

GARANTÍA DEL SERVICIO DE SALUD: INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL
EMBARAZO EN BOGOTÁ D.C. BAJO EL MARCO LEGAL VIGENTE EN EL
PERIODO 2016-2018

MONOGRAFÍA PARA OBTENER EL TÍTULO DE ADMINISTRADORES PÚBLICOS

KAREN LORENA ORTIZ BERMUDEZ

DIEGO FERNANDO RODRIGUEZ GOMEZ

ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA – ESAP

TUTOR: WILLIAM GUILLERMO JIMÉNEZ BENITEZ

FACULTAD PREGRADO

BOGOTÁ D.C.

2020

CONTENIDO

RESUMEN ANALÍTICO DE ESTUDIO	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
ASPECTOS METODOLÓGICOS	5
MARCO TEÓRICO	6
ESTADO DEL ARTE	11
MARCO JURÍDICO	15
CAPITULO I: ALCANCE DEL SERVICIO DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN BOGOTÁ D.C.	22
CAPITULO II: ESCENARIOS DE ACCESO Y/O RESTRICCIÓN PARA LA IVE	31
CAPITULO III: RUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA IVE EN BOGOTÁ D.C.	39
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFÍA	53

RESUMEN ANALÍTICO DE ESTUDIO

En Colombia el aborto está despenalizado por la sentencia C-355 de 2006, en tres causales: Cuando la vida o salud (física y/o mental) de la mujer estén en riesgo: cuando el feto presenta graves malformaciones incompatibles con la vida, es decir, malformaciones que por su gravedad hacen que el feto sea inviable y mujeres que han sido víctimas de violación o incesto: copia de la denuncia penal, salvo si se trata de una menor de 14 años, porque en estos casos la ley presume que la niña o adolescente fue víctima de violación. Se desconoce el alcance exacto que tiene la prestación de este servicio que está incluido en el Plan de Beneficios de Salud y que incide en la prevención del aborto inseguro y las complicaciones que de él se derivan. El objetivo de la presente monografía es identificar el estado de la garantía del servicio de interrupción voluntaria del embarazo IVE en la ciudad de Bogotá D.C. bajo el marco legal vigente para el periodo de 2016 a 2018. Desde una revisión a la normatividad vigente, resultados de importantes estudios realizados sobre el tema, protocolos y lineamientos técnicos, análisis de datos entregados por el Ministerio de salud y los identificados en informes de gestión, se concluye que la garantía de este servicio no es garantizada por la administración distrital, la publicidad de los servicios relacionados con IVE aún se queda corta y guarda restricciones, las cifras del Ministerio de salud evidencian irregularidades y la ausencia de criterios específicos para medir la prestación del servicio en las tres causales despenalizadas, además de las escasas acciones en materia de prevención de embarazos no deseados y el control del uso apropiado de la objeción de conciencia, generan que los escenarios restrictivos aumenten cada vez más.

INTRODUCCIÓN

En Colombia la despenalización del aborto ha sido un tema controversial a través de los años. Para el año 2005 Colombia por medio de La Sala Plena del Tribunal Constitucional dio el paso a la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo bajo tres causales: cuando se presentan malformaciones del feto, cuando la vida y salud de la madre corren peligro y cuando el embarazo es consecuencia de una violación o inseminación no consentida.

Sin embargo las interrupciones del embarazo realizadas de forma clandestina han aumentado y con ellas las complicaciones posteriores e incluso la muerte de las mujeres en algunos casos, esta situación es de gran preocupación en el cumplimiento de la Sentencia C-355 de 2016 y el desarrollo de una Política Pública Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, para el Ministerio de Salud y para el caso en específico la Secretaria Distrital de Salud, quienes son garantes de la adecuada prestación del servicio de interrupción voluntaria del embarazo, para prevenir embarazos no deseados y en consecuencia abortos inseguros.

Por lo anterior surge el interés de analizar la participación que han tenido las diferentes instituciones de salud frente a estos casos, las cuales han sido de vital importancia para la prestación de servicios seguros a mujeres que cada vez se ven expuestas a más riesgos por la existencia de lugares clandestinos que no cumplen con las condiciones para prestar el servicio y la venta sin restricción de medicamentos por internet, por otra parte, el análisis se hará extensivo a colectivos y organizaciones que han apoyado de manera incondicional la lucha por la reivindicación de los derechos de las mujeres.

Con toda esta revisión se pretende concluir la situación real de la prestación del servicio de salud con las garantías necesarias en salud sexual desde la prevención de embarazos no

deseados hasta la realización de interrupciones voluntarias de embarazo según el marco legal vigente durante el periodo 2016-2018.

OBJETIVO GENERAL

Identificar el estado del servicio de salud de interrupción voluntaria del embarazo por parte de las entidades prestadoras de salud en el marco de la política nacional de salud sexual, derechos sexuales y derechos reproductivos durante el periodo comprendido entre 2016 y 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer el alcance de la prestación del servicio IVE en cuanto a número de atenciones en la ciudad de Bogotá D.C.
2. Identificar los diferentes escenarios a los que se enfrentan las mujeres que solicitan la IVE.
3. Analizar las rutas de atención disponibles en las entidades de salud para la prestación de la IVE en el marco de la Sentencia C-355 de 2006.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para el desarrollo de la monografía “Garantía del servicio de salud: interrupción voluntaria del embarazo en Bogotá D.C. bajo el marco legal vigente para el periodo 2016-2018” se realizará un análisis de documentos jurídicos y estudios relacionados con aborto en Colombia emitidos por entidades públicas y por colectivos que han apoyado el acceso a IVE, así mismo, se adelantará una investigación cualitativa de tipo descriptivo a partir de la revisión de rutas de atención disponibles por las EPS que operan en la ciudad y cuantitativa con la revisión de estadísticas emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social e incluso por las instituciones que son reconocidas por prestar el servicio de IVE en Bogotá cumplimiento

todos los requisitos de ley. Esto permitirá validar la garantía del acceso a la IVE desde distintas posiciones.

MARCO TEÓRICO

En Colombia desde hace varias décadas la discusión sobre el aborto ha ocupado importantes escenarios sociales, culturales y sobre todo políticos. Uno de los más importantes fue: la participación de Colombia en la campaña por el derecho al aborto, allí participaron grupos de mujeres en todo el país que tenían en común la conmemoración del día internacional del aborto el 31 de marzo de 1979, tal como lo cuenta el colectivo de La Mesa por la vida en su texto “La Lucha por la Despenalización del aborto en Colombia”.

Así mismo, esta discusión llegó a las altas cortes en distintas ocasiones, esto sucedió con mayor fuerza en la década de los años ochenta (con la expedición del nuevo Código Penal) y con la promoción de miembros del partido liberal, no obstante , estas discusiones no tuvieron mayor trascendencia, permitiendo que el aborto se considerará hasta el año 2006 como un delito contra la vida.

Actualmente en Colombia el aborto es considerado un delito contra la vida que se encuentra consignado en el Código Penal - Ley 599 de 2000, pero que a partir de la sentencia C-355 de 2006 se despenalizó en tres causales:

- Cuando la vida o salud (física y/o mental) de la mujer estén en riesgo: requiere certificado médico.
- Cuando el feto presenta graves malformaciones incompatibles con la vida, es decir, malformaciones que por su gravedad hacen que el feto sea inviable: requiere certificado médico, expedido por un profesional de la salud.

- Mujeres que han sido víctimas de violación o incesto: copia de la denuncia penal, salvo si se trata de una menor de 14 años, porque en estos casos la ley presume que la niña o adolescente fue víctima de violación.

Exigencias distintas o adicionales a las anteriores, son ilegales.

Como sustento de lo anterior, es importante mencionar el fundamento que tuvo la Corte Constitucional para dar paso a la sentencia de despenalización. En primer lugar, la Corte Constitucional hace una distinción entre la vida como un bien constitucionalmente protegido y el derecho a la vida como un derecho subjetivo de carácter fundamental. (MinSalud - UNFPA, 2014) Allí hace una salvedad sobre el derecho a la vida ligado a la persona humana, diferente del derecho a la protección de la vida que incluye al no nacido, teniendo en cuenta que la condición de persona humana se da cuando se ha producido el nacimiento, concepto que detalla puntualmente el código civil para términos legales en su artículo No. 90 “La existencia legal de toda persona principia al nacer, esto es, al separarse completamente de su madre”. La protección del no nacido, en consecuencia, no tiene el mismo grado e intensidad que la protección que se debe dar a la persona humana, es decir a la mujer. (MinSalud - UNFPA, 2014), que también cuenta con derechos sexuales y reproductivos, que se consideran derechos humanos de carácter fundamental, como lo plantea la Declaración de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, en la que se reconoce la relación directa que tienen los derechos reproductivos con otros como la dignidad, la igualdad, el libre desarrollo de la personalidad, la educación, la información, la salud, entre otros. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Seguido a esto, el concepto de salud que brinda la OMS “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad”, es valioso en la lectura de la primera causal de despenalización, que refiere el riesgo para la salud o la vida

de mujer y con ello la apertura integral a distintas variables que permiten a la mujer de manera autónoma decidir sobre el embarazo que vive y si es el caso solicitar la Interrupción Voluntaria del Embarazo. De igual manera, es importante tener en cuenta que en la aplicación de esta causal, el personal asistencial y administrativo que pueda estar relacionado con la atención, actúe de buena fe y no se convierta en un obstáculo para el acceso al servicio, sin perjuicio del derecho a objetar conciencia que tiene el personal médico y para lo cual también es importante fundamentar su manifiesto, pues todos los servicios de salud son relevantes para quien los solicita y con la normatividad vigente, se hace imprescindible la garantía de sus derechos. (MinSalud - UNFPA, 2014).

La objeción de conciencia se define como “derecho fundamental derivado de la libertad de conciencia, la libertad religiosa y de cultos, que tiene toda persona natural de oponerse al cumplimiento de un deber contemplado en una ley, sentencia, (u otra disposición jurídica) cuando esta resulte incompatible con convicciones religiosas, éticas, filosóficas o políticas y que estén relacionadas con su conciencia”. (Profamilia & Católicas por el Derecho a Decidir)

Otro concepto sobre la objeción de conciencia es: “El derecho a la objeción de conciencia está relacionado con valores como autonomía, libertad de pensamiento y conciencia, y existencia pluralista en sociedades democráticas. Sin embargo, cuando este derecho se ejerce en el contexto de los servicios de salud, debe ser ejercido bajo el principio de proporcionalidad e igualdad para evitar la discriminación y las violaciones de los derechos humanos. (IPAS , 2017)

Según la guía publicada por Profamilia y Católicas por el Derecho a Decidir, se detalla el ejercicio de la objeción de conciencia en el caso de la IVE, como exclusivo para el personal médico que esté directamente involucrado en su realización, de esta manera pueden negarse a realizarlo si lo consideran contrario a sus convicciones morales, filosóficas o religiosas. Así

mismo, refiere que esta posición tiene límites definidos por la Corte Constitucional Colombiana y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, toda vez que implica la restricción al goce de los derechos humanos de las mujeres.

Es relevante comprender que la objeción de conciencia es una decisión o acción individual y no institucional o colectiva, por lo tanto no puede reconocerse a personas jurídicas o al Estado, debido a que la conciencia es un atributo de la persona natural, por lo que sólo estas últimas puedan ejercerla. (Profamilia & Católicas por el Derecho a Decidir) Así mismo, es necesario describir las condiciones para el reconocimiento de este derecho:

- a. El estado debe garantizar el cumplimiento no sólo de los derechos, sino de los deberes consagrados tanto en el ordenamiento jurídico interno como en las obligaciones internacionales de derechos humanos, asegurando que la prestación de dichos servicios y deberes estatales, no se interrumpan con ocasión de una objeción de conciencia personal.
- b. Se podrá exigir el cumplimiento de obligaciones alternativas o sustitutivas al deber jurídico objetado, pero en ningún caso podrá ser de naturaleza punitiva o sancionatoria, ni atentar contra la conciencia o creencias del objetor u objetora.
- c. En el caso de situaciones de emergencia donde la vida y los derechos fundamentales de terceras personas se encuentren en riesgo o se pueda generar un daño irreparable a los mismos, los derechos de estas/dos terceros prevalecen frente a los del objetor, quien está en la obligación de prestar del servicio respecto a los que se ha declarado como objetor. (Profamilia & Católicas por el Derecho a Decidir)

La decisión de objetar conciencia para la IVE está respaldada por la Constitución Política de Colombia y distintas sentencias de la Corte Constitucional Colombiana que han hecho claridades más detalladas sobre el alcance de esta posición (se presentan en el marco jurídico

del presente contenido), también, el Pacto de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Americana de Derechos Humanos o también conocido como Pacto de San José. (Profamilia & Católicas por el Derecho a Decidir)

Por otra parte, es importante mencionar que el aborto puede realizarse con el uso de medicamentos o con técnicas quirúrgicas que la Organización Mundial de la Salud ha establecido. De esta manera y posterior a la emisión de la sentencia C-355 de 2006, algunas instituciones de salud fortalecieron sus servicios para ofrecer la interrupción voluntaria del embarazo. Una de las guías más importantes e influyentes en los protocolos de atención es la de “Lineamientos sobre políticas clínicas”, elaborada en el año 2013 por la NAF - National Abortion Federation, en la que se detalla la importancia de definir quiénes pueden proporcionar un aborto, el consentimiento informado, la prevención de infecciones, el manejo de aborto en las distintas etapas del embarazo, el manejo de embarazos con localización desconocida, así como el personal, los equipos y las instalaciones necesarias para una práctica segura y de calidad humana. (National Abortion Federation, 2013)

Lo anterior permitió a su vez el reconocimiento a las mujeres y niñas que lo requieran, ya que tienen derecho a solicitar al sistema público de salud que le practiquen una interrupción voluntaria del embarazo. Desde entonces han sido múltiples, los obstáculos para que este derecho pueda ejercerse de manera libre, digna y oportuna. (Women's link Worlidge - Profamilia, 2014)

A partir de esta sentencia se estableció la obligación de habilitar el servicio de Interrupción Voluntaria del Embarazo por parte de las entidades de salud, sin embargo, se han presentado varias polémicas relacionadas con la negación del servicio e incluso con el incumplimiento de establecer la ruta de atención incluida en sus propios servicios o a través de un tercero. Esta se considera como una de las principales barreras con las que se encuentra una mujer

que requiere el servicio, adicionalmente, como lo menciona el colectivo de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres en su libro “Barreras para el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia” (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2017), constituyen otra variación de barreras el desconocimiento del marco legal, la interpretación restrictiva del mismo, las fallas en la prestación del servicio por parte de las instituciones obligadas que se observa en fallas de los profesionales, entre otras situaciones que dilatan o niegan el acceso al servicio por parte de las mujeres.

Adicional a la obligatoriedad que existe para la prestación del servicio y a las condiciones descritas por las cuales se evidencia la necesidad de rutas de atención oportunas, seguras y sin barreras, es importante mencionar los protocolos que han generado organizaciones como el Fondo de Población de Naciones Unidas – UNFPA en colaboración con el Ministerio de Salud y otras organizaciones pioneras en este tema, pues son herramientas en las que se detalla la ruta de atención que incluye distintos profesionales para lograr una atención integral en la que se garanticen los derechos de la mujer. (Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA y Minsalud, 2014)

ESTADO DEL ARTE

Actualmente algunas instituciones no gubernamentales han adelantado estudios para analizar las barreras de acceso a las cuales se enfrentan las mujeres cuando solicitan un servicio de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia; esto incluye la falta de conocimiento de la Sentencia C-355 de 2006 y los desarrollos que la misma ha tenido en los años siguientes, provocando un desconocimiento del derecho a la intimidad y a la dignidad, la desatención al derecho a la información veraz e imparcial, la desestimación del derecho al diagnóstico y tratamiento oportuno y el no reconocimiento de la autodeterminación de la mujer. Lo anterior se ha materializado en la exigencia de documentos y trámites legales que

no contempla la sentencia para solicitar este servicio de salud. El colectivo de la Mesa por la vida y la salud de las mujeres, es un grupo de profesionales en derecho que han realizado el acompañamiento a varias mujeres que se han enfrentado a estas barreras, aun cuando se encuentran incluidas en alguna de las tres causales permitidas, han llegado a estrados judiciales para poder acceder un servicio de salud que es obligatorio y para el cual no deberían atravesar tan dispendioso proceso.

Adicionalmente organizaciones como Católicas por el Derecho a Decidir y Profamilia, han adelantado estudios e investigaciones sobre otro aspecto relevante en la prestación del servicio de IVE, la objeción de conciencia institucional y su impacto en la prestación de servicios de salud sexual, de los cuales se destaca como conclusión la reafirmación de la objeción de conciencia como un derecho individual que permite *negarse al cumplimiento de un deber jurídico cuando dicho deber entra en conflicto con convicciones morales basadas en creencias profundas, absolutas, sinceras y fijas de la persona*, a su vez, aclarando que este derecho no puede convertirse en una barrera de acceso y aunque es un derecho individual las instituciones no pueden acceder al mismo, por lo cual deben garantizar la prestación del servicio con personal que opte por la objeción. En el mismo estudio aclara las malas prácticas que se evidenciaron en profesionales de salud, repercutiendo en altos costos institucionales al tener que incurrir en contratación de personal adicional no objetor y al complejizar los modelos de atención que requieren de mayores especificidades cuando las dilaciones hacen que el procedimiento sea de mayor nivel. (La Mesa por la vida y la salud de las mujeres, 2016)

Otro estudio importante en este análisis es la encuesta de percepción sobre la despenalización del aborto en Colombia y otros temas relacionados con derechos sexuales, realizada en el año 2017 a 10.7 millones de personas ubicadas en distintas capitales de los

departamentos de Colombia, de este estudio se destaca la respuesta del 62% de participantes que consideran que la decisión de interrumpir el embarazo sólo corresponde a la mujer y nadie más, 70% está de acuerdo con que la mujer es quien decide sobre el uso de métodos anticonceptivos y 81% considera que solo la mujer puede decidir si tener o no hijos. (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2017)

De otra parte, se conoce que la proporción de la mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos debido a un aborto inseguro, suele ser más alta en los países con restricciones importantes y más baja en los países donde el aborto está disponible a requerimiento o en condiciones generales. (Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA y Minsalud, 2014)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) anualmente 67.000 mujeres mueren por abortos mal practicados, lo que equivale al 13% de la mortalidad materna. En América Latina, el aborto inseguro es el responsable del 17% de las muertes maternas (OMS, 2000). De acuerdo con la OMS, los avances médicos y de las tecnologías seguras y eficaces, y la capacidad para realizar abortos inducidos en particular, podrían eliminar en su totalidad los abortos inseguros y las muertes relacionadas, siempre y cuando exista un acceso universal a estos servicios (Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA y Minsalud, 2014)

Desde un contexto internacional es importante referir al IPAS, “una organización internacional enfocada en expandir el acceso al aborto seguro y la atención de anticonceptivos y a poner fin al aborto inseguro. La organización tiene 17 oficinas en todo el mundo y trabajamos con socio y gobiernos para abogar por un aborto seguro y legal, para hacer que la anticoncepción esté ampliamente disponible y para conectar a las mujeres con información para que puedan acceder a servicios seguros de salud reproductiva” (IPAS)Desde esta misión, IPAS ha desarrollado estudios en América Latina y como resultado de

uno de ellos se destaca el reconocimiento de las sentencias colombianas en materia de objeción de conciencia, que fueron legitimadas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos como normas referentes de derechos humanos para la región, considerando su enfoque holístico. (IPAS, 2014) No obstante, en el mismo estudio se menciona un caso de estudio de la región, en el que los tribunales de Uruguay han librado una discusión con los prestadores de servicios de salud que han manifestado su objeción de conciencia de manera colectiva, casi que incluso se entiende como una objeción institucional, lo cual aumenta el riesgo de que las mujeres no puedan acceder a su derecho al aborto seguro y legal según lo establecido en el Decreto 375 de 2012.

Finalmente una de las conclusiones más importantes en cuanto a la objeción de conciencia según este estudio de IPAS, es que la objeción de conciencia ha sido utilizada sistemáticamente en diversa medida para impedir que las mujeres ejerzan sus derechos reproductivos. el uso ilegítimo de la objeción de conciencia plantea una inmensa preocupación para el acceso de las mujeres a los servicios esenciales de salud reproductiva, y constituye no solo una violación del derecho de las mujeres a la salud, sino también de sus derechos a la información, a la no discriminación e igualdad en los servicios de salud, y a la privacidad según lo establecido por el derecho internacional de los derechos humanos. Las recomendaciones de los órganos de supervisión de Tratados, constituyen medios eficaces para la reglamentación que deben ser considerados por los Estados para garantizar el goce y ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres (IPAS, 2014)

Desde otra mirada que viene del sur del continente americana, Sonia Ariza y Agustina Ramón, hicieron una especial revisión al uso de la objeción de conciencia por parte del personal de salud ante casos de aborto. En el texto “Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia” refieren una llamada “obediencia debida” que consiste en el manifiesto de

objeción de conciencia por parte de personal médico bajo una presión institucional en la que se juegan su estabilidad laboral y las posibilidades de un posible ascenso, situación identificada entre algunos residentes de las entidades de salud. Por otra parte, se evidenció una sensación de sobrecarga laboral, discriminación y estigmatización por parte de los profesionales de la salud que si practican los abortos, generando un efecto negativo en ellos y reduciendo las posibilidades de acceso para las mujeres. De esta manera se destaca una de sus conclusiones más dicientes: “hemos constatado que la OC (Objeción de Conciencia) es usada como una herramienta para evadir, entre otros, los costos asociados al estigma, a la sobrecarga de trabajo, al desconcierto legal, el desprestigio, a eventuales problemas dado el accionar de grupos conservadores fiscales (y otras autoridades judiciales) que abusan de su poder en ambientes laborales, institucionales, e incluso sociales, hostiles”.

MARCO JURÍDICO

El marco jurídico para abordar la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el contexto colombiano es muy importante, pues desde allí se ha generado el fundamento para su instauración en la legislación colombiana, la generación de lineamientos técnicos que incluyen todo un enfoque de derechos para hacer integral la atención. Así mismo, el tratamiento de la posición objetora de conciencia, que también se constituye como derecho y se ha desarrollado con el pasar de los años, buscando una equidad entre los derechos de todas las partes involucradas, equidad que ha sido reconocida por organismos internacionales como referente para las cartas políticas de América Latina.

- **Constitución Política de Colombia 1991**

-Artículo 11: El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte. (Congreso de la República de Colombia, 2020)

-Artículo 48: La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrá destinar ni utilizar recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante. (Congreso de la República de Colombia, 2020)

-Artículo 49: La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad. (Congreso de la República de Colombia, 2020)

- **La Declaración Universal de los Derechos Humanos**

-Artículo 2: Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía. (Organización de las Naciones Unidas , 2015)

-Artículo 3: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. (Organización de las Naciones Unidas , 2015)

-Artículo 22: Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad. (Organización de las Naciones Unidas , 2015)

- **Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA Agencia de las Naciones Unidas en Colombia:**

Derechos sexuales y reproductivos: - Derecho a la protección y prevención de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados. (UNFPA, 2017)

-Derecho a recibir información y al acceso a servicios de salud de calidad sobre todas las dimensiones de la sexualidad, sin ningún tipo de discriminación. (UNFPA, 2017)

-Derecho a tomar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción, ni violencia. (UNFPA, 2017)

-Derecho a decidir libremente si se desea o no tener hijas o hijos. (UNFPA, 2017)

-Derecho a acceder a métodos de anticoncepción modernos, incluida la anticoncepción de emergencia. (UNFPA, 2017)

- **Sentencias**

- C-355 de 2006: Despenalización del aborto en tres causales.

T-636 de 2007: La Corte aclaró que el Derecho al Diagnóstico, en tanto se relaciona con la protección de otros derechos fundamentales, es susceptible de ser protegido mediante la acción de tutela.

T-585 de 2010: Esta es una sentencia que reitera y refuerza los estándares en IVE, así como las obligaciones y prácticas prohibidas.

En esta, la Corte hizo especial énfasis en el carácter de derecho fundamental del derecho a la IVE.

- T-841 de 2011: Se enfatiza en el derecho a la intimidad, al diagnóstico oportuno completo y de calidad, en la IVE como derecho fundamental, y reforzó estándares.

- T-627 de 2012: 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 especial debe ser fidedigna o confiable.

- C-754 de 2015: 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.
- T-301 de 2016: Se trata de una sentencia relevante y completa, donde se hace un recuento de los estándares (reglas y sub-reglas) fijados por la Corte Constitucional en IVE y también se fijan nuevos estándares.
- T-697 de 2016: La sentencia enfatiza en el deber de las entidades de mejorar de los protocolos de atención de casos de menores de edad que buscan acceder a su derecho a la IVE, en especial, en lo que tiene que ver con el término de los cinco (5) días para la atención en IVE.
- C-327 de 2016: 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.
- SU-096 de 2018: Se trata de la primera sentencia de unificación en IVE en Colombia.
- T-209 de 2008: Los profesionales de la salud en todos los niveles tienen la obligación ética, constitucional y legal de respetar los derechos de las mujeres. La objeción de conciencia debe presentarse de manera individual en un escrito en el que se expongan debidamente los fundamentos. 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 sí pueda llevar a cabo el aborto.

La Corte recoge todo el precedente jurisprudencial en IVE y ratifica los estándares (reglas y sub-reglas) para la protección y garantía de este derecho, que son de obligatorio cumplimiento.

- **Resoluciones**

- Resolución 3202 de 2016: Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)
- Resolución 3280 de 2016: Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)
- Resolución 5592 de 2015: Por medio de la cual se actualiza el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, para incluir la IVE dentro de los servicios que se encuentra garantizando el plan de beneficios al cual toda persona tiene derecho, ya sea dentro del régimen subsidiado o contributivo. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

- **Circulares**

- Circular externa 3 de 2013: Por la cual se imparten instrucciones sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en aplicación de la Constitución Política de Colombia, los tratados internacionales y las sentencia de la Corte Constitucional, y se deroga la Circular número 03 de noviembre de 2011. (Superintendencia Nacional de Salud, 2013)

- **Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C 2016-2020**

“El PTS 2016-2020 se constituye en una herramienta para lograr la recuperación y transformación del sistema de salud en la ciudad, centrándose en superar las dificultades que enfrenta, alcanzar la universalidad, eliminar las fronteras entre regímenes, planes de beneficios y formas de financiación y alcanzar la eficiencia en el uso de los recursos...”

(Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., 2016)

- **Lineamiento de la Política Distrital de Sexualidad de Bogotá 2012-2022.**

“Esta política distrital busca generar condiciones para el ejercicio de las libertades, la potencialización de factores que permitan el desarrollo integral de las ciudadanas y ciudadanos y la reducción de factores que limitan el desarrollo libre de la sexualidad”.

(Secretaría Distrital de Salud de Bogotá , 2012)

CAPITULO I: ALCANCE DEL SERVICIO DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN BOGOTÁ D.C.

La garantía de los derechos es inherente al desarrollo humano y bandera de la Constitución Política de 1991, haciendo fundamental el establecimiento de estrategias de desarrollo como políticas públicas, planes y programas dirigidas a fortalecer el libre desarrollo de la sexualidad (eje del contenido) como un derecho y la garantizar de su ejercicio a la población a través de acciones de cuidado y prevención en temas relacionados con las infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no deseados, salud sexual y reproductiva desde un enfoque diferencial y de género, con el fin de fortalecer las relaciones del Estado con la sociedad, estableciendo deberes pero también derechos con los que naturalmente cuenta una persona en el ejercicio de su libre sexualidad.

Es así como en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, se ratifica que “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. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual”

Dentro de los derechos humanos de las mujeres, también se incluyen sus derechos sexuales, con el fin de fortalecer la capacidad de la mujer frente a la toma de decisiones de su cuerpo y sexualidad, que incluyen la decisión de elegir su pareja sexual con quien compartirá la responsabilidad de sus experiencias, el derecho a disfrutar de los aspectos eróticos de la sexualidad, así como el goce pleno y seguro que tenga en cuenta el acceso a métodos anticonceptivos de manera oportuna, no solo de uso femenino sino también de uso masculino,

permitiendo disminuir la estigmatización sobre la protección en temas sexuales y buscando igualdad de género en el equilibrio de la responsabilidad sexual, adicionalmente, el derecho a la decisión autónoma sobre su cuerpo y mente.

Por ello, todo Estado deberá ser garante del cumplimiento de estos derechos, proporcionando a las mujeres todos los recursos disponibles para llevar a cabo una sexualidad libre y sin riesgos, por medio de acciones como: brindar educación sexual y reproductiva desde la etapa escolar, permitir el libre acceso a métodos anticonceptivos, velar por la libre decisión de la mujer sobre cuándo y con quien mantener una relación sexual, evitando que esté expuesta a situaciones que representen un riesgo físico o mental y que se puedan expresar en lesiones personales, cuadros depresivos o afectaciones psicológicas, embarazos no deseados, contagio de ITS, entre otras situaciones.

No obstante, son múltiples situaciones que pueden ocasionar un embarazo no deseado y consigo el deseo de la mujer por interrumpir su embarazo, un asunto que desde la administración pública se ha derivado al sector salud desde una mirada asistencialista, pero que debe ocupar un mayor lugar en los asuntos de agenda pública, dentro de los cuales se incluya la discusión sobre el alcance de la prestación de servicio de IVE en el marco jurídico ya presentado, el análisis de la oportunidad, calidad y seguridad con la que se presta el mismo, más aun importante, el cumplimiento de la sentencia C-355 de 2006 que despenalizó el aborto y dio paso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo como un servicio de salud del cual es responsable el Estado.

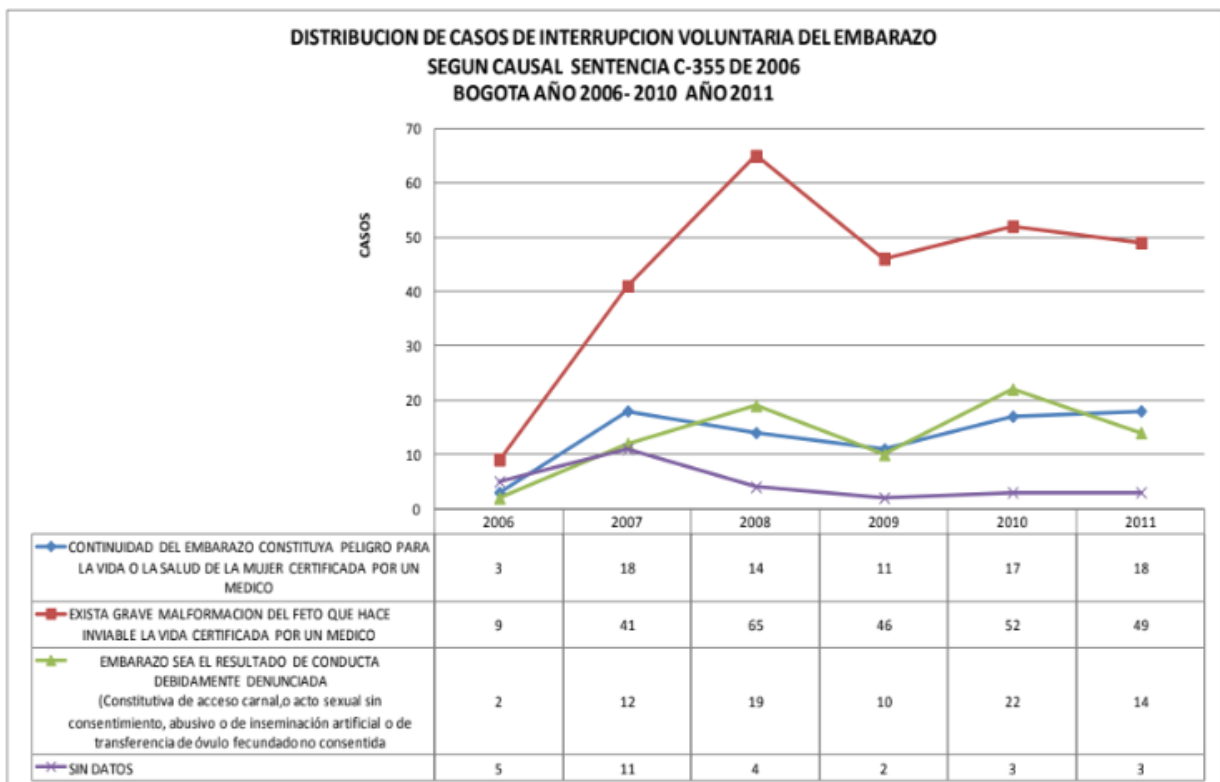
La prestación de este servicio se da en un contexto en el que existen entidades de carácter público y privado, en quienes se delegó la valiosa tarea de garantizar el derecho a la salud y que en consecuencia debe ser objeto de una constante vigilancia por parte de la administración tanto del orden nacional como del territorial. En este caso se hace un especial énfasis en la ciudad de Bogotá D.C, con el fin de determinar cuál ha sido alcance frente a la

prestación de este servicio visto desde el número de atenciones y el manejo de los registros por parte de la Secretaría Distrital de Salud.

En este contexto distrital, se identificaron algunas cifras en el lineamiento de la Política Distrital de Sexualidad de 2012 a 2022, entre las cuales se precisa un apartado exclusivo sobre IVE que detalla: En Puente Aranda el 14% de las mujeres alguna vez embarazadas interrumpieron su último embarazo; en La Candelaria el 13% y en Engativá el 12,3%. Las localidades con el promedio más bajo son San Cristóbal y Usme. El 9% de las mujeres que se hicieron una interrupción del embarazo acudieron a un médico particular y el 88% fue atendida en una institución de salud” (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá , 2012)

Además, en este lineamiento de política se presentan algunos datos muy importantes:

Imagen 1



Fuente: Lineamiento de política distrital de sexualidad

En esta gráfica se encuentra en el lineamiento de política distrital de sexualidad y contiene información entregada por la Base de datos de IVE Secretaría Distrital de Salud de 2006 a

2010 y de enero a octubre de 2011. Allí se evidencia la causal por la cual se han realizado más número de IVE en Bogotá es “Cuando exista malformación del feto que hace inviable la vida certificada por un médico”, seguido por la causal relacionada con el peligro para la vida o la salud certificada por un médico y finalmente una tendencia con fuertes movimientos a lo largo de los años relacionado con el embarazo que se resultado de conducta debidamente denunciada.

Imagen 2

INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO SEGÚN CAUSALES DE SENTENCIA C-355 de 2006	2006		2007		2008		2009		2010		2011		TOTAL 2006-2010 AÑO 2011*	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%		
CONTINUIDAD DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER CERTIFICADA	3	16	18	22	14	14	11	16	17	18	18	21	81	18,0
EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HACE INVIALE LA VIDA CERTIFICADA POR UN MEDICO	9	47	41	50	65	64	46	67	52	55	49	58	262	58,2
EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE CONDUCTA DEBIDAMENTE DENUNCIADA (Constitutiva de acceso carnal, o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas o de incesto)	2	11	12	15	19	19	10	14	22	23	14	17	79	17,6
SIN DATOS	5	26	11	13	4	4	2	3	3	3	3	4	28	6,2
TOTAL	19	100	82	100	102	100	69	100	94	100	84	100	450	100

Fuente: Base de datos de Interrupción voluntaria del embarazo Secretaría Distrital de Salud- Año 2006 -2010. Año 2011*(Enero- Octubre) Datos preliminares

Fuente: Lineamiento de política distrital de sexualidad

Seguido a esto se presenta la tabla de la imagen 2, en la que se puede observar un bajo registro de IVE en comparación con las cifras que usualmente ha manejado Profamilia y Fundación Oriéntame, tomando como periodo los primeros 6 años posteriores a la sentencia C-355 . Algo muy relevante de esta imagen es que deja como referencia una base de datos de interrupción voluntaria del embarazo a cargo de la Secretaría Distrital de Salud.

Siguiendo la información anterior que antecede al periodo en el que se ubica el presente contenido y la línea administrativa, se informa que posterior a la no identificación de estadísticas distritales sobre el tema disponibles en medios digitales para el periodo de estudio, se instauró un derecho de petición inicial al Ministerio de Salud solicitando

información estadística sobre el número de atenciones de IVE en la ciudad de Bogotá D.C. durante los años 2016, 2017 y 2018; obteniendo como respuesta la siguiente información:

Tabla 1

Diagnósticos	2016	2017	2018
Aborto medico: incompleto, complicado con infección genital y pelviana	13	23	23
Aborto medico: incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía	16	14	15
Aborto medico: incompleto, complicado por embolia	2	0	4
Aborto medico: incompleto, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas	16	13	15
Aborto medico: incompleto, sin complicación	267	272	372
Aborto medico: completo o no especificado, complicado con infección genital y pelviana	29	21	33
Aborto medico: completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía	6	10	8
Aborto medico: completo o no especificado, complicado por embolia	20	5	0
Aborto medico: completo o no especificado, sin complicación	2.605	5.465	7.818
Falla de la inducción médica del aborto, complicado con infección genital y pelviana	2	3	0
Falla de la inducción médica del aborto, complicado por hemorragia excesiva o tardía.	3	1	0
Falla de la inducción médica del aborto, complicado por embolia	1	1	0
Falla de la inducción medica del aborto, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas	1	0	3
Falla de la inducción medica del aborto, sin complicación	19	61	69
Extracción menstrual	217	278	224
Problemas relacionados con embarazo no deseado	268	539	747

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

En esta respuesta el Ministerio de Salud hace la salvedad de que las causales de Interrupción Voluntaria del Embarazo no conforman una variable para la estadística actualmente definida y que se lleva en el orden nacional apoyadas en las entidades del orden territorial. Tampoco hacen una aclaración sobre cuáles son los diagnósticos específicos que están relacionados con la IVE, ya que los mencionados del cuadro anterior incluyen situaciones que no se relacionan directamente con la decisión autónoma de la mujer para interrumpir su embarazo evitando tener claridad sobre el número de atenciones por este motivo.

Esta revisión de información estuvo acompañada por una profesional de la salud que cuenta con varios años de experiencia en temas de salud sexual y reproductiva, específicamente en IVE. Con sus aportes y la revisión de la Ruta Integral de Atención en Salud, se decide instaurar un nuevo derecho de petición con los códigos CIE10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) más específicos que se pueden relacionar con la ruta de atención, es decir, códigos con los que se identifique la sesión de orientación o consulta psicológica (la cual no debe ser realizada obligatoriamente por un psicólogo según los protocolos de atención adoptados en Colombia), la consulta médica y el tratamiento médico o quirúrgico; con el fin de establecer una correlación entre los registros que entregue el Ministerio y hacer un análisis más cercano a la posible cobertura del servicio en cuestión en Bogotá D.C.

Por otra parte, se hace la revisión de los informes de gestión de Fundación Oriéntame y Profamilia (dos organizaciones líderes en salud sexual en Colombia y quienes se han reconocido por realizar el mayor número de IVE en el país), identificando los siguientes resultados en cuanto a la atención a nivel nacional:

Tabla 2

NOMBRE	NÚMERO DE IVE REALIZADAS NIVEL NACIONAL		
	2016	2017	2018
FUNDACIÓN ORIÉNTAME	10.704	10.411	11.106
PROFAMILIA	6.440	10.514	16.870

Fuente: elaboración propia

Analizando los datos anteriores con el detalle que ofrecen los informes de gestión, se identifica que el mayor número de atenciones de IVE de estas dos organizaciones se ha realizado en la zona central del país como lo menciona Profamilia en la que se incluye a

Bogotá y en el caso de Fundación Oriéntame con mayor detalle al obtener el número preciso de IVE realizadas en la ciudad así: 9.669 en 2016, 9.346 en 2017 y 9.743 en 2018.

Teniendo en cuenta que estas dos organizaciones prestan servicios de salud habilitados según los estándares que revisa la Secretaría Distrital de Salud y que bajo su vigilancia cumplen con los reportes de información en los que se incluyen los Registros Individuales de Prestaciones de Servicios de Salud – RIPS, resulta inquietante que la totalidad de las cifras entregadas por el Ministerio de Salud en la tabla 1, registren tan solo un 20% aproximado del total de servicios prestados. Con este resultado se fundamenta aún más la necesidad de presentar un nuevo derecho de petición quizá más específico en los códigos de CIE10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), vistos como una herramienta a través de la cual se puede llegar al resultado esperado.

Como resultado del segundo derecho de petición presentado se obtiene la siguiente información:

Tabla 3

Diagnósticos	2016	2017	2018
Aborto médico: completo o no especificado, sin complicación	3.849	9.917	11.290
Atención materna por (presunta) malformación del sistema nervioso central en el feto	74	67	57
Atención materna por (presunta) anormalidad cromosómica en el feto	54	98	167
Atención materna por (presunta) enfermedad hereditaria en el feto	31	6	8
Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a enfermedad virica en la madre	12	1	0
Atención materna por (presunta) lesión al feto debida al alcohol	0	1	1
Atención materna por (presunta) lesión fetal debido a drogas	4	0	87
Atención materna por (presunta) lesión fetal debido a radiación	13	2	0
Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a otros procedimientos médicos	0	1	0
Atención materna por otras (presunta) anormalidades y lesiones fetales	203	201	163
Atención materna por (presunta) anormalidad y lesión fetal no especificada	419	382	473
Abuso sexual	5.687	7.839	12.186

Diagnósticos	2016	2017	2018
Supervisión de embarazo de alto riesgo debido a problemas sociales	1.345	2.030	1.680

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

A partir de esta información se puede realizar un análisis comparativo con la primer respuesta, identificando una importante diferencia entre el número de atenciones reportadas por el diagnóstico “Aborto médico: completo o no especificado, sin complicación” entre las dos respuestas. En la respuesta inicial el Ministerio de Salud y Protección Social informó un total de 15.888 atenciones acumuladas entre el 2016 y el 2018, sin embargo, en la segunda respuesta, para el mismo periodo y por igual diagnóstico informó un total de 25.056, con una diferencia de 9.168 atenciones no reportadas en el primer momento.

Desde este primer análisis resulta preocupante que se presenten diferencias tan grandes en cuanto a los registros que una misma entidad informa, más aún, cuando se trata de atenciones en salud que deberían tener un control riguroso por parte de la administración en este caso del orden distrital quien reporta al orden nacional y de esta manera consolidar toda la información.

Por otra parte resulta interesante que en la segunda respuesta se hagan visibles diagnósticos que desde una primer revisión reflejan relación con la sentencia C-355 de 2006, pues menciona situaciones en las que existe una condición de malformación o afectación al feto, así como la declaración de embarazos de alto riesgo por problemas sociales que podría relacionarse con la causal riesgo para la salud (integral) o vida de la mujer. Siendo este último caso de mayor interés, por tener un número significativo de atenciones al igual que las cifras informadas para el diagnóstico de abuso sexual.

Siguiendo las 25.712 atenciones acumuladas para el periodo de estudio y relacionadas con el diagnóstico de abuso sexual, se puede observar que supera el reporte por el primer diagnóstico “aborto médico”, dejando como interrogante si este reporte de abuso sexual se

refiere exclusivamente al hecho tácito del abuso y en consecuencia pueda considerarse que varios de estos casos ha llegado a una interrupción de embarazo. Lo anterior es tan solo una posible afirmación que no puede darse con total seguridad, a falta de una correlación entre los diagnósticos que permita trazar la ruta de atención desde la identificación de la condición que permita a la mujer enmarcarse en las causales de despenalización hasta la atención final, que por carencia de estadística detallada para IVE, podría identificarse con los diagnósticos de aborto específico.

Estas cifras y su análisis son fundamentales para la administración pública, toda vez que a partir de ello se pueden identificar vacíos en la prestación de servicios de salud y de esta manera formular una pronta respuesta e incluso la inclusión de una estadística específica que permita evaluar en un corto plazo el alcance de la prestación del servicio, con el ánimo de reducir los riesgos a los que se enfrentan las mujeres cuando deciden interrumpir su embarazo con la compra de medicamentos vía internet o sin valoración médica que permita una revisión de los antecedentes de salud que permitan prever alguna contraindicación, también, los casos en que recurren a lugares que no cuentan con las medidas de seguridad para garantizar un procedimiento seguro.

Esta acción de la administración pretendiendo la garantía del derecho a la salud, puede colaborar con el alto número de procesos que lleva la Fiscalía por el delito de aborto, como lo menciona la periodista Johana Rodríguez de la emisora radial La Fm, al exponer algunos apartes del informe que recientemente entregó la Fiscalía en el que se informa que se han adelantado 3.057 investigaciones contra mujeres, en las que se destacan 500 menores de edad. Adicionalmente, refieren que la mayoría de abortos se han realizado en mayores de edad que se encuentran entre los 18 y los 28 años, que se coinciden en la característica de escasos recursos económicos. (Johana, 2020)

CAPITULO II: ESCENARIOS DE ACCESO Y/O RESTRICCIÓN PARA LA IVE

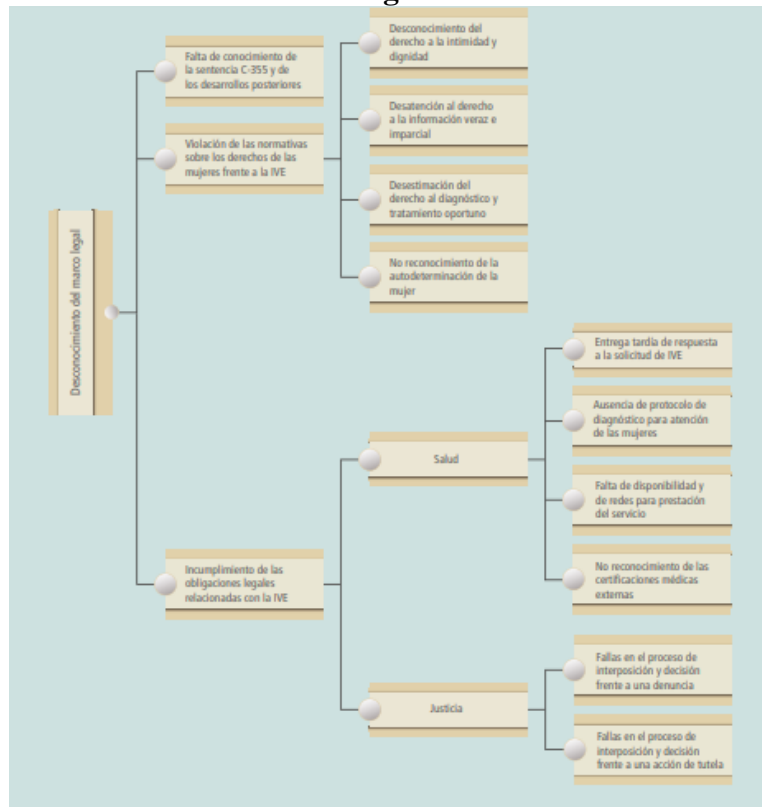
Para abordar los escenarios de acceso y/o restricción a los que se enfrentan las mujeres ante la solicitud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo se inició con la revisión del documento “Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia” producido por el colectivo de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, a partir del cual se logran identificar distintos escenarios que están asociados con conductas de la prestación directa del servicio y los “vacíos” en cuanto al control que se ejerce sobre la solicitud de requisitos y tratamiento del marco jurídico. En primer lugar es importante aclarar que el texto refiere varios casos reales que se dieron a partir del año 2011, lo que puede estar asociado a la existencia de numerosas barreras que no permitieron el acceso a la IVE desde el año 2006 cuando se despenalizó el aborto en Colombia. Lo anterior se puede sustentar en la veracidad que brinda el documento, teniendo en cuenta que La Mesa tomó como fuente de datos, los propios casos a los que han hecho acompañamiento desde el ámbito jurídico para acceder al servicio de salud. (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2017)

De esta manera puede identificarse una característica especial y es que varios de los casos asesorados se encontraban en el segundo trimestre de gestación, de lo cual se concluye que buscaron la asesoría jurídica en esta etapa del embarazo, por las distintas dilaciones a que se enfrentaron con sus servicios de salud subsidiados y contributivos. Posteriormente en el documento se presenta una clasificación de las barreras de acceso identificadas: Desconocimiento del marco legal, interpretación restrictiva del marco legal, uso inconstitucional de la objeción de conciencia, interpretación restrictiva de la causal salud, fallas en la prestación del servicio de salud.

En cuanto al desconocimiento del marco legal, se mencionan barreras relacionadas con la falta de información o la omisión de la misma por parte de los prestadores de salud y personal a cargo de las rutas de atención; violación de las normativas sobre los derechos de las mujeres

frente a la IVE, lo cual compromete varios derechos fundamentales de la mujer y finalmente el incumplimiento de las obligaciones legales relacionadas con la IVE desde el aspecto de salud y desde el tema de justicia, tal como se presenta a continuación:

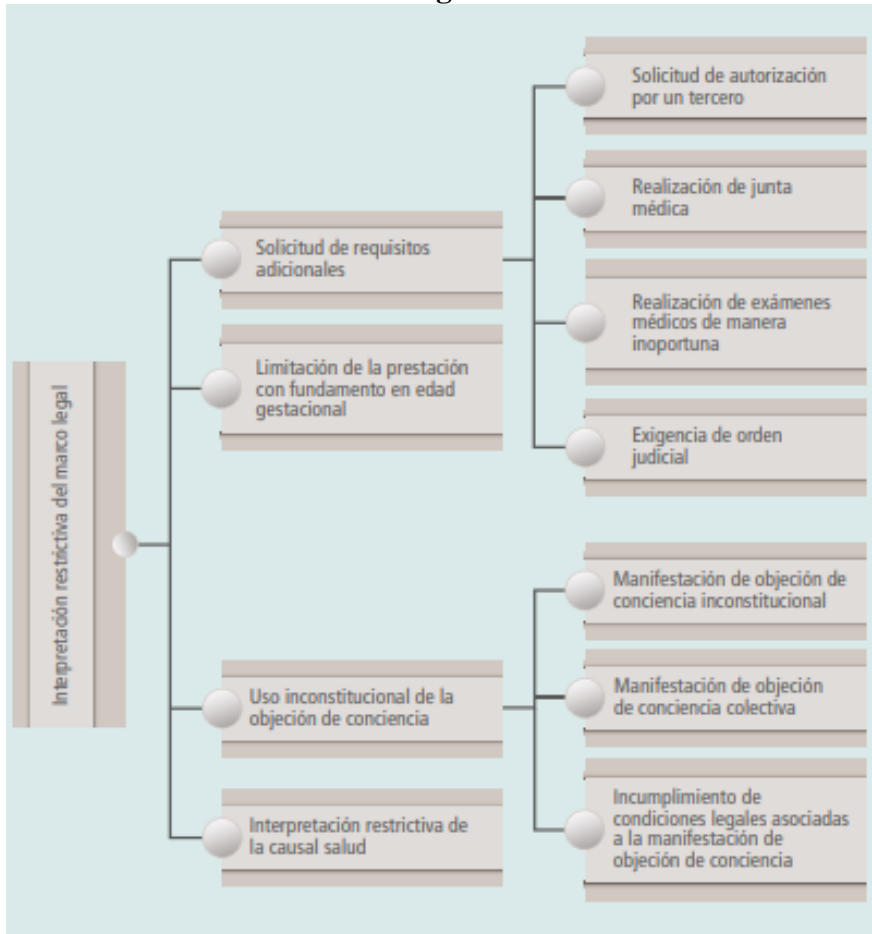
Imagen 3



Fuente: Mesa por la vida y la salud de las mujeres

Otro escenario de límites al que se enfrentan las mujeres es el de la interpretación restrictiva del marco legal, en el que se menciona específicamente al personal encargado de la prestación del servicio, quienes solicitan requisitos adicionales a los establecidos por ley, limitan la prestación a la edad gestacional, ejercen un uso no procedente de la objeción de conciencia y por último establecen restricciones en la causal salud, así:

Imagen 4



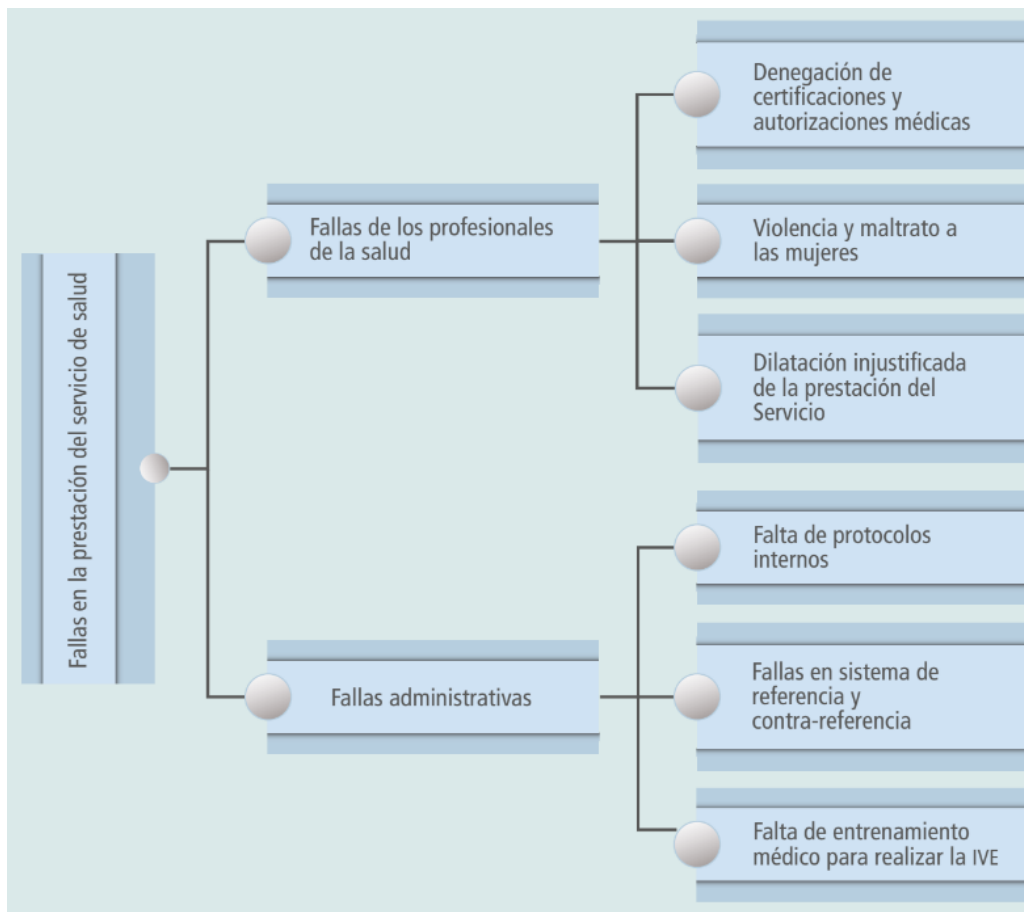
Fuente: Mesa por la vida y la salud de las mujeres

A partir de este esquema es posible analizar varios aspectos, uno de ellos es la solicitud de requisitos adicionales a los establecidos por la sentencia C-355 de 2006, allí se incluye la solicitud de autorización por un tercero, la supuesta revisión en junta médica, la tardanza en exámenes relacionados y determinantes para continuar el proceso e incluso la exigencia de documentos judiciales.

Una de las situaciones con mayor relevancia es la relacionada con las fallas en la prestación del servicio de salud asociadas a las condiciones, rutas, disposiciones que tienen las instituciones de salud y los profesionales de la salud.

La Mesa por la vida, describe este escenario de barrera de la siguiente manera:

Imagen 5



Fuente: Mesa por la vida y la salud de las mujeres

En la imagen anterior es posible evidenciar dos grandes líneas sobre las cuales se ubica un panorama generador de polémica e indignación. Por una parte la conducta de los profesionales en las que hacen uso del derecho a la objeción de conciencia, transgrediendo los derechos de las mujeres que solicitan los servicios, esto se manifiesta con la negación a emitir el certificado que exige la ley para proceder con la IVE. Esta posición ha sido incluida en muchos estudios, uno de ellos es el titulado “El feto también es mi paciente: Actitudes hacia el aborto y la referencia entre médicos objetores de conciencia en Bogotá, Colombia” desarrollado por el Instituto Guttmacher en el que analizaron las opiniones de diferentes profesionales que ejercieron su derecho a objetar conciencia. De esta manera la objeción fue

clasificada por el instituto en tres categorías: objetores extremos, moderados y parciales. Los primeros son radicales en su rechazo al aborto y por el contrario recurren a los juicios sobre sus pacientes sin remisión alguna. Los segundos, se niegan a la realización de la IVE pero respetan la decisión de las pacientes desde una posición de salvar “una de dos” vidas. Finalmente la tercera posición de objetores parciales refiere a quienes han realizado IVE pero se niegan en base a la edad gestacional o a cada caso según su particularidad. (Guttmacher Institute, 2016)

De este mismo estudio se extrae una determinante conclusión que permite la introducción a una de las consecuencias más devastadoras de estos escenarios de restricción. “La objeción de conciencia ejercida inapropiadamente, junto con las engorrosas barreras burocráticas, conduce a que muchas mujeres busquen servicios de aborto fuera del sector formal, frecuentemente en entornos inseguros” (Guttmacher Institute, 2016)

Como consecuencia de estos diferentes escenarios a los que se tiene que enfrentar las mujeres que buscan la práctica de una IVE, es del aborto inseguro, que en Colombia durante los últimos años ha generado un impacto tanto en la salud de las mujeres como para el sistema de salud bastante importante, a pesar de la ausencia de estadísticas confiables sobre el porcentaje de la mortalidad materna que es consecuencia de la práctica de un aborto “clandestino” o ilegal, dado que las entidades encargadas de registrar estos datos, no incluyen la información real de este servicios, la OMS estima que de 780 muertes de maternas, 70 corresponde a fallecidas por una incorrecta práctica de la IVE, lo cual es preocupante dado que las administraciones locales, deberían ser generadoras de acciones que lleven a la disminución de este porcentaje, de forma inmediata.

El aborto inseguro es una situación preocupante en Colombia, ya que los determinantes siguen presentes y al parecer sin forma de control. Estos determinantes han sido definidos en un documento técnico realizado a través de una alianza entre el Ministerio de Salud y

Protección Social, UNFPA, Profamilia con el apoyo de todo un cuerpo de investigación que desarrollaron un estudio en el que definen como determinantes del aborto inseguro:

- Factores que llevan a la mujer a tomar una decisión que la pone en riesgo de procedimientos inseguros, o factores anteriores.
- Factores relacionados con el procedimiento —médico o quirúrgico—
- Barreras de acceso a la atención de la IVE.
- Los factores posteriores a la interrupción del embarazo.

Haciendo la salvedad de que estos determinantes se presentan en el marco de la sentencia C-355 de 2006 y los que quedan por fuera. Estos determinantes se han obtenido como resultado de distintos estudios de los cuales se asocia el aborto inseguro con las deficiencias en la atención y prestación del servicio, identificadas en países donde existen altas tasas de hospitalización por aborto inseguro; adicionalmente, se mencionan las dificultades de transporte para el traslado a centros de salud en zona rural, las condiciones y contextos sociales, culturales y políticas como una negativa para el acceso a servicios seguros. Otro de los factores a los que se asocia el aborto inseguro es a la falta de acceso amplio y libre de métodos anticonceptivos, un factor que debe tratarse desde la salud pública y en el que la administración pública tiene todo que ver, viste desde el aumento de la vulnerabilidad de las personas, del incremento del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), mortalidad materna como consecuencia de procedimientos inseguros y las consecuencias que esto trae tanto en la afectación de cada mujer que se involucra como con la optimización de recursos públicos, proponiendo una apuesta por la prevención y no una respuesta asistencialista. (Fondo de Población de Naciones Unidas - UNFPA y Minsalud, 2014)

Un factor que se suma a estos determinantes de aborto inseguro, es la falta de personal capacitado para brindar el servicio, lo cual podría ser también un interés de salud pública en el que se adopten los lineamientos de la OMS que cada día minimizan los riesgos que se

pueden ocasionar con IVE en la misma circunstancia que cualquier otro procedimiento médico.

Aunque hasta aquí se han presentado escenarios restrictivos que son mayoría en Colombia, especialmente en una ciudad tan grande y diversa como lo es Bogotá D.C. También es oportuno reconocer la labor que han realizado instituciones referentes en interrupción de embarazo, como lo son Profamilia y Fundación Oriéntame. Estas dos instituciones han hecho gran aporte a las distintas investigaciones que abordan el aborto, estudian todo su contexto y al o largo del tiempo han construido modelos de atención que son referentes para otras instituciones. Las dos organizaciones se caracterizan por ofrecer el servicio de IVE de manera pública garantizando su realización en el marco de la ley y consigo la oportunidad para que las mujeres accedan al mismo.

Profamilia ha participado constantemente en la elaboración de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, que sirve como base para la toma de decisión, formulación de proyectos que propendan la mejoría de las condiciones de vida desde aspectos fundamentales como educación y salud. Así mismo, hace presencia en buena parte del territorio nacional manteniendo la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva, que incluyen el acceso a métodos anticonceptivos de corta y larga duración e incluso los definitivos como la ligadura de trompas y la vasectomía, pruebas para identificar presencia de ITS y su manejo integral, IVE en el marco de la ley y oferta de jornadas de capacitación.

Fundación Oriéntame por su parte se ha especializado en IVE, implementando protocolos de la OMS y de la NAF, siendo partícipe de la construcción y adaptación de lineamientos en el país, al mismo tiempo que amplía su oferta de servicios desde su sede principal en Bogotá hasta ciudades principales de Colombia. Ha liderado procesos de sensibilización y capacitación en convenio con el Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, a cientos de profesionales de la salud, buscando eliminar la barrera de falta de capacitación y

mejorando el acceso de las mujeres a estos servicios, de una manera confidencial, legal, segura y oportuna.

Estas dos organizaciones coinciden en mantener convenios con entidades promotoras de salud EPS, que han elegido derivar las solicitudes de IVE de sus afiliadas a estas instituciones, lo cual se reconoce como una buena conducta que contribuye a la reducción del último determinante del aborto inseguro, las fallas administrativas en salud. Estas fallas implican el incumplimiento con la obligación que tienen las instituciones de salud de establecer una ruta de atención integral que incluya y oferte la IVE, además de trámites administrativos que dilatan el proceso y ocasionan el avance del embarazo, vulnerando el derecho de la mujer para decidir de manera oportuna e incluso incidiendo en que finalmente llegue al parto.

Por lo anterior a continuación se revisará con más detalle el establecimiento de Rutas de Atención Integral para IVE en la ciudad de Bogotá.

CAPITULO III: RUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA IVE EN BOGOTÁ D.C.

En Colombia se ha estructurado un Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) por medio de la Resolución 3202 de 2016, estas RIAS buscan orientar a los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y demás entidades responsables de acciones de salud, adicionalmente, busca orientar a las entidades prestadoras de salud en la formación del talento humano en cuanto a los requerimientos competentes por parte de las entidades prestadoras de salud, con el fin de poder estructurar el modelo de atención para la prestación de la IVE.

Con lo anterior las RIAS, deberán sujetarse a:

- Acciones de gestión de la salud pública
- Intervenciones colectivas
- Intervenciones poblacionales
- Intervenciones individuales
- Hechos claves en el conjunto de la atención o hitos
- indicadores de evaluación y seguimiento
- Responsables sectoriales

Las especificaciones con las que deben contar las instituciones prestadoras del servicio, se encuentran en la Resolución 3280 de 2018, donde se estipula que la prestación de la IVE es un derecho y debe garantizarse de manera efectiva, con una atención oportuna y de calidad en todos los niveles de complejidad y en todo el territorio nacional.

Así mismo, se determina que las instituciones prestadoras de servicios de salud con personal médico debidamente entrenado, están en la capacidad de ofrecer servicios de IVE

por aspiración hasta las 15 semanas y con medicamentos hasta la semana 10 de embarazo, entendiendo los dos procedimientos como ambulatorios.

La resolución es muy precisa en cuanto a los componentes con los que debe contar una entidad prestadora de salud: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

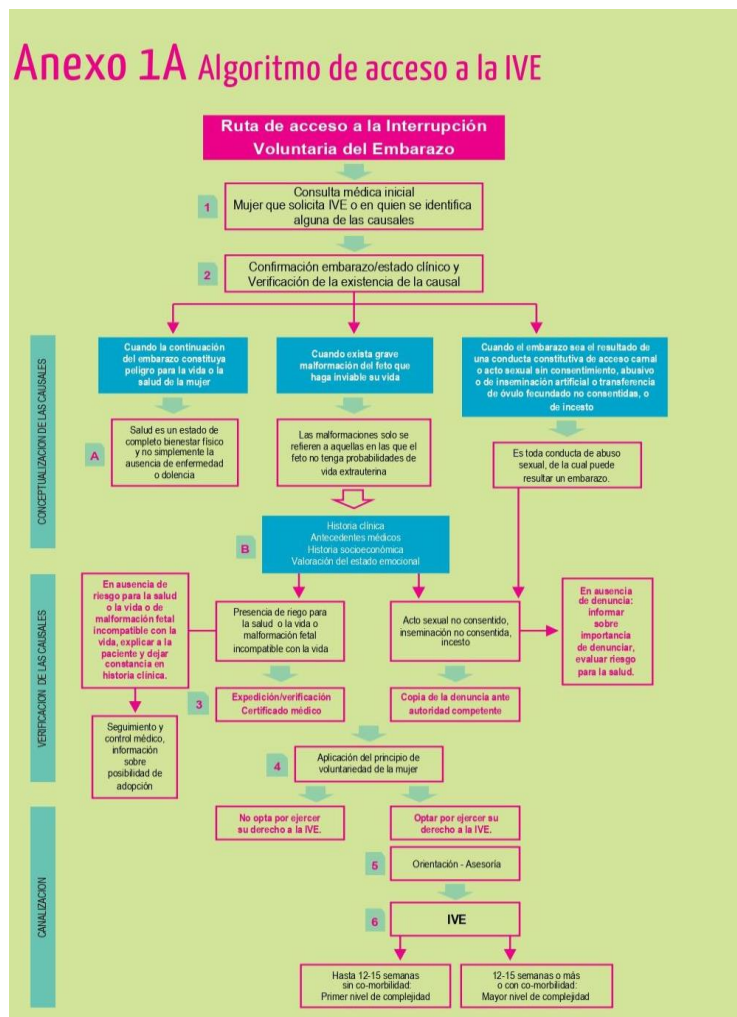
1. Talento humano: Todo procedimiento relacionado con la IVE requiere de un equipo que pueda garantizar el acceso al procedimiento, así como brindar la orientación y apoyo a la mujer. este equipo puede estar formado por enfermeras, médicos, médicos especialistas en ginecología, psicología y trabajo social, aunque si no se cuenta con todo el equipo médico no será una barrera para la prestación del servicio
2. Atenciones incluidas: los prestadores del servicio, deben contar con todos los servicios:
 - Consulta inicial para valoración integral de la salud de la mujer
 - Orientación y asesoría para la toma de decisiones
 - Interrupción del embarazo farmacológica y no farmacológica
 - Asesoría y provisión anticonceptiva (según criterios médicos de elegibilidad OMS/CDC vigentes y preferencias de la mujer)
 - Consulta de seguimiento

Cumpliendo con lo estipulado por la resolución 3280 de 2018, las entidades prestadoras del servicio de la IVE, deberán generar unas RIAS que se configuran en la herramienta para ordenar la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

- Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias, y comunidades.
- Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.
- Acciones de Cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

A partir de esto, se analiza el modelo de RIAS tomando como base el Manual Metodológico de las RIAS en la prestación y acceso del servicio de la IVE desde el Ministerio de salud y el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas-UNFPA:

Imagen 6



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Aquí se establece un Algoritmo, que en materia de salud se entiende como un diagrama orientador que sirve para tomar decisiones diagnóstica o terapéuticas, es así como lo define la Clínica Universidad de Navarra de España, que sigue los lineamientos de la OMS. Dentro del algoritmo de acceso a la IVE, se identifican tres fases: conceptualización de las causales, verificación de las causales y canalización. En la primera se busca determinar el motivo por el cual se solicita la IVE, motivo que debe estar en el marco de las tres causales despenalizadas, en caso que se determine que es por consecuencia de malformación del feto, se debe realizar un análisis de la historia clínica que determina si se continúa con la segunda fase, que consiste en verificar el estado del feto y causal del embarazo, donde se puede determinar que si el feto viene con malformación o que su presencia en el vientre de la gestante representan algún riesgo, de lo cual se debe emitir constancia médica.

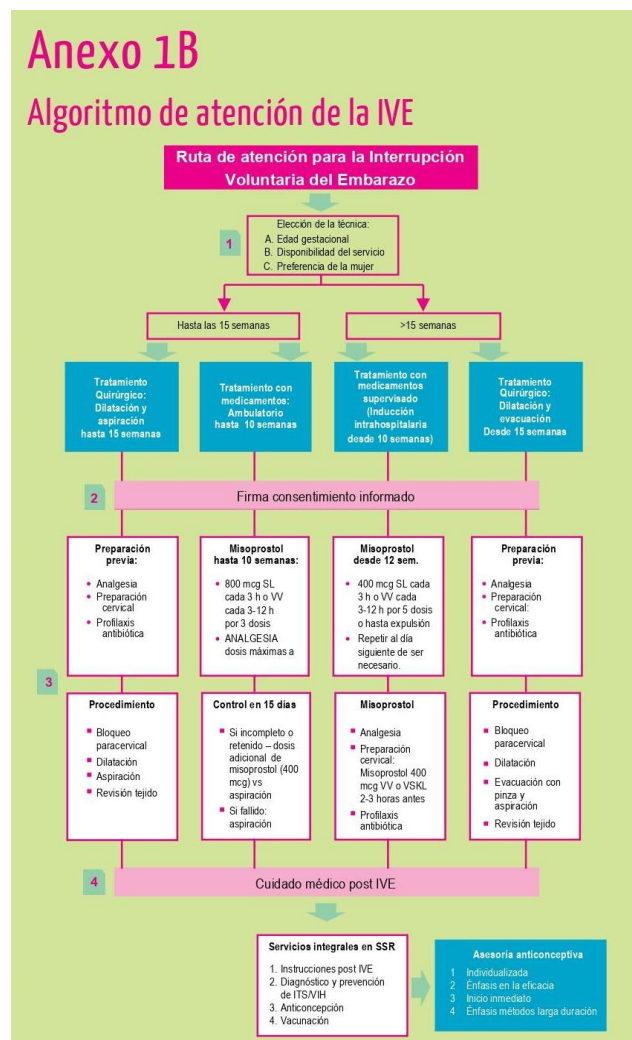
Otro paso en este esquema, consiste en la identificación de un posible acto sexual no consentido o incesto, en caso de ser así, se debe solicitar constancia de la denuncia o hacer claridad a la gestante sobre la importancia de este documento para cumplir el requisito de la sentencia, posteriormente se continúa con la tercera y última fase, en la cual se busca que la gestante pueda tomar la decisión que más convenga a su salud por medio de la voluntad y conciencia de la gestante, optando por no ejercer el derecho a la IVE o si ejercerlo, en este caso se le explicará a la gestante que tipo de procedimiento se puede realizar de acuerdo a sus semanas de embarazo, disponibilidad del servicio o preferencia de la mujer como se puede ver en el algoritmo de atención de la IVE imagen 7.

Al ya tener clara esta información, la gestante que se encuentre dentro de las 15 primeras semanas de embarazo, podrá acceder a: tratamiento quirúrgico, dilatación y aspiración hasta las 15 semanas o tratamiento con medicamentos, proceso que es ambulatorio y se puede realizar hasta las diez 10 semanas de gestación.

Cuando se presenta una gestante con más de 15 semanas de gestación se le realizará la IVE por medio de tratamiento con medicamentos supervisado (inducción intrahospitalaria desde las diez (10) semanas) o tratamiento quirúrgico; dilatación y evacuación desde las quince (15) semanas.

Se debe firmar el consentimiento informado de riesgos y posteriormente el suministro de medicamentos, se deben realizar cuidados médicos post IVE dependiendo de cada procedimiento, cada prestador de salud es independiente de decidir la atención que se presta después del procedimiento, ya que en muchos casos es ambulatorio y no genera mayores cuidados o complicaciones en la mujer.

Imagen 7



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Teniendo claro el modelo formulado por el Ministerio de Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA, se procede a realizar un seguimiento a las EPS que forman parte de la red de atención en Bogotá, con el fin de identificar las RIAS frente a la IVE de cada una de ellas, relacionadas en la siguiente tabla.

Tabla 4

EPS	¿TIENE RIA?		FORMA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE IVE			DERECHO DE PETICIÓN
	SI	NO	DIRECTA	TERCERO	NO REFIERE	
COMPENSAR EPS		X			X	X
PROFAMILIA	X		X			No aplica
EPS SURA		X			X	X
CONVIDA		X			X	X
FAMISANAR EPS		X			X	X
ORIENTAME	X		X			No aplica
COOMEVA	X				X	4802520
NUEVA EPS		X			X	X
CAPITAL SALUD		X			X	Proceso dispendioso por página web
MEDIMAS		X	X			X
SALUD TOTAL		X			X	6122012155
SANITAS		X			X	PQR-20-093700

Fuente: Elaboración propia

En este proceso se percibió que las EPS que fueron elegidas para el análisis, no demuestran las RIAS para la atención de la IVE de forma pública en sus páginas web, por lo que se decide hacer solicitud a cada una de ellas a través de derecho de petición, con lo cual se puede identificar que no es claro si las EPS prestan el servicio de la IVE de forma directa o por medio de terceros.

Como respuesta de algunas de estas EPS, Salud Total EPS responde que los canales dispuestos para las solicitudes son exclusivamente para temas relacionados con las percepciones de la prestación del servicio o quejas y reclamos, en materia de medicamentos o

de las atenciones prestadas por la misma EPS, lo cual no permite el acercamiento a otro tipo de solicitudes como la de prestación de la IVE por parte de sus afiliadas.

Por su parte la respuesta entregada por la Organización Sanitas Internacional, es que si no se encuentra en la base de datos de afiliados, no se puede suministrar ningún tipo de información con relación a los tipos de atención con los que cuenta la organización o sus modelos de atención..

No obstante, Coomeva EPS cuenta con un “Modelo Operativo para la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Coomeva Salud”, en el cual se presentan todos los requerimientos legales y normativos para la prestación de la IVE, la ruta de atención, el algoritmo de acceso y atención, y el formato de objeción de conciencia, donde se estipula el compromiso social con el que cuenta Coomeva y la intención de favorecer a la mujer en estado de embarazo que atente contra su salud mental y física, garantizando los estándares de calidad relacionados con la oportunidad, accesibilidad y seguridad.

Por lo anterior, dicho modelo establece que por ningún motivo se le podrá exigir a la gestante documentos o requisitos que no se encuentren dentro de los parámetros de la sentencia C-355, o cualquier otro acto que represente trabas administrativas, interferencias provocadas por los padres o responsables de menores de 14 para tomar la decisión de practicar la IVE, puesto que estas acciones podrían considerarse como una prolongación de las semanas que será perjudicial para la mujer y para la correcta práctica de la IVE.

Es importante destacar que dentro del modelo se hace gran énfasis en el componente de orientación, el cual debe estar a cargo de profesionales de psicología o trabajo social, con el fin de brindar un acompañamiento desde los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, así como, un acompañamiento en procesos anticonceptivos post IVE, buscando promover la mitigación de posibles embarazos a futuro. Del mismo modo, se

menciona la importancia del acompañamiento emocional a la mujer, teniendo en cuenta las diferentes situaciones a las que se puede enfrentar la mujer y que en muchos casos genera confusiones y alteraciones en su estado de ánimo, ocasionando que en varios casos surjan trastornos psicológicos y emocionales.

En la última parte del modelo, Coomeva pone a disposición la importancia de la objeción de conciencia con la que cuentan los médicos de las EPS para practicar la IVE, en caso que se preste de forma directa por la misma, dado que la circular 0031 del 22 de mayo de 2007 expedida por el Ministerio de Protección Social establece los parámetros dentro de los cuales se deben realizar las interrupciones por parte de los prestadores de servicio de salud, pero también permitiendo a los médicos la libre decisión de realizar el procedimiento, puesto que no es una obligación del médico si se encuentra en dificultad moral para realizar cualquier tipo de procedimiento para la IVE. (Coomeva EPS)

Finalmente es posible generalizar que un buen porcentaje de entidades prestadoras de salud, no presentan públicamente la ruta de atención o los canales dispuestos para que sus afiliadas accedan a servicios de IVE, en cambio, se logró identificar que hacen una fuerte publicidad de la maternidad y todas las etapas si la mujer decide continuar el embarazo, sin presentar las opciones que existen ante un embarazo no deseado, que puede incluir la adopción. Entonces, es posible deducir que existe un estigma por la promoción pública de servicios de interrupción de embarazo, como un tema a tratar en voz baja, que puede degenerar desprestigio, lo cual se atribuye a factores culturales propios de la sociedad colombiana y que puede generalizarse en la región de latinoamericana según los textos revisados en el marco teórico.

Como resultado, se puede afirmar que las funciones de vigilancia, inspección y control por parte de la administración distrital no son evidentes desde un ejercicio básico al que se puede

exponer una mujer que desee solicitar la IVE. La garantía para acceder a servicios seguros de salud sexual y reproductiva, debe incluir la promoción activa y de amplia circulación, para que barreras como la distancia e incluso el analfabetismo se puedan combatir y llegar a todos los rincones donde se encuentren mujeres que requieran servicios de salud.

CONCLUSIONES

1. En cuanto al alcance de la prestación del servicio de IVE en Bogotá para 2016, 2017 y 2018, se logró identificar variaciones en las cifras reportadas por el Ministerio de Salud ante dos derechos de petición en los que se requería información sobre casos de abortos y diagnósticos relacionados, información que también genera diferencias al compararse con las cifras reportadas por Profamilia y Oriéntame, reconocidas organizaciones que prestan el servicio de IVE y reportan las atenciones a la Secretaría Distrital de Salud, de donde el Ministerio de Salud menciona tomar las cifras entregadas.
2. Con las variaciones en las cifras se identifica también la ausencia de una estadística específica para determinar el número de atenciones por cada causal despenalizada, evidenciando la falta de interés por la administración distrital e incluso la nacional, por mantener el control, la vigilancia y control sobre estos datos, que permitirían intervenir rápidamente los casos más elevados, sean los riesgos de salud y vida, abuso sexual o casos de malformación para reducir al máximo el impacto en las mujeres como un tema de salud pública y de garantía del derecho.
3. Se identificaron varios escenarios restrictivos en la prestación del servicio IVE, que se resumen en el desconocimiento del marco legal y su interpretación restrictiva, aduciendo conductas inadecuadas por parte del personal de salud con la desinformación a las mujeres que requieren el servicio, la dilación de exámenes y certificaciones para acceder al mismo, incidiendo en el avance del embarazo, e incluso el uso inapropiado de la objeción de conciencia.
4. Se evidenciaron fallas administrativas en la ciudad de Bogotá, que constituyen otro escenario restrictivo en lo relacionado al seguimiento a los prestadores de servicio de salud, quienes deben estar en la obligación de informar pública y oportunamente a las

mujeres cuales son los pasos y requisitos para acceder a la prestación de la IVE, ya que esta situación representa uno de los determinantes de aborto inseguro o el alcance de un término mayor de semanas que lleve a la mujer al parto, privando a las mujeres del conocimiento sobre cómo acceder a la IVE por medio de su EPS.

5. Como escenario positivo se identificó la presencia de Profamilia y Fundación Oriéntame con una clara cobertura de atención en IVE en la ciudad de Bogotá, a través de servicios habilitados por Secretaría Distrital de Salud y que han tenido participación en procesos de investigación y promoción del libre ejercicio de la sexualidad desde una mirada preventiva que incluya el uso de métodos anticonceptivos y el empoderamiento de la mujer.
6. Desde la administración se hace necesaria la puesta en marcha de acciones encaminadas al seguimiento de las rutas de atención que deben tener las EPS/IPS prestadoras del servicio de la IVE, con el fin de evitar trabas en cuanto se solicita el acceso de la IVE, puesto que en muchas ocasiones, como se logró evidenciar no se encuentran disponibles con facilidad y generan dilaciones en el procedimiento, realizando solicitudes de documentos o exámenes que no son necesarios para llevar a cabo una interrupción voluntaria del embarazo o en la tercerización del servicio que no es bien informada, se continua extendiendo el tiempo y aumentando el peligro de la vida de la mujer.

RECOMENDACIONES

El rol de la administración pública es determinante en la garantía del derecho a la salud de las mujeres, más aún, en el marco de un Estado Social de Derecho, en el que el bienestar social, la integridad y en este caso el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, es fundamental, toda vez que incluyen el respaldo a la autonomía sobre las decisiones, incluyendo el momento en el cual continuar o no con un embarazo. De este modo, la aplicación de la legislación existente es indispensable y debe llevarse a cabo en plenitud, identificando todos los escenarios que requieren atención para no transgredir otros derechos, por el contrario, buscar que el equilibrio que ha establecido el legislador pueda materializarse y evitar las graves consecuencias que se reflejan en las cifras de mortalidad materna, producto de complicaciones que se derivan de abortos inseguros.

Todo esto es posible con el uso de figuras que actualmente han logrado mantener buenos resultados en otros ámbitos, las alianzas interadministrativas con entidades prestadoras de servicio especializado de la IVE o en atención a víctimas de violencia sexual, con el fin de llegar a todas las localidades de Bogotá D.C, puesto la percepción frente a los casos de embarazo no deseado se vinculan con falencias en acciones preventivas, como la educación sexual y reproductiva desde los colegios que promueva el fortalecimiento de la autonomía sobre las decisiones desde un enfoque de derechos, el escaso conocimiento de líneas de atención en caso de ser víctima de abuso sexual o violencia de género, que pueden generar un impacto positivo desde la conducta de las personas y empoderar a las mujeres sobre su derecho a decidir.

Adicionalmente, es necesario hacer una sensibilización y fortalecimiento general, de los colectivos que actualmente tienen acción en los barrios de la ciudad, aprovechando su conformación voluntaria para entregar herramientas metodológicas, pedagógicas y materiales

que les permitan generar una cultura de responsabilidad sexual, espacios de discusión en los que se pueda hablar libremente sobre la decisión tanto de hombres como mujeres sobre su cuerpo y proyecto de vida. Esto puede hacerse extensivo a los más adultos, para que de cierto modo puedan comprender el fondo de las nuevas legislaciones que buscan una equidad como sociedad y no contrariar costumbres o creencias individuales.

A continuación se precisan recomendaciones dirigidas a organismos puntuales:

- A la Secretaría Distrital de Salud:
 - Realizar mayores controles frente a las EPS/IPS con respecto a la divulgación de información de acceso a la IVE.
 - Fortalecer los canales de atención y promover servicios seguros como los que ofrecen Profamilia y Fundación Oriéntame en la ciudad, con el fin de que las mujeres puedan conocer de ellas y descartar su elección en lugares clandestinos que puedan ocasionar abortos inseguros.
 - Buscar que Bogotá sea pionera en la reducción de muertes maternas, a través de acciones en las que la prevención y educación sexual desde el colegio, permitan la disminución de escenarios restrictivos y construya un ambiente de responsabilidad sexual y respeto de la autonomía.
 - Establecer una estadística más específica para identificar el número de casos que se atienden por cada causal despenalizada, con el fin realizar acciones que procuren su reducción, no desde una restricción a la prestación del servicio, por el contrario una mitigación de los determinantes de lo que motiva su solicitud.
 - Implementar campañas con las EPS/IPS que incluyan capacitación al personal disponible, buscando aumentar la calidad del servicio de IVE y mejorando la

confianza de las mujeres al momento de solicitar este servicio a través de su EPS, en el marco del Plan de Beneficios de Salud.

- Recomendaciones Entidades Prestadoras de Salud.
 - Realizar la publicación de las RIAs, en las que se incluya el servicio de IVE, con el fin de permitir a todas las mujeres conocer las etapas y los canales a través de los cuales pueden acceder de manera libre y segura.
 - Generar mayores espacios de formación y sensibilización al personal médico frente a la IVE (respetando siempre la objeción de conciencia) desde un enfoque de derechos en el cual se destaque la importancia de reducir los abortos inseguros como un tema de salud pública.
 - Establecer lineamientos claros y acordes con la normatividad presente, buscando la oportunidad requerida en la atención de una IVE, garantizando calidad, confidencialidad, respeto y bienestar integral a la mujer que solicita el servicio.
- Recomendaciones a la Superintendencia de Salud
 - Implementar medidas de inspección, vigilancia y control más rigurosas y con mayor frecuencia a las instituciones de salud que proveen servicios de salud materna, para identificar posibles lugares clandestinos que pongan en riesgo la salud de las mujeres, así como, el fortalecimiento de las auditorías a los prestadores de salud para asegurar la prestación del servicio según las circulares emitidas.
 - Apertura de canales seguros y efectivos para recibir denuncias sobre interposición de barreras para el acceso al servicio de IVE.

BIBLIOGRAFÍA

Congreso de la República de Colombia. (2020). *Secretaria Senado*. Obtenido de

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991_pr001.html#48

Coomeva EPS . (s.f.). *Modelo Operativo para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Obtenido de

<https://www.coomeva.com.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=8798>

Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA y Minsalud. (2014). *Prevención del aborto inseguro en Colombia*. Bogotá D.C.

Fondo de Población de Naciones Unidas - UNFPA y Minsalud. (2014). *Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas*. Bogotá D.C.

Guttmacher Institute. (06 de 2016). *"El feto también es mi paciente"; Actitudes hacia el aborto y la referencia entre médicos objetores de conciencia en Bogotá, Colombia*.

Obtenido de <https://www.guttmacher.org/es/journals/ipsrh/2016/08/el-feto-tambien-es-mi-paciente-actitudes-hacia-el-aborto-y-la-referencia>

IPAS . (s.f.). Obtenido de <https://www.ipas.org/about-us/media>

IPAS . (2017). *REDAAS ORGANIZACIÓN*. Obtenido de <http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/403-Objecion%20de%20Conciencia.pdf>

IPAS. (2014). *Objeción de Conciencia un Debate sobre la Libertad y los Derechos*. Cotidiano Mujer.

Johana, R. (05 de 02 de 2020). Investigaciones por abortar en Colombia involucran a 500 menores de edad. *La FM*.

- La Mesa por la vida y la salud de las mujeres. (2016). *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria*. Glyphos.
- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2017). *Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*. Bogotá D.C.: Glyphos.
- Ministerio de Salud y Protección Social . (04 de 2016). *Minsalud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (24 de 12 de 2015). Resolución 5592 de 2015 Actualización integral del Plan de Beneficios de Salud .
- Ministerio de Salud y Protección Social. (06 de 2016). *Ministerio de Salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-maternidad-elegida.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (25 de 07 de 2016). Resolución 003202 de 20016 - Manual Metodológico para elaboración e implementación de RIAS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (02 de 08 de 2018). *Minsalud*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (02 de 08 de 2018). Resolución 3280 de 2018 Adopción de lineamientos técnicos y operativos para RIAS de Población Perinatal.
- MinSalud - UNFPA. (2014). *Atención Integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad*. Bogotá D.C. .
- National Abortion Federation. (2013). *Fundación Oriéntame*. Obtenido de https://www.orientame.org.co/wp-content/files_mf/1418177205naf_lineamientos_2013.pdf

Organización de las Naciones Unidas . (2015). *United Nation*. Obtenido de

https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

Profamilia & Católicas por el Derecho a Decidir. (s.f.). *ICBF*. Obtenido de

https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/la_objecion_de_conciencia_y_la_ive_en_colombia.pdf

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá . (2012). *Salud Capital*. Obtenido de

<http://www.saludcapital.gov.co/Politic%20en%20Formulacin/POLITICA%20DISTRITAL%20DE%20SEXUALIDAD.pdf>

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. (09 de 06 de 2016). *saludcapital*. Obtenido de

http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan_Territorial_Salud_2016_2020.pdf

Superintendencia Nacional de Salud. (29 de 04 de 2013). Circular Externa 03 de 2013

Instrucciones sobre IVE para Prestadores de salud .

UNFPA. (2017). *Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. Bogotá D.C.

Women's link Worlde - Profamilia. (2014). Lo que hay que saber sobre el aborto legal. En

W. I. Profamilia, *Lo que hay que saber sobre el aborto legal* (pág. 100). Bogotá D.C. :

Exilo Gráfico.