

# Garantizando el derecho al aborto: un análisis de la prestación del servicio en Profamilia, Colombia.

Rocío Murad<sup>\*1</sup> y Lucy Betancourt<sup>2</sup>

## Resumen

Este artículo analiza la variación de algunos indicadores que permiten dar cuenta de los avances y retos en la garantía del derecho al aborto desde su despenalización en Colombia (2006-2020).

**Método:** Estudio descriptivo de la serie 1990-2015 de los indicadores sobre el uso de métodos anticonceptivos, embarazo no deseado, la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, la anticoncepción de emergencia, la mortalidad materna, y de los datos de la prestación del servicio en Profamilia (2007-2020). **Resultados:** La reducción de la fecundidad (al pasar de 3,2 hijos por mujer a 1,8 hijos por mujer) y de la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos (al pasar del 11% al 6,2%) no se ha traducido en una satisfacción de los ideales reproductivos de las mujeres. Las mayores barreras en el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva se concentran en las mujeres más vulnerables, que son las mismas que han accedido en mayores porcentajes a los servicios de aborto en Profamilia (el 58% se encuentran entre los 20 a los 29 años, y el 93% pertenecen a los estratos 1, 2 y 3). **Conclusiones:** Colombia ha avanzado en el reconocimiento de los derechos de las mujeres, pero persisten vacíos en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos y barreras en la atención de la salud sexual y reproductiva. Estas afectan particularmente a las mujeres, adolescentes y jóvenes con menores oportunidades, generando brechas que vulneran a un importante grupo de mujeres que no pueden alcanzar sus ideales reproductivos.

---

<sup>1</sup> Especialista en análisis demográfico. Coordinadora de investigaciones sociodemográficas, Asociación Profamilia. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: [rmurad@profamilia.org.co](mailto:rmurad@profamilia.org.co) . ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7642-7156>

<sup>2</sup> Epidemióloga, Asociación Profamilia. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: [lucy.betancourt@profamilia.org.co](mailto:lucy.betancourt@profamilia.org.co)

\*Autora por correspondencia.

**Palabras claves:** Aborto legal; Derechos sexuales y derechos reproductivos; salud sexual; Demografía; Igualdad de género

### **Abstract**

This article analyzes the variation of some indicators that evidences some of the advances and challenges in guaranteeing abortion right since its decriminalization in Colombia (2006-2020).

**Method:** descriptive study of indicators data from 1990-2015 about contraceptives usage, unwanted pregnancy, unmet need of contraceptive, emergency contraception, maternal mortality, and data from this service provision at Profamilia (2007-2020). **Results:** Fertility reduction (changing from 3,2 children per woman to 1,8 children per women) and unmet need of contraceptives reduction (from 11% to 6.2%) has not been translated into meeting women's reproductive ideals. Largest barriers in access to sexual and reproductive health services are concentrated in most vulnerable women, who are the same that have accessed in largest percentages to abortion services at Profamilia (the 58% are among 20 and 29 years old, and the 93% belong to 1,2 and 3 socio-economic status). **Conclusions:** Colombia has advanced in the recognition of women's rights, but gaps persist in guaranteeing sexual and reproductive rights as well as attention barriers regarding sexual and reproductive health. These particularly affects women and young women with smaller opportunities, creating gaps that vulnerate an important group of women that cannot meet their reproductive ideals.

**Key words:** Legal abortion; Reproductive rights; Sexual Health; Demography; Gender Equality

### **Introducción**

La salud sexual y la salud reproductiva se encuentra relacionado con aspectos como la igualdad de género, la reducción de muertes por causas prevenibles (especialmente por mortalidad materna y VIH), la prevención y el abordaje de las violencias basadas en género, la prevención del embarazo no deseado, el disfrute de la sexualidad y la autonomía sobre el propio cuerpo. La importancia de los

derechos sexuales y los derechos reproductivos para el desarrollo de los países se evidencia en su inclusión dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y los actuales Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que se han referido directamente a la necesidades de reducir la Razón de Mortalidad Materna (RMM), de garantizar la inclusión de servicios de salud sexual y salud reproductiva en los planes de salud, y de reducir las desigualdades de género incluidas la violencia.

El posicionamiento de una agenda global alrededor de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, fue resultado de diferentes plataformas de acción, donde se destaca la Tercera Conferencia sobre Población y Desarrollo realizada en 1994 en el El Cairo (en la que se definieron los conceptos de salud sexual y salud reproductiva<sup>3</sup>) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995 que define derechos sexuales<sup>4</sup>. Ambas conferencias fueron cruciales en la reivindicación del ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, de sus derechos sexuales y reproductivos y, en especial para la despenalización parcial del aborto al posicionarlo como un problema de salud pública, justicia social y derechos humanos (1) (2).

En Colombia el movimiento social de las mujeres logró que, a través del artículo 93 de la Constitución Política de Colombia de 1991<sup>5</sup>, los convenios y tratados internacionales tuvieran categoría constitucional posibilitando la adhesión del país a los compromisos de la Tercera Conferencia sobre Población y Desarrollo y de la plataforma de acción de Beijing. Otros avances como la expedición de la Ley 100 de 1993 (3) y su entrada en vigor en 1996 representaron para las mujeres del país la

---

<sup>3</sup> Salud sexual y reproductiva: estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

<sup>4</sup> Derechos sexuales: derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a la sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, y a decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.

<sup>5</sup> Constitución Política de Colombia 1991. Artículo 93. “Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta Carta, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia”.

oportunidad de acceder a servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluidos los métodos anticonceptivos; oferta que fue expandida en el 2000 con la aprobación por parte del INVIMA del Postinor-2 como anticonceptivo de emergencia.

En 2003, el Ministerio de Protección Social formuló la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la cual puntualiza que las mayores tasas de fecundidad observada y deseada se encontraban en las zonas rurales, entre las mujeres con menores niveles de escolaridad y entre las mujeres desplazadas, lo cual indica problemas en el acceso, uso continuo y correcto de métodos anticonceptivos lo que representa un costo elevado en términos de salud y calidad de vida (5).

A pesar de los diferentes avances tanto en Colombia como en otros países del mundo, la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos aún enfrenta una serie de barreras que en América Latina se han concentrado en torno al aborto o la interrupción voluntaria del embarazo. La despenalización del aborto en el país mediante la sentencia C-355 de 2006 abrió un espacio para el ejercicio pleno de los derechos fundamentales de las mujeres en Colombia (7).

Sin embargo, el Ministerio de la Protección Social reconoció en el año 2014, que el aborto ilegal era la tercera causa de mortalidad materna (6). En este contexto, el país, aún enfrenta los retos para acercar los servicios de aborto seguro a quienes los necesitan, transformar los supuestos que culpabilizan a las mujeres y mejorar las condiciones para que los derechos reproductivos, incluyendo el derecho al aborto legal, permitan la maternidad basada en el deseo y la libre elección de las mujeres (8). En este escenario, el papel del Estado más que el de prohibir, debería ser el de tomar medidas para enfrentar el impacto que sobre la salud pública tienen la morbilidad y mortalidad por aborto, corrigiendo las condiciones de inequidad y desigualdad (9).

Sobre esta problemática persiste un vacío de análisis e información en Colombia, así como sobre la relación del aborto seguro con el avance en la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, especialmente en términos de los indicadores que apuntan al desarrollo. El presente artículo busca hacer un balance acerca de ¿cuáles han sido los avances en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Colombia con especial énfasis en los 14 años (2006-2020) de despenalización por causales del aborto?. Para ello, y con el fin de aportar en la reflexión sobre el tema desde la información disponible a nivel nacional y la información que aún no ha sido publicada por Profamilia, la presente investigación ofrece, mediante un análisis descriptivo de algunas fuentes primarias y secundarias, un panorama de los avances obtenidos en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos con especial énfasis en la prestación de servicios de aborto en Profamilia.

### **Materiales y métodos**

La investigación se concentró en la realización de un estudio descriptivo que analiza el cambio en algunas variables indicativas de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos como lo son: el uso de métodos anticonceptivos, embarazo no deseado, la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, la anticoncepción de emergencia, la mortalidad materna y el uso del servicio de aborto en Profamilia. Estas variables están relacionadas con el contexto de acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva de las mujeres, en lo relacionado con anticoncepción y aborto seguro, las posibilidades de acceder a estos servicios, y la necesidad de las mujeres de hacer uso de los mismos.

Para ello el artículo plantea el análisis de tres fuentes de información que permiten comprender variables e indicadores sobre el tema. Con el fin de entender el contexto de la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos se consultó la serie de Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) para el período 1990–2015 de Colombia. La ENDS es una encuesta representativa a nivel nacional que se realiza cada 5 años y proporciona estimaciones nacionales sobre: la fecundidad

alcanzada y deseada; el uso de métodos anticonceptivos; la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos; el uso de anticoncepción de emergencia y el embarazo no deseado.

Adicionalmente, se analizaron las estimaciones de la Razón de Mortalidad Materna, que son un indicador sensible del aborto inseguro, y fueron calculadas para el periodo 1990-2015 por el Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna (MMEIG), integrado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas.

Finalmente, se utilizó el sistema de información de Profamilia respecto a la prestación de los servicios de aborto entre el 2012-2020, que permite caracterizar los servicios de aborto de Profamilia, y estudiar variables como volúmen de procedimientos realizados, la edad de las usuarias y su nivel socioeconómico, el tipo de procedimiento de aborto realizado y el pagador de dicho servicio. Para ello se tomaron todos los registros de los procedimientos de aborto realizados entre enero del 2012 y junio del 2020, contando con un total de 83.265 abortos.

Estas tres fuentes de información, se analizaron de manera complementaria: mientras que las ENDS y las estimaciones de la mortalidad materna, entregan un contexto general en términos de derechos sexuales y derechos reproductivos, el análisis de los servicios de aborto prestados por Profamilia permiten comprender qué ocurre con los servicios de aborto que se están prestando en el marco de la despenalización parcial del aborto.

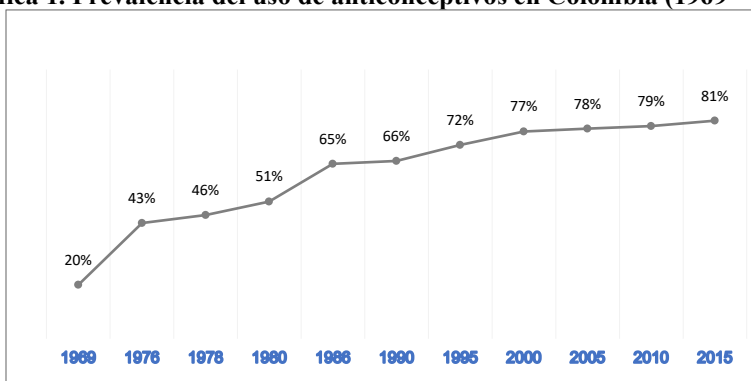
## **Resultados**

De acuerdo con el propósito de este artículo los resultados de la investigación se presentan de la siguiente manera: en un primer momento se presentan los avances en Salud sexual y salud reproductiva en Colombia de acuerdo con la serie de la ENDS (1990-2015); posteriormente se describe cómo ha sido la prestación del servicio de aborto en Profamilia.

### **Avances en salud sexual y salud reproductiva en Colombia (1990-2015)**

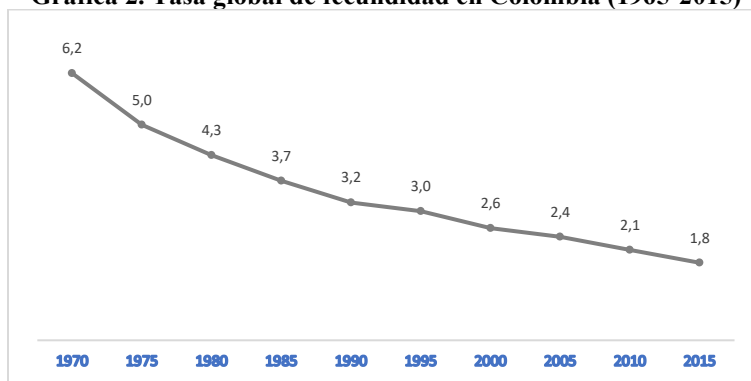
El empoderamiento de las mujeres es la expresión de su mayor control sobre su vida, su cuerpo y su entorno y está asociado positiva y significativamente con el uso de métodos anticonceptivos (17). En este sentido, el aumento en el uso de métodos anticonceptivos del 20% en 1969 al 81% en 2015 (ver gráfica 1) junto al aumento del nivel educativo y de la participación de las mujeres en el mercado laboral, representaron importantes transformaciones no solo demográficas sino también en las relaciones de género en Colombia, que impulsaron una reducción de la fecundidad de seis hijos por mujer en 1970 a una menor del nivel de remplazo en 2015, es decir, 1,8 hijos por mujer (ver gráfica 2) (18).

**Gráfica 1. Prevalencia del uso de anticonceptivos en Colombia (1969 – 2015)**



Elaborada por las autoras con base en los resultados de la ENDS (1969 – 2015)

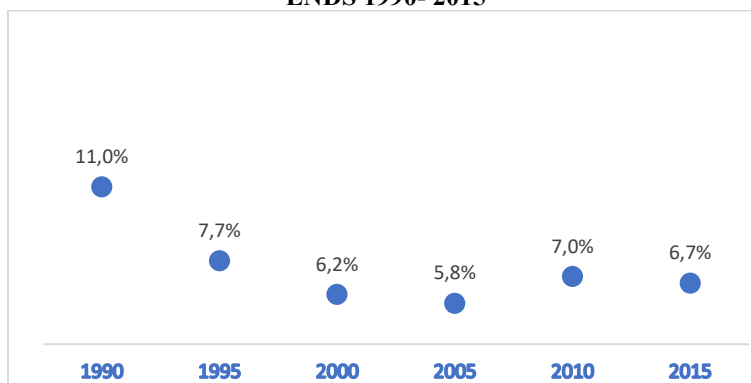
**Gráfica 2. Tasa global de fecundidad en Colombia (1965-2015)**



Elaborada por las autoras con base en los resultados de la ENDS (1969 – 2015)

Aunque lo anterior da cuenta de avances en el acceso a métodos anticonceptivos, una manera más sensible de medirlo es mediante la demanda no satisfecha, es decir, identificar cuáles son las intenciones reproductivas de las mujeres fértiles que no están usando métodos anticonceptivos; en general, una mujer tiene necesidad insatisfecha de protección anticonceptiva cuando es fértil, no está usando método anticonceptivo y desea espaciar o limitar sus nacimientos. Entre 1990 y 2000 este indicador descendió del 11% al 6,2% (ver gráfica 3). A pesar de esto, el acceso a métodos anticonceptivos en Colombia aún está marcado por diferentes desigualdades. Las mujeres en el quintil más bajo de riqueza enfrentan mayores barreras de acceso a estos métodos y en 2015 no alcanzaron la meta del 75% de prevalencia de uso de anticonceptivos modernos (ver gráfica 4) definida para los ODM (11).

**Gráfica 3. Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en Colombia. ENDS 1990- 2015**

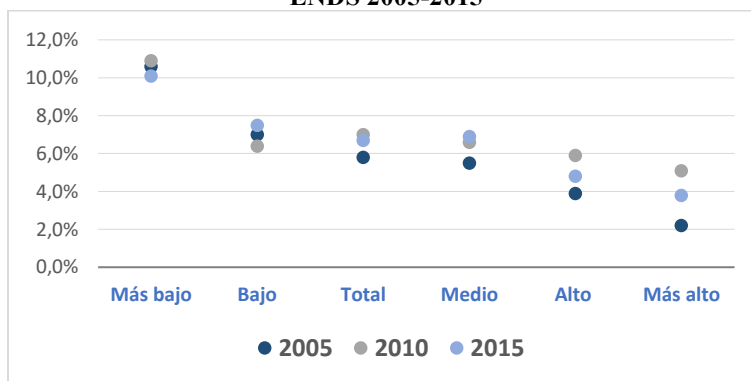


Elaborada por las autoras con base en los resultados de la ENDS (1990 – 2015)

Aunque a partir de 1993 el rol de Profamilia como principal proveedor de servicios de salud y reproductiva cambió y las aseguradoras públicas y privadas del esquema de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 empezaron contribuir en la prestación de los servicios, esto no se tradujo en mayor acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluyendo el acceso a métodos anticonceptivos.

En los siguientes años del periodo considerado no se han presentado reducciones importantes en la necesidad insatisfecha de anticonceptivos y, de acuerdo con los resultados de la ENDS 2015, prevalece una importante brecha entre mujeres con el nivel más bajo de riqueza (10%) y mujeres con el nivel más alto (3,8%); entre mujeres con menor nivel de educación (13,9%) y mujeres con mayor nivel de educación (5,3%); y, entre las más jóvenes (19,30%) y las mayores (5,7%). Sin embargo, es bien conocido que la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos aumenta la vulnerabilidad de las mujeres al embarazo no deseado y al aborto inseguro; esta necesidad es más alta en regiones menos desarrolladas y en los grupos poblacionales más pobres, con mayores barreras de acceso a servicios de salud y mayor desconocimiento de sus derechos en salud sexual y reproductiva (19).

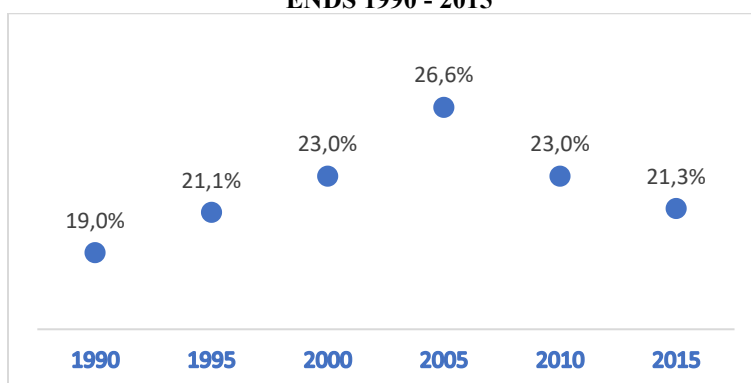
**Gráfica 4. Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos según nivel de riqueza en Colombia ENDS 2005-2015**



Elaborada por las autoras con base en los resultados de la ENDS (2005 – 2015)

El embarazo no deseado es la mayor expresión de la falla en la entrega de información y provisión de los servicios de salud sexual y reproductiva y está en la raíz del aborto inseguro. En 1994 Lucero Zamudio evidenció que el 78,4% de los abortos correspondía a embarazos no deseados y el porcentaje restante a falla o mal uso de los métodos anticonceptivos disponibles (20). Entre 1990 y 2005 el porcentaje de embarazos y nacimientos no deseados aumentó de 19% a 26,6% (ver gráfica 5). En 2015, cuando el país alcanzó la meta propuesta en la Política Nacional de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos del 2004 y la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos llegó al 81%, el porcentaje de nacimientos no deseados fue del 21%, revelando la dificultad de algunas mujeres para alcanzar sus preferencias reproductivas (18).

**Gráfica 5. Porcentajes de mujeres con embarazos no deseados en Colombia. ENDS 1990 - 2015**



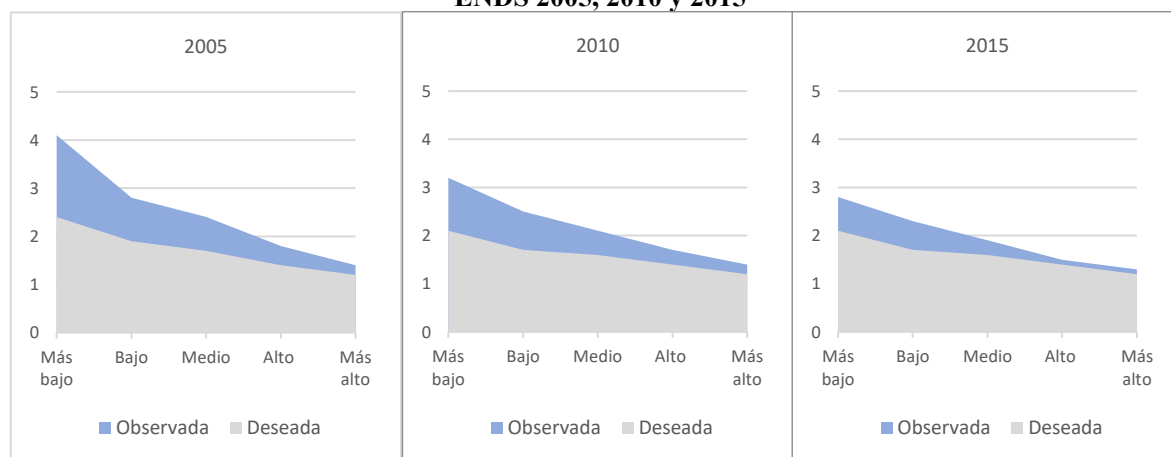
Elaborada por las autoras con base en los resultados de la ENDS (1990 – 2015)

Así mismo, la diferencia entre la fecundidad deseada y la observada es un indicador aproximado de la realización de los ideales reproductivos de las mujeres; el análisis de la discordancia de las preferencias reproductivas con la fecundidad efectiva gira en torno a las necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos y a sus determinantes sociales (19). En este sentido, mientras entre las mujeres del quintil más bajo de riqueza, la diferencia entre la tasa de fecundidad observada y la deseada en 2005 fue de dos hijos y cercana a uno en 2010 y 2015, las mujeres en los quintiles más altos de riqueza alcanzaron su meta reproductiva en 2005 (ver gráfica 6). De acuerdo con la ENDS

2015, las mujeres de la zona rural, con el menor nivel educativo y en el litoral pacífico tienen un hijo más que los deseados (18).

Adicionalmente, los cambios sociales, económicos y culturales impactan los valores sociales y las actitudes hacia la familia, la sexualidad y las relaciones de género (21). De acuerdo con las ENDS 1990-2015, en Colombia aumentó el inicio más temprano de la actividad sexual: el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que inició relaciones sexuales antes de los 18 años pasa del 30% en 1990 al 65% en 2015, mientras que el porcentaje de menores de 19 años unidas en el mismo periodo, sólo varió del 13,1% al 16,4%, indicando que la actividad sexual no está vinculada al matrimonio, ni al deseo de tener hijos (21). Según las ENDS, entre 2005 y 2015 el 46% de los nacimientos de mujeres menores de 20 años no fueron planeados (18,22) lo que revela la persistencia de las barreras para el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva.

**Gráfica 6. Comparación entre la fecundidad observada y deseada en Colombia ENDS 2005, 2010 y 2015**



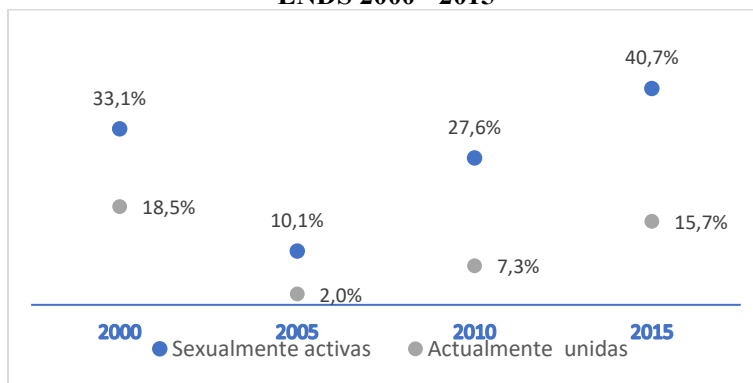
Elaborada por las autoras con base en los resultados de la ENDS (2005– 2015)

Uno de los mecanismos con los que cuentan las mujeres para prevenir los embarazos no deseados es la anticoncepción de emergencia como método para prevenir un embarazo después de una relación sexual no protegida, una falla en el uso del método anticonceptivo o en los casos de violación, este

método data de hace unos 45 años (23). Reconociendo que facilitar su acceso contribuye a la reducción de los embarazos no deseados, muchos de los cuales terminan en abortos inseguros que afectan gravemente la salud de la mujer, el Estado colombiano la incluyó en la normatividad en Salud Sexual y Reproductiva de Colombia desde el año 2000 (24).

El acceso a la anticoncepción de emergencia amplía la capacidad de las mujeres para evitar embarazos no deseados y sus consecuencias (25). Como se muestra en la gráfica 7, en Colombia el porcentaje de mujeres no unidas sexualmente activas que alguna vez la han usado descendió a 10,1% en 2005, coincidiendo con la tasa más alta de embarazo en adolescentes (20,5%); mientras que en 2015 el 88,3% de las mujeres conoce la anticoncepción de emergencia y el 40,7% la ha usado alguna vez (18).

**Gráfica 7. Porcentajes de mujeres que han usado alguna vez anticoncepción de emergencia en Colombia  
ENDS 2000 - 2015**

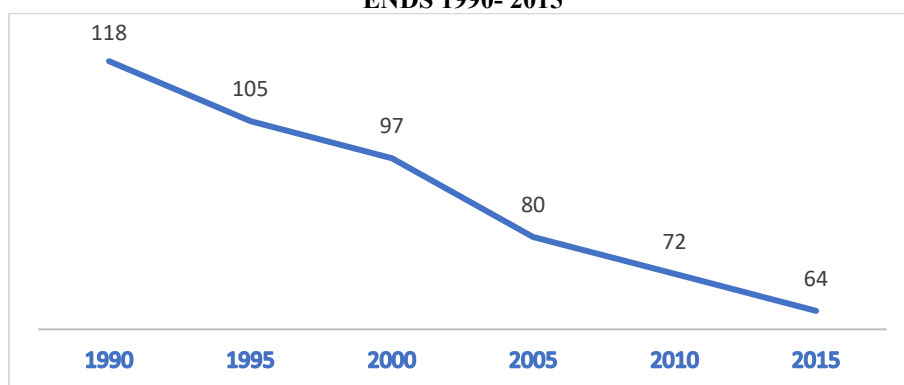


Elaborada por las autoras con base en los resultados de la ENDS (2000– 2015)

Los datos analizados hasta ahora evidencian que las necesidades insatisfechas de las mujeres frente a la anticoncepción siguen existiendo en el país, trayendo como consecuencia embarazos no deseados. A continuación, se analizan indicadores que están relacionados con lo que ha ocurrido con algunos de estos embarazos no deseados en un contexto marcado por la despenalización del aborto y la persistencia de barreras en el acceso a este servicio.

La razón de mortalidad materna es uno de los indicadores más importantes en términos de atención integral en salud sexual y salud reproductiva y representa el número de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100.000 nacidos vivos. El principal problema en los países con leyes restrictivas sobre el aborto es que las mujeres con pocos recursos recurren a abortos inseguros con alto riesgo de aborto incompleto, infección, perforación uterina, enfermedad pélvica inflamatoria, hemorragias o lesiones en los órganos internos, que pueden provocar la muerte, morbilidad permanente o infertilidad (26).

**Gráfica 8. Razón de Mortalidad Materna por cada 100 mil nacidos vivos en Colombia ENDS 1990- 2015**



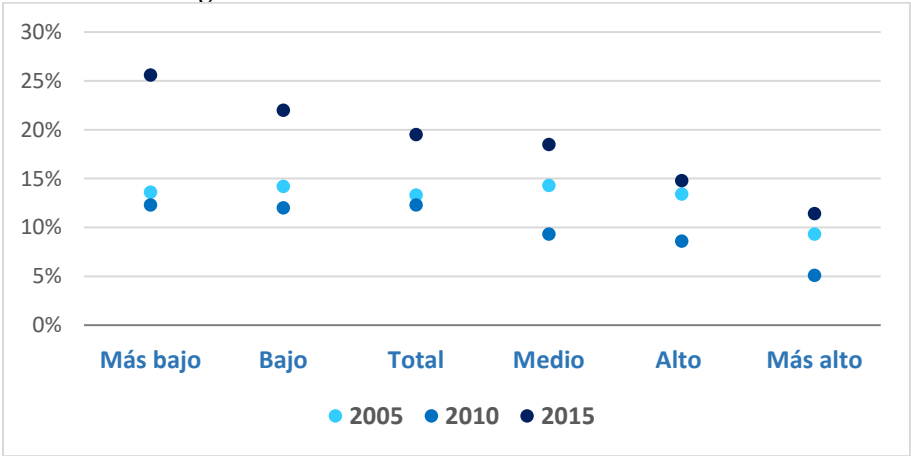
Elaborada por las autoras con base en los resultados de la ENDS (1990– 2015)

En 2000 la agenda global se comprometió mediante el ODM 5 a disminuir en tres cuartas partes las muertes maternas entre 1990 y 2015; en Colombia, en el CONPES 140 de 2011 se definieron las metas y estrategias del país para el logro de este objetivo y se estableció como meta nacional alcanzar en 2015 una RMM de 45 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos (27). Aunque entre 1990 y 2015 la RMM tuvo una tendencia decreciente (ver gráfica 8), Colombia no logró alcanzar esta meta. De acuerdo con el reporte de evento del Instituto Nacional de Salud del 2017, la razón de mortalidad materna es más alta entre las mujeres del área rural, pertenecientes al régimen subsidiado o sin afiliación; entre mujeres que no usaban un método anticonceptivo o que usaban métodos naturales y, entre las mujeres indígenas es cinco veces mayor que en el total nacional (27).

En el 2015 con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número 3, la agenda global se comprometió a reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos en 2030 y a evitar que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial. Por su parte, en Colombia a través del CONPES 3918 de 2018, el Gobierno Nacional estableció como meta alcanzar en 2030 una RMM de 32 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos (28).

De acuerdo con la OMS las principales complicaciones causantes del 75% de las muertes maternas son: las hemorragias graves, las infecciones tras el parto, la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), las complicaciones en el parto y los abortos inseguros (29). Entre estas el sangrado excesivo que había disminuido entre 2005 y 2010, volvió a aumentar en 2015 particularmente entre las mujeres en los quintiles más bajo de riqueza (ver gráfica 9). En 2015 esta complicación fue más frecuente entre mujeres menores de 20 años, en la zona rural y con el menor nivel educativo (30).

**Gráfica 9. Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que tuvo complicaciones en el parto por sangrado excesivo en Colombia ENDS 2005 - 2015**



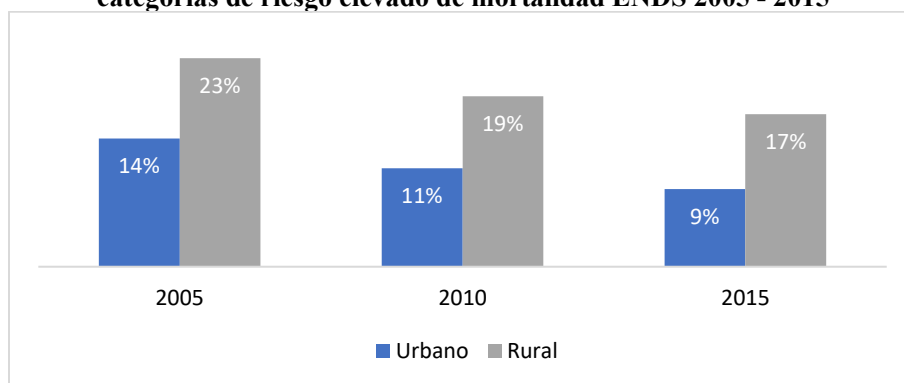
Elaborada por las autoras con base en los resultados de la ENDS (1990– 2015)

Otro indicador importante para entender la mortalidad materna es el índice de riesgo reproductivo preconcepcional, el cual permite clasificar a las mujeres en edad fértil no gestantes de acuerdo al riesgo que un futuro embarazo produciría en su salud, la del feto, o la del recién nacido por lo que es

necesario identificarlas para brindarles atención de mayor complejidad de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos (18).

La ENDS presenta el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años unidas en el momento de la encuesta que está en alguna categoría de riesgo evitable de concebir un hijo con riesgo elevado de mortalidad: porque tiene menos de 18 años o más de 34 años, tiene un intervalo entre nacimientos menor a 24 meses, o el orden de nacimiento es mayor de 3; de acuerdo con los resultados de la ENDS, en 2005 el 16,7% de las mujeres actualmente unidas estuvo en varias categorías de riesgo elevado, en 2010 este porcentaje descendió a 12,9% y en 2015 a 10%; pese a su disminución a nivel nacional, la brecha urbana y rural no ha disminuido siendo las mujeres de las zonas rurales quienes en mayores porcentajes están en varias categorías de riesgo evitable de concebir un hijo con riesgo elevado de mortalidad (ver gráfica 10).

**Gráfica 10. Porcentaje de nacimientos de los cinco años anteriores a la encuesta en varias categorías de riesgo elevado de mortalidad ENDS 2005 - 2015**



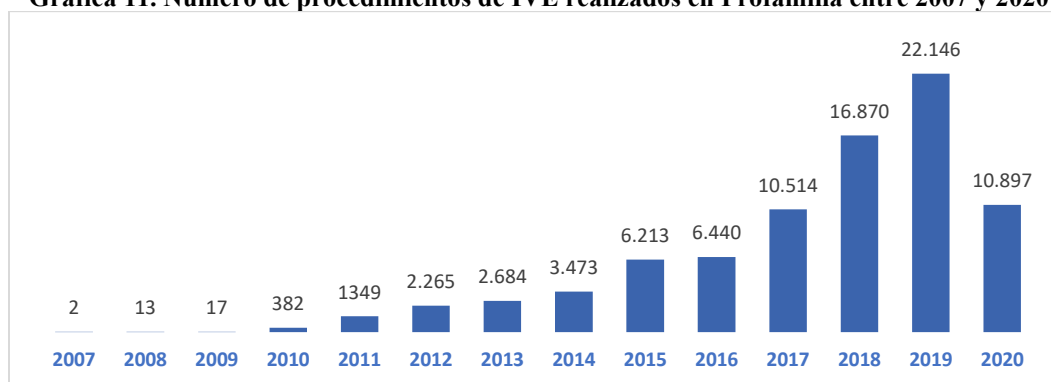
Elaborada por las autoras con base en los resultados de la ENDS (2005– 2015)

### **La prestación del servicio de aborto en Profamilia (2012-2020)**

Las primeras acciones de Profamilia dirigidas a garantizar el derecho de las usuarias a los servicios de aborto fueron la identificación y remoción de barreras institucionales para la prestación de servicios, el fortalecimiento del sistema de información, la promoción interna del servicio y el fortalecimiento de la capacidad técnica de sus profesionales. En 2013 la institución adoptó la

codificación específica de la Interrupción Voluntaria del Embarazo planteada en la Resolución 5521 de 2013. A junio 30 de 2020 Profamilia ha realizado 83.265 abortos, la Gráfica 11 muestra la evolución en la prestación del servicio.

**Gráfica 11. Número de procedimientos de IVE realizados en Profamilia entre 2007 y 2020**

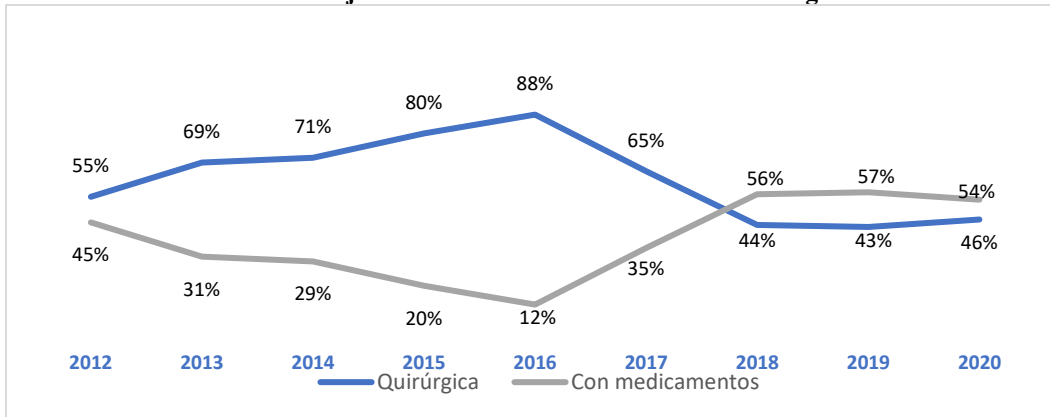


Elaborada por las autoras con base en los datos de Profamilia (2007 – 2020)

De acuerdo con Guía técnica y de políticas para sistemas de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la técnica quirúrgica para el aborto ambulatorio es la aspiración endouterina y para el aborto con medicamentos es el uso del Misoprostol o de la Mifepristona seguida del Misoprostol uno o dos días después (31). Dado que en Colombia no estuvo disponible la Mifepristona sino hasta el 2017, el método empleado para el aborto farmacológico fue el Misoprostol.

Al inicio de la prestación del servicio, el aborto quirúrgico fue el procedimiento más utilizado pasando de 55% en el año 2012 a 88% en 2016. En 2015, el INVIMA aprobó la evaluación farmacológica y la inclusión en el listado de normas farmacológicas colombianas de la Mifepristona, concediendo a Profamilia si registro sanitario y autorización para el ingreso y uso en Colombia en el 2017. La Mifepristona seguida de Misoprostol constituye el régimen más efectivo y seguro y representó un cambio en las preferencias de las usuarias: el aborto con medicamentos (solo Misoprostol) pasó del 12% en 2016 a 54% (combinando la Mifepristona y Misoprostol) en 2020 (ver gráfica 12).

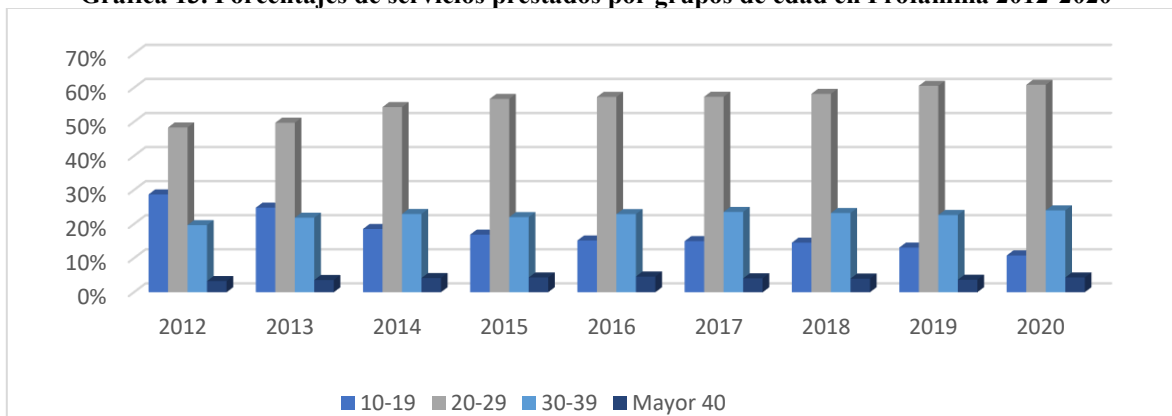
**Gráfica 12. Porcentaje de abortos realizados en Profamilia según técnica 2012-2020**



Elaborada por las autoras con base en los datos de Profamilia (2012 – 2020)

Las características de las usuarias que acuden a los servicios de Profamilia permiten verificar lo que las tendencias demográficas han revelado: que las mujeres más jóvenes, solteras y con menores recursos económicos están más expuestas a los embarazos no deseados. Se encuentra que la edad de las usuarias de los servicios de aborto oscila entre los 11 y los 46 años; la mayor proporción se encuentra en el grupo de los 20 a los 29 años, grupo de edad que concentra al 58% de las usuarias. Como se evidencia en la gráfica 13, los servicios prestados a este grupo poblacional tienen una tendencia creciente para el período analizado.

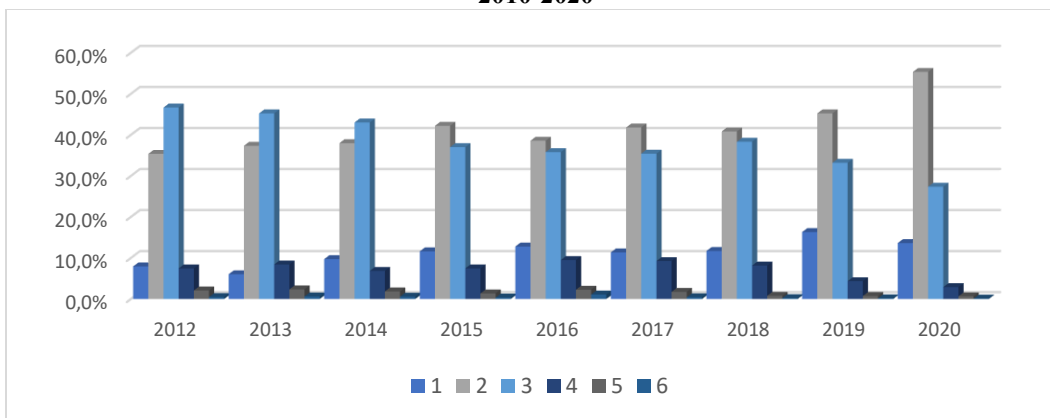
**Gráfica 13. Porcentajes de servicios prestados por grupos de edad en Profamilia 2012-2020**



Elaborada por las autoras con base en los datos de Profamilia (2012 – 2020)

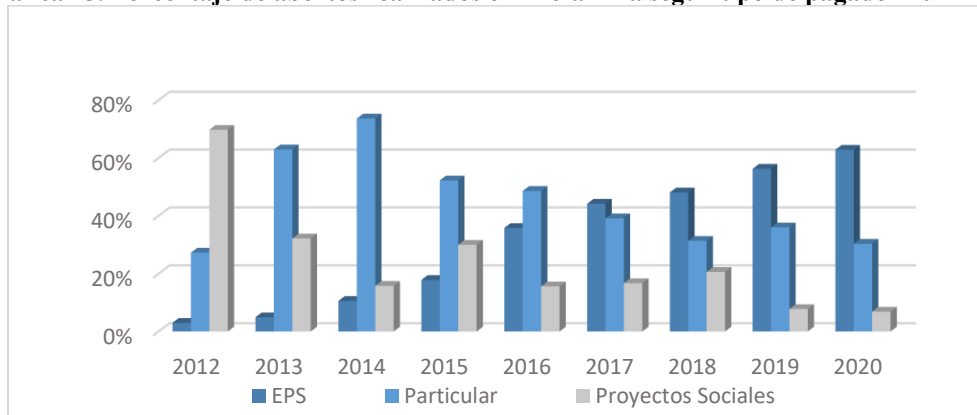
En cuanto al nivel socioeconómico de las usuarias, cerca al 92% de las usuarias pertenecen a los estratos 1, 2 y 3, siendo las mujeres del estrato dos quienes en mayores porcentajes acuden al servicio (ver Gráfica 14). También se destaca que el porcentaje de usuarias del estrato 1 se duplicó entre 2012 (8%) y 2020 (14%) y el porcentaje de usuarias del estrato 2 aumentó del 35% al 55%.

**Gráfica 14. Porcentaje de usuarias atendidas por aborto en Profamilia según estrato socioeconómico 2010-2020**



Elaborada por las autoras con base en los datos de Profamilia (2012 – 2020)

**Gráfica 15. Porcentaje de abortos realizados en Profamilia según tipo de pagador 2012-2020**



Elaborada por las autoras con base en los datos de Profamilia (2012 – 2020)

Finalmente, respecto al pago del servicio, es relevante que mientras en el año 2012 las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios solo contribuían con un 3%, para el primer semestre del 2020 cubren el 62% de las atenciones (ver gráfica 5). No obstante; el hecho de que, en promedio, el 39% de las personas pague de su bolsillo el procedimiento, siendo el aborto un servicio que está

cubierto por el Plan de Beneficios en Salud, revela una barrera económica importante en la garantía de este derecho.

## **Discusión**

El país ha avanzado en el reconocimiento de los derechos de las mujeres; no obstante, los datos indican que las mujeres con menos recursos enfrentan las mayores dificultades para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, tienen mayor necesidad insatisfecha de anticonceptivos, mayores niveles de embarazo no deseado, mayor mortalidad materna y están más expuestas a la violencia sexual y a embarazos de alto riesgo para su vida o no viables. Estos gradientes sociales de la salud vulneran a un importante grupo de mujeres que no pueden alcanzar sus ideales reproductivos, además puede traer consecuencias negativas sobre su salud y su vida al exponerlas a abortos inseguros si no se logra la meta del acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. En los 14 años que van desde la despenalización del aborto se han dado avances en el marco jurídico, pero persisten barreras de acceso al servicio.

Como lo planteó Ana Cristina Gonzáles en 2010, estas barreras comprenden, en su dimensión más general, el desconocimiento del marco legal tanto entre las mujeres como entre los prestadores de servicios; la interpretación restrictiva del marco legal por parte de prestadores y profesionales de la salud que solicitan requisitos adicionales, proponen la edad gestacional como limitante para la prestación del servicio, o interpretan la causal salud de manera restrictiva; y, las fallas en la prestación del servicio de salud que incluyen las deficiencias de las instituciones de servicios de salud, falta de rutas y procesos claros para el acceso a la atención así como las actitudes y prácticas de los profesionales y prestadores de servicios de salud como el estigma y la discriminación (32).

En consecuencia, estas barreras en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo pueden conducir a la práctica de abortos inseguros que ponen en riesgo la salud, la vida y los derechos de las mujeres y son una expresión de la discriminación contra las mujeres y su autonomía reproductiva particularmente las más jóvenes, las más pobres y en las zonas rurales del país. Para ahondar en la situación de vulneración de derechos de las mujeres urge crear un sistema de información que consolide apropiadamente la información sobre la prestación de servicios de aborto y permita establecer el número de abortos legales y las características sociodemográficas de las mujeres que acceden a los servicios, así como estimar el número de abortos inseguros (33).

### **Conclusiones**

Pese a que la atención en salud sexual y salud reproductiva así como el aborto bajo las tres causales establecidas en la sentencia C-355 de 2006 son servicios esenciales, entre marzo y agosto de 2020, las medidas para hacerle frente a la pandemia del COVID-19 como el aislamiento social y la cuarentena, han representado barreras para su acceso entre las que se encuentran las transformaciones en la priorización de los servicios de salud y de las urgencias médicas; los cambios en los horarios de la prestación de los servicios; la dificultad para solicitar los servicios y para desplazarse a los centros de atención; y, la falta de información sobre las rutas y canales de atención (13) (14) (15). La prevención de los embarazos no deseados en la actual pandemia de COVID-19 demanda estrategias de atención primaria en salud que permitan a las personas seguir tomando de manera autónoma decisiones sobre su reproducción como la tele medicina, la tele consulta y la atención domiciliaria.

La afirmación de Cecilia Barraza y Claudia Gómez (2009) “*el aborto se encuentra en el centro del debate social sobre los derechos de las mujeres y el significado de la vida*” (16) continúa vigente y es así como a inicios de marzo de 2020 la Corte Constitucional de Colombia se declaró inhibida ante la demanda que pedía declarar inconstitucionales las tres causales despenalizadas en la sentencia

C355-2006; la Corte argumentó que la demanda no tenía una argumentación suficiente sobre los reproches de constitucionalidad y que por lo tanto, debía abstenerse de entrar a estudiarla. En este contexto el presidente de la Corte presentó una ponencia en la cual plantea que es posible interrumpir voluntariamente el aborto hasta la semana 16 de la gestación sin incurrir en un delito.

A partir de septiembre de 2020, la Corte Constitucional estudia una nueva demanda, esta vez presentada por organizaciones de mujeres que buscan que se elimine del Código Penal el aborto en Colombia, haciendo énfasis en el derecho de acceder al aborto sin sufrir estigma y con las plenas garantías del estado al momento de practicarlo. Esta demanda busca beneficiar a las mujeres que enfrentan barreras para acceder a los servicios de aborto aún en las causales autorizadas por la Corte. Reanuda nuevamente el debate sobre la libertad que tienen las mujeres para decidir sobre su cuerpo y las implicaciones de interrumpir voluntariamente un embarazo.

### **Agradecimientos**

Esta investigación se realizó en el marco del proyecto “Opciones Reales” Financiado por IPPF y Profamilia. Agradecemos a Daniela Roldán Restrepo, Mariana Calderón Jaramillo, Juan Carlos Rivillas, Felipe Cabrera y Lina Castaño sus comentarios y observaciones a la primera versión de este manuscrito.

### **Referencias**

x

1. Barraza C. y Gómez C. Un derecho para las mujeres: la despenalización parcial del aborto en Colombia. [Online].; 2009. Available from:  
<http://bdigital.unal.edu.co/54281/1/9789589903605.pdf>.

2. ONU MUJERES. Declaración y plataforma de acción de Beijing - Declaración política y documentos resultados de Beijing+5. [Online].; 2014. Available from:  
[https://beijing20.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa\\_s\\_final\\_web.pdf](https://beijing20.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf).
3. Ley 100. Congreso de la República de Colombia. [Online].; 1993. Available from:  
[https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100\\_93.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf).
4. EL TIEMPO. Primera condena por aborto. EL TIEMPO. 2000 julio 6.
5. MSPS. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá.; 2013.
6. MSPS. Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas. [Online].; 2014. Available from:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/SM-Determ-aborto-inseguro.pdf>.
7. Lazala Y. Red internacional de Derechos Humanos. [Online].; 2017. Available from:  
<https://ridh.org/news/10-anos-de-la-despenalizacion-parcial-del-aborto-en-colombia/>.
8. Thomas F. Maternidad y gestación de vida: su problematización al final del siglo. Otras Palabras. 1996;; p. 35-42.
9. González A. La situación del aborto en Colombia: entre la ilegalidad y la realidad. Cuadernos de Saúde Publica. 2005 Marzo-Abril; 21(2): p. 624-2628.
10. ONU. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. [Online].; 2013. Available from: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf).
11. MSPS. Boletín de prensa 212. [Online]. Bogotá; 2014. Available from:  
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-present%C3%B3-pol%C3%ADtica-de-sexualidad,-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos.aspx>.

12. MSPS. Protocolo para el sector salud: Prevención del aborto inseguro en Colombia. [Online].; 2014. Available from:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>.
13. Rivillas JC, Murad R, Sanchez M et al. Respuesta pública a las intervenciones no farmacológicas para reducir la demanda de uso de servicios y mortalidad por COVID-19 en Colombia. [Online].; 2020. Available from: [Respuesta pública a las intervenciones no farmacológicas para reducir la demanda de uso de servicios y mortalidad por COVID-19 en Colombia](#).
14. Sánchez M, Rivera D, Murad R et al. Estudio Solidaridad. Informe 4. Salud sexual y salud reproductiva desatendida durante la cuarentena. [Online].; 2020. Available from:  
<https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/06/Informe4-Saludsexualysaludreproductivadesatendidasdurantelacuarentena-ProfamiliaColombia.pdf>.
15. The PMNCH WHO, PAHO WHO and Asociación Profamilia. Entendiendo las experiencias y prácticas resilientes de adolescentes y jóvenes durante la pandemia del COVID- 19 en Colombia. [Online].; 2020. Available from: <https://profamilia.org.co/investigaciones/otras-investigaciones/>.
16. Barraza y Gómez. Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. [Online].; 2009. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/54281/1/9789589903605.pdf>.
17. Caciue I. Empoderamiento femenino y uso de anticonceptivos en México. [Online].; 2015 [cited 2020 Junio. Available from:  
[https://www.researchgate.net/publication/277591297\\_Empoderamiento\\_femenino\\_y\\_uso\\_de\\_anticonceptivos\\_en\\_Mexico](https://www.researchgate.net/publication/277591297_Empoderamiento_femenino_y_uso_de_anticonceptivos_en_Mexico).

18. MSPS, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Bogotá; 2015.
19. Sedgh G., Singh S. and Hussain R.. Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends. *STUDIES IN FAMILY PLANNING*. 2014; 45(3): p. 301-304.
20. Briguero et al. Centro Latinoamericano en sexualidad y derechos humanos CLAM. [Online].; 2010. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/47155/1/9789587611397.pdf>.
21. Flórez C. y Sánchez L.. Fecundidad y familia en Colombia: ¿hacia una segunda transición demográfica? [Online].; 2013. Available from: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/2-FECUNDIDAD-Y-FAMILIA-EN-COLOMBIA-HACIA-UNA-SEGUNDA-TRANSICION-DEMOGRAFICA-final.pdf>.
22. Profamilia , MSPS. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010. [Online].; 2010. Available from: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-2010.pdf>.
23. Profamilia. La anticoncepción de emergencia es un derecho. 4th ed. Bogotá: Oficina Asesora en Derechos Sexuales, Reproductivos y Género; 2005.
24. Gómez P. Anticoncepción de emergencia hormonal: conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes universitarias. Estudio de corte transversal. Colombia. 2008. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2010; 5.
25. Prada H. et al. Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Colombia: Causes and Consequences. [Online].; 2011. Available from: <https://www.gutmacher.org/report/unintended-pregnancy-and-induced-abortion-colombia-causes-and-consequences>.
26. Drovetta R. *Reproductive Health Matters*. 2015 Junio;: p. 47-57.

27. INS. Informe de evento. Mortalidad Materna Colombia 2017. [Online].; 2017. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%202017.pdf>.
28. DNP. CONPES 3918. Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia. [Online]. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>.
29. OMS. Centro de Prensa OMS. Mortalidad materna. [Online].; 2019. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
30. OPS. Salud Reproductiva: concepto e importancia. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 39. Washington D.C. 1997. [Online].; 1997. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3140/Salud%20reproductiva%20concepto%20e%20importancia.pdf?sequence=1>.
31. OPS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición. [Online].; 2012. Available from: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9789241548434/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/).
32. González A. Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia. [Online].; 2016. Available from: [https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/996/Barreras\\_IVE\\_vf\\_WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/996/Barreras_IVE_vf_WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
33. Grupo de Monitoreo para la Implementación de la CEDAW en Colombia. Mujeres y paz, en búsqueda de plenos derechos. Informe sombra del grupo de monitoreo para la implementación de la CEDAW en Colombia. [Online].; 2019. Available from:

[https://www.worldvision.co/media/publicaciones/None/Informe\\_sombra\\_MUJERES\\_Y\\_PAZ  
EN COLOMBIA EN BUISQUEDA DE PLENOS DERECHOS.pdf](https://www.worldvision.co/media/publicaciones/None/Informe_sombra_MUJERES_Y_PAZ_EN_COLOMBIA_EN_BUISQUEDA_DE_PLENOS_DERECHOS.pdf).

34. Zamberlin N. et al. Latinamerican women´s experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. Reproductive Health. 2012.
35. Urdinola P. Instituto de Estudios Urbanos IEU. [Online].; 2018. Available from:  
<http://ieu.unal.edu.co/medios/noticias-del-ieu/item/censo-2018-ratificara-el-bono-demografico-que-esta-viviendo-colombia>.
36. MSPS. Anticoncepción de emergencia. [Online]. [cited 2020 Agosto. Available from:  
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Anticoncepcion-de-emergencia.aspx>.
37. Cárdenas M. y Rosero C. El aborto en Colombia: avances y retos pendientes. [Online].; 2016.  
Available from: <https://www.ambitojuridico.com/noticias/constitucional-y-derechos-humanos/el-aborto-en-colombia-avances-y-retos-pendientes>.
38. ONU. Consenso de Montevideo. [Online].; 2013. Available from:  
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>.
39. MSPS. Plan Decenal de Salud Publica. PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú; 2012-2021.