

LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Y SU PANORAMA
POLÍTICO, SOCIAL Y ECONÓMICO EN COLOMBIA PARA EL AÑO 2020.

Estudiantes

OSCAR DAVID ACEVEDO VELÁSQUEZ
YUDIS ELENA HERNÁNDEZ LOBO

ASESOR

Carlos Mario Vega Montoya

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA- POSTGRADO SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SALUD PÚBLICA.
OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA
VIOLENCIA Y SALUD PÚBLICA
MEDELLÍN
2020

TABLA DE CONTENIDO

1	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.1	Antecedentes y planteamiento del problema.....	7
2	JUSTIFICACIÓN	10
3	MARCO TEÓRICO.....	11
3.1	Aborto.....	11
3.2	Aborto Inseguro o peligroso.....	11
3.3	Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).....	11
3.4	Determinantes sociales	12
3.5	Embarazo adolescente	13
3.6	Embarazo no deseado	13
3.7	Derechos sexuales y reproductivos	13
3.8	Atención en salud	14
3.9	Atención Posaborto.	14
4	OBJETIVOS	16
4.1	Objetivo general	16
4.2	Objetivos específicos.....	16
5	METODOLOGÍA	17
6	CONSIDERACIONES ÉTICAS.	18
7	RESULTADOS.....	19
7.1	Aborto.....	19
7.1.1	Clasificación de la seguridad de los abortos	21
7.1.2	Aborto inseguro.....	22

7.1.3	Normatividad colombiana de aborto.....	24
7.2	Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).....	24
7.2.1	Jurisprudencia colombiana de IVE	26
7.3	Determinantes sociales	30
7.3.1	Determinantes que inciden en la IVE.....	31
7.3.2	Embarazo no deseado.....	33
7.3.3	Embarazo adolescente	34
7.3.4	Derechos sexuales y reproductivos	35
7.4	Atención en salud	38
7.4.1	Dificultad del acceso para la realización del IVE	40
7.4.2	Atención Post Aborto.....	42
7.5	Situación actual de la IVE.	45
8	CONCLUSIONES	49
8.1	Conclusiones sobre Definiciones de Aborto e IVE.....	49
8.2	Conclusiones sobre Jurisprudencia.....	50
8.3	Conclusiones sobre determinantes sociales.....	51
8.4	Conclusiones sobre Barreras de acceso	52
9	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Número de personas atendidas en los servicios de salud con diagnóstico de aborto médico, Colombia, 2009 – 2017.....	46
Tabla 2. Número de personas atendidas en los servicios de salud con diagnóstico de aborto médico, según procedimiento realizado, Colombia 2009 – 2018.....	47

RESUMEN

Para empezar, debemos hacer una diferenciación que no es meramente teórica, sino que tiene profundas implicaciones prácticas.

En Colombia, cuando el personal de salud menciona la palabra “aborto”, se está refiriendo a la pérdida del producto de la concepción por debajo de 20 semanas de gestación y/o de 500 gramos de peso, por cualquier causa, sea espontánea o provocada, porque la palabra se refiere a una situación clínica; en este sentido se acoge a la definición que tiene la Organización Mundial de la Salud (OMS) como organismo técnico internacional.

En cambio, cuando un abogado cita la palabra “aborto”, se está refiriendo al delito descrito en el Código Penal (Ley 599 de 2000):

“ARTÍCULO 122. ABORTO. 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”.

Finalmente, la expresión Interrupción Voluntaria del Embarazo (abreviada IVE, por sus iniciales) se aplica a la interrupción intencional del embarazo que es permitida sin penalización de ninguna clase por varias sentencias de la Corte Constitucional, comenzando por la C-355 de 2006, no tiene en cuenta la edad gestacional, y se puede practicar cuando se presenta alguna o varias de las situaciones descritas en esa Sentencia:

- Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.
- Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y,
- 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. (1)

Por lo anterior, el lector y/o el interlocutor debe estar seguro de cuál acepción se va a emplear y/o ponerse de acuerdo previamente para evitar malos entendidos, sea en un texto, o en una disertación, o en una conversación.

El tema deja espacio para el debate político, económico y social, al encontrar posiciones a favor y en contra del procedimiento. En este sentido, el documento brinda un panorama de base para la exposición de los factores que pueden afectar o beneficiar la interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres colombianas.

PALABRAS CLAVES

Aborto,

IVE - Interrupción voluntaria en el embarazo,

Feto,

Aborto inseguro,

Atención Post Aborto,

AMEU - Aspiración Manual Endouterina,

Determinantes sociales,

Embarazo Adolescente,

Embarazo no deseado,

Derechos sexuales y reproductivos,

Atención en Salud,

APA – Atención Post Aborto,

Corte constitucional,

1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En Colombia la Corte Constitucional reconoce que la interrupción voluntaria del embarazo es un derecho íntimamente ligado al derecho a la vida, a la salud, a la integridad, a la autodeterminación, intimidad y dignidad de las mujeres. La interrupción voluntaria del embarazo por las tres causales descritas en la sentencia C-355 de 2006, es un derecho fundamental de las mujeres que debe ser garantizado por el Sistema de Seguridad Social en Salud. Ésta, además, pertenece a la esfera íntima o privada lo cual obliga a proteger la confidencialidad de las mujeres que la soliciten y a no ser sometida a una revictimización, discriminación, culpa o estigma. (4)

1.1 Antecedentes y planteamiento del problema

Abordar el tema de la interrupción voluntaria en el embarazo es complejo, pues existen diversos intereses políticos, económicos y sociales que polarizan el debate a la hora de tomar decisiones y legislar sobre este.

Para hablar de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), es indispensable hablar de un tema tan sensible como el aborto, el cual se puede presentar de manera espontánea por múltiples causas genéticas o condiciones de la gestante. Entendido esto, la OMS define el aborto como “la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable, es decir, capaz de llevar una vida extra-uterina independiente. La viabilidad suele definirse en función de la duración del embarazo o del peso del feto, y en ocasiones de la longitud de este” (2).

Un concepto médico-legal define el aborto como “La interrupción de la gestación en cualquier época en que se realice, cuyo resultado es la muerte del producto de la concepción. Cuando el aborto se presenta sin la intervención externa, se denomina espontáneo; si se logra con acción externa, será provocado o inducido” (3).

Pero entonces, ¿Qué se define como Interrupción Voluntaria del Embarazo?:

A excepción de los casos de malformaciones fetales graves o enfermedades maternas serias, la gran mayoría de las terminaciones inducidas son consecuencia de un embarazo no planeado (un embarazo deseado, pero para más tarde, o no deseado del todo porque la mujer no quería más hijos). Los embarazos que son resultado de violación o incesto, son por definición, no planeados. Las acciones directas detrás del embarazo no planeado pueden ser la falta de uso anticonceptivo, el uso erróneo, o la falla de los métodos. Otra cosa son las diferentes razones por las cuales las mujeres desean evitar el embarazo: porque carecen de los recursos para criar un hijo, porque han sido víctimas de violencia sexual, porque no han terminado todavía la escuela, no tienen una relación estable, tienen una pareja que no puede o no desea mantener a un hijo, o ya han tenido el número de hijos que deseaban—para mencionar algunas de las más importantes. (5)

Otro aspecto importante a la hora de abordar el tema es el factor económico y los costos para el sistema. La mediana del costo directo de la atención de una mujer con complicaciones de aborto fluctuó entre \$44 y \$141 (dólares estadounidenses), lo que representa un costo directo para el sistema de salud de cerca de \$14 millones de dólares anuales. Un aborto legal en una institución de segundo o tercer nivel resultó costoso (medianas de \$213 y \$189 respectivamente), en parte debido al uso del procedimiento de dilatación y curetaje, así como a barreras administrativas. En las instituciones privadas especializadas de primer nivel en donde se usa la aspiración manual endouterina y el aborto con medicamentos, la mediana del costo de la prestación del servicio fue mucho más baja (\$45). (6)

Con las distintas fuentes de información que abordamos, la monografía nos brinda un panorama más amplio sobre las problemáticas definidas y así, lograr una mayor conciencia colectiva sobre los factores que inciden en la práctica de un aborto inseguro, por ende, disminuir las altas cifras de morbilidad materna registrada en Colombia por este factor.

El tema es amplio y como se dijo anteriormente, sensible para algunos grupos poblacionales. Sin embargo, se dieron argumentos teóricos básicos frente a cada una de

las problemáticas que enmarca el tema de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en los ámbitos políticos, económicos y sociales asumidos por la sociedad colombiana y sus implicaciones para la mujer.

2 JUSTIFICACIÓN

Es de notar que el aborto como tal es un evento violento para el nasciturus y para la gestante independiente de su causal, sea fisiológico o voluntario. Sin embargo, se pretendió argumentar, según revisión bibliográfica, qué pasaba con aquellas mujeres que presentaban barreras institucionales y normativas para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, las distintas posiciones que asumen los grupos sociales y algunas de las incidencias económicas que conlleva dicho procedimiento para el sector de la salud.

En esta monografía se realizó una revisión bibliográfica referenciada sobre la interrupción voluntaria del embarazo y su normatividad, analizando los principales desencadenantes por el hecho de realizar este procedimiento y evidenciar una posible vulneración de sus derechos a la hora de realizarlo en Colombia para el año 2020. Con la información se obtuvo un panorama más amplio sobre la problemática política, económica y social con el hecho de atender una y otra vez estos eventos sin promover una sexualidad responsable en la sociedad.

Es importante realizar una buena revisión bibliográfica con el fin de contribuir en gran medida a la formación de políticas, proyectos, ideas estratégicas y acciones preventivas y correctivas para garantizar el acceso real de las mujeres que requieran de una interrupción de su embarazo sin afectar a la persona, la sociedad y la salud pública de los colombianos.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Aborto

Según se explicó al comienzo, el concepto de aborto puede ser interpretado por distintas disciplinas, instituciones, asociaciones y dependencias gubernamentales. Sin embargo, la principal fuente de referencia técnica es la OMS la cual define el aborto como “la expulsión o extracción de un feto o embrión de su madre, cuyo peso sea de 500 gramos o menos. Este estadio corresponde aproximadamente a 20 semanas de gestación” (7).

3.2 Aborto Inseguro o peligroso

Según la OMS “el aborto inseguro está relacionado con el embarazo no deseado y las dificultades en el acceso a la prestación de los servicios de salud. Adicionalmente, hay otras motivaciones que están relacionadas con las representaciones sociales sobre el aborto” (8).

“El aborto peligroso se produce cuando una persona carente de la capacitación necesaria pone fin a un embarazo, o se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se combinan ambas circunstancias” (8).

3.3 Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

Pritchard clasifica el aborto en su texto como espontáneo (marcando las diferencias entre amenaza de aborto, y aborto inevitable, incompleto, diferido y habitual), electivo (o voluntario), y terapéutico. Nombra al aborto electivo, como «la interrupción del embarazo antes de la viabilidad a petición de la mujer, pero no por razones de salud materna o enfermedad fetal». (9)

El sistema de indicadores para la despenalización del aborto establece ciertos motivos que justifican la interrupción del embarazo. Dicho sistema es el más utilizado en el mundo. Sin embargo, la delimitación de estos indicadores, aun cuando generalmente responden a razones médicas, eugenésicas y éticas, es diferente en cada país. En ejercicio de la potestad de configuración del legislador, cada Congreso o Parlamento ha regulado la materia con variantes significativas (10).

En Colombia el Congreso no ha elaborado leyes sobre el aborto libre y voluntariamente ocasionado, ni sobre la interrupción voluntaria por causales específicas. Fue la Corte Constitucional la que, al fallar una demanda de Constitucionalidad (sentencia C-355 de 2006), terminó por establecer por vía de esa jurisprudencia unos casos en los cuales no se penalizará la interrupción del embarazo, y a ello lo denominó Interrupción Voluntaria del Embarazo, siguiendo en parte la mencionada clasificación de Pritchard.

3.4 Determinantes sociales

El enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS) surgió como un nuevo paradigma en el abordaje de las inequidades en salud (es decir, las diferencias de salud por grupo racial o étnico o por factores socioeconómicos como ingresos y educación) mediante la explicación de los factores que condicionan el estado de salud de las personas, es decir, las causas de las causas, pues estos son a menudo las fuentes fundamentales de los problemas o diferencias en la salud, de igual forma, de la mayor parte de la carga mundial de las mismas; así como también el análisis de la influencia de la promoción de la salud acompañada de cambios comportamentales que puedan modificar el impacto de los factores ambientales, sociales y económicos. Este enfoque busca explicar desde una perspectiva global de la salud pública la problemática, y busca dichas causas más allá de una lógica epidemiológica o biomédica. (11)

3.5 Embarazo adolescente

“La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce entre los 10 y los 19 años” (12).

El embarazo en la adolescencia es considerado un problema de salud pública, con marcadas consecuencias sociales y económicas, ya que está relacionado con la reproducción intergeneracional de la pobreza, el bajo logro escolar y la falta de oportunidades; así como con profundas consecuencias para la salud: el embarazo en la adolescencia afecta la salud física, mental y social de las mujeres más jóvenes y continúa siendo uno de los principales factores de mortalidad materna e infantil. (13)

3.6 Embarazo no deseado

Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años; sin embargo, también se dan en otros grupos de edad. Su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales. (14)

Sus consecuencias no sólo afectan a las mujeres, sino también a los hombres y a las familias. Cuando una mujer queda embarazada sin desearlo, sus alternativas son básicamente dos: intentar interrumpir el embarazo mediante un aborto inducido, o continuar con el mismo y dar a luz a un hijo que, probablemente, tampoco será deseado. Es un compromiso de todos responder ante ambas situaciones, ya que los embarazos no deseados son, en gran medida, una responsabilidad social. (15)

3.7 Derechos sexuales y reproductivos

Dentro de los derechos sexuales y derechos reproductivos se han reconocido, entre otros, los siguientes: el derecho a la intimidad personal; a la igualdad de sexo y género;

el respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual; la decisión sobre el número de hijos e hijas; el espaciamiento entre ellos; la libertad para elegir métodos anticonceptivos; el derecho a la información veraz, completa y oportuna; el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva, y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). (16)

3.8 Atención en salud

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. (Constitución Política de Colombia, 1991, artículo 49) (17)

3.9 Atención Posaborto.

“En la actualidad, la Atención Posaborto (APA) contempla no sólo los aspectos médicos, sino también los determinantes bio-psico-sociales que conllevan a un embarazo no siempre planeado y a un mal desenlace materno fetal” (18).

Comprende una serie de intervenciones multidisciplinarias destinadas a manejar las complicaciones del aborto, ya sea espontáneo o inducido tanto en condiciones seguras como en condiciones de riesgo. El objetivo de la APA es disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad maternas y mejorar la vida y la salud sexual y reproductiva de las mujeres. (19)

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Exponer la situación actual de la interrupción voluntaria del embarazo y su panorama político, económico y social en Colombia según publicaciones realizadas hasta el año 2020.

4.2 Objetivos específicos

- Realizar una revisión bibliográfica político-normativa sobre el concepto del aborto, la interrupción voluntaria del embarazo y las normas colombianas expedidas sobre el tema.
- Relacionar los determinantes sociales que inciden en la toma de decisión para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo para la mujer colombiana.
- Describir las fortalezas y dificultades a nivel institucional que deben afrontar las usuarias para tener un acceso real a la interrupción voluntaria del embarazo.

5 METODOLOGÍA

Con la finalidad de lograr los objetivos planteados, se hizo una revisión bibliográfica de títulos de literatura médica y jurídica, revistas, páginas académicas universitarias y gubernamentales publicadas y referenciadas hasta el año 2020.

La búsqueda se realizó en internet con motores de búsqueda como Google Académico, bases de datos universitarias, repositorios universitarios y páginas de instituciones gubernamentales utilizando palabras claves como concepto del aborto, aborto legal, interrupción voluntaria del embarazo, salud sexual y reproductiva, determinantes sociales para la IVE, embarazo adolescente, embarazo no deseado, atención en salud, y atención posaborto.

Cada uno de los investigadores buscó las fuentes bibliográficas con las palabras ya citadas, los documentos resultantes se organizaron de acuerdo con el avance del proyecto con el fin de lograr una armonía conceptual y desarrollar cada uno de los objetivos.

6 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Según la clasificación del estudio de acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, este es un estudio sin riesgo.

La fuente de los datos es secundaria, dado que es una revisión de bibliografía existente con respecto al tema tratado, como literatura médica, académica, universitaria, jurídica y gubernamental; por ende, no requiere consentimiento informado, no se realizaron intervenciones que modifiquen variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos, ya que no se utilizaron individuos.

7 RESULTADOS

El censo del año 2019, en su informe preliminar, ha contado que Colombia tiene una población de 48,2 millones de habitantes. De ellos: 77,1% vive en cabeceras municipales, 7,1% en centros poblados y 15,8% vive en zonas rurales dispersas. El 51,2% de la población es femenina (24,7 millones) en Colombia.

Según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), al 31 de diciembre de 2019 se habían presentado, en lo transcurrido del año, 649.115 nacimientos, de estos, 638.762 se dieron en cabeceras municipales y el 51,3% fueron varones (lo que refleja que las mujeres sobreviven más en los primeros 5 años de vida). Del total de nacimientos, un 0,8% (5.442) se dio en mujeres de 10 a 14 años, un 19% (123.223) en mujeres de 15 a 19 años, un 28,7% (186.468) en mujeres de entre 20 y 24 años, y un 24,1% (156.505) en mujeres de 25 a 29 años. Es decir que, en el 72,7% de los nacimientos, las madres fueron mujeres menores de 30 años (20).

7.1 Aborto

Hablar de aborto en tiempos donde se cuida y se busca prolongar la existencia humana genera gran cantidad de ideas y percepciones frente al tema, por tal motivo, presentamos algunos conceptos emitidos por instituciones que, de acuerdo con su experiencia y experticia, emiten sus propias características para definirlo:

“Según la Organización Panamericana de la Salud, se denomina aborto a la expulsión o extracción del producto de la concepción durante las primeras 22 semanas de gestación o cuando éste pese menos de 500 gramos. Se admiten varias formas clínicas, según sus modalidades o etapas de evolución” (21).

Según el Royal College de Obstetricia y Ginecología, el aborto espontáneo puede definirse como la pérdida del embarazo antes de las 24 semanas completas de gestación. Una definición alternativa es la de un embarazo que falla, resultando en la muerte y la

expulsión del embrión o de un feto de 500 gramos de peso o menos, correspondiente a una edad gestacional de hasta 20 semanas (22).

El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (23) designa diferentes nombres tales como pérdida prematura, aborto espontáneo o natural, y lo define como “la pérdida de un embarazo durante las primeras 13 semanas del embarazo”.

Hay dos tipos de abortos: el aborto espontáneo que se refiere a la interrupción del embarazo sin que medie alguna intervención o maniobra abortiva y sus causas a menudo se relacionan con problemas genéticos del feto o con trastornos hormonales, médicos o psicológicos de la mujer (OMS, 2003); por otra parte, el aborto inducido se refiere a la interrupción del embarazo por medio de una intervención deliberada. (24)

De acuerdo con cifras del Ministerio de Protección Social, desde el 10 de mayo de 2006 hasta el 31 de diciembre del 2009, en Colombia se habían realizado 623 interrupciones voluntarias de embarazos, esto es, dentro de las tres causales despenalizadas por la Corte; 219 fueron en Bogotá. La mayoría de las interrupciones voluntarias de embarazos se han practicado a mujeres de 18 años o mayor (85%), seguido de las adolescentes entre 15 y 17 años (9%) y niñas de 14 años o menos (6%). Esta última cifra es aberrante, teniendo en cuenta que todas ellas son violaciones de acuerdo con las normas penales del país. (25)

De 2010 a 2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos (45% de todos los abortos) al año, según un nuevo estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Guttmacher publicado en The Lancet. La mayoría de abortos peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina. (26)

7.1.1 Clasificación de la seguridad de los abortos

Se considera que un aborto inducido es seguro cuando lo practica una persona con las competencias necesarias, que aplica los métodos recomendados por la OMS acordes con el tiempo de embarazo de la paciente. Estos abortos pueden ser farmacológicos (administrando comprimidos) o quirúrgicos, gracias a un simple procedimiento ambulatorio. (8)

En cambio, el aborto no es seguro cuando lo practica una persona carente de la capacitación necesaria, cuando se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se combinan ambas circunstancias. Las personas, las capacidades y las normas médicas que se consideran seguras para inducir un aborto son distintas si se usan solo medicamentos que si el método es quirúrgico (es decir, mediante aspiración manual o eléctrica). La capacitación y las normas médicas requeridas para evitar los riesgos durante el aborto también varían en función de las semanas de gestación y de los avances científicos y técnicos. (8)

El aborto es peligroso cuando se emplean métodos obsoletos como el legrado instrumental, incluso si la persona que lo practica está cualificada para ello, o cuando la usuaria que toma la medicación no ha sido correctamente informada o no tiene acceso a una persona cualificada en caso de que necesite ayuda. (8)

Las situaciones de la interrupción de un embarazo que se consideran más peligrosas son las que implican la ingestión de sustancias cáusticas y aquellas en que la persona que lo practica no tiene capacitación y emplea métodos peligrosos como la inserción de cuerpos extraños o la ingestión de preparados tradicionales. (8)

El estudio publicado recientemente en The Lancet ofrece estimaciones sobre los abortos seguros y los abortos peligrosos o no seguros. Por primera vez incluye subcategorías dentro de la categoría de abortos peligrosos, a saber, abortos «menos seguros» o «nada seguros». Esta distinción permite una comprensión más matizada de las diferentes

circunstancias en que abortan las mujeres que no pueden acceder a abortos seguros practicados por un profesional cualificado. (26)

Cuando los abortos se realizan de conformidad con las directrices y normas de la OMS, el riesgo de complicaciones graves o muerte es insignificante. De 2010 a 2014, aproximadamente el 55% de todos los abortos se realizaron en condiciones de seguridad, lo que significa que fueron llevados a cabo por profesionales sanitarios cualificados mediante un método recomendado por la OMS que fue apropiado a la duración del embarazo. (26)

Casi un tercio (31%) de los abortos fueron «menos seguros», lo que significa que fueron practicados bien por un profesional cualificado que utilizó un método poco seguro o desfasado como el legrado uterino instrumental, bien por una persona no cualificada, incluso si esta utilizó un método seguro como el misoprostol, un medicamento que se puede utilizar para muchos fines médicos, incluida la inducción de un aborto. (26)

En aproximadamente el 14% de los casos se trató de abortos «nada seguros» realizados por personas no cualificadas con métodos peligrosos, como la introducción de objetos extraños y el uso de brebajes de hierbas. El número de muertes por complicaciones derivadas de abortos peligrosos fue elevado en las regiones donde la mayoría de los abortos se realizaba en condiciones nada seguras. Las complicaciones derivadas de abortos «nada seguros» pueden incluir el aborto incompleto (que se produce cuando no se retira del útero todo el tejido del embarazo), la hemorragia, lesiones vaginales, cervicales y uterinas, e infecciones. (26)

7.1.2 Aborto inseguro

Según los cálculos de la OMS para 2008, anualmente se realizan 22 millones de abortos peligrosos en el mundo, de los cuales 47.000 provocan defunciones y más de 5 millones conllevan complicaciones, entre ellas:

- Aborto incompleto (no se retiran o se expulsan del útero todos los tejidos embrionarios).
- Hemorragias (sangrado abundante).
- Infección.
- Perforación uterina (cuando se atraviesa el útero con un objeto afilado).
- Daños en el tracto genital y órganos internos debidos a la introducción de objetos peligrosos tales como varillas, agujas de tejer o vidrio roto en la vagina o el ano. (27)

Se calcula que, en las regiones desarrolladas, por cada 100.000 abortos peligrosos se producen 30 defunciones. Ese número aumenta a 220 defunciones por cada 100.000 abortos peligrosos en las regiones en desarrollo, y a 520 muertes por cada 100.000 abortos peligrosos en el África subsahariana. (27)

Se estima que la mitad de todos los abortos en Colombia son inducidos mediante el uso del medicamento misoprostol. El inadecuado conocimiento de los proveedores sobre protocolos basados en evidencia, así como la falta de información de las mujeres sobre cuándo y cómo usar el medicamento, pueden conducir a la tasa de complicaciones innecesariamente alta (32%, total que comprende el sangrado abundante o aborto incompleto, que hace que las mujeres busquen atención en instituciones de salud). (5)

Las mujeres que son pobres y viven en áreas rurales tienen mayor probabilidad de recurrir a parteras tradicionales o a auto-inducirse un aborto por otros medios, en lugar de usar misoprostol. En general, las tasas de complicaciones más altas del total corresponden a los abortos no inducidos por misoprostol que realizan proveedores de servicios no capacitados o la propia mujer (54–65%). (5)

7.1.3 Normatividad colombiana de aborto

Código Penal Colombiano, Artículo 122. Aborto

“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” (Ley 599 de 2000) (28)

Código Penal Colombiano, Artículo 123. Aborto sin consentimiento

“El que causare el aborto sin consentimiento de la mujer o en mujer menor de catorce años, incurrirá en prisión de sesenta y cuatro (64) a ciento ochenta (180) meses”.

En Colombia, el aborto inducido fue despenalizado en algunos casos mediante la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, la cual define la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) como “La terminación de una gestación por personal idóneo, usando técnicas asépticas y criterios de calidad que garanticen la seguridad del procedimiento, en instituciones habilitadas conforme al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que cuenta con la voluntad de la mujer, cuando no se incurre en delito de aborto correspondiendo a las situaciones despenalizadas”. (29)

7.2 Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

Resulta difícil decir exactamente qué hace que un problema sea un problema bioético, y quizás resulte más sencillo reconocer a la IVE como un problema fundamental de la bioética, ya que está estrechamente vinculado con las concepciones individuales y grupales (familiares, sociales, culturales) en torno al inicio de la vida humana. Por un lado, se puede localizar un extremo sobre opiniones bioéticas en donde se defiende la idea de que, asumiendo que el ser humano completo individual surge en la fecundación,

el interrumpir su desarrollo en cualquier momento del embarazo no sería ético. Esta postura es la tradicional del cristianismo, y la identificada con los grupos pro-vida. (9)

El otro extremo corresponde a defender que la fecundación y aun la implantación no tienen significado bioético alguno, pudiendo la mujer decidir libremente si interrumpe o no su embarazo. Esta es la postura identificada con grupos proelección.

Un tercer grupo de posturas opinan que si la interrupción del embarazo se realiza tempranamente, podría ser ético, y mientras más tardíamente se realiza hay menos argumentos para defender tal posición. Esta otra postura alternativa es la identificada con grupos moderados denominados gradualistas, haciendo incluso referencia a que coincidiría más con la tradición de la iglesia católica, aunque discrepe un tanto en su postura de los últimos tres siglos. (9)

En Colombia, la IVE es un derecho fundamental de las niñas y mujeres, el cual fue reconocido como tal por la Corte Constitucional mediante la Sentencia C-355 de 2006 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.

La sentencia C-355 de 2006, al reconocer este derecho, crea la opción, pero no obliga a ninguna mujer a optar por la interrupción voluntaria del embarazo, con lo cual se ratifican los derechos a la autonomía y la autodeterminación reproductiva. Por ello, es preciso que las mujeres cuenten con asesoría en las opciones que tiene, en la que se les

informe que aun estando inmersas en alguna causal pueden optar por seguir con la gestación y asumir la crianza o dar el producto de la gestación en adopción. (30)

7.2.1 Jurisprudencia colombiana de IVE

Ya se dijo que en Colombia no existen normas que permitan el aborto; a lo largo del tiempo las Cortes han producido Sentencias que son las que han regulado el tema:

- Sentencia C-133 de 1994

Sentencia por medio de la cual “El ciudadano Alexander Sochandamandou, en ejercicio de la acción pública de inconstitucionalidad, consagrada en los artículos 241 y 242 de la Carta Política, demandó la inconstitucionalidad del artículo 343 del Decreto 100 de 1980 (el entonces Código Penal)”, el cual decía:

Art. 343. Aborto. "La mujer que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años". "A la misma sanción estará sujeto quien, con el consentimiento de la mujer, realice el hecho previsto en el inciso anterior".

Y se complementaba con los artículos 344 y 345 los cuales expresaban:

Art. 344. Aborto sin consentimiento. "El que causare el aborto sin consentimiento de la mujer menor de catorce años, incurrirá en prisión de tres (3) a diez (10) años".

Art. 345. Circunstancias específicas. "La mujer embarazada como resultado de acceso carnal violento, abusivo o de inseminación artificial no consentida que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause, incurrirá en arresto de cuatro (4) meses a un año (1)". "En la misma pena incurrirá el que causare el aborto por estas circunstancias".

- Sentencia C-355 de 2006 (10)

Indicaciones para la interrupción del embarazo 1- La interrupción del embarazo a través de un médico no será sancionada de acuerdo con el artículo 218 del Código Penal cuando 1. la mujer embarazada manifiesta su conformidad y 2. el aborto es indicado por

el médico en consideración de las condiciones de vida presentes y futuras de la en su salud, de tal gravedad que no se puede exigir de la mujer que continúe mujer, con el fin de evitar un peligro para su vida o el peligro de un grave perjuicio de su salud corporal y mental, y esos peligros no pueden ser conjurados de otra manera que pueda ser exigida para la mujer. 2 - Los supuestos del numeral 1.2 se consideran cumplidos cuando, según el conocimiento médico, 1. Existen razones poderosas que sustentan la suposición de que el niño, por causa de factores hereditarios o de las condiciones del embarazo, sufrirá un daño insuperable con su embarazo. 2. la mujer embarazada fue víctima de uno de los delitos contemplados en los artículos 176 a 179 y existen razones poderosas que fundamentan la suposición de que el embarazo es consecuencia de ese delito, o 3. el aborto ha sido indicado para conjurar el peligro de una situación de necesidad de la mujer que: a) es tan grave que no se le puede exigir a la mujer que continúe con su embarazo, y b) no puede ser evitado a través de otra forma que pueda ser exigida de la mujer. 3 - En el caso del numeral 2.1 no pueden haber transcurrido más de 21 semanas desde la concepción y en el caso de los numerales 2.2 y 2.3 no más de 12 semanas.

- Sentencia T-171 de 2007

“Esta sentencia reitera el deber de las entidades judiciales y de salud de proteger el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) de una mujer que presenta embarazo con grave malformación del feto que hace inviable su vida fuera del útero” (31).

- Sentencia T-988 de 2007

Esta sentencia reitera el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) por la causal de violación para una mujer con discapacidad, impedida de expresar su voluntad. Definiendo que en cualquier circunstancia se debe actuar para su beneficio de acuerdo con el artículo 13 de la Constitución Nacional y de la Sentencia C-355 de 2006. (31)

- Sentencia T-946 de 2008

Esta sentencia reitera que el único requisito para acceder al derecho de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en caso de violación, incesto o inseminación artificial no consentida es la denuncia del hecho, y considera cualquier otro requisito como una barrera en el acceso a los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres. (31).

- Sentencia T-009 de 2009

“Establece que el derecho a la dignidad humana se viola si no se respeta la autonomía de una mujer para tomar la decisión de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y enfatiza que la mujer involucrada es la única persona que puede decidir al respecto” (31).

- Sentencia T-388 de 2009

Esta sentencia reitera que la causal salud no está referida únicamente a la salud física, certificada por un médico, sino también a la afectación de la salud mental certificada por un profesional de la psicología. Además, ordena la implementación de procesos masivos de educación sobre Salud Sexual y Derechos Reproductivos. (31).

- Sentencia T-585 de 2010

“Establece que los derechos sexuales y reproductivos, incluida la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), son parte de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución de 1991” (31).

- Sentencia C-088 de 2020

En Colombia la Corte Constitucional reconoce que la interrupción voluntaria del embarazo es un derecho íntimamente ligado al derecho a la vida, a la salud, a la integridad, a la autodeterminación, intimidad y dignidad de las mujeres. La interrupción voluntaria del embarazo por las tres causales descritas en la sentencia C-355 de 2006, es un derecho fundamental de las mujeres que debe ser garantizado por el Sistema de Seguridad Social en Salud. Además, pertenece a la esfera íntima o privada lo cual obliga a proteger la confidencialidad de las mujeres que la soliciten y a no ser sometida a una revictimización, discriminación, culpa o estigma. (32)

Para empezar a identificar los posibles factores sociales que inciden en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, nos vemos abocados a estudiar y describir los determinantes sociales a los cuales se expone la población colombiana.

7.3 Determinantes sociales

Desde 1967, la Asamblea Mundial de la Salud ya identificaba la IVE en condiciones inseguras como un problema de salud pública que debía ser tratado por los diferentes Estados. Para el 2004 la Asamblea advertía que la IVE insegura como “una causa prevenible de mortalidad y morbilidad maternas, debe abordarse como parte del Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo a la mejora de la salud materna y de otros objetivos y metas internacionales de desarrollo”.

En septiembre de 2015, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó la Agenda 2030 sobre desarrollo sostenible, la cual acoge 17 objetivos de desarrollo sostenible con 169 metas de carácter integrado que abarcan las esferas económica, social y ambiental.

Dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se destacan aquellos que buscan la garantía de una vida saludable y el bienestar para todas las personas sin diferencia de edades, así como el que promueve la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de mujeres y niñas. Dentro de las metas de estos objetivos se encuentra el acceso universal a los derechos reproductivos y a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información, educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (33).

La mayor parte de la carga mundial de morbilidad, mortalidad, e igualmente las causas principales de las inequidades en salud que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones con las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen incluyendo el efecto del sistema de salud (OMS, 62 Asamblea Mundial de la Salud, 2011). Estas condiciones sociales influyen sobre la probabilidad que las personas tienen de estar sanas: la pobreza, la inseguridad alimentaria, la deserción escolar, las condiciones de las

viviendas, el acceso a servicios y la escasa calificación laboral constituyen factores de buena parte de las desigualdades en los efectos de salud, y son consecuencia de la forma como se distribuye el poder, el dinero y los recursos en todas las escalas territoriales. (13)

A estas condiciones se les ha llamado Determinantes Sociales de la Salud (DSS), un término resumido usado para incluir los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales que influyen la salud. El modelo conceptual adoptado en Colombia por el Ministerio de Salud y Protección Social es el que postula la Organización Mundial de la Salud, que parte de la premisa de que las condiciones sociales influyen de forma decisiva en la salud, por lo que es necesario actuar en todos los sectores para promover el bienestar y salud para todos. (13)

Uno de los grandes retos del país en materia de salud pública radica en generar un equilibrio en las amplias diferencias existentes entre los distintos grupos poblacionales que lo conforman. Entender la salud como el resultado coherente y armónico de la interacción entre el individuo, la sociedad y las condiciones en las que su vida tiene lugar es premisa necesaria para la construcción y logro de un mayor nivel de bienestar que el logrado hasta el momento. (11)

7.3.1 Determinantes que inciden en la IVE

El embarazo en la adolescencia es considerado un problema de salud pública, con marcadas consecuencias sociales y económicas, ya que está relacionado con la reproducción intergeneracional de la pobreza, el bajo logro escolar y la falta de oportunidades, así como con profundas consecuencias para la salud: el embarazo en la adolescencia afecta la salud física, mental y social de las mujeres más jóvenes y continúa siendo uno de los principales factores de mortalidad materna e infantil. (13)

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce entre los 10 y los 19 años, edades que representan el fin de la niñez y la etapa inmediatamente anterior a la adultez. En esta etapa los hombres y mujeres experimentan cambios físicos, emocionales y sociales a través de los cuales adquieren los recursos que sentarán las bases para que puedan disfrutar posteriormente de una vida sana y de bienestar. (13)

En la adolescencia temprana (10-14 años) inician el crecimiento y los cambios de la composición corporal; emocionalmente aún perciben su entorno en términos concretos e inmediatos y es incipiente el desarrollo de la capacidad de considerar las consecuencias que sus acciones tendrán a largo plazo; socialmente transitan entre la necesidad de afirmar su independencia y el temor de abandonar la seguridad, entre la necesidad de construir su propia identidad y la necesidad de adaptarse, de ser aceptado y de ampliar su círculo social. (13)

Según el contexto social en el que se encuentren y los procesos de adaptación que vivan, los adolescentes podrán desarrollar patrones de conducta que tendrán efectos positivos o negativos duraderos en su salud y bienestar futuros como el consumo o no consumo de drogas o alcohol, el inicio o postergación de las relaciones sexuales, la adopción de conductas riesgosas o el uso de protección en relación con las prácticas sexuales. (13)

En los países en donde el aborto legal está restringido, es decir que, a pesar que es legal, el sistema de salud no provee el servicio, o este se dificulta, o existen barreras de acceso al mismo, el aborto inseguro constituye un problema de salud pública grave, no sólo por la magnitud de la ocurrencia sino por sus repercusiones en la salud de las mujeres y en la mortalidad materna. En estos contextos, los abortos que cumplen con los requisitos de seguridad se convierten en el privilegio de las mujeres con mayores recursos económicos, mientras que las mujeres de escasos recursos no tienen otra opción que la de acudir a personas no capacitadas en lugares no seguros, que pueden provocar secuelas y, hasta la muerte. (24)

En los países donde las políticas permiten realizarse un aborto en el marco de la ley, la proporción de mortalidad materna por abortos suele ser más baja. De acuerdo con el contexto y la situación individual, una mujer que decide sobre un embarazo no deseado, o que pone en riesgo su salud y/o su vida puede sentirse vulnerable. Por ello los proveedores de servicios de salud, deben estar capacitados para respaldar la toma de decisión de la mujer en forma voluntaria y con base en la información. (24)

Las menores de 14 años, del mismo modo que las mujeres adultas, deben recibir información suficiente y de calidad para la toma de decisiones voluntarias. La información sobre la asesoría previa al procedimiento es la que primero se debe brindar. Esta asesoría es de vital importancia porque puede ayudar a la mujer a considerar distintas opciones y asegurar que puede tomar una decisión sin ningún tipo de presión.

En segundo lugar, hay que darle información a la mujer sobre el procedimiento de aborto, la cual incluye la duración del proceso, las técnicas a utilizar, los riesgos o complicaciones; información sobre cuándo podrá retomar su actividad sexual y de qué se trata la atención de seguimiento post-procedimiento.

7.3.2 Embarazo no deseado

“El aborto ilegal y potencialmente inseguro, continúa siendo una elevada carga para el bienestar de las mujeres colombianas. También, representa un desperdicio de recursos evitable para el sistema de salud del país, el cual es responsable de proporcionar tratamiento a los casos de atención postaborto” (5).

“En Colombia, el aumento en los nacimientos no planeados ha sido dramático: alrededor del 51% de los nacimientos recientes en 2010 no fueron planeados, comparados con el 36% en 1990” (5).

Un grupo especialmente vulnerable a embarazo no deseado son las mujeres desplazadas por la violencia social y política que ha asolado a Colombia por décadas. Se estima que,

a finales de 2009, entre 3.3 y 4.9 millones de colombianos fueron desplazados; el único país con una población desplazada más grande es Sudán. Dado el trauma en la vida de las mujeres desplazadas y su potencial exposición a la violencia sexual, es probable que muchas deseen posponer el embarazo. Sin embargo, la pobreza extrema y el aislamiento social de las mujeres desplazadas pueden limitar su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, y en particular los de anticoncepción (5).

La adherencia a los métodos anticonceptivos es quizás el determinante más importante del embarazo no deseado. Al respecto, en el 2005 en Colombia la tasa de prevalencia anticonceptiva en la zona urbana fue de 79% y en la rural 77%; 42% discontinuaron en el primer año de uso (18 puntos porcentuales por cambio de método y 7 por falla del método). (34)

Otro determinante del embarazo no deseado lo constituye la violencia sexual. Se estima que en Colombia han sido abusadas sexualmente 721.246 mujeres entre 13 y 49 años de edad (6% de las mujeres colombianas), afectando especialmente a las mujeres con menores niveles educativos, en situación de desplazamiento interno y que se desempeñan en el sector informal de la economía. El 78,4% han sido abusadas sexualmente en la zona urbana y 21,6% en la zona rural. (34)

7.3.3 Embarazo adolescente

“El embarazo puede tener consecuencias devastadoras para la salud de las niñas. Muchas adolescentes todavía no están físicamente preparadas para el embarazo o el parto y son, por lo tanto, más vulnerables frente a complicaciones. (Fondo de Población de las Naciones Unidas)” (13).

Adicionalmente, las adolescentes y jóvenes en embarazo tienen mayor posibilidad de abandonar sus estudios, volver a quedar en embarazo y con ello menor posibilidad de acceder a trabajos bien remunerados cayendo en una de las llamadas “trampas de la

pobreza” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2016). Es así como en el análisis de la relación entre embarazo en la adolescencia y pobreza se hace necesario considerar que en estas edades, la maternidad y la paternidad limitan la permanencia en el sistema escolar lo que disminuye la oportunidad de acceder a trabajo calificado y que, a su vez, la condición de pobreza en muchas ocasiones representa la ausencia de oportunidades y barreras para construir proyectos de vida distintos a la maternidad como destino principal de la mujer (IPPF, 2017); en los dos sentidos, el embarazo en la adolescencia contribuye a la reproducción intergeneracional de la pobreza. (13)

Otros estudios se han adelantado en ciudades de Colombia como Cali y Bogotá logrando identificar los factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes mostrando que los patrones de actividad sexual, unión y maternidad difieren considerablemente entre estratos en las dos ciudades. Las adolescentes del estrato bajo inician las relaciones sexuales, se unen a compañeros y son madres con mucha mayor antelación e intensidad que las de estratos más altos. El principal factor determinante del comportamiento reproductivo de las adolescentes es el conjunto de influencias contextuales y socioeconómicas del hogar, principalmente el contexto familiar y el clima educativo, donde se puede concluir que resulta evidente el escaso impacto que ha tenido la educación sexual que se imparte en las escuelas, en el comportamiento reproductivo de las adolescentes. (35)

7.3.4 Derechos sexuales y reproductivos

En virtud del Código Penal, todo acto sexual con menores de 14 se presume como delito, por lo que el sector salud debe reportar los casos al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, que es la autoridad llamada a realizar un estudio de las condiciones concretas y decretar e impulsar las acciones en el sector justicia. A su vez, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos reconoce que los

encuentros sexuales deben ser entre pares, pues esto aleja asimetrías de poder que desencadene algún acto violento (13).

De igual modo, el Ministerio de Salud a través del Protocolo de atención a menor de 15 años embarazada, ha dejado claro que las actuaciones de reporte y activación de rutas no son impedimento para brindar servicios de anticoncepción cuando una menor de 14 lo requiera. Esto, obedeciendo a los principios de interés superior del menor, los principios de la ética médica, y teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad para anticoncepción de la OMS y las recomendaciones sobre las edades mínimas de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) (13).

En Colombia, la educación sexual tiene carácter obligatorio en las instituciones educativas a partir de la expedición de la Resolución 3353 de 1993 por el Ministerio de Educación Nacional. En 1994, se expidió la Ley General de Educación, que establece que la educación sexual debería impartirse en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad. El Decreto 1860 de 1994 establece que dicha enseñanza se cumplirá bajo la modalidad de proyectos pedagógicos, cuya intensidad horaria y duración se definirán en el respectivo plan de estudios (34).

El Ministerio de Educación Nacional y la Agencia de Salud Sexual y Reproductiva de las Naciones Unidas (UNFPA) vienen desarrollando el Proyecto Piloto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía en cinco regiones del país. Se trata de una propuesta de intervención integral, en todos los niveles de educación, con participación de la totalidad de la comunidad educativa y que se fundamenta en un enfoque de derechos humanos sexuales y reproductivos, enfoque de género y formación de competencias en las distintas esferas de la sexualidad (34).

Los impresionantes avances en el uso de anticonceptivos han producido una reducción de la cantidad de embarazos no deseados, pero no han eliminado la necesidad de acceder a un aborto sin riesgos. Se prevé que unos 33 millones de usuarias de anticonceptivos padezcan un embarazo accidental cada año mientras usan métodos

anticonceptivos. Algunos de estos embarazos accidentales se finalizan mediante abortos inducidos y otros terminan siendo bebés no planificados (34).

Las usuarias de anticonceptivos padezcan un embarazo accidental cada año mientras usan métodos anticonceptivos. Algunos de estos embarazos accidentales se finalizan mediante abortos inducidos y otros terminan siendo bebés no planificados (36).

Después de haber descrito los conceptos y evidenciar los principales determinantes que llevan a la Interrupción voluntaria del embarazo, miraremos cual es el papel de las instituciones de salud en la realización de dicho procedimiento.

7.4 Atención en salud

En la medida que lo permita la ley, todas las mujeres deben contar con servicios accesibles y disponibles fácilmente para un aborto sin riesgos. Esto significa que los servicios deben estar disponibles a nivel de la atención primaria, con sistemas de derivación implementados para todo tipo de atención requerida en un nivel superior.

(36)

Los primeros pasos a la hora de brindar atención para el aborto son establecer si la mujer está efectivamente embarazada y, si lo está, conocer la duración del embarazo y confirmar que sea intrauterino. Los riesgos asociados con el aborto inducido, a pesar de ser mínimos cuando se lleva a cabo adecuadamente, aumentan con la duración del embarazo. (36)

Los profesionales deben analizar la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el VIH, y la importancia de usar condones con las mujeres que elijan métodos anticonceptivos distintos a los condones. Se debe enfatizar particularmente la información sobre la prevención de infecciones para aquellas personas con mayor riesgo y en las áreas con un predominio alto de VIH y otras ETS (36).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es el método preferido de evacuación para la APA. La AMEU consiste en la evacuación de los restos ovulares a través de cánulas plásticas y un aspirador manual. Se caracteriza porque es un procedimiento altamente seguro y eficaz. (19)

En la mayoría de los casos y si lo permite el estado clínico de la mujer, la evacuación endouterina por aspiración se realiza de manera ambulatoria, utilizando analgésicos y

anestesia local, y no toma más de 8-10 minutos. No requiere quirófano, ni procedimientos totalmente estériles mientras se sigan las normas de la técnica de “NO TOCAR”. Los servicios de AMEU se pueden prestar en primer nivel de complejidad, con lo cual se aumenta el acceso a los servicios, hay disminución de los tiempos de espera y reducción de costos para el sistema de salud (19)

La AMEU se puede emplear en las siguientes indicaciones médicas:

- Aborto en curso en embarazos menores 15 semanas de gestación
- Aborto incompleto en embarazos menores de 15 semanas de gestación
- Aborto retenido en embarazos menores de 15 semanas de gestación
- Embarazo anembrionado
- Embarazo molar (36).

La Norma Técnica para la prestación de los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo acoge los estándares definidos por la Organización Mundial de la Salud en la Guía *Aborto sin riesgo* y se articula a la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Las características de prestación del servicio definidas en la norma se orientan a garantizar atención integral en salud sexual y reproductiva, haciendo especial énfasis en los servicios de información, educación y acceso a métodos de planificación familiar que debe recibir la gestante, aclarando las reglas de asesoramiento, orientación y consentimiento informado.

Al respecto, la Superintendencia Nacional de Salud, en la Circular No 003 de 2013, emitió entre otras las siguientes instrucciones:

[...] Los prestadores de servicios de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional, y las entidades territoriales, deben brindar a todas las mujeres información suficiente, amplia y adecuada, así como orientación, apoyo y acompañamiento en relación con las alternativas terapéuticas disponibles en la prestación del servicio de IVE, a fin de facilitar el acceso oportuno y eficiente a dichos servicios y permitir que

puedan tomar una decisión informada en ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye el derecho a estar plenamente informadas respecto al alcance de las sentencias de la Corte Constitucional y de la presente circular.

7.4.1 Dificultad del acceso para la realización del IVE

Tanto el aborto inducido como el espontáneo se asocian con una serie de problemas sociales y personales, pero el aborto inducido tiene profundas implicaciones médicas, culturales, religiosas, éticas, políticas y psicológicas (24).

Las mujeres que están dentro de alguna(s) de las causales por las cuales está permitida la IVE, encuentran barreras de acceso para ejercer su derecho. Tanto la Corte Constitucional como organizaciones de mujeres han identificado algunas de esas barreras que se presentan para la garantía del derecho a la IVE:

- Solicitud de requisitos adicionales a los consagrados en la sentencia C-355 de 2006 para autorizar y llevar a cabo la práctica del aborto, tales como la copia de la denuncia o del examen sexológico, con el propósito de probar que el embarazo es consecuencia de la violación, o absurdos como la condena del agresor.
- Las objeciones de conciencia colectivas, institucionales o infundadas, frente a lo cual la Corte ha manifestado que su ejercicio está condicionado al estricto seguimiento de las condiciones fijadas en el ordenamiento jurídico para tal efecto, por lo cual es necesario interpretarlas con criterio restrictivo.
- Realización de juntas médicas que dilatan la prestación del servicio por más de 5 días, tiempo estimado por la Corte Constitucional para dar respuesta a la solicitud de la mujer que requiere una IVE.

- Remisión a atención especializada cuando la Sentencia de la Corte Constitucional dice que la mujer puede ser atendida por el médico tratante.
- Las dificultades en la interpretación de la causal salud, la cual debe ajustarse a la definición de la OMS (24).

La exigencia arbitraria de requisitos por parte de las entidades prestadoras de salud a las mujeres es una de las principales barreras institucionales. Frecuentemente les piden demostrar que su embarazo fue producto de una violación (desconociendo la validez de la denuncia), presentar el certificado de un médico especialista que pruebe el riesgo a su salud física (demorando así la valoración) o la autorización de familiares, abogados o médicos para realizarse el procedimiento. (37)

La principal barrera socioeconómica es el desconocimiento de las mujeres sobre sus derechos, que afecta especialmente a aquellas que tienen bajos ingresos y que viven en zonas rurales. Para ellas, en la práctica, la IVE no es un derecho sino un delito. Las cifras de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2015 lo evidencian: quienes tienen más conocimiento de las causales de despenalización del aborto son las mujeres solteras, de zonas urbanas, menores de 20 años, con mayor nivel educativo, y en los quintiles de riqueza alto y más alto. (37)

Las mujeres más afectadas por estas barreras son quienes viven en lugares donde el Estado no llega o lo hace de manera precaria, y por ende, enfrentan dificultades para acceder a la atención en salud (37).

Las mujeres más vulnerables (de escasos recursos, las más jóvenes, las que viven en zonas rurales, entre otras) están expuestas a graves riesgos a su salud y a su vida por abortos inseguros, a la violencia que implica estar obligada a continuar con embarazos que son producto de una violación o con embarazos de fetos no viables. Independientemente del estrato social las mujeres son sometidas a malos tratos cuando intentan interrumpir un embarazo, y con frecuencia deben enfrentar barreras de acceso que vulneran sus derechos en forma general.

7.4.2 Atención Post Aborto

Se estima que una tercera parte del total de mujeres que tienen un aborto ilegal desarrollan complicaciones que necesitan tratamiento en una institución de salud. La tasa de complicaciones en las mujeres pobres del medio rural es la más alta de todos los subgrupos (53% vs 24–44%). Desafortunadamente, una quinta parte del total de mujeres que sufren complicaciones postaborto no reciben tratamiento alguno; y esas mujeres no tratadas son especialmente propensas a sufrir consecuencias de largo plazo (5).

En Colombia, aproximadamente 1 de cada 6 embarazos termina en aborto espontáneo por razones fetales o maternas, y 1 de cada 5 en aborto inducido. A pesar de la legislación que despenaliza parcialmente el aborto, la mayoría de los abortos inducidos se realiza en condiciones clandestinas. En ambos casos, las complicaciones postaborto son frecuentes, algunas de ellas con repercusiones físicas y psicológicas a largo plazo. (19)

En Colombia, aunque las muertes maternas relacionadas con el aborto han disminuido, los procedimientos clandestinos e inseguros continúan ocasionando un gran número de complicaciones, algunas de ellas con repercusiones a largo plazo. Se ha estimado que cada año se presentan cerca de 132.000 complicaciones (infección, perforación uterina, aborto incompleto), de las cuales 93.000 requieren atención médica. Desafortunadamente, una quinta parte del total de mujeres que sufren complicaciones postaborto no recibe tratamiento alguno por falta de acceso a servicios oportunos o por temor al maltrato o a repercusiones de tipo legal. (19)

Aunque los servicios de atención posaborto (APA) deben existir en todos los niveles de complejidad, incluyendo el primer nivel, su calidad y accesibilidad difieren significativamente y, en general, se han caracterizado por:

- Prestarse sólo en segundo y tercer nivel de complejidad.
- Realizarse en quirófano.
- Emplear dilatación y curetaje (anestesia general o sedación profunda).

- Requerir estadías prolongadas (hospitalización).
- Tener en cuenta sólo aspectos médicos.

Durante las últimas dos décadas, el Consorcio para la Atención Integral del Postaborto ha promovido a nivel mundial un modelo integral de APA que refleja, desde el punto de vista del prestador y la usuaria, una visión de servicios personalizados y de alta calidad. El modelo amplía el enfoque desde un tratamiento puramente clínico a un enfoque más integral y con perspectiva de salud pública, con lo cual responde en forma más amplia a las necesidades sexuales y reproductivas de la mujer. (19)

El modelo de APA del Consorcio consta de 5 componentes esenciales:

- a. Tratamiento del aborto incompleto y las complicaciones. Incluye tratamiento expectante y tratamiento con técnicas de evacuación uterina modernas y de bajo costo (aspiración al vacío, medicamentos). No implica que deban existir complicaciones o que las complicaciones pongan en riesgo la vida de la mujer.
- b. Orientación y asesoría. Permiten identificar y responder a las necesidades de salud mental y física de las mujeres, atender otras necesidades e inquietudes y brindarles información sobre sus opciones de tratamiento y posibles complicaciones.
- c. Servicios de anticoncepción y de planificación familiar. Información sobre anticoncepción y planificación, provisión de métodos anticonceptivos modernos, incluyendo anticoncepción de emergencia, para prevenir embarazos no deseados y la posibilidad de abortos en condiciones de riesgo, y contribuir a la satisfacción de las necesidades reproductivas de la mujer.
- d. Servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud. Se deben prestar de preferencia en el mismo lugar de atención o, en su defecto, por medio de remisión oportuna a otras instituciones dentro de la red de prestadores de servicios de salud.
- e. Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios de salud. Se busca con estas alianzas evitar embarazos no deseados y abortos de alto riesgo,

movilizar recursos a fin de ayudar a las mujeres a recibir atención apropiada y tratamiento oportuno del aborto y sus complicaciones, y garantizar que los servicios de salud reflejen y satisfagan las expectativas y necesidades de la comunidad. (19)

Las mujeres pueden comenzar a utilizar anticoncepción hormonal en el momento del aborto quirúrgico o tan pronto como se le administre el primer comprimido de un régimen para un aborto médico. Después del aborto médico, puede insertarse un dispositivo intrauterino (DIU) cuando ya se haya establecido razonablemente que la mujer ya no está embarazada. (36)

7.5 Situación actual de la IVE.

En Colombia, el número de muertes maternas relacionadas con el aborto ha disminuido de manera importante. La tasa de 16% estimada para 1994 bajó al 9% para el año de 2007. Sin embargo, según estimativos recientes, en el país se realizan 400.400 abortos clandestinos cada año con cerca de 130.000 complicaciones, de las cuales 93.000 requieren atención médica. La tasa actual de complicaciones que alcanza al 33% ha aumentado con respecto al 29% estimado para 1989. (38)

De 780 muertes maternas ocurridas en Colombia en 2008, aproximadamente 70 se debieron a abortos inseguros, quizá la causa más evitable de mortalidad materna. Según un estudio divulgado en Bogotá por el Instituto Guttmacher de Nueva York en el 2011, un promedio de 400.000 abortos inducidos y unos 911.897 embarazos no deseados se registran al año en Colombia, lo que significa 89 por cada 1.000 mujeres, y cerca del 44% de ese tipo de embarazos termina en aborto inducido con cifras superiores al promedio en Latinoamérica y el Caribe. (38)

Se estima que en 2008 ocurrieron en Colombia unos 400.400 abortos inducidos, de los cuales solamente 322 fueron procedimientos legales o interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) practicadas en instituciones de salud. De manera similar, la proporción del total de embarazos que terminaron en aborto inducido aumentó en una tercera parte de 1989 a 2008. Estos aumentos probablemente se deben a la creciente motivación de las mujeres para evitar los nacimientos no planeados, la cual no ha ido a la par con el uso eficaz y consistente de los métodos modernos. (39)

Las últimas cifras entregadas por el Ministro de Salud y Protección Social indican que en Colombia, de los datos disponibles, en el año 2009 se realizaron 469 procedimientos del IVE, en el año 2010 hubo 1.551, en el 2011 fueron 203, para el 2012 la cifra fue de 26. Sin embargo, se percibe una mala calidad del registro porque los datos de Medellín superan los datos de país en los últimos años. En la literatura no se encuentran cifras actualizadas de los registros que en cada municipio deben llevar las IPS, así que

comparar la ciudad respecto a otras cifras aún no es posible, hasta que no haya información disponible. (38)

El procedimiento de la IVE es aún un tema que se presta para múltiples debates y tabúes en la población, viéndose afectadas las fuentes de información en los servicios de salud y las bases de datos del Ministerio de Salud y Protección Social, donde reposa escasa información en los últimos años de los procedimientos realizados, sin embargo, encontramos lo siguiente:

Tabla 1. Número de personas atendidas en los servicios de salud con diagnóstico de aborto médico, Colombia, 2009 – 2017.

Diagnostico	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
O021 - ABORTO RETENIDO	13408	11244	13445	14854	15364	19380	16164	11716	8383
O030 - ABORTO ESPONTANEO: INCOMPLETO, COMPLICADO CON INFECCIÓN GENITAL Y PELVIANA	1787	1628	1842	1744	2069	2266	1747	1212	566
O031 - ABORTO ESPONTANEO: INCOMPLETO, COMPLICADO POR HEMORRAGIA EXCESIVA O TARDIA	1750	1198	1038	1154	1176	1572	1146	923	658
O032 - ABORTO ESPONTANEO: INCOMPLETO, COMPLICADO POR EMBOLIA	240	235	315	182	196	442	213	132	141
O033 - ABORTO ESPONTANEO: INCOMPLETO, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS Y LAS NO ESPECIFICADAS	1183	1087	1066	1018	976	1338	1049	791	507
O034 - ABORTO ESPONTANEO: INCOMPLETO, SIN COMPLICACION	33164	28758	33691	37381	35921	45151	34524	23698	17073
O035 - ABORTO ESPONTANEO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, COMPLICADO CON INFECCION GENITAL Y PELVIANA	804	798	867	856	767	1040	692	476	299
O036 - ABORTO ESPONTANEO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, COMPLICADO POR HEMORRAGIA EXCESIVA O TARDIA	296	348	369	295	263	421	252	213	134
O037 - ABORTO ESPONTANEO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, COMPLICADO POR EMBOLIA	97	106	135	252	75	121	116	53	38
O038 - ABORTO ESPONTANEO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS Y LAS NO ESPECIFICADAS	443	357	507	451	405	401	368	250	232
O039 - ABORTO ESPONTANEO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, SIN COMPLICACION	7979	6483	7072	8447	9563	12440	10294	7625	6384
O040 - ABORTO MEDICO: INCOMPLETO, COMPLICADO CON INFECCIÓN GENITAL Y PELVIANA	170	142	194	185	171	194	158	106	78
O041 - ABORTO MEDICO: INCOMPLETO, COMPLICADO POR HEMORRAGIA EXCESIVA O TARDIA	109	84	120	116	97	171	133	82	76
O042 - ABORTO MEDICO: INCOMPLETO, COMPLICADO POR EMBOLIA	29	25	71	89	42	22	49	27	37
O043 - ABORTO MEDICO: INCOMPLETO, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS Y LAS NO ESPECIFICADAS	128	144	178	131	136	218	161	119	78
O044 - ABORTO MEDICO: INCOMPLETO, SIN COMPLICACION	1708	1471	1752	1793	2069	2854	2400	1699	1315
O045 - ABORTO MEDICO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, COMPLICADO CON INFECCION GENITAL Y PELVIANA	115	118	178	77	71	125	182	78	55
O046 - ABORTO MEDICO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, COMPLICADO POR HEMORRAGIA EXCESIVA O TARDIA	66	101	76	49	30	68	59	43	29
O047 - ABORTO MEDICO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, COMPLICADO POR EMBOLIA	39	74	58	38	34	61	147	29	18
O048 - ABORTO MEDICO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS Y LAS NO ESPECIFICADAS	76	80	106	62	62	76	68	63	56
O049 - ABORTO MEDICO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, SIN COMPLICACION	1043	871	1142	1224	1367	2261	3631	5973	2444
O050 - OTRO ABORTO: INCOMPLETO, COMPLICADO CON INFECCIÓN GENITAL Y PELVIANA	223	188	237	196	169	135	100	65	50
O051 - OTRO ABORTO: INCOMPLETO, COMPLICADO POR HEMORRAGIA EXCESIVA O TARDIA	64	93	143	113	109	85	75	43	30
O052 - OTRO ABORTO: INCOMPLETO, COMPLICADO POR EMBOLIA	8	5	9	5	6	5	6	1	3
O053 - OTRO ABORTO: INCOMPLETO, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS Y LAS NO ESPECIFICADAS	115	120	181	177	141	189	140	85	60
O054 - OTRO ABORTO: INCOMPLETO, SIN COMPLICACION	1730	1778	1896	1939	1937	2067	1694	1173	906
O055 - OTRO ABORTO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, COMPLICADO CON INFECCION GENITAL Y PELVIANA	32	29	33	37	41	21	22	19	9
O056 - OTRO ABORTO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, COMPLICADO POR HEMORRAGIA EXCESIVA O TARDIA	13	18	15	16	15	27	14	11	16
O057 - OTRO ABORTO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, COMPLICADO POR EMBOLIA	1	13	5	4	6	5	5	2	0
O058 - OTRO ABORTO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS Y LAS NO ESPECIFICADAS	49	46	50	38	49	51	43	20	25
O059 - OTRO ABORTO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, SIN COMPLICACION	628	525	582	667	822	873	714	631	590
O060 - ABORTO NO ESPECIFICADO: INCOMPLETO, COMPLICADO CON INFECCIÓN GENITAL Y PELVIANA	661	518	489	382	286	330	239	161	97
O061 - ABORTO NO ESPECIFICADO: INCOMPLETO, COMPLICADO POR HEMORRAGIA EXCESIVA O TARDIA	713	428	460	446	336	421	249	151	115
O062 - ABORTO NO ESPECIFICADO: INCOMPLETO, COMPLICADO POR EMBOLIA	45	39	46	32	25	43	28	13	9
O063 - ABORTO NO ESPECIFICADO: INCOMPLETO, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS Y LAS NO ESPECIFICADAS	488	385	352	332	349	420	289	183	137
O064 - ABORTO NO ESPECIFICADO: INCOMPLETO, SIN COMPLICACION	7337	6693	7386	7081	6547	7431	5125	3877	2385
O065 - ABORTO NO ESPECIFICADO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, COMPLICADO CON INFECCION GENITAL Y PELVIANA	184	187	165	135	127	153	95	78	53
O066 - ABORTO NO ESPECIFICADO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, COMPLICADO POR HEMORRAGIA EXCESIVA O TARDIA	45	59	44	58	45	54	48	50	30
O067 - ABORTO NO ESPECIFICADO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, COMPLICADO POR EMBOLIA	25	32	29	16	20	20	17	6	5
O068 - ABORTO NO ESPECIFICADO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS Y LAS NO ESPECIFICADAS	174	159	195	213	236	172	154	102	89
O069 - ABORTO NO ESPECIFICADO: COMPLETO O NO ESPECIFICADO, SIN COMPLICACION	2117	1910	1863	2163	2213	2980	2439	1818	1353
TOTAL GENERAL	79286	68577	78402	84448	84333	106104	85049	63797	44563

Fuente: (40)

Para el año 2014 se encuentra el máximo pico de personas atendidas en los servicios de salud con aborto médico. Sin embargo, para el año 2017 se observa un descenso de más del 50% en las atenciones.

Tabla 2. Número de personas atendidas en los servicios de salud con diagnóstico de aborto médico, según procedimiento realizado, Colombia 2009 – 2018

Procedimiento Realizado	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
695101 - Aspiración Al Vacío De Útero Para Terminación Del Embarazo	53	57	49	48	36	182	1240	3282	2204	462
750101 - Legrado Uterino Obstétrico Postparto O Postaborto Por Dilatación Y Curetaje +	37941	35175	47499	46212	42397	46429	41389	28910	34091	13049
750105 - Legrado Uterino Obstétrico Postparto O Postaborto Por Aspiración Al Vacío+	3866	3304	4436	6598	4735	6028	6253	4043	3517	654
750201 - Dilatación Y Legrado Para Terminación Del Embarazo	458	2250	175	12	28	331	2079	2312	3652	406
750303 - Evacuación Uterina Para Terminación Del Embarazo Por Otros Métodos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
753719 - Cardiocentesís Fetal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
753733 - Punción Fetal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Total general	42318	40786	52159	52870	47196	52970	50961	38547	43464	14584

Fuente: (40)

Al encontrar datos inconsistentes en las fuentes oficiales nacionales por la falta de interacción en los sistemas de información y las múltiples barreras que se pueden presentar a la hora de acceder al procedimiento en el sistema de salud colombiano, nos remitimos a datos de una institución sin ánimo de lucro como Profamilia.

Profamilia es una organización privada sin ánimo de lucro especializada en salud sexual y salud reproductiva, que ofrece servicios médicos, investigaciones, educación y venta de productos especializados a la población colombiana. Tiene como misión el promover el respeto y el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de toda la población colombiana. (41)

Para el año 2017 Profamilia garantizó el acceso oportuno a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en condiciones de seguridad y oportunidad para las usuarias. Durante este año realizaron 10.514 servicios de interrupción voluntaria del embarazo, 63% más que en el 2016 donde se presentaron 6.440 servicios. Para el año 2018 un total de 16.870 y en 2019 se prestaron 22.146 servicios de abortos seguros. (41)

8 CONCLUSIONES

8.1 Conclusiones sobre Definiciones de Aborto e IVE

Se entiende como aborto ilegal aquel procedimiento que es realizado por fuera de las excepciones que otorga la jurisprudencia, y siempre es un delito; con frecuencia se hace por personal no idóneo, en condiciones locativas deficientes y con instrumentos o por métodos inapropiados.

Por otra parte, el aborto legal no existe en Colombia. El aborto que es permitido no se basa en leyes, sino en jurisprudencia (sentencias de la Corte Constitucional), tiene causales expresas, y se denomina interrupción voluntaria del embarazo; las instituciones que lo realizan cumplen con todas las condiciones técnicas y normativas para realizar dicho procedimiento.

Con el paso del tiempo se ha elaborado otra clasificación, describiéndose como aborto seguro o como aborto inseguro, este último inclusive se divide en dos categorías: aborto inseguro y aborto menos seguro, dependiendo de las condiciones técnicas y científicas con que se preste el servicio.

Otro aspecto que se logra deducir es que la mayoría de las definiciones y conceptos técnico-científicos sobre el aborto, independientemente de su etiología o prestación, coinciden en dos aspectos: el peso fetal del producto de ese embarazo el cual debe ser menor o igual de 500 gramos y, las semanas de gestación al momento del aborto que está por debajo de la semana 24.

Así pues, el concepto de interrupción voluntaria del embarazo es tal como su nombre lo indica, la terminación del embarazo ya sea de una forma farmacológica, instrumentada o quirúrgica. En Colombia esta tiene unas causales legales que le permiten a la mujer colombiana acceder este procedimiento sin incurrir en un delito, las cuales han sido expuestas a lo largo de la monografía.

8.2 Conclusiones sobre Jurisprudencia

La implementación del Código Penal Colombiano con el Decreto 100 de 1980 y su actualización con la Ley 599 de 2000, declaran el aborto como delito por el cual se incurría en prisión. Sin embargo, se vinieron una serie de acciones públicas frente a la Corte Constitucional que buscaban derogar la declaración de estos hechos como punitivos, sin lograr cambios en la legislación colombiana.

La despenalización del aborto llega bajo amparo de la sentencia C-355 del 2006 donde se le da el nombre de interrupción voluntaria del embarazo y se establecen las causales para acceder al proceso de manera permitida y segura, las cuales son:

1. Cuando la continuación de la gestación conlleve a peligro para la vida y/o salud de la mujer.
2. Cuando se evidencie malformación fetal, que haga inviable su vida. Esta causal fue reiterada en la Sentencia T-171 de 2007, enfatizando el deber de las entidades judiciales y de salud de permitir el acceso y la realización del procedimiento de IVE amparado bajo esta causal.
3. Cuando la gestación sea resultado de abuso sexual ya sea acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, inseminación artificial, transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o incesto. Esto fue ratificado en la Sentencia T-988 de 2007, siendo enfático que este derecho también es para las mujeres con discapacidad.

De allí en adelante surgen una serie de particularidades a las cuales la Corte debe darle respuesta basados en el contexto del aborto seguro. La Sentencia T-946 de 2008, reitera que bajo esta causal solo se accede al derecho de IVE si la mujer presenta el documento de denuncia del abuso sexual y demás, pero posteriormente la Sentencia T-009 de 2009, donde se defiende el derecho de la autonomía de la mujer, dice que es ella quien decide si realiza la IVE o no; según eso, prácticamente no se requiere ningún certificado o constancia de demanda para acceder al realizar el procedimiento.

En la Sentencia T-388 de 2009 se consagró que la causal salud no está solamente encamina a la afectación física, sino que también se defiende enfáticamente la causal de alteración mental y que debe ser certificada por un psicólogo. Además, establece la obligatoriedad de implementación de educación en derechos sexuales y reproductivos.

Así pues se puede evidenciar que la normatividad colombiana viene siendo transformada a punta de sentencias (jurisprudencia) para defender y establecer los derechos de la mujer que desea realizar la IVE desde sus diferentes aspectos, reiterando como un derecho fundamental sexual y reproductivo el cual se reconoció en la Sentencia T-585 de 2010 y reiterado por la Corte Constitucional en la última revisión del tema en la Sentencia C-088 de 2020, la cual ratifica los conceptos emitidos anteriormente donde expresan que se procede a la interrupción voluntaria del embarazo en los tres casos ya indicados anteriormente.

La defensa de los derechos fundamentales siempre estará enmarcada por las distintas posiciones de los colectivos, pues hay quienes estarán de acuerdo frente a las causales por las cuales se puede realizar el procedimiento de la IVE, la cual está consagrada como un derecho constitucional, y los defensores del derecho a vivir del no nacido.

8.3 Conclusiones sobre determinantes sociales

La Asamblea Mundial de la Salud como parte de sus objetivos del milenio para la agenda de 2030 integra que la IVE insegura es una causa prevenible de mortalidad y morbilidad materna, por tanto, una de sus metas instauro el “acceso universal a los derechos reproductivos, a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información, educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”.

Dentro de los aspectos sociales para que una mujer busque la realización del procedimiento de la IVE, se encuentran problemas de salud pública como es el

embarazo en adolescentes, ya que conlleva consecuencias sociales y económicas como es la generación de la pobreza, afectación física, mental y bajo rendimiento escolar.

Otra de las características en un porcentaje de las mujeres que acceden a la IVE es que son mujeres en condición de desplazamiento, víctimas del conflicto y aquellas cuyos derechos fueron vulnerados en el marco del conflicto armado.

En Colombia se encontró que la mayoría de las mujeres que residen en zona rural, con bajo nivel de escolaridad, poco uso de los métodos anticonceptivos y altas tasas de embarazo no deseado, aumentan la incidencia abortos no seguros, ocasionando altos costos para el sistema de salud por la alta morbimortalidad.

8.4 Conclusiones sobre Barreras de acceso

Al realizar el procedimiento de la IVE, aunque se encuentra ampliamente amparado por la jurisprudencia colombiana, las mujeres se encuentran barreras de acceso de diversa índole, llegando incluso a ser estigmatizadas por el personal de salud, personal judicial, familiares, amigos y sociedad.

Deben acarrear con una serie de circunstancias y trámites innecesarios como la solicitud del certificado de denuncia en caso de abuso sexual o la orden de un juez. Además, los procedimientos reglamentados de acuerdo con la condición clínica de la paciente son la IVE farmacológica, la aspiración manual endouterina (AMEU) y el legrado obstétrico, los cuales están dictados en la Norma Técnica para la prestación de los servicios de Interrupción Voluntaria, donde especifican en cuál nivel de complejidad se debe realizar cada procedimiento y sus requisitos. Sin embargo, en ocasiones el procedimiento es negado porque el profesional de salud se declara objetor de conciencia y se niega a realizarlo, con el agravante de no informar o no remitir el caso a un colega o sitio donde le pueden realizar su procedimiento.

Otra forma de vulnerar el derecho del acceso al servicio es la poca o escasa información brindada a la usuaria sobre IVE y es obligada a remitirse a varios sitios relatando una y otra vez su situación, siendo de esta manera revictimizada emocionalmente.

Los factores por los cuales se considera que un aborto es inseguro es porque el procedimiento se realiza en condiciones que ponen en peligro la vida de la mujer, pues para la realización de un procedimiento en condiciones seguras la atención sanitaria para la realización de la IVE integra la valoración por psicología, indagar antecedentes personales y patológicos dentro de la anamnesis clínica, realizar laboratorios para confirmar el estado de embarazo y descartar enfermedades de transmisión sexual, así como contar con los conocimientos y la tecnología suficiente para realizarla.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Coomeva EPS. ¿Qué es Interrupción Voluntaria del Embarazo, IVE? [Online].; s.f.. Available from: <https://eps.comeva.com.co/publicaciones.php?id=40058>.
2. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Aborto espontaneo provocado Ginebra: OMS; 1970.
3. Ortiz A. El aborto en colombia. Rev. Col. Obst. y Ginec. 1973; 24(3).
4. Ministerio de Salud. Despenalización del aborto. [Online].; s.f.. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Despenalizacion-del-aborto.aspx#:~:text=En%20Colombia%20la%20Corte%20Constitucional,y%20dignidad%20de%20las%20mujeres>.
5. Prada E, Singh S, Remez L, Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. [Online].; s.f.. Available from: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/embarazo-no-deseado-colombia_1.pdf.
6. Prada E, Maddow I, Juárez F. El costo de la atención postaborto y del aborto legal en Colombia. [Online].; 2014. Available from: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/SP00214.pdf>.
7. Castro A, Castro C. Análisis de los registros de promoción y prevención del hospital la candelaria para identificar los factores que incidieron en el aumento de casos de abortos en las adolescentes del municipio del Banco, Magdalena - segundo semestre de 2014. [Online].; 2016. Available from: <https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/895/1/Esp.%20gerencia%20de%20la%20calidad%20y%20auditoria%20en%20salud.pdf>.
8. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Prevención del aborto peligroso. [Online].; 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.
9. Álvarez J. El concepto de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en bioética. Rev Fac Med UNAM. 2008; 51(6).
- 10 Corte Constitucional de la República de Colombia. Sentencia C-355 de 10 de mayo de 2006. MP: Jaime Araújo Rentería. 2006..

- 11 Carmona Z, Parra D. Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el . contexto colombiano. Revista Científica Salud Uninorte. 2015; 31(3).
- 12 Organización Mundial de la Salud [OMS]. Desarrollo en la adolescencia. [Online].; . s.f.. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/#:~:text=Un%20periodo%20de%20transici%C3%B3n%20de,10%20y%20los%2019%20a%C3%B1os.
- 13 Encuesta Nacional de Demografía y Salud [ENDS]. Determinantes del embarazo en . adolescentes en Colombia. [Online].; 2018. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-determinantes-sociales-embarazo-en-adolescente.pdf>.
- 14 El Heraldo. Embarazos no deseados un gran impacto sobre la salud. [Online].; 2011. . Available from: <https://www.elheraldo.co/salud/embarazos-no-deseados-un-gran-impacto-sobre-la-salud-13012#:~:text=Los%20embarazos%20no%20deseados%20son,muy%20frecuente%20en%20la%20adolescencia.>
- 15 Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América . Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2002; 113.
- 16 Secretaría de Salud de Medellín. Interrupción Voluntaria del Embarazo - IVE. . [Online].; 2017. Available from: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportalDelCiudadano_2/PlanDeDesarrollo_0_19/Publicaciones/Shared%20Content/Boletines/Boletines%202017/Bolet%C3%ADn%20Epidemiol%C3%B3gico%202.pdf.
- 17 Asamblea Nacional Constituyente. Constitución política de Colombia Bogotá: Legis; . 1991.
- 18 Gómez P, Escandón I, Gaitán H. Evaluación de la Atención Integral al Pos-aborto en . 13 Hospitales de Colombia. Rev. salud pública. 2007; 9(2).
- 19 Ministerio de Salud y Protección Social. Atención Post Aborto (APA) y sus . complicaciones. [Online].; 2014. Available from: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SM-IVE-DT-Atencion-postaborto.pdf>.
- 20 DANE. Estadísticas Vitales (EEVV) Nacimientos y defunciones. [Online].; 2020. Available from:

- https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvital_m_2020pr.pdf.
- 21 PAHO. Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo. [Online].; s.f.. Available from: https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&alias=295-guias-de-manijos-de-las-complicaciones-en-el-embarazo&category_slug=publications&Itemid=224.
- 22 Medicina UC. Manual obstetricia y ginecología. [Online].; 2018. Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>.
- 23 The American College of Obstetricians and Gynecologists. La pérdida prematura del embarazo - ACOG. [Online].; 2015. Available from: https://www.acog.org/store/products/patient-education/pamphlets/pregnancy/early-pregnancy-loss?utm_source=redirect&utm_medium=web&utm_campaign=otn.
- 24 Ministerio de Salud. Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas. [Online].; 2014. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/SM-Determ-aborto-inseguro.pdf>.
- 25 Mier E. Reflexiones y datos sobre el aborto en Colombia. Criterio Jurídico. 2014; 14(2).
- 26 Organización Mundial de la Salud [OMS]. En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. [Online].; 2017. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year#:~:text=De%202010%20a%202014%20se,publicado%20hoy%20en%20The%20Lancet>.
- 27 Cebes. Prevención del aborto peligroso. [Online].; 2020. Available from: <http://cebes.org.br/2020/09/prevencion-del-aborto-peligroso/>.
- 28 Congreso de la República de Colombia. Ley 599 de 24 de julio de 2000. Diario Oficial No. 44.097 [Código Penal Colombiano]. 2000..
- 29 Laza C, Castiblanco R. Percepción del aborto: voces de los médicos en el Hospital

- . de San José (Bogotá). Fac. Nac. Salud Pública. 2017; 35(1).
- 30 Unidad de Servicios de Salud. Lineamiento para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo. [Online].; 2020. Available from: http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/unisalud_uptc/doc/2020/LINEAMIENTO_INTERRUPCION_VOLUNTARIA_DEL_EMBARAZO.pdf.
- 31 Cepal. Leyes sobre aborto. [Online].; s.f.. Available from: <https://oig.cepal.org/es/laws/2/country/colombia-9>.
- 32 Ministerio de Salud. Despenalización del aborto. [Online].; s.f.. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Despenalizacion-del-aborto.aspx>.
- 33 Peralta C. ABC Maternidad Elegida. [Online].; s.f.. Available from: <https://es.scribd.com/document/337456696/ABC-Maternidad-Elegida>.
- 34 Gómez P, Urquijo L, Villareal C. Estrategia FIGO para la prevención del aborto inseguro. Experiencia en Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 62(1).
- 35 Gómez M, González S. Factores determinantes del embarazo en la adolescencia en Colombia: revisión sistemática de la literatura. [Online].; 2014. Available from: <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/75/1/Factores%20determinantes%20del%20embarazo%20en%20la%20adolescencia%20en%20Colombia%20Revisi%C3%B3n%20sistem%C3%A1tica%20de%20la%20literatura.pdf>.
- 36 Organización Mundial de la Salud [OMS]. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud: OMS; 2012.
- 37 Dávila M, Chaparro N, Castro S, Albarracín M. Presentamos un concepto jurídico sobre las barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. [Online].; 2020. Available from: <https://www.dejusticia.org/litigation/concepto-juridico-sobre-barreras-en-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/>.
- 38 Secretaría de Salud de Medellín. Interrupción Voluntaria del Embarazo - IVE. [Online].; 2017. Available from: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/Publicaciones/Shared%20Content/Boletines/Boletines%202017/Bolet%C3%ADn%20Epidemiol%C3%B3gico%202.pdf.

- 39 Guttmacher Institute. Datos sobre el embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. [Online].; 2013. Available from: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-aborto-en-colombia_0.pdf.
- 40 SISPRO. Información año 2017 preliminar. [Online].; 2018. Available from: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>.
- 41 Profamilia. Informe de gestión. [Online].; 2018. Available from: <http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/INFORME-PROFAMILIA-2019.compressed.pdf>.