
INFORME NARRATIVO DE

**SOSTENIBILIDAD
DEL ECOSISTEMA
DE ABORTO**

**EN SIETE TERRITORIOS DE
COLOMBIA**

ACCESO ABORTO SEGURO EVALUACIÓN IGUALDAD DE GÉNERO
PARTICIPACIÓN DERECHOS HUMANOS AGENCIAMIENTO
EIS NORMAS SOCIALES GARANTÍA HUMANIZAR ATENCIÓN
ACCESO ABORTO SEGURO EVALUACIÓN IGUALDAD DE GÉNERO
PARTICIPACIÓN DERECHOS HUMANOS AGENCIAMIENTO
EIS NORMAS SOCIALES GARANTÍA HUMANIZAR ATENCIÓN
ACCESO ABORTO SEGURO EVALUACIÓN IGUALDAD DE GÉNERO
PARTICIPACIÓN DERECHOS HUMANOS AGENCIAMIENTO
EIS NORMAS SOCIALES GARANTÍA HUMANIZAR ATENCIÓN
ACCESO ABORTO SEGURO EVALUACIÓN IGUALDAD DE GÉNERO
PARTICIPACIÓN DERECHOS HUMANOS AGENCIAMIENTO
EIS NORMAS SOCIALES GARANTÍA HUMANIZAR ATENCIÓN

SOSTENIBILIDAD DEL ECOSISTEMA DEL ABORTO

EN SIETE TERRITORIOS DE COLOMBIA

ACCESO ABORTO SEGURO EVALUACIÓN IGUALDAD DE GÉNERO
PARTICIPACIÓN DERECHOS HUMANOS AGENCIAMIENTO
EIS NORMAS SOCIALES GARANTÍA HUMANIZAR ATENCIÓN
ACCESO ABORTO SEGURO EVALUACIÓN IGUALDAD DE GÉNERO
PARTICIPACIÓN DERECHOS HUMANOS AGENCIAMIENTO
EIS NORMAS SOCIALES GARANTÍA HUMANIZAR ATENCIÓN
ACCESO ABORTO SEGURO EVALUACIÓN IGUALDAD DE GÉNERO
PARTICIPACIÓN DERECHOS HUMANOS AGENCIAMIENTO
EIS NORMAS SOCIALES GARANTÍA HUMANIZAR ATENCIÓN

Profamilia

Marta Royo

Directora Ejecutiva

Diana Moreno

Directora de Incidencia

Autoras

Johanna Cepeda Saavedra

Coordinadora Operativa Proyecto Ríos/IPAS

Liliana Palacios Ríos

Analista de Incidencia Proyecto Ríos

Paula Andrea Benítez Niño

Enfermera Jefe Programas de Salud Proyecto Ríos

Equipo Implementador del Proyecto Profamilia

Corrección de estilo

Julián Mauricio Carreño Neira

Este documento fue diseñado por

Marcos Toledo - emannacreations.com

2024

Con apoyo de:



CONTENIDO

01 AGRADECIMIENTOS 5

02 INTRODUCCIÓN 7

03 METODOLOGÍA 11

04 ¿CÓMO ES LA SOSTENIBILIDAD DEL ABORTO EN
LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS? 15

ANÁLISIS CUANTITATIVO	15
ANÁLISIS CUALITATIVO DE SOSTENIBILIDAD DEL ECOSISTEMA POR COMPONENTES	17
1. Conocimiento y agencia de cada persona	17
2. Normas sociales y apoyo comunitario	20
3. Apoyo y liderazgo político	23
4. Política y legislación	26
5. Financiamiento	29
6. Insumos	33
7. Fuerza laboral y prestación de servicios	35
8. Información sobre salud	40

05 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 43

06 REFERENCIAS 53

INFORME NARRATIVO DE

**SOSTENIBILIDAD
DEL ECOSISTEMA
DEL ABORTO**

EN SIETE TERRITORIOS DE COLOMBIA

TRABAJO EN RED COLABORACIÓN ACCESO DIÁLOGO
PARTICIPACIÓN LIBRE SEGURO ACTORES ECOSISTEMA
INTERSECCIONALIDAD TRABAJO EN RED COLABORACIÓN
ACCESO DIÁLOGO PARTICIPACIÓN LIBRE SEGURO ACTORES
ECOSISTEMA INTERSECCIONALIDAD TRABAJO EN RED
COLABORACIÓN ACCESO DIÁLOGO PARTICIPACIÓN LIBRE
SEGURO ACTORES ECOSISTEMA INTERSECCIONALIDAD
TRABAJO EN RED COLABORACIÓN ACCESO DIÁLOGO
PARTICIPACIÓN LIBRE SEGURO ACTORES ECOSISTEMA
INTERSECCIONALIDAD TRABAJO EN RED COLABORACIÓN
ACCESO DIÁLOGO PARTICIPACIÓN LIBRE SEGURO ACTORES
ECOSISTEMA INTERSECCIONALIDAD TRABAJO EN RED
COLABORACIÓN ACCESO DIÁLOGO PARTICIPACIÓN LIBRE
SEGURO ACTORES ECOSISTEMA INTERSECCIONALIDAD
TRABAJO EN RED COLABORACIÓN ACCESO DIÁLOGO
PARTICIPACIÓN LIBRE SEGURO ACTORES ECOSISTEMA
INTERSECCIONALIDAD TRABAJO EN RED COLABORACIÓN
ACCESO DIÁLOGO PARTICIPACIÓN LIBRE SEGURO
ACTORES ECOSISTEMA INTERSECCIONALIDAD

01

AGRADECIMIENTOS

01

AGRADECIMIENTOS

El informe narrativo sobre la evaluación de ecosistema del aborto en siete territorios de Colombia no habría sido posible sin el apoyo esencial de Ríos. Su apoyo ha sido crucial para el progreso y éxito de esta iniciativa. A todo su equipo, gracias. También extendemos nuestro agradecimiento a IPAS por su asesoría técnica y por permitirnos utilizar la herramienta que hizo posible la evaluación del ecosistema de aborto en los territorios intervenidos.

Queremos extender nuestro más sincero agradecimiento a las referentes de las diferentes secretarías de salud municipales, distritales y departamentales por su destacada participación, impulso y colaboración a lo largo de todo el proceso de evaluación del ecosistema de aborto. Su compromiso y esfuerzo han sido cruciales para el éxito de esta iniciativa. Por su cooperación y contribución significativa a este proceso. Agradecemos especialmente a:

Dayan Mateus y Laura Gil, referentes IVE, Grupo Materno Perinatal, Dirección de Provisión de Servicios, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Angélica Jácome, referente de la Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander y a **María Fernanda Bonilla**, psicóloga, profesional de apoyo Dimensión de Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander.

Patricia Caicedo Higuera, profesional universitaria de la Secretaría de Salud de Santander del Grupo de Promoción y Prevención de la Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos.

Integrantes de la Colectiva Justicia Mujer, Grupo Impulsor de la Mesa Distrital por el Derecho a la IVE en Medellín, y a **Johana Vélez**, de la Secretaría de Salud de Medellín.



Erika Puello y Cindy Ramos, referentes de Salud Sexual y Reproductiva de Secretaría de Salud de Montería.

Catia Milena Malfitano, Coordinadora de Salud Pública de la Secretaría de Salud de Quibdó.

Esmeralda Rojas, profesional de apoyo especializada SSR y **Marcela García**, profesional especializada del Equipo SSR de la Dirección de Promoción y Prevención de la Secretaría de Salud de Boyacá.

Así mismo, agradecemos a los/as directores de las diferentes clínicas de Profamilia su dedicación y compromiso con la implementación del proyecto.

Marisol Pachón Rico, directora médica de Clínicas Regional Centro;

Luz Stella Pinzón, directora Clínica Bucaramanga;

Yenny Yurley Porras, directora Clínica Cúcuta;

Viviana Inés Noreña, directora Clínica Medellín;

Carlos Eduardo Mesa, gerente regional de Antioquia y Santanderes;

Rafael Arturo Fuentes, director Clínica Montería;

A las demás organizaciones de la sociedad civil, instituciones, representantes de EAPB y aliados/as que jugaron un papel crucial en el desarrollo del informe narrativo sobre la evaluación de ecosistema de aborto en siete territorios de Colombia. Su dedicación y compromiso han sido fundamentales para llevar a cabo esta iniciativa, que no solo refleja la realidad de los servicios de aborto en estos territorios, sino que también sienta las bases para futuros cambios. Sin su invaluable apoyo este proceso no habría sido posible.

Gracias a la colaboración de todos/as los/as involucrados/as se han forjado grandes alianzas y se han desarrollado planes de trabajo territoriales, que tendrán un gran impacto en la salud de todas las personas en el país. Estos esfuerzos han sido vitales para asegurar un acceso integral y equitativo a los servicios de aborto en Colombia; estamos convencidos/as de que los resultados de este diagnóstico contribuirán a mejorar las condiciones de vida y el bienestar de muchas personas en el país. Agradecemos sinceramente su dedicación y compromiso, esperamos continuar trabajando juntos/as en la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas en Colombia.

02

INTRODUCCIÓN

02

INTRODUCCIÓN

En el año 2015 la Organización de Naciones Unidas hizo un llamado universal a la acción para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y mejorar las vidas y las perspectivas de las personas de todo el mundo. Este llamado lo hizo a través de la consolidación de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Naciones Unidas, 2015a) y 169 metas que componen la Agenda 2030 (Naciones Unidas, 2015b), la cual está comprometida a liberar a la humanidad de la tiranía de la pobreza y las privaciones y a sanar y proteger nuestro planeta.

Una manera de mejorar la vida y perspectivas de las personas y que es reconocida como uno de los ODS, es la consolidación de la **igualdad de género**, pues se entiende que "terminar con las formas de discriminación contra las mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias no es solo un derecho humano básico, sino que además es crucial para el desarrollo sostenible" (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], s. f.).

Se menciona específicamente que una de las metas que contribuirán a la igualdad de género es:

5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen (Naciones Unidas, s. f.).

Dicho de otro modo, se reconoce que también hace parte de los derechos humanos de las mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias "tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujetas/os a la coerción, la discriminación y la violencia" (Naciones Unidas, 1995), así como, por supuesto, se incluyen decisiones relacionadas con la interrupción o no de un embarazo.



Bajo este entendido, si los Estados no son capaces de garantizar el acceso a servicios de aborto seguros, de calidad y sostenibles en el territorio, no será posible declarar que han hecho todo lo posible por cumplir con el quinto ODS, esto es, garantizar la igualdad de género, y mucho menos, mejorar la vida y perspectivas de las mujeres en cuanto a su salud sexual y reproductiva (SSR).

Para apoyar el cumplimiento de estas metas y objetivos, la organización internacional IPAS¹ no solo desarrolló el concepto de "ecosistema de aborto", el cual es entendido como aquel entorno dinámico, interrelacionado y complejo en el que las mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias toman decisiones sobre el aborto, sino que además diseña una metodología que permite entender ese ecosistema y ayudar a cada diseñador/a de programas a comprender las dinámicas, problemáticas, barreras y oportunidades del entorno, formular programas y políticas públicas, y ejecutar acciones concretas, centradas en las personas, que promuevan la sostenibilidad del servicio de aborto y que atiendan a las particularidades territoriales.

En últimas, la evaluación del ecosistema de aborto permitirá analizar qué tan sostenible es el servicio de aborto en los territorios, de acuerdo con ocho componentes:

- 1. Conocimientos y agencia de cada persona.**
- 2. Normas sociales y apoyos comunitarios.**
- 3. Apoyo y liderazgo político.**
- 4. Política y legislación.**
- 5. Financiamiento.**
- 6. Insumos.**
- 7. Fuerza laboral y prestación de servicios de salud**
- 8. Información sobre salud.**

¹ Organización sin fines de lucro que trabaja mundialmente para que las mujeres y niñas puedan elegir sobre su sexualidad y reproducción. IPASLAC (<https://ipaslac.org/nosotros/#nosotros>).



La escala de evaluación utilizada para describir el estado actual del ecosistema de aborto utiliza los siguientes rangos:

(3.5-4.0) - Sostenible: los servicios de aborto están ampliamente disponibles y son accesibles para una variedad de indicaciones, las partes interesadas se sienten empoderadas y seguras con relación a la prestación y accesibilidad de servicios de aborto seguro.

(3.0-3.5) - Acercamiento a la sostenibilidad: el derecho al aborto es apoyado bajo ciertas circunstancias, el apoyo a favor del acceso a los servicios de aborto inducido está en evolución.

(2.0-2.9) - Poca sostenibilidad: hay un apoyo emergente a favor del aborto, aunque los esfuerzos por ampliar el apoyo quizás no estén bien coordinados; algunas estructuras apoyan el acceso a los servicios de aborto seguro y en algunas estructuras existen áreas de gran resistencia.

(1.0 -1.9) - No sostenibles: hay poco o ningún apoyo a favor del acceso a los servicios de aborto, silencio general en torno al aborto y mucho estigma relacionado con el aborto en la mayoría de las estructuras. También es común ver oposición organizada y/u hostilidad abierta hacia la ampliación del acceso a los servicios de aborto.

03

METODOLOGÍA

03

METODOLOGÍA

En el año 2023, en el marco del proyecto Ríos, se priorizaron ciudades, municipios y/o departamentos principales a nivel nacional, con presencia permanente de clínicas de Profamilia. Esto nos permitió: i) generar espacios de articulación interinstitucional entre secretarías de salud municipales y departamentales, EAPB, IPS y sociedad civil en los que se pueda identificar el estado actual del ecosistema del aborto a nivel territorial y tomar acciones concretas para mejorar el acceso, la calidad y sostenibilidad; y ii) acompañar la implementación de la sentencia C-055 de 2022 y la ejecución de planes de trabajo que se desarrollen en cada territorio.

Los territorios priorizados en esta oportunidad para el fortalecimiento de estos espacios fueron: Bogotá, Medellín, Bucaramanga, Cúcuta, Montería, Quibdó y Tunja. En Bogotá y Medellín el ejercicio de fortalecimiento técnico y evaluación del ecosistema de aborto se realizó con el apoyo de los/as integrantes de la Mesa Intersectorial para la garantía de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), y la Mesa Distrital por el Derecho a la IVE, respectivamente. Los demás territorios (Montería, Bucaramanga, Cúcuta, Quibdó y Tunja) no tienen establecida una mesa de trabajo específica para hacer seguimiento y garantizar el acceso de del derecho al aborto, pero fue posible implementar la metodología de evaluación del ecosistema, con el apoyo de las mesas de trabajo de salud sexual y reproductiva y/o salud materno perinatal. Teniendo en cuenta las dinámicas y liderazgos territoriales, logramos realizar un diagnóstico del ecosistema de aborto a nivel departamental y no municipal, en tres territorios. Estos fueron: Santander, Norte de Santander y Boyacá.

Las intervenciones en cada territorio incluyeron un espacio de i) fortalecimiento y difusión de la Resolución 051 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social, a cargo, usualmente, del Grupo de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos de esta Entidad; y ii) presentación del concepto y metodología de IPAS de evaluación del ecosistema de aborto liderada por el equipo implementador del proyecto Ríos de Profamilia.



El proceso llevado a cabo en cada territorio para lograr la aplicación de la herramienta se relata en detalle en los informes narrativos de cada uno y corresponde a los esfuerzos necesarios para alcanzar las tres primeras etapas para planificar y mantener la sostenibilidad en el acceso a servicios de aborto, según la metodología propuesta (Ipas LAC, 2021):

1 **Identificar las partes interesadas actuales:** con el apoyo de las secretarías o el Instituto de Salud, se realizó un ejercicio de identificación de actores que, a nivel territorial, debían participar en la entrevista grupal o sesión de evaluación y planificación del ecosistema de aborto, teniendo en cuenta, su importancia, experticia o información sobre uno o varios de los componentes del ecosistema de aborto, así como aquellas entidades o funcionarios con obligaciones de carácter legal, de ejecutar acciones concretas para garantizar la prestación de servicios de aborto en el territorio.

Posterior a ello, entre el equipo implementador del proyecto y las referentes encargadas de las secretarías o Instituto de Salud, se revisó la información consolidada y se extendió la invitación a máximo 35 actores priorizados para llevar a cabo la discusión sobre los ocho componentes. En Medellín, este ejercicio fue realizado por el grupo impulsor de la Mesa Distrital de IVE, liderado por la Colectiva Justicia Mujer; y en Santander, este ejercicio de identificación inició con el apoyo de algunos/as funcionarios/as de la Secretaría de Salud Departamental en un encuentro virtual, consolidado por la referente de salud sexual y reproductiva y la directora de la Clínica Profamilia Bucaramanga.

El registro de las partes interesadas se realizó en un documento de Excel tomado de la herramienta de IPAS "Tabla de partes interesadas". Posteriormente, las secretarías de salud territoriales estuvieron encargadas de la convocatoria e invitación formal de las partes interesadas priorizadas.

2 **Evaluar el ecosistema del aborto territorial.** Para llevar a cabo este paso, se contó con el apoyo de una consultora con experiencia previa en el manejo y aplicación de la herramienta IPAS, quien facilitó los primeros espacios de evaluación del ecosistema en Medellín, Bogotá y Santander, y permitió que el equipo implementador del Proyecto de Profamilia se relacionara con la herramienta. Los demás territorios fueron evaluados por el equipo implementador del Proyecto. En cada uno de los espacios se diligenció de manera inmediata la herramienta de evaluación del ecosistema de aborto y se llevó a cabo una relatoría que permitió dejar memorias de las discusiones, enriqueciendo así la información cualitativa de los informes.



Los informes se compartieron con las referentes de cada secretaría de salud y/o grupo impulsor, para recibir comentarios y retroalimentación previa a la programación de la sesión de socialización de resultados.

3 | **Planificar:** formular estrategias y actividades que permitan mejorar la sostenibilidad del ecosistema basado en los resultados de la evaluación. En todos los territorios se propuso un taller participativo para el planteamiento de un borrador de plan de trabajo construido colaborativamente con los actores asistentes a la sesión de socialización de resultados.

Para construir un plan de trabajo por componente, se dividió a los asistentes en ocho grupos (un grupo por componente), priorizando la ubicación de cada uno/a en componentes sobre los que tuviera mayor experiencia, información o interés de trabajar. En este punto, se usaron las siguientes herramientas: i) la plantilla "Plan de acción" de IPAS (Anexo 3), ii) el informe narrativo que contiene los resultados diagnósticos y las preguntas realizadas para llevar a cabo la evaluación, para que los participantes tuvieran el contexto y iii) la información necesaria para plantear actividades concretas que permitieran mejorar la sostenibilidad de cada uno de los componentes. Seguidamente, los participantes socializaron las actividades planteadas en cada grupo con todos los asistentes con el objetivo de recibir retroalimentación de cada plan de trabajo.

Desde el grupo implementador del proyecto consolidamos y sistematizamos las actividades correspondientes al plan de trabajo de cada componente en un solo documento, el cual, fue compartido con las referentes de cada secretaría o instituto de salud en los que fue posible avanzar en este paso (Santander, Norte de Santander, Bogotá, Quibdó y Montería). En el caso de Medellín el planteamiento del plan de trabajo quedó a cargo del grupo impulsor de la Mesa Distrital por el Derecho a la IVE y en Boyacá, en cabeza del Equipo Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Las siguientes etapas metodológicas serán dirigidas por la secretaría o instituto de salud territorial, quienes estarán encargados de poner en marcha y realizar ajustes al plan de acción, según se requiera. Especialmente se busca que continúen el trabajo en:

4 | **Monitorear y evaluar:** determinar los indicadores clave para monitorear y evaluar el éxito de la estrategia de sostenibilidad.



- 5 | Ejecutar:** ejecutar la estrategia para lograr sostenibilidad de cada uno de los componentes, con apoyo de las partes interesadas.
- 6 | Revisar:** incluir las partes interesadas en el proceso de revisión para monitorear el progreso.
- 7 | Modificar:** ajustar las estrategias planteadas, según se requiera con el paso del tiempo y los cambios en el contexto y condiciones territoriales.

Es importante aclarar que este documento resume los hallazgos encontrados y plasmados en cada uno de los diagnósticos cualitativos realizados por territorio, en la procura de realizar un análisis integrado. Los diagnósticos detallados de cada territorio intervenido se distribuyen en los diferentes tomos que forman parte de esta colección de documentos a los que se puede remitir para más información.

04

¿CÓMO ES LA SOSTENIBILIDAD DEL ABORTO EN LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS?

ANÁLISIS CUANTITATIVO

TABLA 1.

COMPONENTE	Bogotá	Boyacá	Medellín	Montería	Norte de Santander	Quibdó	Santander	Puntaje Promedio
Conocimientos y agencia de cada Persona	2,4	2,1	2,0	2,2	1,6	1,9	2,0	2,0
Normas sociales y apoyos comunitarios	2,3	1,6	2,2	1,8	1,9	1,7	2,0	1,9
Apoyo y liderazgo político	3,1	3,2	3,0	2,7	2,6	2,6	3,2	2,9
Políticas y legislación	2,8	2,5	2,9	2,6	2,4	2,4	2,8	2,6
Financiamiento	2,7	2,7	2,5	2,5	3,1	2,1	2,7	2,6
Insumos	2,6	2,4	2,6	2,4	2,7	2,5	2,9	2,6
Fuerza laboral y prestación de servicios de salud	3,1	3,2	3,0	2,7	2,6	2,6	3,2	2,9
Información sobre salud	2,4	2,3	2,1	2,0	1,8	1,9	2,8	2,2
Sostenibilidad	2,7	2,5	2,5	2,4	2,3	2,2	2,7	2,5

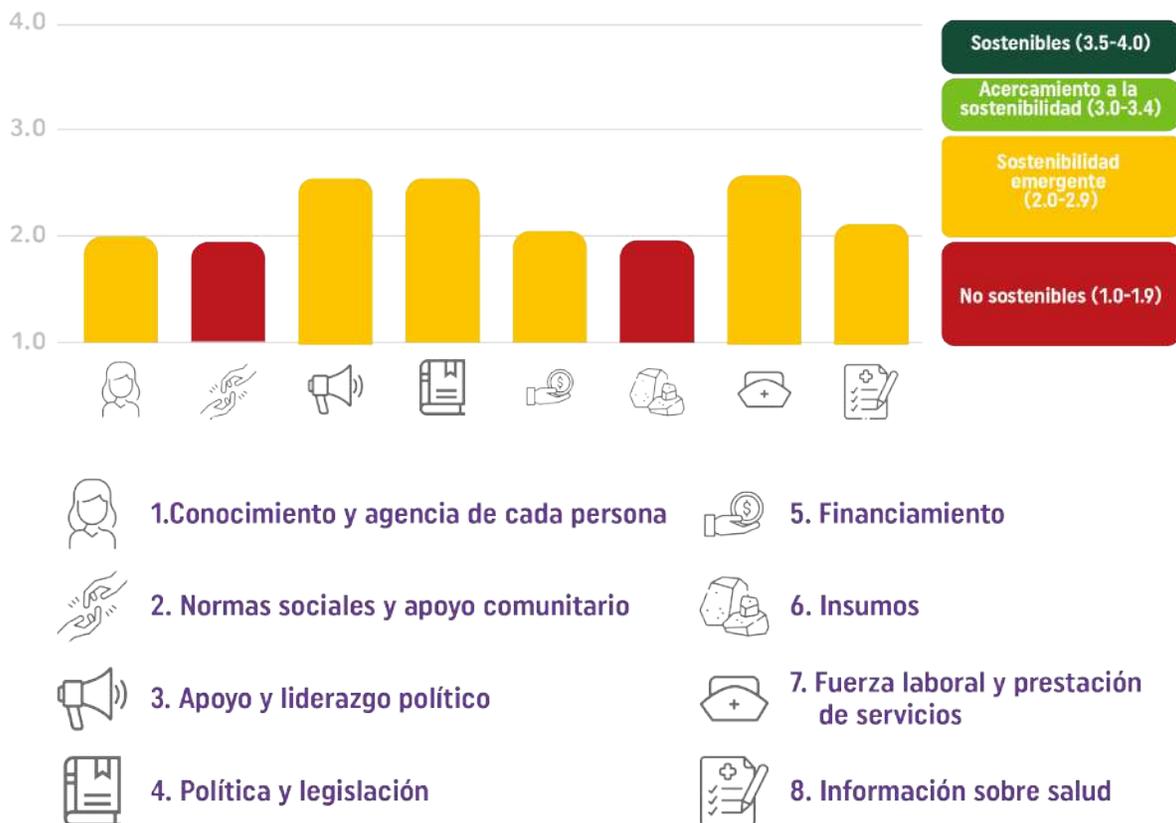
Fuente: Elaboración propia

En el análisis cuantitativo territorial podemos evidenciar que el promedio de sostenibilidad de esos territorios está en 2.5 (Tabla 1), puntaje que concuerda con el análisis nacional realizado en el año 2021, cuyo resultado a nivel nacional fue el mismo (Centro de Derechos Reproductivos, 2021).

Informe narrativo de sostenibilidad del ecosistema de aborto en siete territorios de Colombia



El análisis general de los territorios priorizados señala que la escala de sostenibilidad en la que se ubican está entre 2.0 y 2.9, lo que indica que en general hay poca sostenibilidad de aborto; es decir, hay apoyo emergente a favor del aborto, pero puede que los esfuerzos por ampliar el apoyo no estén bien coordinados. Algunas estructuras apoyan el acceso a los servicios y es evidente que aún existen áreas de gran resistencia.



Se resalta el componente de **Normas sociales y apoyo comunitario** como aquel con menor sostenibilidad. Esto probablemente se deba al estigma social que aun atraviesa el aborto y la hostilidad comunitaria que existe frente al acceso a servicios. Los componentes relacionados con **Apoyo y liderazgo político y Fuerza laboral y prestación de servicios de salud**, se identifican como aquellos que se acercan más a la sostenibilidad. Esto se puede asociar, por un lado, al marco normativo actual, uno de los más avanzados en Latinoamérica, pero que cuenta con diversos desafíos en su materialización y puesta en práctica; por el otro, a los esfuerzos realizados por las entidades territoriales de salud por ampliar la prestación de servicios, que aún tiene el reto de descentralizar la prestación de servicios en ciudades principales para garantizar mayor accesibilidad.



ANÁLISIS CUALITATIVO DE SOSTENIBILIDAD DEL ECOSISTEMA POR COMPONENTES

1 | CONOCIMIENTO Y AGENCIA DE CADA PERSONA



Este componente busca analizar y medir el grado en que las mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias tienen información correcta y exacta para tomar sus decisiones sobre su salud reproductiva, que incluye el aborto, y qué tanto pueden actuar con independencia para tomar esas decisiones. También evalúa si las normas sociales de su entorno apoyan la libre selección y acceso a la información correcta y exacta sobre la salud sexual y reproductiva, incluidas las relacionadas con dinámicas de género y poder.

TABLA 2.

COMPONENTE	Bogotá	Boyacá	Medellín	Montería	Norte de Santander	Quibdó	Santander	Puntaje Promedio
Conocimientos y agencia de cada Persona	2,4	2,1	2,0	2,2	1,6	1,9	2,0	2,0

Fuente: Elaboración propia

En el análisis de los siete territorios se encontró un promedio de poca sostenibilidad (2.0). Esto impulsa a considerar que el entorno en que las mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias conviven no permite que tomen decisiones autónomas y libres de estigma sobre el aborto y es aún más limitado en territorios como Norte de Santander y Quibdó, cuyos puntajes evidencian la falta de sostenibilidad del componente (Tabla 2).

ACCESO A LA INFORMACIÓN

En general en los siete territorios se identifica muy poco acceso a información fidedigna para la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva, especialmente sobre aborto seguro. Pues, si bien reconocen que ha aumentado el conocimiento generalizado del aborto como derecho, no hay un conocimiento amplio sobre la normativa/jurisprudencia que lo regula, ni sus implicaciones.



Esto significa que las niñas, mujeres, hombres trans, personas no binarias, familiares e integrantes de la comunidad entienden muy poco los parámetros jurídicos para los servicios de aborto. La percepción en general es que hay poco conocimiento sobre las obligaciones de las EAPB e IPS, cómo funcionan o cómo se activan los diferentes mecanismos jurídicos para la imposición de sanciones disciplinarias por incumplimiento de un deber legal. Ante la falta de acceso a información, la agencia o autonomía reproductiva de las mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias puede afectarse.

En aquellas ciudades/departamentos donde se considera que puede haber más información, el nivel de conocimiento depende del grupo poblacional. Por ejemplo, puede haber más información entre mujeres, hombres trans y personas no binarias adultas en comparación con el nivel de información que reciben las niñas. También se considera que tienen más acceso a información personas con formación universitaria en comparación con las personas que no han tenido la opción y oportunidad de escolarizarse.

Aunque el abordaje del tema en las instituciones educativas presenta resistencia de manera general, haciendo que estudiantes reciban muy poca información o en ocasiones se da desde el prejuicio, se destaca la labor de algunas/os docentes, órganos territoriales y estudiantes para incorporar la educación integral para la sexualidad (EIS) como una estrategia que permitirá fortalecer el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos y fomentar la información. Se hace referencia a una importante resistencia de padres y de directivas de algunas instituciones educativas que no incorporan la EIS dentro de su política institucional y además restringen las acciones desde órganos territoriales u ONG.

También se destacan medidas para favorecer el acceso a información a nivel comunitario como en Medellín, a través de la línea 123 Mujer, o en Bogotá con el programa territorial "Salud a mi Barrio, salud a mi Vereda". En Cúcuta se propone hacer uso de programas ya existentes para garantizar la difusión de información sobre derechos sexuales y reproductivos para niñas, niños y adolescentes, por ejemplo, el programa de la Policía de Infancia y Adolescencia "Abre tus ojos". Este Programa tiene el objetivo de brindar herramientas a esta población para ejercer sus derechos y fortalecer el autocuidado, pero actualmente no aborda temas de salud sexual y reproductiva, pues sus funcionarios refieren no contar con conocimiento del tema.

Como tendencia se encuentra que en todos los territorios se reconocen pocos liderazgos comunitarios que brindan información sobre aborto y algunos de quienes difunden información lo hacen desde el desconocimiento, la criminalización y el estigma. Se resalta dentro de algunos liderazgos comunitarios que son y pueden ser útiles y facilitadores de información como: trabajadores de salud, educadores, funcionarios de programas de género, organizaciones de la sociedad civil (especialmente organizaciones feministas), medios de comunicación y específicamente en Quibdó las parteras.



Un hallazgo común del análisis territorial señala que los líderes religiosos no son reconocidos por ofrecer información verídica sobre aborto; por el contrario, se perciben como difusores de información errónea y posturas cargadas de estigma. Sin embargo, en Montería se menciona la importancia de involucrar a organizaciones que defienden el derecho a decidir y profesan alguna religión, en la provisión de información, pues mostraría a la comunidad que es posible defender los derechos sexuales y reproductivos sin contrariar los principios morales y religiosos.

ACCESO A UN ABORTO CON MEDICAMENTOS FUERA DEL SISTEMA DE SALUD

El acceso a medicamentos para aborto por fuera del sistema de salud y sin fórmula difiere en cada territorio. Se resalta que cuando el acceso se hace a través de farmacias, los costos pueden ser elevados, y si es por "pastilleros" es probable que se entreguen medicamentos que no tienen efectos abortivos. En ambos casos es común la falta de información respecto al uso de los medicamentos, dosificación, signos de alarma, entre otros, por lo que el acceso a medicamentos en estas condiciones genera riesgos en la salud y la vida de las mujeres, hombres trans y personas no binarias.

También es posible acceder a medicamentos para abortar mediante el acompañamiento con organizaciones feministas con presencia en algunos territorios, situación que es reconocida como una buena práctica, en tanto disminuye el estigma y favorece la información adecuada sobre el uso de los medicamentos y remite de manera oportuna a entidades de salud en caso de ser necesario.

ACCESO A UN ABORTO DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD

En los territorios hay consenso en que el acceso a servicios de aborto dentro del sistema de salud sigue siendo difícil, principalmente por la falta de oferta territorial, el estigma y las barreras de acceso. La dificultad se exagera en regiones con alto flujo de población migrante como Norte de Santander o en territorios históricamente desatendidos por el Estado como Quibdó. Se señala que el acceso a servicios de aborto de manera particular en clínicas especializadas es mucho más común y recurrente, lo que continúa generando una inequidad en el acceso, pues son aquellas personas con capacidad de pago o que son beneficiarias de programas de subsidios quienes logran la atención.

En general se considera que, al comparar las técnicas de aborto, hay mayor facilidad de acceso a un aborto con medicamentos, pero solo con misoprostol. Es menos probable acceder a un aborto mediante Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU), al ser una técnica poco conocida y utilizada por profesionales, por lo que en la mayoría de los territorios la prestación de servicios de aborto no farmacológicos se realiza mediante el uso de la



técnica de dilatación y curetaje (legrado), a menos que la atención sea en una institución especializada en servicios de salud sexual y reproductiva, en donde la mifepristona y la AMEU son insumos y procedimientos ampliamente usados.

Aunque no es común que las personas usen procedimientos tradicionales para abortar, aun se reportan algunos casos de uso de brebajes, infusiones herbales y golpes, especialmente en Norte de Santander, Boyacá, Quibdó.

2 | Normas sociales y apoyo comunitario



Este componente está orientado a medir el grado en que las normas sociales relacionadas con el aborto están libres de estigma y discriminación, y apoyan la capacidad de las personas para ejercer su salud y sus derechos sexuales y reproductivos. Las organizaciones comunitarias, Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y otros integrantes comunitarios están informados y empoderados para respetar y promover los derechos humanos de las mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias, así como su acceso equitativo al poder y a la toma de decisiones.

TABLA 3.

COMPONENTE	Bogotá	Boyacá	Medellín	Montería	Norte de Santander	Quibdó	Santander	Puntaje Promedio
Normas sociales y apoyos comunitarios	2,3	1,6	2,2	1,8	1,9	1,7	2,0	1,9

Fuente: Elaboración propia

El promedio de este componente es (1.9). Esto quiere decir que hay poco o ningún apoyo a favor del acceso a los servicios de aborto (Tabla 3). En general, los territorios enfrentan altos niveles de estigma y discriminación, afectando el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias.

ESTIGMA

De manera general, los niveles de estigma y prejuicio sobre el aborto son altos en todos los grupos poblacionales, pero dependiendo del territorio, varía el grupo poblacional sobre el que se identifican mayores o menores niveles de estigma. Por ejemplo, en todos



los territorios se destaca a los/as líderes religiosos/as como las personas con mayores niveles de estigma sobre el aborto, seguidos por líderes comunitarios e integrantes de la comunidad en Boyacá, Quibdó, Montería y Norte de Santander. En Bogotá y Boyacá los/as formuladores de políticas públicas se identifican como aquellos actores con menores niveles de estigma sobre el aborto.

BARRERAS DE ACCESO RELACIONADAS CON EL ABORTO

Las barreras de género/poder, financieras, geográficas y religiosas aun impactan en el acceso a servicios de aborto en los territorios. Existen situaciones en las que mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias, no pueden decidir autónomamente sobre interrumpir o no un embarazo; esto debido a que existe coerción por parte de su entorno, falta de información adecuada y oportuna sobre sus derechos sexuales y reproductivos, falta de recursos económicos para costear los procedimientos, la falta de oferta territorial de servicios de aborto en el sistema de salud. Muchas de las barreras de acceso a servicios que se derivan de esta situación refuerzan las inequidades y las violencias de género, y a pesar de las acciones realizadas en los diferentes territorios para combatir las brechas de género y lograr la igualdad, aun son insuficientes.

Estos hallazgos se relacionan con los identificados por otras organizaciones que dan cuenta de la multiplicidad de barreras a las que se enfrentan mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias para acceder a un aborto. Según dichas organizaciones, la implementación de la jurisprudencia y regulación administrativa del ejercicio del derecho a la autonomía reproductiva es limitada por factores sociales y culturales predominantemente (Bohórquez 2024; Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2021; Niño, Martínez & Zuleta, 2023).

Se resaltan también en algunos territorios las barreras de acceso a servicios de aborto relacionadas con el abandono estatal. Por ejemplo, en zona rural dispersa del departamento de Norte de Santander, la falta de acceso servicios de salud sexual y reproductiva está relacionada con la poca oferta de servicios y por la dominación territorial que ejercen los actores armados en escenarios de conflicto.

Por otro lado, es un hallazgo común en todos los territorios que las personas con discapacidad y personas extranjeras en situación migratoria irregular enfrentan mayores barreras de acceso a servicios de aborto, debido a la discriminación y falta de acceso a información adecuada y oportuna sobre sus derechos. Por un lado, es evidente que los prestadores de servicios de salud no proporcionan los apoyos y ajustes razonables necesarios para garantizar que las personas con discapacidad puedan tomar decisiones libres e informadas sobre su salud sexual y reproductiva; por el otro, las personas en situación migratoria irregular se ven enfrentadas a diversas barreras de acceso a servicios,



relacionadas con la imposibilidad de afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano por falta de documentación válida o la falta de recursos económicos para financiar los servicios.

ROL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ABORTO

Los medios de comunicación son actores clave en la transmisión de información sobre aborto. Algunos de ellos con alcance nacional y conocidos como medios de información tradicional y otros medios de comunicación local con alcance limitado.

Se considera que la información que transmiten los medios de comunicación tradicionales sobre aborto contiene altos niveles de estigma y desinformación. Existen movimientos sociales locales, redes de acompañamiento feministas y medios de comunicación emergentes que trabajan, no solo para revertir la desinformación y disminuir los niveles de estigma a través de estrategias de información, educación y comunicación, sino que también buscan combatir las barreras a las que se enfrentan mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias.

ACTORES CLAVE PARA MITIGAR LOS NIVELES DE ESTIGMA TERRITORIAL

Se resalta el trabajo de las OSC presentes en Bogotá, Montería, Medellín, Boyacá y Santander, cuyos esfuerzos están enfocados en ampliar el acceso a información veraz y oportuna, para garantizar el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas. Por el contrario, se identifica que, en territorios como Quibdó y Norte de Santander, las partes interesadas desconocen si existen y cuáles son las OSC que trabajan por la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Se identifican algunos/as funcionarios/as de las secretarías de salud, concejos municipales, profesionales y promotores de salud comunitarios que trabajan para que mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias accedan a información adecuada y de calidad y también a servicios de aborto seguros e integrales. Sin embargo, se resalta que en Quibdó el personal escolar y trabajadores de salud son reconocidos por emitir juicios estigmatizantes con respecto al aborto.

Las/os amigas/os y redes de acompañamiento son reconocidas por las partes interesadas como actores que proporcionan gran apoyo social a las mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias en la toma de decisiones libres sobre interrumpir o no un embarazo. Por el contrario, existe un apoyo limitado por parte de la familia, parejas y la policía, pues no se ofrece suficiente protección, ni información confiable sobre aborto.



3 | APOYO Y LIDERAZGO POLÍTICO



Este componente está orientado a identificar el grado en que las partes interesadas de los gobiernos municipales, distritales y departamentales y del Estado demuestran compromiso para priorizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos, al respetar y proteger los derechos humanos y cumplir con sus obligaciones como servidores y servidoras públicos. El componente evalúa la existencia de defensores eficientes y confiables, el acceso a los servicios de aborto en todos los niveles de Gobierno y Estado y de los sectores de salud públicos y privados. El componente también analiza la solidez del movimiento de las OSC, en relación con la promoción, defensa y exigencia de rendición de cuentas políticas, relacionadas con el acceso a los servicios de aborto.

TABLA 4.

COMPONENTE	Bogotá	Boyacá	Medellín	Montería	Norte de Santander	Quibdó	Santander	Puntaje Promedio
Apoyo y liderazgo político	3,1	3,2	3,0	2,7	2,6	2,6	3,2	2,9

Fuente: Elaboración propia

Este es uno de los componentes con mejor evaluación, arrojando un puntaje de 2,9. Aunque se mantiene como poco sostenible, en cuatro de los territorios se encuentra un acercamiento a la sostenibilidad con puntajes superiores a tres (Tabla 4).

Colombia es un país que ha ratificado gran parte del plexo normativo internacional de derechos humanos (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2014), aunque mantiene una amplia brecha entre los instrumentos firmados y ratificados y la aplicación de estos. También, da seguimiento a agendas fundamentales en materia de SSR (como la Agenda 2030, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing 1995 y la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo 1994 en el plano internacional, y en espacios multilaterales y regionales como el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo) y estándares interamericanos.



FORMULADORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN DEFENSA DEL DERECHO AL ABORTO

Es un hallazgo común en los territorios que los/as funcionarios/as del Estado participantes consideran tener la capacidad de resistir los esfuerzos de organizaciones que se oponen al derecho y a la garantía de servicios de aborto, debido a la existencia de un marco legal sólido que no sólo protege este derecho, sino que impone obligaciones a los actores del sistema de salud para garantizar la provisión de servicios. Se identifican aliados/as clave en las secretarías de salud de Bogotá, Medellín, Santander, Quibdó, Montería, Boyacá y el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander.

Debido al estigma que tiene el tema en los territorios, son muy pocos los actores políticos que hablan abiertamente del aborto en escenarios políticos. De hecho, sólo se identifican algunos concejales de Medellín y Bogotá, congresistas y alcaldes con posturas públicas sobre el tema -algunas a favor y otras en contra-, la mayoría considera que es un tema reservado para evitar la pérdida de capital político o simpatizantes.

POLÍTICAS Y PROGRAMAS TERRITORIALES RELACIONADOS CON SALUD REPRODUCTIVA Y ABORTO

De manera general, se reconoce que las políticas sobre Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) se formulan por entidades del orden nacional, como se ha hecho a través de la Resolución 3280 de 2018, la Resolución 051 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social, entre otras, y que son las entidades territoriales (departamentales, municipales y/o distritales) las encargadas de implementar o ejecutar las políticas nacionales. Algunos de los territorios intervenidos como: Norte de Santander, Quibdó, Medellín y Montería, han realizado esfuerzos por materializar las normas y políticas nacionales sobre acceso a servicios de aborto seguro, a través de asistencias técnicas a IPS y EPS para el fortalecimiento de capacidades de los/as profesionales, promoviendo espacios de educación integral para la sexualidad (EIS) en instituciones de educación básica y media, entre otros.

Otros territorios como: Boyacá, Bogotá y Santander, no sólo han implementado actividades concretas para la garantía del derecho, sino que, además, han proferido políticas públicas territoriales para la garantía y ejercicio del derecho al aborto. Por ejemplo, en Boyacá se profirió la Circular Conjunta No. 004 del 31 de agosto de 2022 —Lineamiento Técnico para el Desarrollo de la Semana Andina de Prevención del Embarazo en la Infancia y la Adolescencia en Boyacá año 2022—, la cual incluye acciones concretas para la prevención del aborto inseguro, entre las que se menciona el fortalecimiento de la ruta materno perinatal, que le permita a las adolescentes tomar la decisión de continuar o no con



un embarazo no planeado y acceder a información sobre aborto basada en derechos y evidencia científica.

Bogotá, por su parte, cuenta con dos circulares y un acuerdo distrital sobre salud y derechos sexuales y reproductivos: el Acuerdo 879 de 2023 del Concejo de Bogotá: "Por medio del cual se toman medidas para garantizar el derecho a la vida, la salud plena, la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad, y el derecho fundamental a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y se dictan otras disposiciones"; la Circular 006 de 2015: "Lineamiento para el uso de métodos anticonceptivos no definitivos en la menor de 14 años" (en proceso de actualización por la Secretaría Distrital de Salud) y la Circular 024 de 2023, por la cual se fijan; "Recomendaciones para garantizar el acceso seguro, oportuno y de calidad a la atención integral en IVE, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos". Finalmente, en Santander se profirió la Circular 013 de 2023 emitida por la Secretaría de Salud Departamental, en la que se señalan las competencias de los actores del sector salud frente a la IVE, teniendo en cuenta los lineamientos dados por la Resolución 051 de 2023.

SITUACIÓN DE CRIMINALIZACIÓN RELACIONADA CON EL ABORTO

Los datos más recientes sobre la criminalización de la que son víctimas las personas que acceden a un aborto voluntario, quienes las acompañan y quienes proveen servicios son de investigaciones realizadas por las OSC como la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, la Red DeFemSoras y la Colectiva Justicia Mujer con corte a 2021.

De manera general, se menciona en los diferentes territorios intervenidos que existe un subregistro sobre la cantidad de casos y estado actual de las investigaciones de personas judicializadas por aborto, lo anterior está posiblemente asociado a que no siempre se imputa el mismo tipo penal o delito (aborto preterintencional, lesiones al feto, lesiones culposas al feto, etcétera).

De los casos conocidos, es difícil saber si desde que se profirió la Sentencia C-055 de 2022, se han archivado casos investigados por la Fiscalía o eliminado los antecedentes judiciales de las personas condenadas en virtud de lo establecido en el numeral 15 sobre inadmisión de la denuncia penal y archivo de las diligencias en los casos de abortos atípicos y 16 sobre archivo de las diligencias, solicitud de preclusión de la investigación y solicitud de absolución perentoria de la Directiva 09 de 2023: "Por medio de la cual se establecen directrices generales para la investigación y judicialización del delito de aborto" y del principio de favorabilidad-retrospectividad de la ley penal, según el cual, ley permisiva o favorable, aun cuando sea posterior, se aplicará de preferencia a la restrictiva o desfavorable.



Se menciona que, a nivel nacional existían al menos 346 personas condenadas por el delito de aborto o delitos relacionados. Según datos de las OSC, Boyacá es el segundo departamento donde se producen mayores condenas por el delito de aborto (el 13.94 % de los hechos que dan inicio a un caso terminan en condenas) y Norte de Santander fue el quinto departamento en el que se produjeron mayores condenas por el delito de aborto (6.67%). (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres et al., 2021).

Luego de la Sentencia C-055 de 2022 no se encuentran datos actualizados sobre la criminalización de personas por abortar, lo cual impide: i) realizar seguimiento a los casos identificados antes de la sentencia: ii) identificar y hacer seguimiento al actuar de las instituciones del Estado frente a posibles denuncias y/o: iii) tener un diagnóstico real sobre la judicialización por aborto en Colombia que permita conocer las buenas o malas prácticas territoriales.

Mecanismos de rendición de cuentas

La rendición de cuentas es crucial en un ecosistema sostenible. En los territorios intervenidos, los mecanismos de aplicación y rendición de cuentas establecidos para hacer cumplir las leyes, políticas y normas relativas al aborto se limitan a la interposición de quejas ante la Superintendencia Nacional de Salud, derechos de petición a las IPS/EAPB y/o acciones de tutela en sede judicial en contra de IPS y/o EAPB por violación al derecho fundamental a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).



4 | POLÍTICA Y LEGISLACIÓN



Este componente evalúa el grado de apoyo con el cual los liderazgos políticos impulsan el marco legislativo y político necesario para que una persona pueda ejercer y acceder a su derecho a un aborto legal y seguro. La evaluación incluye analizar el marco legal, los programas, las normas y los protocolos que apoyan los servicios de atención al aborto, incluyendo la atención postaborto. En un ecosistema sostenible, es importante también conocer el marco de leyes y políticas sobre igualdad de género, salud pública y protección, especialmente a las mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias, contra la violencia.

TABLA 5.

COMPONENTE	Bogotá	Boyacá	Medellín	Montería	Norte de Santander	Quibdó	Santander	Puntaje Promedio
Políticas y legislación	2,8	2,5	2,9	2,6	2,4	2,4	2,8	2,6

Fuente: Elaboración propia

En promedio este componente alcanzó un 2,6, lo que implica un entorno con poca sostenibilidad, a pesar del marco legal actual, todos los territorios se encuentran en este mismo espectro (Tabla 5.). Este puntaje se explica en los siguientes hallazgos:

MARCO LEGAL DE ABORTO APLICABLE

Si bien el ejercicio de evaluación del ecosistema de aborto permitió conocer las particularidades de cada territorio sobre la sostenibilidad de cada uno de los componentes, en este punto fue necesario considerar la perspectiva nacional, pues al encontrarnos en una república unitaria descentralizada, esto es, un Estado que reconoce la existencia de un solo órgano o entidad con capacidad de proferir leyes (Congreso de la República) y que, a su vez, reconoce la capacidad de las entidades territoriales (municipios, distritos, departamentos) para gobernarse a sí mismos (Corte Constitucional, Sentencia C-1051, 2001), es claro que las normas promulgadas por el Congreso, las providencias judiciales de Altas Cortes y los actos administrativos proferidos por entidades del orden nacional, tendrán aplicabilidad y vigencia en todo el territorio nacional.

Particularmente, el derecho al aborto en Colombia no ha sido regulado por medio de leyes del Congreso de la República, pero sí existe una normativa jurisprudencial que aplica en todo el territorio nacional sobre aborto. Esa normativa se encuentra, entre otras



providencias, en la Sentencia C-055 de 2022, que despenalizó el aborto hasta la semana 24 de embarazo por decisión. Esto significa que cualquier persona (mujer, niña, adolescente, hombre trans y persona no binaria gestante) que desee interrumpir su embarazo, podrá hacerlo de forma autónoma, legal y segura, sin la amenaza de ir a la cárcel.

Según la Sentencia C-355 de 2006, en los casos en los que la gestación supere las 24 semanas, aún será legal acceder a un aborto si se acredita alguna de las siguientes tres causales:

(i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico o psicólogo; (ii) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada², constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto (Corte Constitucional, Sentencia C-355, 2006).

De igual forma, el Ministerio de Salud y Protección Social -entidad del orden nacional-, ha proferido diversas resoluciones, políticas y directrices para garantizar la prestación y acceso a servicios de aborto en todo el territorio nacional, que se recogen principalmente en documentos como: la Resolución 3280 de 2018, la Resolución 051 de 2023, el protocolo para el sector salud de Prevención del Aborto Inseguro en Colombia, documento técnico para prestadores de salud en la atención posaborto y sus complicaciones, entre otros.

REGULACIÓN DE PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DE ABORTO

En los distintos territorios se conocen los límites que ha establecido la Corte Constitucional al ejercicio a la objeción de conciencia³, como, por ejemplo, que sólo puede ser invocado por la persona que estaría encargada de realizar directamente el procedimiento de aborto, lo cual implica que el personal que realiza labores administrativas o de preparación de pacientes y/o atención posaborto no puede invocar este derecho. v

Sin embargo, se mencionan situaciones concretas en las que la objeción de conciencia se ha ejercido en contravención de estas y otras limitaciones establecidas por la Corte,

² A las niñas y adolescentes menores de 14 años (Ley 599, 2000, Art 209) y mujeres víctimas del conflicto armado no se les debe exigir la denuncia para acceder a una IVE, si su embarazo ha superado las 24 semanas de gestación y fue producto de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento o abusivo (Ley 1719, 2014, Art. 23).

³ Es un derecho fundamental reconocido por la Corte Constitucional que permite negarse a prestar un servicio que, si bien es legal y corresponde a las competencias técnicas de su profesión, no le es posible prestar por razones basadas en profundas creencias religiosas, morales o éticas (Sentencia SU-096,2018).



lo cual ha generado la vulneración del derecho de las mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias a acceder a servicios de aborto. Los participantes concuerdan que las entidades territoriales y organismos de control deben realizar seguimiento a las instituciones respecto del correcto ejercicio de este derecho y establecer sanciones en los casos en que exista abuso de esta figura.

Se menciona que a pesar de que la Resolución 051 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social establece que en aquellos casos en que se identifique que una persona ha autogestionado un aborto, los/as prestadores de salud deben limitarse a determinar si el embarazo se interrumpió de manera exitosa y ofrecer a las personas la atención necesaria para culminar el proceso de manera segura. En algunos territorios no se cumple con esta obligación, pues se ha identificado que hace parte de la ruta o protocolo de atención reportar ante fiscalía o policía estos hechos, vulnerando de esta manera el deber de confidencialidad, el derecho a la intimidad de la historia clínica de las personas y en algunos casos victimizando a las personas por su decisión reproductiva.

Adicionalmente, es común en los territorios que se presenten barreras o prácticas indebidas que impiden el acceso a servicios de anticoncepción y/o anticoncepción de emergencia. Se identifican como las más recurrentes: tener que solicitar y esperar a una autorización de las EAPB para la dispensación de anticonceptivos; la falta de provisión de información sobre los métodos, la entrega inoportuna (posterior a 72 horas) de métodos de anticoncepción de emergencia; la necesidad de trasladarse de los municipios de residencia a ciudades o municipios principales para obtener los métodos de planificación, sumado a la falta de recursos económicos para trasladarse o en el caso de la anticoncepción definitiva (ligadura de trompas) se les indica a las personas que requieren la autorización de su pareja, de los padres y/o haber tenido al menos un hijo/a para poder acceder al procedimiento, aun cuando eso no está limitado legalmente de esa manera.

POLÍTICAS SOBRE REPARTO DE TAREAS EN LA ATENCIÓN DE ABORTO

Finalmente, no se identifica a nivel nacional, departamental y/o municipal una política de reparto o reasignación de tareas en la prestación de servicios de aborto, que vincule a profesional médico y no médico – por ejemplo, profesionales de enfermería– en la atención, tal y como se ha recomendado por la OMS. De hecho, es un hallazgo común que, a excepción de Bogotá y Medellín y de las clínicas especializadas en servicios de salud sexual y reproductiva como Profamilia o Fundación Oriéntame, en la mayoría de los territorios intervenidos son especialistas en ginecología y obstetricia quienes prestan servicios de aborto en cualquier etapa del embarazo, aun cuando es permitido y seguro que los profesionales de medicina general entrenados puedan realizar estos procedimientos en edades gestacionales tempranas, lo que garantizaría el acceso al procedimiento en zonas donde no hay especialistas, reduciendo los costos en la atención.



5 | FINANCIAMIENTO



Este componente está orientado a evaluar la magnitud con la que en los territorios existen mecanismos para garantizar el acceso flexible, económicamente asequible y equitativo a los servicios de aborto dentro de los sistemas de salud. El componente evalúa el apoyo y liderazgo político relacionado con los mecanismos de financiamiento, reflejados en documentos de planeación estratégica, presupuestos nacionales y subnacionales, así como su inclusión en los esquemas de seguridad social. El componente también evalúa la capacidad de las OSC para abogar por financiamiento público para servicios de aborto, para recaudar fondos y si estos son flexibles para llevar a cabo trabajo de incidencia.



El promedio territorial del componente es de (2,6), lo que ubica al financiamiento en un escenario de poca sostenibilidad. Solo en Norte de Santander se percibe que el financiamiento se acerca a la sostenibilidad (Tabla 6).

TABLA 6.

COMPONENTE	Bogotá	Boyacá	Montería	Norte de Santander	Quibdó	Santander	Puntaje Promedio
Financiamiento	2,7	2,7	2,5	3,1	2,1	2,7	2,6

Fuente: Elaboración propia

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano está financiado por una combinación de recursos del presupuesto nacional, contribuciones de la seguridad social, aportes de las entidades territoriales y posibles recursos de cooperación internacional, los cuales se encuentran definidos a través de Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)⁴. Dichos fondos son destinados a la prestación de todos los servicios de salud que integran el Plan de Beneficios en Salud (PBS), incluidos los servicios de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, establecida en la Resolución 3280 del 2018. Esto

⁴ Es un plan de beneficios compuesto por intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, las cuales se enmarcan en las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud (PTS), y buscan impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y alcanzar los resultados definidos en el PTS.



quiere decir que no se conoce cuánto dinero se destina a la prestación de servicios de aborto específicamente. Debido a ello, fue necesario realizar un ajuste a las preguntas para que se adaptaran al contexto en el marco del SGSSS colombiano.

Cerca del 98,93% de la población en Colombia está afiliada a alguno de los regímenes del SGSSS (Ministerio de salud, 2023), esto es, mediante el régimen contributivo⁵ o subsidiado⁶, lo cual lleva a considerar que la mayoría de las personas tienen asegurado el financiamiento de servicios de aborto. Sin embargo, la sostenibilidad de este componente examina también si el financiamiento que reciben las OSC les permite abogar por financiamiento público para servicios de aborto y/o para su propio funcionamiento. Debido a esta última consideración, a excepción de Norte de Santander, el componente de financiamiento en cada uno de los territorios arroja baja sostenibilidad.

FINANCIAMIENTO DE POBLACIÓN NO ASEGURADA

Las personas que no están afiliadas al SGSSS, como población con estatus migratorio irregular o población pobre no asegurada (PPNA), usualmente son cubiertas por las entidades territoriales en coordinación con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE)⁷ de su jurisdicción. Sin embargo, a pesar de que es obligatorio para las entidades territoriales costear los gastos de servicios prestados en el marco de la atención de urgencias de población no asegurada —cómo debe realizarse la atención de aborto— (Resolución 051, 2023, Párr., 8,2), muchas IPS identifican un riesgo financiero en la atención de esta población, al no recibir el pago oportuno de los servicios prestados.

Otra fuente de financiamiento para servicios de aborto se obtiene a través de los subsidios ofrecidos por algunas organizaciones como Profamilia, Fundación Oriéntame, Organización Internacional para las Migraciones (OIM), entre otras. No obstante, estos programas y estrategias no son suficientes para cubrir la demanda de todos los territorios.

⁵ El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

⁶ Son beneficiarios del régimen subsidiado en el sistema general de seguridad social en salud las personas sin capacidad de pago para asumir el valor total de la cotización que les permita la afiliación al régimen contributivo, y que, en consecuencia, la población clasificada como pobre o vulnerable, de acuerdo con el sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales -Sisbén-, recibirá subsidio pleno y no deberá contribuir.

⁷ Los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres son unidades de carácter operativo no asistencial, responsables de coordinar y regular en sus jurisdicciones, el acceso a los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre.



ANÁLISIS DE COSTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE SERVICIOS DE ABORTO

A excepción de Norte de Santander, otra de las tendencias en los territorios se basa en la poca transparencia y normalización de costos relacionados con aborto, pues a pesar de contar con un Manual Tarifario en Salud a nivel nacional, este no contempla la atención del aborto, por lo que los costos de atención en cada IPS difieren dependiendo de la negociación entre estas y las EAPB. En algunos territorios se cree que estos servicios pueden ser elevados y poco rentables para algunas instituciones, más en un contexto en el que ha habido un cierre masivo de servicios y camas obstétricas y pediátricas por falta de rentabilidad frente a la atención relacionada con la salud materno perinatal.

Se resalta que después de la despenalización no ha habido un aumento en la asignación de fondos para dar respuesta a un aumento en la demanda de servicios de aborto. Esto sumado a que no hay una determinación de costos específicos en la ruta de atención para los procedimientos de aborto, evidenciando la falta de programación financiera y presupuestal realista para garantizar la atención. No hay consenso a nivel territorial sobre la suficiencia de recursos para la compra de insumos que garanticen la prestación de los servicios; en Boyacá, Montería y Quibdó se percibe que estos no son suficientes y se mencionan aspectos relacionados con los costos asociados a la compra de dispositivos de un solo uso como las cánulas para hacer AMEU⁸ o la adquisición de mifepristona.

NECESIDADES DE FINANCIAMIENTO

En general, hay un consenso en los territorios intervenidos en cuanto a que otras actividades relacionadas con la garantía del servicio y la promoción de normas sociales deben integrarse con la ruta de atención materno perinatal. Hay una sensación en la mayoría de los territorios de una falta en la costo-eficacia de uso de recursos, que mejoraría si se tomaran medidas como: fortalecer el uso de métodos recomendados por la OMS como la AMEU; erradicar el legrado; integrar efectivamente la atención del aborto en otras rutas de SSR; realizar reasignación de tareas que vincule profesionales de la medicina general y otros profesionales no médicos, para que la atención deje de concentrarse en especialistas y/o IPS de mayores niveles de complejidad; mejorar los procesos de demanda inducida; aumentar la información sobre el derecho a decidir sobre la interrupción del embarazo, entre otras.

Otro aspecto que puede estar afectando el financiamiento es la falta de personal

⁸ Hasta la fecha de cierre de los diagnósticos territoriales, los asistentes aseguraban el uso único de las cánulas según indicación del INVIMA. Sin embargo, la Resolución 2022040115 de 29 de noviembre de 2022 del INVIMA indica la aprobación del reúso de las cánulas para AMEU hasta 25 veces.



entrenado en los territorios para prestar los servicios de aborto, pero específicamente en edades gestacionales avanzadas, pues en la mayoría de los diagnósticos se encuentra que se deben remitir a ciudades como Bogotá y Medellín en casos de embarazos mayores a 20 semanas.

Además, respecto a la financiación es una barrera la falta de pago oportuna por parte de EAPB a IPS, lo que genera -en ocasiones- la imposibilidad de prestar los servicios en las IPS por falta de insumos, personal entrenado, infraestructura adecuada y/o que se genere una dificultad por flujo de caja en la adquisición de insumos, como se ha manifestado en Quibdó.

FINANCIAMIENTO DE OSC

Con respecto al financiamiento de las OSC depende del territorio. Por ejemplo, en ciudades como Bogotá y Medellín se encuentra una diversidad muy amplia, lo que les permite a estas tener diferentes tipos de alcance y algunas sí abogan por financiación para la prestación de servicios. El alcance que tienen de manera general las OSC depende mucho de los proyectos que estén llevando a cabo, el apoyo (o no) de donantes y las políticas de estos. Su trabajo principalmente se basa en la incidencia, la veeduría y la educación; sin embargo, hay una reconocida dificultad de mantener el trabajo en aborto por falta de financiamiento, pues son pocas las que tienen capacidad suficiente para recaudar y gestionar fondos.

6 | Insumos



Este componente evalúa la existencia de medicamentos y suministros necesarios para la prestación de servicios de aborto, así como del compromiso de los sistemas de abastecimiento con tener insumos disponibles, en el lugar y momento indicado, con las cantidades y condiciones adecuadas. El componente también busca evaluar si los insumos están disponibles, sin interrupciones a lo largo del tiempo.

El promedio de los siete territorios para este componente es (2,6) esto quiere decir que hay poca sostenibilidad (Tabla 7).

TABLA 7.

COMPONENTE	Bogotá	Boyacá	Medellín	Montería	Norte de Santander	Quibdó	Santander	Puntaje Promedio
Insumos	2,6	2,4	2,6	2,4	2,7	2,5	2,9	2,6

Fuente: Elaboración propia

DISPONIBILIDAD DE INSUMOS

En Colombia no se encuentra registrado el Combipack⁹, pero el misoprostol y la mifepristona sí hacen parte de la lista de medicamentos esenciales en el país en cuanto a presentaciones individuales se refiere. Ambos medicamentos cuentan con el registro del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), por lo que en todas las IPS del país deberían estar disponibles, no solo para la prestación de servicios de aborto seguro y atención posaborto, sino que también para otros usos ginecobstétricos autorizados. Sin embargo, es un hallazgo general en los territorios que no en todas las IPS se encuentran disponibles estos medicamentos.

Especialmente, se identifica la falta de disponibilidad de la mifepristona, pues no es un insumo que se encuentre de manera amplia en las IPS de los territorios más allá de aquellas instituciones especializadas como Profamilia. Es más común que las IPS presten servicios utilizando solamente misoprostol, pues no acceden a la mifepristona por considerarlo un medicamento costoso, no saber dónde solicitarlo o por tener dificultades en establecer los

⁹ Se denomina Combipack a la presentación de un producto farmacológico que integra mifepristona 200 mg y cuatro cápsulas de misoprostol de 200 mcg.



acuerdos comerciales para su compra.

Cabe destacar que según el INVIMA la mifepristona y el misoprostol solo pueden ser vendidos con fórmula facultativa. En este momento la mifepristona solo se vende para uso institucional, a pesar de que el registro también permite su venta para uso comercial. No en todas las farmacias cuentan con la disponibilidad de medicamentos para aborto seguro; sin embargo, el misoprostol puede ser más asequible.

La AMEU es un método recomendado por la OMS para realizar un aborto seguro. Sin embargo, la disponibilidad de este procedimiento en los territorios es baja, porque las IPS realizan el procedimiento entendiendo que en la prestación de servicios de aborto se priorizan los servicios de aborto farmacológico.

En los territorios se menciona que el aborto con AMEU solamente se encuentra disponible en instituciones que se especializan en atenciones de salud sexual y reproductiva como Profamilia, Fundación Oriéntame y en pocos hospitales departamentales/universitarios. Dentro de las discusiones se menciona la falta de entrenamiento profesional en la técnica como una de las causas de la poca oferta de la AMEU.

VERIFICACIÓN Y ADQUISICIÓN DE INSUMOS

Hoy en día no existe un plan estandarizado de adquisición de insumos para servicios de aborto, ni tampoco se aplican metodologías de cuantificación que reflejen las necesidades de la población, pues cada institución realiza la planeación para la adquisición de insumos de aborto de manera independiente. La disponibilidad de este procedimiento y de los insumos necesarios depende así mismo del tipo de contratación que tengan establecidas las EAPB con la red de prestadores, teniendo en cuenta también, que no existe un sistema de información general en el que se registren cuales instituciones cuentan con los insumos necesarios para aborto y cuáles no. La única forma de saber esta información es mediante el Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS)¹⁰ y también, por medio de las solicitudes que realicen las secretarías de salud o Instituto Departamental de Salud sobre el reporte de atenciones de aborto de cada institución.

Se menciona que, en tanto las IPS atienden por evento, son las responsables de adquirir los insumos necesarios para la prestación de los servicios, mientras que las EAPB son las encargadas de caracterizar a la población y, por lo tanto, deberían calcular —según datos demográficos de su población— la proyección de atenciones requeridas, generando datos de información que les permita a las IPS estimar la cantidad promedio de insumos

¹⁰ El Sistema de Información de Prestaciones de Salud es "el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control".



requeridos. Cada IPS tiene un sistema propio de cuantificación de insumos, utilizado para realizar sus pedidos, pero la solicitud de insumos no necesariamente satisface las necesidades de la población, en especial en las entidades públicas.

Algunos/as funcionarios/as de las secretarías de salud departamentales y municipales velan porque todos los medicamentos e insumos necesarios para la prestación de servicios de aborto seguro se encuentren disponibles para la población y, así mismo, por el fácil acceso a estos insumos para las instituciones de salud; sin embargo, se aprecia que este trabajo no es suficiente.

Con respecto al presupuesto para la adquisición de insumos, las instituciones cuentan con un presupuesto general para los servicios de SSR, pero no determinan dentro del presupuesto cuánto dinero le corresponde a la prestación de servicios de aborto, pues esto depende de la contratación con la EAPB. Debido a las características del SGSSS colombiano, las atenciones relacionadas con aborto se financian por Unidad de Pago por Capitación (UPC)¹¹, porque se encuentran dentro del Plan de Beneficios en Salud (PBS); en este sentido, la financiación se encuentra garantizada.

De manera general, existen varias entidades que financian servicios de aborto fuera de las IPS, por ejemplo, Médicos sin Fronteras, Médicos del Mundo, entre otros. Así mismo, entidades como Profamilia cuentan con programas internos, que subsidian la prestación de servicios de aborto a personas identificadas en situación de vulnerabilidad y que no tienen la posibilidad de costear los servicios.

ACCESO A INSUMOS PARA ABORTO POR FUERA DEL SISTEMA DE SALUD

Los medicamentos utilizados para procedimientos de aborto farmacológico no se encuentran disponibles en farmacias privadas de manera permanente. En las farmacias/droguerías privadas se ha encontrado que dichos medicamentos se venden a altos costos y sin las instrucciones de uso adecuadas, precauciones y signos de alarma, lo que no solo dificulta el acceso, sino que contribuye a que sea riesgoso e inseguro.

¹¹ La Unidad de Pago por Capitación (UPC) es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado.

7 | Fuerza laboral y prestación de servicios



Este componente está orientado a evaluar el grado en que los servicios de aborto público y privados están basados en evidencia y definidos por las necesidades de cada persona y de la comunidad. También si los servicios están apoyados por políticas, legislación, financiamiento e insumos adecuados, y si son proporcionados en un entorno libres de estigma, respeto de los derechos humanos, y sobre todo disponibles a través de una fuerza laboral capacitada y apoyada, que cumple con las normas clínicas para la prestación del servicio.

En promedio este componente también refleja “poca sostenibilidad” con un puntaje de (2,9). Sin embargo, es uno de los componentes que se encuentran con mayor puntaje y muy cerca de estar en “acercamiento a la sostenibilidad”. Los territorios que se establecieron dentro de esta última categoría fueron: Bogotá, Boyacá, Medellín y Santander. En todos los territorios este es uno de los componentes con mejor puntaje; sin embargo, encontramos algunos hallazgos que nos permiten identificar cuáles son los retos hacia la sostenibilidad de este componente (tabla 8).

TABLA 8.

COMPONENTE	Bogotá	Boyacá	Medellín	Montería	Norte de Santander	Quibdó	Santander	Puntaje Promedio
Fuerza laboral y prestación de servicios de salud	3,1	3,2	3,0	2,7	2,6	2,6	3,2	2,9

Fuente: Elaboración propia

DISPONIBILIDAD Y ACCESO A LOS SERVICIOS

Para medir la disponibilidad de servicios de aborto que respondan a las necesidades de la población, se tuvo en cuenta como indicador uno de los objetivos establecidos en el Plan de Aceleración para Reducción de Muerte Materna. La indicación del Ministerio de Salud¹² es que todas las instituciones de baja complejidad presten servicios de aborto hasta la semana 10, como mínimo, aunque las guías internacionales recomiendan que sea hasta la semana 12, y/o que todas las instituciones que atiendan partos presten servicios de aborto.

¹² Se mencionó como un indicador a considerar según la implementación de asistencias técnicas para el Plan de Aceleración para la Mortalidad Materna en el año 2023 por parte del área encargada al interior del Ministerio de Salud y Protección Social.



Es un hallazgo común en los territorios intervenidos la falta de oferta de servicios de aborto en IPS de bajo nivel de complejidad, exceptuando a clínicas especializadas en la prestación de servicios de SSR como Profamilia o Fundación Oriéntame. Además, se identifica que no en todas las IPS que atienden partos se prestan servicios de aborto. Se destaca a Bogotá, que ha logrado duplicar la oferta de servicios de aborto farmacológico hasta las 12 semanas en IPS públicas, evidenciando un reto importante en la ampliación de la oferta de servicios en la red de prestadores públicos.

La dificultad para el acceso a servicios de aborto se agudiza en el segundo y tercer trimestre de la gestación, por la falta de profesionales entrenados, infraestructura y voluntad de ampliar la prestación de estos servicios. Por ejemplo, se identificó que en Montería no se atienden abortos después de las 13 semanas o en situaciones específicas de alto riesgo obstétrico; en Boyacá, a pesar de que hay tres IPS que reportan atención en cualquier edad gestacional, en la práctica esta solo se logra hasta la semana 20. En Norte de Santander solo hay un prestador que hace IAF, mientras que en Quibdó se presta el servicio hasta la semana 22 en el hospital departamental. En Bogotá, Medellín o Santander, donde puede mejorar el acceso, se identifican múltiples barreras para garantizar la atención.

Son poco efectivos los sistemas administrativos y de supervisión en la atención de aborto por parte de los órganos de control, y a pesar de contar con procesos de acompañamiento desde secretarías de salud distrital, municipal y departamental a IPS y EAPB, esto no se ve reflejado en un aumento oportuno de la disponibilidad de estos servicios en los territorios. Inclusive, en muchas oportunidades la ruta de atención se basa en remitir a otras instituciones, cuando en la mayoría de los casos las IPS tienen la capacidad instalada y posibilidad de prestar el servicio directamente, sin que esto sea identificado como un incumplimiento de sus deberes como prestadores.

Es evidente y reconocida la falta de sanciones o la dificultad que tienen las secretarías de salud/Instituto Departamental de Salud para garantizar la prestación de servicios de aborto en todas las IPS de manera integrada con los demás servicios de la Ruta Materno Perinatal, lo que afecta de manera particular a personas que están en área rural, zonas municipales dispersas y población vulnerable.

FUNCIONAMIENTO DE REDES DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

A pesar de que hay una exigencia para la definición de una ruta clara para todas las IPS, así como de los protocolos necesarios para la atención de abortos en cada IPS, es común en los territorios de intervención que las redes de referencia y contrarreferencia no estén integradas y, en ocasiones, que no sean funcionales frente a la atención del aborto. En



muchas ocasiones estas se materializan en la remisión a Profamilia o a las pocas IPS que se conoce prestan servicios.

En términos generales, las redes de referencia y contrarreferencia en los territorios son débiles. Esto debido a la poca oferta, el direccionamiento inadecuado, falta de claridad en las rutas, barreras de tipo administrativo en algunas instituciones de salud, falta de conocimiento y divulgación de las rutas y, en algunos casos, falta de intención en generar remisión efectiva de un prestador a otro.

En la mayoría de los territorios se señala, como lugar principal de referencia, a Profamilia y a hospitales departamentales de tercer nivel de complejidad. En las discusiones, se presta énfasis en que hay poco conocimiento de los actores interesados y de la comunidad en general sobre la totalidad de IPS que están prestando atención a nivel territorial. También, se destaca la importancia de organizaciones humanitarias y de sociedad civil que gestionan los procesos de referenciación para generar atención efectiva, y de algunas IPS departamentales que continúan esforzándose por brindar atención oportuna.

ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

El protocolo clínico de atención de aborto, proferido por el Ministerio de Salud y Protección Social, no está actualizado; su última versión es del 2014. Sin embargo, se reconoce el anexo técnico de la Resolución 051 de 2023, como un instrumento que actualiza y establece lineamientos técnicos y operativos frente a la atención de interrupción voluntaria del embarazo, cuya adherencia y vinculación no está garantizada, pues se encuentran protocolos muy antiguos y desactualizados.

Las OSC han identificado que es común el uso del legrado uterino (dilatación y curetaje) como un método rutinario para la atención de abortos en la mayoría de IPS públicas y privadas no especializadas en servicios de SSR en todos los territorios intervenidos, y aunque las IPS refieren que cada vez se utiliza menos, es muy común en escenarios en los cuales no hay personal entrenado o donde no cuentan con los insumos para realizar AMEU.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

Un ecosistema sostenible debe contar con una fuerza laboral capacitada. Respecto a este tema se encuentra que en los siete territorios hay procesos de capacitación; sin embargo, son espacios muy escasos y que probablemente no están respondiendo a las necesidades. Las secretarías de salud municipales y departamentales realizan procesos de acompañamiento y, en algunos casos, capacitación directa en aspectos técnicos y de rutas de atención como parte de su responsabilidad en el fortalecimiento de capacidades. Es



importante que las IPS también establezcan programas y planes anuales de capacitación al personal de salud, para mitigar la falta de conocimiento técnico y destreza en la atención evidenciada por los actores interesados.

No es común encontrar profesionales que en su formación fueron instruidos en la Atención Integral del Aborto (AIA) y Atención Integral Posaborto (AIP). El consenso en los territorios es que la formación en este tema depende de la universidad de la que egresen y los docentes que los/las formaron. Son pocas las universidades que brindan educación integral sobre este tema; usualmente el conocimiento y la práctica clínica la adquieren en algunos hospitales universitarios donde rotan. En instituciones como Profamilia u Oriéntame la formación en este tema se realiza como parte del proceso de contratación e inducción al cargo, pues es difícil encontrar personal entrenado y capacitado en la atención de abortos.

Participantes reconocen que no existe una política de reparto de tareas a nivel nacional que incluya las recomendaciones de la OMS para la vinculación del personal médico y no médico en la prestación de servicios de aborto seguro. Esto puede explicar por qué la atención de aborto en el sector público se ha centrado en especialistas de la ginecología, aun cuando es posible descentralizar la prestación de estos servicios en profesionales de medicina general, e inclusive ampliarse a otros profesionales como profesionales en enfermería. Se reconoce que hasta tanto no se cuente con esa directiva del nivel nacional, no podrá integrarse de manera activa a otro personal no médico en la provisión de servicios en los territorios.

CALIDAD EN LOS SERVICIOS

Con respecto a la incorporación de la anticoncepción posaborto como una medida importante en la atención, se encuentra que en la mayoría de los territorios hay un esfuerzo por garantizar la cobertura y el acceso a métodos anticonceptivos modernos, lo que ha generado que en algunos territorios la disponibilidad alcance hasta el 95%. Sin embargo, aún se encuentran algunas dificultades para garantizar la integralidad en la atención, como por ejemplo la fragmentación en los servicios cuando las EPS no contratan la provisión del método anticonceptivo en el mismo lugar donde se accede al aborto.

Se reconoce en todos los territorios que de manera general la atención y provisión de servicios de aborto se realiza desde el estigma, en espacios que aún no apoyan las decisiones de las niñas, mujeres, hombres trans y personas no binarias en respeto pleno por sus derechos. La despenalización del aborto no ha logrado permear la prestación de los servicios y el estigma social de manera que garantice la atención integral, basada en las necesidades de la población y libre de violencias. En todos los territorios se encuentran



de manera común prácticas, desde la prestación de servicios, que se pueden catalogar como violentas, coercitivas o vulneradoras de los derechos reproductivos.

Se reconoce la importante labor de Profamilia, Fundación Oriéntame, Fundación Mujer y Futuro y Unimédicos –organizaciones no gubernamentales– que han provisto la atención del aborto entre otros servicios de SSR, así como del esfuerzo de algunas IPS y EAPB por integrar en las rutas de atención la prestación del servicio, lo que ha permitido ampliar el acceso, así como de las secretarías de salud y algunos entes de control que operan a nivel territorial, que en su gestión han apoyado en el fortalecimiento de servicios más competentes y de alta calidad, mediante los seguimientos y apoyos técnicos. No hay mecanismos de rendición de cuentas que permitan evaluar la calidad de los servicios más allá del diligenciamiento de encuestas de satisfacción.

En general, la prestación de servicios puede identificarse como poco accesible, a pesar del esfuerzo por ampliar la oferta a nivel territorial. Hay una brecha de acceso entre personas de más recursos y aquellas en situación de vulnerabilidad manifiesta; esto se ve representado en que el acceso a la atención integral no es fácil mediante el sistema de salud, implicando que quienes tienen los recursos económicos se vean obligadas/os a costear los servicios de manera privada para garantizar una mejor atención.

8 | Información sobre salud



Este componente está orientado a evaluar la existencia de sistemas de información y la capacidad para identificar, recolectar, documentar y utilizar datos sobre necesidades actuales y emergentes de salud reproductiva, que incluyan al aborto. También se busca evaluar si los programas de salud utilizan los datos sobre resultados para priorizar, crear y ejecutar programas que atienden con eficacia las necesidades de servicios de aborto.

El promedio de sostenibilidad obtenido en este componente es de (2,2) lo que lo ubica en poca sostenibilidad. Del análisis general encontramos que en cuatro de los territorios el puntaje está por debajo del promedio y en dos de ellos arroja un puntaje que refleja la falta de sostenibilidad (Tabla 9).

TABLA 9.

COMPONENTE	Bogotá	Boyacá	Medellín	Montería	Norte de Santander	Quibdó	Santander	Puntaje Promedio
Información sobre salud	2,4	2,3	2,1	2,0	1,8	1,9	2,8	2,2

Fuente: Elaboración propia

CONFIABILIDAD DE LOS DATOS

Es importante resaltar que, sin datos, la planificación estratégica para garantizar adecuados servicios de aborto se dificulta. Un hallazgo común a nivel territorial es que no existe un sistema de registro y consolidación de datos que permita tomar decisiones en salud pública.

La última Encuesta de Demografía y Salud se realizó en 2015, lo que implica que, en casi una década, no se tienen datos oficiales que permitan identificar los cambios relacionados con la salud de la población. Con respecto al aborto, aunque hay información sobre el conocimiento de la legislación y demanda de servicios, no se incorpora información relacionada con el aborto inseguro y su relación con la morbilidad y mortalidad materna.

En todos los territorios se identifica el monitoreo rutinario de indicadores clave relacionados con salud materna, aunque no se identifican indicadores específicos para el monitoreo y evaluación relacionado con la atención de aborto. De igual forma, no existen



indicadores que midan la calidad de los servicios, a excepción de Santander, pues fue el único territorio que refirió realizar esta medición. Así mismo, en ningún territorio se ha hecho una incorporación de las perspectivas de usuarias/os e integrantes de la comunidad en los planes operativos que permitan identificar las necesidades y las expectativas frente a la atención.

En Colombia el reporte de información y datos sobre aborto se concentra en los RIPS, pues es una obligación de las IPS el reporte de todas sus atenciones. Sin embargo, para aborto hay una dificultad específica y es que no existe un código unificado para el registro de este servicio. Las variables de reporte pueden estar soportadas en la descripción de complicaciones derivadas del embarazo, la ocurrencia de un aborto espontáneo o de un aborto incompleto entre otros diagnósticos relacionados (0040 – 0049; 0071- 0074; Z303 y Z340). De esta manera, ante la diversidad de diagnósticos asociados a un procedimiento de aborto, no es posible identificar de los registros cuáles corresponden en específico a situaciones de interrupción voluntaria del embarazo.

La incorporación de los datos de reporte sobre atenciones de aborto de las instituciones privadas al registro público y nacional de información difiere en cada territorio. Por ejemplo, en Quibdó, Montería, Medellín y Norte de Santander no se están integrando los datos públicos con los datos que recogen las IPS privadas. En territorios como Bogotá y Boyacá es probable que se integren los datos, y el único territorio que reporta incluir de manera rutinaria el registro de atención de IPS públicas y privadas es en Santander. Sin embargo, no se puede garantizar que en ningún territorio las estadísticas departamentales o locales sobre los servicios de aborto estén completos, correctos, exactos o que se reporten de manera oportuna. Esto implica un importante reto en la consolidación de la información y el análisis de un fenómeno que puede tener un significativo subregistro.

ACCESIBILIDAD A LOS DATOS

En general, en todos los territorios para las OSC es difícil acceder a los datos por no tener un sistema de registro unificado. En algunos casos son las propias organizaciones quienes están recopilando información sobre los casos que acompañan; sin embargo, estos no son de dominio público a menos que repose en investigaciones e informes oficiales.

Con respecto a la capacidad para entender y usar los datos del sistema de salud, esta varía entre territorios, reconociéndose más en Boyacá y Quibdó. Es probable que, si se tuviera mayor acceso a los datos, se podrían usar para generar mayor impacto en la incidencia e información.

05

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

05

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este ejercicio del análisis del ecosistema de aborto permitió reunir a diferentes actores territoriales que tienen incidencia en la garantía del derecho y conocer sus perspectivas, así como de facilitar el reconocimiento de cada uno de los eslabones que hacen de los servicios de aborto una realidad para mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias. En este sentido, es importante poder replicar estos espacios como una estrategia para la creación de planes de trabajo territorial de manera específica y de identificación de retos en la implementación de la Sentencia C-055 de 2022, la C-355 de 2006 y de la Resolución 051 de 2023 a nivel nacional.

Es importante reconocer las dificultades y particularidades de cada territorio y el papel que cada actor desempeña para afrontar los retos existentes en cada uno de los componentes de cara a garantizar el acceso integral a los servicios de aborto en cada uno de los territorios evaluados.

Los hallazgos acá descritos, -identificados por las partes interesadas en la evaluación del ecosistema de aborto en cada uno de los territorios-, deja ver que a pesar de contar con un marco legal favorable que permite la toma de decisiones sobre aborto seguro, aún existen barreras que impiden su acceso determinado por el estigma social, lo que afecta la toma de decisiones reproductivas de niñas, mujeres, hombres trans y personas no binarias. Esto se evidencia en los dos componentes con puntajes más bajos: **Normas sociales y apoyo comunitario (1,9) y Conocimientos y agencia de cada persona (2,0)**. En ese sentido, es necesario abordar las dificultades identificadas para empezar a cambiar el contexto social donde las personas toman decisiones.

Es crucial que los siete territorios trabajen individualmente para mejorar la sostenibilidad de estos componentes, pues es indispensable la reducción del estigma y la discriminación para que mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias puedan acceder a servicios de aborto de forma libre y segura. De igual forma, se recomienda trabajar de manera



articulada para que todas las personas sin distinción de su ubicación geográfica o situación financiera tengan acceso a estos servicios.

También se requiere trabajar en pro del fortalecimiento del sector educativo -mediante la implementación de estrategias de Educación Integral para la Sexualidad (EIS)-, de manera que se permita el ejercicio oportuno, libre, seguro, legal e informado de sus derechos sexuales y reproductivos de manera temprana.

El trabajo mancomunado entre las partes interesadas de cada territorio permitirá disminuir el estigma y enfocar los esfuerzos en garantizar mayor apoyo comunitario para que las mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias tomen decisiones sin discriminación sobre su salud sexual y reproductiva, creando un entorno más favorable y equitativo.

Es notable la falta de conocimiento sobre aborto en los territorios intervenidos, y aunque eso también varía entre grupos poblacionales, sí hay una tendencia general hacia la desinformación, situación que usualmente se relaciona con la estigmatización de la práctica. Por lo que se hace imperativo crear estrategias que impacten de manera efectiva en el conocimiento de la población respecto a la legislación actual, así como en las obligaciones y responsabilidades de los actores involucrados en el ecosistema, de modo que esto último permita la toma de decisiones autónomas y basadas en derechos.

Es necesaria una apuesta social por un cambio de narrativas frente al aborto, enmarcando la decisión como un derecho que se interrelaciona con otros derechos fundamentales tales como la salud, la vida y la dignidad, integrando la posibilidad de tomar decisiones reproductivas como una manera de ejercer la ciudadanía plena, eliminando las percepciones negativas frente al aborto lo que, en términos prácticos, se traduciría en una eliminación de múltiples barreras en el acceso.

También, es importante la incorporación y reconocimiento de actores cruciales en la información, incluyendo a líderes de la comunidad, personal de salud, medios de comunicación y del sistema educativo, para fortalecer la posibilidad de tomar decisiones en salud basadas en la información adecuada, oportuna y veraz, sin juicios de valor y enfocada en el bienestar y el autocuidado.

Teniendo en cuenta que una de las fortalezas dentro del ecosistema de aborto en Colombia se relaciona con la existencia de un marco legal favorable para el ejercicio y garantía del derecho al aborto, se recomienda fortalecer liderazgos políticos para que garanticen la implementación real y tangible de la normatividad en cada uno de los territorios, así como fortalecer la capacidad de los órganos gubernamentales en la inspección, vigilancia y control, relacionada con la garantía y acceso a servicios de aborto. Esto mejoraría la



sostenibilidad en los componentes 3 y 4, **Apoyo y liderazgo político y Políticas y legislación** respectivamente.

Se considera una buena práctica la implementación de mesas territoriales efectivas que permita la articulación entre diversas autoridades del Estado, IPS, EAPB, miembros del Gobierno local y OSC para:

- Realizar seguimiento a las obligaciones legales que las instituciones tienen en la garantía y prestación de servicios de aborto.
- Promoción e implementación de actividades que surjan de este ejercicio, para la eliminación de barreras de acceso al servicio de aborto en el territorio.
- Garantizar la consolidación de protocolos/guías interinstitucionales funcionales y actualizadas, que permitan el acceso libre de barreras y violencias a servicios de aborto a nivel territorial.
- Gestionar casos de manera inmediata en los que se identifiquen dificultades y oportunidades de mejora de cada una de las partes interesadas en el mantenimiento del ecosistema de aborto.
- Consolidar una estrategia de gestión de la salud pública, que busque la intervención de varios sectores en la respuesta efectiva del Estado, en la promoción de DSR y prevención de embarazos no deseados, en la atención y acceso a la justicia, y en la generación de conocimiento en temas de aborto.

Fortalecer a las OSC en la incidencia política y social puede permitir el desarrollo de cambios sustanciales y sostenibles sobre las percepciones sobre aborto e influir en la agenda legislativa y de programas a nivel territorial y nacional a favor del acceso a servicios de aborto.

Los componentes anteriormente revisados van a impactar a aquellos que tienen que ver con la prestación de servicios, determinando la accesibilidad a estos de manera efectiva. Como ya hemos revisado, la **Fuerza laboral y prestación de servicios de salud** es uno de los componentes que se acerca más a la sostenibilidad en los territorios (2.9). Sin embargo, al igual que con **Financiamiento** (2,6), **Insumos** (2,6) e **Información en salud** (2,2) son "poco sostenibles". Lo anterior implica diversos retos que deben asumidos por las partes interesadas para realmente alcanzar la sostenibilidad de aborto, por lo que se recomienda que desde el orden nacional se dicten lineamientos que permitan:



Reconocer el importante rol que tienen las farmacias en el ecosistema de aborto, teniendo en cuenta que el acceso a medicamentos para abortar en las farmacias es común en los territorios; sin embargo, la información suministrada es inadecuada. Involucrar a este sector en estrategias para la provisión de información segura y adecuada para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos es el mejor camino.

Determinar mecanismos que garanticen el pago oportuno desde las entidades territoriales a IPS que prestan atención a población pobre no asegurada o en condición migratoria irregular.

Hacer seguimiento al uso de presupuestos disponibles para la atención de la Ruta Integral Materno Perinatal, garantizando que recursos disponibles también se utilicen en la consecución de insumos, la garantía de servicios y las actividades que promuevan el cambio de normas sociales y comportamientos relacionados con el aborto.

Determinar medidas para garantizar la costo-eficacia del uso de los recursos relacionados con la atención del aborto. Esto incluye el fortalecimiento del primer nivel de atención, la descentralización de los servicios y la eliminación de barreras de acceso.

Determinar políticas y directrices que habiliten la ampliación de roles para la prestación de servicios de aborto por profesional no médico, en concordancia con lo establecido por la OMS y garantizando mayor oferta de servicios a nivel territorial.

Iniciar un proceso de normalización de costos asociados a la atención del aborto para dar transparencia a los procesos de contratación entre IPS-EAPB e incluir con claridad, dentro del manual tarifario, los gastos asociados a la prestación de servicios de aborto, dependiendo del tipo de procedimiento.

Garantizar la permanencia y control de insumos necesarios para la atención, incluyendo medicamentos esenciales (mifepristona y misoprostol); en todas las IPS que implementan acciones de la Ruta Integral Materno Perinatal en los diferentes niveles de atención.

Fortalecer la atención en el primer nivel de complejidad de las solicitudes de aborto en embarazos tempranos, integrando las directrices de la Resolución 051 de 2023. Esto permitiría descentralizar la atención, minimizar los costos y favorecer el acceso a nivel territorial.



Es importante contar con personal sensibilizado y capacitado respecto al aborto en un contexto de marco legal amplio. Se necesitan profesionales de la medicina con conocimientos en técnicas recomendadas para la atención del aborto y otras patologías relacionadas como: el manejo farmacológico del misoprostol y la mifepristona, la AMEU y el manejo de complicaciones por aborto. En el caso de profesionales especializados es necesario contar con personal entrenado en técnicas recomendadas para la atención de aborto en segundo y tercer trimestre.

Fortalecer las redes de referencia y contrarreferencia, garantizando que estas sean efectivas, oportunas, eficaces y ampliamente divulgadas dentro del personal para evitar barreras de tipo administrativo.

Realizar intervenciones efectivas en la erradicación de barreras de acceso en la prestación de servicios, incluyendo sensibilización sobre el uso adecuado de la objeción de conciencia.

Erradicar el uso de prácticas obsoletas para la atención de aborto como el legrado uterino (dilatación y curetaje), lo cual permitiría prestar servicios de calidad, basados en la evidencia científica y con enfoque de derechos.

Implementar de manera prioritaria sistemas para la captura de datos oportunos y oficiales en aborto para la toma de decisiones. Eso implica estandarizar los códigos relacionados con procedimientos y diagnósticos asociados, así como integrar los datos de todas las IPS encargadas de prestar los servicios.

Seguramente la lectura detallada del informe general, así como de los diagnósticos por territorio, permitirá la identificación de múltiples necesidades y acciones que deben impulsarse desde los diferentes actores del ecosistema, para hacer de este un entorno sostenible. Este documento intenta recoger algunas de las particularidades y oportunidades de trabajo identificadas, pero reconocemos el importante rol de las partes interesadas en la definición de actividades estratégicas y necesidades más apremiantes por trabajar.

06

Referencias

Bohórquez Monsalve V. (2024). "Agradezca que pudo abortar": Dos años de avances y barreras para acceder al aborto. Bogotá.

Centro de Derechos Reproductivos, Sede LAC (2021). Informe narrativo para el 'Safe Abortion Dialogue': Diagnóstico ecosistema del aborto: Colombia. Bogotá, mayo.

Corte Constitucional. (2022). Sentencia C-055 [M. S. Antonio José Lizarazo Ocampo y Alberto Rojas Ríos]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/C-055-22.htm>

Corte Constitucional. (2001). Sentencia C-1051 [M. P. Jaime Araújo Rentería]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/C-1051-01.htm#:~:text=Rep%C3%BAblica%20unitaria%20implica%20que,gesti%C3%B3n%20independiente%20de%20los%20asuntos>

Corte Constitucional. (2006). Sentencia C-355 [M. P. (s) Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

Ipas. (2021). Hacia un ecosistema sostenible del aborto: marco para el diseño, la acción y la evaluación de programas. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2021). La criminalización del aborto en Colombia. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres; Fokus; Causa Justa. <https://www.almendron.com/tribuna/wp-content/uploads/2022/02/la-criminalizacioin-del-aborto-en-colombia-lamesa-1.pdf>



Ministerio de Salud. (2023). Comportamiento del aseguramiento. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubdiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsubdiado.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). ¿Qué es el régimen contributivo? <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimencontributivo/Paginas/regimen-contributivo.aspx#:~:text=El%20r%C3%A9gimen%20contributivo%20es%20un,por%20el%20afiliado%20o%20en>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). ¿Qué es el régimen subsidiado? <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubdiado/Paginas/regimen-subsubdiado.aspx>

Naciones Unidas. (2015). Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. https://beijing20.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/CSW/BPA_S_Final_WEB.pdfNaciones Unidas. (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/es/impacto-acad%C3%A9mico/page/objetivos-de-desarrollo-sostenible>

Naciones Unidas. (2015). Asamblea General. 70/1. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [A/RES/70/1]. https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf

Naciones Unidas. (s. f.). Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>

Niño M.I., Martínez Londoño, J., & Zuleta, E. (2023). Primer Año del fallo histórico: ¿Como va la implementación de la sentencia causa justa (C055 de 2022)?



Secretaría Distrital de Salud. (2023). Recomendaciones para garantizar el acceso seguro, oportuno y de calidad a la atención integral en interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en el marco de los derechos sexuales y reproductivos (Circular 024). <https://sisjur.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=143838&dt=S>

Ipas LAC. (2021). Sustainability toolkit. Ipas LAC.

Veeduría Distrital. (2015). Seguimiento al cumplimiento del Decreto Distrital N.º 371 de 2010, artículo 3, numeral 7 (Circular 006). <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=61314>



**Conoce aquí los informes
de los siete territorios**

ACCESO ABORTO SEGURO EVALUACIÓN IGUALDAD DE GÉNERO
PARTICIPACIÓN DERECHOS HUMANOS AGENCIAMIENTO
EIS NORMAS SOCIALES GARANTÍA HUMANIZAR ATENCIÓN
ACCESO ABORTO SEGURO EVALUACIÓN IGUALDAD DE GÉNERO
PARTICIPACIÓN DERECHOS HUMANOS AGENCIAMIENTO
EIS NORMAS SOCIALES GARANTÍA HUMANIZAR ATENCIÓN
ACCESO ABORTO SEGURO EVALUACIÓN IGUALDAD DE GÉNERO
PARTICIPACIÓN DERECHOS HUMANOS AGENCIAMIENTO
EIS NORMAS SOCIALES GARANTÍA HUMANIZAR ATENCIÓN
ACCESO ABORTO SEGURO EVALUACIÓN IGUALDAD DE GÉNERO
PARTICIPACIÓN DERECHOS HUMANOS AGENCIAMIENTO
EIS NORMAS SOCIALES GARANTÍA HUMANIZAR ATENCIÓN

SOSTENIBILIDAD DEL ECOSISTEMA DEL ABORTO

EN SIETE TERRITORIOS DE COLOMBIA

ACCESO ABORTO SEGURO EVALUACIÓN IGUALDAD DE GÉNERO
PARTICIPACIÓN DERECHOS HUMANOS AGENCIAMIENTO
EIS NORMAS SOCIALES GARANTÍA HUMANIZAR ATENCIÓN
ACCESO ABORTO SEGURO EVALUACIÓN IGUALDAD DE GÉNERO
PARTICIPACIÓN DERECHOS HUMANOS AGENCIAMIENTO
EIS NORMAS SOCIALES GARANTÍA HUMANIZAR ATENCIÓN
ACCESO ABORTO SEGURO EVALUACIÓN IGUALDAD DE GÉNERO
PARTICIPACIÓN DERECHOS HUMANOS AGENCIAMIENTO
EIS NORMAS SOCIALES GARANTÍA HUMANIZAR ATENCIÓN
ACCESO ABORTO SEGURO EVALUACIÓN IGUALDAD DE GÉNERO
PARTICIPACIÓN DERECHOS HUMANOS AGENCIAMIENTO
EIS NORMAS SOCIALES GARANTÍA HUMANIZAR ATENCIÓN



Conoce aquí los informes
de los siete territorios



 Profamilia Colombia

 @ProfamiliaCol

 profamilia.colombia

 Profamilia Colombia

 318 531 01 21

 Línea Nacional 300 912 45 60

 www.profamilia.org.co