

**Lineamientos para la construcción de una política pública sobre la interrupción
voluntaria del embarazo en Colombia**

Paola Andrea Soto Grimaldos

Trabajo de Grado para Optar al Título de Magíster en Gestión y Políticas Públicas

Director

Rafael Antonio Viana Barceló

PhD Análisis Económico

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Economía

Maestría en Gestión y Políticas Públicas

Bucaramanga

2022

Dedicatoria

Mi inspiración y amor a todas las mujeres colombianas que luchan día a día por sobrevivir, quienes son juzgadas y señaladas por decidir sobre sus cuerpos.

A mis padres y hermanos que coexisten en todos los momentos de mi vida. A mi yin-yang, mejor amigo, confidente y compañero de vida, que ha recorrido conmigo un largo camino y me ha enseñado a construir sueños: *Mi esposo Fabio Alberto Camargo Figuera*, quien siempre ha creído en mí y me alienta a no rendirme. A *Mi Hijo Alejandro*, quien me enseña todos los días que ser mamá es la tarea más amorosa, compleja y difícil que pude emprender.

A *Diana Carolina Cáceres Rodríguez* por su tenacidad, alma bonita, lealtad, cariño y paciencia. A las mujeres hermosas y poderosas, que hacen presencia en mi vida, mis amigas.

Agradecimientos

A mi director, el profesor *Rafael Antonio Viana Barceló* por su constante apoyo, paciencia e interés en esta experiencia.

A mi maestra eterna, *Patricia Caicedo Higuera*.

Al equipo directivo de maestría, profesor *Jorge Luis Navarro España*, y a *Silvia Carolina Mesa*, por su gestión para este logro.

A la profesora *Ruth Zarate Rueda*, por su motivación y aportes.

A las mujeres que han contribuido con mi formación en la defensa de los derechos de las mujeres.

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| Resumen..... | 8 |
| Abstract..... | 9 |
| Introducción | 10 |
| 1. Antecedentes..... | 14 |
| 1.1 Objetivos de desarrollo sostenible y su relación con el aborto..... | 15 |
| 1.2 Casos emblemáticos en América Latina sobre Aborto..... | 16 |
| 2. Marco teórico..... | 37 |
| 2.1 La Justicia restaurativa..... | 37 |
| 2.2. Las Políticas Públicas como herramientas para convertir en hechos los derechos..... | 38 |
| 3. Marco conceptual de referencia..... | 39 |
| 4. Planteamiento del problema..... | 40 |
| 4.1 Análisis sobre el acceso del aborto en Colombia..... | 40 |
| 4.2 Diagnóstico de acceso al aborto en Colombia | 41 |
| 5. Objetivos de la investigación..... | 45 |
| 5.1 Objetivo general..... | 45 |
| 5.2 Objetivos específicos | 46 |
| 6. Metodología..... | 46 |
| 7. Lineamientos para la Formulación de la Política Pública sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia..... | 47 |
| 7.1 Objetivo de la política pública. | 47 |
| 7.2 Población objetivo | 47 |
| 7.3 Disponibilidad presupuestal..... | 48 |
| 7.4 Enfoques de acción..... | 48 |

| | |
|--|----|
| 7.4.1 Enfoque de Género | 48 |
| 7.4.2 Enfoque de Derechos | 49 |
| 7.5 Lineamientos para la prestación del servicio | 54 |
| 7.6 Monitoreo y seguimiento | 60 |
| 8. Conclusiones | 63 |
| 9. Recomendaciones | 66 |
| Referencias Bibliográficas | 68 |

Lista de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1 <i>Despenalización del aborto en 20 países de América Latina</i> | 20 |
| Tabla 2 <i>Sentencias de Corte Constitucional en materia de aborto en Colombia</i> | 26 |
| Tabla 3 <i>Lineamientos para la construcción de la política pública de interrupción voluntaria del embarazo, basados en documentos publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social y sentencias de la Corte Constitucional de Colombia</i> | 54 |
| Tabla 4 <i>Tablero de indicadores de monitoreo y seguimiento de la política pública de interrupción voluntaria del embarazo en Colombia</i> | 61 |

Lista de Figuras

Figura 1 *Número de muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en Colombia, 2009 a 2020p*

..... 44

Resumen

Título: Lineamientos para la Construcción de una Política Pública sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*

Autor: Paola Andrea Soto Grimaldos***

Palabras Clave: Derechos Sexuales y Reproductivos, Aborto, Promoción de la Salud, Anticoncepción, Política Pública, Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Descripción: En este trabajo se proponen los lineamientos para la construcción de la política pública de interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Debido a la inexistencia de esta, las mujeres corren riesgos al acudir a servicios de aborto de manera clandestina; y las consecuencias se evidencian en la estadística de mortalidad materna por causas asociadas al aborto inseguro o extrainstitucional. El Ministerio de Salud y Protección Social ha sido requerido por la Corte Constitucional, ante el vacío normativo; ordenando a través de múltiples pronunciamientos, que se formule e implemente la política pública de aborto, garantizando la atención integral y elevando la calidad de vida de las mujeres. Se realiza un análisis en dos sentidos, uno, comparando la normatividad de aborto en 20 países de América Latina, con el fin de conocer la tendencia de la despenalización de aborto en la región. Y el segundo análisis se realiza sobre el acceso al aborto en Colombia, con estadísticas de mortalidad materna. Para terminar, se proponen las acciones correspondientes a la formulación de la política pública de interrupción voluntaria del embarazo, basadas en documentos existentes en Colombia sobre la prestación de los servicios y de manera prioritaria, se analizan los pronunciamientos de la Corte Constitucional, que, en lo particular, representan los avances colombianos en derechos sexuales y reproductivos, aunque se requieren acciones coordinadas que mejoren la gestión de la salud en las mujeres.

* Trabajo De grado

** Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Economía. Maestría en Gestión y Políticas Públicas. Director: Rafael Antonio Viana Barceló. PhD Análisis Económico

Abstract

Title: Guidelines for the Construction of a Public Policy on Voluntary Interruption of Pregnancy in Colombia*

Author: Paola Andrea Soto Grimaldos**

Keywords: Sexual and Reproductive Rights, Abortion, Health Promotion, Contraception, Public Policy, Voluntary Interruption of Pregnancy.

Description:

In this paper the guidelines for the construction of the public policy of voluntary interruption of pregnancy in Colombia are projected. Due to its inexistence, women are at risk when seeking abortion services in a clandestine manner, and the consequences are evident in the statistics of maternal mortality due to causes associated with unsafe or extra-institutional abortion. The Ministry of Health and Social Protection has been required by the Constitutional Court, given the regulatory vacuum; ordering through multiple pronouncements, that public abortion policy be formulated and implemented, guaranteeing comprehensive care and raising the quality of life of women. An analysis is carried out in two directions, one, comparing the normativity of abortion in 20 Latin American countries, in order to know the trend of decriminalization of abortion in the region and the second analysis is carried out on access to abortion in Colombia, with statistics on maternal mortality. Finally, the actions corresponding to the formulation of the public policy of voluntary interruption of pregnancy are proposed, based on existing documents in Colombia on the provision of services and, as a priority, the pronouncements of the Constitutional Court are analyzed, which, in particular, it represents Colombian advances in sexual and reproductive rights, although coordinated actions are required to improve the management of women's health.

* Degree Project.

** Universidad Industrial de Santander. Faculty of Human Sciences, School of Economics. Master in Management and Public Policies. Director. Rafael Antonio Viana Barcelo. PhD Economic Analysis.

Introducción

La Ley Estatutaria 1751 (2015), específicamente en su artículo 1, “reconoce la salud, como un derecho fundamental”. Lo anterior abre las puertas a una nueva visión sobre el goce efectivo de la salud de las personas, incluidas las mujeres como sujetos de derechos. Al analizar la salud con perspectiva de género, el panorama de necesidades y la situación de salud reproductiva; el Ministerio de Salud (2014), refiere que “el aborto es una de las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad materna y a la vez, es la causa con una mayor posibilidad de ser intervenida” Minsalud y el Fondo de población de Naciones Unidas, (2014). Por el impacto en la vida de las mujeres, el aborto clandestino, requiere acciones programáticas, con el fin de mejorar la atención en salud sexual y reproductiva.

La primera conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, llevada a cabo en Ottawa en noviembre de 1986, declara a las políticas públicas como área estratégica para promover la promoción de la salud. En este sentido, ubica los temas relacionados con el cuidado de la salud; en la agenda pública, con el objeto de concientizar a los tomadores de decisiones sobre su responsabilidad en el impacto de los programas, la proyección de los recursos y la eliminación de las barreras que impidan su adopción.

La Corte Constitucional, en el 2022, a través de la Sentencia C-355, (2006) despenalizó el aborto hasta la semana 24 de gestación sin obedecer a ninguna causal y exhorta al Congreso de la República y al Gobierno Nacional a formular e implementar una política pública integral en materia de atención de servicios de aborto seguro, institucional y legal. Anteriormente, en el 2006, la Corte ya se había pronunciado a través de la Sentencia C-355 declarando exequible el aborto en tres causales: “i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, y, (iii)

Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta; debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto”.

Pese al estigma social, junto con la carga moral que tiene el tema de aborto, en virtud de lo ordenado por la Corte Constitucional y a la luz de la función legislativa, se debe cumplir de manera inmediata y en el menor tiempo posible la formulación e implementación de una Política Pública integral que incluyan: las medidas legislativas y administrativas que sean necesarias, que evite la desprotección de los derechos de las mujeres y, que resguarde el derecho a la vida en gestación sin afectar el desarrollo de la resolución. La Política de Interrupción Voluntaria y legal del Embarazo debe contener lo mínimo, suficiente y necesario para brindar los lineamientos y regular el cumplimiento en atención hacia el aborto seguro e institucional: la asesoría en opciones disponibles para la mujer gestante, eliminación de las barreras de acceso a la atención integral en derechos sexuales y reproductivos, programas de regulación de la Fecundidad, programas de educación sexual integral para todas las personas, medidas de defensa de la vida para nacidos en circunstancias de cuerpos que desearon interrumpir dicha gestación.

“Las maternidades giran en torno a una construcción social, suscitan discusiones alrededor del aborto voluntario no como opción, sino como el principio y el fin del rol de los cuerpos que pueden gestar”. (García, 2019). Los fallos jurídicos que han tomado en Colombia las altas cortes han implicado romper estereotipos y deconstruir imaginarios históricos del sistema patriarcal que se rehúsan a reconocer las decisiones de las mujeres, que, aunque hoy en día disfrutan de ciertas libertades y goce de sus derechos reproductivos, se hace necesario que la implementación de una política pública en torno al acceso seguro, legal, gratuito e institucional al aborto que ratifique la voluntad estatal de protección de sus derechos.

El presente documento representa un insumo para la construcción de una política pública de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Colombia, conformado por un análisis del marco normativo de sustento, la comparación de los avances - jurídicos latinoamericanos en temas de despenalización del aborto, el análisis de situación de salud respecto al aborto en Colombia, sumado a una interpretación jurisprudencial en torno a la despenalización a lo largo de los últimos años, junto con los lineamientos extraídos de los documentos publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social como son: a) Protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia, b) Atención post aborto y sus complicaciones, c) Orientación y asesoría para la interrupción voluntaria del embarazo, d) Atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo en primer nivel de complejidad y e) Guía de capacitación para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo.

Al inicio de este documento, en el capítulo 1, se encuentran el desarrollo de la revisión documental de los antecedentes asociados a la salud sexual y reproductiva (SSR) de las mujeres en Colombia, dentro de los cuales se menciona la agenda mundial representada en los objetivos de desarrollo sostenible y su relación con el acceso al aborto, la tendencia de despenalización del aborto en América Latina a través de fallos en diferentes estancias en algunos países y leyes ya existentes, el contexto de los derechos humanos, sexuales y reproductivos desde la autonomía reproductiva de las mujeres, normatividad vigente en Colombia, relacionada con la SSR como: la Ley Estatutaria, las sentencias de la Corte Constitucional (CC) como insumo fundamental para la construcción de los lineamientos, el delito de aborto en el código penal, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) como hoja de ruta para la coordinación de actividades encaminadas a implementar servicios de IVE, La Política de Atención Integral en Salud (PAIS) como marco de acción, y las Rutas de atención como herramientas de convertir los hechos en derechos.

Posteriormente en el capítulo 2, se aborda el marco teórico, proponiéndose la Justicia Restaurativa como fundamento esencial para dar respuesta a los conflictos que surgen en la necesidad de despenalizar el aborto en Colombia, y se explica el papel de las políticas públicas como herramienta para la solución del problema de aborto en Colombia. En el capítulo 3, se referencial el marco conceptual para entender el problema. Posteriormente, en el capítulo 4 se realiza el planteamiento del problema, un análisis del acceso de aborto en Colombia y las complicaciones asociadas a los abortos clandestinos e inseguros, la mortalidad materna en Colombia durante 10 años.

En el capítulo 5, se mencionan los objetivos del proyecto, en el 6, la metodología para el desarrollo del trabajo. Y finalmente, en el capítulo 7, se encuentran los lineamientos para la formulación de la política pública de IVE en Colombia, basados en fuentes secundarias de consulta, dentro de los cuales se aborda: objetivo de la política pública, población objetivo, disponibilidad presupuestal, enfoques de acción, lineamientos para la prestación del servicio de IVE en Colombia y una propuesta de monitoreo y seguimiento a través de un tablero de indicadores.

En este orden de ideas, se construye un documento base para el diseño de una política pública que marca el avance en Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) en Colombia.

1. Antecedentes

Elevar la calidad de la atención y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de los y las colombianas se encuentra como una acción plasmada en los planes de desarrollo territoriales en Colombia; los planes de gobierno establecen metas relacionadas en el ámbito de salud y lograrlo, requiere de la participación inter e intra sectorial, exige voluntad política, administrativa y continuidad en los procesos e iniciativas gubernamentales; operativización de políticas públicas en salud integral y el seguimiento correspondiente para evaluar el impacto de las acciones en cada una de las etapas de la vida. (Lezcano-Cárdenas, 2019) (Lezcano, 2019).

Llagicota Guzmán (2020) refiere que el panorama de las necesidades en salud con enfoque de género ubica en los primeros lugares el acceso a la atención reproductiva en las mujeres y posiciona la interrupción voluntaria del embarazo como tema prioritario de la agenda pública en temas de salud, que, llevado a la práctica, para el equipo profesional de salud es común encontrar múltiples razones por las cuales las mujeres solicitan la interrupción voluntaria del embarazo. Entre las principales razones se encuentran: pobreza, falta de información sobre prevención de embarazos y barreras de acceso a programas de regulación de la fertilidad. que específicamente para adolescentes, dentro de las causas para realizar un aborto inducido se encuentran inestabilidad familiar, terminación de la relación de pareja, aislamiento o rechazo por la sociedad, trastornos de salud mental, pobreza y desempleo

Valdés, et al., (2010), estudiaron el aborto dentro del contexto social, apoyan la moción de antigüedad del aborto como procedimiento artesanal y reconocen la urgencia del planteamiento del aborto como un fenómeno recurrente innegable y controversial. Este debe ser abordado como un problema de salud pública, desligado de posturas religiosas. Los autores afirman que no existe algún procedimiento en salud que haya sido tan debatido o que genere tanta controversia,

diversidad de opiniones morales y particulares en respuesta al dilema ético que suscita el tema de aborto, o que reciba constantemente atención pública. (pp 130–137),

En ese orden de ideas, el acceso y la práctica del aborto, está ligado a factores individuales y colectivos que ocasionan dilemas morales y que generalmente operan como barreras al momento de la atención: valores, principios, marco moral y perspectiva ética de la gestante junto con las personas que la rodean, del personal médico pertenecientes a las instituciones de salud, la normativa prohibicionista del procedimiento, el conflicto de valores de las enfermeras que intervienen, el enfoque de salud pública, paradigmas y estereotipos de género.

1.1 Objetivos de desarrollo sostenible y su relación con el aborto

La Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó en 2015, la agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Colombia como Estado miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), adoptó y se comprometió a implementar los objetivos de desarrollo sostenible; a continuación, se mencionan los ODS cuyo cumplimiento está relacionado con la implementación de una Política Pública sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo:

ODS 3. *Salud y Bienestar*: Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todas las personas, en todas las edades. De este modo, este numeral engloba los temas de salud que se abordan en la agenda pública, entre los cuales se tienen: mejorar el estado de salud de las mujeres y niñas, considerado uno de los propósitos principales de las leyes de aborto seguro. Se busca evitar el aborto inseguro, clandestino y extrainstitucional cuyas consecuencias pueden desencadenar causas de enfermedad y muerte en mujeres y niñas, desde la perspectiva en salud física y mental.

ODS 5. *Igualdad de Género*: Alcanzar la equidad de los roles de género y empoderar a todas las mujeres y niñas. Al garantizar el acceso de las mujeres colombianas a la interrupción

voluntaria del embarazo en el contexto de la autonomía reproductiva, la libertad de la autodeterminación es el camino hacia el cumplimiento de la igualdad de género como derecho fundamental, es el inicio de la construcción equitativa y próspera. Las leyes en favor de la eliminación de las desventajas sociales hacia las mujeres, favorece el cumplimiento de este escenario.

1.2 Casos emblemáticos en América Latina sobre Aborto

El tema de aborto en Latinoamérica empieza a ser visible, obedeciendo a demandas contra algunos Estados, los cuales han sido requeridos por mujeres vulneradas en busca de la garantía y el acceso a procedimientos de aborto seguro y legal.

A continuación, se estudian unos casos y la manera en que fueron resueltos construyendo así la normativa jurisprudencial internacional que marca la tendencia de despenalización en la región. Es válido mencionar, que el relato se realiza con un lenguaje cercano a la realidad de cada expediente y que puede herir susceptibilidades en el lector.

PR vs México CIDH, (2007): PR quedó embarazada producto de una violación. Se le negó el aborto aun cuando este, es legal en México. El centro de derechos sexuales y reproductivos denunció el caso ante la comisión interamericana de derechos humanos. El Estado mexicano llega a una solución amistosa reconociendo la falta de un marco normativo que regule a interrupción voluntaria del embarazo, lo que generó la vulneración de los derechos fundamentales de Paulina.

KL vs Perú: Silva, (2016): KL Se encontraba con 14 semanas de gestación cuando su embarazo fue diagnosticado como incompatible para la vida debido a que el feto era anencefálico (le faltaba la mayor parte del cerebro anterior). Si bien en Perú la interrupción terapéutica del embarazo estaba permitida, esta no fue practicada por el director del hospital. KL no sólo dio a luz, sino que se vio obligada a amamantar al producto de la concepción. En 2002 ella denunció su

caso ante el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas argumentado que: 1. El embarazo puso en grave riesgo su vida y su integridad física y psicológica. 2. El forzarla a continuar con el mismo se convierte en una clara vulneración a los tratados internacionales que prohíben la violencia contra las mujeres, y 3. Sufrió tratos crueles inhumanos y degradantes por parte de los servidores públicos, que la obligaron a continuar con el embarazo.

La Justicia peruana señaló que la falta de acceso a un aborto legal es una clara violación al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos Comité de Derechos Humanos, (2004): Derecho a estar libre de tratos crueles, inhumanos y degradantes (art. 7), a la intimidad (art. 17), y a la protección especial por ser menor de edad (Art. 24).

KAR y niñas vs Chile CIDH, (2012)(CIDH, 2012): La señora AR interpone demanda ante la comisión interamericana de derechos humanos por el trato discriminatorio que sufrió y que terminó en el retiro de la custodia de sus hijas por cuenta de su orientación sexual.

La Corte chilena consideró que, si la diversidad sexual es un componente esencial de la persona, no se le podía exigir a KAR que pospusiera su proyecto de vida y de la familia. A su vez, la corte dijo "No se puede considerar como "reprochable o reprobable jurídicamente", en ninguna circunstancia, que la señora KAR haya tomado la decisión de rehacer su vida. Además, no se encontró probado un daño que haya perjudicado a las tres niñas".

La Corte chilena constató que la injerencia arbitraria en la orientación sexual constituye una violación al derecho a la vida privada y la esfera íntima de las personas.

En cuanto al argumento de que la sociedad no estaba preparada para un caso así y que las niñas iban a sufrir, la justicia chilena declaró que: "Si bien es cierto que ciertas sociedades pueden ser intolerantes a condiciones como la raza, el sexo, la nacionalidad o la orientación sexual de una

persona, los Estados no pueden utilizar esto como justificación para perpetuar tratos discriminatorios."

MM vs Perú (Mar, Ch, & Per, 2003): en 1995 durante la presidencia de Fujimori se diseñó y ejecutó un programa para la luchar contra la pobreza regulando la natalidad, por el cual ha sido condenado en por sus Políticas de Esterilización forzada. En 1998 se denunció que en los programas:

1. Había una falta de garantías para la libre elección de los métodos de planificación familiar. Los centros de salud sostenían que tener más de 5 hijos se sancionaba con prisión y multas, no brindaban información veraz, completa, clara y oportuna.
2. Campañas destinadas exclusivamente a métodos de esterilización quirúrgica o definitivos, además de irreversibles.
3. Falta de seguimiento después de la intervención quirúrgica y por consiguiente riesgo alto de complicaciones.
4. Las metas referidas a los métodos de planificación familiar eran altísimas, de manera que por más población que logaran abarcar, nunca se acercaban al cumplimiento, lo que se traducía en sanciones a las instituciones de salud y profesionales.
5. Tendencia compulsiva en la aplicación del programa, es decir, si las personas se acercaban al sistema de salud por cualquier razón, las instituciones se empeñaban en captarlos e incluirlos al programa de regulación de la fertilidad.

MM era una mujer con 7 hijos que fue constreñida por los trabajadores del centro de salud al que acudía para que se realizara la ligadura de trompas. Nunca fue informada de las consecuencias y riesgos de la operación, falleció 8 días después por una infección post operatoria

debido a negligencia médica. En 2003 el estado reconoció la responsabilidad en la violación de los derechos de *MM* y se obligó a adoptar medidas de reparación respecto de las víctimas.

1.3 Leyes de aborto en América Latina


















Brindar a las mujeres la posibilidad de tomar decisiones sobre su propio cuerpo, de manera libre y autónoma, es una de las apuestas políticas más antiguas de las asociaciones de mujeres. En América Latina, las activistas en defensa de los derechos de las mujeres han sugerido la interrupción voluntaria del embarazo desde diversas perspectivas: como una deuda de justicia social, una cuestión de salud pública y como un hecho político, Caldas, (2020).

En el siguiente apartado, se realiza un análisis sobre la tendencia jurídica en cuestión de aborto en la región latinoamericana y de esa manera, obtener puntos de referencia sobre la despenalización del aborto en otros países.


El Centro de Derechos Reproductivos, en su página web y con el aporte de un grupo de abogados cuenta con una herramienta interactiva que interpreta las disposiciones jurídicas que han emanado las entidades encargadas de los países a nivel mundial.


En la Tabla 1, a través de la asignación de colores o semaforización, se muestra la despenalización del aborto en 20 países de América Latina de la siguiente manera:

Tabla 1 *Despenalización del aborto en 20 países de América Latina*

| PAIS | Despenalización del aborto | PAIS | Despenalización del aborto |
|----------------------|--|------------|--|
| Nicaragua |  | Paraguay |  |
| Honduras |  | Bolivia |  |
| Guatemala |  | Perú |  |
| El Salvador |  | Ecuador |  |
| República Dominicana |  | Costa Rica |  |
| Haití |  | Venezuela |  |
| Jamaica |  | Argentina |  |
| Brasil |  | Cuba |  |
| Colombia |  | Chile |  |
| Panamá |  | Uruguay |  |

Nota: A los países que tienen totalmente prohibido el aborto se asignó 

A los países que tienen despenalizado el aborto con causales especiales y límites de edad gestacional se asignó el color 

Y a los países que tienen totalmente despenalizado el aborto se asignó 

La Tabla 1. Fue elaborada de acuerdo con el mapa interactivo de la página web del Centro de Derechos Latinoamericanos. [https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/?category\[1348\]=1348](https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/?category[1348]=1348)

En la tabla 1, se puede observar que 14 países; Guatemala, Brasil, Colombia, Panamá, Paraguay, Bolivia, Perú, Ecuador, Costa Rica, Venezuela, Argentina, Cuba, Chile y Uruguay, los cuales representan el 70% de los países analizados, están en color amarillo o con despenalización parcial, bajo condiciones o con límite de edad gestacional y 6 países: Nicaragua, Honduras, El Salvador, República Dominicana, Haití y Jamaica quienes representan el restante, el treinta por

ciento (30%) están en color rojo, cuyo significado es que dichos países no tienen circunstancia alguna en la que una mujer pueda acceder a un aborto inducido y legal. Es de resaltar, que, ningún país, se encuentra en color verde debido a que no tienen despenalizado el aborto bajo alguna causal o condición; el país que más se acerca a la despenalización sin causales es Colombia, debido a que hasta la semana 24 de edad gestacional, no requiere circunstancias especiales para acceder al aborto libre, gratuito y seguro en el marco del Sistema de Salud Colombiano.

1.4 Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos – Autonomía Reproductiva de las mujeres en Colombia - Contexto del aborto en Colombia

El Ministerio de Salud y Protección social a través de la Política de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014 – 2021, promulgó la comprensión de la sexualidad como una condición inherente al desarrollo del ser humano y precisamente por formar parte de la naturaleza y diversidad del cuerpo humano. Por ello, debería ser contemplada sin ningún tipo de dilema moral, desde el respeto por las personas y la protección de su dignidad. Como tal, las acciones van encaminadas al acompañamiento que busca proveer las circunstancias necesarias para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos ministerio de salud Minsalud, (2014).

A continuación, se relacionan algunas leyes que regulan la protección de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde las cuales se puede analizar el diseño e implementación de una política pública en interrupción voluntaria del embarazo:

Mediante la Ley 985 del (2005), se adoptaron medidas de prevención, protección y asistencia, necesarias para garantizar el respeto de los derechos humanos de las posibles víctimas de trata de personas, tanto las residentes o trasladadas en el territorio nacional, como las colombianas en el exterior.

A través de la Ley 1257 del (2008) el Congreso de la República: “Estipuló normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reformaron los Códigos Penal y de procedimiento penal, y se dictaron otras disposiciones” En el Capítulo 4 “Todas las autoridades encargadas de formular e implementar políticas públicas deberán reconocer las diferencias y desigualdades sociales, biológicas en las relaciones entre las personas según el sexo, edad, etnia y rol que desempeñan en la familia y el grupo social” y otorga al Gobierno Nacional la competencia de formular, aplicar y actualizar planes, estrategias y programas nacionales para la prevención y erradicación de todas las formas de violencia contra la mujer. De acuerdo con la ley mencionada: “La violencia contra la mujer puede definirse como cualquier acción u omisión que cause muerte, sufrimiento o daño físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer”.

Debido a lo anterior, se puede contemplar la omisión de la atención en salud como una exposición en un escenario violento hacia las mujeres. Y por primera vez una ley incluyó como violencia contra la mujer la afectación económica o patrimonial por el hecho de ser mujer. Este texto define la violencia económica como cualquier acción u omisión orientada al abuso económico, control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica y política. En su artículo 8 se establece como un derecho de las víctimas: Recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con la salud sexual y reproductiva.

1.5 Ley Estatutaria en Salud y su relación con la interrupción voluntaria del embarazo.

Con el fin de salvaguardar los derechos fundamentales de las mujeres, La Corte Constitucional se ha pronunciado en numerosas ocasiones desde el 2006, en el marco de la Ley

Estatutaria que, atribuye la salud como derecho fundamental y por tanto se debe garantizar y proteger.

El Congreso de la República a través de la Ley Estatutaria 1751 de (2015) en el artículo 4, define el Sistema de Salud, como: el “Conjunto articulado y armónico de principios, normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento, controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del Derecho Fundamental a la Salud”. En este mismo sentido atribuye la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del Derecho Fundamental a la Salud. En el Artículo 8, la Ley Estatutaria en mención, caracteriza la atención integral de servicios y tecnologías en salud y que deben ser suministrados de manera completa sin ningún tipo de fragmentación en detrimento de la salud de las personas.

Por consiguiente, la política pública que se propone construir en este trabajo formaría parte del Sistema de Salud y ese macro escenario que rige el Ministerio de Salud y Protección Social en representación del Estado, incluyendo otros sectores como: Educación, justicia y protección, logrando así la sinergia en pro de salvaguardar la vida de las mujeres.

1.6 Sentencias de la Corte Constitucional Colombiana como insumo fundamental para la construcción de los lineamientos

En Colombia, la demanda insatisfecha de aborto seguro, legal y gratuito llega a la Corte Constitucional, y se genera distintos pronunciamientos descritos a continuación:

En febrero del año 2022, la Corte Constitucional decidió avanzar hacia la despenalización del delito de aborto sin causales hasta la semana 24 en la Sentencia C-055 de 2022, y exhorta al Congreso a legislar en favor de los derechos fundamentales de las mujeres gestantes,

materializando su función en la formulación e implementación de una Política Pública e integral sobre aborto.

En el año 2006, la Corte Constitucional, se pronunció mediante la Sentencia C-355, enfrentada al desafío de implementar la Dimensión 5 prioritaria del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012) dando cumplimiento a conferencias mundiales e internacionales de derechos humanos, cumpliendo la función de la rama legislativa encargada de diseñar las leyes y por diferentes motivos no lo hayan hecho a este respecto, por el contrario, continúan apoyando la penalización absoluta del aborto en cualquier circunstancia. Este avance se convierte en la primera sombrilla garantista hacia el acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo que con otros servicios complementarios mejora la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, que no puede carecer de asistencia calificada en la atención, la implementación de dicha legislatura obliga a humanizar el cuidado a las mujeres, a la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos, necesariamente integra la prevención de embarazos no planeados, reduce el riesgo de la clandestinidad tanto para mujeres como para los productos de embarazos no decididos y previene las numerosas consecuencias de la realización de abortos clandestinos.

La ponencia de la (Corte Constitucional de Colombia, 2006), declara la Interrupción Voluntaria del Embarazo como un derecho fundamental de las niñas y mujeres, en tres circunstancias:

- i. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.
- ii. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.

iii. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto; Y proclama que la prohibición absoluta del aborto es inconstitucional.

En materia de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) existen algunos vacíos jurisprudenciales que se han venido solucionando en los últimos quince años, desde una perspectiva de derechos humanos y siempre aplicando el principio de favorabilidad cuando ha habido colisión de derechos.

Preocupa, sin embargo, que, el Congreso de la República no ha reglamentado lo que la jurisprudencia ha reconocido por más de diez años el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Ha sido la Corte Constitucional, compuesta por un grupo de magistrados que no son elegidos por voto popular quienes han garantizado el derecho de las mujeres a decidir en su autonomía reproductiva. Hay que recordar que el Congreso es elegido por voto popular y es un reflejo de las dinámicas de la sociedad colombiana, por lo anterior se podría decir que solo a través de un cambio social y cultural, temas como el aborto serán objeto de un debate legal serio y profundo, fundamentado en los derechos humanos de las mujeres.

En la Tabla 2, se encuentran las Sentencias de la Corte Constitucional en materia de interrupción voluntaria del embarazo, excepto la Sentencia C-055 de 2022 y la Sentencia C-355 de 2006; por cuanto se considera que se ha realizado un abordaje suficiente a lo largo del documento.

Tabla 2 *Sentencias de Corte Constitucional en materia de aborto en Colombia*

| SENTENCIA | CONTENIDO |
|---|---|
| SENTENCIA T-988 DE 2007(CONSTITUCIONAL, 2006) | Esta sentencia falla en el caso de una joven con discapacidad física, psíquica y sensorial que fue víctima de acceso carnal no consentido y la EPS se negó a practicar el aborto. En este pronunciamiento la corte reafirma que cuando la mujer que solicita la IVE se encausa en acto sexual no consentido, es suficiente que alleguen la denuncia penal para garantizar el acceso al procedimiento, no se pueden imponer prácticas desproporcionadas a la víctima, tales como: i) Evidencia forense de penetración sexual. ii) pruebas que avalen que la relación sexual fue involuntaria y abusiva. iii) fallo a favor de la víctima por parte de un juez. iv) que quien recepciona la denuncia esté convencido del acto abusivo v) permiso o autorización por terceros. |
| SENTENCIA T-636 DE 2007 (CONSTITUCIONAL, 2007) | Esta sentencia se encuentra enfocada a la causal de riesgo para la vida o la salud de la mujer y su derecho al diagnóstico oportuno. La Corte aclara en su fallo que el derecho al diagnóstico se relaciona con otros derechos fundamentales y pueden ser protegidos mediante acción de tutela. Se reafirma en que el derecho a la IVE en Colombia es un derecho fundamental y se inscribe dentro de la categoría de derechos reproductivos, que, a su vez, son reconocidos como Derechos Humanos. Toda mujer tiene derecho a recibir un diagnóstico oportuno y actualizado sobre el estado y las condiciones de su embarazo. El derecho a la IVE incluye el derecho a recibir un diagnóstico oportuno e integral. |
| SENTENCIA T-171 DE 2007 (COLOMBIA, 2007) | El tema abordado en este fallo es Causal: Riesgo para la vida o la salud de la mujer. Este es el primer fallo después de la Sentencia C355 de 2006(Corte Constitucional de Colombia, 2006). La Corte declara que existe un hecho superado por cuando al momento de conocer el caso, la mujer ya no se encontraba en embarazo, por lo anterior decide no fallar a fondo y recuerda las causales de despenalización. |
| SENTENCIA T-209 DE 2008 (CONSTITUCIONAL, 2008A) | El caso trata de una niña de 13 años embarazada producto de abuso sexual, quien solicito la IVE y el sistema de salud atendió su caso. Este fallo es muy importante por los estándares jurídicos que disponen. La Corte condena a la EPS, a la IPS y a los profesionales del caso a pagar los perjuicios causados a la menor, y se reafirma en que la IVE en menores de 14 años “la exhibición de la denuncia se torna en una mera formalidad y la falta de esta no puede ser un pretexto para dilatar la interrupción del embarazo, si la mujer solicita que se le practique el aborto”. Aparece el aspecto de objeción de conciencia que, si bien es cierto, es un Derechos de los profesionales de salud, este no puede ser utilizado como barrera para impedir el procedimiento, de manera colectiva o institucional, no se pueden abstener de remitir o canalizar a la mujer para que sea atendida por personal disponible o una IPS que cuente con médicos no objetores de conciencia. Dictamina en esta misma sentencia las reglas para la objeción de conciencia: “(i). Los profesionales de la salud en todos los niveles tienen la obligación ética, constitucional y legal de respetar los derechos de las mujeres. (ii). Los médicos o el personal administrativo no pueden exigir documentos o requisitos adicionales, con el fin de abstenerse de practicar o autorizar un procedimiento de IVE. (iii). La objeción de conciencia no es un derecho del que son titulares las personas jurídicas. (iv). Prohibición de objeción de conciencia institucional: La objeción de conciencia es un derecho que solo es posible reconocer a las personas naturales. (v). La objeción de conciencia debe presentarse de manera individual en un escrito en el que se expongan debidamente los fundamentos. (vi). La objeción de conciencia no puede presentarse de manera colectiva. (vii). La |

objeción de conciencia debe fundamentarse en una convicción de carácter religioso, pues de lo que se trata no es de poner en juego la opinión del médico en torno a si está o no de acuerdo con el aborto. (viii). La objeción de conciencia no puede fundamentarse en la opinión del médico en torno a si está o no de acuerdo con el aborto. (ix). La objeción de conciencia no puede vulnerar los derechos fundamentales de las mujeres. (x). El médico que se abstenga de practicar un aborto con fundamento en la objeción de conciencia tiene la obligación de remitir inmediatamente a la mujer a otro médico que si pueda llevar a cabo el aborto. (xi). Cuando se presenta objeción de conciencia el aborto debe practicarse por otro médico que esté en disposición de llevar a cabo el procedimiento de IVE, sin perjuicio de que posteriormente se determine si la objeción de conciencia era procedente y pertinente, a través de los mecanismos establecidos por la profesión médica, o en su defecto por el Ministerio de la Protección Social, conforme a las normas pertinentes. (xii). El Sistema de Seguridad Social en Salud debe garantizar un número adecuado de proveedores habilitados para prestar los servicios de interrupción del embarazo. (xiii). Las mujeres tienen derecho al acceso real, oportuno y de calidad al Sistema de Seguridad Social en Salud cuando soliciten la interrupción de su embarazo, en todos los grados de complejidad de este. (xiv). El Sistema de Seguridad Social en salud no puede imponer barreras administrativas que posterguen innecesariamente la prestación del servicio de IVE. (xv). El incumplimiento de las anteriores previsiones da lugar a la aplicación de las sanciones previstas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (xvi). La objeción de conciencia no es un derecho absoluto. Los profesionales de la salud deben atender las solicitudes de interrupción de embarazo en forma oportuna de conformidad con la sentencia C-355 de 2006 y es su obligación remitir inmediatamente a la mujer embarazada a un profesional de la salud que pueda practicar dicho procedimiento. (xvii). Si bien los profesionales de la salud tienen derecho a presentar objeción de conciencia, no pueden abusar del mismo utilizándola como una barrera para impedir, de manera colectiva o institucional, la realización del procedimiento”(Constitucional, 2008a).

La Corte, menciona las consecuencias jurídicas que conllevan al desconocimiento de jurisprudencia constitucional por la no práctica oportuna del aborto, y son: “(i) La competencia del Tribunal de Ética Médica para evaluar las objeciones de conciencia presentadas con ocasión de la solicitud de IVE; (ii) La potestad investigativa y sancionatoria de la Superintendencia Nacional de Salud y del Ministerio de la Protección Social; (iii) La investigación disciplinaria y penal de los jueces de instancia; y (iv) La indemnización de perjuicios”(Constitucional, 2008a)

SENTENCIA T-946 DE 2008(CONSTITUCIONAL, 2008B) Se trata de un caso que la Corte falla, reiterando la jurisprudencia y los estándares en IVE, incluyendo la objeción de conciencia, fijados hasta el momento del pronunciamiento. Se oficia a las entidades involucradas para hacer seguimiento de este asunto a médicos tratantes y de instancia, dando cumplimiento a la jurisprudencia constitucional.

SENTENCIA T-009 DE 2009(CONSTITUCIONAL, 2009A) La Corte Constitucional decide fallar asunto de fondo en esta ocasión a la demandante, aunque para el momento de la Sentencia ya la mujer no se encontraba en estado de gestación, si considera que persiste la vulneración del Derecho a la dignidad humana, ocasionada por la no atención de la EPS a la solicitud de IVE. La Corte reitera la importancia del derecho a la autodeterminación y autonomía reproductiva de la mujer. Dentro de los estándares jurídicos fijados en la Sentencia se encuentran: nadie puede tomar la decisión por las mujeres, son ellas quienes deciden y soportan las consecuencias de sus decisiones. “El trato que recibió la mujer respecto a la toma de decisiones compromete su dignidad humana, pues todas

las autoridades decidieron por ella, pasando por alto su voluntad y consentimiento. El derecho a la dignidad tiene tres componentes: (i) Vivir como se quiera: Dignidad como autonomía y autodeterminación. (ii) Vivir bien: Dignidad como ciertas condiciones materiales concretas. (iii) Vivir sin humillaciones: Dignidad como integridad física y moral”. (Constitucional, 2009a)

SENTENCIA T-388 DE
2009
(CONSTITUCIONAL,
2009B)

Esta es una Sentencia fundamental, por que completa estándares relacionados con la prestación del servicio de IVE, reconoce su fuerza vinculante para los prestadores y funcionarios. Se enfoca en emitir más reglas para la objeción de conciencia, así como deberes y obligaciones de los funcionarios de salud y trabajadores de las instituciones. Este es el primer pronunciamiento después del 2006 que reitera el papel de los psicólogos y su concepto en materia de IVE. La Sala incluye en sus estándares jurídicos que el Estado está en la obligación de suministrar información oportuna, veraz, completa y clara en materia de Derechos Reproductivos, y es responsable de garantizar las medidas necesarias para el acceso a la IVE en todo el territorio nacional, en toda la Red Hospitalaria y a cualquier edad gestacional, quienes intervengan en la prestación del servicio están llamados a respetar la decisión de las mujeres, garantizar y proteger con el secreto profesional el Derecho a la Intimidad y Confidencialidad de las mujeres. La Corte enuncia los siguientes estándares jurídicos: “Penalizar la IVE en toda circunstancia se constituye como una interferencia estatal desproporcionada e irrazonable sobre la libertad y la dignidad de las mujeres. Forzar a una mujer a continuar el embarazo con una malformación incompatible con la vida, es considerado como un trato cruel, inhumano y degradante que afecta su derecho a la dignidad humana. Frente a la causal de riesgo para la vida o la salud, se tiene que las mujeres no pueden ser obligadas a asumir sacrificios heroicos ni puede conducir sacrificar sus propios derechos en beneficio de terceros o del interés general, así el embarazo haya sido resultado de un acto consentido. Se enlistó, de forma enunciativa, algunas de las obligaciones de respeto y de garantía más importantes frente al derecho a la IVE:

(i). Las mujeres puestas bajo las hipótesis contenidas en la sentencia C-355 de 2006 gozan del derecho a decidir libres de presión, coacción, apremio, manipulación y, en general, cualquier suerte de intervenciones inadmisibles respecto de la interrupción voluntaria del embarazo. (ii). Todas las mujeres deben poder contar con la información suficiente, amplia y adecuada que les permita ejercer a cabalidad y en libertad sus derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye, estar plenamente enteradas respecto de lo dispuesto en la sentencia C-355 de 2006 así como en el Decreto 4444 de 2006 “Por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva”. (iii). Los servicios de IVE deben estar disponibles en todo el territorio nacional, y las mujeres en estado de gravidez han de poder acceder a los mismos en todos los niveles de complejidad que lo requieran. (iv). Las personas profesionales de la salud y, en general, el personal de salud que atiende la solicitud de las mujeres relativa a la IVE están obligados a ofrecer plena garantía de confidencialidad y, en consecuencia, a respetar el derecho de las mujeres a la intimidad y a la dignidad. (v). Ni las mujeres que optan por IVE bajo las hipótesis previstas en la sentencia C-355 de 2006, ni quienes atienden su solicitud, pueden ser víctimas de discriminación o de prácticas que limiten de alguna forma o impidan su acceso al lugar de trabajo o a centros educativos o su afiliación al sistema general de salud o riesgos profesionales. (vi). Ninguna IPS, sea pública o privada, confesional o laica, puede negarse a la interrupción voluntaria del embarazo cuando la mujer se encuentra bajo los supuestos despenalizados, cualquiera que sea el tipo de afiliación a la seguridad social que tenga la mujer y con independencia de su condición social, económica, edad, capacidad de pago, orientación sexual o etnia. Las entidades prestadoras de salud NO pueden elevar obstáculos adicionales no contemplados por la sentencia C-355 de 2006 que impliquen una carga desproporcionada y arbitraria a las mujeres. Son barreras de acceso a la IVE: (i).

Realizar juntas médicas que dilatan injustificadamente la IVE. (ii). Impedir que las menores de 14 años se manifiesten frente al consentimiento informado, cuando sus padres estén de acuerdo. (iii). Solicitar requisitos adicionales a los ya descritos, ni exigir: (a) dictámenes de medicina forense; (b) órdenes judiciales; (c) exámenes de salud que no son practicados de manera oportuna; (d) autorización por parte de familiares, asesores jurídicos, auditores, médicos y pluralidad de galenos. (iv). Alegar objeción de conciencia colectiva, adherirse a formatos o suscribir pactos para no realizar procedimientos de IVE. (v). Ejercer presión sobre personal médico que es considerado no objetar conciencia. (vi). Desestimar certificados emitidos por psicólogos. (vii). Incumplir el sistema de referencia y contra referencia cuando el servicio de IVE no está disponible en la IPS a la que acudió la mujer. (viii). No disponer de redes públicas que presten el servicio de IVE. (ix). Exigir un previo permiso o autorización judicial a las mujeres que optan por interrumpir su embarazo. (x). Elevar obstáculos adicionales no contemplados por la sentencia C-355 de 2006(Corte Constitucional de Colombia, 2006) que impliquen una carga desproporcionada y arbitraria a las mujeres, entre otras. Requisitos para el ejercicio de la objeción de conciencia son: (i). Expresarlo por escrito, (a) señalar las razones por las cuales la IVE está en contra de sus más íntimas convicciones; y (b) el profesional médico al que se remite a la mujer. (ii). Es prohibido utilizar formatos para objetar conciencia; (b) objetar conciencia de manera colectiva; (c) objetar conciencia a nombre de un tercero; (d) no tener certeza de que el profesional al que se remita el caso no sea objetor de conciencia y que tenga la experticia y pericia para llevar a cabo la IVE. (iii). La objeción de conciencia no será una posibilidad cuya titularidad se radique en cabeza del personal que realiza funciones administrativas, ni de quien o quienes lleven a cabo actividades médicas preparatorias de la intervención, ni de quien o quienes tengan a su cargo las actividades posteriores a la intervención, únicamente del personal que realiza directamente la intervención médica. (iv). La objeción de conciencia es un derecho individual y no colectivo, es un derecho del que se excluyen a las personas jurídica, por lo que ninguna entidad prestadora de salud- sea pública o privada, confesional o laica- puede negarse a la interrupción voluntaria del embarazo cuando la mujer se encuentra bajo los supuestos establecidos en la sentencia C-355 de 2006. (v). Las autoridades judiciales no pueden objetar conciencia, las causales de impedimento en el caso de las autoridades judiciales son taxativas, no contemplan la objeción de conciencia, y son de interpretación restrictiva pues su ejercicio significa una restricción al acceso a la administración de justicia. (vi). Es imposible catalogar la objeción de conciencia como un acto que permanece ubicado dentro del fuero interno de quien la ejerce, pues su ejercicio desata consecuencias frente a terceras personas en materia de IVE, razón por la cual existen reglas para su ejercicio. (vii). Si solo existe una persona profesional de la medicina que pueda practicar la IVE bajo las hipótesis previstas en la referida sentencia, entonces deberá practicarlo. En esta hipótesis la restricción a la libertad de conciencia del médico es totalmente legítima -en tanto proporcional y razonable-, pues conlleva la protección [entre otro] del derecho a la vida y la salud de la mujer gestante”. (Constitucional, 2009b)

SENTENCIA 585 DE 2011(CONSTITUCIONAL, 2011)

Esta sentencia se produce en respuesta a una mujer que tutela porque su embarazo representaba un riesgo para ella y la IPS no tomó las medidas necesarias para verificar la gravedad del riesgo para la salud de la mujer dilatando el diagnóstico y la autorización de la IVE.

En este fallo se reitera y refuerzan los estándares de IVE, así como las obligaciones de los actores y las prácticas prohibidas. Se menciona la importancia del diagnóstico oportuno incluyendo la dimensión de salud mental. Alude a la mujer autonomía reproductiva, por cuanto es en el cuerpo de ella que ocurre el desarrollo del proceso

| | |
|--|--|
| | biológico y, aunque no debería ser de esta manera, es en ella, en que recae la mayor carga social del cuidado. |
| SENTENCIA 636 DE 2011 (CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA, 2011) | En respuesta a una mujer que tutela su Derecho a la IVE por sospecha de malformación congénita y la EPS se niega a realizar los exámenes necesarios para hacer el diagnóstico, en esta medida el fallo ordena que los médicos tratantes en casos como éste se deben ordenar y autorizar los exámenes necesarios para que determinar la malformación congénita y su gravedad o inviabilidad fetal, para acceder de esta manera a la IVE. |
| SENTENCIA 841 DE 2011 (CONSTITUCIONAL, 2019) | Este fallo corresponde a una menor de edad y su derecho a la IVE, cuyo estado de gravidez la lleva a una grave depresión, intento de suicidio, se le realizó valoración por psiquiatría. La Corte se pronuncia frente a la validez de certificados expedidos por médicos externos a la EPS, enfatiza al Derecho a la Intimidad, al diagnóstico de alta calidad, oportuno desde todas las dimensiones y el concepto de salud. Se ratifica en la realización de la IVE sin límite de edad gestacional. Se pronuncia frente al plazo para la realización del procedimiento desde la demanda del servicio que son 5 días hábiles. |
| SENTENCIA 627 DE 2012 (CONSTITUCIONAL, 2012) | Se reitera que la IVE en un derecho fundamental. “Se trata de una sentencia muy importante en cuanto al derecho a la información en la IVE y otros Derechos Sexuales y Reproductivos, en tanto establece que la información debe ser oportuna, completa, accesible, pero en espacial debe ser fidedigna o confiable. La Corte sienta un precedente en cuanto a los estándares de la información que difunden los funcionarios públicos, bien sea en medio de comunicación o mediante oficios dirigidos a otras instituciones o actos administrativos. La Corte concedió la tutela y ordenó, entre otras cosas, (i) al entonces Procurador General de la Nación, Alejandro Ordóñez Maldonado, a rectificar todo pronunciamiento tergiversado, falso y confuso en contra de la IVE; y (ii) a la PGN y las procuradoras delegadas demandas a cambiar su posición frente a la anticoncepción oral de emergencia, el derecho a la IVE y el Misoprostol”. (Constitucional, 2012) |
| SENTENCIA 532 DE 2014 (CONSTITUCIONAL, 2014) | Se trata de una sentencia que recoge algunos estándares sobre la IVE, como el plazo de los cinco días para la atención de los casos, en especial en edades gestacionales avanzadas, los cuales se deberán tramitar con prontitud y celeridad. Se da alcance al concepto de daño consumado en casos de IVE. |
| SENTENCIA 754 DE 2015 (CONSTITUCIONAL, 2015) | El fallo “Se trata de una sentencia emblemática y de gran importancia en la consolidación del marco normativo en materia de IVE, en especial, en relación con las causales violencia sexual y riesgo para la vida y la salud de la mujer. Con este fallo, la aplicación el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual expedido por el entonces Ministerio de la Protección Social, se vuelve de obligatorio cumplimiento, de acuerdo con la modificación al artículo 23 de la Ley 1719 de 2014, el cual dispone que se debe garantizar: (i) el acceso a la anticoncepción oral de emergencia dentro de las primeras 72 horas transcurridas luego de la ocurrencia de los hechos, así como (ii) el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE, y (iii) el acceso a la atención psicosocial en condiciones de dignidad y respeto”. (Constitucional, 2015) |

| | |
|---|--|
| SENTENCIA 274 DE 2016 (CONSTITUCIONAL, 2016A) | La Corte Constitucional mediante esta Sentencia reconoce la posibilidad de que el personal de Enfermería acuda la objeción de conciencia, siempre y cuando lo haga bajo las condiciones establecidas. “El fundamento de las pautas para profesionales en salud se basa en: (i) El ejercicio de la objeción de conciencia no puede significar un abuso o interferencia desproporcionada en el ejercicio de las libertades de otras personas. (ii) Existe un deber de los profesionales de la salud de ejercer actuaciones respetuosas como dispensadores de cuidados. (iii) Los profesionales de la salud prestan un servicio público, que los coloca en una posición especial respecto de los usuarios de sistema de salud. En el caso de los profesionales de enfermería son aplicables las siguientes pautas y requisitos: (i) Pueden acudir a la objeción de conciencia siempre y cuando se trate realmente de una “convicción de carácter filosófico, moral o religioso debidamente fundamentada” y no una opinión frente al procedimiento. (ii) Puede ejercerse siempre y cuando se garantice la prestación del servicio o acto rehusado en condiciones de calidad y de seguridad para la salud y la vida del paciente, sin imponerle cargas adicionales. (iii) La titularidad está en la persona en quien reposa el deber jurídico -profesional o asistencial- del acto que se rehúsa a realizar. La titularidad reposa en los profesionales que deben participar directamente en la intervención o procedimiento. (iv) Deberá hacerlo personalmente y por escrito, expresando (i) las razones por las que considera que el acto que debe realizar es contrario a sus íntimas y arraigadas convicciones; y (ii) el profesional que lo suplirá, teniendo en cuenta la pericia y disponibilidad del suplente”. (Constitucional, 2016a) |
| SENTENCIA T-301 DE 2016 (CONSTITUCIONAL, 2016C) | La Sala plena de la Corte Constitucional atribuye la responsabilidad a la EPS SALUDCOOP por no realizar una IVE en el marco de la causal de malformación congénita que causaría una severa discapacidad cognitiva. “Se trata de una sentencia relevante y completa, donde se hace un recuento de los estándares fijados por la Corte Constitucional en IVE y también se fijan nuevos estándares. La Corte desarrolló los tres componentes del derecho a la IVE, información, accesibilidad y disponibilidad, de manera que la vulneración de cualquiera de estos componentes por parte de los prestadores puede dar lugar a la indemnización de perjuicios. Así mismo, se habló sobre la regla de la coexistencia de causales, que consiste en que ante la coexistencia de dos o más causales, es necesario que el operador o el prestador del servicio de salud aplique aquella que resulte más favorable y oportuna para la mujer” (Constitucional, 2016c) |
| SENTENCIA 697 DE 2016 (CONSTITUCIONAL, 2016E) | La Corte Constitucional emite una sentencia ratificadora de precedente jurisprudencial de Aborto. En cuanto a niñas y adolescentes embarazadas que se encuentran bajo custodia del ICBF que deben recibir y acceder a la información y asesoría, consejería sobre sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y deben contar con Red hospitalaria para acceder a él. |
| SENTENCIA C-327 DE 2016 (CONSTITUCIONAL, 2016B) | “Se trata de una sentencia que zanjó el alcance de la protección de la vida prenatal. En esta sentencia la Corte aclaró que de ninguna disposición normativa nacional o internacional se desprende un deber de protección del no nacido equivalente o equiparable al derecho a la vida de las personas. Mediante la sentencia C-355 de 2006 se reconoció el derecho fundamental a la IVE, partiendo de una diferenciación entre la vida como bien constitucionalmente relevante y el derecho a la vida, del cual solo pueden ser titulares las personas. En otras palabras, la Corte estableció que la protección de la vida, como valor, no es absoluta ya que esto conllevaría al sacrificio integral de los derechos fundamentales de las mujeres. La determinación de la existencia legal de la persona a partir del nacimiento no viola el deber de protección de la vida desde la concepción, establecido en el artículo 4.1. de la Convención Americana, ya que la vida como valor es un bien constitucionalmente relevante, pero no tiene el mismo grado de protección que el derecho a la vida. la |

| | |
|---|---|
| SENTENCIA T-694 DE 2016 (CONSTITUCIONAL, 2016D) | existencia legal de la persona es la que establece el momento en el que ésta se vuelve sujeto de derechos. Esto es relevante, pues sólo cuando la persona es sujeto de derechos se puede hablar de la titularidad de los derechos fundamentales, lo cual incluye el derecho a la vida”. (Constitucional, 2016b) |
| SENTENCIA T- 731 DE 2016 (CONSTITUCIONAL, 2016F) | “No es una sentencia que desarrolle los alcances o contenido del derecho a la IVE. Sin embargo, debe tenerse en cuenta, pues que fija las reglas para los casos de la protección a la estabilidad laboral reforzada en los casos de aborto. Se debe tener en cuenta que, en la práctica, muchas mujeres prefieren que en su trabajo no se enteren sobre la decisión de la IVE, por lo que el derecho al descanso remunerado se activa solo a solicitud de la mujer”. (Constitucional, 2016d) |
| SENTENCIA UNIFICATORIA – 096 DE 2018 (CONSTITUCIONAL, 2018) | “En esta sentencia, la Corte hizo un llamado de atención a la conducta del ICBF frente a su obligación de prestar información clara, acertada y oportuna, que de ninguna manera puede estar encaminada a disuadir a la mujer/niña/adolescente de desistir. Se debe tener en cuenta que la Corte afirmó que dilatar el acceso a la IVE en una edad gestacional avanzada repercute de manera directa y negativa en la afectación mental inicial de la mujer. De aquí que se ratifica el derecho al diagnóstico oportuno”. (Constitucional, 2016f) |
| SENTENCIA UNIFICATORIA – 096 DE 2018 (CONSTITUCIONAL, 2018) | Es el primer pronunciamiento que unifica la jurisprudencia sobre IVE en Colombia. “El derecho a la IVE es un derecho fundamental de las mujeres en Colombia. La IVE se inscribe dentro de la categoría de los derechos reproductivos, que, a su vez, son reconocidos como derechos humanos. El Estado está en la obligación de suministrar información oportuna, suficiente y adecuada en materia reproductiva, incluyendo la IVE. El Estado está en la obligación de adoptar todas las medidas necesarias para garantizar el acceso a servicios de IVE en todo el territorio, en todos los niveles de complejidad y en cualquier etapa del embarazo. Quienes intervengan en la ruta de atención en IVE están en la obligación de respetar, garantizar y proteger el derecho a la intimidad y la confidencialidad de las mujeres. El Estado está en la obligación de garantizar el derecho de las mujeres a decidir libre de apremios, coacción, manipulación y/o presión sobre la IVE. Toda mujer gestante tiene el derecho a recibir un diagnóstico oportuno y actualizado sobre el estado y las condiciones de su embarazo. El derecho a la IVE incluye el derecho a recibir un diagnóstico oportuno e integral. El plazo razonable para dar respuesta y llevar a cabo la IVE –si ello es médicamente posible- es de cinco (5) días. Están prohibidas las dilaciones injustificadas o la exigencia de requisitos adicionales a los establecidos.” (Constitucional, 2018) |

Fuente: (Sentencia T-988/, 2007). (Sentencia T-636/, 2007), (Sentencia T-171/, 2007), (Sentencia T-209/, 2008), (Sentencia T-946/ , 2008), (Sentencia T-009/ , 2009), (Sentencia T-388/, 2009), (Sentencia 585/, 2011), (Sentencia 636/, 2011), (Sentencia 841/, 2011), (Sentencia 627/, 2012), (Sentencia 532/ , 2014), (Sentencia 754 /, 2015), (Sentencia 274/, 2016), (Sentencia T-301/, 2016), (Sentencia 697/ , 2016), (Sentencia C-327/, 2016), (Sentencia T-694/, 2016), (Sentencia T- 731/, 2016), (Sentencia Unificatoria – 096/, 2018)

Nota: En esta tabla se analiza cada uno de los pronunciamientos y fallos en los casos referenciados.

1.7 El aborto en el Código Penal Colombiano

La Ley 599 de 2000 (Penal et al., 1981) por la cual se expide el Código Penal Colombiano, en su artículo 122, contempla como un delito el aborto así: “La mujer que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses. A la misma sanción estará sujeto quien, con el consentimiento de la mujer, realice la conducta prevista en el inciso anterior”. Resulta claro que, en Colombia se encuentra tipificado como un delito penal el aborto provocado en cualquier circunstancia, por lo cual a través de todas las sentencias mencionadas anteriormente que declaran exequibles con condiciones hacia la conducta de abortar, con el fin de no culpar a ninguna mujer que incurra en ella. Está demostrado que los modelos prohibicionistas aumentan los riesgos, incide directamente la clandestinidad y persisten entonces los abortos inseguros y peligrosos, sin acompañamiento ni seguridad de las mujeres.

Por consiguiente, al Estado le corresponde adoptar medidas que eviten la discriminación contra la mujer y protejan jurídicamente sus derechos sobre una base de igualdad. También, el Estado debe derogar o modificar toda aquella legislación que vaya en contra de los derechos de las mujeres. Todas estas obligaciones deben estar encaminadas entre otros, a modificar los patrones socioculturales de conducta en hombres y mujeres para eliminar prejuicios y practicas basadas en la desigualdad de género.

1.8 Plan Decenal de Salud Pública como hoja de ruta para la coordinación de actividades encaminadas a implementar servicios de interrupción voluntaria del embarazo

El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012), es una herramienta que enfrenta el desafío de articular las acciones desde lo económico, lo social, es una apuesta política por la equidad en salud, que implica el intento de que todas las

personas alcancen su potencial de salud independientemente de sus condiciones económica, sociales o culturales.

En un sentido amplio, el plan decenal, atribuye competencias y responsabilidades a cada uno de los actores que intervienen en la atención y mejoramiento de la calidad de vida y la salud pública en Colombia; incluyendo las fuentes de financiación, rubros y recursos que se pueden destinar para la ejecución en cada programa cuyas metas sean elevar el nivel de salud en la población, cuenta con un sistema de monitoreo que permite evaluar los objetivos formulados en los planes de desarrollo nacional y territoriales. La puesta en marcha del plan decenal de salud pública fortalecería la acción conjunta y articulada de los actores en salud, y otros sectores que intervienen en los determinantes de la salud de las comunidades: organizaciones, agencias e instituciones vinculadas a los resultados en la salud reproductiva de las mujeres.

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012 – 2021), está dividido en dimensiones prioritarias y transversales, una de las prioritarias, la quinta se denomina: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, la cual incluye la atención reproductiva de los cuerpos que gestan y plantea indicadores de seguimiento que monitorean directa o indirectamente la política pública de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Colombia, tales como: Razón de mortalidad materna, situación de embarazos y eventos obstétricos en adolescentes. En la propuesta del sistema de monitoreo de la política pública se establecen a fondo los indicadores a resolver o evaluar. (MPS, 2012)

1.9 Política de Atención Integral en Salud como marco de acción

De acuerdo con la política de atención integral en salud, implementada a través de la resolución 429 de (2016), que contiene los lineamientos de “Un sistema de salud al servicio de la gente”: rescata los principios de cobertura universal, acceso y equidad.

La Política de Atención Integral en Salud – PAIS - propone una coordinación entre los diferentes actores del sistema: entidades territoriales a cargo de la gestión del riesgo en salud pública, entidades administradoras de planes de beneficios e instituciones prestadoras de servicios de salud. Dichos actores operan a través de los planes de acción desde el nivel nacional, departamental y municipal, estos planes de acción se proyectan acorde a la agenda ONU – Objetivos de desarrollo sostenible – y políticas nacionales que incluyen metas de resultado, tendientes a cumplir indicadores que se traduzcan en el bienestar social.

Resulta claro, que, la política de atención integral en salud brinda las herramientas necesarias para establecer las actividades de intervención hacia la garantía del acceso al aborto, desde los distintos entornos comunitarios, laborales, escolares e institucionales. Ésta recoge el enfoque de determinantes sociales en salud, adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social, lo que demuestra que el Estado reconoce la relación directa de problemas de salud pública con circunstancias sociales, económicas, educacionales, culturales, etc. Se plantea entonces el problema de aborto, desde las necesidades de la población con el objetivo de lograr el acceso total a los servicios.

Así mismo, el componente de gestión integral del riesgo en salud pública está dirigido a la capacidad de anticiparse a la aparición de enfermedades o traumatismos para evitarlas y si se presentan, se deben detectar de manera temprana y tratar precozmente, evitar sus consecuencias. Aplicando a la salud reproductiva de los cuerpos gestantes, ésta se encuentra claramente incluida en la primera consulta de fertilidad, hasta la garantía total y segura de servicios ginecobstetricos sin barreras de acceso.

1.10 Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud – Materno Perinatal en Colombia

El Ministerio de Salud y Protección Social, adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, a través de la resolución 3280 (2018), de igual manera se establecen directrices para la operativización.

Teniendo en cuenta la Salud como un derecho fundamental, de acuerdo con la Ley Estatutaria del Congreso de la República (2015), se asigna al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el acceso efectivo de la población a la atención en salud. Para llevar a cabo lo anterior, el estado deberá “Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención, atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante la coordinación de acciones individuales y colectivas. Seguido de adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población” Resolución No. 3280, (2018).

En función de lo planteado anteriormente, es primordial adoptar las rutas de atención para la efectividad de la política pública, teniendo en cuenta que: la interrupción voluntaria del embarazo se direcciona en 3 momentos durante la implementación de la ruta materno perinatal, en el I, II y III trimestre del embarazo.

Los parámetros de atención prenatal incluidos en la detección temprana de alteraciones durante el embarazo indican que en el primer encuentro con la gestante se brinda una asesoría en opciones para la mujer, y se plantean 3 alternativas para decidir: i) Continuar con el embarazo, ii) dar en adopción el recién nacido, y iii) acceder a la interrupción voluntaria del embarazo; tal y

como lo decida la mujer en el ejercicio de sus facultades mentales a cualquier edad, menor o mayor de 18 años, tal y como está regulado por la jurisprudencia colombiana.

2. Marco teórico

En el siguiente apartado se abordará la Justicia restaurativa como soporte teórico al problema de aborto y su despenalización, además de plantear posturas científicas sobre la importancia de las políticas públicas.

2.1 La Justicia restaurativa

Se propone dar respuesta a los conflictos que surgen cuando se intenta dar garantía de acceso a la toma de decisión sobre los cuerpos gestantes (González, et al., 2016), desde el concepto de Justicia Restaurativa y es definido según Marshal (1999: 17 y ss.) como: “Un proceso a través del cual las partes que se han visto involucradas o poseen un interés en un delito en particular, resuelven de forma colectiva la manera de lidiar con las consecuencias inmediatas de este y sus repercusiones para el futuro”. Gavrielides (2012:12), la define como “Una moral con objetivos prácticos, para la restauración del daño, incluyendo a las partes afectadas en un encuentro directo e indirecto y un proceso de entendimiento, voluntario y con diálogo honesto”. En este sentido la política pública de interrupción voluntaria del embarazo se plantea con un sentido restaurativo de inequidad de género, que reivindique los derechos sexuales y reproductivos con enfoque diferencial y que impacte directamente en la salud de las mujeres, se plantean acciones que garanticen el acceso seguro y gratuito a gestantes que manifiestan la imposibilidad de continuar con sus embarazos.

Es conveniente tener en cuenta los principios que enuncia Marshal (1999:20) quien considera el delito como un problema compartido y que requiere de una solución. Se requiere de la aceptación de acuerdos y compromisos entre las partes e involucrarlas, para así, enfocarse en

evitar los delitos futuros, valorar la reparación por encima del castigo que para el caso de Aborto es muy importante; y se convierte en una oportunidad para brindar rehabilitación y reconciliación; dando vital importancia a las emociones y los aspectos materiales en conflicto; invita a innovar en las alternativas de solución. En tal sentido, se hace necesario abordar la cuestión del aborto con objetivos claros de mitigación del daño hacia las mujeres, acompañamiento para disminuir las secuelas emocionales y psicológicas de los abortos clandestinos e inseguros.

2.2. Las Políticas Públicas como herramientas para convertir en hechos los derechos

Dado que, “Las políticas públicas, entendidas como programas de acciones, representan la realización concreta de una serie de decisiones legitimadas por el Estado, en su voluntad de modificar o mantener la (re)distribución de valores y recursos disponibles” Deubel, (2003).

En este sentido, las políticas públicas son una herramienta valiosa para concretar estrategias de intervención a las necesidades de la población. Si el Estado logra estructurar acciones encaminadas a prevenir eventos inesperados o mitigar daños causados por problemas identificados, entonces puede concretar su objetivo a través de la implementación de una política pública. En este orden de ideas, puede afirmar que las políticas públicas son instrumentos al servicio del Estado con el fin de intervenir una situación o necesidad en el contexto público.

Las Políticas Públicas surgen como herramientas integradoras de las acciones del Estado y los problemas sociales que afectan las comunidades, ofrecen al Estado el papel rector del sistema gubernamental que demanda un análisis juicioso de priorización de necesidades en contextos específicos, mediante procesos que permitan la formulación real y acorde a las necesidades, rompiendo el esquema burócrata de ineficacia que ordena lo público y la inoperancia de Políticas mal diseñadas que corresponden a cumplir con una formalidad, o programas que responden solo a intereses particulares y no aplican a contextos reales (Gómez, et al., 2016).

3. Marco conceptual de referencia

Para entender el aborto como un problema de salud pública y las condiciones que lo determinan, es importante hacer referencia a algunos conceptos básicos: La Organización Mundial de la Salud, define el aborto como la Interrupción de la gestación, dicha interrupción puede ser espontánea o inducida. Existen dos tipos de aborto: El aborto espontáneo hace referencia a que ocurre sin ningún tipo de estímulo o intervención para ocasionarlo. El aborto inducido es ocasionado por maniobras o intervenciones deliberadas. Tanto el primero como el segundo, se relacionan con problemas personales y sociales. En el segundo, se identifican complejos casos de origen multicausal que pueden ser médicos, culturales, religiosos, morales, éticos, de salud mental y física. Ahora, para llevar a cabo un aborto inducido existen dos técnicas médicas: farmacológica, realizada a base de fármacos o medicamentos y la quirúrgica que, corresponde a la utilización de procedimientos quirúrgicos a través del cuello uterino con el fin de terminar el embarazo (MPS). Dentro de las técnicas quirúrgicas existen varios métodos: utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo, entre los que se incluyen la aspiración del vacío, la dilatación y la evacuación” Chair, (2016).

Por lo tanto, las técnicas mencionadas son de práctica netamente médica, deben ser realizadas por médicos y profesionales de la salud con experiencia, obedeciendo a protocolos que garantizan la seguridad del paciente y bajo la regulación del sistema de salud. Los procedimientos que sucedan fuera del contexto mencionado elevan el riesgo de complicaciones debidas a maniobras realizadas por personas que carecen de conocimientos y de la experticia necesaria.

Teniendo en cuenta que, en cada país, hay una regulación jurídica para el aborto, cualquier práctica abortiva realizada fuera de dichas leyes, se conoce como aborto ilegal, y para efectos de este trabajo, a este tipo de aborto también se atribuye la condición de inseguro y riesgoso. Por otra

parte, el aborto legal es considerado aquel que se realiza de acuerdo con el marco normativo en cada país. (Ministerio de Salud y Protección Social, n.d.)

4. Planteamiento del problema

Pese al estigma social que rodea el tema de aborto en Colombia, es indispensable contemplar la necesidad de la política pública, y la garantía del acceso de las mujeres gestantes que opten por interrumpir sus embarazos de manera legal y segura. De tal manera que, desde el ámbito internacional y nacional ha surgido una normativa que marca la tendencia a modificar y eliminar la penalización de los abortos inducidos con el fin de brindar garantías de atención a las mujeres que opten por interrumpir la gestación. Es entonces, que se realiza el planteamiento del aborto como un problema de salud pública, desde dos miradas: una, hacia la revisión del cumplimiento de las sentencias desde el año 2006 para la prestación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo y dos, desde los casos de mortalidad materna y su evitabilidad, cuando las causas se relacionen directamente con maniobras abortivas clandestina y peligrosas.

4.1 Análisis sobre el acceso del aborto en Colombia

En Colombia desde el año 2006, las mujeres podrían acudir a cualquier institución prestadora de servicios de salud de baja, mediana o alta complejidad a solicitar servicios de aborto seguro, gratuito, institucional, en el marco de protocolos y guías de manejo que aseguren su bienestar, calidad de la atención y acompañamiento psicológico, más la protección de posibles futuros embarazos no deseados. Sin embargo, la realidad del acceso al aborto en Colombia está marcado por barreras de atención que se describen a continuación.

4.2 Diagnóstico de acceso al aborto en Colombia

El siguiente, es un análisis de indicadores que se encuentran enlazados a eventos que podrían demostrar cómo ha sido el acceso de las mujeres a realizarse una interrupción voluntaria del embarazo, entre los cuales se encuentran cifras de embarazos no planeados y no deseados, tasa de muerte de mujeres embarazadas por razones evitables, a partir de informes y publicaciones del Instituto Nacional de Salud, Profamilia, entre otros.

De acuerdo con el informe de Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia del Instituto Guttmacher y fundación Oriéntame (2011), se pueden extraer varias conclusiones relevantes, por ejemplo, tasa de mujeres con embarazos no deseados en Colombia es de 89 por cada 1000 mujeres en edad fértil, pese a que existen programas de regulación de fertilidad en Colombia, actividades que forman parte del plan obligatorio de salud y de la atención en salud a mujeres y hombres en edad fértil, aún aparecen gestaciones sin planear y embarazos no deseados.

La proporción de nacimientos de hijos no planeados ha aumentado del 36% en 1990 al 51% en el 2010, aun cuando los hijos los embarazos deberían ser el resultado de una decisión y que estén de acuerdo con el proyecto de vida de las mujeres. Se calcula que, de los embarazos no planeados, no deseados y no decididos: el 44% termina en aborto. lo que significa que aproximadamente ocurren 400.400 abortos inducidos durante cada año en Colombia. La forma de reparar la condición de la gestación no deseada es interrumpiéndola, así las mujeres no encuentren la forma legal de realizar dicha interrupción, ellas a lo largo de la historia encuentran la forma de hacerlo y es ahí cuando ocurren riesgos que no se contemplan cuando se accede al aborto de manera clandestina.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la despenalización parcial del aborto, cumplieron con al menos una causal y se realizaron durante el

2008: 322 interrupciones voluntarias del embarazo. Si la IVE se realiza en una institución habilitada con estándares de calidad, y ésta garantiza la seguridad en la atención del paciente, se disminuye así el riesgo de complicaciones. Existe una alta probabilidad de encontrar instituciones prestadoras de servicios de salud que se encuentren obligadas a ofertar el servicio de IVE, que no están realizando este procedimiento, ya sea por razones institucionales o burocráticas. Otro dato que proporciona el informe del Instituto Guttmacher, está relacionado con los abortos realizados, se encuentra que para el 2008 fueron 400.400, correspondientes a que anualmente, por cada 1.000 mujeres en edades de 15 a 44 años, 39 se realizaron un aborto, o, dicho en otras palabras: 1 de cada 26 colombianas accede a un aborto inducido. Lo anterior evidencia que las mujeres colombianas aún siguen accediendo a maniobras de aborto en condiciones inseguras, hasta que se oferten los procedimientos sin barreras para su atención.

Para acceder a abortos clandestinos en Colombia se realizaron entrevistas a profesionales de la salud expertos en el tema y ellos de manera empírica responden que todas las mujeres que se realizan un aborto en Colombia, la mitad se lo practican con unas píldoras llamadas misoprostol, la otra mitad acude a un médico, enfermera, farmacéutico o partera tradicional (Prada, et al., 2010, pág. 11).

Profamilia, (2015), publica el informe de la encuesta nacional de demografía y salud, en el tomo II, página 220 establece que el aborto, por no ser un evento de notificación obligatoria, podría tener subregistros, además de pérdidas de datos debido a las variaciones y baja prevalencia del evento, sin embargo, concluyeron que hay una mayor tendencia a abortar en mujeres menores de 20 años, solteras, nunca unidas, de procedencia urbana, con un nivel de educación superior y de alto estrato socioeconómico.

Sobre interrupciones voluntarias del embarazo y diferentes a eventos con nacimientos, en el informe de Profamilia, los resultados muestran que la mayoría de los procedimientos de aborto se realizan en hospitales o centros de salud públicos y no de carácter privado, lo que se traduce en limitantes de acceso a la prestación de los servicios, porque serían menos los hospitales que estando habilitados para atender mujeres, no lo hacen. También se evaluaron aspectos relacionados con el conocimiento del estatus de despenalización de aborto en Colombia en personas de 13 a 49 años, y el informe reporta que el 56% de las mujeres y el 47% de los hombres, refiere conocer sobre el derecho a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo. Sobre la situación de atención a mujeres gestantes, en la página 229, se reporta que el 89% de las embarazadas tuvo controles prenatales, las mujeres del área urbana reciben más consultas prenatales con un 92%, comparadas con las mujeres del área rural 83%. De lo anterior, se puede concluir que la atención prenatal mejoró en los últimos años, y que la educación es determinante a la hora de recibir atención, pues de las mujeres embarazadas sin educación, sólo accede a los servicios el 68.6%.

4.3 Análisis de mortalidad materna y su evitabilidad en Colombia

De acuerdo con, la Organización Mundial de la Salud - OMS, la prevalencia de mortalidad materna en el mundo es inaceptablemente alta. Cada día en el mundo mueren 830 mujeres por complicaciones durante la gestación, y la mayoría de las muertes son evitables. La alta mortalidad materna evidencia la situación de inequidad y desigualdad. El 99% de la mortalidad materna se presenta en los países en vía de desarrollo, lo que refleja la pobreza sanitaria, y se convierte en una de las principales causas de muerte en la adolescencia. En este informe se reafirman las causas de mortalidad materna y su evitabilidad, el 75% de las muertes maternas son ocasionadas por: hemorragias graves, infecciones, aumento de la tensión arterial y abortos peligrosos. Respecto a cada una de las anteriores, existen actividades de intervención para prevenir o detectar

tempranamente. Se ha encontrado que algunos factores limitan el acceso a información y atención sobre los servicios de salud, tales como: residencias en zonas pobreza y pobreza extrema, la existencia de dificultades geográficas de acceso a las instituciones, falta de información, ausencia de hospitales y aspectos culturales en contra de la práctica del aborto.

La OMS, define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” Departamento administrativo nacional de estadística (DANE, 2021). Y para Colombia es un evento de reporte obligatorio e inmediato al Instituto Nacional de Salud como problema de salud pública.

En la Figura 1, se encuentra un análisis del comportamiento estadístico sobre las muertes maternas en Colombia; evento asociado a complicaciones post aborto en condiciones de clandestinidad.

Figura 1 *Número de muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en Colombia, 2009 a 2020p*



Nota. La Figura 1 representa el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en Colombia, 2009 a 2020p. Tomada de: DANE, (2021).

En la Figura 1, se muestra el indicador asociado al comportamiento estadístico de la mortalidad materna en Colombia en un periodo de 10 años. Se evidencia una disminución entre el 2012 y 2018, cuyo descenso se podría interpretar como la implementación exitosa de intervenciones dirigidas a disminuir la muerte de gestantes, y, en definitiva, marca el acceso efectivo a los servicios de salud y calidad de la atención. En el 2019 y 2020, se observa una tendencia significativa al aumento. Este último año afectado en el contexto pandémico por coronavirus, lo cual exigía esfuerzos, voluntad política para el diseño e implementación de políticas públicas.

En relación con el panorama estadístico de las muertes maternas por razones evitables, se hace fundamental que cada uno de los actores involucrados asuman su rol y mediante la ejecución de directrices emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, se puedan satisfacer las necesidades identificadas. Así entonces, un porcentaje de las muertes maternas se debe a la falta de acciones sobre atención en servicios de aborto seguro, legal y gratuito, por lo cual se propone este trabajo, suministrando así, insumos para la construcción de una política pública de interrupción voluntaria del embarazo.

5. Objetivos de la investigación

Fueron presentados y aprobados los siguientes objetivos para el desarrollo del trabajo.

5.1 Objetivo general

Formular los lineamientos para la construcción de una política pública de interrupción voluntaria del embarazo en Colombia, con base en las sentencias de la Corte Constitucional y los documentos publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

5.2 *Objetivos específicos*

- Identificar los eventos epidemiológicos evitables relacionados con el aborto clandestino y el acceso de aborto en Colombia.
- Recopilar la normatividad vigente en Colombia y América Latina sobre interrupción voluntaria del embarazo.
- Plantear lineamientos generales para la construcción de una política pública sobre interrupción voluntaria del embarazo.

6. Metodología

Se propone el diseño de una política pública en función del ordenamiento de la Corte Constitucional, secundaria a la identificación de las necesidades publicadas en informes de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, boletines epidemiológicos y otras instituciones aliadas de visibilizar un escenario oculto de abortos inducidos en Colombia.

De tal manera, que se realizó un análisis de tipo cualitativo y cuantitativo, secundario a los pronunciamientos del Estado colombiano, y tendencias jurídicas de despenalización de aborto en Latinoamérica, y a estadísticas de enfermedades y muertes de mujeres por causas relacionadas a la ausencia de la política pública de interrupción voluntaria del embarazo. Entonces, se formulan los siguientes lineamientos.

Este trabajo se propone y desarrolla en contexto de pandemia; la aparición del coronavirus trae consigo la imposibilidad de realizar intervenciones, por lo cual, se ejecuta la investigación a través de análisis y documentos correspondientes a fuentes secundarias, y se desarrolló en 3 etapas, correspondientes al cumplimiento de los objetivos inicialmente propuestos: en primera medida, se contextualizó la situación del acceso de aborto a Colombia, en segunda, se realiza un análisis de

eventos relacionados con el aborto en condiciones de clandestinidad. En tercera medida, se recopila la normatividad vigente en Colombia, relacionada con la IVE y en América Latina.

7. Lineamientos para la Formulación de la Política Pública sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia

Para la construcción de este documento, además sugerido para la formulación de la política pública en Colombia, se contó con el histórico de pronunciamientos de la Corte Constitucional, que corresponden a derecho y solucionan dilemas morales y éticos con un enfoque de bienestar general, basados en principios de beneficencia, no maleficencia y justicia. Igualmente, se incluyen los documentos publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social, que incluyen los lineamientos técnicos usados para la prestación de servicios de salud en el marco de la seguridad del paciente.

7.1 Objetivo de la política pública.

Orientar la ejecución de las acciones relacionadas con la prestación de servicios de aborto seguro, gratuito, institucional y humanizado en Colombia.

7.2 Población objetivo

Entorno Institucional: la política pública va dirigida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Entidades Territoriales, Entidades de control, centros educativos y laborales. Para el abordaje del entorno institucional se propone la socialización de la política pública con el fin de promocionar, defender y garantizar el derecho a la IVE y se exija de manera incondicional, la cualificación científica y

técnica del talento humano, con experiencia en enfoque de género, diferencial y de derechos, en torno al ámbito.

Entorno Comunitario: proyectar e implementar acciones de información clara, oportuna, veraz y completa, obedeciendo a los pronunciamientos ya descritos. Empoderar a las mujeres como ciudadanas, sujetos de derecho, en torno al acceso legal a la IVE, como parte fundamental para la implementación de la presente política pública.

7.3 Disponibilidad presupuestal

La disponibilidad de recursos financieros para la ejecución de la política tiene origen en el sistema de seguridad social en salud, puesto que, la IVE es un procedimiento médico rutinario, que forma parte de los servicios institucionales para los cuales están habilitadas las instituciones de salud. Por curso de vida, las mujeres en edad reproductiva gozan de servicios integrales de atención en salud y deberían poder acceder sin que se requiera de manera adicional que la mujer haga pagos adicionales.

7.4 Enfoques de acción

Para la política pública de IVE, es claro que sus acciones se articulan hacia la disminución de inequidades de género y reconocimiento de los derechos humanos. Por lo anterior, se proponen líneas de trabajo con los siguientes enfoques:

7.4.1 Enfoque de Género

Desde la perspectiva de género, la atención de los cuerpos gestantes sin distinción alguna, se garantiza el acceso de atención integral a mujeres cisgénero, hombres transgénero, personas intersexuales o cuerpos que fluyen entre géneros y que tengan aparato reproductor con capacidad de gestar. Este enfoque permite corregir la brecha causada por el constructo social de género y desigualdades fundadas en estereotipos originados en los determinantes sociales y la alta carga de

la enfermedad que se deriva del nulo acceso a los servicios de atención en salud sexual y reproductiva, siendo los cuerpos que gestan y que cuentan con niveles de Inter causalidad (curso de vida, pobreza, falta de educación, conflicto armado, etc.) quienes están en contexto de vulnerabilidad. El desconocimiento de los DSDR en contexto de género desaparece la capacidad de gestionar factores de riesgo, un ejemplo de esto es la alta incidencia de embarazos no planeados, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y las Violencias Basadas en Género (VBG).

7.4.2 Enfoque de Derechos

Es necesario abordar el tema del acceso al aborto seguro desde la perspectiva de los DSDR, solo así se lograrán avances en la dignidad de la vida de las mujeres. El debate de la ley no debe ser político ni religioso ni moral ni colectivo, sino individual, particular y reconociendo que corresponde a un grupo minoritario de mujeres.

En Colombia, la Corte Constitucional a través de la Sentencia C-355 de 2006 asegura que “en este sentido, los derechos reproductivos, con ellos la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), están implícitos en los derechos fundamentales a la vida digna (artículos 1 y 11), a la igualdad (artículos 13 y 43), al libre desarrollo de la personalidad (artículo 16), a la información (artículo 20), a la salud (artículo 49) y a la educación (artículo 67), entre otros”.

Los Derechos Humanos en todos los individuos se convierten en derechos reproductivos, desde la perspectiva de la vivencia de la reproducción. Reconocen como derecho básico el de todas las personas a decidir libre, autónoma y responsablemente el número de hijos que desean tener, con quien desean tenerlos y el espaciamiento entre los nacimientos, el momento de tenerlos y a las formas de prevención de embarazos no decididos, por cuanto incluye el derecho de alcanzar el nivel más alto de su salud reproductiva. Además, el derecho a adoptar sin discriminación, junto con la decisión de acudir a formas artificiales de reproducción. Páez, (2012).

Puesto que Colombia forma parte de convenios internacionales como garante de los Derechos Humanos, en este sentido se abordan los siguientes:

Declaración universal de los derechos humanos: En su artículo 3 se estipula que “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. A su vez en el artículo 5 se establece que “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” Declaración Universal de los derechos humanos, D. U. , (1948).

A nivel internacional hacia mediados de los años 90 se establecieron los derechos sexuales y derechos reproductivos como derechos humanos. En este sentido, la *Conferencia mundial de las naciones unidas sobre población y desarrollo* (Cairo 1994). marca un hito al reconocer que: “la Salud Sexual y Reproductiva es un estado de bienestar físico y emocional, y social más que una ausencia de dolencias o enfermedades. Por lo tanto, la garantía a los derechos sexuales y reproductivos entraña el derecho a tener una vida sexual satisfactoria y segura”.(Páez, 2012).

Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer – CEDAW(Organización de las Naciones Unidas & Mujeres, 2011)

Por la convención mencionada emerge la Ley 51, (1981), Este es el primer instrumento internacional que reconoce la discriminación contra la mujer. Uno de los primeros pronunciamientos que reconoce la discriminación contra la mujer es “toda exclusión hacia basada en el sexo que tenga por objeto menoscabar o anular el reconocimiento, goce de sus derechos humanos y libertades fundamentales en todos los aspectos de su vida”.

Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar las violencias contra las mujeres -Belén Do Pará, Ley 248 de 1995 Organización de los derechos americanos (OEA, 1994): Esta convención por primera vez reconoce el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencias. Este derecho incluye; el derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación,

y, el derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Comité de Derechos Humanos, 2004): estipula “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos” (artículo 7). Y que “Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación”. (artículo 17) del Pacto internacional de Derechos Civiles y políticos, (2004).

Además, se establece que “La libertad de las personas de manifestar su propia religión no puede afectar los derechos y libertades fundamentales de los demás” artículo 18 del Pacto internacional de Derechos Civiles y políticos, (2004).

Y finalmente, se consagra el “Derecho a la igualdad: Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley”. A este respecto, “La ley prohibirá toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social” artículo 26 del Pacto internacional de Derechos Civiles y políticos, (2004).

Principios de Montreal sobre los Derechos Económicos, Sociales Y Culturales de las Mujeres. Bernstein, et al, (2002). Incluye dentro de la definición de derechos económicos sociales y culturales el más alto nivel de salud física y mental durante todo el ciclo de vida de las mujeres, incluyendo la salud y libertad sexuales y reproductivas. En el principio número 8 sobre

igualdad y no discriminación (Numeral C), se entiende como discriminación la que se da por el embarazo, la capacidad reproductiva y la sexualidad.

Declaración y Plataforma de acción de Beijing ONU Mujeres, (1995): En materia de derechos sexuales y reproductivos reconoce que la mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. El disfrute de ese derecho es esencial para su vida, su bienestar y para su capacidad de participar en todas las esferas de la vida pública y privada. La salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social.

Es preciso lograr que la mujer pueda ejercer el derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud durante todo su ciclo vital en pie de igualdad con el hombre, (párrafo 92). Los Derechos Humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia, (párrafo 96). Los gobiernos deberían reformular los sistemas de información, los servicios y la capacitación en materia de salud destinados a los trabajadores de la salud, de manera que respondan a las necesidades en materia de género y se hagan eco, del derecho del usuario a la privacidad y confidencialidad, (numeral f, párrafo 106). Los gobiernos deberían asegurarse de que todos los servicios y trabajadores relacionados con la atención de salud respetan los Derechos Humanos y siguen normas éticas, profesionales y no sexistas a la hora de prestar servicios a la mujer, tales como el diligenciamiento del consentimiento libre e informado frente a los procedimientos médicos, (numeral g, párrafo 106).

Los gobiernos deberían preparar y difundir información accesible con el objeto de garantizar que las mujeres y los hombres, en particular las y los jóvenes, puedan adquirir

conocimientos sobre su salud, especialmente información sobre la sexualidad y la reproducción, teniendo en cuenta los derechos del niño de acceso a la información, privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informado, (párrafo 107). ONU Mujeres, (1995).

Se hace necesario que dentro de la estructura de la PP se incluya un eje de cualificación del talento humano y formación en pregrado de las carreras de salud y ciencias humanas, especialmente en la carrea de medicina, por ser el médico general o especialista, quien directamente realiza los procedimientos médicos en cualquier edad gestacional. Dado que se observa este aspecto por mejorar, verlo como una oportunidad de formación hacia las alternativas de intervención médica en aborto: farmacológica o quirúrgica, pues está incluido en el listado de los asuntos que causan dilemas éticos y conflictos de valores en la resolución de problemas en salud, entonces abordado desde una perspectiva ética, dónde la sociedad se ve inmersa en las alternativas de solución particulares y no del interés general, tal y como se resuelve en la norma.

En este orden de ideas, se propone desarrollar la política en dos frentes. El primero es lograr el reconocimiento integral de los individuos, la defensa y el ejercicio pleno de los Derechos Sexuales y, los Derechos Reproductivos. El segundo escenario, tiene que ver con la cualificación del talento, lograr que sean garantes y capaces de cumplir a cabalidad la norma solucionando sus dilemas éticos y morales respecto al aborto, evitando que sean considerados, una barrera más, para la prestación del servicio y de esta manera, atender a todas las mujeres, implementando servicios de prevención y atención integral desde un enfoque de Derechos, Género y diferencial, con estándares altos de calidad y humanización por medio de las intervención individuales, colectivas y poblacionales que se plantean en la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Ministerio Salud (2014).

Rodríguez (2015), visibilizó la preocupación por la formación médica en sexualidad humana, mostró una crisis por el bajo contenido temático en este aspecto. Entonces, con el fin de garantizar la calidad y humanización en la atención, dentro de las acciones planteadas, se encuentra el abordaje en el currículo de pregrado de los programas de salud y humanidades en temas relacionados con aborto y la atención integral de regulación de la fecundidad, solucionar desde el pregrado los dilemas éticos para estos asuntos que causan debate, polémica y rechazo social.

7.5 Lineamientos para la prestación del servicio

(MinSalud & Profamilia, 2015), en su informe: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, recalcan la importancia de promover los derechos sexuales y derechos reproductivos, con información adicional respecto a las competencias y las funciones de cada uno de los actores involucrados en la garantía de acceso a servicios seguros y oportunos de aborto. Que todas las instituciones cumplan su papel en el marco del sistema de salud, de manera coordinada y así lograr brindar una atención integral.

En la Tabla 3, se describe en la primera columna la base normativa que incluye: sentencias de la Corte Constitucional, circular de la Superintendencia de Salud, documentos publicados por el MSPS; y en la segunda columna, el lineamiento que se concluye y propone como insumo principal de la construcción de la política pública.

Tabla 3 *Lineamientos para la construcción de la política pública de interrupción voluntaria del embarazo, basados en documentos publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social y sentencias de la Corte Constitucional de Colombia*

| BASE NORMATIVA | | | LINEAMIENTO PARA LA POLITICA PUBLICA |
|----------------|----------|--|--|
| SENTENCIA 2022 | C-055 DE | | Se despenaliza el aborto en Colombia hasta la semana 24 sin ningún tipo de causal para acceder al mismo. Modifica la sentencia C-355 de 2006 para que rija desde la semana 25. |
| SENTENCIA 2006 | C-355 DE | | Declara la Interrupción Voluntaria del Embarazo como un derecho fundamental de las niñas y mujeres, en tres circunstancias: |

- i. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.
- ii. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
- iii. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto; Y proclama que la prohibición absoluta del aborto es inconstitucional.

SUPERINTENDENCIA
DE SALUD. CIRCULAR
OO3 DE 2013

Esta circular es uno de los documentos más importantes que se ha emitido en Colombia con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, por que consolida un gran número de directrices y aclaraciones que conllevan a la eliminación de las barreras existentes para el acceso a la IVE, entre las cuales se encuentran:

Se prohíbe exigir a las adolescentes embarazadas menores de 14 años, el consentimiento de adultos o tutores para acceder al servicio de IVE.

Se establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud de todos los niveles de complejidad y las entidades administradoras de planes de beneficios o cualquier institución que intervenga en la prestación del servicio de IVE, debe permitir a las mujeres acceder de manera real y oportuna, en el marco del sistema de seguridad social en salud.

Especifica que ningún profesional de la salud, ni debe ni puede interceder en la decisión de la mujer, ni disuadir a cambiar de opinión respecto al aborto.

Establece que el derecho al aborto debe garantizarse de manera oportuna y efectiva.

Establece que todas las instituciones del territorio colombiano deben acatar las disposiciones legales sentadas en las sentencias de la corte constitucional.

Ratifica el derecho a la confidencialidad, el tratamiento de los datos y la reserva legal sobre la información que poseen acerca de las usuarias.

Establece que al igual que otros procedimientos médicos, la prestación del servicio de IVE, debe contar con el diligenciamiento previo e informado de un consentimiento que formará parte de la historia clínica.

Recuerda los parámetros para la objeción de conciencia establecidas por la corte constitucional.

Menciona que, para los casos especiales de mujeres en condición de cualquier tipo de discapacidad, el representante legal (en caso de requerirse) podrá firmar el consentimiento, sin que haya lugar a la exigencia de otros requisitos formales adicionales como denuncias, consultas por especialistas, entre otros.

La circular, establece 5 días hábiles como tiempo permitido para efectuar la IVE después de la consulta, sin que haya dilaciones en el procedimiento.

Recuerda que, en Colombia, para el acceso a la IVE no hay límite de edad gestaciones, por cuanto no corresponde a ninguna autoridad imponerla.

SENTENCIA T-988 DE
2007(CONSTITUCIONAL,
2006)

A la mujer que solicite una IVE no se le pueden exigir requisitos desproporcionadas para que pueda acceder a ella, tales como: fallos judiciales en caso de que el embarazo sea resultado de un embarazo, evidencia forense o permiso o autorización por terceros.

SENTENCIA T-636 DE
2007
(CONSTITUCIONAL,
2007)

Acceder a un diagnóstico de embarazo, es un derecho que se relaciona con otros derechos fundamentales y puede ser protegido mediante tutela. El derecho a la IVE se considera un derecho fundamental, e incluye recibir un diagnóstico de manera oportuna e integral.

SENTENCIA T-209 DE 2008 (CONSTITUCIONAL, 2008A) DE A mujeres menores de 14 años, que opten por solicitar la interrupción voluntaria del embarazo, no debe exigirse requisitos o inventar pretextos para dilatar la autorización y realización del procedimiento. Pretextos como permiso de los padres, entre otros.

Esta sentencia se convierte en una de las más importantes, porque en ellas encuentran las reglas para la objeción de conciencia, entre las cuales están:

- La objeción de conciencia no puede ser institucional ni colectiva, solo puede ser realizada por personas naturales.
- Los profesionales de la salud están obligados a respetar los derechos de las mujeres.
- Los profesionales de la salud no pueden inventar requisitos adicionales a fin de abstenerse de atender a las mujeres.
- La objeción de conciencia debe presentar por escrito y anexarse a la hoja de vida laboral del médico, donde se expongan los motivos debidamente fundamentados.
- La objeción de conciencia no puede obedecer a opiniones o posiciones particulares con respecto al aborto.
- La objeción de conciencia del médico no puede prevalecer sobre los derechos de las mujeres.
- Si el médico objeta conciencia, tiene la obligación de remitir a otro médico que esté en disposición de atender a la mujer.
- Las entidades territoriales deben garantizar el número adecuado de instituciones prestadoras de servicios de IVE.
- Contemplar las sanciones prevista en el Sistema de Salud en caso de incumplimiento.

SENTENCIA T-009 DE 2009 (CONSTITUCIONAL, 2009A) DE En este pronunciamiento se resalta el derecho a la autodeterminación y autonomía reproductiva de la mujer. Solo la mujer puede tomar la decisión para optar la IVE, y nadie puede hacerlo por ella, además de asumir las consecuencias de sus decisiones. El derecho a la IVE conlleva el respeto a la dignidad con tres componentes: el primero, vivir como se quiera, segundo, vivir bien y tercero, vivir sin humillaciones.

SENTENCIA T-388 DE 2009 (CONSTITUCIONAL, 2009B) DE Este pronunciamiento es vinculante con el derecho a la IVE, reafirma las reglas de la objeción de conciencia, atribuye a funcionarios de salud y servidores públicos de las instituciones, los derechos y deberes relacionados con la prestación del servicio de IVE. Incluye el rol de los profesionales de psicología en materia de IVE.

SENTENCIA 585 DE 2011 (CONSTITUCIONAL, 2011) DE Se reiteran los estándares de IVE, respecto a la oportunidad del diagnóstico y la dilatación del procedimiento. Atribuye una importancia significativa a la dimensión de salud mental para obtener una salud plena en las mujeres.

SENTENCIA 636 DE 2011 (CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIA, 2011) DE Respecto al acceso a las pruebas diagnósticas durante la gestación, clasificación del riesgo y detectar lo más temprano posible malformación fetales, este pronunciamiento representa un fallo taxativo para que el acceso sea lo más temprano posible, entre menos edad gestacional para la IVE, se supone menor riesgo para el procedimiento.

SENTENCIA 841 DE 2011 (CONSTITUCIONAL, 2011) DE Otro pronunciamiento que atribuye el concepto integral de salud, incluyendo la salud mental, sin que se requiera valoración por especialista de psiquiatría, es suficiente concepto de psicología como criterio profesional en salud mental, como aspecto relacionado con la interrupción voluntaria del embarazo.

| | |
|---|---|
| SENTENCIA 627 DE 2012 (CONSTITUCIONAL, 2012) | El lineamiento contenido en esta sentencia se encuentra relacionado con la importancia del derecho a la información clara, veraz y oportuna, como un derecho reproductivo clave para la toma de decisiones; por tanto, establece que la ésta debe ser confiable y real. Recalca que los funcionarios deben rendir cuentas de sus actos a la Procuraduría, que no prime su posición particular y opinión frente a asuntos relacionados con la sexualidad y específicamente la IVE. |
| SENTENCIA 532 DE 2014 (CONSTITUCIONAL, 2014) | Se trata de la regla sobre el plazo para responder a la demanda del servicio de interrupción voluntaria del embarazo, y ordena que son cinco días hábiles permitidos para realizar el procedimiento a partir del momento de la consulta que la ordena. Lo anterior, es más relevante en casos avanzados de edad gestacional en el embarazo y deben tramitarse con más prontitud y celeridad. |
| SENTENCIA 754 DE 2015 (CONSTITUCIONAL, 2015) | En este fallo, se convierte en norma que las instituciones prestadoras de servicios de salud garanticen la atención de interrupción voluntaria del embarazo como actividad que forma parte de la atención a las víctimas de violencia sexual. |
| SENTENCIA 274 DE 2016 (CONSTITUCIONAL, 2016A) | Esta parte falla a favor de la objeción de conciencia por otros profesionales de salud y también la reglamenta. Especifica que este derecho no puede significar un abuso en el ejercicio de las libertades, frente a la necesidad de contar con profesionales dispuestos a atender a las mujeres que solicitan la interrupción voluntaria del embarazo. |
| SENTENCIA T-301 DE 2016 (CONSTITUCIONAL, 2016C) | Este fallo es condenatorio contra una EPS que se negó a atender a una mujer por malformación congénita que solicito una IVE. La Corte Constitucional desarrolla los tres componentes del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, como son: información, accesibilidad y disponibilidad, sin lugar a vulnerar alguno de ellos, de tal manera que, si alguno no se cumple, se aplicarían las sanciones que se requieran. Por primera vez, la Corte Constitucional atribuye el término de coexistencia de causales en un solo caso, es decir que una mujer que solicite la interrupción voluntaria del embarazo puede presentar dos o más causales para su interrupción, en ese caso el operador del procedimiento deberá tener en cuenta la causal que la mujer prefiera o la menos perjudicial en todo caso. |
| SENTENCIA 697 DE 2016 (CONSTITUCIONAL, 2016E) | Este lineamiento, se refiere a las niñas y adolescentes embarazadas bajo custodia del Instituto de bienestar Familiar, que en todo caso deberán contar con una red hospitalaria disponible, acceso al sistema de salud y atención integral. Además, de manera tácita atribuye a la niña la responsabilidad y autonomía de la decisión, sin que interceda alguna persona. |
| SENTENCIA T-694 DE 2016 (CONSTITUCIONAL, 2016D) | Esta sentencia se refiere al derecho a la confidencialidad de las mujeres sobre la fórmula de incapacidad remunerada en los trabajos de ellas, y dice que es voluntaria y solo se utilizaría si es el deseo de la mujer entregar los documentos pertinentes para tal fin. |
| SENTENCIA UNIFICATORIA – 096 DE 2018 (CONSTITUCIONAL, 2018) | En esta sentencia la Corte Constitucional ratifica y unifica los anteriores pronunciamientos respecto a la interrupción voluntaria del embarazo. Insta al Congreso Colombiano a legisla en el tema, a través de una política pública sobre interrupción voluntaria del embarazo. |

DOCUMENTOS TECNICOS PUBLICADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

| | |
|---|--|
| Protocolo del Aborto Inseguro en Colombia | <p>En este documento publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social se establecen los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contiene las prácticas prohibidas y obligaciones desde los actores, lo que es muy común encontrar por la carga moral respecto al asunto del aborto. ▪ Contiene la definición de competencias por niveles de atención en la red de prestadores de servicios de salud. ▪ Contiene descritos los pasos para realizar orientación y asesoría ▪ Contiene la modalidad de consulta o asesoría anticonceptiva para el post aborto ▪ Contiene el posible manejo de complicaciones ▪ Propone el plan de capacitaciones para el talento humano |
| Guía de capacitación para la atención en salud de la interrupción voluntaria del embarazo | Este documento contiene un programa de capacitación al talento humano en salud, en aspectos como: sensibilización y clarificación de valores, el marco jurídico de IVE y situaciones especiales. |
| Orientación y asesoría para la IVE. | Este documento técnico dirigido a prestadores de servicios de salud contiene los aspectos necesarios para realizar una asesoría y orientación sobre IVE, normalización de sentimientos, validación de vivencias, abordaje de conflictos, manejo del duelo, intervención en crisis, estrategias de afrontamiento, redes de apoyo, toma de la decisión. |

Fuente: (Sentencia T-988/, 2007). (Sentencia T-636/, 2007), (Sentencia T-171/, 2007), (Sentencia T-209/, 2008), (Sentencia T-946/ , 2008), (Sentencia T-009/ , 2009), (Sentencia T-388/, 2009), (Sentencia 585/, 2011), (Sentencia 636/, 2011), (Sentencia 841/, 2011), (Sentencia 627/, 2012), (Sentencia 532/ , 2014), (Sentencia 754 /, 2015), (Sentencia 274/, 2016), (Sentencia T-301/, 2016), (Sentencia 697/ , 2016), (Sentencia C-327/, 2016), (Sentencia T-694/, 2016), (Sentencia T- 731/, 2016), (Sentencia Unificatoria – 096/, 2018)

Nota: La Tabla 3, muestra frente a cada sentencia o documento, el lineamiento que corresponde y que sería parte de la política pública.

A continuación, se encuentra la propuesta para la prestación del servicio, la cual, se ha consolidado teniendo en cuenta la Tabla 3, sobre los siguientes lineamientos:

- Se oferta el servicio de interrupción voluntaria del embarazo en paralelo a la atención prenatal, en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto de primer, segundo y tercer nivel de complejidad, es decir en toda la red hospitalaria pública y privada del territorio colombiano.

- Se informa sobre el derecho legal colombiano de acceso a la IVE en todos los servicios hospitalarios, especialmente de captación temprana de gestantes.
- Pueden solicitar la IVE, las mujeres en estado de gestación que así lo decidan, mayores o menores de edad, inclusive menores de 14 años.
- Para acceder a la IVE es indispensable diligenciar un consentimiento previo al procedimiento e informado institucional, que debe reposar con la historia clínica. Dicho consentimiento es otorgado única y exclusivamente por la mujer que decida interrumpir su embarazo en el marco de su autonomía reproductiva.
- Se garantiza la realización de la IVE a la mujer, en 5 días hábiles que cuentan a partir del momento en que ella manifiesta su decisión de terminar la gestación.
- Se realiza IVE, sin condiciones, causales ni circunstancias especiales hasta la semana 24 de gestación.
- Se implementa sin restricciones, la prestación del servicio de IVE en las instituciones hospitalarias y se contrata en los paquetes de atención en salud del plan obligatorio de salud con las aseguradoras o administradoras de planes de beneficios en salud.
- Se implementan los servicios de IVE desde la semana 25, bajo 3 causales: i. cuando corre peligro la salud de la gestante ii. Cuando la gestación es producto de un acto de abuso o violencia sexual y iii. Cuando existe una malformación congénita.
- El acceso a la IVE desde la semana 25 se encuentra condicionado a los siguientes requisitos: a) Cualquier profesional de la salud podría certificar que la salud de la gestante se encuentra en riesgo. Teniendo en cuenta que riesgo se refiere a cualquier amenaza de tipo social, psicológica, económica o física y quien determina el nivel de riesgo que corre es la mujer que se encuentra en estado de embarazo. b) en la circunstancia de solicitar IVE por abuso o violencia

sexual, se podría acceder con la copia de la denuncia en fiscalía, y c) para el caso de malformación congénita, el requisito es la copia de la historia clínica de médico general o especialista donde certifique dicha malformación y su incompatibilidad con la vida.

- El procedimiento de IVE está incluido en el plan obligatorio de salud, y como tal debe ser facturado en el marco del sistema de seguridad social en salud.

- Se exige a los profesionales y técnicos en salud un certificado de competencias de atención en derechos sexuales y reproductivos o de prestación de servicios de interrupción voluntaria del embarazo.

- Los médicos pueden ejercer su derecho a la objeción de conciencia por escrito, donde se expongan los motivos debidamente fundamentados, esta debe ser anexada a su hoja de vida laboral, al momento de ser contratado. Lo anterior, con el fin de contar en la oficina de talento humano con el listado de médicos no objetores de conciencia disponibles para atender IVE en caso de ser necesario.

- Se otorga a la mujer, un certificado médico laboral de incapacidad post procedimiento, solo si ella así lo solicita, este es un derecho al que puede renunciar de manera voluntaria.

- Se ratifica el derecho de las mujeres a la confidencialidad, en tratamiento de datos y la reserva legal sobre la información que poseen las instituciones.

7.6 Monitoreo y seguimiento

La propuesta del seguimiento sobre la implementación y el impacto de la política pública estaría a cargo de las entidades territoriales, municipales, departamentales y como ente rector se encuentra el Ministerio de Salud y Protección Social y consta de manejar la información de un tablero de indicadores que reflejan la situación de aborto.

La competencia de la entidad territorial del dominio de la información incluye, solicitar los datos que corresponden a la Tabla 4, con una periodicidad anual que es la sugerida por este documento o una periodicidad diferente, establecida por la entidad territorial, también incluye su publicación en boletines o plataformas informativas, hacia el reconocimiento de fortalezas y debilidades en temas de aborto.

Teniendo en cuenta los espacios de participación ciudadana ya establecidos en los territorios, es necesario socializar dichas cifras, con el fin de hacer lecturas que permitan analizar la situación de acceso, calidad de la atención y acciones en pro de mejorar la situación de salud reproductiva de las mujeres.

En la Tabla 4, se encuentran los indicadores para el monitoreo de la prestación del servicio y que permiten identificar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en los territorios:

Tabla 4 *Tablero de indicadores de monitoreo y seguimiento de la política pública de interrupción voluntaria del embarazo en Colombia*

| INDICADOR | PERIODICIDAD | FUENTE | RESPONSABLE |
|--|--------------|--|---|
| Mortalidad Materna Y causas de mortalidad materna | Anual | *Sistema de vigilancia epidemiológica *Boletines epidemiológicos | *Entidades Administradora de Planes de Beneficios *Entidades territoriales |
| Nacidos vivos – madres menores de 14 años | Anual | DANE - Estadísticas vitales | *Entidades Administradora de Planes de Beneficios *Entidades territoriales |
| Reporte de Registros individuales de prestación de servicios de salud con diagnósticos correspondientes a aborto | Anual | *Instituciones prestadoras de servicios de salud – sistemas de facturación - | Entidades Administradora de Planes de Beneficios *Entidades territoriales |

Fuente: Sistema de vigilancia epidemiológica de mortalidad materna, DANE – Nacimientos, Registros individuales de prestación de servicios de salud en cada institución.

Nota: la Tabla 4, representa el tablero de indicadores sugerido y necesario para evaluar el impacto de la política pública luego de su implementación, se encuentra el nombre del indicador, la

periodicidad que se propone para analizar, la fuente de información y las instituciones responsables de dicha información.

8. Conclusiones

La atención integral en salud, de alta calidad, segura y humanizada, es el objetivo mismo del sistema de salud. La implementación de políticas públicas con base a las necesidades y la situación de salud que busca mejorar la condición humana, en este caso, Colombia tiene la tarea de implementar y garantizar el acceso institucional a servicios de aborto seguro, lo que se traduce en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de las mujeres.

El éxito en la implementación de la política pública solo se dará con procesos de sensibilización y transformación de imaginarios hacia los derechos de las mujeres, de la orientación hacia el logro del respeto de la sociedad por la dignidad humana y el reconocimiento hacia el avance de programas que impacten desde la prevención de embarazos no deseados o no planeados hasta la garantía de interrumpirlos en caso de ser la opción.

De acuerdo con la Organización Mundial de la salud (1948) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, en este sentido se incluyen las dimensiones del ser humano necesarias para el goce efectivo de salud y por ende, se debe tener en cuenta el contexto en que se presentan las gestaciones no planeadas, condiciones de pobreza, falta de educación y poco acceso a los servicios de salud requieren acciones integrales que se operativicen desde la prestación efectiva e integral de los servicios de salud a las mujeres, sin que esto genere discriminación o juicios de valor por tratarse de un aborto. Sin embargo, esto requiere espacios de trabajo contra el rechazo que produce la realización de aborto inducido en el ámbito hospitalario.

Al igual que en otros temas de salud, es indispensable incluir el logro de metas en los planes territoriales de salud, anclados a los planes de desarrollo en los diferentes municipios y

departamentos, que se traduzcan en el compromiso de los gobiernos para el cumplimiento de la política pública de interrupción voluntaria del embarazo.

En múltiples ocasiones la Corte Constitucional exhorta a la rama legislativa a cumplir su función, le hace varios llamados a regular el tema de aborto; a lo que el Congreso de la República ha hecho caso omiso y lo deja pasar. En el presente documento se evidencia que Colombia cuenta con suficiente jurisprudencia en IVE, y producción de documentos para que hoy sea una realidad el acceso y la prestación del servicio, sin embargo, no se han cumplido por la falta de aterrizar y organizar los pronunciamientos del alto tribunal en una política pública a través de la cual se regule el derecho de las mujeres a ejercer maternidades planeadas y deseadas.

El panorama nacional con respecto al disfrute pleno de los derechos reproductivos de las mujeres, incluyendo el acceso a procedimiento de aborto exige voluntad política y administrativa, desde el empoderamiento a las mujeres con información clara, veraz y oportuna, que rompa paradigmas de género, hasta hacer efectivo en la red hospitalaria y sin barreras la realización de todos los procedimientos ginecológicos, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo.

Este trabajo, responde a una necesidad real nacional y aporta al vacío en políticas públicas en la agenda pendiente a satisfacer la situación de salud de las mujeres.

Finalmente, se logra cumplir a cabalidad el cumplimiento de los objetivos planteados, formulando los lineamientos generales para la construcción de la política pública a la luz de fuentes secundarias, conformadas por jurisprudencia en Colombia desde el año 2006 y documentos publicados por el MSPS. Se abordaron los aspectos más relevantes, asociados a la situación de acceso al aborto en Colombia, análisis de mortalidad materna como evento relacionado con las complicaciones de aborto en situación de clandestinidad. Es de resaltar, que bajo la coordinación y el aprovechamiento de los recursos disponibles se supera un escenario de incertidumbre mundial,

como la pandemia del coronavirus, logrando avances académicos, políticos a través de este tipo de documentos que sirven como herramienta en la promoción y garantía de los derechos humanos de poblaciones especialmente protegidas como las mujeres.

9. Recomendaciones

La función, obligación y competencia de formular leyes es del poder legislativo, o Congreso de la República de Colombia. A la luz de una sociedad conservadora, las mujeres llevan años que el aborto se lleve como tema de debate, por tal motivo, se hace necesario impulsar la presentación del proyecto de ley de la interrupción voluntaria del embarazo desde la demanda del acceso al goce efectivo de los derechos, y que parte de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales y profesionales de la salud sensibles al tema de los servicios clandestinos y sus consecuencias.

En Colombia, es fundamental reforzar la etapa de monitoreo y seguimiento de los programas, planes y proyectos, porque en la mayoría de ellos, no se evidencia la evaluación. Esto, con el fin de tomar decisiones de continuidad o actualización de las acciones, por tal motivo, se sugiere controlar los indicadores que demuestren la efectividad de la implementación de la política. Esta evaluación propuesta, se recomienda como asunto a incluir en las agendas de las mesas de participación ciudadana de género o comités inter consultivos o interinstitucionales.

Es necesario, reconocer la importancia de incluir acciones de la política pública que incluyan otros sectores además de salud, por ejemplo, el sector justicia por las implicaciones que tienen en el ejercicio de su función, ya que todavía el aborto es un delito en el código penal colombiano. Sector educativo que incluya la sensibilización sobre el tema de la política pública desde los colegios, promocionando el derecho y en las universidades de manera transversal además de la inclusión en el currículo de los temas de aborto seguro.

Se recomienda que en todo caso y en todos los espacios, el tema de interrupción voluntaria del embarazo se oriente desde la perspectiva de los derechos humanos, sexuales y reproductivos,

desde el bien común, evitando así, miradas individuales o particulares, que incorporen posiciones religiosas o morales.

Se recomienda continuar implementando estrategias de atención en salud preventiva, con base en los aspectos relevantes que contemplen el logro de una salud reproductiva plena a lo largo de la vida de las mujeres.

Referencias Bibliográficas

- Bernstein, S., Brodsky, G., Brunet, A., Chinkin, C., Shanthi, M., Day, S., . . . Romero, I. (2002). Principios de montreal los derechos económicos , sociales y cultutales. Obtenido de <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/principios-de-montreal-sobre-derechos-economicos-sociales-y-culturales-de-las-mujeres.pdf>.
- Caldas, P. (2020). Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo. Obtenido de <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/7954>.
- Chair, i. M. (2016). Aborto sin riesgos. Organizacion Mundial de La Salud, 0(0), 35. OMS.
- CIDH. (2007). Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Petición 161-02 solución amistosa Paulina del Carmen Ramírez Jacinto México.
- CIDH. (2012). Corte interamericana de derechos humanos caso atala rizzo y niñas vs. chile. Leonardo. Obtenido de http://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_239_esp.pdf.
- CDH. (2004). Comité de Derechos Humanos. Naturaleza de la obligación jurídica general impuesta a los Estados Partes en el Pacto. Observación General 31.
- DANE . (2021). Mortalidad materna en Colombia en la ultima decada y el efecto del Covid-19. Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada, 9, 2–64. . Obtenido de <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2021-12-2>.
- D. U. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de Las Naciones Unidas, 10.

- Deubel, A. R. (2003). Introducción para el análisis de las Políticas Públicas. Cuadernos de Administración, 19, 113–128. . Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5006400>.
- García, N. (2019). Aborto, El Cuerpo De La Mujer Como Territorio Ajeno. Una Mirada Al Contexto En Colombia. 1–25.
- Gómez, C. A., Polanía, L., & Hernández, G. G. (2016). Reflexiones en torno a las políticas públicas. Revista FACCEA. 6 (1), 9.
- González, R. I., Fuentealba, M. M., & Llancas, H. J. (2016). El aborto y la Justicia Restaurativa. Polis (Santiago), 15(43), 483–510. Obtenido de <https://doi.org/10.4067/s0718-65682016000100023>.
- Ley 1257/. (2008). Congreso de la República. (2008). Mintic.Gov.Co, 1–9.
- Ley 51/. (1981). Toda exclusión hacia basada en el sexo que tenga por objeto menoscabar o anular el reconocimiento, goce de sus derechos humanos y libertades fundamentales en todos los aspectos de su vida”. Ley 51 de 1981, 2000. Obtenido de Ley 51 de 1981“toda exclusión hacia basada en el sexo que tenga por objeto menoscabar o anular el reconocimiento, goce de sus derechos humanos y libertades fundamentales en todos los aspectos de su vida”.(Ley 51 de 1981, 2000).
- Ley 985/. (2005). se adoptan medidas contra la trata de personas y normas para la atención y protección de las víctimas de la misma. . Obtenido de https://oig.cepal.org/sites/default/files/2005_col_ley985.pdf.
- Ley Estatutaria 1751/. (2015). Se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Lezcano, C. D. (2019). La salud sexual y reproductiva: un reto para la academia. . Revista Colombiana de Enfermería, 18(1), 1-4.

Lliguicota Guzmán, V. E. (2020). Causas del aborto en el primer trimestre del embarazo.

<https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/10573>

Mar, A., Ch, R. M., & Per, V. E. (2003). Legal, C., Reproductivos, D., Internacional, D., Ch, M., Ch, M., Humanos, D., Adicional, P., Humanos, D., Econ, D., Salvador, S., Conjunto, P.... Previo.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Plan decenal de salud pública 2012-2021.

Ministerio de Salud y Protección Social, 12–538. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/cargue-planesterritoriales-de-salud.aspx>.

Minsalud. (2014). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. . Ministerio de Salud, 1, 150.

Minsalud y el Fondo de población de Naciones Unidas. (2014). Prevención del Aborto Inseguro

en Colombia. MinSalud., 7–114. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado>.

Minsalud y Protección Social. (s.f.). Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la IVE en mujeres colombianas.

Minsalud; Profamilia. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud Encuesta Nacional de

Demografía y Salud Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Profamilia, 2, 1–

832. Obtenido de <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-II.p>.

- OEA. (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Belém do Pará. 8. Obtenido de <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/folleto-belemdopara-es-web.pdf>.
- ONU. (1995). Declaración y plataforma de acción de Beijing. . Obtenido de Http://Www.Unwomen.Org/~{} /Media/Headquarters/Attachments/Sections/Csw/Bpa_s_final_web.Pdf.
- Páez, K. (2012). Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: avances en América Latina, 2009-2011.
- Prada, E., Singh, S., Remez, L., & Villarreal, C. (2010). Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Causas y consecuencias. . Guttmacher Institute, 1-40.
- Resolución 429/. (2016). Política de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución No. 3280/. (2018). Ministerio de Salud y Protección Social. . Revista Facultad de Medicina (Vol. 64, Issue 2, 285–293. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución No. 3280 de 2018.pdf. In Revista Facultad de Medicina (Vol. 64, Issue 2, pp. 285–293).
- Rodríguez, C. P. (2015). Sexualidad Humana, Una Asignatura Pendiente en los Curriculos. 1–24.
- Sentencia 274/. (2016). Corte Constitucional, 2016a.
- Sentencia T-301/. (2016). Constitucional, 2016c.
- Sentencia T-694/. (2016). Corte Constitucional, 2016d.
- Sentencia 532/. (2014). Corte Constitucional, 2014.
- Sentencia 585/. (2011). Corte Constitucional, 2011.
- Sentencia 627/. (2012). Corte Constitucional, 2012.

Sentencia 636/. (2011). Corte Constitucional de Colombia, 2011.

Sentencia 697/ . (2016). Corte Constitucional, 2016e.

Sentencia 754 /. (2015). Corte Constitucional, 2015.

Sentencia 841/. (2011). Corte Constitucional, 2019.

Sentencia C-327/. (2016). Corte Constitucional, 2016b.

Sentencia C-355/06. (2006). Corte Constitucional de Colombia.

Sentencia T- 731/. (2016). Corte Constitucional, 2016f.

Sentencia T-009/ . (2009). Constitucional, 2009a.

Sentencia T-171/. (2007). Constitucion politica de Colombia.

Sentencia T-209/. (2008). Corte Constitucional, 2008a.

Sentencia T-388/. (2009). Corte Constitucional, 2009b.

Sentencia T-636/ . (2011). Corte Constitucional de Colombia. . 1–2. .

Sentencia T-636/. (2007). Corte Constitucional.

Sentencia T-946/ . (2008). Corte Constitucional, 2008b .

Sentencia T-988/. (2007). Constitucional 2006.

Sentencia Unificatoria – 096/. (2018). Corte Constitucional, 2018.

Silva, M. B. (2016). Percepção da população assistida sobre a inserção de estudantes de medicina na Unidade Básica de Saúde. 1(9), 1–10. . Obtenido de <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.

Valdés, A. I., Boza, A. V., Hernández, J. C., Curbelo, A. D., & Castillo, L. S. (2010). El aborto dentro del contexto social. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(1), 130–137.

Obtenido de Valdés, A. I., Boza, A. V., Hernández, J. C., Curbelo, A. D., & Castillo, L. S.

(2010). El aborto dentro del contexto social. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(1), 130–137.