emergencia</i> | De manera rutinaria, debe ser prescrita la anticoncepción de emergencia de tipo hormonal en todo caso de violencia sexual (asalto, abuso, explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, ESCNNA, u otros tipos) que involucre riesgo potencial de embarazo y cuya consulta se realice durante las primeras 72 horas luego de la agresión sexual. |
| <i>Anticoncepción</i> | Cuando la consulta se lleva a cabo después de 72 y antes de 120 horas de una agresión sexual que involucra riesgo de embarazo, puede efectuarse anticoncepción de emergencia con DIU, siempre que se cumplan los criterios clínicos para que la paciente pueda usar este tipo de dispositivo. |
| <i>Recepción</i> | El tiempo de espera y recepción debe ser breve, incluso sin cita previa. Debe haber ausencia de interrogatorios, más allá de la toma de datos establecidos para la identificación de la persona. Se debe respetar la intimidad de la consultante. No es necesario pedir a la víctima que relate lo que sucedió. |

| | |
|-------------------------------|--|
| <p><i>Información</i></p> | <p>Un profesional debe brindar a la mujer información sobre el procedimiento en condiciones de confidencialidad, con una actitud cálida, escucha activa, tiempo suficiente para atender sin prisa, transmitiendo confianza y con plena aceptación, comunicando la certeza de que la paciente será atendida en sus necesidades en esa u otra institución y explicando los pasos que se deben seguir.</p> |
| <p><i>Consulta médica</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Requiere de una duración mucho mayor que otras consultas médicas. ● En esta se debe explicar, desde el inicio, el tipo de examen que se realizará así como el uso del espéculo o del examen bimanual. Tal examen está orientado, primordialmente, a establecer la edad gestacional para recomendar la técnica más apropiada, detectar la presencia de posibles infecciones genitales que deben ser tratadas antes del procedimiento para evitar complicaciones (sin embargo, la IVE es prioritaria por lo que este tipo de tratamiento no debe convertirse en un obstáculo de acceso) o establecer si debe ser derivada a otro tipo de Prestador de Servicios de Salud. Si la víctima no desea un examen ginecológico, no debe ser obligada pues este no es un prerrequisito para acceder a una IVE; se puede recurrir a la ecografía para establecer la edad gestacional. Por otra parte, este tipo de negativa puede indicar que se ha de requerir sedación durante el procedimiento. ● Solicitar los siguientes exámenes de rutina: serología, títulos para VIH, anticuerpos para herpes tipo II, frotis vaginal, solo si es necesario. Al finalizar la consulta se debe explicar el procedimiento y los pasos que se deben seguir. |

OBSTÁCULOS QUE DEBEN ENFRENTAR LAS MUJERES QUE USAN DROGAS

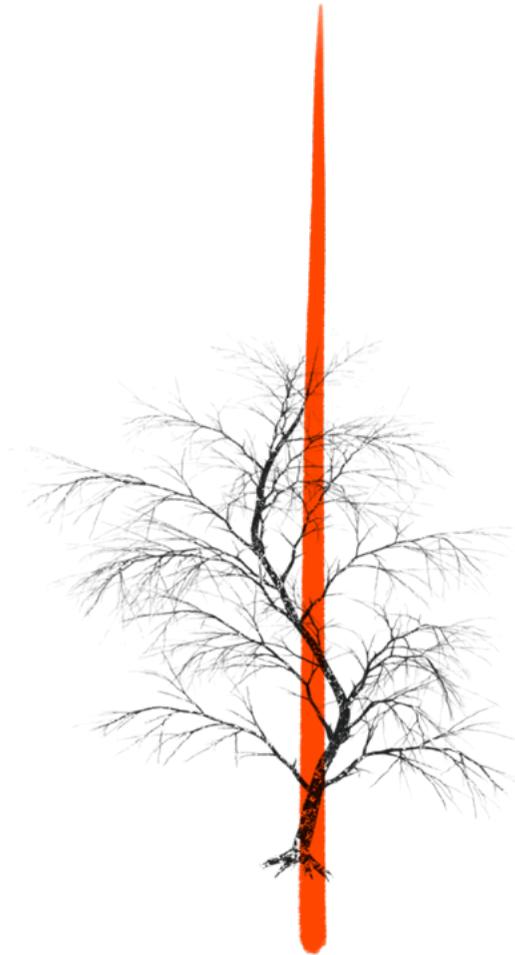
El principal obstáculo para las mujeres al ejercer su autonomía sexual de forma plena es el ciclo de vida marcado por actos de violencia, entre los que prevalece la violencia sexual. Desde temprana edad hasta que son adultas, las mujeres que usan drogas, y en especial las que crecen en contextos marcados por la precariedad, están expuestas a actos de violencia sexual, ya sea dentro de sus círculos familiares y comunitarios o por parte de desconocidos y de clientes (en el caso de quienes ejercen trabajo sexual).

Las mujeres víctimas de violencia sexual deben enfrentarse al estigma, al reproche y a la discriminación por parte de agentes del Estado (como los policías) y de los prestadores de salud. Estos actores, que tienen la obligación de brindar atención y protección a las mujeres víctimas de violencias, son los que suelen imponer barreras para la satisfacción de sus derechos.



TESTIMONIOS

Y VOCES DE LAS MUJERES



TESTIMONIO DE UNA MUJER QUE FUE ESTIGMATIZADA POR AGENTES DE LA POLICÍA:

«En la calle he pasado unos sustos sin preservativo. Fueron violaciones... Sí, claro... Las dos veces que pasó eso, tuve atención... Esos eventos se reportaron. Uno, una vez subiendo por la vía vieja al Parque Industrial, a las 2 de la mañana. Un tipo iba subiendo en una moto, en plena oscuridad, me cogió ahí... No sé cómo logré zafarme. Paré en la primera casa que había ahí, las primeras casas antes de bajar la curva. Y a esperar ahí, mientras llegaba la Policía. Y me dijeron como, “Ah ¿es que por qué anda por ahí tan tarde?”. Y esos policías, pues sí, pues como que me regañaron. Y ya la segunda vez que me pasó, en el Parque de Bolívar, los policías sí se fueron conmigo por todo el parque a buscar».



TESTIMONIO DE UNA MUJER QUE FUE ESTIGMATIZADA POR EL PERSONAL DE SALUD:

«Una vez un man me dijo que me daba 20.000, y yo le copié y él me tapó con un buzo en la cabeza y el pirobo arrancó a correr. Y yo grité “¡Ayuda!”. [...] No lo alcanzaron a coger. Y después llegó la Policía y fuimos a poner el denuncia y esta es la hora que no lo han encontrado. Un doctor todo raro me dijo: “¿Usted estaba por plata o la violaron? Diga la verdad”. [...] Uy, yo me sentí como una cualquiera. Mi mamá le dijo: “¿Usted por qué está haciendo esas preguntas? Usted lo que tiene es que ayudarla”».



TESTIMONIO DE UNA MUJER QUE, DESDE NIÑA, FUE VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL Y NO ENCONTRÓ UNA RESPUESTA EN LOS SISTEMAS DE JUSTICIA:

«Mi mamá me vendió a un señor cuando yo tenía 10 años. Mi virginidad la vendió ella a un señor y yo nunca cogía plata cuando yo estaba al lado de ella. Desde pequeña, desde los 7 años, un mozo con que ella salía me violó. Después me volvió a pasar a los 13 años y quedé... Me violaron y mi mamá, aun viendo que yo aparecí en un callejón, desnuda, con exámenes, me salió prueba de que me habían dado escopolamina, no me creyó. Me dijo que eso me había pasado por vagabunda, por ser una cualquiera. Yo quedé en embarazo producto de esa violación. Nosotros lo denunciarnos pero nunca hizo nada la ley; la ley nunca hizo nada, ni investigó, ni lo capturaron... Fueron cinco personas [...] pues mi familia sí intentó hacer algo, pero a la final nosotros nos cansamos también, y entonces yo todo lo dejé como en la justicia de Dios y yo dije que Dios iba a hacer algo tarde o temprano [...].



ATENCIÓN A INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

¿QUÉ NORMAS PROTEGEN ESTE DERECHO?

Obligación estatal de prevenir las ITS. La prevención, en su más amplia acepción, deberá garantizar: a) Procesos de educación e información; b) Servicios sociales y de salud; c) Un ambiente de apoyo y tolerancia social, basado en el respeto a los derechos humanos. (Decreto 1543/1997, Artículo 13)

Derecho a la atención integral de la salud. La atención integral a las personas asintomáticas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y enfermas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), de acuerdo con el criterio del equipo de salud y con sujeción a las normas técnico-administrativas que expida el Ministerio de Salud, podrá ser de carácter ambulatorio, hospitalario, domiciliario o comunitario y tendrá su acción en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación. Esta incluirá los medicamentos requeridos para controlar la infección por el VIH y SIDA que, en el momento, se consideren eficaces para mejorar la calidad de vida de la persona infectada. Parágrafo. La familia y el grupo social

de referencia participarán activamente en el mantenimiento de la salud de las personas asintomáticas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), en la recuperación de personas enfermas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como en el proceso del bien morir de las personas en estado terminal. (Decreto 1543/1997, Artículo 9)

Disponibilidad de condones. Los establecimientos que ofrezcan facilidades para la realización de prácticas sexuales, así como las droguerías y farmacias o similares, deberán garantizar a sus usuarios la disponibilidad de condones como una medida de prevención. (Decreto 1543/1997, Artículo 24)

Protección constitucional especial de las personas con ITS. Las personas que en razón de su condición física están en una circunstancia de debilidad manifiesta por estar infectadas con VIH o por padecer SIDA gozan de una protección constitucional especial en virtud de la cual no pueden ser discriminadas. (Corte Constitucional, T-948/2008)

Derecho a la no discriminación de personas con ITS. «Los enfermos de SIDA, e inclusive los portadores sanos del VIH, vienen siendo objeto de discriminación social y laboral. El Estado no puede permitir tal discriminación, básicamente por dos razones: porque la dignidad humana impide que cualquier sujeto de derecho sea objeto de un trato discriminatorio, pues la discriminación, per se, es un acto injusto y el Estado de derecho se fundamenta en la justicia, con base en la cual construye el orden social». (Corte Constitucional. SU-256/1996)

Amparo del derecho a la salud de las personas con diagnóstico de VIH. Cuando un enfermo con VIH/SIDA requiere de un tratamiento o procedimiento fundamental para garantizar su existencia en condiciones dignas, el derecho a la salud debe ser amparado a través de la acción de tutela, ya sea que se encuentre o no incluido en el Plan Obligatorio de Salud y así esté la persona afiliada al régimen subsidiado o contributivo de salud. (Corte Constitucional, T-579A/2011)

¿Cuáles son los principios que rigen las acciones estatales frente a la atención de ITS?

- Los Estados tienen la obligación de prevenir la propagación de ITS y/o VIH/SIDA.

- Los Estados deben incorporar un enfoque diferencial en el diseño de programas y en la atención en salud en materia de ITS y VIH/SIDA. (Sentencia T-916 de 2006 y Sentencia T-626 de 2011)

- El Estado debe garantizar el acceso de los pacientes con ITS y/o VIH/SIDA a los servicios de salud diseñados para enfrentar dichas enfermedades y a una protección reforzada. (Sentencia T-262 de 2012 y Sentencia T-700 de 2011)

- El Estado tiene la obligación de desarrollar medidas destinadas a combatir la discriminación en contra de los pacientes con ITS y/o VIH/SIDA. (Convención Americana de Derechos Humanos, Artículo 24; Sentencia T-1285 de 2005)

OBSTÁCULOS QUE DEBEN ENFRENTAR LAS MUJERES QUE USAN DROGAS

- En general, las mujeres desconocen cuáles son sus derechos para prevenir y tratar las enfermedades de transmisión sexual. Teniendo en cuenta que el Estado (nacional y local) está encargado de proporcionar este tipo de información, notamos una falta de cumplimiento en sus deberes de informar y de garantizar el acceso a mecanismos de tratamiento y de prevención de este tipo de enfermedades.

● Otro obstáculo tiene que ver con la dificultad de acceder al sistema de salud. En algunos casos, porque las mujeres no tienen ningún tipo de afiliación a servicios de salud y, en otros, porque estos servicios fallan al brindarles la atención que necesitan. Esto es especialmente grave para las personas que usan drogas por vía inyectada, pues esta población tiene una prevalencia más alta de hepatitis B y C.

● Para las mujeres que ejercen trabajo sexual, el acceso a mecanismos de prevención y a tratamiento de enfermedades de transmisión sexual es aún más urgente y apremiante. Sin embargo, debido a la informalidad que rodea este tipo de trabajo, en la mayoría de casos son ellas mismas las que deben cubrir, con sus propios ingresos, los gastos de implementos de salubridad necesarios para protegerse.



TESTIMONIOS

Y VOCES DE LAS MUJERES



TESTIMONIO DE UNA MUJER TRANS CON VIH QUE ENFRENTA DIFICULTADES PARA ACCEDER AL SISTEMA DE SALUD:

«Me dio VIH en el 2003, de ahí el cáncer a los 7 años, ahora el azúcar, tiroides [...] Yo estoy afiliada a Medimás. Debería llamarse Medimalo porque es más duro para uno sacar una cita, pero bueno [...] Mal, mal, mal. Sino que ahora las del VIH estamos con CEPAIN [IPS de atención a personas que viven VIH], las del VIH nos hacen los exámenes ahí mismo, le dan la droga puntualmente, no hay que ir a pedir citas ni nada. Ahí mismo nos dan todo, la droga y todo. Pues por ahí, recientemente, saqué una cita con el internista. Yo fui a la cita, se demoraron casi un mes pa dármela, y ayer fui y me dijeron que tenía que tener todos los exámenes pa volver donde él, pero eso es, ahora quince días que fui... No, ahora un mes que fui, estaba sellado el Medimás con cadenas y todo porque estaban protestando por la mala salud y todo».



TESTIMONIO DE TRABAJADORA SEXUAL QUE NO CUENTA CON ACCESO A CONDONES EN SU TRABAJO:

«Yo ya soy operada, hace 30 años... pero yo no uso condón cuando trabajo... Si no los tengo, que los compren... Cuando me dicen que no use por la plata... Si yo veo que sí aguanta sin condón, pues bien... Mami a ojo, pero le digo sinceramente lo que es... Uno revisa... Uno mira así como lo revisan ellos a uno, que lo abren de patas y va... Y bueno, aquí sí aguanta... Entonces también es que es normal».



ANTICONCEPCIÓN: TODO RECAE EN EL AUTOCUIDADO

¿QUÉ NORMAS PROTEGEN ESTE DERECHO?

Gratuidad de la ligadura de trompas y vasectomía. «El Estado garantiza de manera gratuita la práctica de la vasectomía o ligadura de trompas». (Ley 1412/2010, Artículo 2)

La vasectomía y la ligadura de trompas gratuitas en el plan obligatorio de salud. El Sistema de Seguridad Social en Salud será el encargado de que esas prácticas quirúrgicas [vasectomía y ligadura de trompas] sean cubiertas de manera gratuita, a todos los sectores de la población que así lo soliciten. Las IPS públicas o privadas que atiendan la población que no se encuentre afiliada a ninguno de los dos regímenes de salud vigentes (vinculados), realizarán los recobros a la subcuenta de prevención y promoción del FOSYGA. (Ley 1412/2010, Artículo 3)

Acceso a la información sobre métodos anticonceptivos. El Artículo 10 de la Ley 1412 de 2010 señala que las secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales, así como el Ministerio de Salud y Protección Social, tienen la obligación de divulgar, entre la población, los beneficios, las implicaciones y los efectos de estos procedimientos, así como de los demás métodos de anticoncepción no quirúrgicos.

Gratuidad y suministro de anticoncepción oral y DIU. El Acuerdo 229 de 2002 establece que los distritos y municipios deberán dar atención específica en la inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo (DIU) y en el suministro de anticonceptivos hormonales orales.

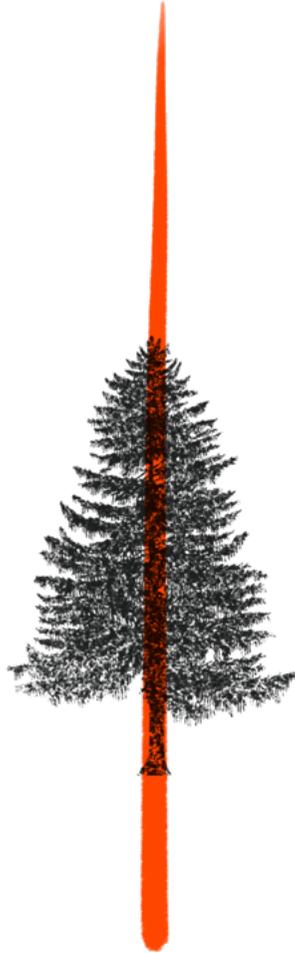
OBSTÁCULOS QUE DEBEN ENFRENTAR LAS MUJERES QUE USAN DROGAS

- Aunque el Estado tiene la obligación de suministrar métodos de anticoncepción oral y DIU, la mayoría de mujeres entrevistadas no pueden acceder a este tipo de métodos. Para tener acceso, deben cubrir los gastos de sus propios ingresos que, en muchos casos, no son suficientes para costear los métodos anticonceptivos.

- En general, notamos que las mujeres tienen conocimiento sobre la mayoría de métodos anticonceptivos a los que pueden acceder y tienen la voluntad de hacerlo. Sin embargo, en muchos casos, los constreñimientos sociales y familiares no se los permiten.

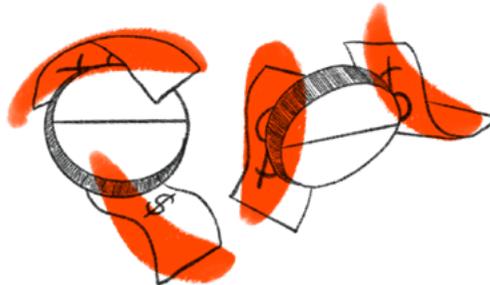
TESTIMONIOS

Y VOCES DE LAS MUJERES



**TESTIMONIO DE MUJER
QUE DEBE CUBRIR LOS GASTOS
DE SUS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN:**

«Yo planifico con norvetal [pastillas anticonceptivas] y con preservativo [...] Pues sí, esas pastas son de fácil acceso, porque las venden en las droguerías, pero sino hay dinero, ¿qué hago? Porque yo las compro, no me las da el seguro».

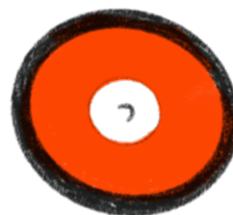


**TESTIMONIO DE MUJER
QUE NO HA TENIDO ACCESO
A MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN:**

**TESTIMONIO DE UNA MUJER
QUE NO PUEDE UTILIZAR MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS PORQUE SU MADRE
NO SE LO PERMITE:**

«Yo no planifico... También estaba haciendo las vueltas y eso pa operarme, pero no le digo que todo se me fue al piso por culpa de mi mamá...».

«Yo no planifico. Si voy a tener relaciones, uso condón. Consigo fácil los preservativos porque los venden en las tiendas, en las droguerías, en todo lado... En los hoteles a 1.000, a 500... Yo solo quiero decirles que yo quiero ponerme el dispositivo. Yo voy a pedir la cita médica el otro mes, porque después de que tuve a la bebé, como yo la alimentaba, no me ha llegado el periodo. Me llegó el mes pasado y este mes, en este instante. Tan entonces, ya voy a pedir la cita médica para planificar el próximo mes».



TRABAJO SEXUAL Y USO DE DROGAS

NORMATIVIDAD QUE REGULA EL TRABAJO SEXUAL

● **Contexto.** El trabajo sexual es una actividad laboral legal que encuentra su fundamento en el derecho al libre desarrollo de la personalidad (Artículo 16 CP) y en el derecho a la libertad sexual. Este último ha sido definido por la Corte Constitucional como la facultad de cualquier individuo de «autodeterminar su comportamiento sexual, bien sea mediante la acción y abstención de entablar comportamientos sexuales...» (Sentencia T-156 de 2019). Es decir, el derecho a la libertad sexual protege la autonomía que tiene toda persona de decidir el tipo de relaciones sexuales que quiere entablar y con quién las quiere entablar. El hecho de ejercer trabajo sexual es una decisión que, siempre y cuando sea autónoma, informada y consentida, está protegida por el derecho fundamental a la libertad sexual. Por esa razón, no es posible criminalizar a ninguna mujer que esté practicando este tipo de trabajo. Por el contrario, las autoridades deben velar por que las trabajadoras sexuales cuenten con acceso a servicios de anticoncepción, a preservativos y a condiciones laborales dignas.

● **Trabajo sexual y explotación sexual son actividades diferentes.** Como lo ha sostenido varias veces la Corte Constitucional, la explotación sexual «es una violación a los derechos humanos que implica la amenaza o el uso de la fuerza, el secuestro, el engaño u otras formas de coerción con el propósito de obligar a una persona a dar servicios sexuales sin su consentimiento» (Informe Ley entre comillas, 2016). Por el contrario, el trabajo sexual es «un intercambio consensuado entre dos personas adultas en el que se intercambia algún acto sexual por una retribución económica o en especie y no representa una violación a los derechos humanos». (Sentencia T-594 de 2016; informe Ley entre comillas, 2016)

● **El trabajo sexual es una actividad legítima que debe regularse, vigilarse y protegerse, como cualquier otro trabajo:** «La omisión de regulación y de una vigilancia e intervención mayor del Estado con el objetivo de proteger a los trabajadores sexuales, se ha extendido a la actividad económica de los establecimientos de comercio de las casas de prostitución.

La regulación de la actividad económica lícita no es equiparable a la inducción a la prostitución sino una forma de garantizar los derechos de quienes trabajan en tales establecimientos. Así, esta intervención estatal es una medida de protección y comprende acciones para regular y vigilar la actividad económica, que aseguren y protejan la posibilidad de su ejercicio mediante la determinación de zonas para establecimientos de comercio que cumplan con condiciones de dignidad, la verificación del cumplimiento de las obligaciones laborales con los trabajadores sexuales, su protección frente a riesgos profesionales, la provisión de condiciones de dignidad, y el respeto de las normas penales». (Sentencia T-736 de 2015)

● Las trabajadoras sexuales son una población en condición de debilidad manifiesta debido al gran estigma social que ha pesado en su contra: «Es claro que la prostitución ha estado revestida de estereotipos como que las personas que la ejercen, no son dignas, no son morales, y que su medio de subsistencia debe ser excluido de la sociedad para invisibilizar realidades indeseables, pues van en contra del valor de la familia tradicional, el matrimonio y la monogamia. Estos estereotipos alrededor del ejercicio del trabajo sexual han contribuido de forma determinante a la exclusión y marginación de los trabajadores

sexuales. Por lo tanto, la determinación de la actividad sexual como excluida del reconocimiento de la actividad laboral y de su protección en razón a estereotipos ha generado una discriminación para los trabajadores sexuales, que perpetúa las bases de su desigualdad en la sociedad». (Sentencia T-594 de 2016)

● Prohibición de discriminación y de violencia policial contra trabajadoras sexuales: «El despliegue de la actividad de policía, con base en criterios discriminatorios como una forma de perfilamiento, para limitar la circulación en una zona de la ciudad de personas que hacen parte de un grupo vulnerable, comprende una violación de los derechos fundamentales y está prohibido por la Constitución. La retención arbitraria a las trabajadoras sexuales, en un contexto de hostigamiento y aparentes excesos en la aplicación de la fuerza, violan los derechos de estas a la libertad personal y a la libre circulación». (Sentencia T-594 de 2016)

La calle y la violencia contra las mujeres que ejercen trabajo sexual

● Durante el trabajo de campo, encontramos que uno de los principales obstáculos que enfrentan las mujeres que usan drogas y ejercen trabajo sexual es la violencia por parte de los clientes. Todas las mujeres entrevistadas que ejercen

este oficio como medio de sostenimiento económico señalaron que han sufrido episodios de violencia y de abuso de los clientes. Este tipo de violencias son, por lo general, físicas, sexuales, psicológicas e incluso económicas pues, en muchos casos, los clientes —siempre hombres— se niegan a pagarles a las mujeres el dinero acordado.

- Otro tipo de violencia que enfrentan las mujeres tiene que ver con los abusos de poder de los agentes de Policía. En varios relatos, las entrevistadas señalaron que, de forma frecuente, la Policía las acosa, las violenta, las estigmatiza y las expulsa de sus lugares usuales de trabajo.

- Un obstáculo estructural, relacionado con el trabajo sexual, es que esta es una actividad sumamente precarizada y, peor aún, pareciera una de las pocas formas en que las mujeres que usan drogas y que no tuvieron acceso a educación y al mercado laboral pueden tener algún tipo de ingreso, a pesar de las muchas vulneraciones que deben sufrir mientras la ejercen. Entonces, el trabajo sexual es un destino casi obligado y, por lo general, no deseado por las mujeres que usan drogas y que crecieron en contextos socioeconómicos vulnerables. A esto se suma el estigma que recae sobre este tipo de ocupación y la falta de regulación que posa a su alrededor. Aunque la

Corte Constitucional ha reconocido que se trata de una labor que no debe ser criminalizada y que, por el contrario, debe contar con las garantías laborales de las demás actividades económicas, en la realidad no ha habido esfuerzos serios por regularla o por evitar las constantes vulneraciones que sufren las mujeres que la ejercen. Esto contribuye a que las condiciones de trabajo estén lejos de ser dignas. De esta manera, las mujeres se exponen a graves y constantes peligros.



TESTIMONIOS

Y VOCES DE LAS MUJERES



ENTRE CLIENTES Y LA POLICÍA:
TESTIMONIOS SOBRE VIOLENCIA Y ABUSO

TESTIMONIO DE TRABAJADORA SEXUAL QUE HA SUFRIDO GRAVES
EPISODIOS DE VIOLENCIA Y ABUSO POR PARTE DE CLIENTES:

«[He sufrido violencia] de los clientes. Una vez me fui con uno, un señor, y llevaba cuerda y todo. Cuerda pa amarrarlo a uno. Entonces yo me quité la ropa y todo; cuando me acosté, resulta que él no tenía dizque dinero, que tenía que estar con él, que él no tenía dinero. Y sacó un cuchillo muy grande, muy grande, grandísimo y me lo puso acá [señala su cuello], así, pa meté-melo acá. Y entonces yo empecé a hablarle y a decirle cosas, como amenazándolo. Que yo le dije, porque eso fue acá en el parque, yo le dije, le dije: “Si usted me hace algo, así yo no sea valiosa o algo, lo van a buscar, porque en el parque hay cámaras y vieron con quién yo me fui y todo”. Entonces yo lo empecé como asustar, pero él llevaba cuerda pa amarrame y todo. Entonces, de lo que yo le decía, a él como que le dio miedo. Gracias a Dios no me alcanzó a hacer nada, pero, para mí, era un hombre que ya lo ha hecho. Que ya lo ha hecho, porque él llevaba cuerda y todo como pa amarrame y la sacó, pero gracias a Dios se fue y me dejó ahí. Y ya luego yo me fui, pero me había alcanzado a quitar toda la ropa y todo, y él sacó el cuchillo y me lo puso y me iba a amarrar. O sea que ese hombre ya lo ha hecho. Desde eso no lo volví a ver, pero demás que él hace eso con las mujeres así

que se rebuscan en los parques. Y, cuando eso, yo vine y yo le dije a ellos, a los de la Policía, que si podían mirar en las cámaras y que no. Quizque que eso, pa mirar esas cámaras, que hay que ir a otras partes, que yo no se qué... Entonces, pa qué tienen esa cámara ahí, si yo estaba sentada ahí cerquita de la cámara cuando el señor me llevó... Y que no. Y se les hizo nada. Y yo les dije que tenía cuchillo, cuerda y todo pa amarrame y se les dio nada. Imagínese... Qué tal que se lleve a una niña menor o algo y le hagan eso, y ellos sin importancia. Y yo hasta les dije: “Yo, si quiere, se los describo, porque yo lo quedé distinguiendo y todo”. Y, hmmm, ni siquiera le pusieron cuidado a eso. Gracias a Dios no me golpió ni nada, pero hay hombres que lo hacen».



TESTIMONIO DE TRABAJADORA SEXUAL QUE HA SUFRIDO AGRESIONES POR PARTE DE LA POLICÍA:

«Una vez me llevaron al CAI [en Dosquebradas] y me dieron una pela esos hijue-madres [policías]... Me colgaron así, de una varilla, y eso me mojaban y me daban con esos bolinillos... Eso pasaban todo bachiller, así en fila, y un bolillazo, un puño, un bolillazo, un puño. Ellos son muy groseros con los locos. Ellos ven un loco por ahí durmiendo y de una lo levantan a pata, a puño, con ese bolinillo. Ellos tratan lo mismo... Pues, como ellos les pegan a los hombres, también le pegan a uno y le dicen a uno “malparidos, hijueputas, gonorreas, chirretes...”. Bueno, eso lo tratan de lo peor a uno, como si uno fuera un animal. Todo esto es lo mismo [con relación al trato de la gente en general]».



TESTIMONIO DE TRABAJADORA SEXUAL QUE HA SUFRIDO ABUSO POR PARTE DE CLIENTES:

«Hay veces le pasa a uno así, que no le quieren pagar a uno, o le dicen a uno que quiera en romper el condón. Ellos son muy vivos; le dicen a uno que se haga en cuatro pa romper ellos el condón o hay veces que se vienen así ligero y no le van a pagar a uno que porque no estuvieron con uno. Me han pegado, me han quitado la plata. No me han forzado, pero sí me han quitado la plata después de que hemos estado».



SER MUJER Y USAR DROGAS VIVIENDO EN LA CALLE

ALGUNA NORMATIVIDAD SOBRE PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

De acuerdo con la Ley 1641 de 2013, las **personas en condición de habitabilidad de calle** son aquellas «personas, sin distinción de sexo, raza o edad, que hacen de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria». Como bien lo explica la política pública nacional para habitantes de calle, hay diversos factores que llevan a esta población a hacer de la calle su espacio de habitación: pobreza y precariedad estructural, falta de oportunidades laborales, trastornos de los lazos familiares, violencia intrafamiliar y desastres naturales, entre otros. La Corte Constitucional ha sostenido que, debido a las condiciones de especial pobreza y de desigualdad social en las que se encuentran, carecen de recursos económicos mínimos para subsistir dignamente y pocas veces suelen contar con redes de apoyo familiar o social. (**Sentencia T-092 de 2015**)

● **Las personas en situación de habitabilidad de calle son sujetos de especial protección constitucional.** Debido a la situación de vulnerabilidad a la que están expuestas las personas en situación habitabili-

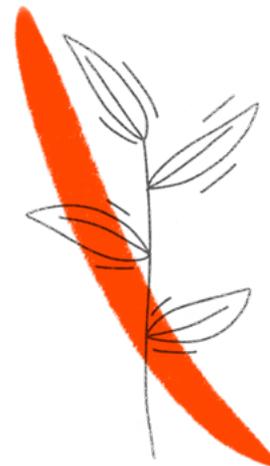
dad de calle, la Corte Constitucional las ha reconocido como sujetos de especial protección constitucional. Esto decir que el Estado debe velar, en una mayor medida, por la garantía de los derechos fundamentales de esta población con el fin de proteger su dignidad y de generar contextos de inclusión social. (**Sentencia T-092 de 2015**)

● **La protección de las personas en situación de habitabilidad de calle se fundamenta en el principio de solidaridad:** «La solidaridad como fundamento de la organización política se traduce en la exigencia dirigida principalmente al Estado, pero también a los particulares, de intervenir a favor de los más desventajados de la sociedad cuando estos no pueden ayudarse a sí mismos [...] Así, según lo ha precisado la jurisprudencia de esta Corporación, dadas las condiciones socioeconómicas en que se encuentra esa población, existen diversos mecanismos tendientes a garantizarles los servicios públicos básicos de salud, la seguridad social integral, el subsidio alimentario, entre otros derechos». (**Sentencia T-092 de 2015**)

● El Estado debe garantizar el derecho a la salud de las personas en situación de habitabilidad de calle. «Ante la ausencia de recursos económicos y de redes de apoyo familiar, el Estado debe suplir, de manera inmediata, las necesidades de atención en salud de los habitantes de la calle». (Sentencia T-092 de 2015)

● Las mujeres en condición de habitabilidad de calle tienen derecho a acceso a productos de higiene menstrual. Debido a su condición de precariedad económica, las mujeres habitantes de calle no pueden acceder a productos de higiene femenina de forma sencilla. De hecho, muchas de ellas tienen un ingreso tan bajo, que deben enfrentarse al dilema de comer o comprar toallas higiénicas y tampones. La Corte Constitucional estudió esta situación y declaró que las mujeres en condición de habitabilidad de calle tienen derecho a acceder a productos de higiene menstrual. Este derecho, según la Corte Constitucional, tiene tres facetas: a) el empleo de material idóneo para absorber el líquido; b) la capacidad para hacer el cambio de dicho material en privacidad y tan seguido como sea necesario; c) el acceso a instalaciones y a agua y jabón para lavar el cuerpo, así como para desechar el material usado; y d) la educación que permita comprender los aspectos básicos relacionados con el

ciclo menstrual y cómo manejarlos de forma digna y sin incomodidad alguna. Debido a las dificultades que enfrentan las mujeres habitantes de calle para acceder a este tipo de productos, la Corte consideró que es responsabilidad de los gobiernos locales crear una política pública territorial de higiene menstrual que tenga como prioridad a las mujeres en situación de habitabilidad de calle y que como medida central el suministro de toallas higiénicas a estas mujeres. (Sentencia T-398 de 2019)



TRAGEDIAS EVITABLES

UNAS PALABRAS PARA FINALIZAR

La motivación principal para dar a conocer los difíciles testimonios de las mujeres, aquí plasmados, es suscitar cambios institucionales y sociales que eviten tragedias, mitiguen el dolor que han sufrido y eviten que estos ciclos de violencia y victimización sigan ocurriendo.

Las realidades de las protagonistas de estas historias distan mucho de lo expresado en la normativa en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Ser mujer que usa drogas no debería despojar, automáticamente, la dignidad, la autonomía. Ser trabajadora sexual, tampoco.

Las condiciones de vida de estas mujeres son complejas. Esto se debe, precisamente, a las precariedades y a las vulnerabilidades que las rodean y al estigma que posa sobre sus cuerpos por el hecho de usar drogas, de ser trabajadoras sexuales o de habitar la calle. Todo ello debe motivar a que sean prioridad para las estrategias de salud pública. La prevención, por ejemplo, no es una carga que ellas deban asumir solas, ni la desinformación sobre sus derechos un destino inevitable.

En la reciente década se ha reconocido, cada vez más, el uso problemá-

tico de sustancias psicoactivas como un asunto de salud pública y no de criminalización. Este reconocimiento debe ir acompañado de un mejor entendimiento de los contextos y de las estructuras en los que el consumo ocurre y de qué otras dinámicas sociales y culturales lo favorecen. El caso particular de la situación de las mujeres usuarias de drogas es aún muy desconocido en el país y, de ese desconocimiento, resultan intervenciones mal diseñadas y poco ajustadas a sus realidades.

Lo mismo sucede en el campo de los derechos sexuales y reproductivos. Mucho más que una agenda aspiracional, se trata de realidades atravesadas por factores que hacen que el ejercicio y la garantía de estos derechos sean un reto diario.

En la intersección de estos dos mundos aspiracionales —el de la salud pública como pilar al abordar el consumo de drogas y el de los derechos sexuales y reproductivos— están estas mujeres, con huellas de trauma y violencia.

Las transformaciones institucionales y sociales para no repetir más estos ciclos de victimización son tarea conjunta de las autoridades en salud, de los y las profesionales de la salud y de los pares de la reducción de daños, para nombrar algunos actores.

Más allá de las pistas normativas acá señaladas, las herramientas para una mayor garantía de estos derechos deberán encaminarse hacia una construcción colectiva. La invitación se deja para las últimas páginas de esta cartilla.

ALGUNAS PREGUNTAS PARA LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS, LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LAS INSTITUCIONES

¿Qué se podría hacer, desde la institución en donde trabaja,
para mejorar la garantía de los derechos sexuales y reproductivos
de las mujeres que usan drogas?

¿Qué se podría hacer, desde la institución en donde trabaja,
para mejorar la garantía de los derechos sexuales y reproductivos
de las mujeres que usan drogas?

¿Cómo llamaría la actividad, campaña o iniciativa?

¿En qué consistiría la actividad, campaña o iniciativa?

¿Qué pasos serían necesarios para llevarla a cabo?

¿A quiénes podría beneficiar específicamente?

¿Qué actividad, campaña o iniciativa pueden crear las organizaciones de la sociedad civil para mejorar la garantía de los DSDR de mujeres que usan drogas?

¿Con qué otros actores sería necesario trabajar y articularse?

¿Cuáles serían los beneficios para las mujeres que usan drogas?

¿Qué obstáculo específico buscaría atacar?

[Volver al inicio](#)

ISBN impreso: 978-958-5597-46-4

ISBN Digital: 978-958-5597-47-1

© María Ximena Dávila
mdavila@dejusticia.org

Primera edición
Bogotá, D.C., Colombia, octubre de 2020

Corrección de estilo: Angela Alfonso Botero
Diagramación e ilustraciones: Luisa Cruz

Este texto puede ser descargado gratuitamente en
<https://www.dejusticia.org>



Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike
4.0 International License

Dejusticia
Carrera 24 # 34 – 61, Bogotá, D.C., Colombia
Teléfono: (571) 608 3605
www.dejusticia.org



Las tragedias de la prohibición.
Guía para proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que usan drogas