



ABORTO SEGURO

Necesidades y oportunidades



Un análisis en tres ciudades de Colombia:
Bucaramanga, Popayán y Tunja.


Profamilia

ABORTO SEGURO: **Necesidades y oportunidades**

Un análisis en tres ciudades de Colombia:
Bucaramanga, Popayán y Tunja.

Aborto seguro: Necesidades y oportunidades.

Un análisis en tres ciudades de Colombia: Bucaramanga, Popayán y Tunja.

Asociación Profamilia 2020

Directora Ejecutiva

Marta Royo

Gerente de Proyectos e Investigaciones

Lina María Castaño

Equipo técnico

Juan Carlos Rivillas, Director de Investigaciones

Diana Moreno, Directora de Incidencia

Daniela Roldán Restrepo, Analista de investigación cualitativa

Ángela Cifuentes Avellaneda, Analista de investigación cualitativa

Mariana Calderón Jaramillo, Analista de investigación cualitativa

Fernanda Arciniegas, Analista de Incidencia

Juan Sebastián Arteaga, Analista estadístico

Rocio Murad, Coordinadora de Investigaciones Socio-demográficas

Marcela Sánchez, Coordinadora de Investigación Operativa

Camila Vera, Auxiliar administrativa de la Dirección de Investigaciones

César Edwin Gómez, Analista administrativo y financiero

Equipo de Trabajo de Campo

Daniela Roldán Restrepo

Carmen García González

Herlinda Cubillos Cubillos

Patricia Vásquez Virgez

Financiación

Esta Investigación hace parte del proyecto “Avanzando por la garantía del derecho al aborto en Colombia”, financiado por la Federación Internacional de Planificación Familiar- Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) y ejecutado por la Asociación Profamilia y la organización Católicas por el Derecho a Decidir –CDD Colombia.

Bogotá, D.C., Diciembre 2020.

Por favor citar este libro: Profamilia. Aborto seguro: Necesidades y oportunidades. Un análisis en tres ciudades de Colombia: Bucaramanga, Popayán y Tunja. Bogotá, D.C. 2020

ISBN 978-958-8164-79-3

Agradecimientos

En primer lugar, queremos agradecer a las mujeres que participaron en las entrevistas a profundidad y grupos focales, quienes compartieron sus pensamientos y experiencias con el equipo de investigación. En segundo lugar, extendemos el agradecimiento a las personas que anónimamente respondieron al sondeo de opinión en las tres ciudades, lo cual nos permitió acercarnos a la realidad local respecto a conocimientos, normas y percepciones sobre el aborto.

Así mismo, agradecemos el soporte logístico dado durante el trabajo de campo por parte de Luz Stella Pinzón Márquez y Luz Marina Ortíz de la Clínica de Profamilia en Bucaramanga; Luz Stella Enríquez Ruales y Elizabeth Ordóñez de la Clínica de Profamilia en Popayán; y Diana Patricia Buitrago, Berenice Isabel Espitia y Gustavo Elías Cano de la Clínica de Profamilia en Tunja.

Finalmente, agradecemos a la Federación Internacional de Planificación Familiar - Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) por la financiación recibida para implementar esta investigación.

Presentación

Garantizar el acceso al aborto seguro, oportuno y legal es un derecho humano y una de las metas esenciales de la agenda de desarrollo sostenible 2030 y de la igualdad de género. Limitar estos derechos tiene innumerables implicaciones para la salud y el bienestar de las personas, en particular para las mujeres, las niñas, sus familias y comunidades. Profamilia está comprometida con el logro de la agenda de desarrollo sostenible, en particular con la meta 3.8 de lograr la cobertura universal en salud sexual y reproductiva, el acceso a la planificación y educación sexual integral, sobre todo para los y las adolescentes. Este compromiso incluye asegurar el acceso a los servicios de aborto legal libre de estigma, sin barreras, y en condiciones de seguridad y calidad. Así mismo, se deben tener en cuenta las necesidades, identidades y circunstancias de las personas, en particular de las mujeres y las niñas en condición de vulnerabilidad, lo cual incluye a las víctimas del conflicto armado, desplazadas y migrantes.

La presente investigación indaga sobre los conocimientos de la población en general frente al aborto, a la vez que profundiza en las necesidades y oportunidades que tienen las personas usuarias y potencialmente usuarias para acceder a los servicios de aborto. Mediante una metodología mixta, esta investigación contribuye con nueva evidencia sobre las necesidades y oportunidades en el acceso al aborto seguro en tres ciudades de Colombia: Bucaramanga, Popayán y Tunja.

Las cifras muestran que, en Profamilia, entre el 2007 y 2019 se han realizado alrededor de 72.000 abortos, a pesar de la limitada oferta de servicios disponibles en áreas rurales y remotas, y la baja apropiación del marco legal dentro de los prestadores de servicios de salud. A partir del 2017 y con la llegada al país de la Mifepristona, 8,718 mujeres accedieron al aborto farmacológico en Profamilia.

Los servicios de salud sexual y reproductiva constituyen un determinante social del aborto seguro. La tasa de embarazo no deseado en Colombia, que asciende a 50,5, es muy alta, y aún persisten múltiples barreras que continúan limitando dónde, cuándo y cómo una mujer, una adolescente o una persona con capacidad de gestar puede acceder a métodos anticonceptivos adecuados, pero también a servicios de aborto seguros y sin discriminación. Por esta razón, las innovaciones en la salud sexual y salud reproductiva deben ser audaces, transformadoras, de manera tal que permitan romper con los paradigmas, buscando un equilibrio entre las obligaciones legales y éticas. Así mismo, deben tener potencial para lograr un impacto considerable en la mejora del acceso a un aborto seguro, de forma equitativa y libre de estigma. Esto solo será posible si los servicios de salud se centran en las necesidades y oportunidades de las personas, adaptándose a las mismas.

Esperamos que esta nueva evidencia sea valiosa para los tomadores de decisiones en la elaboración de políticas públicas, pero por encima de todo para que las mujeres puedan ejercer en plena libertad y con total seguridad su autonomía reproductiva.

MARTA ROYO

Directora ejecutiva



Resumen ejecutivo

Necesidades y oportunidades para el acceso al aborto seguro

| Categoría | Necesidades | Oportunidades |
|---|---|---|
| Relacionadas con el contexto socio-político | Eliminar el tabú y normalizar la discusión pública sobre el acceso al aborto seguro. | 1. Asegurar el conocimiento y apropiación de la existencia del marco legal a nivel nacional como mecanismo para normalizar el aborto y combatir el estigma. 2. Desmontar mitos e imaginarios del aborto apoyando cambios en la mentalidad sobre la SSR de la población. |
| | Difusión de imaginarios alternativos del feminismo. | 3. Aumentar la participación de organizaciones feministas para generar espacios colectivos como mecanismos para la realización de los derechos y promover formas alternativas de ser mujer. |
| | Fortalecer el registro sobre el uso de servicios de acceso al aborto para permitir acceso a información de calidad sobre el estatus de derecho del aborto en las tres causales. | 4. Entregar información de calidad y accesible para que sirva a mujeres, niñas y personas con posibilidad de gestar para interrumpir su embarazo de forma segura y temprana. |
| | Educación sexual integral para toda la población y desde edades tempranas. | 5. Aumentar los conocimientos y apropiación sobre los derechos sexuales y reproductivos de forma temprana (8-10 años de edad). |
| | Monitoreo del cumplimiento del marco legal por parte de las autoridades públicas a nivel local. | 6. Incidencia política para la priorización de acciones específicas relacionadas con el acceso al aborto seguro a nivel local. |
| Relacionadas con los ejes de desigualdad | Reconocimiento social de la autonomía y derechos de niñas, niños y adolescentes, así como ajustes razonables para tomar decisiones. | 7. Promover la adaptación de servicios de salud sexual y reproductiva equitativos, es necesario repensar la forma cómo la atención en aborto tiene en cuenta las necesidades, identidades y circunstancias de las personas. Por esta razón deben ponerse a las personas en el centro de los servicios de salud y sus necesidades según el nivel de pobreza, estatus migratorio, área de residencia, identidad de género, pertenencia étnica-racial, personas con discapacidad, jóvenes y adolescentes. 8. Asegurar un equilibrio entre conocimientos técnicos y obligaciones legales y éticas cuando se trabaje con adolescentes, personas con discapacidad, indígenas, hombres trans, migrantes y refugiadas. |
| | Reconocimiento social de las personas indígenas e incorporación de enfoques interculturales. | |
| | Reconocimiento social de las personas trans y no binarias con necesidad del servicio de aborto. | |
| | Reconocimiento del derecho al acceso a salud y aborto de las mujeres migrantes y refugiadas. | |
| | Ajustes razonables para informar y apoyar autónomamente la toma de decisiones de personas con discapacidad (motora, cognitiva e intelectual, etc). | |

ABORTO SEGURO: NECESIDADES Y OPORTUNIDADES

Un análisis en tres ciudades de Colombia: Bucaramanga, Popayán y Tunja

| Categoría | Necesidades | Oportunidades |
|---|--|---|
| Relacionadas con la prestación del servicio de salud | Difusión de la oferta del servicio de aborto de manera masiva, clara y libre de cualquier estigma. | 9. Entregar información sobre la disponibilidad de servicios de aborto, canales de acceso, horarios e información clave para las personas. |
| | Talento humano en salud con capacidad y destrezas para atender poblaciones vulnerables y en mayor desventaja social. | 10. Entregar a los trabajadores de la salud información precisa y basada en la evidencia sobre el manejo médico del aborto, para que más personas que buscan el acceso al aborto reciban atención médica efectiva, de alta calidad y basada en sus necesidades e identidades. |
| | Reducir las barreras económicas al acceso del aborto seguro y disminuir el gasto de bolsillo. | 11. Mejorar la protección financiera mediante subsidios o exenciones de pago a poblaciones vulnerables (transporte, costo del procedimiento). |
| | Aumentar el acceso temprano al aborto farmacológico (Mifepristona). | 12. El aborto con medicamentos juega un papel crucial en el acceso a servicios de aborto seguros, efectivos y aceptables, además de mejorar la efectividad y seguridad en la interrupción del embarazo. |
| | Monitoreo de la calidad, seguridad y eficiencia en la atención del aborto. | 13. Seguimiento de indicadores de desempeño en los servicios de aborto contratados entre las EPS a las IPS. |
| | Cumplimiento de protocolos internacionales y nacionales para la atención del aborto seguro. | 14. Implementación de los estándares de las guías de práctica clínica para reducir la variabilidad en la práctica médica. |
| | Uso adecuado de las técnicas para la realización del aborto. | 15. Proporcionar información sobre las implicaciones de cada opción de tratamiento y ayudar a las personas a elegir aquello que mejor se adapte a sus necesidades y circunstancias. |
| | Empatía y trato digno en la prestación del servicio de aborto antes, durante y después del servicio. | 16. Aumentar el número de personal y prestadores de SSR entrenados en empatía y trato digno durante el acompañamiento del aborto. |
| | Control a la objeción de conciencia, especialmente la “institucional”. | |
| | Aprovechar el primer contacto de demanda del servicio a todos los niveles de atención. | 17. El servicio de aborto debe estar disponible en el nivel de atención primaria y todos los demás niveles del sistema de salud. |
| | Acceso a abortos en edades gestacionales avanzadas a nivel local. | |
| | Confidencialidad en la prestación del servicio de salud. | |

Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020



Tabla de contenido

| | Pág. |
|---|------|
| Presentación | 4 |
| Resumen ejecutivo | 5 |
| Introducción | 10 |
| CAPÍTULO 1. | 13 |
| Objetivos y enfoque metodológico | 13 |
| Objetivo general | 13 |
| Objetivos específicos | 13 |
| Consideraciones éticas y de género | 13 |
| Enfoque metodológico | 14 |
| CAPÍTULO 2. | 19 |
| Resultados de la investigación | 19 |
| Datos clave por ciudad: Bucaramanga, Popayán y Tunja | 19 |
| Descripción sociodemográfica de los participantes del sondeo de opinión | 21 |
| Conocimiento sobre el marco legal del aborto en Colombia | 22 |
| Percepciones sobre el aborto | 29 |
| Necesidades para acceder al aborto seguro | 35 |
| CAPÍTULO 3. | 50 |
| Conclusiones y recomendaciones | 50 |
| Conclusiones | 50 |
| Recomendaciones de política | 53 |
| Referencias bibliográficas | 56 |
| Anexos | 57 |
| Anexo 1. Listado de sentencias asociadas a la despenalización del aborto | 57 |
| Anexo 2. Tabla asociada a la caracterización sociodemográfica de las personas participantes del sondeo de opinión | 58 |

Lista de tablas

| | Pág. |
|--|------|
| Tabla 1. Sitios estratégicos y número de encuestas realizadas en las tres ciudades. | 14 |
| Tabla 2. Bloques y tipo de preguntas del cuestionario para las entrevistas semi-estructuradas. | 15 |
| Tabla 3. Bloques y tipo de preguntas del cuestionario para los grupos focales de discusión. | 16 |
| Tabla 4. Conocimientos sobre el marco legal del aborto en Colombia según ciudad, sexo y grupo de edad. | 28 |
| Tabla 5. Percepciones sobre el aborto según ciudad, sexo y grupo de edad. | 33 |
| Tabla 6. Necesidades para el acceso al aborto seguro relacionadas con el contexto socio-político, la desigualdad y los servicios de salud. | 36 |
| Tabla 7. Oportunidades para el acceso al aborto seguro relacionadas con el contexto socio-político, los ejes de desigualdad y los servicios de salud. | 46 |
| Tabla 8. Distribución porcentual por edad, sexo, orientación sexual, grupo étnico, situación de vulnerabilidad, estado civil, número de hijos y estrato socioeconómico según ciudad. | 58 |

Lista de gráficos

| | Pág. |
|--|------|
| Gráfico 1. Procedimientos para la codificación y análisis de datos cualitativos. | 17 |
| Gráfico 2. Distribución porcentual del sexo de las personas en el sondeo. | 21 |
| Gráfico 3. Distribución porcentual del número de hijos de las personas en el sondeo. | 21 |
| Gráfico 4. Distribución porcentual de la edad de las personas en el sondeo de opinión. | 22 |
| Gráfico 5. Distribución porcentual de los conocimientos sobre si el aborto es legal o no en Colombia, según ciudad. | 23 |
| Gráfico 6. Distribución porcentual de las respuestas sobre las causales legales reconocidas en el sondeo de opinión, según ciudad. | 25 |
| Gráfico 7. Distribución porcentual de las respuestas sobre el conocimiento de los lugares para realizarse un procedimiento de aborto, según ciudad. | 26 |
| Gráfico 8. Distribución porcentual de las respuestas sobre el conocimiento acerca de en qué momento de la edad gestacional es posible practicarse un aborto, según ciudad. | 27 |
| Gráfico 9. Distribución porcentual de las respuestas sobre percepciones acerca de si estaría de acuerdo o no con el aborto, según ciudad. | 29 |
| Gráfico 10. Distribución porcentual de las causales con las que estaría de acuerdo con el aborto, según ciudad. | 30 |
| Gráfico 11. Distribución porcentual con respecto a si la religión incide o no en las percepciones personales sobre el aborto, según ciudad. | 31 |
| Gráfico 12. Distribución porcentual con respecto a si estaría dispuesto a acompañar a una mujer a realizarse un aborto, según ciudad. | 32 |
| Gráfico 13. Nube de palabras: ¿Cómo definiría a una mujer que se ha realizado un aborto? | 34 |



INFORMAR

a los prestadores de servicios de salud sobre cómo adaptar los servicios de aborto teniendo en cuenta las necesidades, identidades y circunstancias de las personas.



INSPIRAR

a más prestadores de servicio de salud para lograr atención equitativa, segura, de calidad y libre de discriminación y estigma.



INCIDIR

sobre la despenalización del aborto, salvar y mejorar vidas.

Introducción

El aborto inseguro tiene consecuencias sobre la salud y la vida de una población específica (mujeres y personas con posibilidad de gestar¹), constituyéndose en un problema de salud pública, justicia social y equidad de género (Roa, 2006). Los servicios de salud deben centrarse en las necesidades, identidades y circunstancias de las personas, en particular cuando requieren acceso a servicios de aborto donde la oferta es limitada, bajo un enfoque basado en los derechos humanos y en los principios de no discriminación, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (OMS, 2017).

Un aborto es inseguro o peligroso cuando es realizado por una persona carente de la capacitación necesaria, cuando se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se dan ambas circunstancias. No obstante, la capacitación necesaria y las normas médicas mínimas varían de acuerdo al tipo de aborto (farmacológico o quirúrgico), la duración del embarazo y los adelantos científicos (OMS, 2019). Así, lo que se considera 'seguro' debe interpretarse en consonancia con las guías técnicas y de políticas actualizadas de la OMS, en las que se tienen en cuenta las diferentes condiciones en las que podría realizarse un aborto (Ganatra et al., 2014, p.155).

La garantía del acceso a servicios de aborto seguro es una necesidad urgente para contrarrestar los millones de casos de personas que anualmente se someten a procedimientos de aborto en circunstancias que no cumplen con las normas médicas mínimas. En el mundo se practican cerca de 25 millones de abortos inducidos sin condiciones de seguridad, la mayoría en países de las regiones menos desarrolladas. En América Latina, tres de cada cuatro abortos son inseguros (OMS, 2019), a lo cual se atribuye el 11% de la mortalidad materna anual (Kassebaum et al., 2014; Say et al., 2014, citados en Profamilia y Minsalud, 2015, p.219).

En Colombia, el aborto constituye un derecho cuando se enmarca en alguna de las tres causales² reconocidas por la Corte Constitucional mediante la Sentencia C-355 de 2006. Como tal, ha sido ratificado por diecisiete sentencias posteriores (ver Anexo I). Sin embargo, aún hoy los servicios de aborto se encuentran poco adaptados a las necesidades, identidades y circunstancias de las personas con posibilidad de gestar, lo que contribuye a que se continúen practicando de forma insegura y sin adaptación del contexto.

Numerosas investigaciones han llamado la atención sobre la existencia de barreras de acceso para el aborto seguro (CEPAL, 2012; UNFPA y MinSalud, 2014a; MinSalud y Profamilia, 2015; Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2016; Profamilia, 2017; Women's Link Worldwide, 2018). A través de

1. Persona con posibilidad de gestar: personas que no se identifican como mujeres pero que tienen la posibilidad de gestar, como los hombres trans o algunas personas no binarias.

2. Cuando la continuación del embarazo constituye peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico; b) cuando existe grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; c) cuando el embarazo es resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto (Corte Constitucional, Sentencia C-355 de 2006).



ellas, se ha conocido la existencia de elementos comunes a superar en la región de América Latina y en el país y se ha logrado hacer incidencia basada en la evidencia.

La investigación que aquí se presenta tiene el propósito de seguir contribuyendo en esta vía. Específicamente, responde al objetivo de caracterizar las necesidades y oportunidades existentes frente al acceso al aborto seguro en tres ciudades de Colombia: Bucaramanga, Popayán y Tunja; ciudades que fueron priorizadas en el marco de ejecución del proyecto: “Avanzando hacia la garantía del derecho al aborto en Colombia” atendiendo a los objetivos del diseño y formato del marco lógico para proyectos de Advocacy de la International Planned Parenthood Federation (IPPF).

Así, esta investigación aporta información sobre el aborto en tres ciudades específicas, en las que se identificó previamente un vacío sobre el tema mediante búsquedas en las bases de datos y repositorios de las principales universidades de cada ciudad³. Asimismo, su valor reside en que aborda las necesidades percibidas o expresadas por las personas usuarias o potenciales usuarias de los servicios de aborto y en que hace uso de técnicas cualitativas de investigación, poco usadas en la investigación sobre el tema.

Esperamos que este informe genere evidencia relevante y contextualizada que permita centrar los servicios de aborto seguro en las necesidades de las personas y ampliar las oportunidades para su acceso.

3. La revisión se realizó a través de tres bases de datos: Ebsco, Jstor y Redalyc. Se utilizó la palabra clave “aborto” (en inglés y en español) junto con el nombre de cada ciudad. Esta búsqueda no arrojó ningún resultado. En los repositorios de las principales universidades de cada ciudad se utilizaron las mismas palabras clave. Solo se obtuvo resultados para el caso de la ciudad de Bucaramanga (6 documentos) y Popayán (2 documentos). Sin embargo, una vez revisados los resúmenes, todos fueron descartados al no relacionarse con los objetivos de esta investigación.

“Yo creo que es muy bonito este cuento de que lo consideremos un derecho, pero yo creo que en un contexto como el colombiano es una necesidad [...] es una necesidad porque todavía el cuerpo de la mujer se reconoce como algo colectivo y no algo individual. Entonces, en este país todo el mundo decide sobre el cuerpo de una mujer menos ella”

Participante grupo focal, Popayán





CAPÍTULO 1.

Objetivos y enfoque metodológico

Este capítulo describe el propósito de la investigación y la metodología utilizada para la investigación.

Objetivo general

Caracterizar las necesidades y oportunidades para el acceso al aborto seguro en tres ciudades de Colombia: Bucaramanga, Popayán y Tunja.

Objetivos específicos

- Analizar los conocimientos y percepciones que inciden en las necesidades de las personas frente al aborto entre la población general de cada ciudad.
- Describir las necesidades identificadas por personas usuarias o potenciales usuarias del servicio de aborto.
- Explorar las oportunidades existentes que pueden contribuir para avanzar en el derecho al aborto seguro.

Consideraciones éticas y de género

- El desarrollo de esta investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEIP) de Profamilia mediante Acta del día 17 de junio de 2019. La participación de todas las personas en la investigación fue voluntaria y se obtuvo el consentimiento informado de cada persona que participó en las entrevistas y grupos focales.
- Todos los criterios de confidencialidad en el manejo de la información y recolección de los datos de contacto de las personas participantes fueron garantizados. Dentro del análisis de la información se eliminaron variables que permitieran una eventual identificación de los individuos (nombre, cédula, teléfono, dirección). De igual forma, los formatos de consentimiento informado fueron codificados en reemplazo de datos personales.
- Los audios y las transcripciones de las entrevistas y los grupos focales fueron guardados con un código particular en carpetas de acceso exclusivo a las investigadoras principales. La persona encargada de la transcripción de los audios firmó un acuerdo de confidencialidad.

Es importante anotar que esta investigación buscó la participación de hombres y mujeres con identidades y circunstancias diversas (sondeo de opinión), pero se dio relevancia a la participación de las personas con posibilidad de gestar al momento de profundizar en las necesidades para el acceso al aborto seguro, teniendo en cuenta que son estas las personas que hacen o harían uso de los servicios de aborto (entrevistas y grupos focales). Aunque se implementaron estrategias para asegurar la participación de hombres trans y personas no binarias con posibilidad de gestar para las entrevistas y grupos focales,

las mujeres cisgénero se mostraron más interesadas en participar. El acercamiento a estas identidades se logró a través de la participación en los grupos de una mujer trans y de una persona no binaria sin posibilidad de gestar, así como por la emergencia del tema durante las conversaciones. Sin embargo, es necesario insistir en la importancia de implementar investigaciones con la participación directa de esta población que tiene necesidades específicas en lo que respecta al aborto.

Enfoque metodológico

Para responder a los objetivos específicos planteados por la investigación, se diseñó e implementó un estudio mixto que combina métodos cuantitativos y cualitativos.

Enfoque de análisis cuantitativo

El primer objetivo fue posible a través de un sondeo de opinión pública, aplicado de manera presencial y simultánea en las tres ciudades de la investigación el día 10 de octubre de 2019.

Sondeo de opinión pública: Con el propósito de recolectar información sobre la opinión pública respecto al aborto, se realizó un sondeo de opinión mediante la aplicación presencial de un cuestionario estructurado a habitantes de Bucaramanga (Santander), Popayán (Cauca) y Tunja (Boyacá). El instrumento del sondeo de opinión se estructuró en tres secciones: i) caracterización de la población, ii) conocimientos sobre el marco legislativo del aborto en Colombia, y iii) percepciones acerca del aborto. El día 30 de septiembre se llevó a cabo una prueba piloto con 20 usuarios de la clínica de Bogotá de Profamilia durante dos horas, con el fin de realizar ajustes al instrumento. Previo al trabajo de campo, funcionarios de las clínicas de Profamilia de las tres ciudades sugirieron puntos estratégicos ubicados en distintas partes de cada ciudad para la realización del sondeo de opinión. La siguiente tabla resumen describe los puntos estratégicos y número de encuestas realizadas.

Tabla 1. Sitios estratégicos y número de encuestas realizadas en las tres ciudades.

| Descripción | Bucaramanga | Popayán | Tunja |
|---------------------|--|--|---|
| Sitios estratégicos | Parque Santander, Cabecera IV y V etapa y Universidad Industrial de Santander. | Parque Caldas, plazoleta del Banco de la República y Galería del barrio Bolívar. | Plaza de Bolívar, Centro Comercial Viva Tunja y barrio los Muiscas. |
| Número de encuestas | n= 145 | n=84 | n=68 |

Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020

El sondeo de opinión se planeó para realizarse durante todo el día en cada ciudad. En el caso de Tunja y Popayán se reportaron inconvenientes por un paro estudiantil a nivel nacional; las manifestaciones generaron la imposibilidad de hacer encuestas durante unas horas determinadas del día.



Análisis de los datos cuantitativos: el programa de captura para la recolección de la información fue SurveyMonkey. Los datos fueron desagregados por ciudad, sexo y grupo etario. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis descriptivo de los resultados de la siguiente forma: i) caracterización de la población general; ii) resultados sobre los conocimientos sobre el marco legal acerca del aborto; y iii) resultados de las percepciones sobre el aborto. Finalmente, en este último punto se incluyó una nube de palabras para analizar los resultados de las únicas dos preguntas abiertas del cuestionario.

Enfoque de análisis cualitativo

Para el segundo y tercer objetivo de la investigación, se realizaron entrevistas semi-estructuradas en profundidad y grupos focales de discusión entre julio y agosto de 2019.

Entrevistas semiestructuradas: se realizaron tres entrevistas semi-estructuradas en profundidad a personas expertas, con el objetivo de explorar el acceso al aborto seguro en cada una de las ciudades. La selección de las personas a entrevistar se hizo mediante un muestreo deliberado o por criterio, teniendo en cuenta la trayectoria de las participantes como docentes, lideresas o funcionarias del área de la salud y su experticia en el tema del aborto. Para la entrevista se utilizó una guía temática que constó de cuatro bloques y 20 preguntas, organizadas como se presenta en la Tabla 2:

Tabla 2. Bloques y tipo de preguntas del cuestionario para las entrevistas semi-estructuradas.

| Bloque | Tipo de preguntas |
|---|---|
| 1: Trayectoria en salud sexual y reproductiva | La trayectoria de la persona, específicamente en lo relacionado con su trabajo en salud sexual y reproductiva y acceso a aborto seguro. |
| 2: Percepción acceso | El estado del acceso al aborto en la ciudad y la postura percibida de la población frente al mismo. |
| 3: Necesidades acceso | Las necesidades de acceso al aborto consideradas como prioritarias y la posible respuesta institucional y social existente. |
| 4: Oportunidades servicios de salud | Las oportunidades existentes en el territorio para fortalecer el acceso a servicios de aborto seguro. |

Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020

Las entrevistas se realizaron de manera presencial. Las personas que participaron de las entrevistas firmaron un documento de consentimiento en el que se incluyó información sobre los objetivos y la duración de la actividad, el carácter voluntario de la participación y el tratamiento en condiciones de confidencialidad que tendría la información recolectada, así como la oportunidad de abandonar la entrevista en cualquier momento. En promedio, cada entrevista tuvo una duración de una hora.

Grupos focales de discusión: Los grupos focales se plantearon para profundizar en la identificación de necesidades y oportunidades percibidas por usuarias o potenciales usuarias de los servicios de aborto, así como puntos de acuerdo o desacuerdo respecto a las mismas y percepciones frente a cómo se asume el derecho al aborto en el entorno en el que viven. En total, se realizaron tres grupos focales (n=26 personas), uno por cada ciudad. La selección de las participantes de los grupos focales se realizó

mediante dos tipos de muestreo no probabilístico: por redes y por criterio, teniendo en cuenta que fueran personas en edad reproductiva, que en algún momento de sus vidas pudieran tener un embarazo o necesitar un aborto (mujeres, hombres trans o personas no binarias con posibilidad de gestar).

De esta manera, para participar en los grupos focales no era necesario tener conocimientos y experticia sobre el tema del aborto, ni haber tenido experiencias propias de aborto. Para el desarrollo de los grupos focales de discusión se utilizó una guía de temas y preguntas agrupadas en cuatro bloques tal y como se describe en la Tabla 3:

Tabla 3. Bloques y tipo de preguntas del cuestionario para los grupos focales de discusión.

| Bloque | Tipo de preguntas |
|--|--|
| I: Preparación del grupo | Información de las participantes. |
| 2: Conocimientos y percepciones sobre los derechos reproductivos y el aborto | Conocimiento, información, percepciones, normas y apropiación de las mismas. |
| 3: Necesidades percibidas y expresadas para el acceso al aborto seguro | Barreras en todos los niveles de atención en salud. |
| 4: Oportunidades para el acceso al aborto seguro en la ciudad | Desenlaces y expectativas. |
| Cierre de la actividad, momento en el que se convalidó la información recolectada y se construyeron conclusiones colectivas. | |

Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020

Las personas que participaron de los grupos focales firmaron un documento de consentimiento en el que se incluyó información sobre los objetivos y la duración de la actividad, el carácter voluntario de la participación y el tratamiento en condiciones de confidencialidad que tendría la información recolectada. En promedio, cada grupo focal tuvo una duración de dos horas.

Análisis de los datos cualitativos: Las entrevistas y grupos focales de discusión fueron grabadas –previo consentimiento informado de las personas participantes– y transcritas en formato Microsoft Word. Para su procesamiento se hizo uso del Software NVivo 12. El análisis se basó en la metodología de teoría fundamentada que permite construir categorías de acuerdo a la información recolectada, así como conexiones entre las mismas.

En primer lugar, y de acuerdo a los objetivos y a las preguntas se clasificó toda la información en tres temáticas; en segundo lugar, se procedió a la codificación abierta de la información clasificada en cada tema, para luego identificar relaciones que permitieron la construcción de categorías o sub-categorías y la organización de las mismas (codificación axial). Finalmente, se llevó a cabo la agrupación de las categorías de acuerdo a sus características (codificación selectiva), lo que permitió identificar consonancia con el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), a partir de lo cual se derivó la estructura en la que se presentan los resultados de la investigación. El Gráfico 1 describe los procedimientos implementados para la codificación mediante tres momentos específicos.

Gráfico 1. Procedimientos para la codificación y análisis de datos cualitativos.



Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020

Triangulación de la información

Los dos enfoques de investigación (cuantitativa y cualitativa) se emplearon como complementarios para obtener una imagen más amplia de la realidad social. Por un lado, con respecto a los conocimientos y percepciones sobre el aborto de la población general de las ciudades objeto de estudio; y por otro, con respecto a las necesidades y oportunidades en la atención del aborto seguro, tanto por parte de personas con amplio conocimiento sobre el tema, como de personas usuarias o potencialmente usuarias del servicio de aborto. Es importante anotar que las conclusiones y recomendaciones a partir de los hallazgos obtenidos a través de ambos enfoques, constituyen precisamente el resultado del proceso de triangulación de la información.

Limitaciones del estudio

Por el tipo y el tamaño de la muestra empleada para el sondeo de opinión, las entrevistas y los grupos focales de discusión (no probabilístico), los resultados de esta investigación no son estadísticamente representativos, es decir, no pueden generalizarse al total de la población de Bucaramanga, Popayán o Tunja.

“Le dicen a uno: 'felicitaciones, vas a ser mamá' y uno queda como, digamos, tomo mi caso porque, digamos es lo que más conozco, cuando ella me dijo eso pues obviamente yo empecé a llorar y me dijo: 'ay, pero no llore que hay niñas de 15 años y ellas no lloran' y yo como... por favor no diga eso. Digamos que el trato hostil es de todas partes, porque también hay amigas tuyas que te van a juzgar (...) Entonces, son muchas trabas y la salida más fácil, es lo más rápido”

(participante grupo focal, Tunja)





CAPÍTULO 2.

Resultados de la investigación

En este capítulo se presentan los resultados globales y por ciudad obtenidos por el sondeo de opinión, las entrevistas semi-estructuradas y los grupos focales de discusión. El capítulo se estructura de la siguiente forma: en la primera sección, se presentan los resultados del enfoque cuantitativo de investigación a partir de los resultados del sondeo de opinión pública sobre conocimientos generales del aborto: i) descripción socio-demográfica; ii) conocimientos sobre el marco legal del aborto en Colombia; y iii) percepciones sobre el aborto.

En la segunda sección, se presentan los resultados del enfoque de investigación cualitativo a partir de los resultados de las entrevistas y los grupos focales de discusión sobre necesidades insatisfechas en el acceso al aborto seguro: i) según contexto socioeconómico y político; ii) según desigualdades sociales y grupos vulnerables; y iii) desde los servicios de salud.

Datos clave por ciudad: Bucaramanga Popayán y Tunja.⁴

Tunja, Boyacá

- El censo de 2018 reportó 167.991 habitantes (47,2% hombres y 52,8% mujeres). El 21,5% de la población está entre los 0 y los 14 años de edad, el 70,8% está entre los 14 y los 64 años de edad y el 7,7% es mayor de 65 años de edad. De estos datos se resalta que la mayor cantidad de la población se concentra en edades reproductivas.
- Tunja, junto con Duitama y Sogamoso, es una de las ciudades de Boyacá con el mayor desarrollo económico y, a su vez, con el mayor número de hogares. Por otra parte, Tunja es la ciudad de Boyacá que ha recibido la mayor cantidad de personas migrantes venezolanas siendo, además, un corredor frecuente para la migración hacia otras partes del territorio colombiano y hacia los países fronterizos.
- Tunja tiene 19 entidades prestadoras de servicios de salud sexual y reproductiva y de acuerdo al DANE, para el 2018, el porcentaje de barreras de acceso a servicios de salud del departamento de Boyacá es del 6,7%.

Popayán, Cauca

- El censo de 2018 reportó 277.270 habitantes (48,1% hombres y 51,9% mujeres). El 19,6% de la población está entre los 0 y 14 años de edad, el 70,4% está entre los 15 y 64 años de edad y el 10,1% es población mayor a 65 años de edad. Al igual que Tunja, la mayor parte de la población se encuentra en edades reproductivas.
- En la ciudad de Popayán se encuentra un número importante de personas que se reconocen dentro de alguna etnia. Adicionalmente, Popayán es la ciudad que más ha recibido personas migrantes venezolanas dentro del departamento.

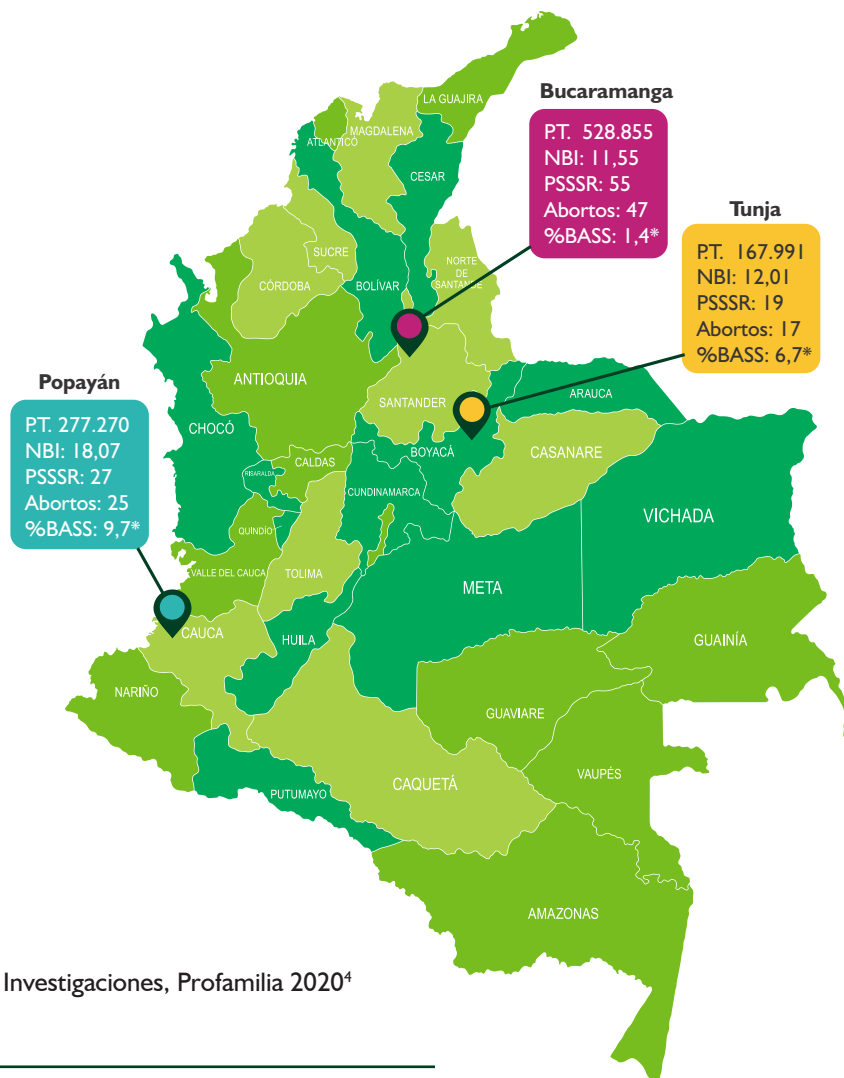
ABORTO SEGURO: NECESIDADES Y OPORTUNIDADES

Un análisis en tres ciudades de Colombia: Bucaramanga, Popayán y Tunja

- Popayán cuenta con 27 entidades prestadoras de servicios de salud sexual y reproductiva y según el DANE para el 2018 el porcentaje de barreras de acceso a servicios de salud del departamento del Cauca es del 9,7%.

Bucaramanga, Santander

- El censo de 2018 reportó 528.855 habitantes (47,5% hombres y 52,5% mujeres). Al igual que las otras dos ciudades la mayor parte de la población se encuentra en edades reproductivas.
- La ciudad de Bucaramanga es uno de los que más concentra personas migrantes venezolanas dentro del territorio nacional.
- Bucaramanga cuenta con 55 entidades prestadoras de servicios de SSR y de acuerdo al DANE para el 2018, el porcentaje de barreras de acceso a servicios de salud del departamento de Santander es del 1,4%.



Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020⁴

4. Las siglas y sus respectivas fuentes corresponden a: PT. Población Total (DANE, 2019), NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas (DANE, 2019), PSSSR: Prestadores de Servicios Salud Sexual y Reproductiva (CUBO RIPS, 2018), %BASS: Porcentaje Barreras de Acceso a Servicios de Salud (DANE, 2018).

*%BASS: está por departamento.



Descripción sociodemográfica de los participantes del sondeo de opinión

Esta sección describe algunas características sociodemográficas de la población que participó en el sondeo de opinión. En total, se realizó a 297 personas: 145 en Bucaramanga, 68 en Tunja y 84 en Popayán, el 100% de las personas encuestadas reportó residir en cada uno de las ciudades⁵.

Sexo y orientación sexual. De las 297 personas, el 59,9% fueron mujeres y el 40,1% hombres. Entre las tres ciudades no hubo diferencias en cuanto al sexo, y en ninguno se identificaron como mujeres u hombres trans (Gráfico 2). Respecto a la orientación sexual el 96,63% se identificó como heterosexual, el 2,69% homosexual y el 0,67% bisexual. Las tres ciudades contaron con la participación de personas que se reconocieron como homosexuales.

Edad. El 35% de las personas encuestadas tenía entre 20 y 29 años de edad (grupo etario con mayor participación en el sondeo de opinión). El 22% de las personas tenía entre 30 y 39 años de edad, seguido del grupo de entre 16 y 19 años (14%), y por el grupo entre 40 y 49 años de edad (13%). El 5% tenía entre 55 y 59 años de edad y finalmente el 4% tenía 60 años o más (Gráfico 4).

Estado civil y número de hijos. El estado civil de las personas fue soltero/a (49,9%), seguido de unión libre (19,19%), casados/as (18,52%) y separado o divorciado (12,46%). Ninguna de las personas afirmó ser viuda/o. La mayoría de personas encuestadas reportó no tener hijos, 46,8%. El 33,3% mencionaron tener entre uno y dos hijos y el 19,5% mencionaron tener tres o más hijos (Gráfico 3).

Gráfico 2. Distribución porcentual del sexo de las personas en el sondeo.

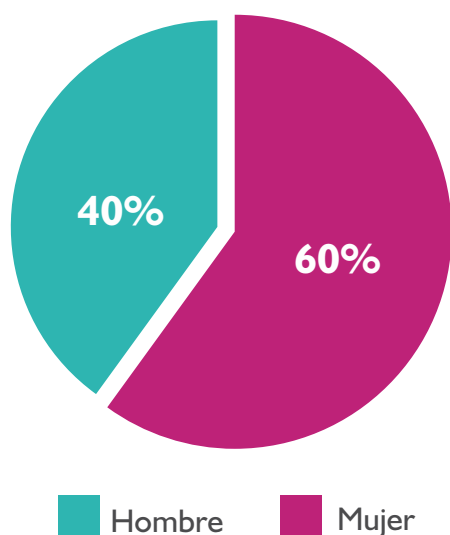
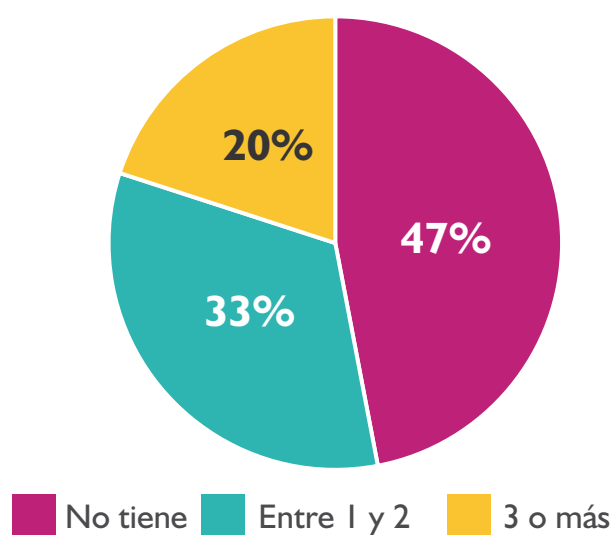
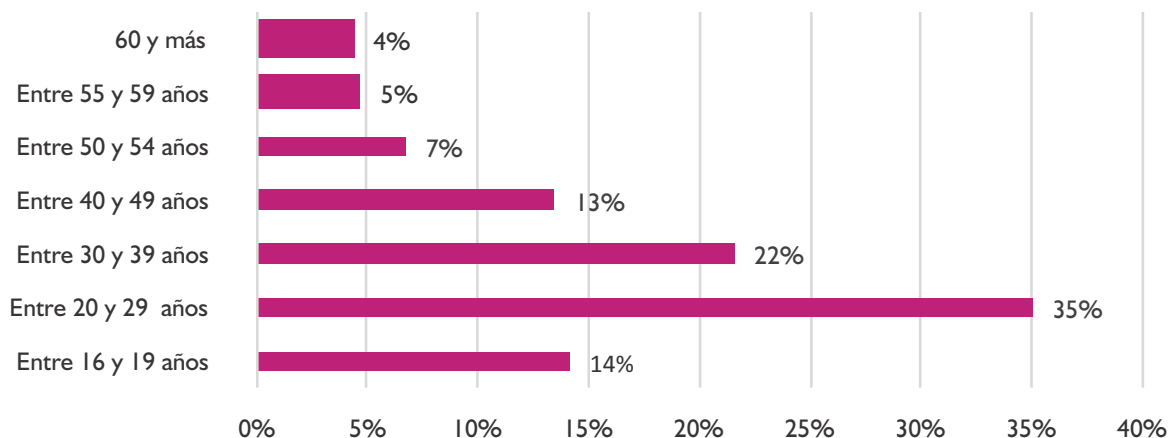


Gráfico 3. Distribución porcentual del número de hijos de las personas en el sondeo.



Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020

5. El anexo I contiene información adicional de los rasgos socio-demográficos que participaron del sondeo de opinión.

Gráfico 4. Distribución porcentual de la edad de las personas en el sondeo de opinión.

Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020

Conocimiento sobre el marco legal del aborto en Colombia

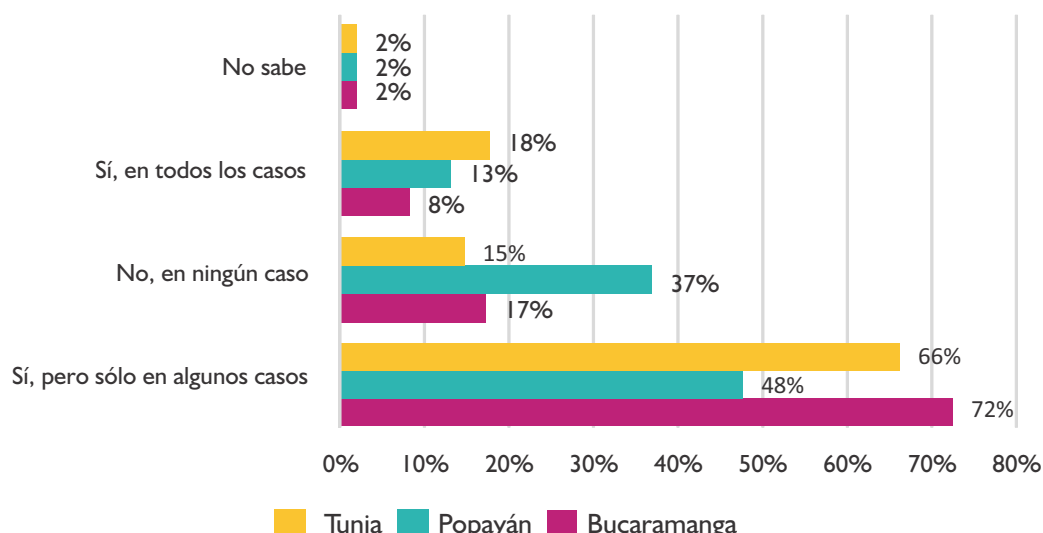
En esta sección se analizan los resultados de las preguntas que indagaron acerca del conocimiento de las personas de cada ciudad sobre el marco legal del derecho al aborto en Colombia.

¿En Colombia, el aborto está permitido?

- Al indagar acerca de si el aborto está permitido o no en Colombia, se encontró que el 64% de todas las personas encuestadas afirmó que el aborto es legal en Colombia bajo ciertas causales, siendo este porcentaje el resultado mayoritario. El 22% de personas piensa que el aborto no está permitido en ningún caso, el 12% mencionó no saber la respuesta y el 2% piensa que está permitido en todos los casos.
- Según ciudad, en Popayán el 47,6% de las personas sondeadas manifestó conocer que el aborto es legal bajo ciertas causales, siendo 25 puntos porcentuales inferior a lo encontrado en Bucaramanga (72,4%) y 18 puntos porcentuales inferior a lo encontrado en Tunja (66,2%).
- De forma consecuente, el 36,9% de las personas de Popayán contestaron que el aborto no está permitido en ningún caso, evidenciando una posible compleja realidad sobre el desconocimiento de las personas de esa ciudad frente al derecho al aborto.
- En Bucaramanga el 17,2% y en Tunja el 14,7% contestaron que el aborto no está permitido en ningún caso (Gráfico 5).



Gráfico 5. Distribución porcentual de los conocimientos sobre si el aborto es legal o no en Colombia, según ciudad.



Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020

- Según sexo, se puede observar que los porcentajes de respuesta de la mayoría de opciones tuvieron diferencias leves; el 65,7% de las mujeres afirmó que el aborto es legal solo en algunos casos y el 61,3% de los hombres afirmó lo mismo. El resultado que llama la atención de la desagregación por sexo es el que muestra una diferencia moderada entre hombres y mujeres que afirmaron que el aborto no es legal en ningún caso, siendo el porcentaje de hombres 26,1% y el de mujeres 19,7%, lo cual deja ver que de las personas encuestadas los hombres parecen desconocer más sobre el marco legal del aborto.
- Según los grupos etarios, existen diferencias entre las respuestas de las personas de más de 50 años y las de entre 16 y 19 años de edad. Mientras que el 73,8% de las personas entre 16 y 19 años de edad contestó que el aborto es legal en algunos casos, en las personas mayores de 50 años, fue de 53,2%, es decir cerca de 20 puntos porcentuales menos.
- Las personas de 50 años o más fueron el grupo etario que más afirmó que el aborto no está permitido en ningún caso (29,8%), lo cual parece mostrar mayores niveles de desconocimiento a medida que se aleja la población de su etapa reproductiva.

Casos en los que está despenalizado el aborto en Colombia

Al 64% de las personas que piensa que el aborto está permitido solo en algunos casos se les presentó siete situaciones para que eligieran en cuál o cuáles causales era permitido el aborto. Las situaciones fueron: para salvar la vida de la mujer, cuando existe riesgo para la salud física de la mujer, cuando existe riesgo para la salud mental de la mujer, cuando existe grave malformación del feto que haga inviable su vida, cuando el embarazo es producto de violación, cuando el embarazo es producto de incesto y cuando la mujer es menor de 14 años (en cuyo caso se presume la violación dada la edad de la mujer). A continuación se exponen los resultados:

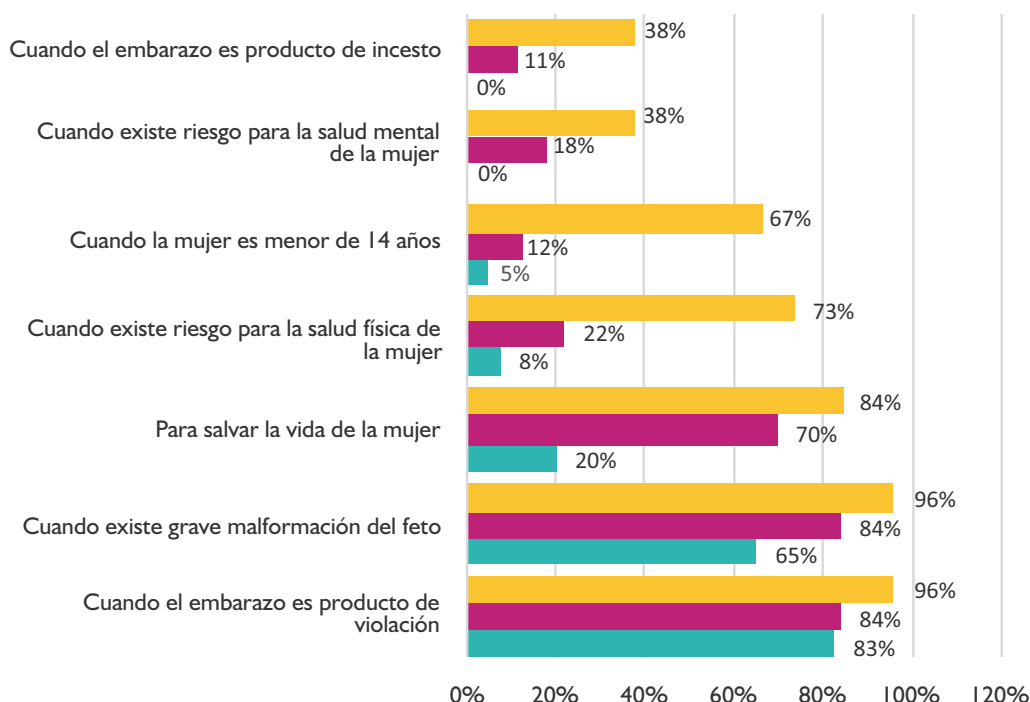
- De forma general se encontró que el 3.6% de las personas eligieron todas las opciones, el 4.7% eligió 6 opciones, el 13.6% eligió 5 opciones, el 13.6% eligió 4 opciones, el 26.8% eligió 3 opciones, el 25.2% eligió 2 opciones y el 12.1% eligió solo una opción.
- Las opciones más elegidas fueron cuando el embarazo es producto de una violación (86,3%), cuando el aborto es permitido cuando existe grave malformación del feto (82,6%) y para salvar la vida de la mujer (63,2%). Las opciones que menos se eligieron fueron cuando existe riesgo para la salud física de la mujer (31,1%), cuando la mujer es menor de 14 años (23,7%), cuando existe riesgo para la salud mental de la mujer (18,9%) y cuando el embarazo es producto de incesto (15,3%).
- Según ciudad, la opción que más se eligió fue cuando el embarazo es producto de violación, el 83,8% en Bucaramanga, el 82,5% en Popayán y el 95,6% en Tunja. Es importante anotar que los resultados de Popayán presentaron los porcentajes más bajos.
- Particularmente ninguna persona de Popayán reconoció que el aborto es permitido cuando la salud mental de la mujer corre riesgo o cuando el embarazo es producto del incesto; además, solo el 5,0% mencionó que el aborto es legal cuando es un embarazo en una menor de catorce años de edad; solo el 7.5% mencionó que el aborto es legal cuando corre riesgo la salud física de la mujer y solo el 20% mencionó que el aborto es legal para salvar la vida de la mujer.

El sondeo evidencia que aún no hay un conocimiento claro en las tres ciudades sobre el marco legal del aborto en Colombia. En especial en el caso de Popayán se pone en evidencia un contexto complejo que refleja necesidades urgentes de atender respecto a este desconocimiento en el territorio. Los bajos porcentajes de personas que consideran que la salud mental constituye una causal válida para abortar en las tres ciudades muestra una alerta en materia de derechos y refleja la forma restrictiva en que se sigue entendiendo la salud y la falta de atención que hay ante el bienestar emocional y psicológico de las personas.

Del mismo modo ocurre con los bajos porcentajes de personas que conocen que las situaciones de incesto son una causal reconocida legalmente para acceder al aborto. Este último punto genera un cuestionamiento sobre la posible normalización o desconocimiento del significado del incesto. En el Gráfico 6 pueden verse los contrastes entre las ciudades, vale la pena resaltar que Tunja fue la ciudad que mostró más respuestas en todas las causales, en contraste con Popayán que solo tiene un alto porcentaje en la causal de violación (82,5%).



Gráfico 6. Distribución porcentual de las respuestas sobre las causales legales reconocidas en el sondeo de opinión según ciudad.



Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020

- Según sexo, existen diferencias leves entre los porcentajes de cada opción, pero en general es posible concluir que entre los hombres y las mujeres encuestados existe desconocimiento respecto a las causales para poder abortar, especialmente en aquellas que abordan los casos de cuando el embarazo es producto de un incesto, cuando existe riesgo para la salud mental, cuando la mujer es menor de 14 años y cuando existe riesgo para la salud física de la mujer.
- Según edad, es posible ver que aunque no hay diferencias tan marcadas entre cada grupo etario, las causales menos mencionadas al igual que en el resto de desagregaciones fueron cuando el embarazo es producto de un incesto, cuando existe riesgo para la salud mental, cuando la mujer es menor de 14 años y cuando existe riesgo para la salud física de la mujer.

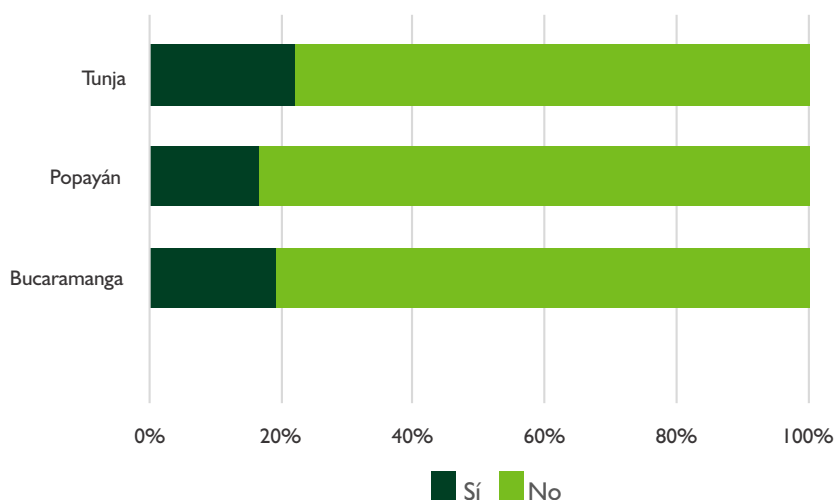
La información recopilada en este caso refleja la necesidad de hacer un llamado de atención a las autoridades competentes para ampliar la comunicación respecto a información suficiente sobre el aborto para que el desconocimiento deje de ser una posible barrera para el acceso a los servicios de aborto seguro.

Sabe en dónde se realizan abortos en su ciudad

- Del total de personas encuestadas el 80,8% mencionó no conocer dónde se realizan abortos en su ciudad y el 19,2% mencionó saber dónde. Las respuestas asociadas con esta pregunta evidenciaron nuevamente la necesidad de enfrentar el desconocimiento de las personas para que éste deje de ser una barrera de acceso al momento de requerir servicios de aborto seguro.

- En Bucaramanga, solo el 19,3% mencionó saber dónde se puede hacer un procedimiento de aborto en la ciudad, en Popayán el 16,7% contestó lo mismo y en Tunja el 22,5%, siendo nuevamente Popayán el lugar con los resultados más bajos entre las tres ciudades (Gráfico 7). Sin embargo, en este caso, el porcentaje en todas las ciudades es igual de preocupante ya que refleja la necesidad de acceder a información suficiente sobre disponibilidad de servicios de aborto.

Gráfico 7. Distribución porcentual de las respuestas sobre el conocimiento de los lugares para realizarse un procedimiento de aborto, según ciudad.



Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020

- Según sexo, se encontró que los hombres (24,4%), en comparación con las mujeres (15,7%), dicen conocer más dónde se puede realizar un aborto, pero igualmente el porcentaje es inferior respecto a las necesidades que enfrentan las personas cuando desean hacerse un aborto seguro.
- De acuerdo a los grupos etarios, las personas de entre 20 y 29 años de edad fueron el grupo con el porcentaje más alto sobre el conocimiento de lugares para realizarse un aborto (26,9%), aunque dicho porcentaje sigue siendo muy bajo. El resto de grupos de edad tuvieron entre 17% y 12% la misma respuesta.

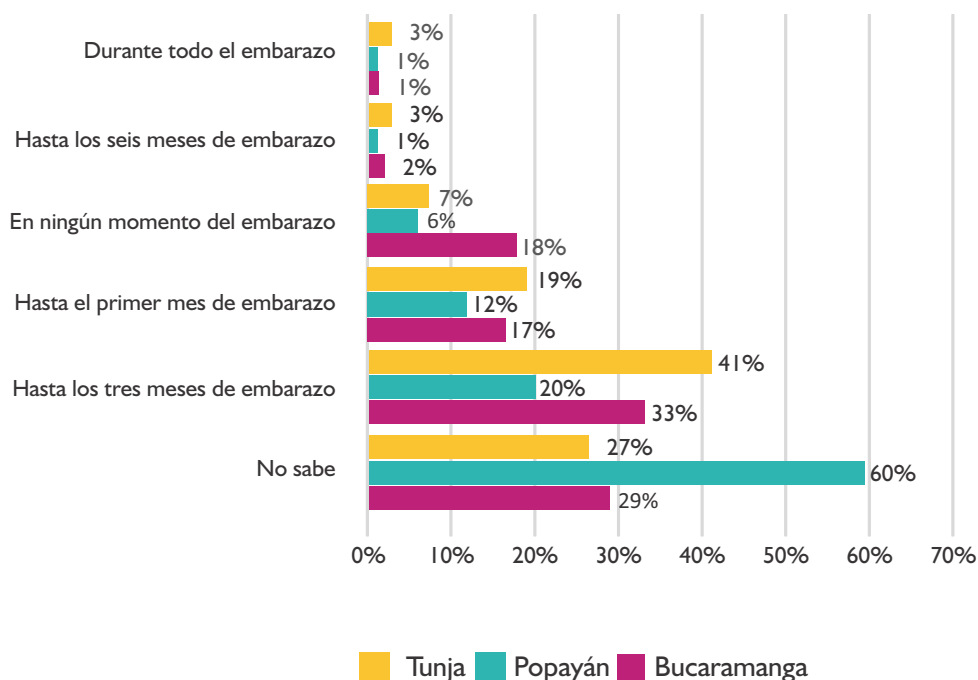
¿Hasta qué mes del embarazo es permitido realizar un aborto en Colombia?

Al preguntar sobre en qué momento de la edad gestacional se puede hacer un aborto se encontró que la mayoría de personas tienen un profundo desconocimiento sobre este punto. Aunque en Colombia la legislación señala que no existe un límite legal de edad gestacional para solicitar un aborto (MSPS, 2016), únicamente el 1,7% de las personas encuestadas mencionaron que el embarazo podía hacerse en cualquier momento del embarazo.

- El 2,0% de las personas mencionó que el aborto es posible hasta el sexto mes de embarazo. El 12,1% mencionó que el aborto no es posible en ningún momento del embarazo. El 15,8% mencionó que hasta el primer mes del embarazo. El 31,3% mencionó que el aborto es permitido hasta el tercer mes de embarazo. Y el porcentaje más alto, 37,0%, mencionó no saber la respuesta a la pregunta.

- Según ciudad, Popayán sobresale nuevamente con un 59,5% que corresponde a aquellas personas que dicen no saber la respuesta a la pregunta, el porcentaje de Bucaramanga fue 29,0% y el de Tunja fue de 26,5%. En el Gráfico 8 es posible observar los porcentajes de respuesta de cada ciudad para cada una de las opciones planteadas en la pregunta.

Gráfico 8. Distribución porcentual de las respuestas sobre el conocimiento acerca de en qué momento de la edad gestacional es posible practicarse un aborto, según ciudad.



Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020

- Según sexo, la mayoría de los porcentajes de respuesta tienen diferencias leves, pero particularmente son los hombres (42,9%) los que dicen no saber la respuesta a la pregunta; las mujeres (33,1%) tuvieron nueve puntos porcentuales menos.
- De acuerdo a los grupos etarios, el 50% de las personas de entre 30 y 39 años de edad mencionaron no saber la respuesta, presentando el porcentaje más alto de desconocimiento. El menor porcentaje de personas que reconoció su desconocimiento se encontró en las personas de entre 16 y 19 años (16,7%). El porcentaje de los grupos etarios que contestaron que el aborto es posible en cualquier momento del embarazo no superó los 3 puntos porcentuales.

Los resultados evidencian desconocimiento frente a la legalidad del aborto en Colombia, en las tres ciudades, lo cual puede generar que la desinformación se materialice en barreras de acceso al aborto seguro. En particular, en Popayán todas las preguntas demuestran el mayor desconocimiento sobre el marco legal del aborto en el país. En este contexto, es necesaria una estrategia de comunicación de la información completa sobre los derechos sexuales y reproductivos de las personas en Colombia.

La Tabla 4 resume las respuestas de la sección de conocimientos sobre el marco legal del aborto según ciudad, sexo y grupo de edad

Tabla 4. Conocimientos sobre el marco legal del aborto en Colombia según ciudad, sexo y grupo de edad.

| Preguntas/variables | Ciudad | | | Sexo | | Grupo de edad | | | | | Total |
|--|---------|---------|-------|--------|-------|---------------|-------|-------|-------|----------|-------|
| | B/manga | Popayán | Tunja | Hombre | Mujer | 16-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50 y más | |
| ¿En Colombia, el aborto está permitido? | | | | | | | | | | | |
| Sí, pero sólo en algunos casos | 72,4 | 47,6 | 66,2 | 61,3 | 65,7 | 73,8 | 66,3 | 67,2 | 55,0 | 53,2 | 64,0 |
| No, en ningún caso | 17,2 | 36,9 | 14,7 | 26,1 | 19,7 | 23,8 | 20,2 | 17,2 | 25,0 | 29,8 | 22,2 |
| Sí, en todos los casos | 8,3 | 13,1 | 17,6 | 9,2 | 13,5 | 2,4 | 9,6 | 14,1 | 20,0 | 14,9 | 11,8 |
| No sabe | 2,1 | 2,4 | 1,5 | 3,4 | 1,1 | 0,0 | 3,8 | 1,6 | 0,0 | 2,1 | 2,0 |
| Número de casos (n) | 145 | 84 | 68 | 119 | 178 | 42 | 104 | 64 | 40 | 47 | 297 |
| Casos en los que está despenalizado el aborto en Colombia: | | | | | | | | | | | |
| Cuando el embarazo es producto de violación | 83,8 | 82,5 | 95,6 | 84,9 | 87,2 | 87,1 | 85,5 | 90,7 | 90,9 | 76,0 | 86,3 |
| Cuando existe grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico | 83,8 | 65,0 | 95,6 | 83,6 | 82,1 | 83,9 | 81,2 | 83,7 | 81,8 | 84,0 | 82,6 |
| Para salvar la vida de la mujer | 69,5 | 20,0 | 84,4 | 68,5 | 59,0 | 77,4 | 59,4 | 60,5 | 54,5 | 64,0 | 62,6 |
| Cuando existe riesgo para la salud física | 21,9 | 7,5 | 73,3 | 34,2 | 29,1 | 25,8 | 24,6 | 27,9 | 45,5 | 48,0 | 31,1 |
| Cuando la mujer es menor de 14 años | 12,4 | 5,0 | 66,7 | 20,5 | 25,6 | 12,9 | 27,5 | 23,3 | 18,2 | 32,0 | 23,7 |
| Cuando existe riesgo para la salud mental | 18,1 | 0,0 | 37,8 | 26,0 | 14,5 | 22,6 | 13,0 | 20,9 | 22,7 | 24,0 | 18,9 |
| Cuando el embarazo es producto de incesto | 11,4 | 0,0 | 37,8 | 12,3 | 17,1 | 6,5 | 14,5 | 23,3 | 9,1 | 20,0 | 15,3 |
| Número de casos (n) | 105 | 40 | 45 | 73 | 117 | 31 | 69 | 43 | 22 | 25 | 190 |
| Número de casos | 145 | 84 | 68 | 119 | 178 | 42 | 104 | 64 | 40 | 47 | 297 |
| ¿Hasta qué mes del embarazo es permitido realizar un aborto en Colombia? | | | | | | | | | | | |
| Hasta los tres meses de embarazo | 33,1 | 20,2 | 41,2 | 26,1 | 34,8 | 40,5 | 37,5 | 20,3 | 30,0 | 25,5 | 31,3 |
| Hasta el primer mes de embarazo | 16,6 | 11,9 | 19,1 | 15,1 | 16,3 | 19,0 | 15,4 | 17,2 | 10,0 | 17,0 | 15,8 |
| En ningún momento del embarazo es permitido | 17,9 | 6,0 | 7,4 | 13,4 | 11,2 | 19,0 | 4,8 | 10,9 | 25,0 | 12,8 | 12,1 |
| Hasta los seis meses de embarazo | 2,1 | 1,2 | 2,9 | 0,8 | 2,8 | 4,8 | 1,9 | 0,0 | 2,5 | 2,1 | 2,0 |
| Durante todo el embarazo | 1,4 | 1,2 | 2,9 | 1,7 | 1,7 | 0,0 | 1,9 | 1,6 | 2,5 | 2,1 | 1,7 |
| No sabe | 29,0 | 59,5 | 26,5 | 42,9 | 33,1 | 16,7 | 38,5 | 50,0 | 30,0 | 40,4 | 37,0 |
| Número de casos (n) | 145 | 84 | 68 | 119 | 178 | 42 | 104 | 64 | 40 | 47 | 297 |

Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020



Percepciones sobre el aborto

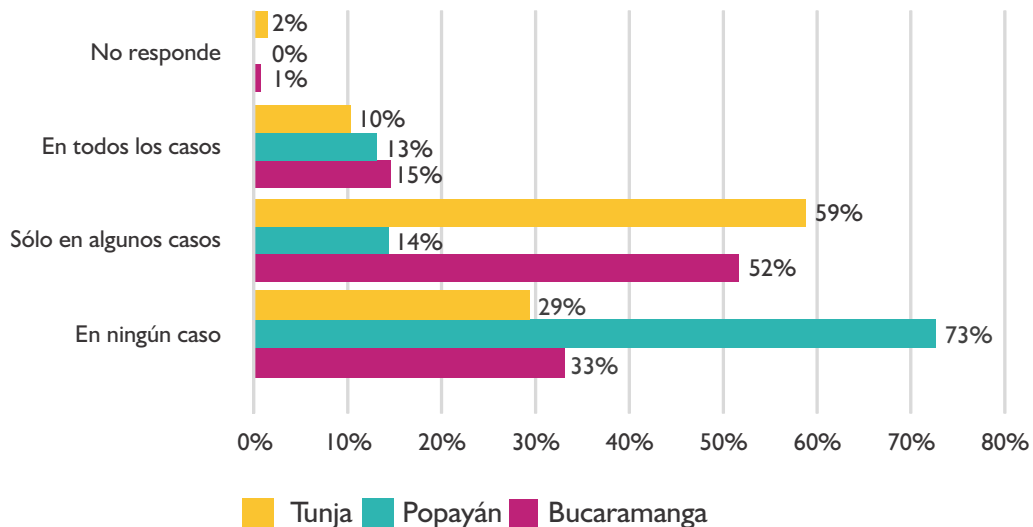
Las percepciones están asociadas con las valoraciones que tiene cada persona sobre el aborto, con preguntas que indagaron en qué tan de acuerdo o no están las personas con el aborto más allá del marco normativo.

¿Usted está o estaría de acuerdo con el aborto?:

Ante la pregunta sobre si estaría de acuerdo o no con el aborto la opinión estuvo dividida, el 43,8% de las personas encuestadas mencionó en ningún caso estar de acuerdo mientras que el 42,8% mencionó estar de acuerdo sólo en algunos casos y el 13,1% mencionó estar de acuerdo en todos los casos.

- Como lo muestra el gráfico 8 en la desagregación por ciudad nuevamente resalta el resultado de Popayán, allí el 72,6% de las personas encuestadas mencionó no estar de acuerdo con el aborto en ningún caso; el 33,1% en Bucaramanga y el 29,4% en Tunja.
- De esta manera, las diferencias significativas entre los resultados de Popayán y los de las otras ciudades parecen revelar un contexto influenciado por el estigma sumado al desconocimiento encontrado en la sección anterior.

Gráfico 9. Distribución porcentual de las respuestas sobre percepciones acerca de si estaría de acuerdo o no con el aborto según ciudad.



Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020

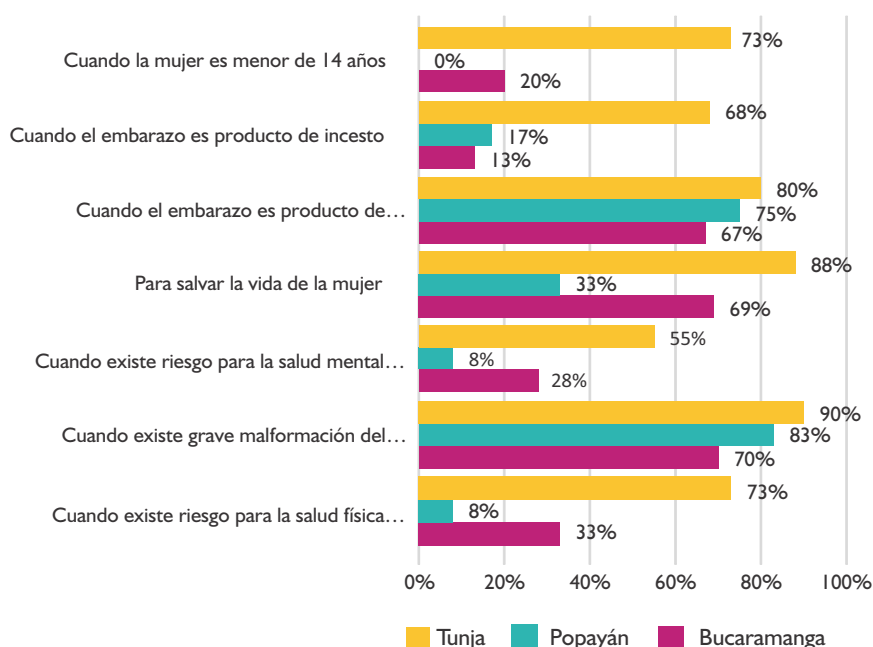
- Según sexo se destaca que el porcentaje de hombres que mencionaron estar de acuerdo con el aborto en todos los casos fue mayor (16,0%) respecto al de las mujeres (11,2%), aunque en el resto de opciones los porcentajes de respuestas tuvieron leves diferencias.
- De la desagregación por grupo etario es posible resaltar las diferencias marcadas entre el menor grupo etario y el resto. Las personas de entre 16 y 19 años fueron quienes más estuvieron de acuerdo con que el aborto sea legal en todos los casos (31,0%) en comparación con las personas de más de cincuenta años de edad, quienes fueron los que menos expresaron estar de acuerdo con el aborto en todos los casos (2,1%).

- A lo largo de cada una de las categorías de grupos de edad se encuentra que los porcentajes de las personas más jóvenes tienen diferencias considerables respecto a las personas de cincuenta años o más.

¿En qué casos estaría de acuerdo con el aborto?

- El 42,8% de las personas que contestaron estar de acuerdo con el aborto correspondió exactamente a 128 personas; a ellas se les mencionaron una serie de circunstancias para que eligieran en cuál o cuáles de estas estarían de acuerdo con el aborto.
- El 76,6% está de acuerdo con el aborto cuando existe una grave malformación del feto que haga inviable su vida; el 71,1% está de acuerdo para salvar la vida de la mujer, el 70,3% cuando el embarazo es producto de una violación; el 43% cuando existe riesgo para la salud física de la mujer, el 34,4% cuando existe riesgo para la salud mental de la mujer; el 33,6% cuando la mujer es menor de 14 años (en cuyo caso se presume la violación dada la edad de la mujer), el 29,7% mencionó estar de acuerdo cuando el embarazo es producto de incesto.
- De esta manera, tal como ocurrió con los resultados de los conocimientos sobre el marco legal del aborto, las causales menos reconocidas por una opinión a favor fueron cuando el embarazo es producto de incesto y cuando corre riesgo la salud mental de las mujeres.
- Los datos de Popayán con respecto a las otras dos ciudades muestran un menor porcentaje de personas que están o estarían de acuerdo con el aborto para salvar la vida de la mujer (33,3%), frente a 87,5% en Tunja y 69,3% en Bucaramanga (Gráfico 10).
- Igualmente, mientras que ninguna persona en Popayán estuvo de acuerdo con el aborto cuando la mujer es menor de 14 años y por ende se presume violación, en Bucaramanga fue el 20% y en Tunja, el más alto, con el 72,5%.

Gráfico 10. Distribución porcentual de las causales con las que estaría de acuerdo con el aborto, según ciudad.



Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020



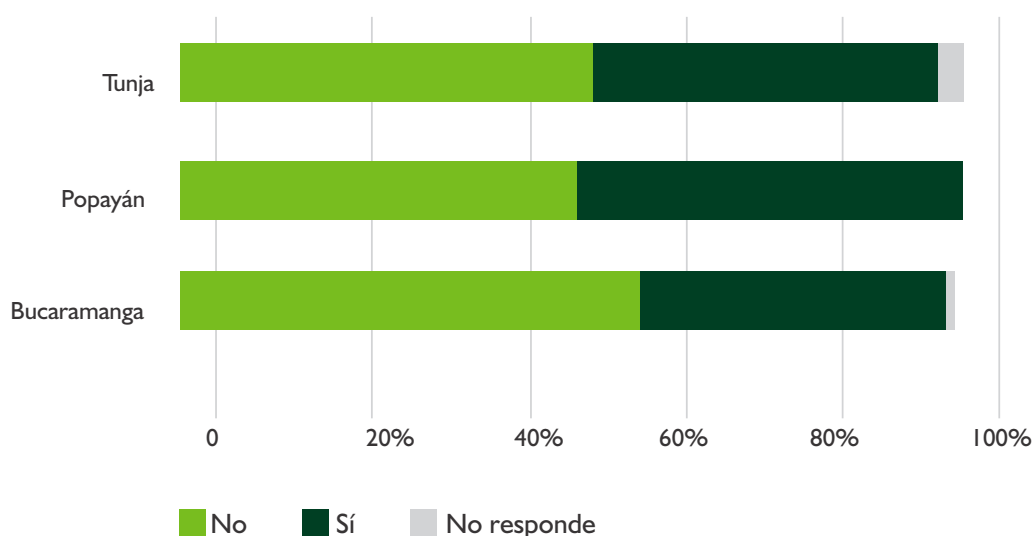
- La Tabla 5 permite evidenciar marcadas diferencias entre hombres y mujeres con respecto a las tres causales: para salvar la vida de la mujer, cuando el embarazo es producto de violación y cuando el embarazo es producto de incesto.
- El porcentaje de hombres llegó a ser de hasta 25 puntos porcentuales por encima del de las mujeres, estas últimas se mostraron menos de acuerdo con el aborto en esos casos. El 86,3% de los hombres están de acuerdo con el aborto cuando el embarazo es resultado de una violación, en cambio el 61,8% de las mujeres mencionaron lo mismo.
- Finalmente y en coherencia con los resultados antes mostrados, el análisis por grupos etarios muestra que las personas más jóvenes, entre 16 y 19 años, más del 80% están de acuerdo con el aborto para salvar la vida de la mujer, frente al 54,5% de las mayores de 50 años.

¿Considera que sus creencias religiosas inciden en su percepción sobre el aborto?

Al indagar acerca de si las personas consideran que sus creencias tienen que ver con sus percepciones sobre el aborto, el 56% contestaron que no, el 43% mencionaron que sí y el 3% prefirieron no contestar.

- Las diferencias entre cada una de las tres ciudades fueron leves y la mayoría de personas mencionó que sus creencias no influenciaban su percepción sobre el aborto. El 59,9% de las personas en Bucaramanga mencionaron que la religión no incidía en sus percepciones sobre el aborto, Popayán un 51,2% y Tunja un 52,9%. En este caso, como lo muestra el Gráfico 11, Popayán tuvo un porcentaje levemente inferior al resto de las ciudades.

Gráfico 11. Distribución porcentual con respecto a si la religión incide o no en las percepciones personales sobre el aborto según ciudad.

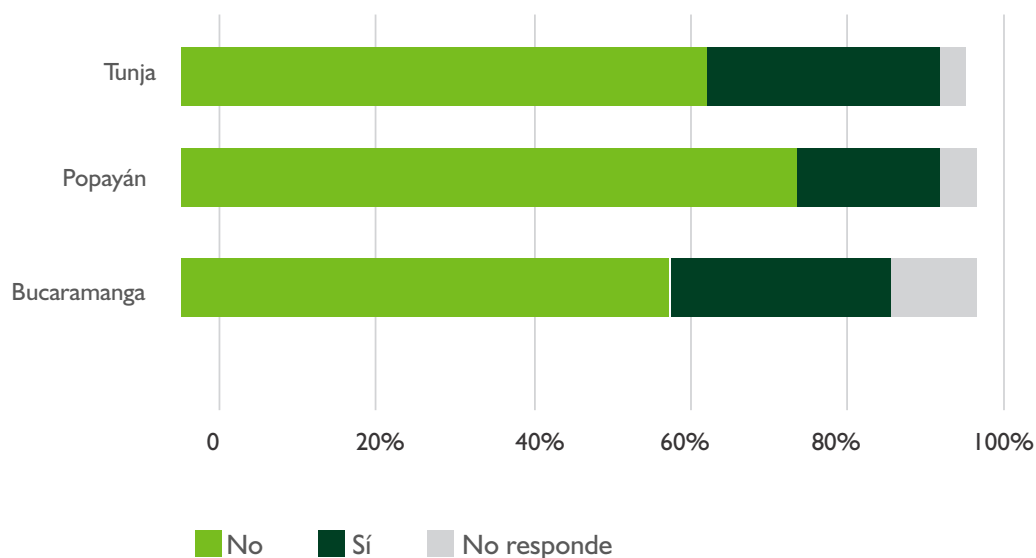


- Según sexo, más hombres mencionaron que la religión no tiene influencia en sus percepciones sobre el aborto, aunque la diferencia respecto a la respuesta de las mujeres es de apenas cinco puntos porcentuales.
- De las respuestas entre grupos etarios sobresale que solo un 23,8% de las personas entre 16 y 19 años sostuvieron que sus creencias si los influncian en sus percepciones sobre el aborto, versus el 63,8% de personas mayores de cincuenta que mencionaron lo mismo.

¿Usted estaría dispuesta/o a acompañar a alguien que busca hacerse un aborto?

- En general, el 67% de las personas mencionó que no acompañarían a una persona que desee abortar, el 26% de las personas mencionó que sí y el 7% prefirió no responder.
- Según ciudad, Popayán tuvo el porcentaje mayoritario de personas que mencionaron que no acompañarían a una persona a realizarse un aborto (77,4%) seguido de Tunja (66,2%) y luego de Bucaramanga (61,4%) (Gráfico 12).

Gráfico 12. Distribución porcentual con respecto a si estaría dispuesto a acompañar a una mujer a realizarse un aborto según ciudad.



Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020

- Según sexo, las diferencias entre hombres y mujeres son de 6 puntos porcentuales. Los hombres tuvieron un mayor porcentaje (29,4%) de estar de acuerdo con ir a acompañar a una persona que desea hacerse un aborto, frente al porcentaje de las mujeres (23,0%).
- Siendo consistentes con el estigma sobre el aborto presente que parece evidenciar los resultados del sondeo, a excepción de las personas entre 16 y 19 años, más del 61,4%, tanto por ciudad, edad y sexo, mencionaron que no accederían a acompañar a una persona a abortar.

La Tabla 5 resume las respuestas de la sección de percepciones sobre el aborto según ciudad, sexo y grupo de edad

Tabla 5. Percepciones sobre el aborto según ciudad, sexo y grupo de edad.

| Preguntas/variables | Ciudad | | | Sexo | | Grupo de edad | | | | | Total |
|---|---------|---------|-------|--------|-------|---------------|-------|-------|-------|----------|-------|
| | B/manga | Popayán | Tunja | Hombre | Mujer | 16-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50 y más | |
| Usted está o estaría de acuerdo con el aborto: | | | | | | | | | | | |
| En ningún caso | 33,1 | 72,6 | 29,4 | 41,2 | 44,9 | 11,9 | 42,3 | 51,6 | 57,5 | 51,1 | 43,4 |
| Sólo en algunos casos | 51,7 | 14,3 | 58,8 | 42,9 | 42,7 | 52,4 | 38,5 | 45,3 | 35,0 | 46,8 | 42,8 |
| En todos los casos | 14,5 | 13,1 | 10,3 | 16,0 | 11,2 | 31,0 | 19,2 | 3,1 | 7,5 | 2,1 | 13,1 |
| No responde | 0,7 | 0,0 | 1,5 | 0,0 | 1,1 | 4,8 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,7 |
| Número de casos (n) | 42 | 104 | 64 | 40 | 47 | 119 | 178 | 145 | 84 | 68 | 297 |
| En qué casos estaría de acuerdo con el aborto: | | | | | | | | | | | |
| Cuando existe grave malformación del feto que haga inviable su vida. | 70,7 | 83,3 | 90,0 | 84,3 | 73,7 | 77,3 | 67,5 | 93,1 | 71,4 | 81,8 | 78,0 |
| Para salvar la vida de la mujer | 69,3 | 33,3 | 87,5 | 80,4 | 65,8 | 81,8 | 67,5 | 75,9 | 85,7 | 54,5 | 71,7 |
| Cuando el embarazo es producto de violación | 66,7 | 75,0 | 80,0 | 86,3 | 61,8 | 77,3 | 72,5 | 82,8 | 64,3 | 54,5 | 71,7 |
| Cuando existe riesgo para la salud física | 33,3 | 8,3 | 72,5 | 47,1 | 40,8 | 45,5 | 40,0 | 44,8 | 50,0 | 40,9 | 43,3 |
| Cuando existe riesgo para la salud mental | 28,0 | 8,3 | 55,0 | 39,2 | 31,6 | 45,5 | 30,0 | 37,9 | 21,4 | 36,4 | 34,6 |
| Cuando la mujer es menor de 14 años (en cuyo caso se presume la violación dada la edad de la mujer) | 20,0 | 0,0 | 72,5 | 33,3 | 35,5 | 9,1 | 50,0 | 37,9 | 21,4 | 36,4 | 34,6 |
| Cuando el embarazo es producto de incesto | 13,3 | 16,7 | 67,5 | 37,3 | 26,3 | 27,3 | 35,0 | 31,0 | 28,6 | 27,3 | 30,7 |
| Número de casos (n) | 75 | 12 | 40 | 51 | 76 | 22 | 40 | 29 | 14 | 22 | 127 |
| ¿Considera que sus creencias religiosas inciden en su percepción sobre el aborto? | | | | | | | | | | | |
| No | 59,3 | 51,2 | 52,9 | 58,8 | 53,4 | 71,4 | 66,3 | 51,6 | 40,0 | 36,2 | 55,6 |
| Sí | 39,3 | 48,8 | 44,1 | 40,3 | 44,9 | 23,8 | 31,7 | 48,4 | 60,0 | 63,8 | 43,1 |
| No responde | 1,4 | 0,0 | 2,9 | 0,8 | 1,7 | 4,8 | 1,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,3 |
| ¿Usted estaría dispuesta/o a acompañar a alguien que busca hacerse un aborto? | | | | | | | | | | | |
| No | 61,4 | 77,4 | 66,2 | 62,2 | 70,2 | 28,6 | 67,3 | 73,4 | 82,5 | 78,7 | 67,0 |
| Sí | 28,3 | 17,9 | 29,4 | 29,4 | 23,0 | 54,8 | 27,9 | 21,9 | 7,5 | 14,9 | 25,6 |
| No responde | 10,3 | 4,8 | 4,4 | 8,4 | 6,7 | 16,7 | 4,8 | 4,7 | 10,0 | 6,4 | 7,4 |
| Número de casos (n) | 42 | 104 | 64 | 40 | 47 | 119 | 178 | 145 | 84 | 68 | 297 |

Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020



Popayán. Se hace necesario subrayar, tanto en conocimientos como en percepciones, los resultados sobre la salud mental e incesto que evidencian una fuerte restricción frente a la comprensión de la salud y dejan un interrogante acerca de cómo se entienden las situaciones de incesto en los territorios.

A pesar del marco legislativo y del tiempo que ha transcurrido desde que se pronunció la sentencia, la mayoría de las personas siguen desconociendo las causales, la posibilidad de solicitar un aborto en cualquier momento de la edad gestacional y los lugares donde pueden hacerse un aborto seguro. De manera similar, los conocimientos sobre el aborto parecen estar influenciados por las percepciones que tienen las personas sobre el tema, ya que gran parte de los resultados de la segunda sección son consistentes con los hallazgos presentados en la primera sección. La suma del desconocimiento y el estigma se reafirman como parte de las barreras más importantes que enfrentan las personas para acceder a procedimientos de aborto seguro y a la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos.

Necesidades para acceder al aborto seguro

El análisis cualitativo permitió la identificación de necesidades y oportunidades en el acceso al aborto seguro en las ciudades de la investigación. En una primera sección, se presentan las necesidades para el acceso al aborto seguro, clasificadas con base en el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como:

- 1) Necesidades relacionadas con el contexto socioeconómico y político;
- 2) Necesidades relacionadas con la posición de las personas en la estructura social (o con los ejes desigualdad) y
- 3) Necesidades relacionadas específicamente con la prestación del servicio.

En la segunda sección, se presentan las oportunidades en el acceso al aborto según los acuerdos más frecuentes entre los participantes de la investigación, y a tres niveles específicos a:

- 1) La existencia de colectivos y organizaciones de mujeres que trabajan en el tema;
- 2) La disponibilidad de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con el servicio de aborto y de entrenamiento adecuado y sensible del talento humano en salud; y
- 3) El marco legal e implementación de políticas públicas para el acceso al aborto seguro en el ámbito local.

Entre los hallazgos que se presentan a continuación, es importante destacar que al hablar en términos de necesidades en lugar de barreras, las mujeres se ubicaron en el centro de la discusión con toda su diversidad y su contexto, con lo cual se posibilitó la identificación de una gama más amplia de cosas que para las personas se interponen entre la situación actual y la deseada.

Al respecto, fue interesante notar cómo cambiaron las respuestas de las mujeres cuando se les preguntó por barreras, en contraste a cuando se les preguntó por necesidades. Las barreras fueron rápidamente asociadas con el personal y el trato digno, con las aseguradoras y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), mientras que las necesidades les permitieron centrar la reflexión en las personas y mencionar asuntos diversos, como la voluntad política y los valores culturales dominantes sobre lo que deberían ser las mujeres, los enfoques diferenciales, el acompañamiento, la información y un asunto de especial

importancia para comprender la persistencia en la práctica de abortos inseguros: la necesidad de confidencialidad que aleja especialmente a las personas más jóvenes de hacer uso de los servicios de aborto disponibles.

La Tabla 6 resume las necesidades para el acceso al aborto seguro identificadas durante la implementación de esta investigación. Es importante aclarar que las necesidades identificadas fueron clasificadas de acuerdo a las tres categorías empleadas para el análisis.

Tabla 6. Necesidades para el acceso al aborto seguro relacionadas con el contexto socio-político, la desigualdad y los servicios de salud.

| Categoría | Necesidades |
|--|---|
| Relacionadas con el contexto socio-político | Eliminar el tabú y normalizar la discusión pública sobre el acceso al aborto seguro. |
| | Imágenes alternativas y diversas para ampliar el referente de lo que significa ser mujer. |
| | Acceso a información de calidad sobre el estatus de derecho del aborto en las tres causales. |
| | Educación sexual integral para toda la población y desde tempranas edades. |
| | Seguimiento y control de las autoridades públicas al cumplimiento del marco legal. Reconocimiento social, participación política de las mujeres y voluntad política para incluir sus necesidades específicas (como el acceso al aborto seguro) en las agendas gubernamentales locales. |
| Relacionadas con los ejes de desigualdad | Reconocimiento social de la autonomía y derechos de niñas, niños y adolescentes , así como ajustes razonables para tomar decisiones. |
| | Reconocimiento social de las personas indígenas e incorporación de enfoques interculturales. |
| | Reconocimiento social de las personas trans y no binarias con necesidad del servicio de aborto. |
| | Reconocimiento del derecho al acceso a salud y aborto de las mujeres migrantes y refugiadas . |
| | Ajustes razonables para informar y apoyar la toma de decisiones de personas con discapacidad (motora, cognitiva e intelectual, etc.). |
| Relacionadas con la prestación del servicio de salud | Difusión de la oferta del servicio de aborto de manera masiva , clara y libre de cualquier estigma (conocimiento). |
| | Talento humano en salud con capacidad y destrezas para atender poblaciones vulnerables y en mayor desventaja social. |
| | Apoyos para reducir las barreras económicas. |
| | Acceso temprano al aborto farmacológico (celeridad en la respuesta). |
| | Monitoreo de la calidad, seguridad y eficiencia en la atención del aborto. |
| | Cumplimiento de protocolos internacionales y nacionales para la atención del aborto seguro. |
| | Uso adecuado de las técnicas para la realización del aborto. |
| | Empatía y trato digno en la prestación del servicio de aborto antes, durante y después. |
| | Control a la objeción de conciencia. |
| | Acceso a abortos en edades gestacionales avanzadas a nivel local. Confidencialidad en la prestación del servicio de salud. Aborto en casa. |

Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020



Necesidades relacionadas con el contexto socio-político

“Aquí está más normalizado hablar del diablo, que del aborto”
Participante grupo focal, Popayán

Tanto en las entrevistas con personas expertas en el tema, como en los grupos focales con mujeres en edad reproductiva sin conocimiento experto, obtener cambios en el contexto socioeconómico y político en el que viven, fue señalado como la necesidad más apremiante para hacer del aborto una práctica segura. De acuerdo a los discursos de las participantes, las tres ciudades de la investigación tienen en común el carácter religioso, siendo este más visible en Popayán, “la ciudad blanca”, reconocida como ciudad religiosa en todo el país.

Así mismo, las participantes señalaron constantemente que consideran que hay una relación directa entre el carácter religioso y los comportamientos que se imponen como apropiados para las mujeres, entre los que se exalta su función de madres y cuidadoras. A partir de esta exaltación y pese a su estatus de derecho en ciertas circunstancias, el aborto se convierte en un *tabú*. Como tal, entraña una prohibición cuya ruptura supone, a su vez, un castigo, incluso, para las mujeres que sufren un aborto natural o espontáneo; mucho más para aquellas que tienen un aborto inducido o voluntario.

Así, a más de una década de su despenalización parcial, las mujeres de las tres ciudades que participaron en grupos focales y entrevistas dieron cuenta de casos en los que se pretendió judicializar o castigar penalmente a quienes solicitaron el servicio de aborto. Aunque la Corte Constitucional ha declarado exequible el artículo 122 del Código Penal (por el cual se tipifica como delito al aborto cuando no se ajusta a las tres causales contenidas en la Sentencia de Constitucionalidad C-355), para algunas de las mujeres expertas entrevistadas, este es un artículo que genera confusión entre la población y las autoridades públicas y que impide que se pueda hablar abiertamente de aborto en las comunidades.

Normalizar la discusión sobre el aborto fue señalada de manera generalizada como una necesidad para que la práctica de este tipo de abortos sea una cuestión de preferencia y no de resguardo frente al señalamiento o la criminalización. Al respecto, vale la pena anotar que la discusión sobre cuál es la manera correcta o más útil de referirse a la práctica está abierta: ¿aborto o “Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)”?

En Profamilia, el término “aborto” ha sido empleado para dinamizar las conversaciones durante las actividades de recolección de información. A pesar de esto, en muchos casos las mujeres respondieron a las preguntas planteadas haciendo uso del término “Interrupción Voluntaria del Embarazo” o simplemente “IVE”, e incluso resaltando que este es más preciso, más expresivo del carácter voluntario que tiene (el aborto inducido) y más fácil de utilizar en aquellos contextos en donde la oposición es más fuerte.

Para hacer del aborto una práctica segura y abonar el terreno en el que hablar del mismo no sea un tabú, la **educación integral para la sexualidad y la difusión de la información de calidad** fueron consideradas unánimemente como necesidades urgentes. En Colombia, educar de manera integral para la sexualidad es un deber del Estado desde 1993 (Resolución 3353 de 1993 del Ministerio de Educación Nacional, ratificada por la Ley 115 de 1994). Asimismo, la Sentencia de Tutela 627 de

2012, obliga a los funcionarios públicos a informar sobre el aborto y todas las causales por las cuales se permite. Sin embargo, la percepción es que estas medidas no se cumplen.

De hecho, fue planteado por algunas de las participantes que las instituciones educativas no sólo no cumplen con la tarea de educar para el ejercicio sano, pleno y responsable de la sexualidad (lo que podría contribuir a que las mujeres no llegaran al punto de necesitar un aborto), sino que desinforman deliberadamente sobre el tema. Especialmente, en los colegios privados de carácter religioso, que fueron considerados como los de más alta calidad por las mujeres de las tres ciudades. La exposición a contenido explícito y anacrónico para disuadir sobre el aborto, fue relatada por las participantes como una experiencia en su paso por el colegio y que se sigue presentando en la actualidad.

La deficiencia en programas de educación integral para la sexualidad y la poca difusión de información de calidad sobre los derechos sexuales y reproductivos fueron atribuidos a la falta de **seguimiento y control** por parte de las autoridades públicas, y a la falta de **voluntad política** para sacar este tipo de temas adelante en la agenda pública de las ciudades. Al ubicar todas estas necesidades como asociadas al contexto, esto puede ser interpretado como un reflejo del bajo reconocimiento que se otorga socialmente a las mujeres y a sus necesidades sanitarias particulares, así como de su falta de representación en los espacios en los que se toman las decisiones que las afectan. Las necesidades aquí planteadas pueden entenderse como generales, compartidas por las mujeres como población. Pero hay grupos dentro de esta población en las que se presentan necesidades de manera más urgente o específicas, como se presenta a continuación.

Necesidades de acuerdo a la desigualdad social

“Si no hay un trato humano y digno para los, entre comillas, normales, ahora imagínese pues para algunas personas que tienen una condición diferente, que tienen un lenguaje diferente, que se sienten y que quieren ser tratados como ellos se sienten”.

Participante, grupo focal Popayán

El contexto en el que las personas viven influye en su salud y en la realización de sus derechos. Sin embargo, incluso en contextos favorables al acceso al aborto seguro, debe tenerse en cuenta que no todas las mujeres y personas con posibilidad de gestar comparten las mismas necesidades. En efecto, dentro de un mismo territorio o grupo pueden haber grandes diferencias en el estado y en el acceso a la salud de las personas, producto de las desventajas sociales a las que han sido sometidas históricamente (OMS, 2008).

En otras palabras, si bien como grupo social las mujeres comparten una historia de exclusión social y discriminación, estas son experimentadas de manera diferente a nivel individual, en función de la articulación del sistema sexo/género con otros ejes de desigualdad (como la clase, la edad, la etnia o la identidad de género). Por esta razón, algunas mujeres presentan unas necesidades sanitarias aún más específicas. En esta sección, se presentan aquellas necesidades que se relacionaron con el acceso al aborto seguro y se agrupan de acuerdo a los ejes de desigualdad identificados por las mujeres que participaron en las entrevistas y grupos focales de discusión, siendo la edad y la etnia los ejes de desigualdad más destacados.



Necesidades de las niñas y adolescentes

En términos generales, para las tres ciudades en las que se realizó la investigación, tanto para personas con conocimiento experto como para aquellas que no, existe acuerdo respecto a que las niñas y adolescentes tienen unas necesidades específicas para acceder al aborto de manera segura. Estas necesidades se relacionan fundamentalmente con: 1) el desconocimiento que tienen de sus derechos sexuales y reproductivos y de manera particular del derecho al aborto; 2) la falta de reconocimiento como personas con capacidad para tomar sus propias decisiones y 3) la preferencia que tienen de ocultar el aborto del conocimiento de las personas que les cuidan, incluso en aquellos casos en los que se cuenta con la información necesaria para tomar la decisión y ejercer el derecho.

En lo que respecta al desconocimiento del aborto como un derecho en tres causales, la falta de **educación integral en sexualidad** vuelve a ocupar un lugar protagónico entre lo que las personas señalaron como necesidades para acceder a abortos seguros e, incluso, para no necesitarlos. Así, cuando esta educación no se da, no sólo se expone a las niñas a embarazos indeseados que podrían terminar en abortos, sino también a abortos que podrían ser inseguros para su salud y sus vidas. Para las participantes, como parte de una educación integral para la sexualidad, es necesario que se incluyan **criterios de equidad de género**, de manera que también los niños y los jóvenes asuman la responsabilidad de cuidado frente a los embarazos no deseados y las implicaciones que puede tener un aborto cuando éste no se practica de manera segura. Esto último es de especial importancia para algunas de las mujeres expertas, quienes mencionaron la existencia de prácticas e imaginarios de riesgo para la salud de las mujeres más jóvenes, como que los niños entreguen a las niñas píldoras abortivas después de una relación sexual sin protección, y la percepción de esto como un gesto de amor.

Además de desconocimiento e imaginarios que ponen en riesgo a niñas y adolescentes, la edad también implica **para esta población falta de reconocimiento social como personas con capacidad de tomar decisiones**. Esto limita el ejercicio de sus derechos incluso en los casos en los que los conocen. Las entidades prestadoras del servicio incurren en esta falla cuando –haciendo caso omiso de la normatividad al respecto—solicitan el consentimiento de los padres como un requisito a las niñas o adolescentes (menores de 18 años de edad) que demandan un aborto o cuando omiten deliberadamente contemplar que todo embarazo en menor de 14 años debe ser asumido como producto de una violación y, por tanto, como susceptible de ser interrumpido por decisión de la niña.

De forma similar, también se resta agencia y reconocimiento a las niñas y adolescentes cuando se ejerce presión sobre ellas para que aborten, aludiendo a su edad y sin dejar espacio a que sean ellas quienes examinen y tomen la decisión. Este fue un punto de especial discusión durante los grupos focales y permitió identificar una tensión con relación al aborto y el embarazo en la adolescencia: aunque el aborto se sataniza, hay casos - como el de las niñas - en los que está peor visto el embarazo⁶. Ello hace que exista cierta condescendencia con ellas al momento de requerir un aborto, pero también que se las obligue a optar por esta decisión, incluso sin que para ello medie una coacción directa, como fue expuesto por una de las participantes durante la discusión en un grupo focal:

6. Esto también podría explorarse para las mujeres con discapacidad y para los hombres trans.

¿Pero realmente hasta qué punto es una decisión que tome la mujer, haciendo como uso de sus derechos?, porque muchas veces las niñas adolescentes o ya adultas jóvenes, toman la decisión de abortar pensando: 'si me ven embarazada, soy la vergüenza de la familia, los vecinos qué van a decir'. Entonces es como: 'si aborto, pues que nadie se entere porque lo peor pues es peor', tanto no porque no quiera ser mamá, sino porque es que si me embarazo va a ser lo peor, ¿esto hasta qué punto es que la mujer realmente está tomando la decisión?

Participante grupo focal, Tunja

En estrecha relación con las cuestiones planteadas hasta el momento, otro asunto a considerar para el acceso al aborto seguro de niñas y adolescentes, es su necesidad de **confidencialidad**. Aunque esta no es una necesidad exclusiva de esta población, tiene para la misma unas características específicas, en razón de la fuerte vigilancia social que se le dirige. Así, someterse a un procedimiento de aborto alejadas de esta vigilancia puede resultar muy difícil para las niñas y adolescentes, sobre todo cuando viven en zonas distantes de los centros de salud. El temor a que el secreto no sea preservado, hace que muchas prescindan de buscar el servicio en estos centros, con lo que se exponen a procedimientos inseguros y dolorosos. Adicionalmente, debido a su dependencia económica, la falta de recursos puede empujar a las niñas y adolescentes a realizarse abortos por sí mismas, con los riesgos para la salud que esto puede implicar.

Así, mientras que las mujeres jóvenes y de más edad gozan de mayor autonomía física, económica e incluso política (toma de decisiones) para acceder al aborto y encuentran soluciones a las barreras a través de colectivos o redes de mujeres, las niñas no cuentan con opciones semejantes en los espacios físicos y sociales que generalmente ocupan. Asimismo, la falta de acceso a educación integral a sexualidad que puede llevar a prácticas sexuales inseguras; el tabú respecto al aborto y la clandestinidad que deviene en necesidad en razón de ese tabú; pero también la dependencia y el desconocimiento respecto a los derechos con los que cuentan, se conjugan para dar lugar a prácticas en las que la salud y las vidas de las niñas se ponen en riesgo.

Las necesidades de las mujeres indígenas

La etnia fue otra de las variables principales discutidas durante los grupos focales como eje de desigualdad que incide en que se presenten unas necesidades específicas para el acceso al aborto seguro. Esto se evidenció de manera particular para las mujeres que hacen parte de los pueblos indígenas, que tienen presencia significativa en Popayán.

Durante entrevistas y grupos focales se evidenció una fuerte tensión entre la mirada occidental y la mirada de los pueblos originarios frente al tema del acceso al aborto seguro. Tal como fue explicado por una participante indígena del pueblo Nasa, encargada del tema del aborto en la EPS indígena, en las **comunidades indígenas** se trabaja de acuerdo a lo establecido por la Sentencia C-355. Sin embargo, la causal salud dentro de la que se incluye la salud mental y social, es motivo permanente de debate, así como también la inclusión de una dimensión de gran importancia para las comunidades indígenas: la espiritual.

Por ello, en el Cauca, departamento del que Popayán es ciudad capital, las Entidades Promotoras de Salud Indígena (EPSI) cuentan con un comité encargado de revisar las solicitudes que las mujeres hacen del procedimiento antes de autorizarlo. Esto va en contra de la normatividad vigente respecto al derecho



al aborto para todas las mujeres, siempre que se enmarque en alguna de las causales despenalizadas por la Corte Constitucional. Sin embargo, desde la mirada indígena, el comité es considerado como la forma en la que se evita la “desarmonía” (afectaciones a los territorios) que provoca la realización de un aborto y no se considera como una vulneración a los derechos de las mujeres, bajo el supuesto de que la afectación a la salud mental o social es una “situación emergente” que se puede superar con el acompañamiento de las personas indicadas o con el apoyo económico en dinero o en especie. A ello se suma la preponderancia que tiene lo colectivo sobre lo individual para los pueblos indígenas en su proceso de resistencia como minoría étnica y como pueblo históricamente vulnerado. Tal como se puede observar en el siguiente fragmento, dentro de este proceso de resistencia, la supervivencia de los pueblos indígenas está fuertemente asociada a la fertilidad y al trabajo reproductivo de las mujeres, frente a lo cual el aborto es visto como una amenaza y la reivindicación del derecho de las mujeres a abortar es interpretada como discurso que lo promueve.

“Yo hablo desde mi sentir nasa, desde mi sentir como mujer y que a veces uno siente que se han vulnerado derechos de la población y sabemos que es una población minoritaria, que obviamente si la empezamos a revisar, pues, al paso que vamos... pongo un ejemplo: mi resguardo son siete mil habitantes; si de esos siete mil habitantes, las mujeres que están dentro de la edad fértil nos empiezan a solicitar una IVE [Interrupción Voluntaria del Embarazo] ¿qué va a ser de la población indígena de aquí a unos dos años?”
Participante grupo focal, Popayán

Teniendo en cuenta este tipo de preocupaciones, es posible que sea más fuerte para las mujeres indígenas la necesidad de preservar su decisión de la injerencia de la colectividad, así como **contar con el apoyo necesario** (económico, pero también psicológico y jurídico) para tomar y llevar a cabo sus decisiones individuales. De forma semejante al grupo poblacional conformado por las niñas y adolescentes, la preponderancia de las decisiones de otros sobre la propia o individual, puede alejar a las mujeres indígenas de recurrir al sistema de salud y de acceder a abortos seguros, más aún cuando su solicitud pasa por un comité evaluador.

Durante las discusiones, un punto de acuerdo entre las miradas indígena y occidental, se encontró en la necesidad de **educación integral para sexualidad con enfoque intercultural** y de acceso a métodos anticonceptivos. Aunque en algunas comunidades indígenas puede haber resistencia frente a esto último, durante el grupo focal la postura fue que esta educación y este acceso, pueden permitir a las mujeres decidir la maternidad y ejercerla a voluntad, lo que contribuye a la armonía de la comunidad, ya que ningún individuo está desvinculado de la colectividad. Sin embargo, la tensión entre ambas miradas o cosmovisiones está lejos de resolverse y es de señalar que actualmente los pueblos indígenas están en el proceso de la implementación del Sistema de Salud Propio e Intercultural (SISPI) al que por norma tienen derecho (Decreto 1953 de 2014).

Las necesidades de mujeres migrantes

Debido al contexto de crisis migratoria venezolana, el acceso de las mujeres migrantes al aborto seguro fue un asunto sobre el que también se hizo énfasis durante los grupos focales y entrevistas, sobre todo en la ciudad de Bucaramanga, en la que la presencia de esta población es más fuerte.

Las conversaciones se orientaron a señalar el marco restrictivo frente al aborto existente en el país de origen de las migrantes (Venezuela) y en el efecto que esto tiene: muchas de las migrantes desconocen el carácter de derecho que el aborto tiene en Colombia en tres causales. Entre las necesidades específicas, también emergió la migración como determinante del aborto seguro, siendo el estatus de migrante una barrera de acceso al mismo. En Bucaramanga se señaló que el servicio es negado incluso en los casos socialmente más aceptados para el aborto (malformación, riesgo para la vida de la mujer o violación) y que sólo una entidad (Profamilia) está prestando el servicio porque puede cargarlo a un proyecto financiado con dinero de donantes externos, lo que supone un riesgo en términos de la permanencia que el proyecto y la financiación podrían tener.

Necesidades según la clase social, la discapacidad y la identidad de género

Aunque mencionados en menor medida, la clase social, la discapacidad y la identidad de género fueron otros de los ejes de desigualdad señalados por las participantes como determinantes de la existencia de necesidades específicas para el acceso al aborto seguro. En los discursos de las participantes, la clase social fue entendida en términos de una jerarquía en la que las personas se posicionan de **acuerdo a su ingreso económico y su nivel educativo**. Se consideró que las mujeres con menos ingresos y educación tienen una necesidad de asesoría y acompañamiento más fuerte al momento de ejercer y hacer respetar su derecho al aborto. Las mujeres más alejadas de la cabecera municipal, fueron constantemente mencionadas como las mujeres con mayores necesidades sin suplir para el acceso al aborto seguro; entre estas necesidades emergieron las actividades extramurales, brigadas móviles y visitas domiciliarias para evitar los costos del traslado y difusión de información básica sobre salud sexual y reproductiva.

Además, en vista de las restricciones económicas con las que cuentan y que les impiden acceder de manera particular a un aborto seguro, la necesidad de oferta de servicios por parte de las autoridades del sector salud se hace más evidente, sobre todo en lo que respecta a la supervisión de la falsa objeción de conciencia por parte de algunos médicos, que objetan en las instituciones prestadoras de salud públicas, pero que hacen el procedimiento en su consultorio privado, tal como fue señalado por algunas de las participantes de las entrevistas (informantes clave o expertas).

Frente a las necesidades específicas para el acceso al aborto en razón de la **discapacidad** y la identidad de género no binaria, llama la atención que fueron asuntos que emergieron durante las conversaciones en los grupos focales, pero sólo tangencialmente y en uno de tres casos, en las conversaciones con personas expertas. En este sentido, cobra relevancia la necesidad de visibilizar a ambas poblaciones, como susceptibles de requerir el derecho al aborto. Al respecto, vale la pena señalar que para la mayoría de las participantes fue nueva la idea de que pudiera haber **hombres (trans) o personas no binarias** con necesidad de acceso a este procedimiento. Aunado a esto, se mencionó la necesidad de contar con personal capacitado para responder a sus derechos y a la demanda del servicio, pero también con la sensibilidad para prestarlo con calidad.



Necesidades según los servicios de salud

“Aquí es una doble moral a carta abierta, usted va y mira los contratos de las aseguradoras y todas dicen que con la Clínica X ya está contratado el servicio, que hay servicio. Pero uno va a la realidad y no lo hacen. Exclusivamente han hecho como dos para aquellos que tienen malformaciones, no más, de resto eso es un mito”.

Participante Entrevista Bucaramanga

Las necesidades para el aborto seguro relacionadas con la forma en la que se presta el servicio fueron las más mencionadas durante los grupos focales y entrevistas. Estas no se limitaron al momento del procedimiento propiamente dicho, sino que también abarcaron cuestiones asociadas a la oferta del servicio y a otros momentos de la ruta de atención como la consulta inicial y el seguimiento. A continuación, se profundiza sobre esto en términos de la oferta y de las rutas.

Necesidades desde disponibilidad y oferta

Con relación a la disponibilidad de servicios, en las tres ciudades existen instituciones que prestan el servicio de aborto. Sin embargo, para las participantes, esta prestación se encuentra **limitada por la voluntad del personal de la salud**. Por esta razón fue constante la necesidad expresada por las participantes de que las EPS (Entidades Promotoras de Salud) no sólo contraten el servicio, sino que también lo auditen, en cumplimiento de su función como garantes del mismo. En estrecha relación con esto, se expresó la necesidad de que las autoridades del sector se encarguen de hacer un control al cumplimiento de sus propias directrices y protocolos y de sancionar de forma más contundente a las instituciones que no cumplen.

En Bucaramanga, llamó la atención la existencia de centros de alto nivel de complejidad con capacidad de realizar abortos en edades gestacionales avanzadas, pero que no los realizan. Al parecer, esta preocupación es compartida por Tunja y Popayán, en donde la ausencia de centros a los cuales acceder para la realización de este tipo de abortos aumenta los riesgos, los costos y las inequidades en el acceso para las mujeres que lo requieren. En lo que respecta a los procedimientos, fue también señalado el uso de **técnicas que ya se podrían reemplazar**, como la dilatación y el curetaje, cuando se cuenta con hospitales que tienen la tecnología necesaria para hacer el cambio hacia la AMEU (Aspiración Manual Endouterina) y el aborto farmacológico combinado (Mifepristona y Misoprostol).

Con relación a la oferta del servicio, vale la pena resaltar la percepción que las personas expertas tienen de Profamilia en las tres ciudades. En Bucaramanga, el papel que cumple la organización en la garantía del aborto como derecho se planteó como indispensable, hasta el punto de mencionar que, si no existiera Profamilia en la ciudad, este derecho no se podría ejercer realmente, pese a la existencia de un colectivo que trabaja fuertemente por el mismo (Fundación Mujer y Futuro). En Popayán, la lectura que se tiene de la organización es que se ha quedado rezagada respecto a la difusión de sus servicios y que ha sido otra la organización Mujer On la que ha ofertado los servicios adecuadamente. De Mujer On se destaca la cercanía que ha logrado con la población más joven a través de una página de web con información clara y completa, y la habilitación de vías de comunicación que permiten la interacción anónima, como el WhatsApp. En Tunja, la percepción sobre Profamilia es más moderada: se valora su presencia y el trabajo que se puede hacer con esta, aunque existe una organización

(Casa de la Mujer) que hace presión sobre las instituciones públicas para que el servicio sea prestado conforme a la normatividad.

Otra necesidad relacionada con la oferta del servicio fue la **difusión de forma clara, abierta y libre de estigma** del mismo. Esto porque el desconocimiento frente a la prestación del servicio y al estatus de derecho del aborto es generalizado. Para algunas mujeres, hacer difusión podría contribuir a eliminar el tabú respecto al aborto, pero la información sobre el tema no ha trascendido realmente el entorno médico: se informa al personal de la salud y se le capacita y por norma se informa a las mujeres gestantes que ingresan en las rutas de atención, pero hacia afuera y hacia toda la población, los mensajes son pocos y tímidos.

En Tunja, una de las participantes del grupo focal narró cómo solo hasta este año se había enterado de que el aborto estaba despenalizado, pese a asistir a una universidad (que tiene convenio con Profamilia) y a estudiar una carrera del área de la salud. Lo curioso respecto a la falta de difusión que se hace sobre el derecho al aborto y de los servicios existentes para acceder al mismo, es que, entre las personas más jóvenes, la información que sí fluye es la que contiene ideas falsas o la que remite a las personas a centros clandestinos en donde se realizan procedimientos poco seguros o se cobran grandes cantidades de dinero por inducir un aborto que deberá atenderse luego en el centro de salud.

La falta de difusión de información sobre los servicios que se prestan y a los que se tiene derecho pone a las mujeres y personas con posibilidad de gestar en una situación de riesgo al momento de requerir un aborto. En las tres ciudades, existen personas que aprovechan la necesidad del servicio de aborto para vender píldoras abortivas a alto costo, sin brindar ningún tipo de acompañamiento y sin proporcionar información de calidad. Por otro lado, también se mencionó el uso de estrategias por parte de fundamentalistas o personas que bloquean activamente el acceso de las mujeres a los servicios, como la disposición de números telefónicos anónimos con los que se hace creer a las mujeres que son una organización que les orientará en la búsqueda del servicio (a veces incluso se hacen pasar por Profamilia), para luego persuadirlas de no ejercer su derecho o someter a las mujeres a tratos que generan culpa o estigma. Por ejemplo, fue relatado que una mujer fue llevada a comprar ropa de bebé después de contactar uno de estos números anónimos y de encontrarse con quienes prometieron ayudarla.

Necesidades desde efectivas rutas de atención

Además de seguimiento y control para que la oferta del servicio sea real, y de difusión de información sobre la misma, las cuestiones expresadas por las mujeres como necesidades para el acceso al aborto seguro podrían resumirse en tres palabras: **empatía, celeridad y confidencialidad**. Empatía a lo largo de toda la ruta de atención, pero especialmente al momento de la consulta y la orientación, para que las mujeres tomen la decisión sin presiones y para que el personal médico (sea o no objetor) oriente hacia los lugares en los que el procedimiento se hace de la forma más segura; celeridad para dar respuesta a la demanda del servicio, de manera que no avancen las semanas gestacionales y con ello los riesgos; y confidencialidad para que no haya señalamiento ni intromisiones de otras personas en la decisión.

Muchas barreras se interponen para la satisfacción de estas necesidades y fueron identificadas por las mujeres como asuntos que les causan temor: desacato al marco legal por parte del personal de la salud, fallas administrativas que dilatan los procesos y malas prácticas del personal de la salud que



incluyen desconocimiento de todas las causales, abuso de la objeción de conciencia, **uso de técnicas inadecuadas para “castigar”** a quien aborta, malos tratos a las mujeres que abortan y presión sobre las mujeres para persuadirlas de su decisión, quebrantamiento de la confidencialidad, etc.

“Son todos esos miedos, los que hacen que uno recurra a lo clandestino, porque uno lo que quiere es solucionar el problema así (chasquea los dedos), de inmediatez, “por favor, solucióneme esto”, ¿sí? Entonces, todo eso es lo que hace que uno conozca más lo clandestino ilegal que lo legal, porque lo legal va a pedir papeles, le va a pedir que vaya a un lado y al otro, y que absolutamente todo el personal médico se entere que tú quieres abortar, entonces desde la enfermera hasta el celador ya te miran como raro”.

Participante grupo focal Tunja

Para la mayoría de las mujeres, la **capacitación del personal de la salud** es la herramienta principal para conseguir que estas necesidades interrelacionadas (empatía, celeridad y confidencialidad) sean cubiertas. Sin embargo, para algunas, la necesidad de confidencialidad no se dirime de este modo. Por esta razón, durante los grupos focales algunas mujeres introdujeron la cuestión del **aborto en casa** o sin acompañamiento de personal médico o calificado como una necesidad y como una opción legítima para garantizarse a sí mismas la confidencialidad. Así, como se observa en el siguiente fragmento, esta opción se interpretó como de resistencia frente a las barreras de acceso que se imponen a las personas para abortar y como una forma de posicionarse frente a esta práctica:

“Es que, digamos, esa tendencia que se procura en lo clandestino, también ha sido una forma de resistencia a esa negativa social que se tiene al aborto y ha sido así desde el inicio. Por ejemplo, ahora vemos que hay muchas cartillas de cómo abortar, colectivas que sacan fanzines, folletos, por redes, en las calles pegan cosas, por ejemplo, el tema de las chicas que buscan una línea telefónica para abortar.[...] Y hay compañeras que proponen otras cosas, como: “vamos a hacer esto, vamos a poner música, vamos a tomar unos vinitos, vamos a bailar, vamos a ver unas películas”, como para no estar en esa tónica de que eso está mal [abortar], de que es algo oscuro”.

Participante grupo focal

Además de una ruptura frente a las dinámicas de poder médico-paciente asociadas a la prestación del servicio, otra cuestión que señala el fragmento anterior es el potencial que la tecnología abortiva tiene para la expansión y la realización de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas con posibilidad de gestar. Aunque las expertas entrevistadas se mostraron preocupadas por los riesgos que el aborto farmacológico sin supervisión médica puede tener para la salud y las vidas de las mujeres, el consenso entre ellas y quienes defienden el uso abierto de esta tecnología se encuentra en la necesidad de capacitar, visibilizar y fortalecer a los colectivos, a los que muchas veces recurren las personas en primera instancia cuando requieren un aborto.

Oportunidades para el acceso al aborto seguro

La Tabla 7 resume las oportunidades para el acceso al aborto seguro identificadas durante la implementación de esta investigación. Es importante aclarar que las necesidades identificadas fueron clasificadas de acuerdo a las tres categorías de empleadas para el análisis.

Tabla 7. Oportunidades para el acceso al aborto seguro relacionadas con el contexto socio-político, los ejes de desigualdad y los servicios de salud.

| Categoría | Oportunidades | Nivel |
|--|---|--|
| Relacionadas con el contexto socio-político | 1. Mayor conocimiento y apropiación de la existencia del marco legal como mecanismo para normalizar el aborto y combatir el estigma. | Marco legal y políticas públicas |
| | 2. Desmontar mitos e imaginarios del aborto apoyando cambios en la mentalidad sobre la SSR de la población. | TODOS |
| | 3. Aumentar la participación de organizaciones feministas para generar espacios colectivos como mecanismos para la realización de los derechos y promover formas alternativas de ser mujer. | Organización de base comunitaria, en particular feministas |
| | 4. Entregar información de calidad y accesible para que sirva a mujeres, niñas y personas con posibilidad de gestar para interrumpir su embarazo de forma segura y temprana. | TODOS |
| | 5. Aumentar los conocimientos y apropiación sobre los derechos sexuales y reproductivos de forma temprana (8-10 años de edad). | TODOS |
| | 6. Incidencia política para la priorización de acciones específicas relacionadas con el acceso al aborto seguro a nivel local. | Marco legal y políticas públicas |
| Relacionadas con los ejes de desigualdad | 7. Promover la adaptación de servicios de salud sexual y reproductiva equitativos , es necesario repensar la forma cómo la atención en aborto tiene en cuenta las necesidades, identidades y circunstancias de las personas . Por esta razón deben ponerse las personas en el centro de los servicios de salud y lo que ellas necesitan según su nivel de pobreza, estatus migratorio, área de residencia, identidad de género, pertenencia étnica-racial, personas con discapacidad, jóvenes y adolescentes. | Servicios de salud (EAPB e IPS públicas y privadas) |
| | 8. Asegurar un equilibrio entre conocimientos técnicos y obligaciones legales y éticas cuando se trabaje con adolescentes, personas con discapacidad, indígenas, hombres trans, migrantes y refugiadas. | |
| Relacionadas con la prestación del servicio de salud | 9. Entregar información sobre la disponibilidad de servicios de aborto , canales de acceso, horarios e información clave para las personas. | |
| | 10. Entregar a los trabajadores de la salud información precisa y basada en la evidencia sobre el manejo médico del aborto, para que más personas que buscan el acceso al aborto reciban atención médica efectiva, de alta calidad y basado en sus necesidades e identidades. | |
| | 11. Mejorar la protección financiera mediante subsidios o exenciones de pago a poblaciones vulnerables (transporte, costo del procedimiento) | |
| | 12. El aborto con medicamentos juega un papel crucial en el acceso a servicios de aborto seguros, efectivos y aceptables , además mejorar la efectividad y seguridad en la interrupción del embarazo. | |
| | 13. Seguimiento de indicadores de desempeño en los servicios de aborto contratados entre las EPS a las IPS. | Servicios de salud (EAPB e IPS públicas y privadas) |
| | 14. Implementación de los estándares de las guías de práctica clínica para reducir la variabilidad en la práctica médica | |
| | 15. Proporcionar información sobre las implicaciones de cada opción de tratamiento y ayudar a las personas a elegir aquello que mejor se adapte a sus necesidades y circunstancias. | |
| | 16. Aumentar el número de personal y prestadores de SSR entrenados en empatía y trato digno durante el acompañamiento del aborto. | |
| | 17. El servicio de aborto debe estar disponible en el nivel de atención primaria y todos los demás niveles del sistema de salud. | |

Fuente: Dirección de Investigaciones, Profamilia 2020



“Ya hay movimientos más fuertes y si no hay grupo de mujeres, estamos por ejemplo los profesionales que tenemos ya tanta la sensibilidad que entonces uno se encarga allá de poner el granito de arena”.
Entrevista, Popayán

Además de necesidades, durante los grupos focales y entrevistas se preguntó a las personas participantes por lo que consideran como oportunidades o facilitadores existentes en sus ciudades para acceder a un aborto seguro. La existencia de organización de base comunitaria, colectivos y organizaciones de mujeres, ocupó un lugar muy importante entre sus respuestas, seguida de la existencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y talento humano en salud calificado, con empatía y capacitado para entregar un servicio de aborto con trato digno y la más alta calidad; finalmente, la existencia de un marco legal favorable y la implementación de políticas públicas para la operativización de la prestación del servicio de salud emergieron como una tercera oportunidad para el aborto seguro. A continuación, se describen los tres grupos de oportunidades en mayor detalle.

A nivel de organizaciones de base comunitaria, en particular feministas

Tanto en entrevistas como en grupos focales, los colectivos y organizaciones de mujeres fueron vistos como una oportunidad con la que se cuenta para avanzar en la realización del derecho al aborto seguro en Colombia. En las ciudades, la presencia y activismo de estos colectivos y organizaciones es diferente, pero se encontró una percepción generalizada de que en los últimos años han proliferado y han logrado llamar la atención de la población. Aunque en ninguna de las ciudades se dio cuenta de movimientos que se dediquen en exclusiva al trabajo por el acceso al aborto seguro, éste es un asunto que hace parte de una agenda más amplia relacionada con los derechos de las mujeres; a su vez, esta agenda ha logrado incidir en las administraciones públicas locales y materializar acciones concretas relacionadas con formación y capacitación del talento humano en salud.

Una diferencia entre las organizaciones y los colectivos, es que las primeras operan como un puente entre la sociedad civil y la institucionalidad (por ejemplo, Mujer y Futuro, en Bucaramanga y Casa de la Mujer, en Tunja), presionando para que se den efectivamente los servicios de salud sexual y reproductiva y aborto seguro, de manera empática y con la celeridad requerida. De su parte, los colectivos (también nombrados como “colectivas”) operan a nivel comunitario, a través de redes que trascienden los límites de lo local (existen conexiones con otras colectivas u organizaciones del orden nacional e internacional). Algunos de estos colectivos, cuestionan abiertamente la hegemonía del saber médico y la necesidad de contar con el acompañamiento de personal sanitario o experto para la realización de abortos cuando estos se hacen de manera temprana. Por ello, para algunas de las expertas, los colectivos pueden ser vistos más como amenazas para el acceso al aborto seguro que como oportunidad, en razón de que sus integrantes no tienen la formación profesional necesaria para asesorar y acompañar un proceso de aborto y de que reemplazan para muchas mujeres la búsqueda de atención en el sistema de salud. El avance en la tecnología abortiva y la facilidad que muchos de los colectivos encuentran para acceder a ella, ha venido a agudizar la tensión que para algunas de las mismas expertas puede solucionarse aceptando que la práctica no tiene que darse en un entorno netamente médico, pero generando espacios de formación fuerte para las integrantes de los colectivos, de manera que realmente tengan los conocimientos y las herramientas para acompañar. Adelantando una de las recomendaciones con las que se concluye este informe, la **telemedicina** podría contribuir a mediar entre la postura de las expertas y las mujeres que hacen parte de los colectivos.

A nivel de los servicios de salud

Otra de las oportunidades para el acceso al aborto seguro se relacionó con la existencia de personal del área de la salud desde las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y los prestadores de servicios de salud, en particular con los procesos de desarrollo de capacidades, enfoques sensibles y brindar información basada en la evidencia. Para las personas expertas entrevistadas, la alta rotación del personal de la salud ha constituido una barrera para lograr resultados a largo plazo y sostenibles. No obstante, las personas perciben resultados positivos. Por otro lado, con respecto a la existencia de personal capacitado y sensibilizado como una oportunidad, emergieron durante las entrevistas referencias a nombres de personas que prestan los servicios en las IPS. El trabajo de estas personas es una oportunidad para el acceso al aborto seguro, pero también da cuenta de la personalización —en contraste con la falta de institucionalización— que tiene la prestación del servicio.

De igual forma, la mención a las IPS que prestan el servicio también fue constante. En Popayán resalta la aparición reciente de la Fundación Mujer ON, en la que se cuenta con personal capacitado y sensibilizado sobre el tema y las estrategias que emplea para acercarse a la población (obras de teatro, líneas telefónicas y de WhatsApp, entre otros). Profamilia fue mencionada como la institución referente en materia de aborto en Bucaramanga y Tunja, pero también se resaltó el fortalecimiento que ha tenido el personal de otras IPS públicas, sobre todo en Popayán y Tunja.

A nivel del marco legal e implementación de políticas públicas

La existencia de un marco legal avanzado respecto al aborto, fue reconocida por la mayoría de participantes como la herramienta que les ha permitido trabajar en la expansión del derecho en sus territorios. Sobre todo, para las personas expertas que trabajan en las administraciones públicas de sus ciudades, estas herramientas son las que emplean para ejercer presión sobre quienes abusan de la objeción de conciencia o ponen barreras al servicio. La percepción de las participantes en los grupos focales respecto a este marco legal como oportunidad fue más modesta, pues se cuestionó constantemente el seguimiento que se hace a su materialización y su utilidad para lograr cambios en la mentalidad de la población en general respecto al aborto.

Con todo, las políticas públicas existentes en las ciudades a favor de la salud sexual y reproductiva, son resultado de la existencia de este marco legal, en cuya expansión (legislación y aborto libre) podría trabajarse. En todas las ciudades se mencionaron políticas del sector salud favorables al aborto, siendo éstas más evidentes y operativas en Popayán. Asimismo, de acciones interinstitucionales como mesas de trabajo, foros y seminarios.

“Es desafortunado que, digamos, siendo legal desde 2006, uno tenga que recurrir a la clandestinidad para poder acceder al derecho, o sea, es como triste...”

(Participante grupo focal Tunja).



CAPÍTULO 3.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Desconocimiento y falta de apropiación de la existencia del marco legal del aborto

En las tres ciudades, se evidenciaron niveles diferentes de conocimiento respecto al estatus legal del aborto. Popayán fue la ciudad que mostró porcentajes más bajos en las preguntas que indagaron al respecto, mientras que Bucaramanga fue la ciudad que evidenció mayores porcentajes. Sin embargo, Tunja fue la ciudad en la que más reconocimiento hubo de las causales por las cuales el aborto es considerado un derecho en Colombia. En las tres ciudades, las causales menos reconocidas fueron las relacionadas con la salud mental de las mujeres, el incesto y la minoría de edad. Incluso, se mostró desconocimiento respecto a la causal relacionada con la salud física de la gestante. También fue evidente que las personas desconocen el estatus de derecho del aborto y las causales específicas.

Desconocimiento sobre la inexistencia de límites en la edad gestacional para acceder a un aborto

Independientemente de que se reconozca el estatus legal del aborto en algunos casos, en las tres ciudades se evidenció un desconocimiento respecto a la inexistencia de límites en la edad gestacional para acceder a un aborto. En Tunja, donde se encontró el mayor porcentaje de respuestas correctas a esta pregunta, el porcentaje apenas llegó al 3% del total. En las tres ciudades, este desconocimiento se convierte en un asunto muy problemático cuando se advierte que además no existen centros dónde atender este tipo de abortos. También, fueron señaladas prácticas del personal administrativo y médico para impedir el acceso oportuno de las personas al aborto, bajo el supuesto de que así se logra impedir el procedimiento. Si bien esto no es cierto —pues en Colombia no hay límite en la edad gestacional para abortar— este tipo de acciones sí suponen mayores riesgos para la vida y la salud de las mujeres, sobre todo para aquellas que se encuentran en una mayor situación de desventaja.

Conocimiento sobre el derecho al aborto y cómo acceder entre mujeres y personas más jóvenes

Es posible destacar que las mujeres y las personas más jóvenes son las que más conocen el marco legal. Sin embargo, cuando se preguntó por el conocimiento de lugares donde se realiza el procedimiento, los hombres fueron los que más mencionaron conocerlos. Llama la atención además que cuando se preguntó por la aprobación personal respecto al aborto, fueron los hombres los que se mostraron más de acuerdo. Así, las mujeres, potenciales usuarias del servicio, saben que tienen un derecho, pero no saben muy bien a dónde acudir para ejercerlo ni tampoco



lo validan. Popayán fue la ciudad en la que se mostró un menor acuerdo respecto al aborto. Tanto en esta como en las otras dos ciudades del estudio (Bucaramanga y Tunja) el mayor acuerdo se encontró para las causales malformación del feto y embarazo producto de violación. Tunja fue la ciudad en la que se encontró mayor acuerdo respecto a todos los casos por los que se indagó (en los que se desagregaron las tres causales por las cuales el aborto es legal en Colombia).

El tabú y estigma frente al aborto no permiten normalizar la discusión pública sobre el acceso al aborto seguro

Cuando las percepciones sobre el aborto son negativas llegan a constituir una de las barreras más complejas para acceder al aborto seguro, dado que se asocian con el estigma, el cual, puede comprenderse como “los atributos percibidos como negativos, que hacen que alguien subvalore o menosprecie a otra persona” (IPPF, 2016, 7). Durante los tres grupos focales y las entrevistas, hacer frente al estigma fue señalado como una de las principales necesidades relacionadas con el contexto. Para la mayoría de las participantes, romper con el tabú existente respecto al aborto y hablar abiertamente del tema podría contribuir a aumentar tanto el conocimiento de que éste es un derecho, como la aceptación del mismo y de más causales para su práctica.

Sin embargo, se señaló el carácter religioso como un obstáculo para que la discusión sobre el aborto sea más directa y abierta, sobre todo en Popayán, en donde una de las participantes del grupo focal mencionó: “aquí está más normalizado hablar del diablo, que del aborto”. Además de estas necesidades asociadas al contexto, durante los grupos focales y las entrevistas se mencionaron necesidades para el acceso al aborto seguro que pueden ser relacionadas con los ejes de la desigualdad y necesidades que se relacionan específicamente con la prestación del servicio.

Existencia de ejes de desigualdad que crean gradiente en el acceso a aborto seguro

Con relación a los ejes de desigualdad, fueron señaladas enfáticamente necesidades para el acceso al aborto que específicas en razón de la edad y la etnia, pero también se discutieron necesidades particulares asociadas a la clase (ingresos y nivel educativo), la discapacidad y la identidad de género. La existencia de un comité evaluador de las solicitudes de aborto que llegan a la IPSI del Cauca, es un motivo de alarma frente a la vulneración del derecho al aborto de las mujeres indígenas.

Se requiere brindar más información de calidad sobre aborto seguro e insistir en la empatía desde los servicios de aborto

Con relación a la prestación del servicio, se hizo un llamado a mejorar la difusión de la información y de la oferta del servicio y se mencionaron tres necesidades a tener en cuenta a lo largo de toda la ruta de atención en el sistema de salud: empatía, celeridad y confidencialidad; pero también se llamó la atención sobre la posibilidad de que muchas mujeres encuentran en el aborto en casa o sin acompañamiento de personal médico o capacitado para suplir por sí mismas estas necesidades ante una sociedad que señala a quienes abortan y un sistema de salud que no presta el servicio como debería.

Finalmente, vale la pena señalar que, en los discursos de las participantes de grupos focales y entrevistas, se trascendió la definición de aborto seguro propuesta por la OMS, según la cual un aborto es inseguro o peligroso cuando es realizado por una persona carente de la capacitación necesaria, cuando se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se dan ambas circunstancias (OMS, 2019). En efecto, para las participantes de los grupos focales y entrevistas, para que el aborto sea seguro no sólo hace falta personal capacitado, sino también empático. Pero también se percibió en los discursos de algunas de las participantes que la existencia de redes o colectivos de mujeres y el acceso a fármacos y a información han contribuido a que tenga la idea de que un aborto seguro no implica necesariamente la presencia de personal de la salud. En este sentido, las redes y colectivos de mujeres que operan en las ciudades pueden ser vistos como una oportunidad para el acceso al aborto seguro, así como la existencia de un marco legal progresista, de políticas públicas del orden municipal y de personal capacitado e IPS que prestan el servicio adecuadamente, esto es, sin violentar.



Recomendaciones de política

Trabajar en la despenalización total del aborto para su eliminación del código penal

Es importante que no haya lugar a la criminalización de las mujeres que ejercen su derecho al aborto —como fue narrado en varias ocasiones por las participantes de grupos focales y entrevistas— ni que haya lugar a interpretaciones restrictivas del marco legal, ya que estas interpretaciones imponen barreras de acceso al aborto seguro, con lo que se pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres, sobre todo de aquellas en mayor desventaja social.

Difundir información sobre el derecho al aborto en las tres causales por las cuales se encuentra despenalizado en Colombia

Es esencial hacer las claridades correspondientes sobre dichas causales y sobre la inexistencia de restricciones relacionadas con la edad gestacional. Con ello, sería posible empezar a romper el tabú existente sobre el tema, señalado por muchas mujeres como el causante que las personas se sometan a procedimiento de aborto en condiciones de clandestinidad, no siempre con la información o el acompañamiento necesario para que no se ponga en riesgo la salud o la vida.

Insistir en la necesidad de educación sexual integral con enfoque de género e intercultural como un derecho y mecanismo para contrarrestar la necesidad de aborto

Esto implica también reconocer la injerencia del sector educación, protección y justicia en la salud sexual y reproductiva de la población y de manera más específica en la problemática del aborto inseguro. Asimismo, insistir en el acceso a planificación familiar, haciendo énfasis en que planificar también compete a los hombres. Al respecto, vale la pena anotar que tal como se observó durante la investigación, sobre la educación integral en sexualidad y la planificación familiar se encuentra un mayor acuerdo entre las personas de los pueblos indígenas, mucho más reacias a aceptar la práctica de abortos (sobre todo en la causal salud – salud mental y social).

Promover la adaptación de los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular la atención en aborto pensando en las necesidades, identidades y circunstancias de las mujeres, niñas y personas con posibilidad de gestar

Avanzar hacia modelos de atención centrados en las necesidades, identidades y circunstancias de las personas, en los que se reconozca que un primer paso lo constituye la identificación de las necesidades por ellas mismas. En lo que respecta al aborto, es necesario indagar por las necesidades específicas de las poblaciones en mayor desventaja social, como las niñas, las indígenas, las migrantes y las personas trans y no binarias con posibilidad de gestar.

De igual forma, para lograrlo es necesario una combinación de capacitación y la sensibilización del personal de la salud, el uso correcto de las técnicas y protocolos, la empatía y trato digno en el servicio y la forma como pensamos en poner en el centro a las personas y sus necesidades específicas. Es importante señalar que la formación del personal de la salud es responsabilidad del sector educación, por lo que valdría la pena priorizar estas acciones en las universidades en el momento en el que el personal de la salud se está formando como tal. Otra forma de contribuir al fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud, se encuentra en promover y asegurar que la objeción de conciencia sea ejercida conforme al marco normativo y de conformidad con las limitaciones que le ha impuesto la jurisprudencia constitucional. Frente a ello, es posible capacitar al personal en el ejercicio responsable de su objeción de conciencia, de modo que no se atente ni contra sus creencias ni contra el derecho que les asiste a las mujeres de abortar. Asimismo, a manera de incentivo a las buenas prácticas, es necesario acompañar al personal que practica los abortos y que suele verse señalado por sus colegas objetores. Finalmente, en vista de la alta rotación que tiene el personal y del poco tiempo con el que cuentan para la lectura de directrices y protocolos, se hace necesario abrir espacios de capacitaciones al interior de las entidades en las que trabajan, así como diseñar piezas de comunicación que les permitan conocer de forma más rápida las temáticas.

Fortalecer el rol de las organizaciones de base comunitaria, en particular feminista como medios para expandir el acceso al aborto seguro

Fortalecer la respuesta y las conexiones entre las redes y colectivos de mujeres como grupo de presión para que se lleven a cabo políticas públicas de acceso al aborto seguro y para que se cumplan las normas y directrices existentes, pero también para que puedan orientar y acompañar a quienes recurren a ellas en primera instancia para acceder al aborto. Esto implica reconocer la legitimidad que estas redes y colectivos tienen entre las personas; lo cual contrasta con la desconfianza que muchas de las participantes de los grupos focales exhibieron frente al sistema de salud. La capacitación en el uso de tecnología abortiva a la que de igual modo están accediendo las mujeres con o sin acompañamiento, podría hacer la diferencia entre un aborto seguro y uno que ponga en riesgo la vida y la salud.

Asegurar la confidencialidad y privacidad en el acceso al aborto seguro haciendo uso de la tecnología (telemedicina)

Si bien la confidencialidad es una necesidad que se relaciona con el tabú existente sobre el aborto (tabú que es preciso romper), también vale la pena considerarla como una preferencia a la que el sistema de salud podría responder a través de la telemedicina o de canales de comunicación que hoy existen y que son de fácil acceso para gran parte de la población (chats o líneas telefónicas exclusivas para recibir información de calidad sobre el aborto, el uso de tecnología abortiva, los procedimientos a seguir, etc.).

Brindar de forma amplia información de calidad sobre disponibilidad de servicios, dónde y cómo encontrarlos de forma clara y libre de cualquier estigma

Difundir información sobre la oferta del servicio de aborto y los lugares donde éste se presta de manera masiva, para toda la población y más allá del entorno médico. Para las mujeres participantes



de los grupos focales y entrevistas, incluso cuando se trata de entidades referentes en la prestación del servicio de aborto (Profamilia o Mujer On, por ejemplo) la difusión del servicio se hace con timidez, lo que contribuye a alimentar el tabú que existe sobre el aborto.

Trabajar por la despenalización social del aborto y por la eliminación de los estereotipos de género

Durante las entrevistas y grupos focales, el tabú existente respecto al aborto se abordó constantemente como una de las causas por las que las mujeres no conocen este derecho, son estigmatizadas cuando lo ejercen o recurren a prácticas o lugares que pueden ser inseguras para su salud o su vida. En este sentido, incluso en un contexto de libre acceso al aborto seguro, es necesario continuar haciendo esfuerzos por su “despenalización social”. A largo plazo, a ello podría contribuir una estrategia que busque atacar los estereotipos de género ya que en muchos casos también se asoció el tabú existente frente al aborto con la idea estereotipada (reforzada por la religión) que se tiene de las mujeres, de sus cuerpos y de su rol en la sociedad. En la misma vía, tal como lo sugirió una de las participantes, visibilizar las experiencias o historias propias de aborto podría hacer que la información llegue de manera más cercana a mujeres y niñas, facilitando la empatía.

Referencias bibliográficas

1. CEPAL. (2012). La Política de garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Un avance en la garantía de la autonomía física de las mujeres. Recuperado de: https://oig.cepal.org/sites/default/files/matriz_ive_colombia-3-definitiva.pdf
2. Ganatra, B; Tunçalp, Ö; Johnston, H; Johnson, B; Gülmezoglu, A; Temmerman, M. (2014). Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos. 92(3), 153-228
3. IPPF. (2016). ¿Cómo incluir el tema del aborto en la educación? Guía para educadores pares, profesores y capacitadores. Recuperado de: https://www.ippf.org/sites/default/files/2016-07/IPPf_PeerEducationGuide_Abortion_Spanish.pdf
4. Mesa por la vida y la salud de las mujeres (2016). Barreras de acceso a la interrupción del embarazo en Colombia. <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/996>
5. MSPS. (2016) Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres. Grupo Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. Dirección de Promoción y Prevención. Ministerio de Salud y Protección social.
6. Moreno, S; Palomino, P; Frías, A & Pino, R. (2015). En torno al concepto de necesidad. *Index de Enfermería*, 24(4), pp. 236-239. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300010>
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1
8. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). Prevención del aborto peligroso. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
9. Profamilia y Minsalud. (2015) Encuesta Nacional de Demografía y Salud—ENDS. Bogotá, D.C.: Profamilia y Minsalud.
10. Profamilia. (2017). Estigma y aborto: Una mirada desde las usuarias de aborto y los proveedores de servicios de salud sexual y salud reproductiva. Profamilia: Bogotá, Colombia. <http://www.profamilia.org.co/docs/Doc%20SSP.pdf>
11. Roa, M. (2006). El debate sobre el aborto en Colombia. Diez razones que lograron su despenalización, *Revista Número*, N° 49. [En línea] http://revistanumero.com/index.php?option=com_content&task=view&id=259&Itemid=39&catid=19
12. UNFPA y MinSalud. (2014a). Prevención del Aborto Inseguro en Colombia. Protocolo para el Sector Salud. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>
13. Women's Link Worldwide. (2018). El aborto en Colombia: entre un marco legal avanzado y las barreras para el acceso. Recuperado de: <https://www.womenslinkworldwide.org/informate/sala-de-prensa/el-aborto-en-colombia-entre-un-marco-legal-avanzado-y-las-barreras-para-el-acceso>



Anexos

Anexo 1. Listado de sentencias asociadas a la despenalización del aborto

- Sentencia C-355 DE 2006, que despenaliza el aborto en tres causales.
- Sentencia T-171 de 2007 , sobre el deber de las entidades de salud de prestar servicios de interrupción del embarazo.
- Sentencia T-988 de 2007, sobre el derecho al aborto de las mujeres con discapacidad.
- Sentencia T-946 de 2008, que limita la objeción de conciencia y define que no hay límite en la edad de gestación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Colombia.
- Sentencia T-209 de 2008, sobre el derecho al aborto de las menores de 14 años.
- Sentencia T-388 de 2009, en donde se explicita que la causal salud contempla la salud mental y define que la objeción de conciencia es sólo de personas naturales.
- Sentencia T-009 de 2009, en la que se contempla el riesgo, además de la afectación a la salud.
- Sentencia T-585 de 2010, sobre el carácter de derecho del aborto y el deber de las EPS e IPS de contar con protocolos para garantizar el acceso al aborto.
- Sentencia T-841 DE 2011, sobre el derecho a la intimidad de las mujeres en procedimientos de aborto.
- Sentencia T- 627 de 2012 en donde se define que los funcionarios públicos están en la obligación de garantizar el derecho a la información de la IVE.
- Sentencia T-532 de 2014, a través de la cual la Corte solicita al Congreso que legisle la IVE. Sentencia C-754 de 2015, reitera la obligación de entidades de salud en implementación de protocolo y modelo de atención integra a víctimas de violencia sexual, que contenga procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo.
- Sentencia T-301 de 2016, que subraya que las causales pueden coexistir entre ellas.
- Sentencia T-731 de 2016 sobre el deber que tiene el Sistema de Salud de disponer de servicios adecuados, eliminar la discriminación y garantizar la confidencialidad para las mujeres.
- Sentencia T-697 de 2016 sobre la objeción de conciencia y la posibilidad de menores de 18 años a decidir sobre la IVE.
- Sentencia C- 341 de 2017 sobre la reiteración de la corte en que no existe límite de edad gestacional para ejercer el derecho al aborto.
- Sentencia SU -096 de 2018, que unifica de criterios para garantizar el acceso al derecho al aborto.

Anexo 2. Tabla asociada a la caracterización sociodemográfica de las personas participantes del sondeo de opinión

Tabla 8. Distribución porcentual por edad, sexo, orientación sexual, grupo étnico, situación de vulnerabilidad, estado civil, número de hijos y estrato socioeconómico según ciudad.

| | | Bucaramanga | Popayán | Tunja |
|--------------------------------------|------------------------------|-------------|---------|-------|
| Grupo de edad | Entre 16 - 19 años | 22,1% | 6,0% | 7,4% |
| | Entre 20 y 29 años | 35,2% | 34,5% | 35,3% |
| | Entre 30 y 39 años | 19,3% | 22,6% | 25,0% |
| | Entre 40 y 49 años | 11,0% | 17,9% | 13,2% |
| | Entre 50 y 54 años | 4,8% | 19,1% | 19,1% |
| | Entre 55 y 59 años | 2,8% | 7,1% | 5,9% |
| | 60 y más | 4,8% | 2,4% | 5,9% |
| Sexo | Mujer | 56,6% | 61,9% | 64,7% |
| | Hombre | 43,4% | 38,1% | 35,3% |
| | Mujer trans | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| | Hombre trans | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| Orientación sexual | Heterosexual | 95,2% | 97,6% | 98,5% |
| | Homosexual | 3,4% | 2,4% | 1,5% |
| | Bisexual | 1,4% | 0,0% | 0,0% |
| Grupo étnico | Indígena | 0,0% | 15,5% | 1,5% |
| | Negro, mulato, afro | 0,7% | 7,1% | 1,5% |
| | Ninguno | 99,3% | 77,4% | 97,1% |
| Grupo en situación vulnerable | Víctima del conflicto armado | 1,4% | 16,7% | 2,9% |
| | Inmigrante | 0,7% | 3,6% | 1,5% |
| | Persona con discapacidad | 0,7% | 1,2% | 0,0% |
| | Trabajador/a sexual | 2,8% | 0,0% | 0,0% |
| | Otro | 0,0% | 0,0% | 1,5% |
| | No | 94,5% | 78,6% | 94,1% |
| Estado civil | Soltera/o | 51,7% | 48,8% | 45,6% |
| | Unión libre | 17,2% | 20,2% | 22,1% |
| | Casada/o | 15,9% | 23,8% | 17,6% |
| | Separada/o - Divorciada/o | 15,2% | 7,1% | 13,2% |
| | No responde | 0,0% | 0,0% | 1,5% |
| Número de hijos | Entre 1 - 2 | 29,7% | 46,4% | 25,0% |
| | Tres o más | 15,9% | 16,7% | 30,9% |
| | Ninguno | 54,5% | 36,9% | 42,6% |
| | No responde | 0,0% | 0,0% | 1,5% |



| | | Bucaramanga | Popayán | Tunja |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| Estrato socio-económico | Estrato 1 (más pobre) | 11,0% | 27,4% | 16,2% |
| | Estrato 2 | 24,8% | 34,5% | 32,4% |
| | Estrato 3 | 32,4% | 22,6% | 35,3% |
| | Estrato 4 | 26,2% | 9,5% | 13,2% |
| | Estrato 5 | 4,1% | 1,2% | 2,9% |
| | Estrato 6 (Más rico) | 1,4% | 0,0% | 0,0% |
| | No responde | 0,0% | 2,4% | 0,0% |
| | Sin estrato | 0,0% | 2,4% | 0,0% |
| | Número de Participantes | 145 | 84 | 68 |

Fuente: Dirección de Investigaciones de Profamilia, 2020.