



Defensoría del Pueblo &
Fondo de Población de Naciones Unidas 2024.
Informe Defensorial

Interrupción Voluntaria del Embarazo e Implementación de la Sentencia C-055 de 2022

www.colombia.unfpa.org
www.defensoria.gov.co



**DEFENSORÍA DEL PUEBLO &
FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS. 2024.
INFORME DEFENSORIAL
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO E
IMPLEMENTACIÓN DE LA SENTENCIA C-055 DE 2022**

**Asesoría técnica:
Fondo de Población de las Naciones Unidas y
La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres**

• • •

2023

Delegada para los Derechos de las Mujeres
y Asuntos de Género
Defensoría del Pueblo

Con el apoyo del
Fondo de Población de las Naciones Unidas



#NosUnenTusDerechos



#NosUnenTusDerechos

© Defensoría del Pueblo, 2024
© Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Obra de distribución gratuita.
El presente texto se puede reproducir, fotocopiar o replicar, total o parcialmente, citando la fuente.

**COLOMBIA. DEFENSORÍA DEL PUEBLO.
INFORME DEFENSORIAL INTERRUPCIÓN
VOLUNTARIA DEL EMBARAZO E IMPLEMEN-
TACIÓN DE LA SENTENCIA C-055 DE 2022.**

Año de los datos del informe:
22 de agosto de 2020 al 21 de agosto de 2023
Páginas: 100
Bogotá, D. C., año de publicación
Calle 55 N.º 10-32 – Sede nacional
Apartado aéreo: 24299 – Bogotá, D. C.
Código postal: 110231
PBX: (601) 314 7300 – (601) 314 4000
<https://www.defensoria.gov.co/>

• • •

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Carlos Camargo Assis
Defensor del Pueblo

Luis Andrés Fajardo Arturo
Vicedefensor del Pueblo

Oscar Julián Valencia
Secretario General

Nelson Felipe Vives Calle
Secretario Privado

María Fernanda Rangel Esparza
**Defensora Delegada para los Derechos de las
Mujeres y Asuntos de Género**

Coordinación y edición general
Gissela Arias González
**Directora Nacional de Promoción y
Divulgación de los Derechos Humanos**
Secretaría Técnica del Comité Editorial

Equipo Técnico
**Equipo Delegada para los Derechos de las
Mujeres y Asuntos de Género**

Con la participación de las Duplas de Género

Con el apoyo de María Alejandra Bríñez
Profesional Especializado



• • •

**FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES
UNIDAS (UNFPA)**

Luis Mora
Representante Residente

Martha Lucía Rubio Mendoza
Representante Auxiliar

Laura Lozano Ruiz
**Asesora de Género, Derechos e
Interculturalidad**

Juliana Martínez Londoño
**Consultora Individual para Informe
Defensorial**

Yessica Carabali Mendoza
**Profesional Técnica en Género,
Derechos e Interculturalidad**

Claudia Jaime
Diseño, ilustración y diagramación

John Freddy Guzmán
Corrección de estilo



• • •

**LA MESA POR LA VIDA Y LA SALUD DE LAS
MUJERES**

Laura Castro González
Coordinadora

María Isabel Niño Contreras
Asesora jurídica y de incidencia

Sara Méndez Niebles
Asesora jurídica y de incidencia

Índice

	Siglas.....	5
	Glosario	6
	Presentación	7
	Introducción	10
01	Marco Conceptual.....	15
	1. Sobre los Derechos Reproductivos y Autonomía de las Mujeres.....	16
	2.Sobre el Aborto como problema de Salud Pública	18
02	Marco Normativo	21
	1. Marco Normativo Internacional.....	22
	2.Marco Normativo Nacional	24
03	Hallazgos con relación a la implementación de la Sentencia C-055 de 2022.....	31
	1. Atención y acceso a la IVE en el primer año y medio de implementación de la Sentencia C-055 de 2022	43
	1.1 Medidas en pro de la implementación de la Sentencia C-055 de 2022.....	10
	2.Los casos acompañados por la Delegada para los Derechos de las Mujeres y los Asuntos de Género.....	47
	3.Vulneraciones a la IVE como componente de los derechos sexuales y reproductivos	54
	3.1. Barreras socioculturales: estigmatización y desconocimiento de los derechos.....	56
	3.2. Violencias reproductivas	61
	3.3. Discriminación	66
	3.4. Criminalización	78
	3.5. Barreras en el acceso	81
05	Conclusiones y Recomendaciones	92
	Referencias.....	101

Siglas

AIC: Asociación Indígena del Cauca

AMEU: Aspiración Manual Endouterina

CEDAW: Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

DSDR: Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficios

EPS-I: Entidad Promotora de Servicios de Salud - Indígena

EPS: Entidad Promotora de Servicios de Salud

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

OMS: Organización Mundial de la Salud

OSIGD: Orientaciones Sexuales e Identidades de Género Diversas

RIAMP: Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal

RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud

SSSR: Salud Sexual y Salud Reproductiva

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

Glosario

Autonomía reproductiva:

Autodeterminación e independencia sobre las decisiones que hacen parte del campo de la reproducción. Es el derecho a decidir con libertad y sin violencia sobre si se quiere tener o no hijos/hijas, cuándo, con quién, y a disponer de información y medios para alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva [Corte Constitucional, Sentencia C-355 de 2006; Sentencia C-055 de 2022].

Barreras de acceso a la IVE:

“Conjunto de conductas que por acción o por omisión constituyen limitaciones u obstáculos para que las mujeres accedan de forma efectiva al aborto legal, en el servicio de salud, sin importar el régimen de afiliación” [González Vélez y Castro González, 2017, p. 12].

Discriminación contra la mujer:

De acuerdo con la CEDAW, se trata de “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer [...] de los derechos humanos y las libertades fundamentales”, en cualquier esfera. Puntualmente, en la salud reproductiva, la negación de servicios puede considerarse discriminatoria, así como las barreras de acceso e interpretaciones restrictivas [Comité CEDAW, Observación 24].

Estigmatización (del aborto):

Conjunto de las actitudes y creencias negativas que desacreditan, disminuyen el valor y generan un trato diferenciado por parte de la sociedad sobre quienes interrumpen el embarazo, prestan servicios de aborto o defienden la capacidad de deci-

dir [Goffman, 2009; Zamberli, 2015; Vivas, Valencia y González, 2016].

Misoprostol:

Medicamento para la gestión y el acceso eficaz y seguro al aborto. Es indicado y autorizado por la OMS. Al consumirse se generan contracciones en el útero y dilatación del cuello uterino, lo que permite que en los siguientes días se produzca la evacuación del producto del embarazo [Ipas México, 2020].

Violencia reproductiva:

Cualquier acción que afecta o impida, mediante coacción, la concreción de la autonomía reproductiva, ocasionando con ello daños físicos, psicológicos o emocionales [Alianza Cinco Claves, 2023].

Vulneraciones a la IVE:

De acuerdo con lo que se propone en este informe, son una trasgresión de derechos humanos que impide el pleno ejercicio del derecho a la IVE o de alguno de los derechos relacionados, lo que se puede dar antes, durante o después de la atención o práctica del procedimiento. Estas vulneraciones, por acción o por omisión, suponen incumplimientos en las obligaciones de respetar, proteger y cumplir a cargo del Estado y, en algunos casos, de agentes privados. Con esta denominación se resaltan también las consecuencias: daños, lesiones o perjuicios que se generan en las personas que se ven directamente afectadas, así como en familiares y personas cercanas, afectadas de manera indirecta. Estas vulneraciones se explican en la discriminación y violencia basada en género como parte de un orden social en el que las mujeres son subordinadas.

Presentación

Para la Defensoría del Pueblo, en su calidad de Institución Nacional de Derechos Humanos y en cumplimiento de su mandato constitucional, es de vital importancia contribuir a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos mediante la realización de acciones integradas, como atender, orientar y asesorar en el ejercicio de los derechos; proteger y defender los derechos humanos y prevenir sus violaciones; y promover, ejercer y divulgar los derechos humanos.

En concordancia con la organización y el funcionamiento de la Defensoría del Pueblo de Colombia, que está regulada por la Ley 24 de 1992 y demás normas que la adicionan o modifican —como el Decreto 025 de 2014—, se crea la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género, cuyo propósito fundamental es el de “promover, divulgar y defender los derechos humanos consagrados en instrumentos internacionales en el marco del Derecho Internacional de los DD.HH., del DIH y del derecho interno, respecto de las mujeres, la población lesbiana, gay, bisexual, transgénero e intersexual [LGBTI] y de cualquier persona, grupo de personas, minoría víctima de diversas formas de violencia y/o discriminación en razón de su identidad de género o sexual, a través del desarrollo de acciones para la promoción de sus derechos, el acceso a la justicia, y la prevención de la violencia, visibilización y denuncia” [Art. 2, Resolución 063 de 2014]. En este marco, entre otros derechos, se ha propuesto abordar la garantía del derecho fundamental a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en concordancia y estrecho vínculo con los derechos sexuales

y reproductivos, el derecho a la salud de las mujeres y a una vida libre de violencias.

La Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género, en cumplimiento de su propósito, ha venido consolidando el equipo de trabajo en territorio a través de las Duplas de Género, conformadas por una o un profesional jurídico y un o una profesional psicosocial, ubicadas en las sedes de las Defensorías Regionales y que desarrollan sus actividades y funciones en el marco de los procesos misionales de la Entidad y los propios de la Delegada en mención. Sus responsabilidades se enfocan en brindar acompañamiento, atención, orientación o asesoría a mujeres y personas con orientación sexual e identidad de género diversa [OSIGD], quienes hayan sido sujeto de vulneración de sus derechos o de violencias en razón a su género o por prejuicio; realizar actividades de prevención, promoción y divulgación de los derechos de las mujeres y personas con OSIGD; e incidir en la articulación interinstitucional e implementación de rutas de atención y acceso a la justicia.

Es fundamental resaltar que las Duplas de Género —equipo jurídico y psicosocial conformado por dos profesionales—, en cada uno de los territorios en los que se encuentran, han ejercido las funciones enunciadas, en especial las de acompañamiento y gestión defensorial en los casos en los que se han presentado barreras para el acceso al derecho a la IVE, y han brindado orientaciones y asesorías a quienes han requerido conocer o ampliar información sobre sus derechos en esta materia.

Se aúna a lo anterior el alcance y cumplimiento que realizan frente a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional, para que la Defensoría del Pueblo preste acompañamiento y seguimiento y adelante acciones de promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte, en materia de intervenciones¹ ante la Corte Constitucional, la Defensoría del Pueblo ha realizado intervenciones con la finalidad de promover el ejercicio y restitución de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar, así como el derecho a la salud, los derechos a la salud sexual y reproductiva y a la no discriminación y autonomía de las niñas y las mujeres a decidir sobre sus cuerpos.

De igual manera, en cumplimiento de sus funciones constitucionales y legales, en especial la guarda y promoción de los derechos fundamentales, ha interpuesto acciones de tutela para defender los derechos fundamentales a la vida, la salud, la dignidad, la personalidad, la autonomía reproductiva, la interrupción voluntaria del embarazo, la integridad física y emocional, la dignidad y el principio del interés superior del menor, en casos acompañados de niñas y mujeres que solicitaron interrumpir el embarazo y vieron vulnerados estos derechos. Producto de la revisión de estas acciones, la Corte Constitucional se ha pronunciado².

La Defensoría del Pueblo, en el ejercicio y cumplimiento de estas acciones, orientadas a la garantía de los derechos sexuales



¹ Sentencias C-355 de 2006, T-209 de 2008, T-388 de 2009, C-341 de 2017 y SU-096 de 2018.

² Sentencias T-697 de 2016 y T-731 de 2016.

y reproductivos y la IVE, reconoce y agradece el acompañamiento técnico y la voluntad de sumarse a un trabajo conjunto y articulado por parte de organizaciones de la sociedad civil y de la cooperación internacional en distintos lugares del país. Con este Informe Defensorial sobre la implementación de la Sentencia C-055 de 2022 y el acceso a la atención integral de la IVE, la Defensoría del Pueblo se propone dar cuenta del estado de este derecho durante el primer año y medio de aplicación de las nuevas medidas normativas que reclaman también una transformación cultural, frente a la cual estamos comprometidos al asumir los retos y desafíos que el presente informe convoca. Este trabajo fue posible gracias al apoyo y asesoría técnica del Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], el organismo de las Naciones Unidas encargado de la salud sexual y reproductiva, en el marco del Memorando de Entendimiento suscrito en el 2023; así como de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, una organización de la sociedad civil dedicada a la defensa de la libertad reproductiva de las mujeres.

Para esta Entidad es de un alto valor e importancia presentar el primer **Informe Defensorial** dedicado íntegramente al tema, advirtiendo sobre la prioridad que significan los derechos sexuales y reproductivos y, en particular, las decisiones reproductivas autónomas de las mujeres y personas con capacidad de gestar, siendo así una contribución a posicionar la IVE de manera integral dentro de los derechos de las mujeres y en el panorama de su garantía.

Carlos Ernesto Camargo Asís
Defensor del Pueblo



Introducción

En la búsqueda del nivel más alto de salud posible, la salud sexual y reproductiva es fundamental para el pleno desarrollo de las personas, familias, comunidades y naciones, y para salvaguardar sus derechos humanos de cara a lo propuesto en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en cuanto a salud, bienestar e igualdad de género [OMS, 2022].

Dentro de la salud sexual y reproductiva, la atención integral para el aborto se considera un servicio esencial para proteger la salud y el bienestar de las mujeres, lo que incluye brindar información al respecto, su gestión (tanto del aborto espontáneo como del provocado) y la atención posterior [OMS, 2022].

Desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, la salud de las mujeres, la reducción de los impactos del aborto inseguro y el aumento del acceso a la anticoncepción han estado entre los compromisos de los Estados parte, entre los que se encuentra Colombia. Los estándares internacionales de derechos humanos en la materia resaltan que los Estados deben eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, asegurar su accesibilidad y asequibilidad, y buscar su descriminalización [Brown et al., 2019]. Asimismo, se recomienda que el tratamiento de complicaciones del aborto inseguro se integre al paquete de salud sexual y reproductiva y que se brinde educación sexual integral [Comisión Guttmacher – Lancet Comission, 2018]. La desaprobación y sanción social y moral del aborto están asociadas, entre otras

razones, a las ideas sobre el rol de las mujeres en la sociedad: para quienes consideran que la maternidad es su principal rol, la decisión de no tener hijos o hijas es casi una desviación, por lo que el aborto es estigmatizado; así también por parte de quienes rechazan que las mujeres sean sujetos de derechos y decidan libre y autónomamente sobre su cuerpo, su reproducción y plan de vida [Sahar y Karasawa, 2005].

Si bien Colombia reconoce los derechos sexuales y derechos reproductivos como parte de los derechos humanos y el acceso a la IVE como un componente esencial de aquellos, así como la particularidad que revisten para las mujeres considerando el rol históricamente asignado como principales responsables de la reproducción, distintos aspectos perjudican y vulneran el acceso efectivo y oportuno a los servicios asociados.

En el 2006, mediante la Sentencia C-355, la Corte Constitucional despenalizó el aborto en tres circunstancias, a saber: peligro para la salud o la vida de la mujer, malformación del feto que haga inviable su vida y embarazo producto de violencia sexual. En el 2022, este tribunal estudió la demanda interpuesta por el movimiento Causa Justa, y en la Sentencia C-055 decidió que el aborto no es punible dentro de las primeras veinticuatro (24) semanas de gestación, cuando las mujeres y personas con capacidad de gestar pueden acceder según su libertad de conciencia; así también estipuló que este límite temporal no aplica para las causales previamente despenalizadas.

En consecuencia, los actores del sistema de salud tienen responsabilidades frente

a la atención del aborto, y las autoridades públicas de todos los niveles tienen obligaciones de respetar y hacer respetar la autonomía personal en esta esfera.

La promoción, divulgación y defensa de los derechos de las mujeres y de las personas con identidades sexuales y de género diversas, incluidos sus derechos sexuales y derechos reproductivos, se encuentran dentro del propósito principal de la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género de la Defensoría del Pueblo. Esta misión involucra la elaboración de evaluaciones de la situación de derechos humanos de las mujeres y la formulación de observaciones o denuncias de carácter general.

El presente **Informe Defensorial** sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo tiene por objetivo analizar el primer año y medio de implementación de la Sentencia C-055 de 2022 a la luz de los derechos humanos de las mujeres y personas con capacidad de gestar, específicamente del derecho que tienen a decidir sobre su reproducción y su salud. El análisis incluye las condiciones para la garantía de estos derechos y las vulneraciones a estos, desde un enfoque de género, diferencial y territorial, atendiendo a la diversidad de las mujeres, las niñas y personas con identidades de género binaria, intersexual y hombres trans.

Para la elaboración de este informe se revisaron las siguientes fuentes:

Matriz de casos de IVE acompañados por las Duplas de Género.

La primera matriz revisada contenía 277 casos atendidos entre el primero de enero del 2018 y el 31 de agosto de 2023 por las Duplas de Género, quienes consignan en esta —bajo custodia de la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género— cada uno de los acompaña-

mientos que realizan en las distintas regionales a propósito de la IVE. Esta exploración estuvo orientada al reconocimiento de las variables, los registros y, en particular, la descripción de los hechos. La matriz fue depurada suprimiendo los casos en los que no era clara la relación con la IVE, quedando 222 casos en total. Posteriormente, se definieron dos períodos de análisis: del 22 de agosto de 2020 al 21 de febrero de 2022, y del 22 de febrero de 2022 y el 21 de agosto de 2023, con el propósito de contrastar en iguales períodos de tiempo los cambios en el antes y después de la Sentencia C-055 de 2022. Estos 222 casos fueron objeto de un análisis cuantitativo y cualitativo a profundidad, lo que permitió identificar patrones y tendencias y seleccionar algunos enfoques diferenciales. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres —organización que defiende el derecho al aborto y asesora legalmente a mujeres que buscan interrumpir el embarazo— suministró el relato de algunos casos y complementó información de los acompañados conjuntamente con la Defensoría del Pueblo, o en los que se produjo alguna articulación entre la organización y el Ministerio Público.

Grupos focales con las Duplas de Género.

Se conformaron seis grupos de hasta cinco duplas, buscando contar con representación regional, profesionales con varios años de trayectoria en la Defensoría del Pueblo y experiencia en la atención de casos con enfoque diferencial. Los grupos se realizaron de manera virtual entre el 14 y el 26 de septiembre de 2023 y fueron grabados en audio. Se hicieron transcripciones completas para el análisis de la información recolectada por temas y variables.

Entrevistas semiestructuradas a personas expertas.

Se construyó una lista de personas e instituciones relevantes para la conversación sobre aborto en el país, además de una guía de entrevista. Nueve personas aceptaron la invitación y se realizaron las entrevistas de manera virtual entre el 17 y el 31 de octubre.

Peticiones de información a entidades públicas.

Estas peticiones indagaron por datos de acceso y acciones para dar cumplimiento a las obligaciones legales de promoción, atención en salud, gestión en salud pública, e inspección, vigilancia y control. Fueron consultadas las siguientes entidades: Fiscalía General de la Nación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Tribunal Nacional de Ética Médica y Procuraduría General de la Nación. Todas las entidades aportaron información, a excepción de la Procuraduría. Además, se presentaron solicitudes de información a las Secretarías de Salud [o quien hace sus veces] de Bogotá, Medellín, Barranquilla, Cartagena, Manizales y Cali. Esta selección de entidades territoriales priorizó las principales ciudades del país y no buscaba ser exhaustiva; de esta manera debe entenderse la información presente a lo largo del capítulo de hallazgos; una mayor cobertura podría buscarse en futuros estudios. Todas las respuestas fueron clasificadas por funciones y variables.

Investigaciones recientes.

Búsqueda de estudios e investigaciones en revistas académicas, informes y otros formatos.

Medios de comunicación.

Se desarrolló un análisis de las noticias y notas de prensa en circulación en medios de comunicación.

Marco normativo.

Se realizó un rastreo y análisis sistemático de la legislación y jurisprudencia vigente en la materia.



De este modo, la investigación es descriptiva con método mixto. Toda esta información permitió la identificación de actores clave para la garantía de la IVE como componente de los DSDR y la construcción de las variables de análisis, a saber: estatus legal del aborto, obligaciones estatales, inobservancias, vulneraciones y amenazas a la IVE, barreras de acceso y violencia reproductiva. Para el desarrollo de este Informe Defensorial se conformó un equipo técnico con el Fondo de Población de las Naciones Unidas y La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, que acompañó todo el proceso, lo que permite ejemplificar la pertinencia y los buenos resultados del trabajo articulado entre distintos actores.

Además, se reconocen y agradecen los aportes de las personas que fueron entrevistadas y participaron de los grupos focales.

En los siguientes capítulos se desarrollarán repastos por el marco conceptual y el marco normativo, que permitan ubicar el contexto del tema, las protecciones que cobijan la autonomía reproductiva de las mujeres en el país y las obligaciones estatales. Seguidamente, se presentan los hallazgos a propósito de la implementación de la Sentencia C-055 de 2022 desde tres ángulos: la atención y el acceso, el acompañamiento que brinda la Defensoría del Pueblo a través de la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género, y las vulneraciones a la IVE como componente de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Estos avances y vulneraciones presentan análisis sobre las

discriminaciones cruzadas que afrontan algunos grupos de mujeres. Por último, se consolidan conclusiones y recomendaciones, acudiendo a las potestades de la Defensoría del Pueblo dentro del Estado

colombiano y bajo la idea de promover, divulgar y defender los derechos de las mujeres, en particular su derecho a decidir con autonomía sobre la reproducción.





01. MARCO CONCEPTUAL

1. Sobre los derechos reproductivos y la autonomía de las mujeres

La toma de decisiones sobre sexualidad y reproducción implica a las personas de manera individual y a la sociedad en su conjunto. Estas decisiones deben darse de manera informada, libre, sin ningún tipo de coerción, violencia o discriminación, y respetando la confidencialidad y privacidad de las personas. Su promoción y protección son esenciales para la plena realización de las personas y el logro de la justicia social y el desarrollo sostenible con igualdad [CEPAL, 2013].

Los derechos sexuales y derechos reproductivos están estrechamente relacionados, aunque son independientes y con entidad propia; guardan también interdependencia con otros derechos. En los tratados internacionales en los que se les reconoce, como la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer [CEDAW], la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo [El Cairo, 1994] y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer [Beijing, 1995] —que hacen parte de los compromisos adquiridos por el Estado colombiano—, su núcleo esencial son otros derechos fundamentales, que son la base para su disfrute. Entre ellos se encuentran los derechos a la vida, la salud, la dignidad, la igualdad, la no discriminación, la libertad, la libertad de conciencia, el libre desarrollo de la personalidad, la integridad personal, el estar libre de violencia y la intimidad.

Los derechos reproductivos han sido reconocidos como derechos humanos en los tratados internacionales e incluyen el derecho fundamental de todas las personas a “decidir libremente el número y el

espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo” [Cairo, 1994], lo que implica el acceso a métodos anticonceptivos de elección y a la IVE. Comprenden entonces los servicios necesarios, en todas las etapas de la vida, para mantener la salud reproductiva y “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” [El Cairo, 1994].

Esta libertad se ve obstaculizada cuando se recurre a la coacción o la violencia, cuando no se cuenta con los servicios necesarios para materializarla y no se suministra información veraz. La violación de los derechos reproductivos puede conducir a que se afecten los derechos que hacen parte de su fundamento y otros derechos como el trabajo y la educación; además, distintas formas de violencia basada en género los menoscaban, toda vez que implican la salud y autonomía sexual y reproductiva. Es así que estos derechos se protegen a través de otros derechos legalmente reconocidos [Cook y Fathalla, 1996].

Se entiende que estos derechos protegen a todas las personas y que las necesidades en estos aspectos son universales; no obstante, su surgimiento como categoría dentro de los derechos humanos se corresponde con la problematización que hizo el movimiento feminista en torno a la discriminación de la que históricamente han sido objeto las mujeres [Tamayo, 2001]. La capacidad reproductiva de los cuerpos femeninos y la función social que históricamente se les ha sido asignado a las

mujeres frente a la maternidad, el cuidado y la crianza han servido para justificar y edificar restricciones a su autonomía, libertad y pleno desarrollo personal, limitando así el ejercicio de su ciudadanía.

El principio de igualdad y la prohibición de discriminación por el sexo asignado al nacer y el género se encuentran desarrollados en numerosos tratados de derechos humanos, así como en el contexto de otros derechos reconocidos, como es el caso de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Ya que la igualdad no significa un tratamiento idéntico para todas las personas, la discriminación se configura si se da una distinción o tratamiento diferencial que carece de justificación razonable y objetiva, esto es, si no se conserva proporcionalidad entre los medios empleados y el fin que se busca, que debe ser legítimo, basándose entonces en fines arbitrarios y en conflicto con la dignidad humana [Tamayo, 2001]. Al respecto, la CEDAW define la discriminación contra la mujer como “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer [...] de los derechos humanos y las libertades fundamentales”, en cualquier esfera. Puntualmente, en la salud reproductiva, la negación de servicios puede considerarse discriminatoria, así como las barreras de acceso e interpretaciones restrictivas [Comité CEDAW, Observación 24].

Lo concerniente a la reproducción afecta a las mujeres de manera diferenciada, toda vez que es crucial en su experiencia personal y en su posición social. En correspondencia, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles y asequibles, sin maltrato o discriminación. Algunos grupos de mujeres presentan necesidades específicas, condiciones singulares y vulnerabilidades más pronunciadas,

por lo que es necesario aplicar enfoques diferenciales [Comité CEDAW, Observación 24]. Niñas, jóvenes y adolescentes, mujeres migrantes, con discapacidad, en contextos de pobreza, zonas rurales, víctimas de violencia, con pertenencia étnica, diversas sexualmente, sin educación, entre otras, viven múltiples formas de discriminación a la hora de ejercer estos derechos y enfrentan asimetrías de género en materia de acceso a los servicios de salud, con lo que quedan expuestas a mayores riesgos.

En Colombia, los derechos sexuales y derechos reproductivos “han entrado a formar parte del derecho constitucional, soporte fundamental de todos los Estados democráticos” [Corte Constitucional, Sentencia C-355 de 2006]. El artículo 42 de la Constitución consagra el derecho a decidir en libertad el número de hijos/as.

Para la Corte Constitucional colombiana, la igualdad, la equidad de género y emancipación de las mujeres y las niñas son el punto de partida para la consagración, protección y garantía de estos derechos, y uno de sus componentes esenciales es la autodeterminación reproductiva [Sentencia C-055 de 2022]. Es así que su reconocimiento se enmarca en la eliminación de estereotipos de género que sustenta la discriminación contra las mujeres.

Estas garantías, ha precisado la Corte, se edifican en dos dimensiones: una primera, sobre la libertad, que implica que el Estado y la sociedad no puedan imponer restricciones injustificadas contra las decisiones personales en esta materia y mucho menos interferencias como la violencia, coacción o discriminación; y una segunda, prestacional, relacionada con las medidas positivas para garantizar el goce de estos derechos o el acceso a los servicios de salud [Corte Constitucional, Sentencia SU-096 de 2018].

El respeto a las decisiones reproductivas de las mujeres refleja la relación de la autonomía y la libertad con su salud. De modo que determinar asuntos relacionados con la reproducción refiere tanto a una capacidad [autodeterminación] como a las condiciones necesarias para ejercerla y llevar a cabo lo que se decida, entre ellas, vivir libre de violencias y acceder a servicios e información sin el riesgo de criminalización. Bajo este marco de libre toma de decisiones y ciudadanía plena, son las mujeres las que deben definir sus propios es-

tándares de bienestar y las circunstancias en las que continuar un embarazo resulta incompatible con su proyecto de vida.

Por ello, el contenido de la IVE no se limita a la materialización del procedimiento médico; antes bien, de manera coherente con su alcance en el conjunto de los derechos reproductivos, está vinculado estrechamente con los derechos a la dignidad, la autonomía, la vida digna, el libre desarrollo de la personalidad, la libertad de conciencia y la salud.

2. Sobre el aborto como problema de salud pública

El aborto es una intervención sanitaria habitual y segura —si se realiza de manera apropiada— que requiere una atención de calidad y bajo criterios de equidad e inclusión; puede ser gestionada por trabajadores de la salud o personas fuera del sistema, y el método depende de las semanas de gestación [OMS, 2022].

A nivel global se estima que 6 de cada 10 embarazos son no planeados y 3 de cada 10 embarazos terminan en un aborto provocado [OMS, 2022]. Entre 2015 y 2019, el 61% de los embarazos no deseados en el mundo terminaron en abortos, esto es, alrededor de 73 millones de abortos anualmente [Guttmacher Institute, 2022].

En Colombia, entre el 2015 y el 2019, más de la mitad de los embarazos fueron no planeados, y de estos, el 43% terminaron en aborto [Guttmacher Institute, 2022].

La penalización del aborto no modifica la necesidad de los servicios, pero sí las condiciones de acceso, dado que las mujeres evaden la ley y buscan canales alternos al sistema de salud, donde pueden llegar a

encontrarse condiciones menos seguras e indignas. Es así que entre el 4.7% y el 13.2% de las muertes maternas se deben a abortos peligrosos, las que son casi totalmente prevenibles; las variaciones están dadas por nivel de ingresos de los países y el estatus legal del aborto [OMS, 2022].

Las consecuencias en la salud de su práctica sin los mínimos estándares de seguridad comprenden, entre otras, abortos incompletos, hemorragias, infecciones, peritonitis, lesiones de vagina y útero, hasta la muerte; así como cargas sociales y financieras para las mujeres. En 2012, 6.9 millones de mujeres fueron hospitalizadas por complicaciones de abortos inducidos, y solo un 60% de las que sufrieron algún problema de salud tras el procedimiento recibieron tratamiento [Guillaume, Rossier y Reeve, 2018]. Se estima que los tratamientos de estas complicaciones oscilan anualmente entre 189.000 y 134 millones de dólares [Soleimani et al., 2020], constituyéndose en una porción importante de los gastos en salud a nivel mundial [Rodgers et al., 2021].

Distintos factores y barreras como el estigma asociado al aborto, la negación de servicios basada en motivaciones religiosas y contextos legales restrictivos son causantes de que anualmente se produzcan 25 millones de abortos inseguros [Comisión Guttmacher – Lancet, 2018]. El 45% de los abortos a nivel mundial son inseguros y el 97% de estos ocurren en países en vía de desarrollo; en América Latina se calcula que aproximadamente el 25% de los abortos son clasificados como menos seguros, esto es, realizados por personal no calificado o con una técnica no recomendada por la OMS [Ganatra et al., 2017].

Por el contrario, legislaciones respetuosas de los derechos humanos y accesibles a la demanda de las mujeres y las niñas son garantía de un entorno propicio para que los servicios se presten con calidad y continuidad; de esta manera, en países donde el aborto es legal y se dispone de servicios y programas de prevención, la mortalidad materna por esta razón es casi nula [Guillaume, Rossier y Reeve, 2018]. La cobertura universal de servicios disponibles, accesibles y de calidad se traduce en ahorros para el sistema de salud y para las mujeres que los requieren [Comisión Guttmacher – Lancet Commission, 2018]. Adicionalmente, la liberalización del aborto mediante la reducción de nacimientos no deseados y la fertilidad también tiene efectos en la educación de las mujeres y su participación en el mercado laboral, así como en la infancia a través de una mayor inversión en niñas y niños que fueron deseados [Rodgers et al., 2021].

En Colombia, durante el 2023, con corte a la semana epidemiológica 24, se han presentado 398 casos de morbilidad materna extrema que registran como causa complicaciones de aborto, lo que representa el 2.5% de los casos totales; la cifra había

sido 653 en el 2022, 543 en el 2021 y 437 en el 2020 [Instituto Nacional de Salud, 2023]. En el 2023, Bogotá y Antioquia presentaron el mayor número, y por grupos de edad, las mujeres de 25 a 29 años presentan la mayor frecuencia de casos. Al revisar las muertes maternas tempranas, en el 2023 [semana epidemiológica 24], el 4.2% aparece bajo la causa embarazo terminado en aborto, lo que incluye aborto espontáneo e inducido.

En el 2008, en el país, aproximadamente 93.300 mujeres recibieron tratamiento en establecimientos de salud por complicaciones de aborto inducido; la tasa de aborto se estimó en 39 por mil mujeres entre los 15 y los 44 años, esto es, 400.400 abortos inducidos, de los cuales una mínima parte [menos del 1%] se produjeron en el marco del sistema de salud [Prada, Biddlecom y Singh, 2011]. Datos más recientes muestran que la proporción de embarazos no deseados que terminaron en aborto aumentó del 31% al 43% en aproximadamente 30 años [Guttmacher Institute, 2022].

Mujeres de todas las edades, estado civil, nivel educativo y socioeconómico optan por un aborto. Una revisión en 28 países con ingresos bajos y medios encontró que cerca de la mitad de los abortos en el mundo eran realizados por mujeres entre los 20 y 29 años [Guillaume, Rossier y Reeve, 2018], lo que se explica porque a la edad de los veinte años la mayoría de mujeres tienen una vida sexual activa, tienen pareja y buscan limitar el tamaño de la familia.

En los países desarrollados, entre las adolescentes, la proporción de embarazos no deseados que terminan en aborto oscila entre el 35% y el 55% [Sedgh et al., 2015].



02. MARCO NORMATIVO

1. Marco Normativo Internacional

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible fijan como metas globales la salud y el bienestar [ODS 3] y la igualdad de género [ODS 5]. El tercer objetivo se propone reducir la tasa mundial de mortalidad materna y el quinto busca poner fin a todas las formas de discriminación y violencias contra las mujeres y las niñas. Ambos objetivos coinciden en la necesidad de asegurar acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, bajo lo acordado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y su Plan de Acción [1994], así como en la Plataforma de Acción de Beijing [1995].

Estos dos instrumentos internacionales son el marco de reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como derecho humano fundamental y de la comprensión de su trascendencia para el empoderamiento, bienestar y desarrollo de las personas, en especial de las mujeres y las niñas. Los dos fueron un punto de inflexión en la forma de concebir los asuntos sobre población y desarrollo, al igual que su conexión con la agenda de los derechos de las mujeres.

Colombia ha ratificado su compromiso con la agenda de los derechos reproductivos y la salud sexual y reproductiva, así como con otros tratados de derechos humanos que los refuerzan y permiten establecer su alcance, entre ellos la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención para Eliminar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [PIDESC], cuyo contenido debe interpretarse como parte de nuestra Constitución Política. En función de todos ellos, el Estado co-

lombiano debe asumir medidas deliberadas, concretas y selectivas para la garantía del disfrute del más alto nivel posible de salud sexual y reproductiva.

El Comité de seguimiento al PIDESC ha señalado el derecho a la salud como fundamental e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entre ellos los derechos a la vida, la no discriminación, la libertad, la privacidad, la información, a vivir una vida de libre de violencias y a no ser sometida a tratos crueles, inhumanos o degradantes, los que tienen significancia especial para las mujeres [Comité DESC, Observación General N.º 14].

Del mismo modo, para este Comité, el conjunto de libertades y derechos que implica el derecho a la salud sexual y reproductiva abarca la autonomía y libertad sobre el propio cuerpo, sin violencia, coacción ni discriminación [Comité DESC, Observación N.º 22, Caso I.V. vs. Bolivia y Corte IDH; Manuela y otros vs. El Salvador, 2021], así como acceder sin trabas a establecimientos, bienes y servicios; y a información, educación y los medios que permitan el pleno disfrute de estos derechos, de forma libre y responsable [Comité DESC, Observación N.º 22, Caso I.V. vs. Bolivia y Corte IDH; Manuela y otros vs. El Salvador, 2021]. Estas dos obligaciones han sido reconocidas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en pronunciamientos con fuerza judicial, como los casos de I.V. vs. Bolivia y Manuela vs. El Salvador.

De esta manera, este Comité ha dicho que por ser la salud sexual y reproductiva parte integrante del derecho a la salud, abarca

los siguientes elementos interrelacionados y esenciales [Comité DESC, Observación N.º 22]:

► **Disponibilidad**

de establecimientos, bienes y servicios. Debe contar con lugares adecuados con personal y proveedores capacitados, así como con los medicamentos necesarios.

► **Accesibilidad**

de los establecimientos, bienes, información y servicios para todas las personas, sin discriminación ni obstáculos. La accesibilidad es física, económica (asequibilidad) y de la información, según las especificida-

des de las personas y los grupos.

► **Aceptabilidad**

en tanto deben respetarse las particularidades de las personas y la aplicación de los enfoques diferenciales.

► **Calidad**

ya que los establecimientos, bienes y servicios deben ser adecuados y actualizados científica y médicamente.

Las obligaciones que se generan para los Estados en cuanto al derecho a la salud, aplicadas a la salud sexual y reproductiva, se muestran en la figura 1.

Esquema 1.

Obligaciones estatales frente a la salud sexual y reproductiva.



Fuente: elaboración propia.

Son numerosos los documentos, los pronunciamientos y las recomendaciones internacionales, de distinto valor normativo, que aconsejan que la despenalización del aborto no se limite a situaciones excepcionales, en aras de proteger los derechos de las mujeres y actuar en favor de la eliminación de la violencia y la discriminación en su contra; aspectos que se tuvieron en cuenta para el cam-

bio normativo que se dio en Colombia en el 2022.

Entre aquellos se destacan las últimas directrices sobre aborto de la OMS [2022] y lo dicho por el Comité de la CEDAW en su recomendación N.º 35 [2017]. Incluso en el país, la Comisión de Política Criminal del Estado había recomendado en el 2012 una despenalización más amplia.

2. Marco Normativo Nacional

La Corte Constitucional de Colombia, al estudiar una demanda contra el delito de aborto consentido [artículo 122 del Código Penal] que fue interpuesta por el movimiento Causa Justa, consideró que mantener la penalización del aborto violaba los derechos a la salud y a la salud reproductiva, y esto incluye entre sus componentes la IVE. La Corte explicó que este delito funciona como una barrera de acceso y viola el derecho a la igualdad de las mujeres en situación de vulnerabilidad y en situación migratoria irregular, ya que hay unos mayores efectos discriminatorios sobre todas ellas, pues son las más denunciadas y tienen menores posibilidades de acceder a servicios de salud seguros y de calidad. Igualmente, a juicio de la Corte, la penalización del aborto consentido es una vulneración a la libertad de conciencia y a la posibilidad de actuar conforme a los valores y las convicciones individuales; en tanto la autonomía y libertad reproductiva se asocian con la dignidad, estas son decisiones personalísimas, individuales e intransferibles.

Del mismo modo, en el análisis constitucional, el Tribunal concluyó que la existencia del delito de aborto es inútil pues no cumple con la protección de la vida en gestación ni evita que se realicen abortos.

Conservar la penalización como la vía predominante para regular el aborto desconoce la dignidad humana y discrimina a las mujeres.

En la Sentencia C-055 de 2022, la Corte Constitucional, buscando remover el obstáculo normativo que impedía el goce de la salud reproductiva, resolvió eliminar el delito de aborto consentido hasta la semana 24 de gestación, estableciendo que la decisión de interrumpir un embarazo responde a razones íntimas de la persona que solicita la atención: sea niña, mujer o persona gestante, sin que deba cumplir con requisito distinto a su consentimiento.

Después del plazo de las 24 semanas y sin límite de edad gestacional, rigen las tres causales despenalizadas en la Sentencia C-355 de 2006:

▶ **Peligro para la vida o la salud de la mujer**, certificada por un/a profesional de la salud, adscrito o no a la EPS de la mujer. La salud abarca su dimensión física, mental y social. Impedir que la mujer determine el riesgo que desea asumir sería instrumentalizarla con fines reproductivos y vulnerar su dignidad.

- ▶ **Malformación del feto incompatible con la vida por fuera del útero**, certificada por un/a profesional de la medicina. En estas condiciones, llevar adelante un embarazo puede significar someter a la mujer a tratos crueles, inhumanos y degradantes.
- ▶ **Embarazo producto de violencia sexual o incesto**, para lo que se debe presentar copia de la denuncia. Por tratarse de una violencia sexual, la continuación del embarazo desconoce la autonomía, dignidad y libertad de la mujer.

Así las cosas, la acción penal sólo se iniciará cuando se cometa el aborto después de la semana 24 de gestación y si no se adecúa a ninguna de las causales. En los demás casos, de acuerdo con las directrices para la investigación y la judicialización del delito de aborto de la Fiscalía General de la Nación [Directiva 009 de 2023], las y los fiscales deben inadmitir las denuncias y, cuando ya exista investigación en curso, archivar las diligencias, solicitar la preclusión o terminación de la investigación y la absolución perentoria. Además, deben indagar por el contexto en el que se dieron los hechos para evaluar si se configuraba alguna de las causales o si procede el principio de oportunidad, preservando la reserva de la información relacionada con la IVE.

Desde la Sentencia C-355 de 2006, al ponderar la vida como bien jurídico con el derecho a la vida del que son titulares las mujeres, la Corte precisó que la protección de la vida se da de manera incremental y gradual, de modo que no es absoluta, por lo que decidió dar preeminencia a la protección de los derechos de las mujeres.

En la Sentencia C-055 de 2022, la Corte exhorta al Gobierno nacional y al Congre-

so para que formulen una política pública sobre derechos sexuales y derechos reproductivos. Esta debe ser integral en el sentido de abarcar el acceso a métodos anticonceptivos y a la IVE, la educación sexual integral, la prevención y atención de las violencias basadas en género, entre otros componentes; debe tener enfoque de género y alcance interseccional, y debe mantener la línea del fallo.

En atención a esta orden, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Circular 044 de 2022, con instrucciones a los actores del sistema de salud que permitieran asegurar la implementación de la sentencia, y la Resolución 051 de 2023 con los estándares constitucionales fijados por la Corte para la atención integral de la IVE, como se verá más adelante.

Del mismo modo, adoptó el **Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna** y la correspondiente Circular externa 047 de 2022, en la que emite instrucciones al sistema de salud para fortalecer la atención integral en salud de mujeres y personas gestantes, y recién nacidos/as de acuerdo con la RIAMP. En esta circular se reitera que se debe asegurar el acceso sin barreras a los servicios de IVE desde el primer nivel de complejidad para todas las mujeres, incluyendo a las migrantes irregulares, y la necesidad de emprender acciones de cualificación del personal y de comunicación a nivel territorial con enfoque intercultural. De acuerdo con el Ministerio, estas medidas administrativas “hacen parte de la política pública para la reducción de la mortalidad materna, especialmente la que se relaciona con la prevención del aborto inseguro” [Ministerio de Salud y Protección Social, 2023, p. 4].

Además de las dos sentencias citadas, existen más de 20 en las que la Corte se refiere a la IVE, su alcance e im-

plicaciones en el sistema de salud, de manera que la protección de este componente de los DSDR se ha dado de manera progresiva. Recientemente, la Corte precisó que lo dicho en la Sentencia C-055 de 2022 supone “el derecho de acceder a los servicios de salud requeridos para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo” [Corte Constitucional, 2023]. En la SU-096 de 2018, la Corte Constitucional enfatizó en las obligaciones de respeto y cumplimiento de la IVE en calidad de derecho reproductivo, de manera que servidores, instituciones estatales, prestadores públicos y privados de servicios de salud, sean laicos o confesionales, tienen responsabilidades al respecto.

En correspondencia, el Estado y otros actores del sistema de salud deben cumplir con estos deberes, los que fueron recapitulados por el Ministerio de Salud en la mencionada Resolución 051, la que da cumplimiento a las órdenes dadas por la Corte de contar con una regulación única en la materia para eliminar las barreras de acceso [SU-096 de 2018] y de formular una política pública integral [C-055 de 2022]. A continuación, se presentan estos estándares, que deben ser respetados por el Estado y quienes prestan servicios de salud:

- ▶ En materia de IVE, la información debe ser comprensible, oportuna, suficiente, adecuada, pertinente, objetiva, precisa, confiable, accesible, científica y actualizada. Este deber está a cargo de las autoridades públicas y de las entidades de salud.
- ▶ Accesibilidad y disponibilidad de la atención integral en salud para la IVE en todo el territorio, niveles de complejidad y etapas del embarazo, sin barreras, interrupciones ni discriminación y de manera urgente y gratuita, sin

copagos ni cuotas moderadoras. Corresponde a las entidades territoriales de salud garantizar la disponibilidad de una red que pueda brindar la atención con estos criterios.

- ▶ La atención de la IVE es esencial y de carácter urgente, por lo que debe darse de manera inmediata dentro de un plazo de cinco días calendario desde que se expresa la voluntad de interrumpir la gestación. El diagnóstico debe ser oportuno e integral.
- ▶ Se debe guardar la confidencialidad y respetar el derecho a la intimidad de las mujeres, así como el secreto profesional.
- ▶ La autonomía supone que la decisión de interrumpir el embarazo se dé en libertad, sin ningún tipo de coacción, violencia o injerencia de terceros.
- ▶ La objeción de conciencia es un derecho del/la profesional que realiza directamente el procedimiento, no cobija a las personas jurídicas ni a quienes cumplen funciones asistenciales o administrativas. No puede vulnerar los derechos de las mujeres, por lo que deberá recibir información y remitirse a otro prestador que pueda encargarse de la atención. La objeción se presenta por escrito y por razones morales profundas.

Por lo demás, está prohibido llevar a cabo prácticas indebidas como: la realización de juntas médicas; la interposición de demoras injustificadas; hacer remisiones no solicitadas por la consultante; reportar los abortos ante las autoridades de justicia; solicitar dictámenes médicos, órdenes judiciales, autorizaciones de familiares, tu-

tores legales, entre otros; suscribir pactos individuales y conjuntos para no prestar los servicios; desconocer los conceptos médicos de profesionales por fuera de la red de prestadores; brindar información engañosa; maltratar a las mujeres; negarles medicamentos para el manejo del dolor cuando lo solicitan y cualquier otra práctica que obstaculice el acceso a la atención o afecte su salud.

Cualquier falta dará lugar a sanciones administrativas, disciplinarias o penales. Son las Secretarías de Salud las encargadas de inspeccionar, vigilar y controlar que el sistema de salud cumpla este marco normativo, de manera que las entidades prestadoras tengan una red en todos los niveles de complejidad con servicios de telesalud y telemedicina; y que las IPS cuenten con los insumos necesarios.

2.1. Enfoque diferencial: igualdad y situaciones de vulnerabilidad

De acuerdo con la Corte Constitucional [Sentencia C-055 de 2022], la penalización del aborto está en tensión con el derecho a la igualdad de las mujeres en situación de vulnerabilidad y acrecienta estas condiciones. Son mujeres que tienen menos recursos y opciones para interrumpir un embarazo sin riesgo de penalización y en condiciones seguras, de calidad y con la información suficiente, como es el caso de mujeres que viven en zonas rurales, remotas y en contextos de pobreza, migrantes irregulares, víctimas de violencia, niñas y adolescentes, mujeres con pertenencia étnica, con discapacidad, personas con identidad de género diversa con capacidad de gestar, entre otras, que encuentran mayores barreras de acceso a los servicios de salud.

Teniendo en cuenta estos factores interseccionales, la Corte ha realizado las siguientes consideraciones en la SU-096 de 2018 y otras de sus sentencias. En todas las circunstancias las mujeres deberán ser tratadas con respeto sin sufrir discriminación alguna.

▶ **Niñas y adolescentes:**

en reconocimiento de la autonomía progresiva y contextual, las niñas y adolescen-

tes pueden expresar su consentimiento informado; para ello deben ser ampliamente informadas acorde con su edad, contexto y capacidades. La voluntad de niñas y adolescentes debe ser respetada, aun cuando representantes o tutores/as no estén de acuerdo [Sentencia T-209 de 2008]. En casos de menores de 14 años, el consentimiento sustituto no es determinante, de modo que es la decisión de la menor la que se debe considerar válida. Dado que todo embarazo de una menor de 14 años de edad se presume producto de violencia sexual, no es obligatorio presentar la denuncia penal cuando se busca la atención después de las 24 semanas de gestación a través de esta causal.

▶ **Mujeres con discapacidad:**

el Estado tiene la obligación de facilitar los apoyos necesarios, ajustes razonables y salvaguardas que permitan conocer con certeza la voluntad de la mujer con discapacidad [Ley 1996 de 2019]. Cuando esto no sea posible, el consentimiento contará con la asistencia de personas que demuestren una relación de confianza, en diálogo con las y los profesionales de la salud [Resolución 1904 de 2017]. La información debe ser ajustada a las particularidades personales, de manera que se asegure la

comprensión y la expresión de la voluntad. Solicitar autorizaciones de terceros y sentencias de interdicción se considera una barrera de acceso.

▶ **Mujeres indígenas:**

de ser necesario, debe garantizarse un intérprete de la lengua en que se comunica la persona que solicita la atención [Ley 1381 de 2010]. En la jurisprudencia en materia de IVE, la Corte ha planteado de manera general que en el ordenamiento constitucional los derechos reproductivos imponen un límite a la injerencia de terceros y que en cuanto a las decisiones sobre la maternidad debe primar la voluntad de las mujeres. Al decidir anular dos fallos de tutela referidos a dos mujeres indígenas que solicitaron servicios de aborto y estos les fueron negados por la EPS Indígena AIC tras consultar a las autoridades tradicionales, la Corte estimó que se había desconocido la jurisprudencia del mismo tribunal, que es precedente obligatorio y cuyo espíritu es la protección de las mujeres en situaciones de vulnerabilidad, y que la imposición de límites adicionales a la práctica de la IVE “constituyen una lesión directa de la dignidad de las mujeres gestantes” [Corte Constitucional de Colombia, 2023]. La Corte consideró que se les había reconocido una competencia inexistente a las autoridades indígenas, pues no les corresponde interferir en la decisión de asu-

mir la maternidad, la que es un límite a la autonomía de las comunidades indígenas [Auto 2397 de 2023, que anula la Sentencia T-158 de 2023].

▶ **Mujeres migrantes:**

las mujeres migrantes regularizadas en el país deben afiliarse al sistema de salud para ser atendidas, y las que no han regularizado su situación migratoria pueden acceder a través de los servicios de urgencias de la red pública de manera urgente y prioritaria [Sentencia SU-677 de 2017]. Esto quiere decir que el estatus migratorio no es obstáculo para el acceso. La condición migratoria debe ser tenida en cuenta para valorar la salud de la mujer, especialmente en los casos de más de 24 semanas.

▶ **Mujeres víctimas de violencia sexual en el conflicto armado:**

considerando los riesgos y las dificultades para interponer la denuncia penal, esta no es obligatoria en la causal violencia sexual después de las 24 semanas de gestación. .

▶ **Personas con capacidad de gestar:**

a hombres transgénero, personas intersexuales y personas no binarias debe brindárseles atención integral para la IVE sin barreras, discriminación o estigmatización. Deben respetarse sus derechos a la identidad de género, la igualdad, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad.

2.2. Las políticas públicas

Un asunto como el aborto revela desigualdades y estereotipos de género presentes en nuestra sociedad, por lo mismo, sobrepasa los alcances de lo legal y puntualmente de lo penal. Los imaginarios culturales sobre el rol de las mujeres en la reproducción hacen parte del contexto de discriminación y estigmatización del aborto, lo que debe abordarse a través de medidas alternativas, amplias y diversas, como por ejemplo las políticas públicas, tal como ha exhortado la Corte.

En los Lineamientos de la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres de 2012 se mencionó la importancia de incorporar en esta política una línea de acción orientada a la atención oportuna y eficaz de la IVE, de acuerdo con la Sentencia C-355 de 2006, lo que no fue nombrado de manera específica en el CONPES 161 de 2013 – Equidad de Género para las Mujeres, aunque sí incluido en el diagnóstico y como parte del eje temático de Salud y DSDR. En la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres (CONPES 4080 de 2022) actualmente vigente, la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos es uno de los ejes priorizados. Aun así, las medidas que se señalan con relación a la IVE no tienen una línea de acción propia, sino que se inscribe en la de reducir la mortalidad materna, esto quiere decir que el énfasis no recae en el fomento de la autonomía.

Entre el 2014 y el 2021 el país tuvo su segunda política pública sobre sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, un conjunto de acciones sectoriales e

intersectoriales para promover estos derechos y la equidad de género, y prevenir y atender de manera integral la salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos humanos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Esta política debe ser actualizada armónicamente considerando el exhorto realizado por la Corte en la sentencia C-055 de 2022, que llama por una política pública integral que contenga como mínimo: información sobre opciones reproductivas, la eliminación de barreras para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, instrumentos de prevención del embarazo y de planificación, educación sexual y reproductiva, medidas de acompañamiento a madres gestantes, entre otros componentes, todos los que deben proteger la dignidad de las mujeres, su autonomía y libertad.

Durante la construcción del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia, potencia mundial de la vida”, se puso en consideración un artículo sobre una Política nacional de derechos sexuales y derechos reproductivos. En la deliberación en el Congreso de la República se propuso suprimir este último grupo de derechos poniendo en riesgo su contenido, que trasciende la IVE, y la integralidad e interdependencia entre los derechos sexuales y los reproductivos. Finalmente, este artículo fue eliminado por completo del Plan, sin que se haya recogido en este instrumento de planeación nacional el compromiso con estos derechos, que reclaman medidas estatales decididas.



03. HALLAZGOS CON RELACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA SENTENCIA C-055 DE 2022

Los hallazgos del primer año y medio de implementación de la Sentencia C-055 de 2022 muestran un panorama de importantes avances y pendientes que no dan espera. Por un lado, se destacan mejoras en el acceso oportuno a la IVE, adopción de medidas y buenas prácticas en favor de una oportuna implementación, fortalecimiento del conjunto normativo y de política pública —a través de la expedición de la Resolución 051 de 2023 del Ministerio de Salud y de la Directiva 009 de 2023 de la Fiscalía— y mayor reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres, como lo muestra la encuesta Polimétrica, según la cual un 48% de las personas encuestadas piensa que la IVE es un derecho [20% más que en diciembre de 2021] y un 67% considera que la IVE es una decisión libre de la mujer, esto es, el doble de la favorabilidad expresada en diciembre del 2021 [Cifras y Conceptos y La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2023]. Por otro lado, no obstante, persisten vulneraciones a la IVE, entendidas como situaciones de daño, lesión o perjuicio que impiden el ejercicio pleno de este derecho; aunque con variaciones propias del nuevo marco

normativo, las vulneraciones se expresan en barreras de tipo social y cultural marcadas por el desconocimiento y la estigmatización, violencia reproductiva, discriminación, criminalización, barreras de acceso a los servicios y fallas en el sistema de salud, además del retraso frente a la actualización de la política pública de derechos sexuales y derechos reproductivos en los términos fijados por la Corte Constitucional en el exhorto de la decisión en cuestión en este **Informe Defensorial**.

Este capítulo está dedicado a presentar algunas cifras sobre la atención y el acceso a la IVE bajo el marco normativo actual y medidas institucionales notorias que contribuyen a la implementación de la Sentencia C-055 de 2022; seguidamente se caracterizan los casos acompañados por las Duplas de Género de la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género y, con ellos como base, junto a otras fuentes de información, se exponen cinco categorías de vulneraciones a la IVE como componente de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

1. Atención y acceso a la IVE en el primer año y medio de implementación de la Sentencia C-055 de 2022

Del balance del primer año de implementación de la sentencia, realizado por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Fundación Oriéntame, se extraen para este Informe Defensorial cuatro grandes conclusiones con relación al acceso a la IVE [Niño Contreras et al., 2023]:

La primera, a partir de los datos de Oriéntame —IPS que ofrece servicios de salud sexual y reproductiva a través de 12 sedes

físicas en el país—, indica que, respecto al año inmediatamente anterior al fallo, se mantuvo constante el porcentaje de mujeres que accedieron durante las primeras 12 semanas de gestación [93%]; menos del 1% de los procedimientos tuvieron lugar con más de 24 semanas. En esta misma línea, La Mesa, que se especializa en acompañar legalmente a mujeres que enfrentan barreras de acceso y por lo mismo viven demoras que hacen que lleguen a la or-

ganización con edades gestacionales avanzadas, evidenció un aumento del 27% entre las que se encontraban en las primeras 12 semanas de embarazo y una consecuente disminución en el porcentaje de mujeres asesoradas por encima de esta edad [-9 puntos porcentuales de las que estaban entre la semana 13 a la 20, -6 puntos entre la semana 21 a 24, y -5 puntos después de la semana 24].

La segunda conclusión advierte que menos mujeres requirieron acompañamiento legal y gestiones administrativas por parte de La Mesa [-11%], en cambio, más solicitaron información sobre el nuevo marco normativo [14%].

La tercera conclusión apunta al aumento en el acceso por telemedicina y teleexpertise, que en Oriéntame alcanzó el 28% del total en el primer año de implementación de la Sentencia C-055 de 2022, esto es, un 5% por encima del periodo anterior.

La cuarta conclusión es que hubo un incremento de mujeres que accedieron a través de su EPS: 15% entre las asesoradas legalmente por La Mesa; no obstante, el 56% de las mujeres atendidas por Oriéntame, aun estando afiliadas al sistema de salud, pagaron con sus propios recursos el procedimiento o fueron beneficiadas de algún subsidio otorgado por la Fundación.

Por su parte, Profamilia —IPS especializada en salud sexual y reproductiva con 52 clínicas en distintas ciudades del país— informó que en el primer año de la sentencia realizó 49.000 atenciones, 65.9% más que el año anterior; de estas, el 97.2% se hicieron antes de la semana 16 de gestación y el 86% antes de la semana 12; solo el 1.1% de los procedimientos fueron después de las 24 semanas [Profamilia, 2023a]. Su Directora Ejecutiva, Marta Royo, considera que el cambio normativo permite “simplificar la ruta de acce-

so” [comunicación personal, 31 de octubre de 2023]. Cifras más recientes de la misma organización muestran que entre enero y julio de 2023 se produjo un aumento del 36.7% en los procedimientos respecto al mismo periodo del año anterior [Profamilia, 2023c]. Su balance a septiembre del 2023, a más de año y medio del fallo, señala que el 75% de los abortos realizados en su red ocurrieron antes de la semana 9, mediante métodos farmacológicos y en muchos casos a través de telemedicina, y el 88% en las primeras 12 semanas de gestación, es decir, que 3 de cada 4 abortos sucedieron en el primer trimestre [Profamilia, 2023c]. El 75% de las mujeres que accedieron pertenecían a los estratos socioeconómicos 1 y 2 [Profamilia, 2023c].

Aunque estas dos IPS —las de mayor cobertura de atención de la IVE en el país— presentan algunas diferencias en sus datos —como el hecho de que Profamilia experimentó aumentos en las atenciones, no así Oriéntame—, de sus balances es posible deducir al menos dos hallazgos. En primer lugar, en el primer año de implementación de la sentencia, las atenciones se concentraron en las primeras 12 semanas de gestación [93% en el caso de Oriéntame y 86% en el caso de Profamilia], de manera que la despenalización hasta las 24 semanas redundaba positivamente en el acceso oportuno y, a la par, los abortos de más de 24 semanas estarían relacionados principalmente con barreras de acceso, como se verá más adelante. En segundo lugar, un modelo con menos requisitos, un entorno en el que se abandona la penalización y la forma en la que se están prestando los servicios pareciera motivar una gestión más autónoma del acceso. En la entrevista realizada a Laura Castro González, coordinadora de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, nombró que las mujeres están derribando las barreras por ellas mismas [comunicación personal, 24 de octubre de 2023].

Como se dijo, Oriéntame y Profamilia son IPS especializadas en salud sexual y reproductiva, de modo que tienen personal entrenado, rutas definidas de atención, experiencia en la práctica de los procedimientos durante los años de implementación del modelo de causales, investigación y gestión del conocimiento, sistemas de información que hacen seguimiento a la IVE y otros elementos que hacen sus datos altamente valiosos y confiables para evaluar la implementación. De ahí que se haya optado por presentarlos en un primer mo-

mento, esto sin dejar de analizar, como se hará a continuación, los datos oficiales, que si bien despiertan inquietudes por el subregistro y las inconsistencias como errores en la codificación de los procedimientos y sus métodos, dan cuenta del comportamiento agregado de prestadores públicos y privados, incluyendo los dos anteriores, y de la calidad misma del sistema de información nacional al respecto. A esto se refirió Óscar Marroquín, ginecólogo y referente médico de la Fundación Oriéntame:

“En los sistemas de búsqueda de información la interrupción [voluntaria del embarazo] no está bien codificada, entonces mira que [...] el personal de salud no lo sabe codificar y siguen por ejemplo codificando una interrupción como un aborto incompleto. Entonces, claro, cuando va y se busca la información, esa codificación se genera en un problema y entonces ahí es cuando entramos en la discusión por el número de abortos por interrupción que se practican en este país y es totalmente desconocido, [...] entonces es muy difícil poder identificar adecuadamente la práctica que hacemos (interrupción) versus el aborto que es espontáneo”. [comunicación personal, 17 de octubre de 2023]”

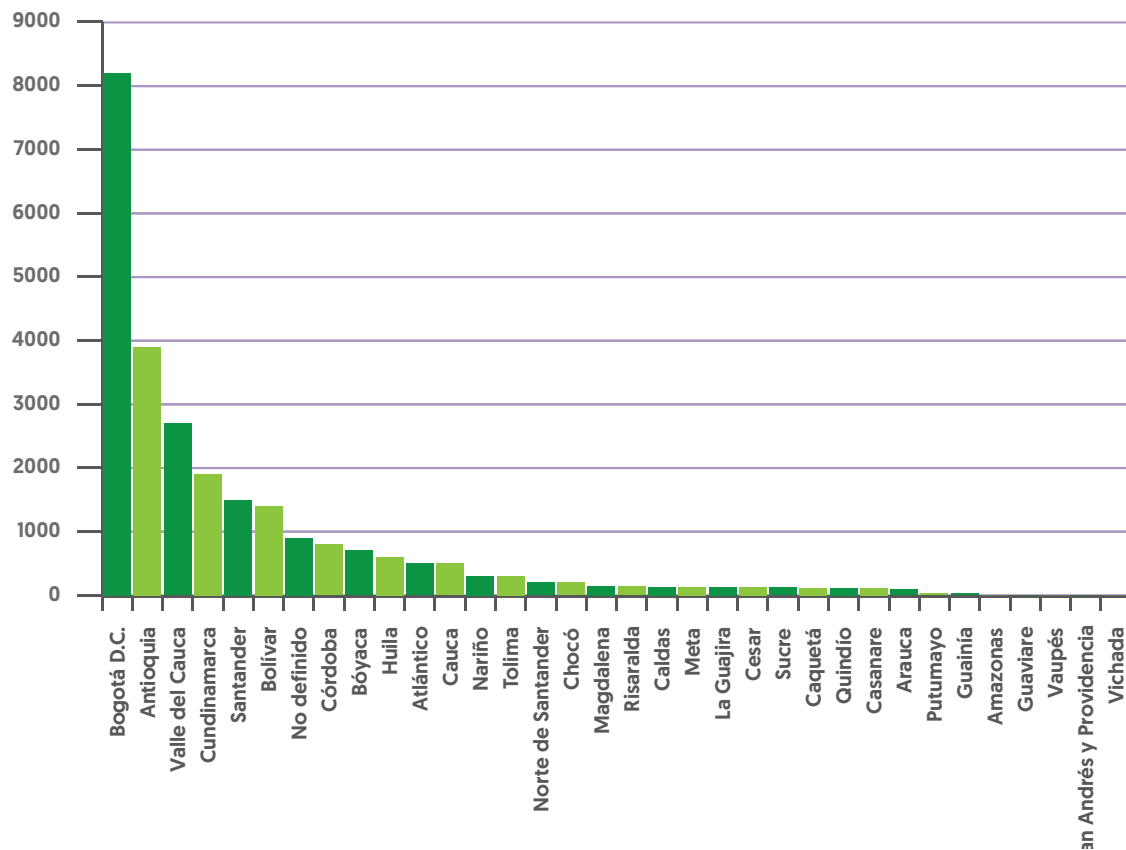
Esta falencia afecta el trazado de políticas públicas en la materia y el seguimiento que hace la sociedad civil, ya que no tiene información pública disponible, o bien, la que se encuentra despierta desconfianza.

De acuerdo con la respuesta del Ministerio de Salud (2023) a la petición presentada, entre el 2022 y mayo del 2023 (preliminares) se atendieron en el país 30.683 mujeres de 10 a 49 años en los servicios de salud por diagnóstico principal aborto médico incompleto y completo, falla de la inducción medica del aborto, extracción menstrual y problemas, lo que —como se ve— no diferencia aborto voluntario de espontáneo.

El 76% de las atenciones (23.263) fueron en el 2022 y el 24% en el 2023 (7.420), con corte a mayo, por lo que no es posible comparar el comportamiento entre los dos años.

Por departamentos y distrito capital, la mayor frecuencia de atenciones se registró así: 8.314 en Bogotá (27%), 3.893 en Antioquia (12.6%), 2.673 en Valle del Cauca (8.7%), 1.978 en Cundinamarca (6.4%) y 1.532 Santander (5%), lo que indicaría una relación entre desarrollo urbano/concentración de servicios públicos y privados, y la prestación efectiva de los servicios de salud. Los demás departamentos pueden verse en el siguiente gráfico.

Gráfico 1. Departamentos y distrito capital de las mujeres atendidas por diagnóstico principal aborto médico incompleto y completo, falla de la inducción medica del aborto, extracción menstrual y problemas, 2022-2023*



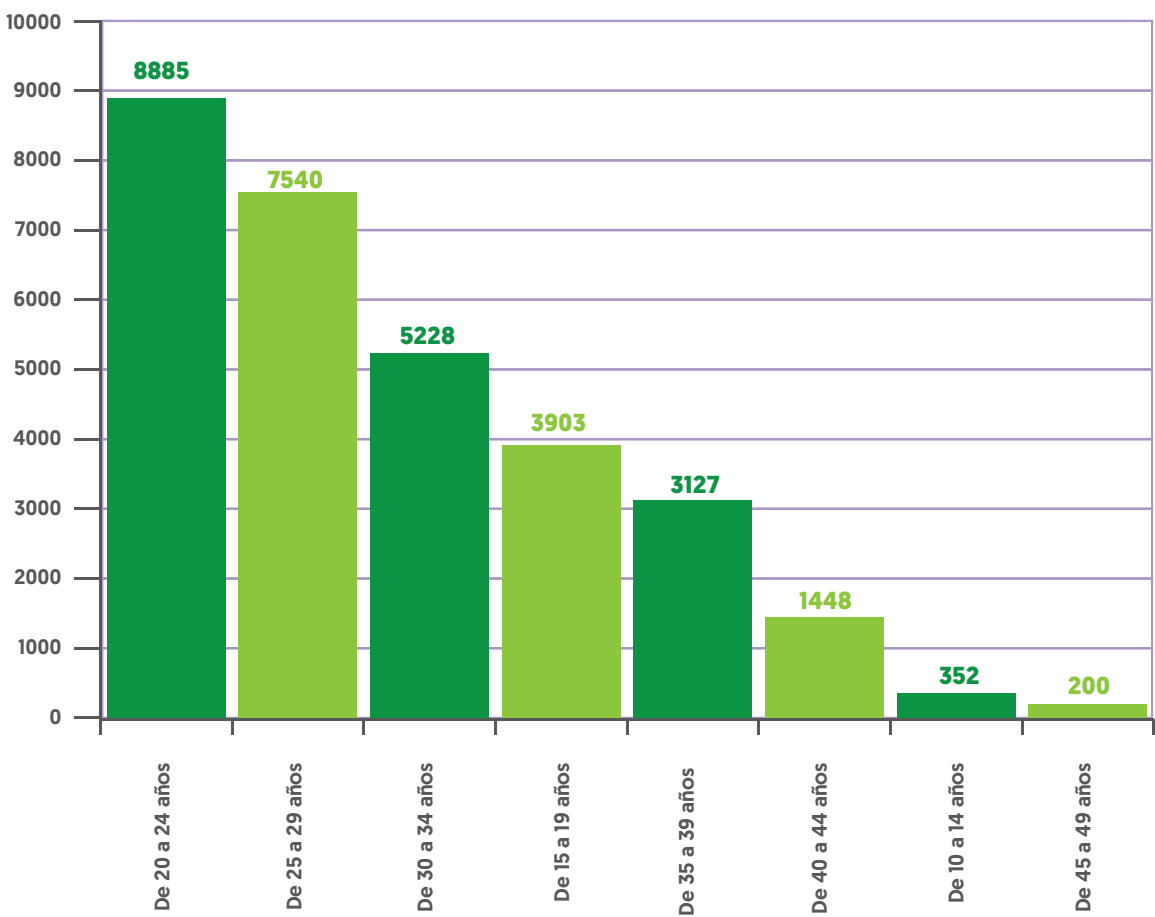
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2023. RIPS.

Nota: Los datos de 2022 y 2023 son preliminares, el último año es con corte a mayo.

Por edades, las mujeres se encontraban principalmente entre los 20 y 29 años de edad [53.5%]. Las que estaban entre los 10 y los 24 años fueron las que recibieron más atenciones [29%], seguidas de las que tenían entre 25 y 29 años [24.5%], y las de entre 30 y 34 años [17%].

Un 1.1% de los casos eran de menores de 14 años, esto es, 352 casos en los que se presume violencia sexual.

Gráfico2. Grupos de edad de las mujeres atendidas, 2022-2023*



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2023. RIPS.

Nota: Los datos de 2022 y 2023 son preliminares, el último año con corte a mayo.



Al revisar la pertenencia étnica de las mujeres atendidas, el 95.6% no reportó esta información. Un 1.4% se identificó como indígena, un 1.2% como negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente, y 1.6% se identificó como de otras etnias. Los porcentajes de palenquera, raizal y rom se encuentran por debajo del 1%, con una, cinco y seis mujeres, respectivamente.

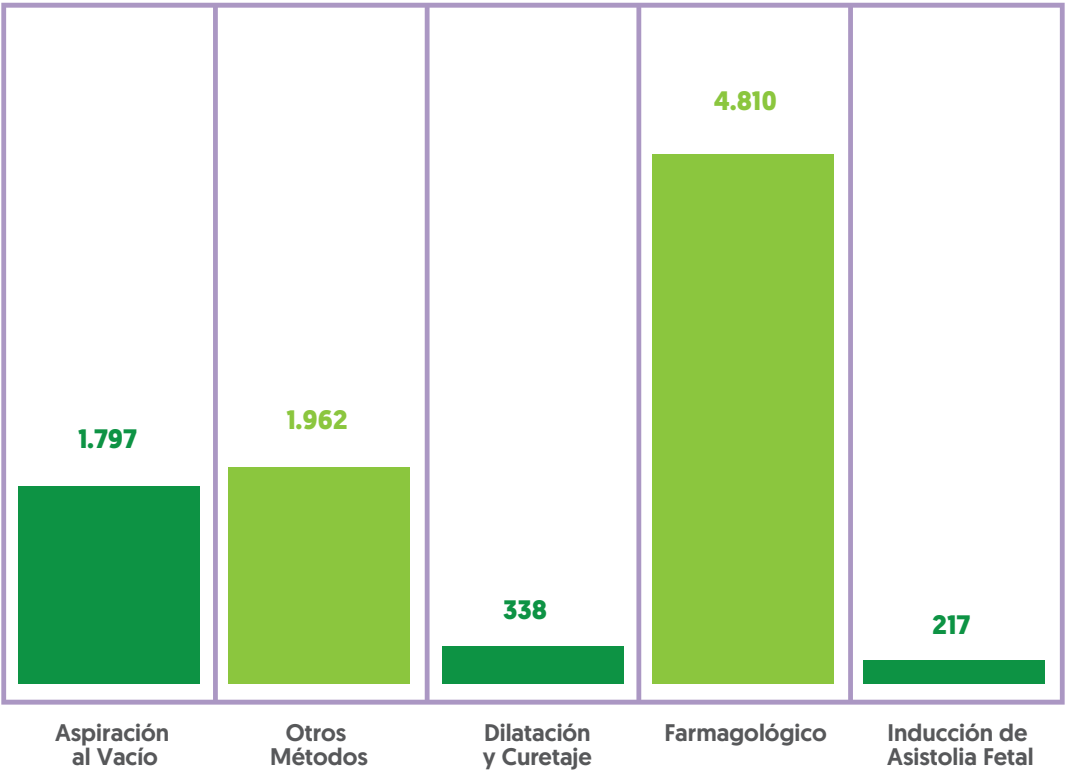
Ahora bien, teniendo claro que los datos aportados por el Ministerio de Salud son preliminares y que abarcan periodos diferentes a los datos disponibles de las IPS especializadas, es posible hacer una comparación que nos da una idea aproximada de las brechas de información. Mientras, según información del Ministerio, entre 2022 y 2023 [mayo] se atendieron 8.314 mujeres en Bogotá, la información solo de Oriéntame entre el 22 de febrero de 2022 y el 1 de febrero de 2023 reporta 8.421 mujeres atendidas en la capital del país. Los datos de Oriéntame deberían estar incorporados en los nacionales que maneja la autoridad sanitaria; estos deberían, a su vez, incluir la información de otros prestadores disponibles en la ciudad, como la misma Profamilia, que tiene mayores volúmenes de atención. De manera que se abren preguntas sobre el sistema de información y los alcances reales de la atención.

Al seguir indagando por los datos en esta entidad territorial encontramos que entre

2022 y 2023 [enero a junio] se realizaron en Bogotá, de acuerdo con los RIPS que reportan las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio [EAPB], 18.054 procedimientos de IVE; de estos, 11.911 corresponden al año 2022 y 6.143 al primer semestre del 2023 [Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2023]. La red pública reportó 578 procedimientos en el 2022, equivalentes al 3.2%, y ninguno en el 2023, de manera que el 96.8% de los procedimientos se realizaron en la red privada. Ya que se tiene conocimiento de que en la capital del país la red pública presta efectivamente servicios de IVE, estos datos indican omisiones en la obligación de reportar y un ejercicio más juicioso por parte de los prestadores privados, sin decir con esto que todos lo hagan. Además, vuelve a generar inquietudes sobre los datos aportados por el Ministerio de Salud.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, consciente del subregistro de algunas IPS a los RIPS, diseñó en enero de 2023 una matriz para el seguimiento a los procedimientos de IVE, la que a su juicio se ajusta más a la realidad, encontrando que entre enero y junio de 2023 se realizaron 9.124 procedimientos, una diferencia de 2.981 procedimientos respecto a lo reportado en los RIPS. En estos datos, el método más utilizado es el farmacológico [53%], seguido por otros métodos [21%], aspiración al vacío [20%], dilación y curetaje [4%] y asistolia fetal [2%].

Gráfico 3. *Métodos utilizados para la IVE, Bogotá, 2022-2023**



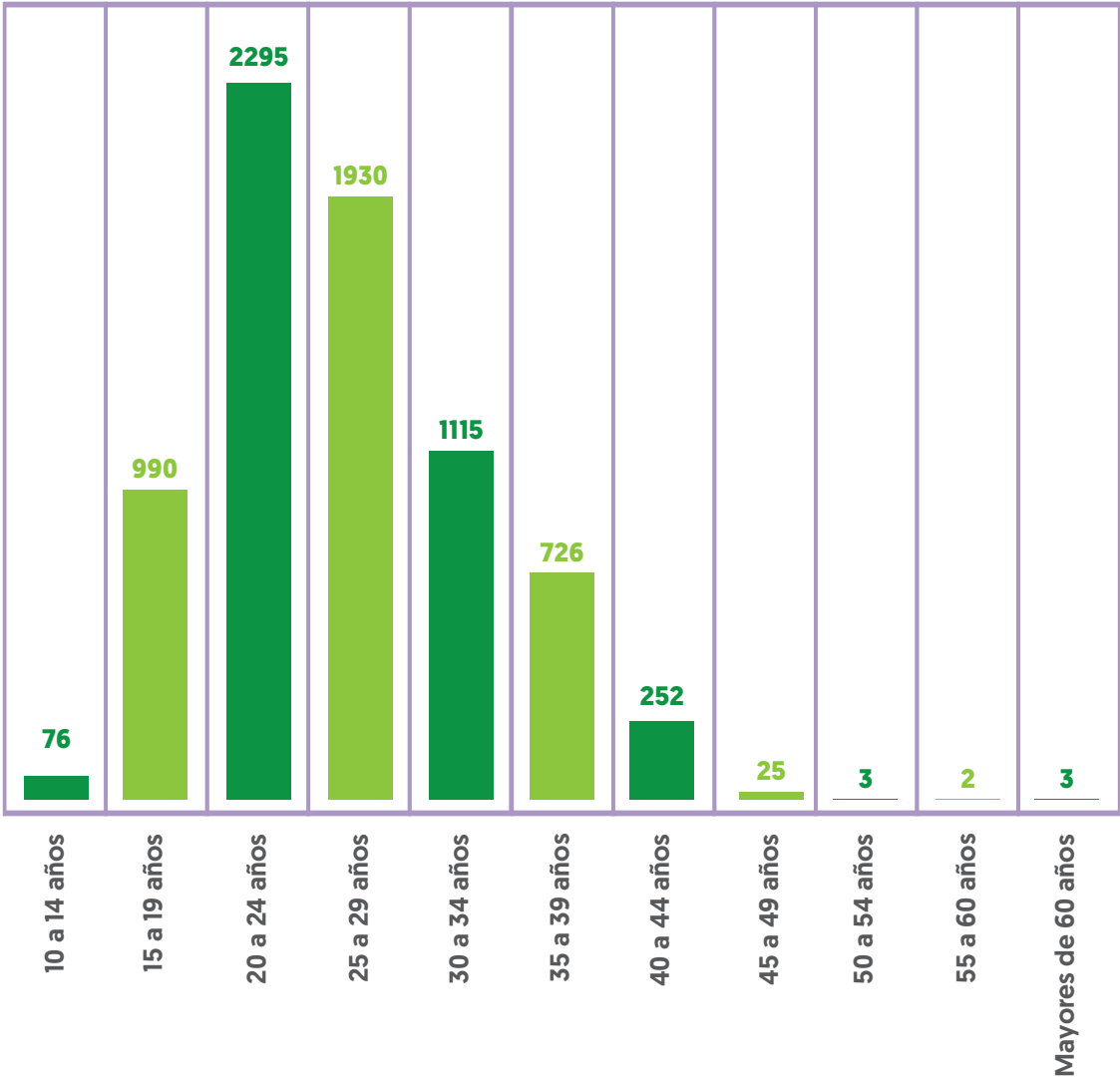
Fuente: *Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2023. Matriz de seguimiento a la IVE de la entidad.*

Nota: *Datos de 2023 con corte a junio.*

Mientras en lo reportado a los RIPS no hay información disponible sobre las semanas de gestación, en el seguimiento que realiza la Secretaría se encuentra que el 99.2% de los procedimientos sucedieron con 24 semanas de gestación o menos (9.053) y el 0.77% en las semanas siguientes. Estos datos tienen vacíos como los señalados; aun así, se consideran más confiables pues son consistentes con los registros de las dos IPS especializadas en estos servicios en el país. Frente a la edad de las mujeres solicitantes, el 61% estaba entre los 20 y los 30 años, el 24% entre los 31 y los 40 años, el 12% tenía 19 o menos años, y el 3% más de 40 años.

En Medellín, de acuerdo con la Secretaría de Salud (2023), entre 2022 y 2023 (información preliminar, se asume el corte al 21 de agosto por ser el solicitado) se realizaron 7.417 procedimientos relacionados con la terminación del embarazo, 4.129 en el 2022 y 3.288 en el 2023. La información por edades muestra que el 71% de las atenciones se dieron entre los 20 y los 34 años. Según los datos del Ministerio de Salud (2023), entre el 2022 y mayo del 2023 (preliminares), las atenciones en Medellín fueron 2.085, evidenciándose nuevamente las inexactitudes en los reportes.

Gráfico 4. Procedimientos relacionados con la terminación del embarazo, por edades, Medellín, 2022-2023*



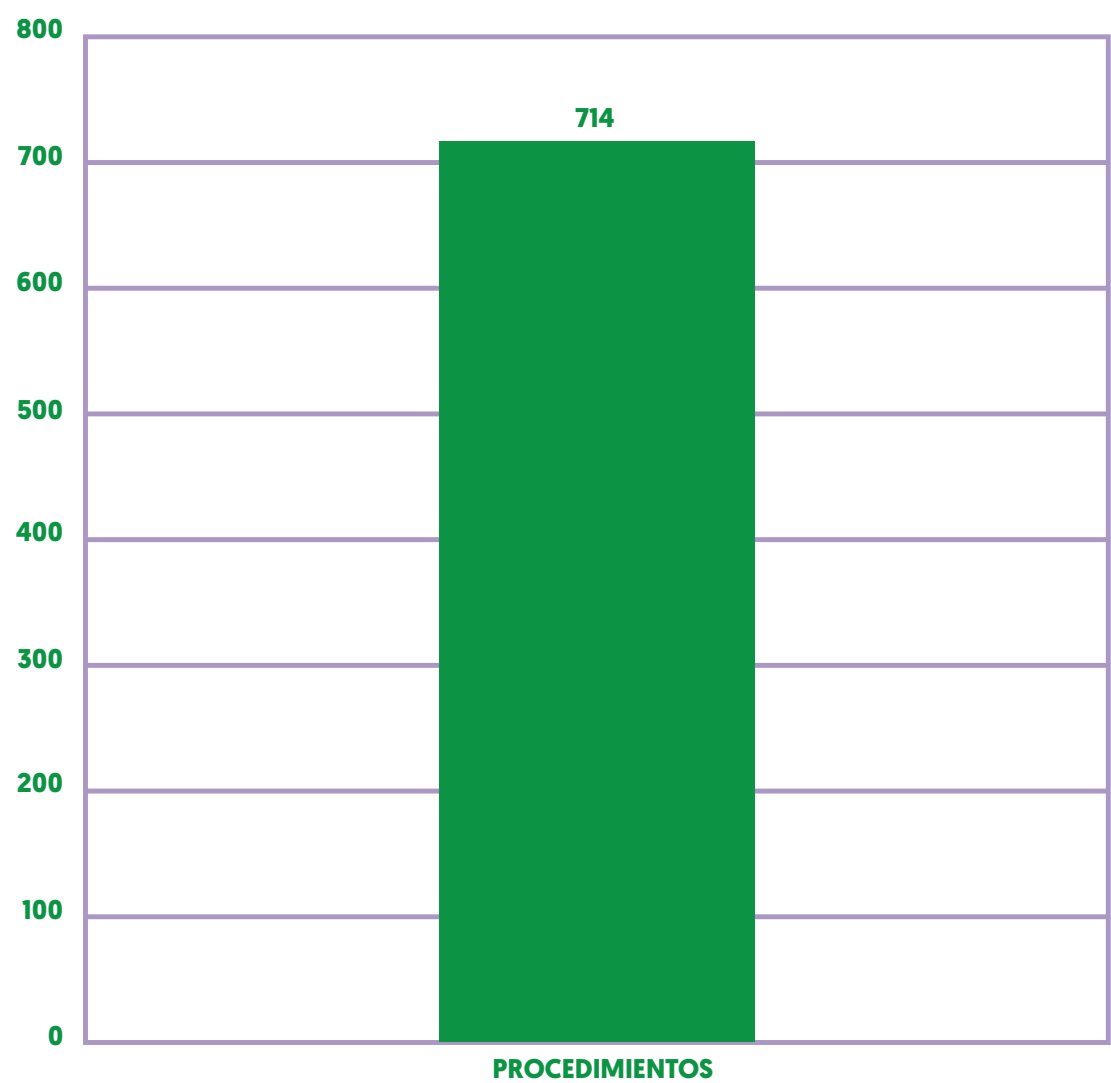
Fuente: Secretaría de Salud de Medellín, 2023. RIPS.

Nota: Las cifras de 2023 son preliminares, se asume el corte al 31 de agosto por ser el solicitado.

La Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali [2023] informó que entre febrero de 2022 y enero de 2023 se reportaron 714 procedimientos. Según la entidad, la información preliminar del 2023, con corte a agosto, indica que se realizaron 305 interrupciones del embarazo.

Por su parte, el Ministerio de Salud [2023] informó, con base en los RIPS, que entre el 2022 y mayo de 2023 (preliminares) fueron 1.827 atenciones en esta ciudad.

Gráfico 5. Procedimientos asociados a la IVE reportados, Santiago de Cali, 2022-2023*



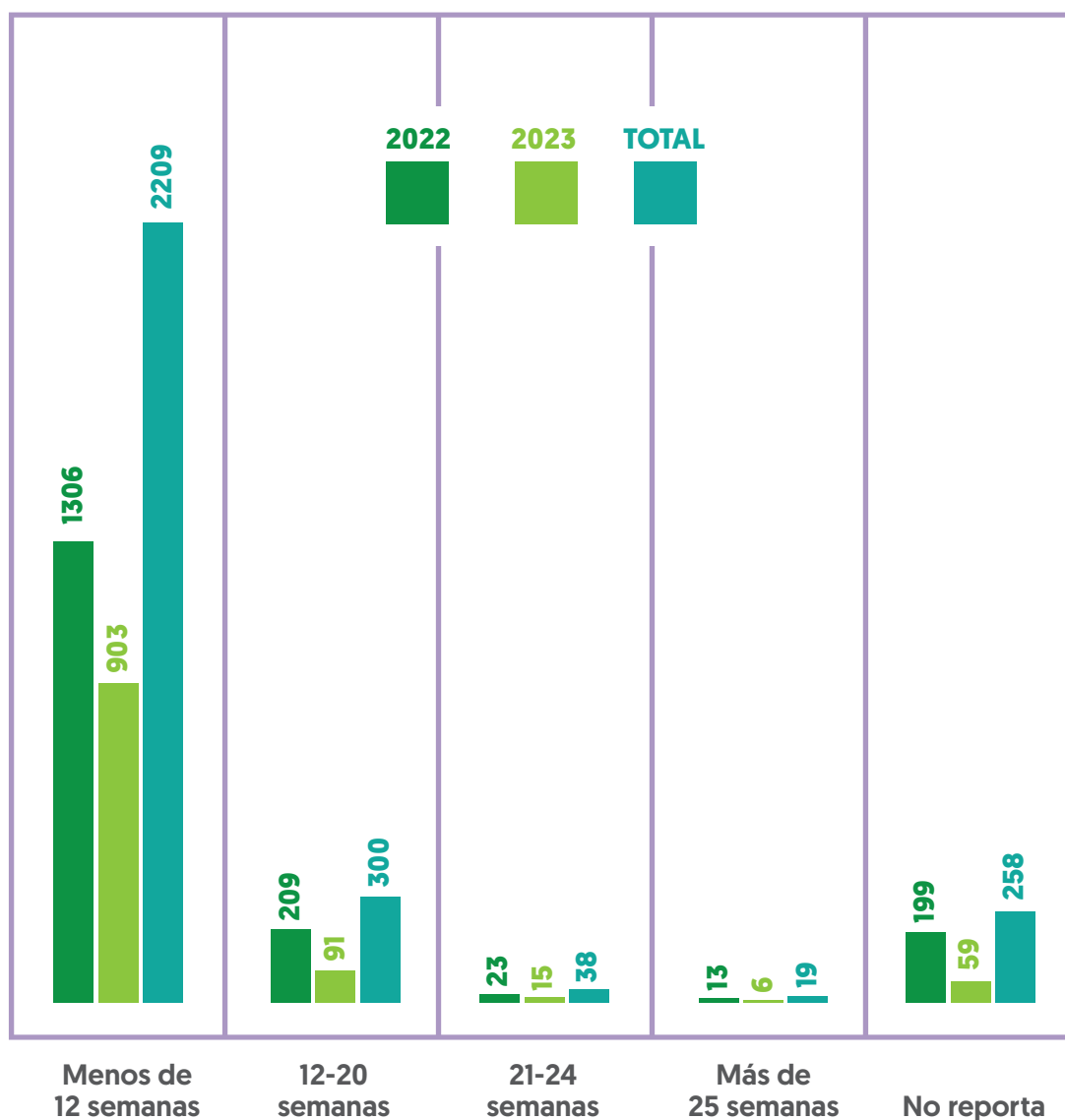
Fuente: Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2023. RIPS

Nota: Datos de febrero de 2022 a enero de 2023.

Por su parte, la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla informó 2.824 atenciones desde febrero del 2022 y hasta el 30 de junio de 2023, de las cuales 1.074 correspondían al 2022 y 1.750 al primer semestre del 2023. Casi el 80% de las atenciones se

realizaron con menos de 12 semanas de gestación, y las atenciones por encima de las 25 semanas representan menos del 1%. El Ministerio de Salud informó que entre el 2022 y mayo de 2023 [preliminares] se dieron 436 atenciones en Barranquilla.

Gráfico 6. Edades gestacionales de las atenciones a la IVE, Barranquilla, 2022-2023*



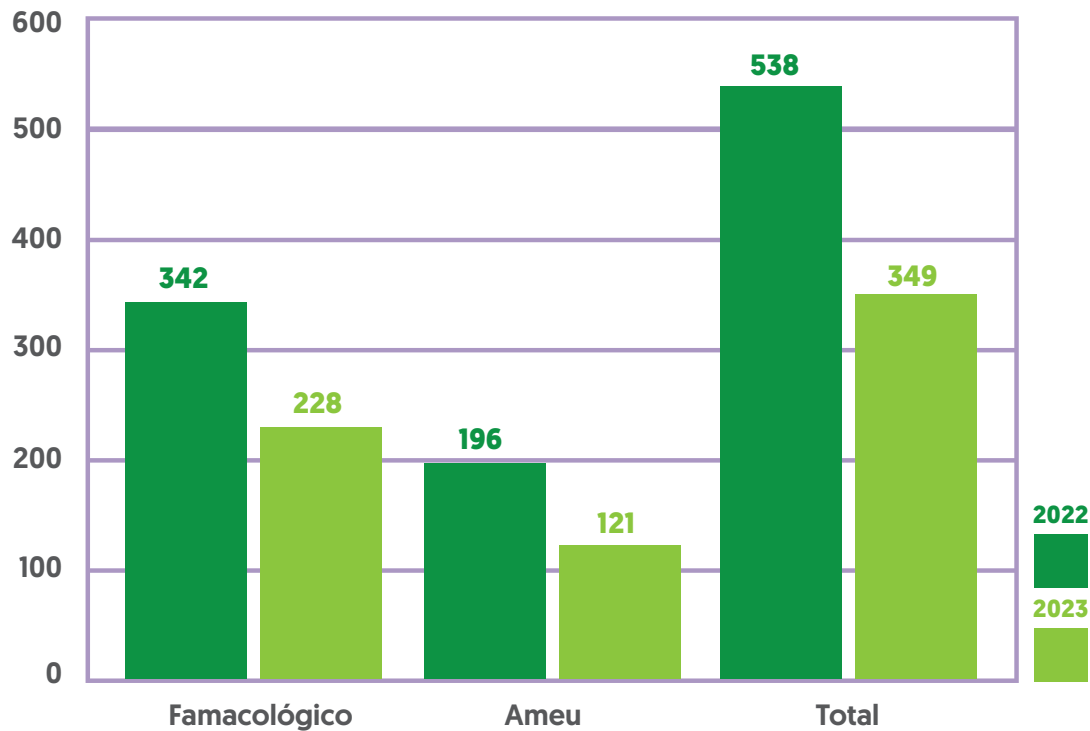
Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla, 2023. RIPS

Nota: Datos de 2023 con corte a junio.

En Manizales se realizaron 887 atenciones [Secretaría de Salud de Manizales, 2023]. De estas, 538 ocurrieron en el 2022 y 349 en el 2023 [a agosto]; del total, el 64.2% corresponden al método farmacológico y el 35% a aspiración manual. No figuran más métodos ya que en la ciudad solo tres insti-

tuciones realizan procedimientos de IVE, y ninguna en edades gestacionales mayores a la semana 15. Los datos del Ministerio de Salud [2023] informan 161 atenciones entre el 2022 y mayo de 2023 [preliminares] en la capital del departamento de Caldas.

Gráfico 7. Atenciones IVE por método y año, Manizales, 2022-2023*



Fuente: Fuente: Secretaría de Salud de Manizales, 2023. RIPS

Nota: Datos de 2023 con corte a agosto.

El Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena respondió lo siguiente sobre las atenciones en el distrito:

“Actualmente no [se] cuenta con esta información, dado que las IPS están obligadas por ley a enviar directamente esos datos a las EAPB para ser ingresados en el Sistema de Información General del Ministerio de Salud SISPRO; sin embargo, al realizar la búsqueda en este sistema, la información validada tiene un atraso de aproximadamente 2 años. [Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena, 2023, p. 6].”

Esta respuesta ignora la obligación de los departamentos de salud de adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación de un sistema integral de información en salud en su territorio, además de generar y reportar la

información que requiera el sistema de salud, tal como lo establece la Ley 715 de 2021 en su artículo 43. Al revisar la respuesta del Ministerio [2023], en Cartagena se registraron 1.059 atenciones entre el 2022 y mayo de 2023 [preliminares].

Aunque los datos son disímiles entre entidades territoriales, pues cubren periodos diferentes y aportan variables distintas, muestran que se están prestando servicios y, además, permiten llegar al menos a tres conclusiones: i) aunque no todas las interrupciones en el primer trimestre se realizan con medicamentos, el método farmacológico es el más utilizado en el país para interrumpir el embarazo dentro del sistema de salud; ii) la mayoría de interrupciones se producen dentro del plazo de las 24 semanas, en Bogotá y Barranquilla, ciudades que aportaron información sobre edad gestacional; sucede de esta manera en el 99% y el 90% de los casos, respectivamente; y iii) las atenciones se concentran en mujeres jóvenes de 20 a 30 años, como lo muestra la información de Bogotá, donde son el 61%, y Medellín, donde alcanzan el 57%.

Renglón aparte merecen las inconsistencias entre los datos reportados al Ministerio y los que custodian las autoridades sanitarias de departamentos, distritos y municipios.

La disparidad de la información dificulta realizar análisis más completos y justifican la enorme necesidad de reportes actualizados y confiables, de modo que se correspondan con la realidad de la atención y permitan entender mejor quiénes son las mujeres o personas con capacidad de gestar que abortan. Es de esperar que con la despenalización hasta la semana 24 sigan mejorando estos registros y que las autoridades sanitarias promuevan las optimizaciones esperadas, como viene sucediendo en Bogotá y en Santander, según se supo por diagnóstico de autoría de Pro-familia [comunicación personal, 2023].

1.1. Medidas en Pro de la implementación de la Sentencia C-055 de 2022

Entre las medidas en pro de la implementación de la Sentencia C-055 de 2022 se encontraron: pronunciamientos y actos de orden administrativo; asistencias técnicas y de fortalecimiento de competencias; nuevos servicios; acciones de promoción de la IVE como DSDR y la creación y sostenimiento de instancias técnicas de articulación.

a. *Actos administrativos consecuentes con la Sentencia C-055 de 2022*

La expedición de la Resolución 051 de 2023 es un paso fundamental para la efectiva implementación de la Sentencia C-055 de 2022 en el sector salud y para el desarrollo de una política pública sobre aborto por fuera del ámbito penal. Del mismo modo, es valiosa la comunicación emitida el 20 de febrero de 2023 por la Superintendencia Delegada para Prestadores de Servicios, en la que se reitera la Circular Externa 003 de 2013 con las instrucciones que sobre la IVE deben seguir los prestado-

res [Superintendencia Nacional de Salud, 2023]. Este comunicado hace un llamado al cumplimiento de la Sentencia C-055 para que se permita el acceso a partir de la manifestación de la voluntad de la niña, adolescente, mujer o persona gestante, o en las causales permitidas cuando se esté ante un embarazo de más de 24 semanas, y pide definir previamente los/as profesionales que realizarán los procedimientos, quienes deberán ser capacitados/as para evitar cualquier estigmatización.

La Fiscalía General de la Nación dio ejemplo al hacer lo correspondiente con la Directiva 009 de 2023, sobre investigación y judicialización del delito de aborto. Otras entidades del orden nacional deberán actualizar y ajustar sus lineamientos e instrucciones al régimen actualmente vigente. Este es el caso del ICBF [2023], que informó que su meta actual es actualizar el Lineamiento técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes con derechos amenazados y/o vulneradas víctimas de violencia sexual, el que data del 2017, para lo que debería tener en cuenta un abordaje integral a la IVE, no únicamente en casos de violencia sexual, asuntos críticos como el consentimiento en menores de edad y las sanciones al personal que intente constreñirlos.

En sintonía con la jurisprudencia y con los lineamientos de política pública, algunas autoridades de los niveles departamental, distrital y local han emitido actos administrativos propios que propugnan por la aplicación de estos en su circunscripción.

b. Asistencia técnica sobre la IVE como componente de los DSDR y parte de la atención de las VBG

Además de estos lineamientos y recomendaciones, la implementación de los estándares legales y el marco normativo encuentra en la asistencia técnica una importante herramienta de asesoría personalizada y descentralizada. Por sus funciones, el Ministerio de Salud lidera lo correspondiente frente a las asistencias técnicas sobre la Resolución 051 y la RIAMP en lo que refiere a aborto, las circulares 044 y 047, lo que es apreciado como un gran esfuerzo. No obstante, desde el nivel territorial se reclama un mayor acompañamiento [grupo focal 5, 18 de septiembre de 2023].

El nivel central del ICBF, también se ofrecen asistencias técnicas para el fortalecimiento

De esta manera, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá expidió la Circular 024 de 2023, con recomendaciones para garantizar el acceso seguro, oportuno y de calidad a la atención integral de la IVE, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos. En ella se exhorta a los prestadores de servicios de salud públicos y privados a hacer lo necesario para garantizar el acceso y eliminar todo tipo de barrera, con lo que se busca reducir los embarazos no deseados y eliminar los abortos inseguros. La Secretaría de Salud Pública de Cali emitió la Circular 4145.020.22.2.1020.007370 del 10 de septiembre de 2022, sobre la obligatoriedad del cumplimiento de la Sentencia C-055 de 2022, dirigida a los gerentes de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB y a los gerentes de las Empresas Sociales del Estado. En el caso del departamento de Santander, la Secretaría de Salud Departamental emitió la Circular 013 del 14 de febrero de 2023, en la que difunde las competencias y obligaciones de los actores del sector salud frente a la IVE.

de capacidades de autoridades administrativas y equipos interdisciplinarios de la sede nacional, las regionales y los centros zonales. Además, suscribió un acuerdo de entendimiento con el UNFPA para la formación en derechos sexuales y derechos reproductivos. A su vez, la Fiscalía realizó, en marzo del 2023, una formación sobre la IVE.

La Secretaría de Salud de Bogotá ofrece orientaciones técnicas y fortalecimiento de competencias a profesionales de las subredes, EAPB e IPS, y tiene un curso virtual dedicado a la RIAMP, de la que hace parte la IVE. Además de las asistencias técnicas, capacitaciones y entrenamiento

al personal de salud y social, la Secretaría de Salud de Medellín implementa acciones de información y sensibilización en farmacias y droguerías para la captación temprana de mujeres en edad fértil y orientación frente a su reproducción, incluida la IVE. En Manizales, la Secretaría de Salud formó al Comité de Salud Sexual y Reproductiva y a los agentes comunitarios del equipo de Atención Primaria en Salud, quienes a su vez asesoran y acompañan a las mujeres. Barranquilla realizó capaci-

taciones específicamente en esta materia en el 2023, del mismo modo Cali, además de entrenamientos para el primer nivel de atención; y Cartagena lo hizo como parte de la atención integral en salud a víctimas de violencia sexual. Algunas de estas acciones han contado con la participación de organizaciones de la sociedad civil, como La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, la Fundación Mujer y Futuro, y Jacarandas, así como de prestadores como Oriéntame y Profamilia.

c. Nuevos servicios de atención de la IVE

De la mano de lo anterior, varias personas entrevistadas y que participaron de los grupos focales hicieron menciones sobre nuevos prestadores de IVE tras el fallo, entendiendo por esto prestadores de servicios de salud que antes no brindaban esta atención aun teniendo en sus establecimientos las condiciones para ello. En su entrevista, Liliana Oliveros León, abogada del Grupo Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos del Ministerio de Salud y Protección Social, expresó que cada vez recibían más solicitudes de asesoría para estos fines [comunicación personal, 27 de octubre de 2023].

Para la Fundación Oriéntame, pionera en el país en la atención del aborto mediante telemedicina, esta modalidad de atención, que tuvo un gran impulso durante la pandemia del Covid-19, es una estrategia de ampliación del acceso, por permitir superar barreras asociadas al desplazamiento y la distancia, además de hacer posible que

la mujer reciba el acompañamiento en un lugar en el que se sienta segura y cómoda [Oriéntame, 2020].

Haciendo uso de las nuevas tecnologías, desde el 2021 Profamilia puso en marcha Mía, un servicio de aborto legal seguro hasta la semana 12 de gestación a través de telemedicina, de manera que este puede ser autogestionado en el espacio que determine la consultante [Profamilia, 2023b]. Mía también incluye el envío de un kit, atención 24/7 en caso de necesitarse, una cita de control posterior para verificar que el procedimiento fue adecuado y asesoría en anticoncepción u otro tema de salud sexual y reproductiva [Profamilia, 2023b]. Entre 2021 y octubre de 2023, la organización calcula que 15.000 personas recibieron asesoría, información y atención por este servicio, encontrándose el 34% en ciudades pequeñas e intermedias [Profamilia, 2023b].

d. Promoción de la IVE como componente de los DSDR y del derecho a la salud

Las Secretarías de Salud de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla y el Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena vienen desarrollando, en el primer año y medio de implementación de la Sentencia C-055, acciones de formación y difusión sobre el aborto legal con diferentes públicos ciudadanos. En Bogotá se hizo a través de radio, redes sociales, plataformas de la dependencia y otros canales digitales y en los entornos cuidadores comunitario, educativo y hogar, con el propósito de empoderar a las mujeres. En Medellín se realizaron espacios de socialización de la sentencia y se destacó la estrategia que al respecto tiene la Secretaría de las Mujeres. La Secretaría de Salud de Cali imple-

mentó un formato llamado Hablemos de Sexualidad Comunal, que fue orientado a la promoción de estos derechos y a la divulgación del derecho fundamental a la IVE, lo que también se hizo como parte del desarrollo del plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. En Barranquilla la difusión de los estándares constitucionales sobre la IVE estuvo en el plan de medios de comunicación de la entidad y se hizo un trabajo con jóvenes y adolescentes a través de los servicios amigables y en los colegios. En Cartagena resaltan las acciones de educación en salud desplegadas en instituciones educativas para la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

e. Instancias técnicas de articulación

En lugares como Bogotá, Medellín, Valle del Cauca, Santander, Norte de Santander y Putumayo se han instalado mesas técnicas intersectoriales dedicadas a la IVE. Estas instancias permiten un seguimiento estrecho, fortalecimiento de las capacidades institucionales y mayor articulación entre la institucionalidad y la sociedad civil que trabaja en torno a los derechos sexuales y derechos reproductivos. La Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género participa en varios de estos espacios y ha impulsado la conformación de estas mesas en algunos departamentos.

En Bogotá la instancia se denomina *Mesa intersectorial para la garantía de la interrupción voluntaria del embarazo en el marco de los derechos sexuales y reproductivos*, cuyo propósito es aunar esfuerzos entre los diferentes actores para garantizar una atención integral, segura, humanizada y

oportuna. Allí se construyó un plan intersectorial con cuatro aspectos generales: ampliación de la red integrada de servicios [implementación de tratamiento farmacológico, métodos anticonceptivos modernos, acompañamiento e inspección técnica], espacios de fortalecimiento de competencias al talento humano en salud [inclusión en el currículo], desarrollo de estrategias de información y comunicación, y articulación sectorial e intersectorial.

En Medellín, desde la Mesa técnica distrital por el derecho a la IVE se busca hacer seguimiento al diseño, implementación y evaluación de los servicios, para mejorar la capacidad de respuesta institucional y apoyar la capacidad instalada. En el Valle del Cauca la instancia existe desde el 2010 con el liderazgo de la Secretaría Departamental de Salud; su trabajo se enfoca en la gestión, superación de las barreras,

análisis de los casos y evaluación de la ruta de atención. La mesa ha sufrido cambios como el ingreso de nuevos actores —como sucedió en el 2016 con la Defensoría del Pueblo y Profamilia—, el retiro de otros —como la Veeduría Ciudadana, que

ha sido un ejercicio muy poderoso en el departamento— y la transformación de Cali en distrito, con lo cual cambiaron las funciones del antes municipio [Marta Cecilia Castaño Parra, comunicación personal, 17 de octubre de 2023].

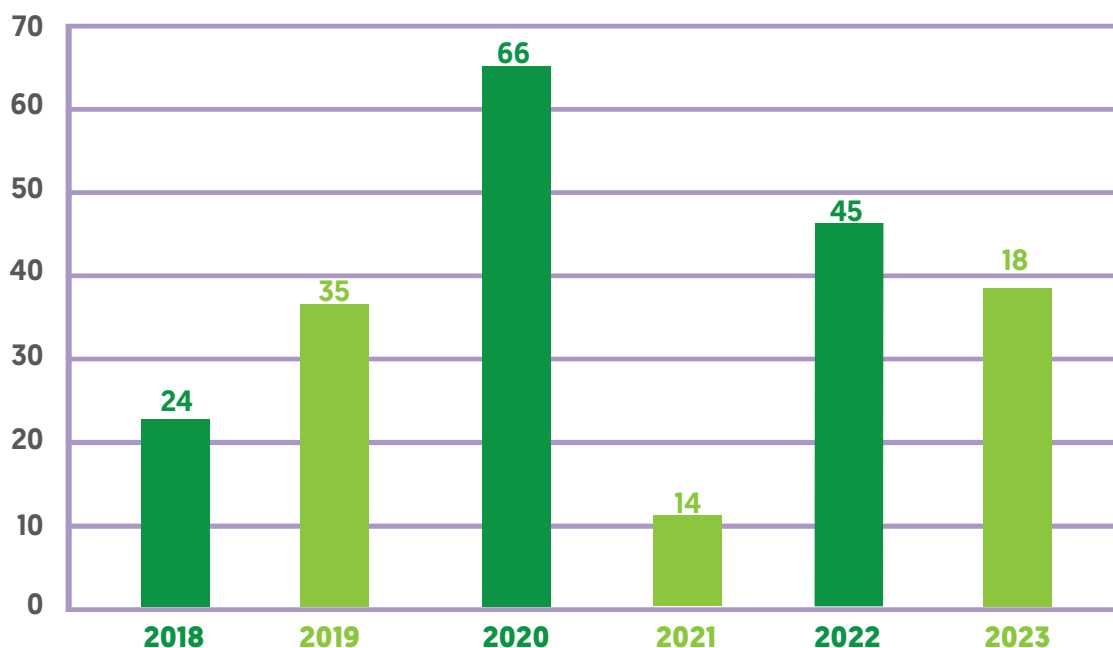
2. Los casos acompañados por la Delegada para los Derechos de las Mujeres y los Asuntos de Género

Las Duplas de Género de la Delegada para los Derechos de las Mujeres y los Asuntos de Género de la Defensoría del Pueblo resumieron sus funciones en materia de IVE de la siguiente manera en los grupos focales realizados para este informe: promoción y divulgación de los derechos sexuales y reproductivos para que las entidades cumplan con sus obligaciones y las personas puedan hacer exigibilidad de sus derechos; orientación y acompañamiento de casos desde las perspectivas psico-social y legal, lo que requiere responder a las necesidades particulares de las mujeres y generar redes estratégicas para que los casos les sean remitidos; activación de las rutas de atención e incidencia y gestión ante diversas instituciones públicas y privadas para la superación de barreras, y el respectivo seguimiento. Para estos efectos, en el 2022 se construyó una guía de atención a la luz de la Sentencia C-055 de 2022, con el fin de estandarizar el paso a paso y dar herramientas a todas las profesionales.

Entre el 2018, año a partir del cual se lleva registro de manera sistemática, y el 31 de agosto 2023, las Duplas de Género conocieron 222 casos relacionados con la IVE.

Desde el 2018 y hasta el 2020 se observa una tendencia al alza, siendo este último el año en que se presentaron más casos, con un total de 66, equivalentes al 30% del total. El aumento puede atribuirse al ejercicio proactivo de la Delegada por conocer más casos, a la mayor difusión y conocimiento del marco legal vigente y a los efectos de la pandemia de la Covid-19 en la atención de este servicio esencial, ya que se redujo su oferta por la concentración del sistema de salud en lo relacionado con el virus y por las restricciones a la movilidad, lo que requirió la participación de instituciones con capacidad de incidencia como la Defensoría.

En el 2021 se produjo una importante disminución, que hizo que este último año solo representara un 6% del total de los casos, que se explica por cambios en los procedimientos administrativos que se reflejaron en la contratación de los equipos. En el 2022 se da un repunte con 45 casos (20% del total). Con la información disponible al 31 de agosto del 2023, que muestra que han sido acompañados 38 casos, es posible prever que se producirá un incremento respecto al 2022.

Gráfico 8. Casos de IVE acompañados por las duplas de género entre 2018 y 2023*

Fuente: Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género.

Nota: Datos de 2023 con corte a 31 de agosto.

Con el fin de analizar la implementación de la Sentencia C-055 de 2022 a partir de la base de datos, se propuso hacer énfasis en dos periodos de tiempo: un primer periodo, del 22 de agosto de 2020 al 21 de febrero de 2022, en el que se encontraba vigente el modelo de las tres causales; y un segundo periodo, entre el 22 de febrero de 2022 y el 21 de agosto de 2023³, que corresponde al primer año y medio de implementación del modelo mixto (plazo de 24 semanas + causales).

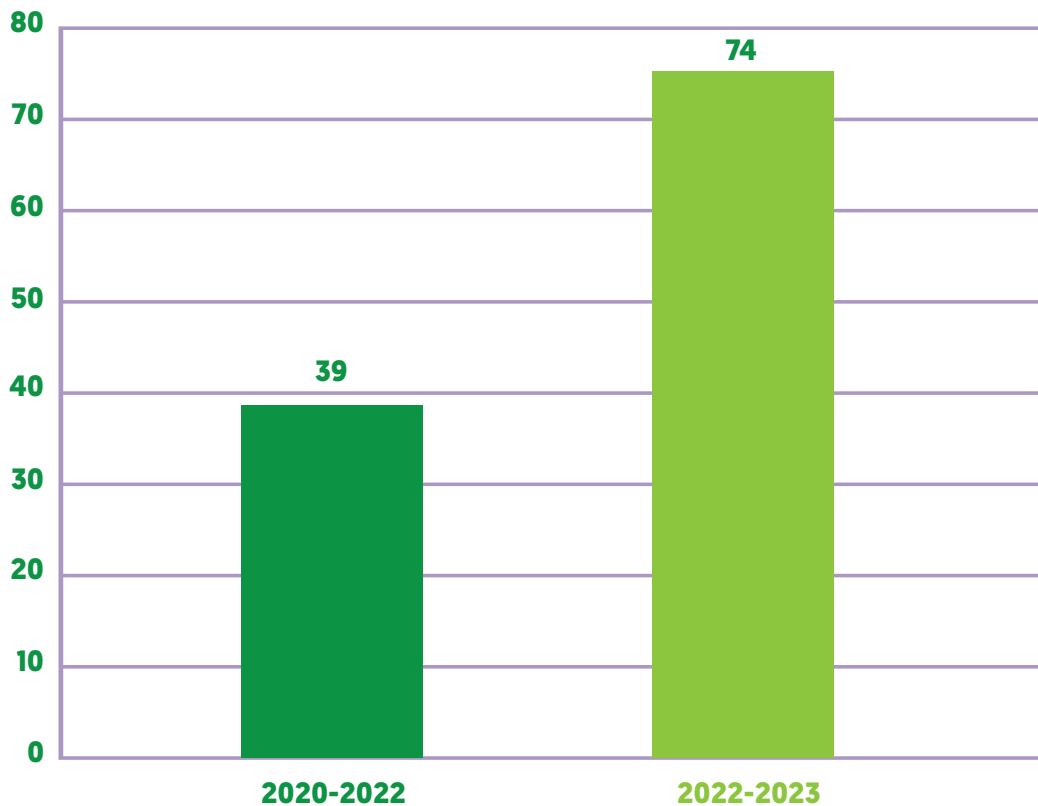
Estas delimitaciones temporales buscan que las comparaciones se realicen entre periodos iguales de un año y medio antes y después de la

despenalización del aborto hasta la semana 24 de gestación, para así analizar los cambios producto de la nueva normatividad.

En el primer periodo fueron acompañadas 39 mujeres y en el segundo periodo, 74 mujeres. Este aumento de casi un 90% pudo deberse —como se verá— a una combinación entre un mayor acercamiento de las ciudadanas de manera independiente y sin mediaciones a los servicios que ofrece la Defensoría a través de la atención al público —un canal amplio—, y a una consulta especializada en materia de derechos de las mujeres mediante el contacto directo con la Delegada en unas zonas puntuales del país.

³ Para facilitar la lectura los periodos, serán referenciados como el primer año y medio antes de la Sentencia C-055 de 2022 y el primer año y medio después; o periodo 2020-2022 y 2022-2023, respectivamente.

Gráfico 9. Acompañamiento de las duplas de género de casos IVE por períodos.

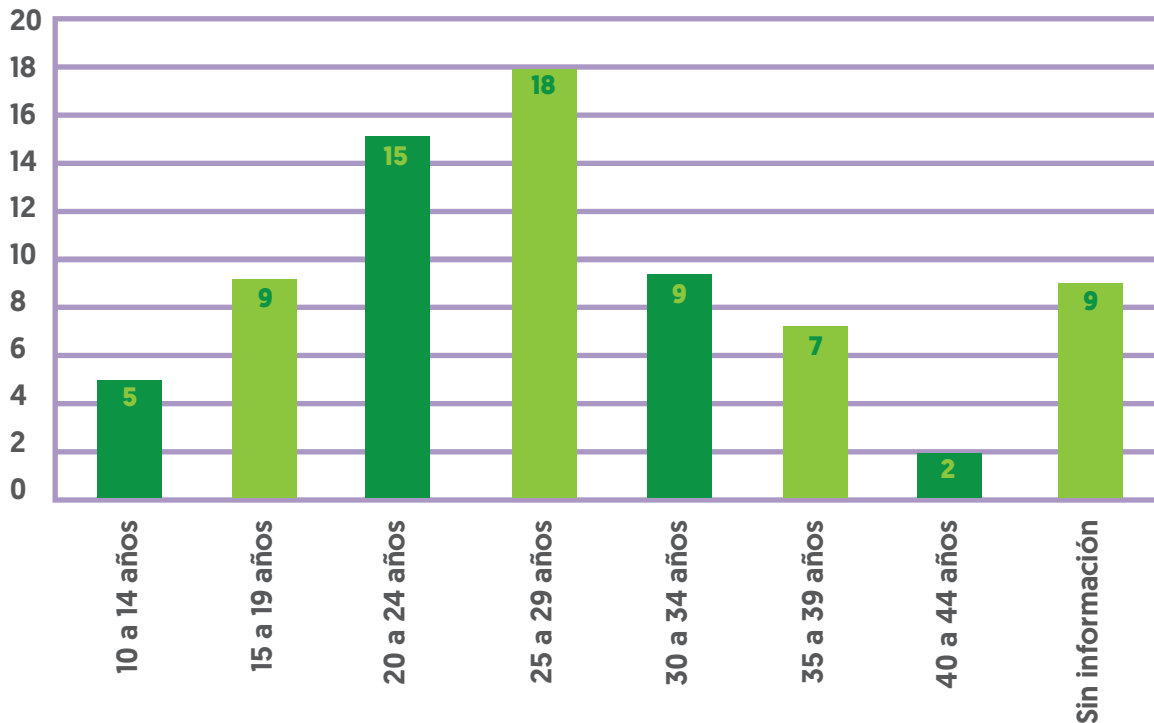


Fuente: Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género.

Nota: Datos de 2023 con corte al 31 de agosto.

El año y medio antes de la Sentencia C-055 de 2022, la principal fuente de recepción de los casos fue externa, a través de remisiones de otras entidades [41%] y organizaciones sociales [23%]; y la atención al público representó el 31%. Durante este tiempo no se dieron remisiones por parte de la misma Delegada. En el año y medio después del fallo, la principal fuente pasó a ser la atención al público [39%], que respecto al período anterior aumentó un 8% [del 31 al 39%], seguida de la remisión externa de otras entidades [25%] y organizaciones de la sociedad civil [11%], que compartió el tercer lugar como fuente con la Delegada [11%].

Al revisar las características sociodemográficas de las mujeres acompañadas por las Duplas de Género durante el primer año y medio de implementación de la Sentencia C-055 de 2022, se encuentra que la mayor parte de los casos fueron de mujeres jóvenes entre los 25 y los 29 años [24.3%] y entre los 20 y 24 años [20%], seguidas de las que estaban entre los 15 y los 19 años, y los 30 y los 34 años [12% cada quinquenio de edad], además de las de 35 a 39 años [9.5%], las niñas entre los 10 y los 14 años [7%], casos en los que se presume violencia sexual, y por último, las de 40 a 44 años [3%]. De un 12.2% no se tuvo información sobre su edad.

Gráfico 10. Grupos de edad de las mujeres acompañadas, 2022-2023*

Fuente: Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género

Nota: Datos de 2023 con corte a 31 de agosto.

En el periodo anterior a la Sentencia C-055, las edades fueron las siguientes: el 23% tenía entre 20 y 24 años, el 20% entre 10 y 14 años, el 18% entre 25 y 29 años, el 13% entre 30 y 34 años, el 8% entre 15 y 19 años, el 5% de 40 a 44 años, y los grupos entre 35 y 39 años y entre 45 y 49 años tenían 2.5% cada uno. No se tuvo información de la edad del 8% de las mujeres. Al comparar la variable edad en ambos periodos, se evidencia una disminución de los casos de violencia sexual de menores de 10 años [del 20% al 7%] y que en promedio el 52% de las acompañadas estaban entre los 15 y los 29 años, es decir, eran mujeres adolescentes y jóvenes.

En el período 2022-2023 todas las personas acompañadas se identificaron como mujeres heterosexuales, solamente una pertenecía a la población OSIGD, reco-

nociéndose como bisexual. En el período anterior ninguna mujer se identificó como parte de esta población. En cuanto a la pertenencia étnica del primer año y medio de implementación, un 9.5% de las mujeres acompañadas se identificaron como afrodescendientes y un 4% como indígenas. En el periodo anterior, un 10% dijeron ser afrodescendientes, un 2.5% indígenas y un 15% indicó otra pertenencia étnica no especificada. El 72% en el primero periodo y el 86.5% en el segundo no se identificaron en alguna etnia.

Las mujeres con discapacidad entre el primer y el segundo período pasaron de ser el 2.5% al 9%, un aumento de 6.5 puntos porcentuales. A propósito de la nacionalidad de las mujeres acompañadas, estas eran en su mayoría colombianas [85%] y un 11% venezolanas, datos similares a los

del período anterior, donde las colombianas fueron el 82% y las venezolanas el 18%.

En el período 2022-2023, el 88% de las mujeres acompañadas estaban afiliadas al sistema de salud, el 11% no lo estaba, y no se tenía este dato para el 1%. En el periodo anterior, el porcentaje de afiliadas era menor (74%) y el de no afiliadas mayor (23%), lo que hace pensar que las modificaciones pueden deberse a la entrada en vigencia del Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos adoptado en el 2021, propuesto para regularizar a la población venezolana en el país y, de esta manera, facilitar su acceso a servicios sociales como la afiliación al sistema de salud. No obstante, no se cuenta con datos que permitan analizar si las solicitudes y el acceso a la IVE, cuando se dio, sucedió a través de las entidades promotoras de salud a las que se encontraban afiliadas.

Las mujeres acompañadas en el periodo que comprende el modelo mixto residían principalmente en zona urbana (82%), tal como se evidenció en el período anterior. Las mujeres rurales pasaron de ser el 18% en el primer periodo a representar el 16% durante el segundo período de implementación de la sentencia. De un 2% no se tuvo esta información. Al revisar los lugares de atención de los casos, se aprecia una predominancia de Valle del Cauca (36.5%), seguido con distancia por Norte de Santander (11%) y Caquetá y Antioquia (cada uno con un 7% de los casos), lo que se explica por las características mismas de los territorios, entre ellas situaciones de alteración del orden público y los altos flujos migratorios mixtos, y la experticia de las profesionales que prestan atención en estos lugares. Particularmente en Valle del Cauca se reciben casos de zonas rurales dispersas del Pacífico donde no se cuenta con garantías para un acceso efectivo.

Tabla 1. Lugar de acompañamiento de los casos, 2022-2023*

DEPARTAMENTO	NÚMERO DE CASOS
Amazonas	1
Antioquia	5
Bogotá	1
Boyacá	1
Caldas	4
Caquetá	5
Chocó	3
Guaviare	1
La Guajira	1
Magdalena	1
Meta	2
Nariño	5
Norte de Santander	8
Putumayo	3
Risaralda	3
Tolima	1
Valle del Cauca	27
Vichada	2
TOTAL	74

Fuente: Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género.

Nota: Datos de 2023 con corte a 31 de agosto.

Aun cuando la Regional Bogotá recibe el mayor volumen de casos a nivel país de toda la Delegada —eso es, de todo el universo de aspectos relacionados con derechos de las mujeres—, el bajo número de solicitudes relacionadas con la IVE en la capital del país podría deberse, como se mencionó en uno de los grupos focales, al mayor posicionamiento de organizaciones sociales que brindan acompañamiento y de IPS que prestan la atención en salud. En el año y medio anterior a la Sentencia C-055 de 2022, Valle del Cauca [41%], Norte de Santander [10%] y Putumayo [8%] fueron las regionales desde donde se acompañaron más casos.

En cuanto a la educación de las mujeres acompañadas durante el primer año y medio de implementación de la Sentencia C-055 de 2023, el 32% contaban con bachillerato, el 13.5% con primaria y el 6.7% con ningún grado. Del 36.5% de las mujeres no se tuvo esta información. En el periodo anterior bajo el modelo de causales, las que tenían bachillerato eran el 41%, en segundo lugar se encontraban las que habían realizado primaria [15%], y un 10% tenía pregrado, nivel escolar en el que se produjo una disminución al 4% en el segundo periodo. No se tuvo información en el 36% de los casos.

Las ocupaciones de las mujeres acompañadas durante el primer año y medio de implementación de la Sentencia C-055 de 2022 fueron actividades remuneradas [19%], estudiante [15%], desempleada [11%], actividades de cuidado no remuneradas [7%], actividades sexuales pagadas [3%] y una mujer se encontraba en una Casa Refugio [1%]. Del 44% no se tuvo información. Respecto al periodo anterior, las variaciones se produjeron en la disminución de mujeres dedicadas a actividades remune-

radas [del 26% al 19%] y de cuidado no remuneradas [del 18% al 7%], al tiempo que aumentó la falta de información sobre esta variable.

Durante el primer año y medio del modelo mixto, las mujeres acompañadas eran mayoritariamente solteras [61%], seguidas de las que estaban en algún tipo de unión [11%] y, por último, de las separadas el 4%. Del 24% no se tuvo esta información. Datos similares tuvo la variable estado civil en el año y medio anterior a la despenalización hasta la semana 24.

Al menos un 7% de las mujeres acompañadas en el primer año y medio de la implementación eran víctimas del conflicto armado; de estas, un 20% fue víctima de algún delito contra la integridad sexual en este contexto. Antes, en el año y medio previo a la despenalización hasta la semana 24, las víctimas del conflicto representaban el 20% de las mujeres acompañadas, y dentro de este grupo la mitad había sido vulnerada en su integridad sexual.

Ahora bien, al margen del conflicto armado, en el periodo 2022-2023 al menos un 54% de las acompañadas afirmaron haber sido víctimas de violencia psicológica, un 34% de violencia sexual, un 15% de violencia física, un 7% de violencia económica y un 5% de violencia patrimonial; todas ellas, violencias reconocidas en la Ley 1257 de 2008.

En el periodo 2020-2022, las mujeres que expresaron haber sufrido violencia sexual fue el 58%, lo que se reflejaba en las causales de acceso a la IVE: la causal violencia sexual representaba el 56.5%, seguida de la causal riesgo para la salud o la vida [38.5%] y malformación fetal [2.5%]. No se tenía información del 2.5% de los casos.

Aquí es conveniente señalar que estos datos indican que, a diferencia de la preeminencia de la causal salud en los datos nacionales de acceso a la IVE ⁴ [por encima del 90%], el acompañamiento de la Defensoría se concentró, durante el año y medio antes de la eliminación del delito de aborto hasta la semana 24, en la causal violencia sexual (más del 50% de los casos), lo que se explica por la misionalidad misma de la Delegada para Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género respecto a las violencias basadas en género y su presencia en sitios con altas vulneraciones a los derechos humanos y a los derechos de las mujeres, como zonas con presencia de actores armados, ausencia estatal y precariedades socioeconómicas.

Esta relación estrecha entre violencias basadas en género e IVE en la atención de las Duplas de Género se expresa también en el hecho de que en algunas zonas del país la articulación institucional para la gestión de los casos de IVE se ha construido alrededor de las instancias dedicadas a la prevención y atención de las violencias contra las mujeres, como afloró en algunos grupos focales. A nivel nacional también ha funcionado así. Sonia Serna, profesional de la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, explicó cómo el estudio de casos complejos sobre IVE se daba en el Mecanismo articulador para el abordaje integral de las violencias por razones de sexo y género, de las mujeres, niños, niñas y adolescentes [comunicación personal, 18 de octubre de 2023]. El espacio natural debería ser la Comisión Intersectorial de Promoción de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, la que hasta

el momento no tiene la IVE entre sus ejes, como señaló en su entrevista Liliana Oliveros León del Ministerio de Salud [comunicación personal, 27 de octubre de 2023], y los espacios departamentales, distritales y locales creados para la IVE, como se mencionó en el segmento sobre medidas en favor de la implementación de la Sentencia C-055 de 2022.

En cuanto al periodo 2022-2023, la base de datos presenta información insuficiente sobre la edad gestacional, la causal de acceso en los casos correspondientes a edades gestacionales mayores a la semana 24 y el resultado efectivo de la atención (si la mujer accedió, desistió, se perdió contacto, entre otras), por lo que no se aborda en este análisis. Tras identificar estos vacíos, la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género tomó las mejoras correspondientes.

En resumen, durante el primer año y medio de implementación de la Sentencia C-055 de 2022 las mujeres acompañadas por las Duplas de Género fueron principalmente jóvenes entre los 20 y los 29 años de edad [44.3%], en su mayoría solteras [61%], residentes de zonas urbanas [82%], afiliadas al sistema de salud [88%], de nacionalidad colombiana [85%] y víctimas de algún tipo de violencia basada en género, primordialmente violencia psicológica. Entre todas las acompañadas, el 7% fueron niñas entre los 10 y los 14 años, presumiendo que sus embarazos fueron producto de violencia sexual. Además, un 11% de las acompañadas eran mujeres de origen venezolano, un 9.5% afrocolombianas y un 9% tenía una discapacidad.

⁴ Las cifras de Fundación Oriéntame y Profamilia muestran que, tras la adecuación de la atención bajo el modelo de causales, la principal causal de acceso a la IVE era la causal salud, representando más del 98% de los casos [González Vélez, 2020]. Un estudio con información de mujeres atendidas por IVE en el 2019 en dos IPS de Medellín, una privada y otra pública, identificó que en un 94% de los casos el acceso se produjo por la causal salud [Cárdenas Arias et al., 2022]. Las cifras del acompañamiento legal que realiza La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres también mostraban, a partir del 2008 y hasta el 2017, una prelación de solicitudes por la causal salud, que era del 88.6% [González Vélez y Castro González, 2017].

3. Vulneraciones a la IVE como componente de los derechos sexuales y derechos reproductivos

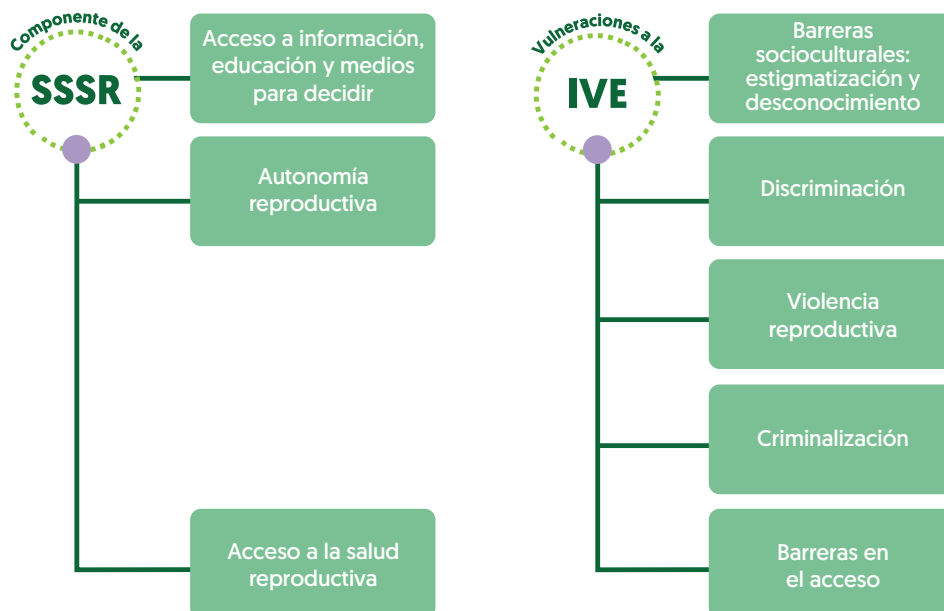
Como lo ha señalado el Comité de DESC en la antes citada Observación General N.º 22 (2016), son numerosos los obstáculos en materia de salud sexual y reproductiva, de manera que el pleno disfrute de estos derechos sigue siendo lejano para muchas personas, especialmente para mujeres, jóvenes, adolescentes y niñas en todo el mundo.

De conformidad con lo planteado en el marco normativo y conceptual sobre las dimensiones que a juicio de la Corte Constitucional comprenden los derechos sexuales y derechos reproductivos (sobre la libertad y su faceta prestacional), y la definición del Comité DESC sobre el contenido de la salud sexual y reproductiva, a saber: autonomía, acceso a servicios y a información y educación, en este Informe

Defensorial se propone una clasificación de las vulneraciones a la IVE en cinco categorías⁵, para lo que se tuvo en cuenta la información que arrojaron los casos acompañados por las Duplas de Género, los grupos focales, las entrevistas semiestructuradas, las respuestas a las peticiones realizadas a instituciones públicas y las fuentes secundarias. A propósito de estas últimas, y a pesar de que en el primer año y medio de implementación del modelo mixto de acceso al aborto se han registrado cambios positivos, como se vio en la primera sección de este capítulo, existen continuidades en las dificultades y desafíos presentes durante el modelo de causales, por lo que aquí se retoman y aplican análisis, diagnósticos e informes de barreras de acceso elaborados durante esos años.

⁵ Esta clasificación surgió tras varias lecturas, en especial, la literatura sobre barreras de acceso a la IVE [González Vélez y Castro González, 2017; Brack et al., 2017; Parra Rodríguez, 2021; Médicos sin Fronteras, s.f.], la cual ha sido considerada incluso por la Corte Constitucional en sus análisis; de hecho, la persistencia de las mismas en contra del derecho a la salud y los derechos reproductivos, aun bajo el régimen de causales, fue evaluada para decidir despenalizar el aborto hasta la semana 24. Entre esta literatura sobresalen los estudios elaborados por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, entre los cuales hay al menos seis realizados con organizaciones regionales de Tolima [Delgado, 2017; Pérez Hernández y Cardoso Marín, 2023], Boyacá [Guevara Zotaquir y Benítez Cuchigay, 2022], Neiva [Álvarez Hurtado et al., 2021], Quindío [Chingaté, 2022] y Pereira [Maturana Maturana, 2023], uno contextual en tiempos de Covid-19 [La Mesa et al., 2021], y dos sobre la situación de las mujeres migrantes venezolanas [Triviño et al., 2019; Martínez Londoño, 2022]. En su primer informe sobre barreras, La Mesa propuso, a partir de la casuística de su asesoría legal, la siguiente clasificación: desconocimiento del marco normativo, interpretación restrictiva del marco legal y fallas en la prestación del servicio de salud, cada una con ramificaciones en subcategorías. Este Informe Defensorial dialoga con esa clasificación y propone algunas variaciones a partir de las fuentes a las que se tuvo acceso. Además de optar por la denominación amplia de vulnerabilidades a la IVE, en la presente propuesta se adopta la definición de violencia reproductiva, se destacan discriminaciones por motivos de pertenencia étnica, nacionalidad, edad, entre otros, que afectan la autonomía reproductiva de manera más gravosa para algunos grupos de mujeres, hombres trans y personas no binarias, y se hace explícita la criminalización como una vulneración, al tiempo que se les da mayor estatus a las barreras socioculturales. También fueron importantes las conversaciones con las abogadas María de los Ángeles Ríos Zuluaga, de la Red Nacional de Mujeres; Sara Méndez, de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, y María Cecilia Ibáñez, de Women's Link Worldwide, particularmente sobre violencia reproductiva. La recomendación de Ibáñez del documento La violencia reproductiva: bases para su comprensión autónoma en la justicia transicional colombiana [Alianza Cinco Claves, 2023] permitió organizar las ideas que sobre este asunto se presentan aquí. A las tres, gracias por su tiempo, preguntas y apreciaciones.

Esquema 2. Propuesta de categorías de vulneraciones a la IVE según los componentes de la salud sexual y reproductiva.



Fuente: elaboración propia.

La violencia reproductiva, la discriminación y la criminalización son vulneraciones a la autonomía reproductiva, entendida como la autodeterminación e independencia sobre las decisiones que hacen parte de este campo, como si se quiere tener o no hijos/hijas. Las barreras de acceso truncan o dilatan el acceso a la salud reproductiva, en especial a la atención de la IVE, y las barreras socioculturales apuntan a todo el contexto de patrones culturales y religiosos, estigma y desconocimiento de derechos que afectan e impiden el acceso a información, educación y medios para decidir, los que son requisitos para la toma informada de decisiones.

Se opta por calificar este grupo de situaciones como vulneraciones para explicitar y dar mayor énfasis a la trasgresión de derechos humanos que representan, toda vez que impiden el pleno ejercicio de la IVE (antes, durante o después) o de algún

derecho relacionado con esta, como el derecho a la salud o incluso el trabajo. Con esta denominación se resaltan también las consecuencias: daños, lesiones o perjuicios que se generan en las personas que se ven directamente afectadas, así como en familiares y personas cercanas, afectadas de manera indirecta.

Este grupo de vulneraciones se explican en la discriminación y violencia basada en género como parte de un orden social de género que descrea de la capacidad moral de las mujeres y de su autonomía reproductiva.

Estas vulneraciones, por acción o por omisión, suponen incumplimientos en las obligaciones de respetar, proteger y cumplir a cargo del Estado y en algunos casos de agentes privados —legales como los prestadores de servicios de salud e ilegales como grupos armados de este

tipo— respecto del derecho a la salud sexual y reproductiva, y deberían conducir a la restitución de los derechos vulnerados y a la imposición de sanciones. Debe destacarse como parte de estas el deber del Estado de eliminar la discriminación contra personas y grupos por cualquier razón o motivo, y garantizar su dignidad e igualdad frente al derecho a la salud sexual y reproductiva, y de eliminar las condiciones, actitudes y estereotipos que perpetúan la desigualdad y discriminación, en especial por razones de sexo y género, es decir, que no se menoscabe su autonomía y puedan acceder a información, bienes y servicios en materia de salud sexual y reproductiva sin obstáculos.

Como se muestra a continuación, al describir y analizar las cinco categorías, las vulneraciones a la IVE se entretajan y construyen mutuamente, no se dan de manera aislada y es posible que se presenten en

simultáneo, algo ya dicho sobre las barreras [González Vélez y Castro González, 2017; Brack et al., 2017]; y se observan en distintos momentos del proceso: la toma de la decisión, la búsqueda de información y servicios, la atención y el post-aborto. Asimismo, tienen efectos en las mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias que buscan interrumpir el embarazo, entre ellos, dilaciones y retrasos, desistimiento, estrés, culpa, enfrentar dilemas éticos y morales, aislamiento, vivir de manera solitaria el procedimiento, al tiempo que pueden poner en riesgo su salud y su vida, al presionarlas a practicarse abortos inseguros, siendo las más perjudicadas las personas con mayores vulnerabilidades y que afrontan discriminaciones cruzadas. De ahí que se concluya que estas vulneraciones son ante todo una obstrucción de derechos en distintos niveles que cuestiona su estatuto de ciudadanía.

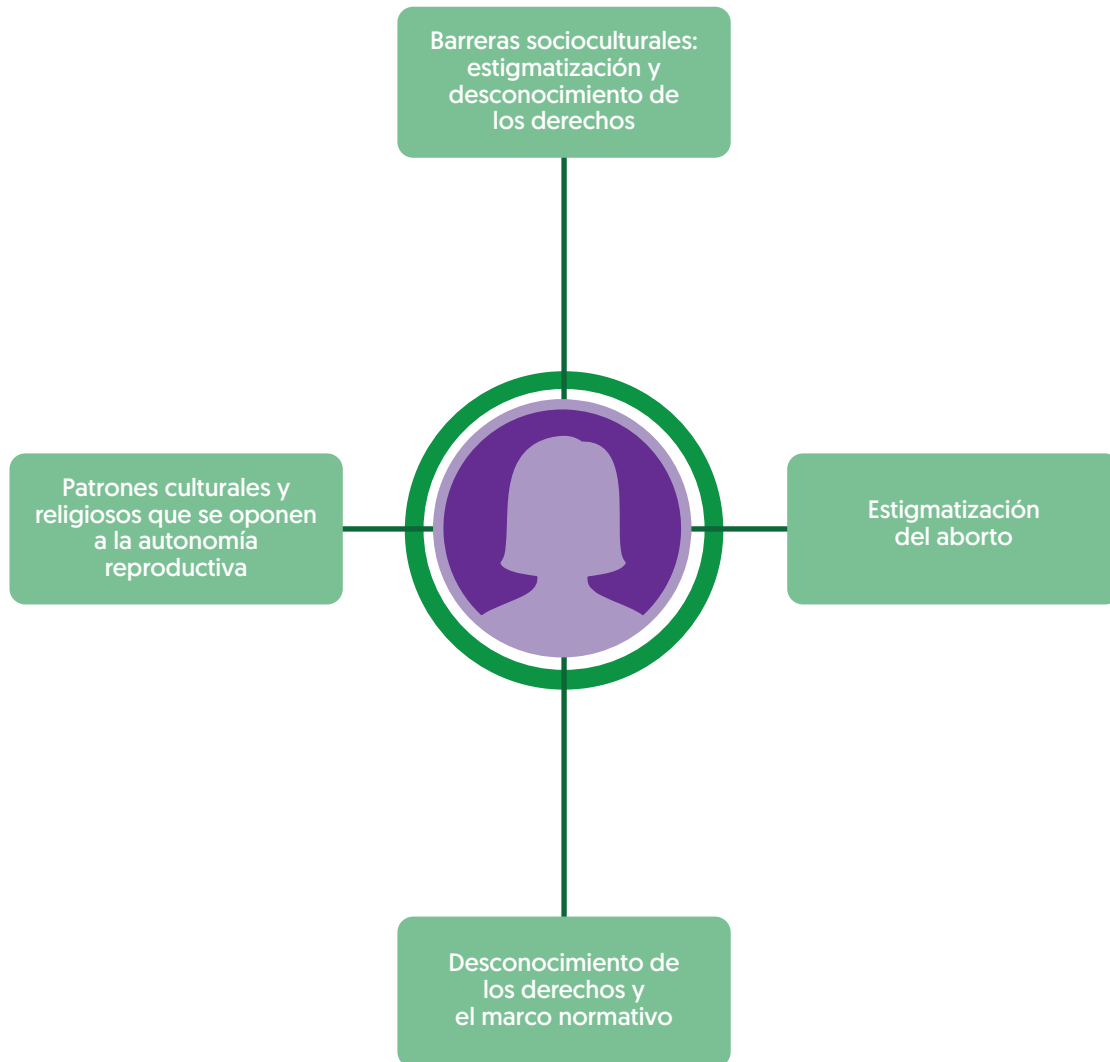
3.1. Barreras socioculturales: estigmatización y desconocimiento de los derechos

Las categorías de vulneraciones a la IVE que se proponen en este **Informe Defensorial** se dan en un clima extendido de tabúes y estigma sobre el aborto, y de valores culturales y religiosos que socavan la capacidad de las mujeres de decidir sobre su cuerpo, sexualidad, reproducción y proyecto de vida, constituyéndose así en barreras de acceso.

Esta categoría de **barreras socioculturales: estigmatización y desconocimiento de los derechos** busca sintetizar los impedimentos al aborto que se imponen desde

los procesos socioculturales y la construcción relacional con la estigmatización y el desconocimiento de los derechos y del marco normativo sobre la IVE. De esta manera, aborda tanto lo que experimentan las mujeres que buscan interrumpir un embarazo como quienes participan de alguna de las etapas de la prestación de la atención, sea en el sector público o privado. En esta categoría se pretende recoger la trama sociocultural que ha configurado el aborto como un asunto reprochable y gravoso, lo que implica simultaneidad y conjunción de estas subcategorías.

Esquema 3. Categoría: barreras socioculturales: estigmatización y desconocimiento de los derechos.



Fuente: elaboración propia.

Según el propio Ministerio de Salud, las barreras para la atención en salud “están asociadas principalmente con la existencia de mitos, prejuicios o creencias equivocadas sobre el aborto, así como con estereotipos de género relacionados con el rol de la mujer frente a la maternidad” y otras se deben “a la falta de conocimiento de los estándares jurídicos” [2023, p. 4].

Según el propio Ministerio de Salud, las barreras para la atención en salud “están asociadas principalmente con la existencia de mitos, prejuicios o creencias equivocadas sobre el aborto, así como con estereotipos de género relacionados con el rol de la mujer frente a la maternidad” y otras se deben “a la falta de conocimiento de los estándares jurídicos” [2023, p. 4].

a. Patrones culturales y religiosos que se oponen a la autonomía reproductiva

Existen patrones culturales y religiosos que influyen negativamente en las ideas y representaciones sobre la autonomía reproductiva de las mujeres y el aborto. La influencia predominante de la religión y moral católica-cristiana en Colombia ha configurado el cuerpo de las mujeres como objeto de control con un discurso de culpabilización, así como otras religiones que median en la construcción de estereotipos sobre el aborto y en su estigmatización. Mujeres que abortan son frecuentemente despreciadas y juzgadas como pecadoras, asesinas, irresponsables y culpables de romper con los designios divinos y el orden natural [Laza-Vásquez y Castiblanco-Montañez, 2017].

La literatura indica que la educación y la asistencia a actividades religiosas son los factores contextuales que influyen con más fuerza en las actitudes de rechazo frente al aborto consentido [Singh y Leahy, 1978], así como una moral fundamentada en valores tradicionales [Zucker, 1999]. Durante la despenalización por causales en el país, algunos estudios demostraron que el desconocimiento de la normatividad, los valores religiosos y la estigmatización afectaban el deseo de prestar servicios de IVE, así como la calidad de estos [Tamaño Muñoz et al., 2015; Laza-Vásquez y Castiblanco-Montañez, 2017; Troche-Gutiérrez, Cerquera-Bonilla, 2021]:

“El desconocimiento de los profesionales de la salud sobre la legislación vigente en torno al aborto legal y la dificultad de desarraigo de lo moral y religioso en la práctica profesional son los principales obstáculos para la identificación de profesionales de la salud dispuestos a laborar en servicios de aborto legal”. [Troche-Gutiérrez y Cerquera-Bonilla, 2021, p. 15]

Estas barreras socioculturales tienen consecuencias de distinto tipo. Para la Fundación Unimédicos, “causan daño moral y psicológico a las mujeres que toman esta decisión; el estigma y el señalamiento son perjudiciales para la salud mental de las mujeres” [Luz María Aljuri, comunicación personal, 27 de octubre de 2023].

También pueden conducir a represalias. Mujeres indígenas, convocadas a un diálogo sobre IVE por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el 17 de agosto de 2023 en Bogotá, manifestaron la existencia de castigos como el destierro y la expulsión espiritual de sus comunidades.

b. Desconocimiento de los derechos y del marco normativo

El desconocimiento de los derechos y del marco normativo se da en las mujeres, hombres trans y personas no binarias que requieren servicios, así como en los prestadores, el personal de distintos sectores que cumple obligaciones en materia de salud sexual y reproductiva, y también en los medios de comunicación que difunden información en muchas ocasiones poco clara, distante de la verdad y violatoria de los derechos de las mujeres, contribuyendo así al estigma.

“La primera barrera que nosotros sabemos que existe no solamente en Bogotá, sino en toda Colombia, es que las mujeres no conocen claramente el derecho a interrumpir el embarazo, el derecho al aborto legal, y ese, sabemos, es la primera, no barrera, sino violación del derecho” [Jorge Caro, comunicación personal, 17 de octubre de 2023]. A esto agrega que el mismo personal de salud desconoce las rutas de atención. Con esto también coincide el ginecólogo Óscar Marroquín, quien desde la Fundación Oriéntame se ha dedicado a capacitar hospitales públicos de primer nivel: “El desconocimiento es muy grande cuando tú vas a un territorio: las personas que prestan la atención y los servicios de salud están totalmente ignorantes frente a la información, no les llega la información” [comunicación personal, 17 de octubre de 2023]. Así lo vivió en Arauca, donde incluso los médicos que practicaban IVE no conocían la Resolución 051 de 2023, que para el momento de la visita cumplía ya ocho meses de expedida. En ocasiones, este desconocimiento habla también de una especie de desidia por aprehender sobre los derechos reproductivos y, en particular, sobre la IVE.

Desde las instituciones públicas también se acusa este desconocimiento entre las personas responsables del cumplimiento de la norma. El ICBF [2023] identifica la siguiente barrera para el acceso de menores de edad: “Desconocimiento por parte de algunas(os) profesionales del sector salud de los requisitos para adelantar la IVE, los cuales se evidenciaron en las llamadas y correos electrónicos donde solicitaban el permiso de la autoridad administrativa para llevar a cabo el procedimiento” [p. 9].

En el diagnóstico elaborado por Profamilia para el departamento de Santander se afirma que “la gran mayoría de integrantes de la comunidad no cuentan con información correcta sobre aborto [jurídica, médica, de derechos], y quienes sí la tienen, no la transmiten o desconocen cómo hacerlo” [Profamilia, 2023d, p. 6]. Asimismo, el trabajo para disminuir el desconocimiento por parte del personal de la salud se encuentra con el reto de la alta rotación del personal, aspecto que fue señalado por Patricia Cai-cedo de la Secretaría de Salud de Santander [comunicación personal, 17 de octubre de 2023]. Al respecto, varias de las personas entrevistadas se refirieron a la falencia de las universidades frente a la enseñanza de la IVE, de manera que sienten que las autoridades asumen una formación que llamaron “remedial”.

La información es una condición indispensable para el acceso, y la calidad de la atención se pone en riesgo cuando esta es escasa. Sin información clara, veraz y oportuna, las mujeres son conducidas a prácticas inseguras. De acuerdo con Médicos sin Fronteras [2023], en Nariño las mujeres, ante la negación de los servicios y “sin recibir en muchos casos orientación, terminan buscando un aborto inseguro en lugares clandestinos”.

c. Estigmatización del aborto

El estigma asociado al aborto, principalmente en contextos de penalización, se traduce en un entorno sociocultural desfavorable que generaliza actitudes negativas y de silenciamiento a su alrededor. Este clima de desaprobación se alimenta de posiciones religiosas y morales que lo rechazan y juzgan por transgredir expectativas sociales relacionadas con una sexualidad femenina apropiada y la maternidad como el ideal de las mujeres. Estas visiones estereotipadas y distorsionadas sobre el aborto restringen la realización de la autonomía de las mujeres, de manera que las barreras que enfrentan expresan, en buena medida, el proceso de estigmatización del aborto [Vivas, Valencia y González, 2016].

A su vez, el estigma afecta tanto la búsqueda y acceso a la información y los servicios como su prestación. Las mujeres que interrumpen un embarazo y los prestadores de servicios son percibidos de manera negativa, enfrentan acciones de discriminación, hostigamiento y violencia, y experimentan emociones negativas como culpa, censura y vergüenza, lo que también logra alcanzar a familiares, amistades y personas que les apoyan [Zamberli, 2015]. Las Duplas de Género comentaron cómo personas dentro de la entidad cuestionaban desde sus creencias y con sesgos las funciones que cumplían con relación a la IVE [grupo focal 3, 14 de septiembre de 2023]. Hay que agregar que el estigma sobre el aborto también recae sobre las activistas y defensoras de la IVE, que pueden llegar a ser censuradas y discriminadas.

Es posible identificar estrategias de hostigamiento, culpabilización, desinformación y estigmatización lideradas por personas y grupos, la mayoría con nexos religiosos, que se oponen a la práctica de procedimientos de aborto y a la autonomía reproductiva de las mujeres, quienes difunden información sesgada, parcial y falaz sobre el marco normativo y otros aspectos de la IVE. Como se verá más adelante, algunas de estas acciones trascienden hasta afectar el acceso a los servicios.

Los imaginarios negativos pueden disminuirse al ocuparse del aborto por fuera del derecho penal y así alentar a que suceda en condiciones seguras y dignas, y se construya un entorno de legitimidad de las decisiones de las mujeres. De acuerdo con la citada encuesta Polimétrica, el 84% de las personas encuestadas piensa que la maternidad debe ser elegida, el 91% considera que no debe ser forzada y el 92% está totalmente de acuerdo con que las decisiones que las mujeres tomen sobre su reproducción solo les corresponden a ellas [Cifras y Conceptos y La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2023].

Este es parte del alcance del avance del que se ocupa este Informe Defensorial; adelanto que, aunque se evidencian cambios relevantes, no soluciona por completo el contexto de estigmatización y sanción social, en el que se siguen presentando vulneraciones a la IVE como las que se explicarán con detalle a continuación.

3.2. Violencias reproductivas

De acuerdo con la Recomendación General N.º 35 del Comité de la CEDAW [2017], las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres —entre los que se encuentran la penalización del aborto, la negación y dilación de la atención del aborto y post-aborto, la continuación forzada del embarazo, el maltrato y abuso de aquellas que buscan información y servicios de salud sexual y reproductiva— son formas de violencia en razón del género.

Esta categoría de violencias reproductivas expresa las formas particulares de la violencia basada en género contra las

mujeres en el campo de la reproducción, y para los efectos de este informe, de manera más delimitada, en lo asociado con la autonomía reproductiva que permite el aborto. Estas particularidades se originan en la interpretación socialmente construida sobre la capacidad de embarazo y parto de las mujeres, al igual que respecto a los roles de género.

Esta categoría de vulneraciones a la IVE acoge la definición de violencias reproductivas como una forma de violencia basada en género que viola los derechos reproductivos. Se trata de:

“cualquier acción u omisión que ocurra en el ámbito público o privado y que, por medio de la coacción, vulnere el derecho a la autonomía reproductiva, entendida como el derecho a tomar decisiones libres sobre el plan de vida, el cuerpo y la salud, o el derecho de acceder al más alto estándar de salud reproductiva por medio de servicios médicos e información al impedir la toma de decisiones libres sobre la vida, el cuerpo y la salud”. [Alianza Cinco Claves, 2023, p. 15]

Para la anterior propuesta conceptual que aquí se acoge, la organización Women’s Link Worldwide se apoyó en los desarrollos del Comité DESC y la Corte Interamericana, y tomó como referencia la configuración de la categoría violencia sexual, buscando, además, sacar el naciente concepto del escenario del conflicto armado. De sus análisis se destacan tres elementos sobre la violencia reproductiva: el primero es que la coacción debe entenderse de manera amplia como uso de la fuerza, falta de consentimiento, amenazas, intimidación, entre otras formas que alimenten el miedo o la desesperación, por lo que cabría —desde la perspectiva de este informe— la discriminación; el segundo es que esta forma de violencia ocasiona daños o sufrimiento físicos, psicológicos o emocio-

nales; y el tercero es que se fundamenta en las desigualdades sociales construidas a partir de la diferencia sexual y que ubican a las mujeres en lugares de subordinación en el que se ignora su autodeterminación y son discriminadas [Alianza Cinco Claves, 2023]. Además, esta violencia afecta gravemente derechos relacionados con la reproducción, como la vida, la integridad y la salud [Rosero Arteaga et al., 2020].

De este modo, en esta categoría de violencias reproductivas se recogen situaciones que afectan o impiden, mediante coacción, la concreción de la elección de interrumpir el embarazo como parte de la autonomía reproductiva, ocasionando con ello daños físicos, psicológicos o emocionales.

Esquema 4. Categoría: violencias reproductivas

Fuente: elaboración propia.

a. Violencia Obstétrica

La violencia obstétrica comprende prácticas y actitudes de irrespeto, abuso, negligencia, coerción o negación del tratamiento durante el embarazo, su etapa previa, durante y posterior, y la atención de la IVE, las que abarcan un trato deshumanizador y discriminatorio que constituye violencia contra las mujeres en tanto implica una pérdida de su autonomía y capacidad de decidir [Tamaño Muñoz et al., 2015]. El Grupo Médico por el Derecho a Decidir - Colombia [Tamaño Muñoz et al., 2015] expone algunas de las prácticas constitutivas de violencia obstétrica en aborto, a saber: cuidado no confidente y que no respeta la privacidad; cuidado no digno y discriminatorio; cuidado sub-óptimo [uso de tecnologías inadecuadas u obsoletas];

abuso físico a través del manejo nulo o insuficiente del dolor; y abuso psicológico.

En el siguiente caso⁶ acompañado por la Defensoría del Pueblo se evidencian algunas de estas prácticas de violencia obstétrica y malos tratos, tales como el uso de tecnologías inadecuadas para la edad gestacional y también consideradas obsoletas de manera general por la OMS, como el legrado, las que pusieron en riesgo su salud.

Este caso fue litigado por la organización Jacarandas y se encuentra en estudio de la Corte Constitucional.

⁶ Los casos que se presentan a lo largo del informe defensorial utilizan otros nombres y omiten datos personales para cuidar la confidencialidad de las mujeres.

La EPS a la que se encontraba afiliada la mujer violó el carácter reservado de la historia clínica, atentando contra su privacidad, y fue objeto de negligencia, malos tratos y palabras crueles que la hicieron sentir violentada durante el procedimiento. A propósito de los malos tratos que vivió, un estudio publicado en 2021 mencionaba las medidas coercitivas por parte del personal de salud como una forma de sancionar: quejas, gritos u otras manifestaciones de impaciencia y protesta por parte de las mujeres durante la espera del procedimiento [Parra Rodríguez, 2021]. La autonomía reproductiva de Nereida fue puesta en tela de juicio, por lo que recurrió a la acción de tutela sin obtener la protección que esperaba.

El Ministerio de Salud señaló la debilidad de la inspección, la vigilancia y el control ante la violencia obstétrica, especialmente frente a lo correctivo: “No tenemos una respuesta institucional frente a eso, y mientras no la tengamos, pues no vamos a lograr que realmente se establezcan medidas correctivas a largo plazo” [Liliana Oliveros León, comunicación personal, 27 de octubre de 2023].

b. Violencia reproductiva con ocasión del conflicto armado

En el marco del conflicto armado colombiano, los cuerpos y las vidas de las mujeres han sido controlados, sometidos y violentados por todos los actores armados. En este contexto se acentúa y aumenta la vulnerabilidad de las mujeres y se ve afectado gravemente el acceso a los servicios básicos de salud, particularmente de salud sexual y reproductiva, entre ellos —pero no exclusivamente— la IVE [Rodríguez Peña, 2020].

La violencia reproductiva en el marco del conflicto armado incluye conductas varias

El especialista en Ginecología y Obstetricia, Jorge Enrique Caro, coordinador del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de la Victoria [Bogotá], comentó sobre las adecuaciones de un espacio físico independiente que realizó el hospital para que la atención de la IVE suceda en un área específica, sin que se comparta espacio con las mujeres en trabajo de parto o con recién nacidos vivos [comunicación personal, 17 de octubre de 2023]. Esta medida evita una práctica que también encaja en la violencia obstétrica.

Una de las Duplas de Género advierte la necesidad de darle mayor prioridad al tratamiento del dolor en el segundo y tercer trimestres de gestación, y tener en cuenta las necesidades de las pacientes frente al proceso físico de la lactancia, que puede presentarse aun después del aborto y generar incomodidad, dolor y emociones negativas, asuntos que ella nombró como de calidad de vida [grupo focal 5, 18 de septiembre].

como la anticoncepción forzada, la esterilización forzada, embarazos por violación, maternidades forzadas o coaccionadas, denegación de la IVE y abortos forzados; conductas que, según han evidenciado organizaciones de la sociedad civil y la misma Defensoría del Pueblo, hicieron parte de los repertorios de violencia basada en género ejercidos por actores armados contra las mujeres, niñas y adolescentes, tanto de la población civil como en el interior de sus filas [Rosero Arteaga et al., 2020; Women’s Link Worldwide, 2021; Alianza Cinco Claves, 2023].

De acuerdo con la información recopilada en los grupos focales, en algunas zonas del país con presencia de actores armados —como las Autodefensas Gaitanistas de Colombia y disidencias de las extintas FARC— se prohíbe la difusión de información sobre la autonomía reproductiva de las mujeres, en particular sobre la IVE, y por lo mismo las mujeres tienen restricciones

para solicitar atención y los prestadores para realizarlos. Incluso, médicos rurales han renunciado, con lo cual los centros de salud quedan sin personal suficiente y aumenta el ambiente de zozobra. En Nariño se tuvo conocimiento de que las mujeres son obligadas a realizarse exámenes de embarazo, una práctica de control para impedir la realización de abortos:

[...] “las mujeres y las mismas instituciones nos han manifestado en las mesas que nosotros hacemos de análisis de riesgo que está totalmente prohibido hablar de temas de derechos sexuales y reproductivos, incluso el actor armado dio una orden y tienen carnetizada a toda la población, y toda la población debe estar haciendo exámenes de enfermedades de transmisión sexual y tiene que tener pruebas de embarazo”. [Grupo focal 2, 14 de septiembre de 2023]

c. *Violencia reproductiva en el ámbito familiar*

Esta categoría se aproxima a circunstancias en las cuales las mujeres se ven coaccionadas, presionadas y reciben interferencias indebidas por parte de sus familiares al momento de elegir interrumpir un embarazo. En estos casos también se evidenció una realidad extendida de violencia, de manera que, aunque familiares ejercieron una violencia reproductiva específica para evitar la ocurrencia del aborto, es posible identificar un **continuum** de violencias. Debe advertirse que, en algunas ocasiones, este **continuum** es ignorado

por las autoridades públicas, de modo que no se reconoce la coacción de la autonomía de las mujeres, lo que a su vez impide generar condiciones para decidir en libertad.

En uno de los grupos focales, una de las Duplas de Género planteó casos de menores de edad embarazadas como consecuencia de violencia sexual en los que madres y otros familiares se oponían mediante violencia a la realización del aborto:

“Hace más de un mes tuvimos un caso de violencia intrafamiliar [...] donde la menor dijo que ya todo el proceso estaba para que le interrumpieran el embarazo y la mamá había entrado allá y no había permitido que le hicieran la interrupción. y hoy ella pues rechaza a su hija, la maltrata y le echa la culpa a su madre. Entonces eso es un problema gravísimo, [...] el centro hospitalario permitió que la mamá entrara sabiendo que la niña tenía un derecho a decidir, y cuando la mamá entró interrumpieron el procedimiento”. [Grupo focal 6, 26 de septiembre de 2023]

El siguiente caso acompañado por las Duplas de Género muestra claramente cómo esta violencia impide la atención necesaria y, así mismo, puede conducir a que las mujeres pongan en riesgo su salud.

Rosita es una mujer de 26 años de un municipio de la sabana cundi-boyacense. Es víctima de violencia psicológica y sexual, esta última presuntamente causada por un tío político con quien conviven ella y su madre. Rosita queda en embarazo como consecuencia del abuso sexual, y aunque desea interrumpir, la presión de su madre para que no diga nada sobre lo sucedido y las amenazas del presunto agresor con el mismo propósito la llevan a tomarse (con 24.4 semanas de gestación) unas pastillas para abortar, que desencadenan un aborto incompleto por el que consulta en un hospital de otro municipio. Allí identifican la violencia de la que es víctima, por lo que le abren un cupo en una Casa Refugio.



3.3. Discriminación

Esta categoría parte del reconocimiento de la discriminación histórica y sistemática de la que las mujeres son objeto en nuestra sociedad y que se expone con crudeza en su sexualidad y reproducción. En este último campo, las mujeres han soportado discriminación y estereotipos que restringen su libertad y autonomía. Más aún, algunos grupos de mujeres enfrentan mayores discriminaciones, las que profundizan las desventajas que viven con relación a estos derechos.

Mediante esta categoría se alude a situaciones de discriminación cruzada que experimentan algunos grupos de mujeres con ocasión de su edad, encontrarse en zona rural, haber sido víctima del conflicto armado, su pertenencia étnica y nacionalidad, tener alguna discapacidad cuando buscan ejercer su derecho a interrumpir la gestación, y también a la vivencia de hombres trans, personas intersexuales y personas no binarias, sobre quienes pesan otros prejuicios.

Esquema 5. Categoría: discriminación.



Fuente: elaboración propia.

Esta clasificación no pretende desconocer la agencia de las personas que integran estos grupos; antes bien, busca identificar singularidades que respondan al reclamo de un abordaje diferencial que permita superar la discriminación y que el Estado pueda resolver las necesidades específicas de atención con relación a la IVE.

En la Sentencia C-055 de 2022, la Corte Constitucional reconoció que “la convergencia de factores estructurales de vulnerabilidad repercute en la generación de riesgos adicionales contra las mujeres y niñas, de tal manera que su combinación crea una situación de naturaleza concreta con cargas de discriminación mayores por la confluencia de tales factores”.

De cualquier modo, debe resaltarse que estas vulneraciones ocurren en un extendido contexto de desigualdad económica

y pobreza. Por mencionar solo dos indicadores, Colombia es uno de los países más inequitativo del mundo, cuyo índice de Gini en el 2021 fue de 0,523 [DANE, 2022a]⁷, y la pobreza multidimensional tiene mayor incidencia en los hogares con mujeres como jefas de hogar [DANE, 2023].

Esta desigualdad económica determina en muchos casos el pleno ejercicio de la autonomía, el acceso a recursos, la relación con los servicios de salud y el conocimiento sobre los derechos, por mencionar elementos relacionados; así mismo, es más severa para los grupos que se analizan en esta subcategoría. Laura Castro, coordinadora de La Mesa, se refirió a esta desigualdad como una barrera y una brecha: “No es lo mismo para una mujer gestionarse 80.000 pesos para ir al servicio en Bogotá, en Chocó o en Tumaco” [comunicación personal, 24 de octubre de 2023].

⁷ El índice de Gini representa la desigualdad máxima con un 1, en cuyo caso uno solo de los habitantes recibiría el total de los ingresos por salarios. El 0, sin embargo, significa la igualdad total de los ingresos salariales de todos los habitantes

a. Discriminación contra niñas y adolescentes

Aun cuando las niñas y adolescentes tienen plena autonomía para elegir si continuar o interrumpir un embarazo, y para expresar consentimiento, esta se ve vulnerada ante situaciones en las que se solicita autorización de madres, padres, tutores y representantes legales; igualmente, en ocasiones en las que estas personas, e incluso el personal de salud, buscan imponer su posición y desconocen la capacidad que tienen para decidir.

El enlace para derechos sexuales y reproductivos de la Secretaría de Salud de la Gobernación de Santander comentó de comisarios de familia que “tratan de convencer a las niñas, [...] de persuadirlas, hacerlas cambiar de opinión” (Patricia Caicedo Higuera, comunicación personal, 17 de octubre de 2023). Esto mismo fue expre-

sado frente a la actuación de comisarios y defensores del ICBF en otros departamentos. La profesional de la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca comentó de un colegio en Cartago que, desde el servicio de orientación, pretendía construir una ruta para que las estudiantes informaran los motivos específicos por los que consultaban servicios de salud sexual y reproductiva en sus EPS, lo que afectaría su intimidad (Marta Cecilia Castaño Parra, comunicación personal, 17 de octubre de 2023).

Estas interferencias son más problemáticas cuando se presentan en niñas indígenas, por sus contextos de desprotección, como se aprecia en el siguiente caso acompañado por las Duplas de Género.



Angie es una niña de 12 años, que vive en el Amazonas y que fue víctima de violencia sexual, de la que resultó un embarazo. Con 20 semanas de gestación, y al solicitar la IVE, su EPS remitió el caso al ICBF, solicitando que interviniera para la garantía de sus derechos, ya que el padre de la menor informa que no apoya su decisión y que se encargará de la crianza. La Defensoría interviene en el caso solicitando acompañamiento para el traslado hacia el lugar en el que se realizaría el procedimiento y advirtiéndole que la menor había sido víctima de violencia sexual el año anterior, por lo que su entorno familiar no era seguro para ella. El ICBF ofreció ubicarla en un hogar sustituto para el tiempo restante de gestación, considerando, además, su bajo peso. Sin embargo, la familia decidió retornar al municipio de origen.

En el caso siguiente, acompañado por las Duplas de Género, se presentó, además de la injerencia de familiares, una vulneración del derecho a la intimidad de la niña, y aun cuando el ICBF ordenó el restable-

cimiento de sus derechos por haber sido víctima de violencia sexual, la medida provisional de ubicarla en una institución no pudo cumplirse.

Ana es una niña de 13 años de edad, oriunda de un municipio del Guaviare. Con 23 semanas de gestación, producto de violencia sexual, estando en consulta de medicina general y después de recibir asesoría en derechos sexuales y reproductivos, solicitó una interrupción del embarazo, por lo que se activó ruta y le programaron, 23 días después, una cita en un hospital de tercer nivel en Bogotá. Ana no pudo acudir a la cita ya que sus padres no quisieron acompañarla. Al día siguiente de incumplir la cita, de la Comisaría de Familia, junto con otras instituciones, entre ellas el Ministerio Público, se presentaron en su vivienda para trasladarla al hospital, a lo que se opusieron rotundamente sus padres, pues querían que llevara adelante el embarazo. Los padres accedieron a que la Defensoría hablara con la niña, conversación en la que Ana se negó a ir al hospital, por lo que gestionaron una visita domiciliaria del médico, a quien ella le expresó que deseaba seguir adelante con el embarazo, lo que también había expresado en una primera cita de control prenatal, ocurrida unos días antes. El ICBF ordenó, para el restablecimiento de derechos, que fuera ubicada en un hogar sustituto o en institución del ICBF, por considerar que hubo negligencia de sus progenitores frente al procedimiento y mientras se descartaba que la violencia sexual hubiese ocurrido en el contexto familiar. Esta medida no se llevó a cabo porque no había cupo disponible y no se tomaron medidas con relación a la vulneración de su autonomía reproductiva.



La anterior es, precisamente, una de las barreras identificada por el ICBF, consistente en “solicitud de acompañamiento de una persona adulta cuando se requiere de su traslado [de la menor] a otro nivel de atención hospitalaria, lo cual vulnera la confidencialidad en la información de las mujeres menores de edad” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2023, p. 10).

La labor del ICBF queda en entredicho cuando no se logra el restablecimiento de derechos de manera integral y con la debida diligencia. En los grupos focales y en las entrevistas fueron criticadas las intervenciones del Instituto, señalando que, en muchos casos, evade la responsabilidad de protección de la voluntad de las menores, entendiendo la IVE únicamente como

una atención en salud y discutiendo si son directamente responsables o si ello les corresponde a las Comisarias.

Estos análisis deben hacerse además en contraste con el aumento de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes en el país, lo que indica un mayor riesgo de que vivan violencia sexual. Según los datos de Medicina Legal, entre el 2020 y el 2021 se produjo un incremento del 18% en los exámenes médico-legales practicados por la entidad a esta población (Defensoría del Pueblo, 2023). De manera que la atención de la IVE, que hace parte de la ruta de atención a víctimas de violencia sexual, debe estar disponible sin condicionamientos y con plenas garantías.

b. Discriminación contra mujeres con discapacidad

Las mujeres con discapacidad afrontan un mayor cuestionamiento de su autonomía reproductiva. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por Colombia, promueve un modelo social de discapacidad en el que las personas con discapacidad deben reconocerse como sujetos de derechos que toman decisiones sobre su vida, por lo que su capacidad para elegir y consentir no puede ser anulada; y no debe tratárseles como objeto de tratamiento médico, caridad y protección social [Chavarro Naranjo y Amaya Monroy, 2023].

Aunque la información sobre el particular es escasa, algunas entrevistadas se refirieron al trato deshumanizante que en la atención recibían las mujeres con discapacidad [Sonia Serna, comunicación personal, 18 de octubre de 2023] y a la nula formación del personal para brindar un trato adecuado [grupo focal 5, 18 de septiembre de 2023]. En la base de datos de los acompañamientos realizados por las Duplas de Género se encontró el siguiente caso con una práctica indebida por parte del profesional de la salud.

Idaluz tiene 27 años y se encuentra en el departamento de Nariño, tiene una discapacidad cognitiva y su pareja ha tenido conductas violentas en su contra. Ella solicitó interrumpir el embarazo y durante la primera consulta el médico la conminó a no acceder al procedimiento, el que finalmente se realizó.



c. Discriminación contra mujeres rurales

“Algunas de las condiciones que denotan ineficacia y ausencia estatal en las zonas rurales están relacionadas con la precariedad en los servicios de salud y educación, la ubicación geográfica que denota grandes distancias entre caseríos y centros de atención médica, las vías de acceso y la presencia de actores armados en los territorios” [López Chica, 2023]. Factores que, conjugados, con relación a las solicitudes de interrupciones del embarazo, aumentan la edad de gestación (lo que desencadena tener que buscar un centro de salud de mayor nivel y seguramente más distante), impiden el acceso a los servicios de aborto legal y la materialización de la autonomía reproductiva de las mujeres rurales.

Debido a estas múltiples falencias y precariedades, las mujeres rurales están más expuestas a prestadores no entrenados y a inducirse el aborto mediante métodos no recomendados, lo que también deriva en que tengan una mayor representación en las complicaciones y consecuencias por abortos inseguros [Prada et al., 2010]. En el 2022, el porcentaje de ruralidad en Colombia era del 23.7% de la población: unos 12,2 millones de personas, de los cuales las mujeres eran el 48.2% [DANE, 2022b].

Como se vio en uno de los casos anteriores, en departamentos como Amazonas las grandes distancias y las dificultades para el transporte aumentan los costos de atención de quienes se encuentran en comunidades apartadas, ya que los centros de salud están ubicados en las cabeceras

municipales, y quienes logran acceder no tienen garantizada una atención prioritaria con respeto por su privacidad e intimidad [Defensoría del Pueblo Regional Amazonas, s.f.]. En departamentos como Bolívar, Vichada, Nariño y Valle del Cauca —por mencionar solo algunos— la situación es similar.

Esto complejiza incluso más la atención de niñas, adolescentes y mujeres que, independientemente de su edad, están bajo el control de sus parejas, pues no pueden ausentarse del hogar por largos periodos de tiempo sin justificación [Marta Cecilia Castaño Parra, comunicación personal, 17 de octubre de 2023].

La privacidad es particularmente sensible en municipios pequeños, ya que las mujeres temen que sus familiares y la comunidad se enteren de los motivos de consulta, por lo que en algunas circunstancias son ellas las que prefieren una atención por fuera del municipio de residencia. Así lo explicó Martha Cecilia Castaño Parra, profesional de la Secretaría de Salud del Valle del Cauca: “Se dice en toda parte: ‘pueblo pequeño, infierno grande’. Sí, entonces las mujeres prefieren coger un bus, ir al pueblo a media hora, cuarenta minutos, hacerse el procedimiento y volver a su casa” [comunicación personal, 17 de octubre de 2023]. Una medida que estaría mediada por conservar su privacidad y que fue evidenciada por las Duplas de Género en territorios rurales.

d. Discriminación contra mujeres víctimas en el marco del conflicto armado

Los impactos diferenciales del conflicto armado en niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres, especialmente afrocolombianas, indígenas y campesinas, tienen una de sus facetas en la desprotección y violencias estructurales a propósito de sus derechos sexuales y reproductivos [Rosero Arteaga et al., 2020]. Ellas viven amenazas y coacción por parte de los actores armados cuando desean interrumpir el embarazo; además, en sus territorios hay una oferta limitada e incluso nula de servicios, precisamente por la presencia del conflicto y la intimidación que algunos de ellos ejercen sobre el personal de salud. Como lo ha señalado el Centro de Derechos Reproductivos, a lo largo del conflicto armado se presentaron formas institucionales de violencia reproductiva, como la denegación de servicios de aborto [Rosero Arteaga et al., 2020].

La presencia de los actores armados restringe el acercamiento al sistema de salud e impide el ejercicio de la autonomía: las mujeres sienten miedo por ellas mismas y sus familiares, lo que ocasiona que se desplacen para acceder a los servicios. Este

es un caso comentado por una Dupla de Género: “El hecho de entrar solamente en la ESE a preguntar la situación implicaba que básicamente este actor [armado], esa persona, se enterara de que ella estaba allí, qué estaba haciendo, entonces ¿qué tuvo que hacer ella? Trasladarse al municipio donde nosotros prestamos el servicio y preguntar cómo podía hacer para tener acceso dentro de otro municipio” [grupo focal 3, 15 de septiembre de 2023].

Corinee Peter, quien fuera coordinadora médica de Médicos sin Fronteras, ha reseñado que en las veredas del Triángulo de Telembí, en Nariño, zona de conflicto entre distintos grupos armados, “se encuentran muchas niñas y mujeres embarazadas. Algunas quisieran interrumpir su embarazo, pero tienen varios obstáculos: para ir de la vereda al pueblo necesitan más de 100.000 pesos, tienen que contar con la autorización del padre o su pareja e incluso con la aprobación moral de sus vecinos porque las pueden juzgar” [Médicos sin Fronteras, 2023].

e. Discriminación contra mujeres con pertenencia étnica

Mujeres con pertenencia étnica afrontan profundas exclusiones en materia de salud reproductiva. Estas exclusiones suceden con base en su condición étnica y constituyen discriminación racial; se dan además en contextos complejos de desigualdad socioeconómica, ausencia estatal, bajos indicadores de calidad de vida, entre otros.

Las características culturales de algunos grupos étnicos y su organización social avalan en determinadas circunstancias la injerencia de las comunidades y autoridades propias; no obstante, debe recordarse que decisiones como la de interrumpir un embarazo son asuntos personalísimos y del fuero interno, que por la dignidad, la

autonomía reproductiva y el derecho a la salud de las niñas y mujeres imponen límites a esas intrusiones, las que han sido detectadas especialmente en casos de niñas y mujeres indígenas.

Dos casos estudiados por la Corte Constitucional sobre una niña y una mujer indígena comprobaron la mayor discriminación en su contra al momento de acceder a servicios de IVE, debido a que la atención fue condicionada a la autorización de las respectivas autoridades tradicionales ⁸. En ambos casos, aun cuando tenían diferentes edades (12 y 23 años, respectivamente), se encontraban en distintos lugares (Caldas y Cauca, respectivamente) y no superaban el primer trimestre de gestación, su EPS-I —la Asociación Indígena del Cauca— siguió el conducto interno pero inconstitucional de consultar a las autoridades, quienes decidieron negarles la atención de la IVE, desconociendo, en el caso de la menor de edad, que se presumía víctima de violencia sexual —contribuyendo a la normalización de prácticas violentas—, y en el caso de la mujer adulta que había expresado no pertenecer al resguardo. Tras estudiar los casos en Sala Plena, la Corte aseveró: “La imposición de límites a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, cualquiera sea su origen, diferentes de los establecidos en las sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2002 —entre otras—, constituyen una lesión directa de la dignidad de las mujeres

gestantes” [Corte Constitucional de Colombia, 2023].

En el Auto 2797 de 2023, que declaran la nulidad de la T-158 de 2023, explica la Corte que la decisión de asumir la maternidad entraña un ejercicio de libertad de conciencia de carácter personalísimo, individual e intransferible “compatible con las limitaciones que esta Corte ha reconocido a la autonomía de las comunidades indígenas” [Auto 2397 de 2023], lo que no sucedía en estos casos ya que no se afectaba la dignidad humana.

En un diálogo sobre IVE con mujeres indígenas propiciado por el UNFPA, el 17 de agosto de 2023 en Bogotá, y con conexión virtual para aquellas que se encontraban en otros lugares del país, algunas mujeres indígenas manifestaron, con ciertas diferencias, según los grupos étnicos a los que pertenecen, preocupación por cuestiones estructurales que repercuten en el disfrute de sus derechos, como la violencia que se vive en sus territorios y la subordinación de las mujeres indígenas a autoridades mayoritariamente masculinas que han controlado sus cuerpos, silenciado prácticas del universo femenino y no dando cabida a su participación política; y por otros asuntos propios de su autonomía reproductiva con relación a la IVE, entre ellas, falta de información, formación y adecuaciones interculturales en la atención.

⁸ Los casos corresponden a los estudiados en los fallos de tutela T-430 de 2022 (niña) y T-158 de 2023 (mujer adulta), los que fueron anulados posteriormente en Sala Plena por desconocer el precedente jurisprudencial, como se comentó en el marco normativo [Auto 2396 de 2023 y Auto 2397 de 2023, respectivamente]. Al momento de escritura de este informe aún no se habían publicado las sentencias de sustitución, solo el comunicado y los dos autos que declararon la nulidad de las citadas sentencias de tutela. La Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali [2023] incluyó el segundo fallo de tutela como una barrera que afectaba diferencialmente el acceso a la IVE de mujeres indígenas.

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres manifestó, en el diálogo sobre IVE con mujeres indígenas realizado el 17 de agosto de 2023, tener conocimiento del programa Soy Vida, de una IPS adscrita a la EPS-I AIC, en el que se busca que las mujeres reconsideren llevar a término el embarazo. Además, la EPS-I cuenta con la Resolución N.º 050 de 2 de julio de 2020, que institucionaliza la consulta a la autoridad tradicional dentro de la ruta de acceso para que avale la práctica del procedimiento. En el espacio de diálogo reseñado, el Ministerio de Salud expresó que la barrera de solicitud de aval de la autoridad tradicional está

concentrada en la EPS-I AIC y no se presenta en otras prestadoras indígenas. Es así que, según comunicó la entidad, la AIC ha enviado cartas a IPS pidiendo que desistan de realizar los procedimientos, amenazando el esquema de funcionamiento de la prestación de servicios.

Asimismo, los casos que ha conocido La Mesa dejan ver que esta autorización no es obligatoria para todas las mujeres, encontrándose excepciones como la que se aprecia en el siguiente caso asesorado legalmente por esta organización:



Patricia es una mujer indígena de 18 años con un embarazo de 14 semanas producto de violencia sexual. Vive con VIH y no ha recibido atención oportuna e integral para este diagnóstico. Durante una consulta de medicina general, solicita la IVE. El médico que la atiende pide autorización de la EPS Indígena a la que está afiliada, y esta, a su vez, traslada la solicitud al resguardo. Pasados 10 días, Patricia consulta en la EPS-I por el estado del trámite y le informan que no han recibido aún autorización. En el resguardo le dicen no haber recibido la solicitud. Por tanto, la mujer opta por buscar el documento y radicarlo ella misma. El resguardo estudia la solicitud y niega el aval. En ese momento Patricia pide ayuda a su familia, para lo cual revela su diagnóstico de salud y haber sido víctima de violencia sexual, información personal que hubiera preferido mantener privada. Su padre solicita reunión con el líder del resguardo y le pide reconsiderar el caso de su hija, exponiendo la intimidad de Patricia en esa conversación. Luego de esta, el resguardo concede la autorización, y Patricia con 22 semanas, esto es, ocho semanas después de su solicitud inicial, accede al procedimiento.

Como muestra el caso, lograr el acceso implicó el trámite de requisitos adicionales que desconocieron su autonomía, cargas administrativas injustificadas e innecesarias que fueron asumidas por la mujer, un proceso de revictimización que incluyó revelar información íntima y personal, una espera de ocho semanas atravesada por sensaciones negativas y el uso de un método médico distinto al que pudo practicarse al momento de la solicitud inicial.

Otra situación de vulneración de la autonomía reproductiva de las mujeres indígenas ocurre cuando la interpretación de su lengua la brindan hombres con quienes ellas no se sienten cómodas, e incluso con líderes del resguardo que tienen una posición de poder [grupo focal 2, virtual, 14 de septiembre de 2023].

Con las mujeres afrocolombianas la situación es diferente. La Asociación Nacional de Mujeres Afrodescendientes Guadalupe Zapata, asentada en Pereira, Risaralda, junto con La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres [Maturana Maturana et al., 2023], analizó, previo a la Sentencia C-055 de 2022, algunos aspectos relacionados con la etnia, la cultura y las tradiciones que limitan el acceso a la IVE. Entre estos, se destaca la desconfianza en la medicina occidental y sus métodos, los que consideran violentos y con consecuencias irreparables para su salud. Además, las mujeres afrodescendientes consultadas para la elaboración de ese informe comunicaron discriminación con motivo de su pertenencia étnica, como haber recibido trato

tosco, irrespetuoso y juzgamiento; algunas mujeres afirmaron que bajo la idea de que “las negras” son más resistentes al dolor, les negaron medicamentos.

La reflexión que realiza esta Asociación pone también en discusión el significado cultural que dentro de la “familia negra” se le da a tener descendencia: no solamente concede el estatus de adultez a los progenitores, sino que también asegura la relación entre marido y mujer. Entre los significados que desafía la interrupción del embarazo, debe considerarse que las mujeres llevan la carga de la cultura y la religión, y viven a través de la identidad materna: “Una mujer adulta sin hijos se ve como una mujer incompleta, es por ello que las participantes manifestaron que el aborto es repudiado socialmente en sus comunidades” [Maturana Maturana et al., 2023, p. 61].

Las Duplas de Género acompañaron varios casos de mujeres afrocolombianas, uno de ellos en Quibdó, Chocó, en el que una mujer de 30 años, ama de casa, durante los trámites para realizarse la ligadura de trompas, identificó que estaba en embarazo, lo que la desestabilizó emocionalmente porque tenía cuatro hijos y una situación económica inestable. Según expresaron algunas de las profesionales, en algunas comunidades negras la pareja está siempre presente en el hospital y los profesionales les preguntan directamente a los hombres si están de acuerdo con el procedimiento [grupo focal 6, 26 de septiembre de 2023].

f. Discriminación contra mujeres migrantes

Las distintas fuentes consultadas concentraron sus comentarios sobre las mujeres migrantes de nacionalidad venezolana, algo apenas lógico teniendo en cuenta que Colombia es el primer país receptor

de población proveniente de Venezuela. “Estas mujeres afrontan barreras de acceso estructurales y directamente relacionadas con la discriminación y vulnerabilidad acentuada, producto de su condición

migratoria, que se agravan en aquellas sin un estatus migratorio regular y, entre ellas, en las caminantes” (Martínez Londoño, 2022). No obstante, la situación que se vive en el Tapón del Darién con miles de personas provenientes no solamente de Venezuela, sino también de Haití, Ecuador, Cuba, China e India, también genera preocupaciones.

En términos generales, a las mujeres extranjeras les solicitan documentos adicionales que den cuenta de un estatus migratorio regular. Con esto se desconoce que la atención de la IVE puede brindarse a través de los servicios de urgencias y sin necesidad de estar afiliadas al sistema de salud. A esto hay que agregar que muchas mujeres migrantes desconocen que en Colombia el aborto es legal, lo que difiere de su estatus en Venezuela y dificulta

la búsqueda de información y de servicios, especialmente para quienes están de paso; también sufren violencia, maltrato y discriminación (xenofobia) durante la atención; y por sus condiciones migratorias experimentan fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia, debiendo en muchos casos desplazarse a otros lugares para ser atendidas sin contar ni con los recursos económicos ni las redes de apoyo para ello (Triviño et al., 2019; Martínez Londoño, 2022).

El siguiente caso fue acompañado y asesorado legalmente por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Además de situaciones como las antes descritas, pone de presente el impacto de las condiciones socioeconómicas en la salud, la decisión de interrumpir y el acceso mismo a la información.

Eva es una mujer de 25 años, es una migrante venezolana sin lugar permanente de residencia y viaja junto con su hijo pequeño. Durante su recorrido como caminante es víctima de violencia sexual por parte de su compañero sentimental, de lo que resulta un embarazo no deseado. A raíz de esto, Eva tiene su salud afectada: no come, no duerme y bebe muy poca agua. De manera autónoma, busca información sobre la IVE y se dirige a un hospital público, donde con 25 semanas de embarazo solicita una interrupción. Allí le piden cédula de extranjería o un documento que evidencie su ingreso legal al país. También le piden copia de la denuncia o el nombre del agresor, y ofrecen interponerla dentro del hospital. Dadas las barreras y su estado emocional, se retira del hospital. Sin embargo, Eva está decidida a interrumpir la gestación, así que busca asesoría en una línea de atención y llega a la Personería del municipio de los hechos, donde le informan sus derechos y la remiten a La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Al comunicarse con la organización manifiesta su deseo de interrumpir y que lleva varios días sin comer, por lo que se le brinda apoyo para su alimentación. La Mesa la asiste también con la solicitud de la IVE ante una IPS pública. En la cita que le agendan en la IPS, le realizan una valoración médica, en la cual se evidencia que, por causa de las condiciones precarizadas en las que está viviendo, su estado de salud se encuentra afectado, y este puede generar complicaciones durante el procedimiento de interrupción del embarazo. Con esta información Eva decide continuar con el embarazo. Frente a sus condiciones de salud la IPS no ofrece atención.

Una de las Duplas de Género relató el caso de una migrante venezolana con estatus migratorio irregular, dedicada a actividades sexuales pagadas, quien requería practicarse una IVE [grupo focal 3, 15 de septiembre de 2023]. La atención se le gestionó en un municipio a seis horas de distancia; lamentablemente, según le explicó al personal de la Defensoría, no podía asistir al lugar ya que no tenía a quién encargar, durante su ausencia, el cuidado de sus tres hijos, por lo que dijo que resolvería de otra manera.

Al respecto, una de las Duplas de Género que cumple sus funciones en un departamento de frontera señaló cómo la presen-

cia, atención y acción humanitaria de organismos internacionales y organizaciones nacionales evitó que la situación de derechos humanos fuera mucho más grave; sin embargo, produjo un desentendimiento por parte del Estado, que, a través de sus instituciones, dejó de tener conocimiento de los casos y no desarrolló capacidad [grupo focal 5, 18 de septiembre de 2023], la que se sigue necesitando y más en un nuevo escenario de flujos migratorios mixtos. El riesgo de esta suplantación de responsabilidades estatales también había sido identificado por La Mesa en uno de sus informes sobre barreras en mujeres migrantes venezolanas (Martínez Londoño, 2022).

g. Discriminación contra hombres trans y personas no binarias

La Sentencia C-055 de 2022 reconoció que otras personas con capacidad de gestar —entiéndase hombres trans y personas no binarias— ven comprometidos sus derechos con la penalización del aborto, motivo por lo cual se reconoció la potestad que tienen de decidir sobre la interrupción de un embarazo. Al igual que para las mujeres, para estas personas los servicios deben ser accesibles e inclusivos, sin discriminación de ningún tipo.

De acuerdo con el **Diagnóstico sobre Derechos Sexuales y Reproductivos con énfasis en el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el departamento del Quindío**, 2015-2019 [Rodas Chingaté et al., 2022], las personas con identidades de género diversas están más expuestas a violencias psicológicas, físicas y económica, las que ocurren en todos los ámbitos, incluidos los institucionales, como en los que se da la atención del aborto.

La mayoría de personas entrevistadas manifestaron no tener conocimiento de casos

de hombres trans y personas no binarias que solicitaron un aborto. En las entrevistas las referencias se dieron en dos sentidos: por un lado, sobre la necesidad de la atención diferencial; y, por otro, aunque en menor medida, con información concreta en torno a la discriminación que experimentan en los servicios.

De acuerdo con una encuesta realizada por Profamilia a hombres trans y personas no binarias que necesitaron servicios de aborto, el 44% consideró que su identidad de género fue una barrera [Asociación Profamilia y ATAC, 2020]. Se suma a ello la dificultad de la atención para aquellos que ya tienen documentos de identidad masculina, por ser la IVE una opción para las personas identificadas como mujeres. Los hombres trans que están en tratamiento hormonal pueden terminar enterándose tardíamente del embarazo, dada la ausencia de la menstruación, y pueden necesitar una mayor dilatación del útero, que tiende a cerrarse por las hormonas, y experimentar debilidad por la pérdida de calcio que

provoca la testosterona [Rodas Chingaté, et al., 2022]. La Fundación Unimédicos, que presta servicios de salud sexual y reproductiva en ocho ciudades del país, acotó que tener que explicar cómo se produjo el embarazo también es discriminatorio [Luz María Aljuri, comunicación personal, 27 de octubre de 2023].

En cuanto a las peticiones realizadas, no se aportaron datos desagregados, un síntoma de la carencia de enfoque de género en los sistemas de información. En el diagnóstico realizado en el Quindío se precisa:

“La ausencia de este enfoque puede llevar a que esta población se vea obligada a negar su identidad de género para recibir servicios de salud y a la falta de información adecuada y oportuna sobre la garantía del servicio para este grupo diferencial” [Rodas Chingaté et al., 2022, p. 58]. Esta es una barrera que parte de la “negación de la existencia de su identidad de género por parte de las entidades prestadoras de servicios de salud, lo que vulnera sus derechos a la salud y al libre desarrollo de la personalidad” [Rodas Chingaté, et al., 2022, p. 59].

3.4. Criminalización

Aun cuando el delito de aborto quedó disminuido con la sentencia C-055 de 2022 y la Fiscalía General de la Nación estableció en su Directiva 009 de 2023⁹ que únicamente procede la acción penal en hechos posteriores a la semana 24 de gestación y que no se correspondan con ninguna de las causales despenalizadas -siendo necesario buscar que en los casos que sean puestos en conocimiento de la autoridad judicial se acredite el plazo o, posterior a este, alguna de las causales-, la criminalización persiste. Esta es una forma de discriminación y estigmatización contra las mujeres pues el delito existe para controlar su sexualidad y su reproducción, bien sea como castigo a la sexualidad libre o a la renuncia al mandato materno, asuntos sobre los cuales, a juicio de algunos, las mujeres no deberían tener autonomía por contrariar el derecho natural.

De acuerdo con la información brindada por la Fiscalía para la elaboración de este Informe Defensorial, entre el 21 de febrero

de 2022 y el 31 de agosto de 2023, existían 119 procesos registrados en la entidad por el delito de aborto consentido [artículo 122 del Código Penal]. En el estudio *La criminalización del aborto en Colombia* [Jaramillo, Santamaría y Forero, 2021] se evidenció que entre el 2008 y el 2019 el promedio anual de casos registrados por el delito de aborto fue de aproximadamente 400. Al comparar con el primero año y medio de la sentencia C-055 de 2023 se evidencia una disminución producto del nuevo modelo: 61 casos se denunciaron entre el 21 de febrero y el 31 de diciembre de 2022, y 58 entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2023, para el total de 119 procesos en el primer año y medio.

Todos estos procesos se encontraban en etapa de indagación, es decir, el ente investigador no contaba aun con evidencia suficiente para imputar el delito o archivar la investigación. De estos, 105 estaban activos [88%] y 14 inactivos [12%], lo que quiere decir sin actuaciones procesales adelanta-

⁹ El índice de Gini representa la desigualdad máxima con un 1, en cuyo caso uno solo de los habitantes recibiría el total de los ingresos por salarios. El 0, sin embargo, significa la igualdad total de los ingresos salariales de todos los habitantes

das. El conocimiento de los casos se dio por actos urgentes [75 casos, que equivalen a un 63%], denuncia [33 casos, 28%], de oficio [10 casos, que representan el 8%] y compulsas de copias [1 caso, 1%]¹⁰.

En 62 casos se había identificado a una persona como sospechosa. De estas personas indiciadas el 81% son de sexo femenino, el 14% de sexo masculino y en el 5% de los casos no se tiene esta información. Al revisar los grupos de edad se tiene que el 31% de las personas indiciadas son adolescentes entre 14 y 17 años, seguido de

jóvenes entre los 18 y los 25 años (26%) y personas adultas entre los 27 y los 29 años (21%). Este dato no está disponible para el 22% de los casos.

Las cinco entidades territoriales en las que más se presentaron hechos que dieron origen a procesos fueron: Cundinamarca [11%], Bogotá D.C. [8%], Tolima [8%], Valle del Cauca [7.5%] y Meta [7%]. A excepción de este último departamento, los demás lugares estaban entre los diez con más hechos investigados en el citado estudio que se ocupa del período en el que estuvo vigente el modelo de causales.

Tabla 2. Departamentos de los hechos y Bogotá, 21 de febrero de 2022 - 31 de agosto de 2023

DEPARTAMENTO	NÚMERO DE CASOS
Amazonas	1
Antioquia	5
Arauca	2
Atlántico	5
Bogotá	10
Bolívar	6
Boyacá	5
Caldas	1
Casanare	2
Cauca	6
César	3
Chocó	3
Córdoba	2
Cundinamarca	13
Huila	4
La Guajira	3
Magdalena	3
Meta	8
Nariño	3
Norte de Santander	3
Risaralda	2
Santander	8
Tolima	10
Valle del Cauca	9
Vaupés	1
Vichada	1
TOTAL	119

Fuente: Fiscalía General de la Nación, 2023.

¹⁰ Los actos urgentes son actuaciones inmediatas de la Policía Judicial que busca que no se produzcan alteraciones o pérdida de materiales probatorios, tales como inspecciones en el lugar de los hechos. La denuncia consiste en poner en conocimiento de la Fiscalía una actuación que se considera contraria a la ley, lo que da inicio a la investigación penal. La investigación de oficio o informes se refiere a las actuaciones de investigación y persecución que tienen lugar de manera rutinaria, sin necesidad de intervención del interesado. La compulsas de copias se da cuando otra autoridad tiene conocimiento de hechos que considera delictivos y solicita la actuación de la Fiscalía.

Adicionalmente, los datos suministrados por la Fiscalía muestran que 37 casos fueron inadmitidos y archivados por tratarse de una conducta atípica que no encajaba en el delito de aborto consentido. La ciudad de Bogotá [12] y los departamentos de Bolívar [6] y Atlántico [3] fueron los que registraron más casos inadmitidos. Los departamentos de Córdoba, Nariño, Santander, Tolima y Valle del Cauca tuvieron cada uno dos casos; en Boyacá, Caldas, Casanare, Cundinamarca, Quindío y Risaralda se inadmitieron un caso en cada uno.

Por su parte, en febrero de 2022, la Defensoría del Pueblo prestaba el servicio de defensoría pública¹⁷ en 61 casos relacionados con el delito de aborto consentido. En mayo de 2023 los casos en trámite con este servicio eran 45. Debe tenerse en cuenta que no todas las regionales presentaron reporte y que los casos de ambos cortes de tiempo habían sido reportados principalmente en Valle del Cauca [34], Boyacá [23] y Quindío [23].

Si bien la información disponible en materia de criminalización no incluye variables sociodemográficas ni las circunstancias de tiempo, modo y lugar que condujeron a la apertura de la investigación penal —por lo que en este informe no es posible realizar este análisis—, la cantidad de casos no deja de despertar inquietudes sobre la correcta implementación y efectos en el ámbito penal de la Sentencia C-055 de 2022 y de los lineamientos que desde el 2016 estableció la Fiscalía para la investigación y judicialización del delito de aborto, los que, como se dijo, fueron actualizados y adecuados en el 2023 mediante la Directiva 009. Esta nueva Directiva orienta sobre la aplicación de los principios de favorabi-

lidad y oportunidad, entre otras medidas que pueden realizar los y las fiscales, como la inadmisión y el archivo de los procesos, y requerirá un estudio de mayor profundidad sobre qué está pasando con la criminalización.

Aunque en lo legal el terreno en el que el delito de aborto sigue vigente es mínimo, el desconocimiento del marco normativo, la penalización social y el estigma influyen en seguir haciendo uso de la pena, por lo que se considera importante revisar que los hechos de estos 119 procesos sí se ajusten a la conducta típica y que las mujeres no están siendo sometidas a procesos penales arbitrarios e intimidatorios en contra de sus derechos, en especial de su autonomía reproductiva.

Lo anterior se explica por cuanto, como se evidenció bajo el modelo de causales, la persecución penal no estaba obrando con proporcionalidad y eficacia ni como un instrumento de protección de derechos, ya que no evitaba la práctica de abortos. Así, la penalización era mayor contra las mujeres que abortaban voluntariamente, representando un 4% del total del sistema de condenas, frente a la penalización de delitos en los que las mujeres son las principales víctimas, como la violencia intrafamiliar (1.14% de las condenas) [Jaramillo, Santamaría y Forero, 2021]. También se demostró que el 56.7% de los casos que terminaron en condena fueron denunciados por personal de salud, en una clara violación del secreto profesional que tendría que haber dado lugar a la inadmisión y al inicio de procesos sancionatorios; y que las más perseguidas y sancionadas eran las menores de edad entre los 14 y 17 años (12.5% y 24%, respectivamente) [Jaramillo, Santamaría y Forero, 2021].

¹⁷ El servicio de defensoría pública es dirigido por la Defensoría del Pueblo. En aras del acceso a la justicia, ofrece asistencia y representación judicial en favor de las personas que por sus condiciones económicas o sociales se encuentran en circunstancias de desigualdad manifiesta para proveerse, por sí mismas, la defensa de sus derechos [Ley 941 de 2005].

En la deliberación que condujo a que la Corte Constitucional eliminara el delito de aborto hasta la semana 24 de gestación, se expuso que la protección de la vida es insuficiente si se circunscribe al derecho penal, por lo que este aplicado sin racionalidad, en un claro entrometimiento de

parte del Estado y de forma abiertamente discriminatoria sobre las mujeres más vulnerables, se configura en un obstáculo para la materialización del derecho a la salud, a la salud reproductiva y a la autonomía [Sentencia C-055 de 2023].

3.5. Barreras en el acceso

En el Informe Defensorial: Violencias basadas en género y discriminación (2019), la Delegada de Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género nombró las barreras de acceso para la atención en salud de las mujeres, en particular de las víctimas de todos los tipos de violencias basadas en género, como un impedimento para el restablecimiento de los derechos vulnerados. De manera puntual, las barreras de acceso a la IVE fueron comprendidas como una vulneración de derechos. A pesar del importante cambio jurisprudencial, las barreras se siguen presentando, dificultando, en consecuencia, la adopción efectiva del modelo actualmente vigente y la plena garantía de derechos.

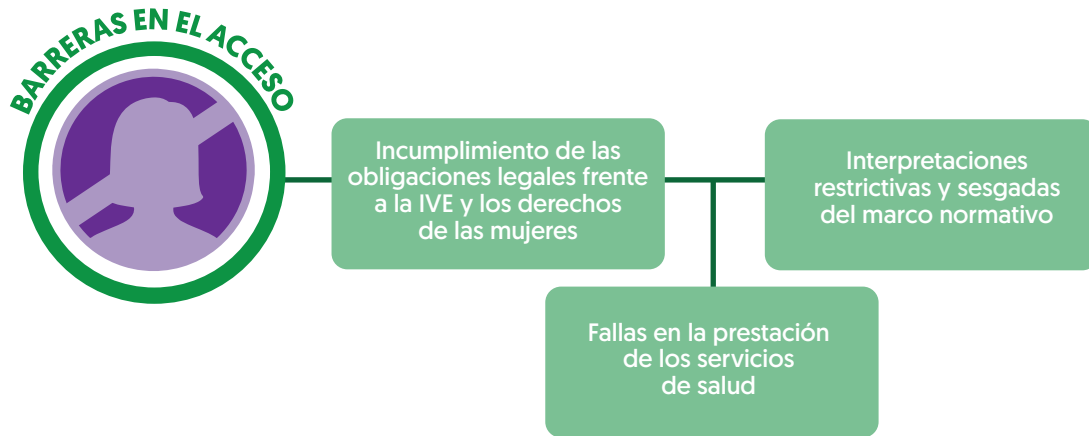
Las barreras en el acceso describen “el conjunto de conductas que por acción

o por omisión constituyen limitaciones u obstáculos para que las mujeres accedan de forma efectiva al aborto legal, en el servicio de salud, sin importar el régimen de afiliación” [González Vélez y Castro González, 2017, p. 12], y que, por lo mismo, contradicen el marco normativo vigente.

En esta categoría de este **Informe Defensorial** se presentan barreras de tres tipos¹²: las primeras por incumplimiento de las obligaciones legales frente a la IVE y los derechos de las mujeres asociados; las segundas son barreras en el acceso relacionadas con interpretaciones restrictivas y sesgadas del marco normativo; y las terceras comprenden las fallas en la prestación de los servicios de salud.

¹² Esta categoría retoma las grandes categorías de barreras de acceso a la IVE propuestas por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2017) bajo el modelo de causales, a saber: desconocimiento del marco legal, interpretación restrictiva del marco legal y fallas en la prestación de los servicios de salud. Ahora bien, estas se actualizan a la luz del modelo mixto actualmente vigente, haciendo al menos tres cambios: el incumplimiento de las obligaciones legales pasa a un nivel de mayor jerarquía, se realizan adiciones en las subcategorías conforme a los cambios normativos —como la interpretación restrictiva de la libertad de conciencia—, y el desconocimiento del marco legal se integra en la quinta categoría de vulneraciones, que se presenta más adelante, con énfasis en el contexto sociocultural y de estigma sobre el aborto.

Esquema 5. Categoría: barreras en el acceso



Fuente: elaboración propia.

a. Incumplimiento de las obligaciones legales frente a la IVE y los derechos de las mujeres

Estos incumplimientos se dan principalmente en el sector salud y abarcan el desconocimiento del derecho a la intimidad y la dignidad, la demora en la respuesta de las solicitudes, la inobservancia de la normatividad —incluida la Resolución 051 de 2022 y la RIAMP—, las falencias en las redes de prestadores del servicio; y en el sector justicia tienen que ver con las fallas en las decisiones de las tutelas, como se vio en uno de los casos anteriores.

Comportamientos de hostigamiento, culpabilización, desinformación y estigmatización emprendidos por personas y grupos en su mayoría religiosos se vienen registrando en varias ciudades del país. Mediante vigiliadas y plantones, grupos de personas hacen presencia disuasoria en las afueras de centros de salud [Profamilia, 2023d] y buscan incidir mediante engaños en las decisiones de las mujeres y en el compromiso de los prestadores [CeroSetenta y Manifiesta media, 2023]. Es-

tas expresiones de oposición encuentran también su espacio en el interior de hospitales. Algunas clínicas han permitido el ingreso de grupos religiosos que ofrecen una especie de consejería a las mujeres que buscan abortar, con el propósito de que cambien de opinión, aunque cruzando límites al invadir la esfera personal y poner en duda la dignidad de las mujeres. La Mesa y Oriéntame recogen en el informe del primer año de implementación de la Sentencia C-055 el testimonio de una mujer que relata que durante la consulta el médico afirmó que la sentencia la iban a tumbar [Niño Contreras et al., 2023]. Esta aseveración no puede confundirse con la objeción de conciencia, ya que esta no busca distorsionar la información ni obstruir los servicios.

El Código de Seguridad y Convivencia Ciudadana de 2016 establece en su artículo 40 que el siguiente comportamiento no debe realizarse y que afecta a grupos socia-

les de especial protección constitucional: “Dificultar, obstruir o limitar información e insumos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, del hombre y de la comunidad LGBTI, incluido el acceso de estos a métodos anticonceptivos”. Con esto debe señalarse con preocupación que la obstrucción de la información no ocurre únicamente en los escenarios mencionados, lo que viene de la mano de grandes retos para la deliberación democrática; y que las acciones no se limitan a restringir la información, sino que

impiden también el acceso físico a los servicios y socaban la dignidad e intimidad.

El siguiente caso fue acompañado por las Duplas de Género y por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. En él se identifica el desconocimiento de la dignidad de la mujer, un derecho fundamental que abarca la autonomía frente al proyecto de vida, las condiciones materiales concretas para la existencia y la posibilidad de vivir sin ser sometidos a humillación ni tortura, esto es, un trato acorde a la condición humana.

Samanta tiene 35 años. Con 18 semanas de gestación accede a la IVE a través de su EPS. El procedimiento inicia en una IPS especializada y debe terminarlo en una clínica de tercer nivel. Una vez es trasladada recibe trato discriminatorio del personal de salud, por ejemplo, la ubican en una sala de partos con mujeres que están atravesando ese momento, le preguntan insistentemente sus razones para abortar, le niegan medicamentos para el manejo del dolor y le impiden el acceso al baño. Finalmente, en una urgencia, Samanta se pone de pie y, frente a todas las mujeres que se encuentran en trabajo de parto, se produce el aborto sin ningún tipo de asistencia médica. Es entonces cuando públicamente el personal de salud le llama fuertemente su atención y la acusa por el “reguero que acaba de hacer”. Después de estos hechos, Samanta decide poner una queja, para lo que busca asesoría en la Defensoría del Pueblo. Asimismo, solicita la incapacidad para presentarla a su empleador, ante lo cual la IPS emite el documento con todos los detalles del procedimiento e información que hace parte de su historia clínica, tales como “feto de 18 semanas de gestación nacido muerto por aborto provocado”, el cual es enviado directamente al empleador de la mujer. Al reincorporarse a su empleo, Samanta recibe acusaciones y trato discriminatorio, por lo decide renunciar. Con la asesoría legal de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres interpone una queja a la clínica por filtración de su información médica.



La incapacidad médica a la que tienen derecho las mujeres que se practican un aborto no debe revelar el motivo de la misma ni incluir información privada. De manera que en el caso se observa una violación del derecho a la intimidad de la mujer, que tiene repercusión directa en su estabilidad y entorno laboral.

Al respecto, Laura Castro González, coordinadora de La Mesa, llamó la atención sobre incumplimientos en el momento de la atención post-aborto, como el que se aprecia en el anterior caso, que han empezado a cobrar relevancia en el nuevo escenario y que desde su mirada buscan que las

mujeres sientan carga y culpa por haber accedido al procedimiento [comunicación personal, 24 de octubre de 2023]. Según Castro, algunos prestadores pretenden desconocer la autonomía reproductiva de las mujeres, imponiendo la anticoncepción que debería ser una decisión libre e informada: “Conocemos de prestadores que casi que obligan a las mujeres, o que les dicen de una manera tan imperativa que tienen que usar métodos anticonceptivos, que se entiende que si no lo hacen, entonces no pueden acceder a la interrupción voluntaria del embarazo” [Laura Castro González, comunicación personal, 24 de octubre de 2023].

b. Interpretaciones restrictivas y sesgadas del marco normativo

Estas barreras en el acceso comprenden la imposición de condiciones a algunos grupos de mujeres (como las menores de edad o las mujeres migrantes irregulares), la solicitud de requisitos adicionales (como consultas de psicología y psiquiatría), interpretaciones restrictivas de la libertad de conciencia y de las causales (cuando aplican) y el uso inconstitucional de la objeción de conciencia.

Siendo la voluntad de las mujeres, hombres trans, personas intersexuales y perso-

nas no binarias el único requisito para la interrupción en las primeras 24 semanas de gestación, es una barrera que se les pida acreditar que se encuentran incursas en las circunstancias de alguna causal o tener que explicar las razones íntimas y profundas que, en uso de su libertad de conciencia, condujeron a la decisión, lo que, como se vio, afecta de manera particular a niñas, mujeres indígenas, negras, afrodescendientes, afrocolombianas y mujeres rurales. El especialista en Ginecología y Obstetricia Jorge Caro explica:

[...] “Ya no tiene que explicarle a nadie ni haber razones, sino simplemente decir ‘quiero abortar’. [...] Y eso es razón suficiente para que el sistema de salud le responda efectivamente. [...] Es curioso, pero todavía encuentro que por debajo de la semana 24 muchas personas, cuando me las comentan, dicen que es una causal uno, una causal dos y yo digo ‘no necesita causal. A mí no me digas esas cosas, no necesita decir nada’”. [comunicación personal, 17 de octubre de 2023]

Una de las Duplas de Género compartió que, en un municipio del departamento del Guaviare, a las víctimas de violencia sexual, puntualmente menores de edad, se les imponía presentar la denuncia para acceder a los servicios de salud, desconociendo su libertad de conciencia [grupo focal 2, 14 de septiembre, 2023]. Igualmente, en palabras de la profesional del Ministerio de Salud se siguen presentando solicitudes adicionales e injustificadas, como

ordenar exámenes adicionales y consultas innecesarias [Liliana Oliveros León, comunicación personal, 27 de octubre de 2023].

Respecto a la objeción de conciencia, todavía se practica de manera inadecuada para obstruir el acceso a la IVE. Óscar Marroquín, referente médico de Oriéntame, explicaba desde su experiencia en capacitaciones a personal médico en distintos lugares del país:

[...] “La persona que recibe inmediatamente o en primera instancia a la persona que consulta la solicitud de interrupción, pues la va a demorar porque va a decir ‘soy objetor de conciencia’, y va a pasar, va a tener que esperar hasta que llegue a alguien que no sea objetor o no sea objetora, entonces no hacen la atención, no hacen las historias clínicas, no tienen claro que deben hacer esos procesos. Y que tal vez a un no objetor debe llegarle ya una historia completa expedita para que pueda hacer un procedimiento”. [comunicación personal, 18 de octubre de 2023]

Cuando se produce una declaración de objeción de conciencia, la administración de la IPS debe gestionar otro prestador.

De no hacerlo incurriría en negligencia, lo que también se aprecia en el caso que se presenta en la siguiente subcategoría.

c. Fallas en la prestación de los servicios de salud

Estas barreras en el acceso son fallas en la prestación de los servicios de salud, las que competen tanto a las y los profesionales por la falta de diligencia y las dilaciones injustificadas, como al nivel administrativo, al no contar con protocolos y rutas internas y diferenciadas, faltas en el sistema de referencia y contrarreferencia, de entrenamiento médico y de disponibilidad de los insumos y tecnologías necesarias para los procedimientos, bien sean estos farmacológicos o quirúrgicos.

Uno de los casos acompañado por las Dupla de Género y asesorado legalmente por La Mesa revela estas barreras por fallas en la prestación de los servicios. El caso fue conocido inicialmente por un profesional de la Dirección Nacional de Atención de Quejas de la Defensoría del Pueblo -

Regional Huila, en un segundo momento fue informado a la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género, que a su vez contactó a La Mesa.

Sin servicios disponibles a partir de determinadas edades gestacionales en sus ciudades de origen, las mujeres deben desplazarse a otros lugares, muchas veces sin contar con los recursos económicos para ello, aun cuando es responsabilidad de las EPS hacerse cargo de sus traslados, alojamiento y alimentación. Adicionalmente, realizar el procedimiento por fuera del lugar de residencia requiere que el protocolo de atención contemple el retorno en condiciones de dignidad, lo que no sucedió en este caso por una acción con daño por parte del ICBF.

Marcela tiene 11 años de edad y vive en zona rural de un departamento del sur del país. Cursa un embarazo producto de violencia sexual y le solicitó a su EPS interrumpirlo. En el proceso experimentó múltiples vulneraciones y barreras: los profesionales de salud de su IPS objetaron conciencia, sin que se planteara una alternativa de atención; la EPS negó la solicitud de traslado para garantizar el acceso en un lugar donde estuvieran disponibles los servicios de acuerdo con su edad gestacional, y el caso judicial por la violencia que sufrió fue filtrado a medios de comunicación locales, generando revictimización. Luego de presentar solicitud escrita, la EPS accedió a asumir el traslado a la ciudad de Bogotá. Así que Marcela, con 22 semanas de gestación, acompañada por su madre, accede al procedimiento en esta ciudad.

Al día siguiente funcionarios/as del ICBF se presentan en el hospital donde se recupera la menor para dar inicio al proceso de restablecimiento de derechos, indicando a ella y a su madre que deben presentarse en el centro zonal del ICBF, para lo cual, informan, deben firmar la salida voluntaria del centro de salud. Con esta orientación y confiando en la entidad, Marcela y su madre firman la salida y se desplazan al centro zonal junto con el personal del ICBF para terminar los trámites administrativos que son desconocidos para ellas. Una vez esto sucede, les informan que pueden retirarse, momento que coincide con el horario de cierre del lugar, por lo que las dos quedan a la intemperie en una ciudad desconocida. La menor y su madre no cuentan con recursos para volver al hospital, al que no podrían reingresar por haber firmado la salida, tampoco para hospedaje, alimentación o gastos adicionales; del mismo modo, no tienen información ni recursos para volver a su municipio de origen o para coordinar esto con su EPS. En medio de esta angustiante situación, piden apoyo en líneas de emergencia y atención, tras lo cual empiezan a ser acompañadas por la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género y la Secretaría Distrital de la Mujer de Bogotá, que a su vez solicitan asesoría legal de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. La organización solicita a la EPS el retorno de la menor y su madre a casa, sin obtener respuesta positiva. Por parte del ICBF tampoco hubo respuesta sobre la salida de la menor del centro zonal. Ante esto, La Mesa brinda apoyo económico para hospedaje, alimentación y, finalmente, traslado al municipio de origen, que era el deseo de la menor y su madre.



La disponibilidad de servicios de aborto es insuficiente en algunas zonas del país, particularmente en zonas rurales, remotas, empobrecidas y con presencia de grupos armados ilegales. La barrera es más frecuente en tanto aumenta la edad gestacional, por lo que en algunas zonas, tratándose incluso de ciudades capitales, no hay capacidad instalada ni rutas para la remisión de casos que superan el primer trimestre de gestación o determinadas edades. En Cali, por ejemplo, una de las cinco ciudades con mayor desarrollo del país y a donde acuden personas de municipios cercanos, “a partir de esta edad gestacional [20 semanas] se evidencia que existe un solo prestador en la ciudad desde el año 2022, que no tiene la suficiente capacidad para responder a la demanda del

servicio” [Secretaría de Salud Pública de Valle del Cauca, 2023, p. 8]. En los grupos focales se mencionó que en Buenaventura las pacientes que superan las 12 semanas de gestación son remitidas a las ciudades de Cali y Tuluá, con la limitación ya planteada. En Leticia, capital del Amazonas, sólo se brinda atención hasta la semana 14, y en el departamento de Santander, aun teniendo once prestadores, algunas EPS prefieren trasladar a las mujeres a Bogotá o Cali para que el trámite sea menos engorroso, lo que puede significar otras complicaciones para aquellas que tienen hijos y no pueden ausentarse de su lugar de residencia [Patricia Caicedo, comunicación personal, 17 de octubre de 2023]. En Chocó, como explica Vilma Portal de Médicos sin Fronteras,

“si una paciente requiere interrumpir su embarazo de forma segura, debe viajar hasta Quibdó, lo que puede representar uno o dos días de viaje dependiendo de la vereda en donde viva la persona. Estando en el municipio Pie de Pató, hemos sabido de mujeres que les niegan el servicio y les dicen que deben ir a Profamilia en Quibdó”. [Médicos sin Fronteras, 2023]

Para el Ministerio de Salud este panorama hace parte de las fallas estructurales que tiene el sistema de salud [Liliana Oliveros León, comunicación personal, 27 de octubre de 2023]. De la mano de esto, al menos dos de las personas entrevistadas señalaron con preocupación que algunas EPS no estén generando capacidad propia y protocolos adecuados, sino que hayan suscrito convenios con quienes históricamente han prestado servicios, sin resolver asuntos estructurales y teniendo menos control sobre el proceso [Laura Castro González, comunicación personal, 24 de octubre de 2023; Martha Cecilia Castaño Parra, comunicación personal, 17 de octubre de 2023].

A propósito, en uno de los grupos focales se realizaron quejas sobre prestadores que exigen pago anticipado por parte de las EPS, lo que condiciona y retrasa la atención [grupo focal 5, 18 de septiembre de 2023].

Como parte de la disponibilidad de los servicios, al poner la mirada sobre el entrenamiento y capacitación de los equipos, según la encuesta Actitudes, Prácticas y Conocimientos de los y las Ginecólogas Colombianas frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y la Objeción de Conciencia [El Espectador, 2022], efectuada por el Grupo Médico por el Derecho a Decidir - Colombia en asocio con La

Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología [FECOLSOG], de 46 especialistas encuestados, solamente entre el 50% y el 58% habían recibido entrenamiento en las técnicas recomendadas por la OMS. Otra situación que pone en duda la prestación de los servicios es la brecha de atención, pues la no disposición a hacerlo aumenta de ciudades capitales a ciudades intermedias (del 28 al 30%) y es mayor en ciudades pequeñas (40%), una forma de sintetizar lo que sucede con la disponibilidad de los servicios.

En cuanto a la disponibilidad de los insumos necesarios para la garantía de la IVE, en la zona norte del país, en sus actividades de inspección y vigilancia, la Secretaría de Salud de Barranquilla [2023] ha encontrado dificultades en el equipo de AMEU de algunos vigilados.

Sobre los medicamentos, la Fundación Oriéntame advirtió en mayo de 2022 —unos pocos meses después de la despenalización del aborto hasta la semana 24 de gestación— niveles críticos frente a la disponibilidad de misoprostol en el país, situación que meses antes, en noviembre de 2021, había sido calificada de la misma manera por la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, sin que el INVIMA hubiese adoptado medidas al respecto [Bohórquez, 2023].

El misoprostol es el método más seguro, eficaz y frecuentemente utilizado para la práctica de abortos médicos antes de la semana 12 de gestación; se emplea también en la etapa previa de algunas interrupciones del embarazo con método quirúrgico y sirve además para otros tratamientos gineco-obstétricos, razón por la cual se considera un medicamento esencial. En Colombia está

incluido en el Plan de Beneficios en Salud y se comercializa con fórmula médica.

De acuerdo con la declaración de María Mercedes Vivas, Directora Ejecutiva de Oriéntame, al medio Manifiesta, para agosto de 2023, en el país sólo había dos farmacéuticas autorizadas para la producción y comercialización de misoprostol, y varios oferentes no habían renovado sus registros, ocasionando una situación de niveles críticos [Bohórquez, 2023].

Al respecto, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá describió el siguiente obstáculo por parte de algunas IPS de atención primaria de los procedimientos de IVE: “Algunas IPS no cuentan actualmente con los insumos necesarios para su realización” (2023, p. 14). En Santander, el diagnóstico elaborado por Profamilia estableció disponibilidad muy baja del medicamento [Profamilia, 2023d].

Esta escasez de misoprostol afecta no solo la atención presencial e intramural, sino también la modalidad de atención a través de telemedicina, una alternativa que ha venido ganando terreno, aun cuando, como señalaba Marta Royo, Directora Ejecutiva de Profamilia, la conectividad y el manejo de algunos canales y plataformas sigue siendo un reto en algunas zonas y poblaciones [comunicación personal, 31 de octubre de 2023].

Adicionalmente, la integrante de una red de acompañamiento de Cali reiteró esta información sobre la escasez del misoprostol al medio Manifiesta [Bohórquez, 2023]. En efecto, esto perjudica el aborto autogestionado y el acompañamiento que ofrecen redes feministas en varios lugares del país como una posibilidad para quienes no tienen acceso o expresan reservas y distancias frente al sistema de salud.

En virtud de lo anterior, la Fundación Oriéntame solicitó en mayo de 2022 al INVIMA que declarara el medicamento en desabastecimiento y como “vital no disponible”, lo que permitiría una fabricación e importación extraordinaria. Al momento de escritura de este informe, sobre este pedido no se conoce respuesta oficial. Según la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, a julio de 2023 se estaba haciendo seguimiento a la disponibilidad del misoprostol [INVIMA, 2023].

Sobre las barreras identificadas en esta categoría, que impiden el cumplimiento normativo y la garantía de derechos, llama la atención la respuesta de la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla, que identifica una única barrera: “Desistimiento materno,

cuando la madre decide continuar con su gestación. No se han identificado a la fecha barreras de tipo administrativo en la prestación de este servicio” [2023, p. 8]. Esta contestación ignora las responsabilidades estatales en garantizar las condiciones para el acceso y el entorno sociocultural del aborto, evidenciando que el estigma y el tabú también se manifiestan en la institucionalidad. Valga recordar que Atlántico y el distrito de Barranquilla son territorios priorizados en el Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna, y en enero de 2022, mientras la Corte Constitucional discutía la demanda que fue fallada en la Sentencia C-055, Lorena Gelis Palomino, de 37 años y madre de tres hijos, murió en esta capital como resultado de un aborto inseguro.

A manera de reflexión

Para ser superadas, las barreras exigen gestiones por parte de organizaciones de la sociedad civil y la movilización de otros recursos estatales, como la intervención de la Defensoría del Pueblo. En los casos acompañados por la entidad se identifican centros hospitalarios que niegan los procedimientos, dilatan injustificadamente la prestación del servicio o solamente brindan la atención tras el envío de mensajes, la realización de llamadas, la presencia in situ de las Duplas de Género, la radicación de oficios y la interposición de tutelas u otras acciones legales. En algunos casos, ni con estas gestiones se logra que las entidades respondan por sus funciones.

Es así que incumplir el marco normativo y vulnerar los derechos de las mujeres tiene altos costos para la ciudadanía y para el Estado mismo, por lo que las soluciones deben ser estructurales, entendien-

do las dimensiones culturales de la IVE. No obstante, no puede perderse de vista que los incumplimientos, las vulneraciones y las prácticas coercitivas con relación a la decisión de interrumpir el embarazo pueden dar lugar a procesos sancionatorios de tipo administrativo, penal y disciplinario, según la Resolución 051 de 2023.

El Tribunal Nacional de Ética Médica [2023] informó no poseer información acerca de los procesos en los tribunales seccionales, los que hacen las veces de primera instancia. Según el ICBF, del 2018 a octubre de 2023, la Oficina de Control Disciplinario estudiaba presuntas irregularidades frente a la IVE de una autoridad administrativa del departamento de Antioquia.

Varias de las personas entrevistadas se quejaron de la nula actuación de la Procuraduría con relación a la IVE, a pesar de

su rol en la protección de los derechos humanos, la vigilancia preventiva de la actuación de las y los servidores públicos, y su función disciplinaria. Esta fue la única entidad que no respondió la petición presentada ni accedió a una entrevista.

Respecto a las sanciones, la Superintendencia Nacional de Salud [2023] tiene en su sistema, desde el 22 de febrero de 2022 y hasta el 31 de agosto de 2023, 254 reclamos en salud relacionados con la IVE, los que representan el 0.01% del total de reclamaciones en salud [2.105.965], los que se encuentran en su totalidad cerrados. Los cinco departamentos en los que se presentan más reclamos son: Bogotá [60], Valle del Cauca [47], Atlántico [19], Antioquia [12] y Nariño [11]. Al revisar por edades, los reclamos son presentados por personas entre los 30 y 37 años [75], seguido de entre los 18 y 24 años [70], entre 25 y 29 años [64] y entre 38 y 49 años [30]; de 13 a 17 años [13], mayores de 63 [1] y de 6 a 12 años [1]. Por último, se identifican reclamos de personas afro [9], indígenas [8] y mulatos [2]; 235 personas no fueron incluidas en ningún grupo étnico. Los reclamos son sobre 33 EPS vigiladas, siendo los cinco con más reclamos: Sanitas [69], Nueva EPS [37], Salud Total [24], Sura [21] y Coosalud [19]. En el listado también se encuentran reclamos que involucran a la EPS-I AIC [3]; Pijaos Salud [1] y Mallamas [1].

En el periodo 1 de agosto de 2022 y 30 de junio 2023 [11 meses], los motivos más frecuentes de las reclamaciones fueron: falta de oportunidad en la programación de procedimientos quirúrgicos [69]; no aplicación de normas, guías o protocolos de atención; deficiencias en la seguridad del paciente [24], demora en la autorización de los procedimientos POS [21]; falta de oportunidad en la asignación de citas de consul-

ta especializada [19]; deficiente información sobre derechos, deberes y trámites [16]; falta de oportunidad en la programación de cirugía [11]; falta de oportunidad en la asignación de citas de ginecología [8]; demora en la referencia o contrarreferencia [6] y demora en el reconocimiento de reembolsos [viáticos] [5]. Asuntos que se han expuesto a lo largo de este capítulo de hallazgos.

De acuerdo con las respuestas a las peticiones realizadas a las instituciones públicas en lo concerniente a sanciones por incumplimientos de las obligaciones legales y fallas en la atención de la IVE en condiciones de calidad y sin barreras, las Secretarías de Salud o quienes hacen sus veces que fueron consultadas cuentan con procedimientos internos para adelantar las investigaciones correspondientes.

En Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud [2023] recibió, desde el 2022 a septiembre de 2023, 27 quejas relacionadas con barreras de acceso para el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo por parte de IPS de la ciudad. Sobre el estado de los procesos, la dependencia informó que en una queja se inició el proceso administrativo sancionatorio, 21 quejas se encuentran surtiendo etapa preliminar, esto es, recaudando las documentales necesarias para determinar si existe mérito para iniciar el procedimiento; y en cinco no se encontró mérito para el inicio de una investigación administrativa, por lo que fueron archivadas.

El componente de sanciones de la política pública podría emitir también un mensaje sobre la relevancia que para el sistema de salud y el Estado tienen los derechos de las mujeres, de manera que incumplir el marco normativo que las protege genera consecuencias.



05. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En Colombia, los derechos sexuales y derechos reproductivos y la Interrupción Voluntaria del Embarazo como parte de estos tienen rango constitucional, de manera que el Estado adquiere obligaciones claramente definidas respecto a su respeto, protección y cumplimiento, las que entrañan la no imposición de restricciones o interferencias mediante coacción, el acceso a los servicios de salud y la creación de un entorno sin discriminación ni estigmatización que permitan ejercer la autonomía reproductiva. Particularmente para las mujeres, este campo de decisión ha sido objeto de múltiples presiones, interferencias y violencias, alimentadas por ideas y representaciones de las mujeres como sujetos subordinados y de la maternidad como su función social por excelencia, que respondería a un llamado natural y divino.

A nivel mundial hay cada vez más acuerdo sobre los resultados positivos de no penalizar el aborto. Esto se refleja en la mejora en las condiciones de los servicios, la disminución de los riesgos para la salud de las mujeres y el aborto inseguro, el reconocimiento de su autonomía y la desestigmatización de la práctica, por señalar unos cuantos efectos positivos. En Colombia, tras el primer año y medio de implementación de la Sentencia C-055 de 2022, que despenalizó el delito de aborto hasta la semana 24 de gestación, se tienen resultados que alientan a continuar en la consolidación de una visión del aborto desde una perspectiva de derechos humanos, salud pública y de despenalización social, que ponga la autonomía de las mujeres en el centro.

Los datos sobre búsqueda de información y acompañamiento de las Duplas de Género, que aumentó en el primer año y medio de la Sentencia C-055 de 2022, evidencian que las mujeres consultan más, lo que hace pensar tanto en una mayor autogestión del aborto, como en la persistencia de inconvenientes para acceder a la información, por lo que deben recurrir a servicios especializados.

Los datos de la atención de la IVE llevan a concluir que las mujeres acuden más a los servicios de salud y que lo hacen esencialmente en las primeras 12 semanas de gestación. De esta manera, el modelo de un plazo de 24 semanas y causales permitiría robustecer la atención en el primer nivel de atención, incluso mediante telemedicina y de manera autogestionada, aunque no sin desatender a mujeres gestantes con edades gestacionales más avanzadas, las que, según muestran los casos, llegan allí por vulneraciones a sus derechos y barreras de acceso. Precisamente este acceso mayoritario en el primer semestre hace más preocupante un escenario de posible desabastecimiento del medicamento misoprostol, como han alertado algunas voces.

Las entidades públicas consultadas para la elaboración de este informe han realizado acciones de distinto tipo buscando avanzar en la implementación. Sobre todo la Resolución 051 de 2023 del Ministerio de Salud y la expedición de actos administrativos que alimentan el conjunto de lineamientos de política pública en el nivel territorial. Las autoridades también han concentrado sus esfuerzos en la

asistencia técnica, la promoción de derechos a través de capacitaciones y la formación de instancias técnicas de articulación que tienen el objetivo de hacer seguimiento y gestión de casos. En ese universo, la perspectiva de derechos humanos y de género con la que los abordan las Duplas de Género confirma la pertinencia de su función y su rol como operadoras del marco normativo y los instrumentos vigentes de política pública. Vale la pena aclarar que no todas estas acciones son novedosas en el sentido de haber surgido después del fallo; sin embargo, sí se identifica la necesidad de actualizarlas al contexto normativo y buscar que sean más estables y con mayor cobertura para asegurar un entorno de mayor legitimidad.

No obstante, el pleno disfrute de la IVE como componente del derecho a la salud sexual y reproductiva sigue siendo una promesa incumplida para niñas, adolescentes, jóvenes, mujeres, hombres trans y personas no binarias e intersexuales, quienes ven insatisfecho el cumplimiento de sus derechos. Lo anterior no es ajeno a las fallas estructurales del sistema de salud, en el que cobertura y el acceso efectivo a los servicios se presentan disociados, y tampoco a otros problemas nacionales como la desigualdad y la persistencia de actores armados ilegales que controlan conductas íntimas como las relacionadas con la reproducción. Este Informe Defensorial propone cinco categorías para organizar las vulneraciones a la IVE, las que responden a los componentes de la salud sexual y reproductiva, a saber: i) acceso a información, educación y medios para decidir; ii) autonomía reproductiva; y iii) acceso a salud reproductiva.

La primera categoría de vulneraciones identificada corresponde a las barreras socioculturales: estigmatización y desconocimiento de los derechos, asociadas a

un clima de estigmatización, patrones culturales y religiosos que se oponen a la autonomía reproductiva, así como al extendido desconocimiento del marco normativo entre mujeres y personas dedicadas a la prestación de los servicios. Las brechas de desinformación y la estigmatización generan consecuencias como la búsqueda de servicios inseguros, además de silenciamiento y censura en torno al tema. Entre la información revisada, llama la atención el hostigamiento por parte de algunos grupos y personas que difunden engaños sobre el aborto y buscan disuadir a las pacientes.

La segunda categoría responde a un esfuerzo por reconocer las acciones y omisiones que coaccionan la toma de decisiones libres sobre la salud reproductiva. En este Informe Defensorial se optó por la categoría violencia reproductiva para nombrar cómo a través de la fuerza, la intimidación o cualquier forma de coacción se afecta o impide la decisión de interrumpir un embarazo, al menos en tres escenarios y por parte de tres actores: el escenario de la salud con su personal, la vida social con actores armados y la vida familiar a través de integrantes de la familia. Cada uno se corresponde, respectivamente, con violencia obstétrica, violencia reproductiva en el marco del conflicto armado y violencia reproductiva en el ámbito familiar. En el informe se señala el control que es ejercido por actores armados en algunas zonas del país, que restringen la información, formación y prestación de servicios de IVE; además del mayor riesgo de interferencia para las menores de edad en el seno familiar, en un contexto nacional de aumento de la violencia sexual de la que son las principales víctimas.

La tercera categoría es la discriminación, que parte del reconocimiento de la discriminación histórica y sistemática de la que

son objeto las mujeres, especialmente en el campo de la reproducción. Esta situación de base se agrava para algunos grupos de mujeres que viven discriminaciones cruzadas, por lo que su capacidad de decidir recibe mayores cuestionamientos y también coacción buscando modificarla. Tal es el caso de las niñas y adolescentes, mujeres con discapacidad y con pertenencia étnica. Lo ocurrido con las dos sentencias anuladas por la Corte Constitucional que tenían por objeto dos casos de mujeres indígenas, y que originaron un nuevo pronunciamiento pendiente de publicación al momento de la escritura de este informe, dio visibilidad a una situación de las mujeres indígenas que ven su deseo supeditado al de la autoridad tradicional, lo que es motivo de preocupación.

Estas y otras circunstancias específicas que impiden la autonomía reproductiva requieren mayor atención por parte de las autoridades. Resulta entonces preocupante la ausencia estatal en zonas rurales cuando se conjuga con presencia de actores armados; contextos en los que la distancia geográfica de los servicios de salud perjudica la atención oportuna de las mujeres y el respeto por sus derechos. Las nuevas dinámicas de los flujos migratorios mixtos que atraviesan el país y que tienen en el Tapón del Darién un punto crítico no son ajenas a las necesidades en torno a la salud reproductiva, más aún teniendo en cuenta que los antecedentes de la migración proveniente de Venezuela revela barreras más severas y xenofobia en el trato. Aunque se encontraron pocos datos sobre el acceso de hombres trans y personas no binarias, queda claro que las rutas no están adecuadas a la atención diferencial que requieren, por lo que la identidad de género se configura como una barrera.

La cuarta categoría reitera que la **criminalización** del delito de aborto consentido entraña grandes contradicciones de derechos humanos, toda vez que su judicializa-

ción opera casi que de manera exclusiva para las mujeres. Si bien el delito se redujo a mínimas proporciones, no dejan de despertar inquietudes los casos conocidos por la Fiscalía en el primer año y medio de implementación de la Sentencia C-055 de 2022, aun cuando estaba vigente la Directiva 006 de 2016, ahora reemplazada por la Directiva 009 de 2023, con lineamientos sobre la investigación y judicialización de este tipo penal.

La quinta y última categoría de vulneraciones a la IVE condensa las **barreras en el acceso**, que se presentan mayoritariamente en el sector salud. Esta categoría resume conductas que obstaculizan el acceso al aborto legal, entre ellas: el incumplimiento de obligaciones legales, las interpretaciones restrictivas y sesgadas del marco normativo y fallas en la prestación de los servicios de salud. Dos puntos neurálgicos aquí son la solicitud de explicar las razones que justifican la interrupción, lo que desconoce la libertad de conciencia de las mujeres y el estándar de que dentro del plazo de las 24 semanas solo es necesaria la voluntad de las mujeres; y la disponibilidad de los servicios, aún no asegurado en todo el territorio nacional y con puntos críticos en territorios pequeños e intermedios, y a partir de determinadas edades gestacionales incluso en ciudades capitales.

Las vulneraciones a la IVE expresan profundas discriminaciones y violencias basadas en género que se articulan en torno a ideas sobre las mujeres y la reproducción, de manera que deben comprenderse en un orden social que subordina a las mujeres y cuestiona sus decisiones, incluso una tan vital e íntima como la interrupción de un embarazo. Para el Estado supone un esfuerzo mayor en distintos niveles, especialmente en el desarrollo de capacidades, la articulación intersectorial, la territorialización y la interseccionalidad, aunque, según se vio, poco se han utilizado las potestades sancionatorias.

Este panorama de aciertos y retos admite plantear un grupo de factores estimulantes para una correcta implementación de la Sentencia C-055 de 2022 que permita a su vez mayor goce y disfrute de la IVE como componente de los derechos sexuales y derechos reproductivos:

1. Apertura, voluntad política y compromiso de las autoridades, lo que incluye a las autoridades indígenas y otras tradicionales.
2. Autoridad, rectoría y suficiencia de las autoridades sanitarias.
3. Entorno de legitimidad y empatía por la autonomía y libertad reproductiva de las mujeres.
4. Existencia de una política pública integral que dé claridad sobre las responsabilidades estatales y de la sociedad civil.
5. Presencia plural de prestadores entrenados en métodos y capacitados en derechos.
6. Diseño de un modelo de sostenibilidad económica.
7. Actividad de una sociedad civil fuerte en comunicación con las autoridades y que realice incidencia y seguimiento.
8. Comunicación de los derechos y el marco normativo en múltiples escenarios sociales, no solamente en el sector de la salud.
9. Desarrollo de metodologías diferenciales que conduzcan a la participación y consulta de grupos con mayores vulneraciones, como las mujeres indígenas, migrantes, entre otras.

Los hallazgos de este **Informe Defensorial** permiten concluir que hay un terreno conquistado con relación al acceso a los servicios, especialmente en zonas urbanas y ciudades capitales, y una sociedad familiarizada con los ejes de la discusión en torno a los derechos sexuales y derechos reproductivos, y en particular sobre el aborto, en un contexto normativo favorable a partir del cual se deberían afianzar las capacidades de las instituciones del Estado y actores privados con responsabilidades en el sistema de salud, frenar las vulneraciones a la IVE y potenciar una transformación cultural que permita la despenalización social del aborto. En mérito de lo anterior, desde la Defensoría del Pueblo se realizan las siguientes recomendaciones.

Recomendaciones

El cambio normativo alcanzado en febrero de 2022 implica la revisión y actualización de distintos instrumentos de política pública que se adecúen al nuevo marco normativo y reflexivo que propuso la Corte Constitucional, según el cual el derecho penal no es una vía conveniente ni eficiente con relación al aborto, y que den cumplimiento al exhorto de formulación de una política pública integral sobre derechos sexuales

y derechos reproductivos. Esta es precisamente la recomendación inmediata que resulta de este **Informe Defensorial**, ya que diseñar esta política podría colmar y completar los frentes en los cuales debería enfocarse el Estado, y que no se limitan a la IVE, sino que podrían abordar un abanico de derechos que se encuentran estrechamente relacionados.

La IVE requiere un abordaje integral, por lo que, aunque es claro el rol preponderante del sector salud y del Ministerio de Salud y la Protección Social en particular, no excluye el compromiso de otras instituciones estatales e incluso de la sociedad en pleno y de sus líderes políticos, especialmente en lo referido a la promoción de derechos y la contribución a una discusión democrática que propicie una mayor apertura de derechos para las mujeres, hombres trans y personas no binarias, así como su empoderamiento y el desarrollo de su subjetividad política. Para esto, es pertinente sostener un diálogo abierto con las organizaciones de sociedad civil y espacios de intercambio y seguimiento.

Por lo anterior, se recomienda a todas las entidades estatales, en todos los niveles, adelantar estrategias de desestigmatización del aborto y de promoción y difusión de la IVE como componente de los DSDR y parte del derecho a la salud, por ejemplo, mediante el desarrollo de campañas comunicacionales con información sobre el marco normativo y las rutas de acceso.

Al Ministerio de Salud y Protección Social

- ☞ Desarrollar un sistema de información confiable y veraz sobre la IVE, en torno al cual se suscite una cultura de análisis de los datos y de reporte obligatorio. Tomar los correctivos necesarios en este momento permitirá hacia futuro hacer seguimiento del comportamiento de la atención.
- ☞ Elaborar un nuevo estudio sobre los determinantes del aborto inseguro, las fallas en el sistema de salud, las barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo,

las consecuencias sociales, económicas y de salud de un acceso limitado al aborto, además de una evaluación de impacto sobre el cumplimiento de la Resolución 051 de 2023, de manera que se cuente con información oficial actualizada al nuevo contexto normativo que permita implementar mejoras.

- ☞ En un escenario de reforma a la salud, lo relacionado con la IVE deberá ajustarse al principio de progresividad y no regresividad en materia de derechos, sin afectarla como una prestación cubierta de manera gratuita.
- ☞ Adelantar desde sus competencias las gestiones necesarias para que a la hora del acceso, bajo ninguna circunstancia, la atención de la IVE esté sujeta a pago anticipado. En esta misma medida, procurar, en diálogo con los actores del sistema de salud, que la atención de la IVE sea incorporada en la planeación prospectiva de pagos, bajo la modalidad de pago global prospectivo, la cual permite garantizar la prestación de este servicio de manera continua, sin dilaciones por razones administrativas, priorizando la atención integral en salud y fomentando la estabilización de un costo acorde a los precios justos del mercado.
- ☞ Promover la inclusión de un eje sobre IVE en la Comisión intersectorial de promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Igualmente, por tratarse de un espacio interinstitucional, se sugiere vincular a entidades del Ministerio Público, como la Defensoría del Pueblo, en cumplimiento de la función de promover el ejercicio y garantía de derechos humanos.

A los agentes del sistema de salud

- ☞ Acatar el marco normativo y abstenerse de incurrir en prácticas prohibidas y que vulneren los derechos sexuales y derechos reproductivos.
- ☞ A las EPS e IPS se les recomienda disponer de servicios de calidad en todos los niveles de atención y, cuando no sea posible, robustecer el sistema de referencia y contrarreferencia sin demoras; construir rutas de atención claras, adecuadas a los estándares legales y con enfoque diferencial; instaurar procesos permanentes de entrenamiento, capacitación y actualización del personal, para que brinden atención respetuosa y de calidad; y tomar todas las medidas necesarias para que la objeción de conciencia se realice según los patrones constitucionales, sin que represente un detrimento para las mujeres, lo que abarca tener un número adecuado de prestadores.
- ☞ Fortalecer la capacitación en técnicas avanzadas para prestar el servicio de la IVE, así como ampliar la red de profesionales y reforzar el servicio en ciudades pequeñas, medianas y en los lugares apartados del país, tomando las medidas necesarias para atenciones diferenciales.
- ☞ Diversificar los enfoques de atención: en centros de salud, a través de telemedicina y teleexperticia, y enfoques de autocuidado que permitan que las mujeres, los hombres trans y las personas no binarias opten por una atención según sus preferencias.
- ☞ Asegurar el suministro suficiente y confiable de insumos, medicamentos,

equipos médicos de calidad y asequibles para toda la población.

- ☞ Como ha sido recomendado por los documentos de El Cairo y Beijing, se recomienda que las profesiones de la salud desarrollen e implementen códigos de ética acordes con los derechos humanos y el marco normativo.

A las Secretarías de Salud distritales, departamentales y municipales

- ☞ Propender por la realización de acciones orientadas al cumplimiento de las funciones de control y vigilancia al sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud que hacen parte de su jurisdicción, con especial énfasis en lo relacionado con la prestación del servicio en salud de la IVE, de conformidad con los marcos normativos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

A las autoridades locales, distritales y departamentales

- ☞ Los gobiernos entrantes tienen la oportunidad de incorporar en sus planes de desarrollo las responsabilidades relacionadas con la IVE para garantizar acceso con calidad. Es así que podrán evaluar, según los avances locales, cómo dar un mayor impulso al tema a través de la destinación de recursos y talento humano especializado.
- ☞ A nivel nacional y local, la articulación y trabajo conjunto con autoridades indígenas para garantizar que niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres adultas con pertenencia étnica vean protegida su autonomía reproductiva.

Al INVIMA

- ☞ Pronunciarse sobre la escasez de misoprostol, además de declararlo en desabastecimiento y como medicamento vital no disponible, para permitir su rápida importación.

A la Superintendencia Nacional de Salud

- ☞ Fortalecer las acciones de vigilancia y control, de manera que se aplique tanto un enfoque preventivo como correctivo mediante sanciones.

Al Ministerio de Educación Nacional

- ☞ Incorporar en sus procesos formativos la educación integral en sexualidad para la ciudadanía, incluyendo la formación de la propia autonomía reproductiva, con enfoque de derechos, género, el marco normativo sobre la IVE e información completa, veraz y científica en la materia.
- ☞ Diseñar e implementar estrategias para la transformación de las normas sociales, los estereotipos y los roles de género que profundizan el estigma y la discriminación frente al aborto.

Al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

- ☞ Tomar las medidas necesarias para que las menores de edad que desean interrumpir sus embarazos no vean vulnerados sus derechos y cuenten con el acompañamiento institucional necesario para la garantía de su voluntad.

- ☞ Impartir un lineamiento técnico para la atención y el acompañamiento en casos en los que las niñas y adolescentes en ejercicio de su derecho a la autonomía reproductiva deciden acceder a la IVE.

- ☞ Actualizar su Lineamiento técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes con derechos amenazados y/o vulnerados, víctimas de violencia sexual, lo que debería estar antecedido de un estudio de los puntos críticos sobre la autonomía reproductiva de las niñas y adolescentes.

A la Fiscalía General de la Nación

- ☞ Evaluar la implementación de los lineamientos de investigación y judicialización de la Directiva 006 de 2016 y la Directiva 009 de 2023, además de capacitar a fiscales y jueces sobre la misma para que las alternativas allí definidas sean aplicadas de manera inmediata a las mujeres actualmente incurso en procesos.

A la Procuraduría General de la Nación

- ☞ Realizar, en materia de prevención y control de la gestión, las acciones que correspondan al cumplimiento de las funciones de vigilancia superior y control disciplinario, orientadas a velar por la protección y defensa de los derechos humanos; en este caso, de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, con especial énfasis en la IVE, y de manera descentralizada.

Referencias bibliográficas

- ☞ Alianza Cinco Claves [2023]. La violencia reproductiva: bases para su comprensión autónoma en la justicia transicional colombiana. <https://colombiadiversa.org/c-di-versa/wp-content/uploads/2023/07/Compliacion-Cinco-Claves.pdf>
- ☞ Álvarez Hurtado, Claudia Marcela, Barrera Yate, Dana Alejandra, y Saldarriaga González Erika Lisseth [2021]. Diagnóstico participativo sobre la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres en el municipio de Neiva, con énfasis en el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) 2015-2019. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y Red Huilense de Defensa y Acompañamiento en Derechos Sexuales y Reproductivos (RHUDA). <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2021/12/RHUDA-Digital-24-11-2021-min.pdf>
- ☞ Álvarez Montoya, Ana Cristina [2023]. Aborto: balance de un año de la despenalización hasta la semana 24. <https://www.eltiempo.com/justicia/cortes/aborto-balance-de-un-an-o-de-la-despenalizacio-n-hasta-la-semana-24-749250>
- ☞ Ann M Starrs, Alex C Ezech, Gary Barker, Alaka Basu, Jane T Bertrand, Robert Blum, Awa M Coll-Seck, Anand Grover, Laura Laski, Monica Roa, Zeba A Sathar, Lale Say, Gamal I Serour, Susheela Singh, Karin Stenberg, Marleen Temmerman, Ann Biddlecom, Anna Popinchalk, Cynthia Summers, Lori S Ashford. Report of the Guttmacher–Lancet Commission. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all. 2018. Disponible: <https://www.thelancet.com/commissions/sexual-and-reproductive-health-and-rights>.
- ☞ Anuradha Kumar, Hessini Leila, Mitchell Ellen M H. Conceptualising abortion stigma. Cult Health Sex. 2009 Aug;11(6):625–39.
- ☞ Asamblea General de la Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Resolución 2200 A [XXI] de 16 de diciembre de 1966. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-co-venant-economic-social-and-cultural-rights>
- ☞ Asociación Profamilia y ATAC [2020]. Acceso al aborto seguro para hombres trans y personas no binarias: un estudio exploratorio en Colombia. Asociación Profamilia: Bogotá. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2021/06/INFORME-ABORTO-PERSONAS-TRANS-JUNIO-1-2021.pdf>
- ☞ Bohórquez, Angélica. [2022, 31 de agosto] Misoprostol en Colombia: la escasez de la que nadie está hablando. Manifiesta. <https://manifiesta.org/escasez-misoprostol-colombia/>

- ☞ Cárdenas-Arias, Edgar Fernando, Escudero-Cardona, Diana Elizabeth, & Noreña-Mosquera, Edgar Adel. [2022]. Seguridad de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en dos Instituciones Prestadoras de Salud en Medellín, Colombia, en 2019. Cohorte histórica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 73(1), 39-47. Epub March 30, 2022.
- ☞ Ceroasetenta y Manifiesta media, con apoyo de la Liga contra el Silencio (22 de junio de 2023). Una red antiaborto se expande por el mundo con oraciones y engaños. Disponible en: <https://www.mutante.org/contenidos/una-red-antiaborto-se-expande-por-el-mundo-con-oraciones-y-enganos/>
- ☞ Chavarro Naranjo, Natalia y Amaya Monroy, Nicole [2023]. ¡Tu tienes derecho a abortar! Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social – PAIS. Universidad de Los Andes.
- ☞ Chelsey E. Brack, Roger W. Rochat and Oscar A. Bernal. “It’s a Race Against the Clock”: A Qualitative Analysis of Barriers to Legal Abortion in Bogotá, Colombia. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health , Vol. 43, No. 4 [December 2017], pp. 173-182.
- ☞ Chingaté, Sara Rodas, Castaño López, Diana Marcela, Tamayo Gaviria, Valeria, Quiroga Contreras, Yinna Marcela, Gracia Plazas, Sahjar Camila [2022]. Diagnóstico sobre Derechos Sexuales y Reproductivos con énfasis en el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el departamento del Quindío. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y Yukasa Feminista. Disponible: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2023/05/YUKASA-digital.pdf>
- ☞ Cinco claves, 2023. La violencia reproductiva: bases para su comprensión autónoma en la justicia transicional colombiana.
- ☞ Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. In Montevideo; 2013. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo> Comité de Derechos Económicos sociales y culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud : 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. 2000.
- ☞ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [2016]. Observación General N.º 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva [artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales]. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW1a0Szab0oXTdlmns-JZZVQfQejF41Tob4CvljeTiAP6sU9x9eXO0nzmOMzdytOOLx1%2BaoaWAKy4%2Buh-MA8PLnWFdJ4z4216PjNj67NdUrGT87>

- ☞ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. CEDAW/C/GC/35. Recomendación general num. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general num. 19.
- ☞ Congreso de Colombia. Ley 1381 de 2010, Por la cual se desarrollan los artículos 7º, 8º, 10 y 70 de la Constitución Política, y los artículos 4º, 5º y 28 de la Ley 21 de 1991 [que aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales], y se dictan normas sobre reconocimiento, fomento, protección, uso, preservación y fortalecimiento de las lenguas de los grupos étnicos de Colombia y sobre sus derechos lingüísticos y los de sus hablantes. Bogotá D.C.; Jan 25, 2010.
- ☞ Congreso de la República. Ley 1996 de 2019, Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad. Bogotá D.C.; Aug 26, 2019.
- ☞ Corte Constitucional de Colombia. Auto 2396 de 2023. Expediente T-8.857.733. Magistrado sustanciador: José Fernando Reyes Cuartas.
- ☞ Corte Constitucional de Colombia. Auto 2397 de 2023. Expediente T-8.857.733. Magistrado sustanciador: José Fernando Reyes Cuartas.
- ☞ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-182 de 2016. Expediente D-11007. Magistrada ponente: Gloria Stella Ortiz Delgado. Bogotá D.C.; Apr 13, 2016.
- ☞ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU-096 de 2018. Expediente T-6.612.909. Magistrado Ponente: José Fernando Reyes Cuartas. Bogotá D.C.; Oct 17, 2018.
- ☞ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU-677 de 2017. Expediente T-5.860.548. Magistrada Ponente: Gloria Stella Ortiz Delgado. Bogotá D.C.; Oct 15, 2017.
- ☞ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-001 de 2012. Expediente T-2.801.782. Magistrado ponente: Juan Carlos Henao Pérez. Bogotá D.C.; Jan 11, 2012.
- ☞ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209 de 2008. Expediente: T-1673450. Magistrado Ponente: Clara Inés Vargas Hernández. Bogotá D.C.; Feb 28, 2008.
- ☞ Corte Constitucional, Comunicado 38, 11 de octubre de 2023. A-2396/23 – A-2397/23 M.P. José Fernando Reyes Cuartas.
- ☞ Corte IDH. Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016.
- ☞ Corte IDH. Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016.
- ☞ Corte IDH. Manuela y otros vs. El Salvador. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021.

- ☞ Dane, [2022a] Comunicado de prensa. Pobreza monetaria. En 2021, en el total nacional la pobreza monetaria fue 39,3% y la pobreza monetaria extrema fue 12,2%. 26 de abril de 2022. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2021/Comunicado-pobreza-monetaria_2021.pdf
- ☞ Dane, [2022b]. Situación de las mujeres rurales desde las estadísticas oficiales. Serie notas estadísticas. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/oct-2022-nota-estadistica-mujer-rural-presentacion.pdf>
- ☞ Dane, [2023]. Boletín Técnico Pobreza multidimensional en Colombia Año 2022. 23 de mayo de 2023. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2022/bol-pobreza-multidimensional-2022.pdf
- ☞ Defensoría del Pueblo [2019]. Informe Defensorial: Violencias Basadas en Género y Discriminación.
- ☞ Defensoría del Pueblo [2023]. Informe defensorial. Violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes en Colombia: análisis de la respuesta estatal. Disponible en: https://www.defensoria.gov.co/documents/20123/1657207/Informe_ViolenciaSexualNNA_VF130323_PDF.pdf/6e51a8ad-2945-a793-4e82-229a95e70537?t=1684956411844
- ☞ Defensoría del Pueblo Regional Amazonas, s.f. Informe de DDHH y violencias basadas en género. Delgado, Diana Melissa [2017]. Diagnóstico participativo sobre implementación de la sentencia C-355 de 2006 que despenaliza parcialmente el aborto en Colombia, en el municipio de Ibagué, 2012-2017. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y Colectivo de Mujeres del Tolima. Disponible: https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/13.-Diagnostico_participativo_e_implementation_de_la_IVE_Ibague.pdf
- ☞ Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena. [18 de octubre de 2023]. Respuesta a petición presentada por la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género. Radicado AMC-OFI-0163950-2023.
- ☞ Dozier JL, Hennink M, Mosley E, Narasimhan S, Pringle J, Clarke L, et al. [2020] Abortion attitudes, religious and moral beliefs, and pastoral care among Protestant religious leaders in Georgia. PLoS ONE 15(7): e0235971. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235971>
- ☞ El Espectador. El 75% de especialistas en ginecología está en desacuerdo con penalizar el aborto. 25 de mayo de 2022. <https://www.elespectador.com/salud/el-75-de-especialistas-en-ginecologia-esta-en-desacuerdo-con-penalizar-el-aborto/>
- ☞ Fiscalía General de la Nación: Directiva 009 de 2023, por medio de la cual se establecen directrices generales para la investigación y la judicialización del delito de aborto.

- 
 Fiscalía General de la Nación. [11 de octubre de 2023]. Respuesta a petición presentada por la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género. Radicado 20238950001681.

- 
 Fundación Mujer y Futuro [s.f.]. Nuestro cuerpo, nuestro territorio. Situación del acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo [IVE] en el Área Metropolitana de Bucaramanga.

- 
 Fundación Oriéntame [septiembre 2020]. Interrupción voluntaria del embarazo por telemedicina. Disponible en: <https://orientame.org.co/interrupcion-voluntaria-del-embarazo-por-telemedicina/>

- 
 Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson Jr B R, Tuncalp Ö, Assifi A et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. The Lancet. 2017 Sep.

- 
 Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu Editores España, editor. Madrid; 2009.

- 
 González Vélez, Ana Cristina y Castro González, Laura [2017]. Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. <https://bit.ly/3jHNwwD>

- 
 González Vélez, Ana Cristina y Melo Arévalo, Carolina [editoras] [2019]. Argumentos para el debate sobre la despenalización total del aborto en Colombia. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Bogotá. Disponible: https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2021/02/Argumentos_CausaJusta-virtual-final-1-1-1-2.pdf

- 
 González Vélez, Ana Cristina. La producción de conocimiento experto: un eje central en la implementación del aborto legal en Colombia. Cad. Saúde Pública 36 (Suppl 1) 6 Abr 2020.

- 
 Guevara Zotaquir, Jessica Alejandra y Benítez Cuchigay, Rosa Yolima [2022]. Diagnóstico participativo sobre la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Boyacá, con énfasis en el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo [IVE] 2015-2019. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y Red DeFemSoras. Disponible: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2022/03/RED-DEFEMSORAS-DIGITAL.pdf>

- 
 Guttmacher Institute. Unintended pregnancy and abortion. Country Profile: Colombia. <https://www.guttmacher.org/regions/latin-america-caribbean/colombia.%202022>

- 
 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. [4 de octubre de 2023]. Respuesta a petición presentada por la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género. Radicado 202311000000260921.

-  Instituto Nacional de Salud. [18 de septiembre de 2023]. Respuesta a petición presentada por la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género. Radicado 210002023003712.
-  Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), Dirección de Medicamentos y productos biológicos [31 de julio de 2023]. Listado de abastecimiento y desabastecimiento julio de 2023. Disponible en: <https://app.invima.gov.co/ovirtual/public/LISTADOdeABASTECIMIENTOyDESABASTECIMIENTOdeMEDICAMENTOS-JUL-31-2023.pdf>
-  Ipas México [2020]. Aborto seguro con misoprostol. Disponible en: <https://ipasmexico.org/2020/11/03/aborto-seguro-con-misoprostol-2/>
-  Jaramillo Sierra, Isabel Cristina, Santamaría Uribe, Nicolás y Forero Mesa, Wilson [2021]. La criminalización del aborto en Colombia. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Disponible: https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2021/08/La-criminalizacioi%CC%80n-del-aborto-en-Colombia_LaMesa-1.pdf
-  La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Red Nacional de Mujeres, Women's Link Worldwide, Fundación Oriéntame. [2021]. Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el contexto de la pandemia por Covid-19. <https://bit.ly/2ZyiiRF>
-  Laza-Vásquez C, Castiblanco-Montañez RA. Percepción del aborto: voces de los médicos en el Hospital de San José [Bogotá]. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2017; 35(1): 70-77
-  López Chica, E. Y. [2023]. Autonomía reproductiva: desigualdad en el acceso al aborto seguro y a métodos anticonceptivos para las mujeres rurales en Colombia. Diálogos De Derecho Y Política, [33], 4–29. Recuperado a partir de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/derypol/article/view/353363>
-  Marlene Gerber Fried. Abortion in the US: Barriers to Access. Reproductive Health Matters , May, 1997, Vol. 5, No. 9, Abortion: Unfinished Business [May, 1997], pp. 37-45.
-  Martínez Londoño, Juliana [2022]. “Uno pasa por muchas cosas”. Barreras de acceso a la IVE en mujeres refugiadas y migrantes venezolanas en Colombia. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Disponible: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2022/09/Libro-Migrantes2-Digital.pdf>
-  Maturana Maturana, Dora Inés, Maturana Córdoba, María Lucelly, Angulo Góngora, Luz Carime, Mena Valderrama, Leidys Emilsen [2023]. Diagnóstico sobre la garantía del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres afrodescendientes de Pereira. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Disponible: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2023/05/Diagnostico-garantia-accesos-IVE-Pereira.pdf>

- 📄 Médicos sin Fronteras, 2023. Aborto en Colombia: las barreras persisten. Disponible en: <https://www.msf.org.co/actualidad/aborto-colombia-las-barreras-persisten/>
- 📄 Médicos sin Fronteras, s.f. Aborto no seguro, mujeres en riesgo. Limitaciones en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Bogotá.
- 📄 Mercedes M, Salomé V, Ana V, González Vélez. El estigma en la prestación de servicios de aborto: características y consecuencias. Hacia la protección de los profesionales de la salud. Grupo Médico por el Derecho a Decidir.
- 📄 Ministerio de Salud y Protección Social [2014]. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, 2014-2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>
- 📄 Ministerio de Salud y Protección Social. [28 de octubre de 2023]. Respuesta a petición presentada por la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género. Radicado 202321022268031.
- 📄 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1904 de 2017, Por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones. 2017.
- 📄 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1904 de 2017, Por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones. 2017.
- 📄 Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. eN https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf; 1995 Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf
- 📄 Niño Contreras, María Isabel, Martínez Londoño, Juliana y Zuleta Arboleda, Eliana [2023]. Primer año del fallo histórico: ¿cómo va la implementación de la sentencia Causa Justa [C-055 de 2022]? Bogotá: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
- 📄 OMS, 2021. Fact sheets: Abortion.
- 📄 ONU. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. [1992]. LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: 29/01/92. Recomendación General No.19.
- 📄 Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la atención para el aborto [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 4]. Available from: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240045163>

- ☞ Parra Rodríguez, Laura. 2021. “‘Es gratis, pero es demasiada volteadera’. Percepciones sobre la espera en mujeres que abortaron durante el segundo y tercer trimestre de gestación en Colombia”. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 42: 107-131. <https://revistas.uniandes.edu.co/index.php/antipoda/article/view/2135/625>
- ☞ Pelletier Quiñones, Paola: La discriminación estructural en la evolución jurisprudencial de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Revista IIDH*, 2014, Vol. 60, 205-215
- ☞ Pérez Hernández, Yovana Fernanda y Cardoso Marín, Luisa Fernanda [2023]. Diagnóstico participativo sobre las barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el departamento del Tolima, 2018-2021. *La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres e Imagina Tolima*. Disponible: https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2023/06/Tolima_digital.pdf
- ☞ Pérez, Beatriz, Sagner-Tapia, Johanna, Elgueta, Herman E. Despenalización del aborto en Chile: una aproximación mixta desde la percepción del aborto en población comunitaria. *Gaceta Sanitaria*. Volume 34, Issue 5, September–October 2020, Pages 485-492.
- ☞ Prada E, Biddlecom A, Singh S. Induced abortion in Colombia: new estimates and change between 1989 and 2008. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2011 Sep;37(3):114-24. doi: 10.1363/3711411. PMID: 21988787.
- ☞ Profamilia, Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS 2015. Bogotá D.C.; 2017.
- ☞ Rebecca Brown, Eszter Kismödi, Rajat Khosla, S. Malla, Lucy Asuagbor, Ximena Andión-Ibanez and Sofia Gruskin. A sexual and reproductive health and rights journey. *Sexual and Reproductive Health Matters*, December 2019, Vol. 27, No. 1 [December 2019], pp. 326-328.
- ☞ Rebecca J. Cook and Ariadna Molinari Tato. Interpretar la “protección de la vida”. *Debate Feminista*, ABRIL 2011, Vol. 43 [ABRIL 2011], pp. 151-168.
- ☞ Rebecca J. Cook and Mahmoud F. Fathalla. Advancing Reproductive Rights Beyond Cairo and Beijing. *International Family Planning Perspectives*, Sep., 1996, Vol. 22, No. 3 [Sep., 1996], pp. 115-121.
- ☞ Restrepo-Bernal DP, Colonia-Toro A, Duque-Giraldo M, Hoyos-Zuluaga C C-O V. Seguridad del tratamiento de la interrupción voluntaria del embarazo según edad gestacional en Medellín, Colombia, 2013-2014. *Rev Col Obs Gin*. 2019;70(3): 174-80
- ☞ Robledo Silva, Paula y Medina Barragán, Mariana. C-055 de 2022. Despenalización del aborto hasta la semana 24 de gestación. [pp. 33-54]. En: Humberto Sierra Porto, Paula Robledo Silva y Diego González Medina [editores]. *Justicia constitucional a debate*. Vol. II, Crónicas jurisprudenciales del primer semestre de 2022. Universidad Externado de Colombia.

- 
 Rodgers YVM, Coast E, Lattof SR, Poss C, Moore B. The macroeconomics of abortion: A scoping review and analysis of the costs and outcomes. PLoS One. 2021 May 6;16(5):e0250692. doi: 10.1371/journal.pone.0250692. PMID: 33956826; PMCID: PMC8101771.

- 
 Rodgers YVM, Coast E, Lattof SR, Poss C, Moore B. The macroeconomics of abortion: A scoping review and analysis of the costs and outcomes. PLoS One. 2021 May 6;16(5):e0250692. doi: 10.1371/journal.pone.0250692. PMID: 33956826; PMCID: PMC8101771.

- 
 Rodríguez Peña, Viviana [2020]. Informe contextual sobre el aborto y la anticoncepción forzada a mujeres combatientes en el marco del conflicto armado. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.

- 
 Rojas, Laura María [2021]. Informe sombra de seguimiento a las observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Colombia al Comité de la CEDAW. Red Nacional de Mujeres y La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Disponible: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2021/06/Informe-Sombra-CEDAW.pdf>

- 
 Rosero Arteaga, Cristina, Riaño Landazabal, Juan Felipe, Martínez, Rocío [2020]. Una radiografía sobre la violencia reproductiva contra mujeres y niñas durante el conflicto armado en Colombia. Centro de Derechos Reproductivos.

- 
 Secretaría de Salud de Manizales. [6 de octubre de 2023]. Respuesta a petición presentada por la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género. Radicado SSP-776.

- 
 Secretaría de Salud de Medellín. [13 de octubre de 2023]. Respuesta a petición presentada por la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género. Radicado 202330907039.

- 
 Secretaría de Salud Pública de Cali. [26 de septiembre de 2023]. Respuesta a petición presentada por la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género. Radicado 202341450200085691.

- 
 Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla. [9 de septiembre de 2023]. Respuesta a petición presentada por la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género. Radicado QUILLA-23-190802.

- 
 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. [28 de septiembre de 2023]. Respuesta a petición presentada por la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género. Radicado 2023-EE-129375. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, Eilers MA, Singh S. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. J Adolesc Health 2015; 56: 223–30].

- ☞ Singh, B. Krishna y Leahy, Peter J. [1978]. Contextual and Ideological Dimensions of Attitudes Toward Discretionary Abortion. *Demography*, Aug., 1978, Vol. 15, No. 3 [Aug., 1978], pp. 381-388
- ☞ Soleimani Movahed M, Hussein Barghazan S, Askari F, Arab Zozani M. The Economic Burden of Abortion and Its Complication Treatment Cares: A Systematic Review. *J Family Reprod Health*. 2020 Jun;14(2):60-67. doi: 10.18502/jfrh.v14i2.4354. PMID: 33603795; PMCID: PMC7865195.
- ☞ Superintendencia Nacional de Salud. [11 de noviembre de 2023]. Respuesta a petición presentada por la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género. Radicado 20239000001975361.
- ☞ Tamaño Muñoz, Juliana, Restrepo Moreno, Clara María, Gil, Laura y González Vélez, Ana Cristina [2015]. Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia. Grupo Médico por el Derecho a Decidir – Colombia.
- ☞ Tamayo, Giulia. [2001]. Bajo a piel. Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- ☞ Tribunal Nacional de Ética Médica. [13 de septiembre de 2023]. Respuesta a petición presentada por la Delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género. Radicado 1036-2023.
- ☞ Triviño Maldonado, Carolina, Martínez Londoño, Juliana, Falla Ospina, Fernanda [2019]. Migrantes Venezolanas en Colombia: barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Disponible: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2019/12/Libro-IVE-Migrantes.-VF.pdf>
- ☞ Troche-Gutérrez IY, Cerquera-Bonilla AC. Percepciones sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo en estudiantes de pregrado en Enfermería. *Rev. Ciencia y Cuidado*. 2021;18(1):9-19.
- ☞ Women's Link Worldwide [2021]. Una violencia sin nombre: violencia reproductiva en el conflicto armado colombiano. Informe ante la Comisión de la Verdad.
- ☞ Zamberli, Nina [2015]. El estigma asociado al aborto como objeto de estudio: los primeros pasos en América Latina, pp. 173-190. En: Ramos, Silvina. Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. CEDES. Buenos Aires.
- ☞ Zucker, Gail Sahar. Attributional and Symbolic Predictors of Abortion Attitudes. *Journal of Applied Social Psychology*, 1999, 29, 6, pp. 1218-1245.



#NosUnenTusDerechos