

1-1-2018

# Análisis de la evolución de las políticas del Ministerio de Salud frente a la interrupción voluntaria del embarazo a partir de los documentos emitidos por la Organización Mundial de la Salud

Samantha Rojas Herrera  
*Universidad de La Salle*

Follow this and additional works at: [https://ciencia.lasalle.edu.co/negocios\\_relaciones](https://ciencia.lasalle.edu.co/negocios_relaciones)

---

## Citación recomendada

Rojas Herrera, S. (2018). Análisis de la evolución de las políticas del Ministerio de Salud frente a la interrupción voluntaria del embarazo a partir de los documentos emitidos por la Organización Mundial de la Salud. Retrieved from [https://ciencia.lasalle.edu.co/negocios\\_relaciones/123](https://ciencia.lasalle.edu.co/negocios_relaciones/123)

This Trabajo de Grado is brought to you for free and open access by the Facultad de Ciencias Económicas y Sociales at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Negocios y Relaciones Internacionales by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact [ciencia@lasalle.edu.co](mailto:ciencia@lasalle.edu.co).

**Análisis de la evolución de las políticas del Ministerio de Salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo a partir de los documentos emitidos por la Organización Mundial de la Salud**

**Resumen ejecutivo proyecto de pasantía**

La presente investigación, es el resultado un ejercicio de pasantía, llevado a cabo en el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) durante 6 meses, como opción a grado. Durante este periodo, se pudo identificar que, existen diversas problemáticas; y para efectos de este trabajo se desarrollará en torno a la interrupción voluntaria del embarazo. El aborto inseguro es un problema de salud pública en Colombia. Asimismo, durante varios años se ha intentado despenalizar el aborto y solo hasta el 2006, el gobierno colombiano determinó que solo se puede realizar en casos: por violación, por malformación incompatible con la vida extrauterina, y cuando la vida y la salud de la madre peligran, denominándolo Interrupción Voluntaria del Embarazo. El siguiente informe es un análisis de la manera que ha evolucionado el derecho al aborto en Colombia y los desafíos que ha presentado el MSPS en relación a la normativa a partir de los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud frente a este tema, además, se abordará y desarrollará esta investigación por medio de un análisis tanto documental como de los instrumentos de derecho internacional sobre la materia, con el fin de realizar una comparación de la normatividad establecida en Colombia para la posterior emisión de recomendaciones. La relevancia del desarrollo de este trabajo es interpretar los estándares técnicos y políticos a tener en cuenta para la construcción y seguimiento de las agendas a desarrollar a nivel nacional en las cuales participa este Ministerio.

**Abstract**

The present investigation is the result of an internship exercise, carried out in the Ministry of Health and Social Protection (MSPS) for 6 months, as an option to degree. During this period, it was possible to identify that there are several problems; and for purposes of this work will be developed around the voluntary termination of pregnancy. Unsafe abortion is a public health problem in Colombia. In addition, for several years, it has tried to decriminalize abortion and only until 2006, the Colombian government determined that it can only be done in cases: for rape, for malformation incompatible with extra uterine life, and when the life and health of the mother are in danger, calling it Voluntary Interruption of Pregnancy. The following report is an analysis of the way in which the right to abortion has evolved in Colombia and the challenges that the MSPS has presented in relation to the regulations based on the parameters established

by the World Health Organization in relation to this issue. , this research will be addressed and developed through a documentary analysis as well as international law instruments on the subject, in order to make a comparison of the regulations established in Colombia for the subsequent issuance of recommendations. The relevance of the development of this work is to interpret the technical and political standards to be taken into account for the construction and follow-up of the agendas to be developed at the national level in which this Ministry participates.

**Palabras clave (Keywords)**

Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), Derechos Sexuales y Reproductivos, Legalización, Ministerio de Salud, Organización Mundial de la Salud.

**Clasificación JEL (Journal of Economic Literature):**

I19

K36

K19

## **Agradecimientos**

Mis agradecimientos a la Universidad de la Salle y profesores por brindarme las herramientas necesarias para mi desempeño y culminación del programa académico, especialmente al docente Mauricio Hernández Pérez que puso a mi disposición su conocimiento y herramientas para fortalecer mi proyecto.

A mi tutor Carlos Pérez Espitia por su apoyo y consejo en el rumbo y desarrollo de mi trabajo, porque aprendí mucho a lo largo del proceso, alimentó de manera pertinente mis conocimientos y capacidad argumentativa, puso a prueba mis destrezas, habilidades y conocimientos adquiridos durante los cinco años de carrera.

Al Ministerio de Salud y Protección Social, especialmente al área de Cooperación y Relaciones Internacionales, por haberme dado la oportunidad de realizar mis pasantías laborales allí, llenándome de conocimiento y poniendo a prueba mi capacidad de aplicar lo aprendido en la universidad en el diario de las demandas del área.

Finalmente, a mi familia por su apoyo a lo largo de la carrera, su ayuda económica y académica durante todo mi proceso de formación profesional.

## 1. Introducción

En Colombia se estima que cada año se realizan en el país más de 400.000 abortos en la clandestinidad (MinSalud, 2014), lo que pone en riesgo la vida de las mujeres que lo practican. La legalización del aborto en Colombia, Interrupción Voluntaria del Embarazo, ha sido un logro para los derechos sexuales y reproductivos de la mujer a partir de la sentencia C-355 de 2006, sin embargo son solo bajo tres causales que es permitido, es por eso que la cifra de muerte por aborto inseguro va en aumento. Este cobra a diario la vida de mujeres que no cumplen con alguna de las causales establecidas en la sentencia o también por desconocimiento de este derecho.

El siguiente, es un trabajo que se centra en la conexión de la OMS y Colombia como parte de esta, del proceso de legalización del aborto en Colombia y el manejo promocional del mismo por parte del MSPS, teniendo en cuenta aspectos legales y la relación documental realizada en el documento. Este se realizará bajo un enfoque cualitativo, con un tipo de método de análisis de contenido con un diseño de identificación documental y en la que se procederá el uso de análisis documental con técnica de búsqueda de información usando la recolección de información de datos obtenidos de diferentes fuentes.

Estará dividido en tres partes, la primera busca explorar las modificaciones y avances de las leyes acerca de la IVE en Colombia por medio de una relación de sentencias y resoluciones relacionadas a este tema, la segunda pretende a través de un cuadro- proceso examinar los documentos expedidos por el Ministerio de Salud con relación a los expedidos por la OMS y finalmente, en la tercera parte, a partir de los resultados y análisis de la investigación, se expondrán una serie de recomendaciones al MSPS frente a los programas promocionales acerca de la IVE.

*Para el desarrollo de la primera parte es necesaria una revisión documental entorno al marco legal para identificar las sentencias y leyes directamente relacionadas. Los documentos oficiales permiten abordar la problemática en términos de salud a través de fuentes directas como el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual brinda información pertinente para dar respuesta a la pregunta de investigación. Para ellos se realizará una compilación de información por medio de un Cuadro-Proceso en el que se presentará la evolución de la normatividad en relación al tema.*

*En segunda instancia, para el desarrollo de la segunda parte se analizarán las estrategias adoptadas por el Ministerio de Salud con relación a los compromisos derivados de las resoluciones de la OMS, por lo que será necesario un análisis documental y análisis de los instrumentos de derecho internacional sobre la materia. Una revisión de documentos, informes oficiales y programas expedidos por la entidad, paralela a los documentos emitidos por la organización internacional. Por lo que esta información alimentara el Cuadro-Proceso realizado por categorías y selección de temas y contenidos.*

*Posteriormente, a partir de los hallazgos del Cuadro-Proceso se elaborara un análisis y una serie de conclusiones tras la identificación de avances y desafíos en la elaboración de política pública para la IVE en Colombia y a partir de esto se harán recomendaciones al MSPS sobre sus programas promocionales frente a este tema.*

### **1.1. Síntesis de las fases de la práctica**

Durante los seis meses de práctica en el Ministerio de Salud estuve en el área de cooperación y relaciones internacionales, apoye ambas áreas, sin embargo la mayoría de tiempo estuve con Relaciones Internacionales en el que realice las siguientes labores:

- ✓ Realicé varios informes de reuniones nacionales e internacionales en los que Colombia fue participe, entre estos: la X Reunión del Consejo de Salud Suramericano de la UNASUR llevada a cabo en Quito, fortalecimiento de la cooperación suramericana para los programas y acciones conjuntas en materia de salud; la Reunión regional de expertos sobre Acción multisectorial para la Estrategia Global de la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, en América Latina y el Caribe llevada a cabo en Panamá, que tuvo como objetivo principal de contribuir a las iniciativas regionales y existentes y a los procesos de regionalización de la Estrategia Global a nivel mundial y/o del Plan Estratégico 2018-2020 y uno de los más relevantes, el encuentro presidencial y V Gabinete Binacional Ecuador- Colombia, llevado a cabo en Ecuador, con el fin de fortalecer los lazos binacionales.
- ✓ Sin embargo, los informes con más relevancia fueron los de la OMS, Colombia como país miembro realiza intervenciones, las cuales ayudé a redactar y pasar a que fueran aprobados, así mismo luego de la reunión era necesario realizar el informe de la reunión. Vi en la página oficial de esta organización las reuniones de la Asamblea y Consejo y con base en estas realice los informes.

- ✓ Apoyé la actualización diaria de los temas para cada país participante en la XV Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud
- ✓ Organice las carpetas de intervención y participación del Ministro, Viceministro de Salud y del Director de la oficina de cooperación y relaciones internacionales, para la reunión de la Asamblea General y Consejo de la OMS en Ginebra.
- ✓ Ayude en la coordinación y participación de Colombia como país anfitrión en el Proyecto de integración y desarrollo Mesoamerica en la segunda reunión de Coordinadores Nacionales del Sistema Mesoamericano de Salud Pública.
- ✓ Asistí varias reuniones de grupo para discusión de participación e intervención de Colombia en eventos internacionales. Asimismo, asistí a una teleconferencia con COMISCA (Consejo de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana) sobre control de la ETV (Enfermedad tromboembólica venosa) y a una reunión virtual con la OTCA (Organización del Tratado de Cooperación Amazónica).
- ✓ Ayuda en la información y redacción de la intervención del Director de la oficina de cooperación y relaciones internacionales en una reunión nacional sobre embarazo adolescente en Colombia.

Finalmente en el área de cooperación internacional:

- ✓ Ayudé en la elaboración del memorando de entendimiento de: convenio de cooperación con el Ministerio De Salud y Servicios de Cuidado del Reino de Noruega , Convenio de Salud con India y finalmente los estudios previos y la solicitud de cooperación con el Fondo Mundial de la lucha con el Sida.
- ✓ Traducción a inglés de presentación sobre “Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia”
- ✓ Ayudas de memoria sobre Avances y Retos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS – Colombiano dirigida al Viceministro.

### **1.2.Relaciones existentes entre la práctica o pasantía realizada y el proceso de formación.**

A partir de la experiencia laboral en el Ministerio de Salud, en el área de Cooperación y Relaciones Internacionales, como practicante se logra identificar el funcionamiento y entender el actuar y desarrollo de los planes nacionales que realiza una de las entidades oficiales del país, además de esto, se logra trasladar la teoría a el diario de las labores realizadas allí. Al poder

explorar en dos campos y pertenecer a ambos equipos de trabajo (Relaciones y cooperación) se le permite al estudiante tener contacto con plataformas e información para la implementación de proyectos estructurados por esa organización para el funcionamiento de estas áreas.

Por un lado, en el área de Relaciones internacionales, a lo largo de la formación académica en la universidad, y por medio de clases como Instituciones Internacionales o Teoría de las Relaciones Internacionales, se conoció e investigó sobre estas instituciones partícipes y protagonistas de la dinámica internacional entre gran porcentaje de los países a nivel mundial, sin embargo, es hasta este punto de práctica, que entré en contacto con la página oficial de la Organización Mundial de la Salud, plataforma abierta al público, que me permitió a la par de la realización de labores asignadas en las prácticas, estar informada de las últimas noticias en temas de salud, estar al tanto de relaciones y proyectos mundiales para combatir determinadas enfermedades, lo que permitió identificar en que partes del mundo se concentra la ayuda y cuáles son los planes en los que ha participado Colombia como miembro oficial.

Asimismo, entre mis labores, se me asignó la revisión de los videos de la última reunión de la Asamblea General, en la que se logra identificar la dinámica de esta organización en la toma de decisiones a partir de las experiencias de los países miembros y no miembros, por lo que estas reuniones son un claro ejemplo de cooperación y dialogo entre países enfocados en un bien común (caso específico de la Salud)

Por otro lado, en el área de Cooperación Internacional, se da la oportunidad de llevar a la práctica lo aprendido en la clase de Cooperación Internacional, pues durante mi tiempo de pasantía el gobierno colombiano estaba buscando establecer cooperación con dos diferentes entes internacionales, el Gobierno noruego y el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM); por lo que para llevar a cabo este proceso se copiló información para el formato de “Estudios previos” , lo que es un claro ejemplo de llevar teoría a la práctica, fue necesario identificar los requisitos para establecer la cooperación, y en el caso del FMSTM fue necesario hacer una pequeña exploración estadística de estos virus en Colombia.

En síntesis, el desarrollo de estas prácticas permitió, a partir de lo aprendido teóricamente en la universidad, tener un acercamiento a lo que es el campo laboral, evaluación de proyectos de cooperación, ver la participación de Colombia en organizaciones internacionales y además



interactuar directamente con fuentes de información oficiales que te permiten desarrollar un pensamiento crítico y constructivo frente a determinadas situaciones de actualidad.

## **2. Problemática abordada**

La lucha por el derecho al aborto y el poder de las mujeres de decidir sobre sus cuerpos en Colombia es un debate que ha tomado varios años y a pesar de haber logrado un avance en esta materia en el año 2006, si se toma en cuenta los 3 casos excepcionales en los cuales se legaliza el aborto llamándolo Interrupción Voluntaria del embarazo (IVE): Peligro de vida de la madre, malformación del feto y acto sexual abusivo, los cuales se van a abordar de manera más adelante en el desarrollo del trabajo, se observa la limitación a la completa libertad de decisión para llevar a cabo el aborto. Por otra parte, los Derechos Sexuales y Reproductivos se encuentran protegidos por la legislación internacional referente a derechos humanos y por otros documentos de las Naciones Unidas, organismo que tiene como objetivo hacer recomendaciones a los Estados sobre los problemas fundamentales del desarrollo. Sin embargo, esta actividad puede realizarse bajo la autonomía de cada país.

Por otro lado, el papel de entidades públicas, en este caso del Ministerio de Salud, puede llegar a ser determinante a la hora de desarrollar y difundir programas promocionales frente a este tema; esta entidad cuenta con una política de acciones frente a la IVE que tiene como propósito concienciar a las mujeres del derecho con el que cuentan.

Es a partir de esto, que se vinculan documentos emitidos por organizaciones internacionales, en este caso la Organización Mundial de la Salud, la cual con la emisión de decisiones, resoluciones, guías, documentos y publicaciones toma un papel importante a la hora de desarrollo de estas políticas. En este orden de ideas se hace necesario analizar e identificar los avances y desafíos en el desarrollo de la normatividad del Ministerio de Salud frente a la problemática a tratar a partir de los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

El Estado colombiano a través de los ministerios, en este caso el Ministerio de Salud y Protección Social, mantiene un activo contacto con la Organización Mundial de Salud, la cual emite documentos en materia de salud, por lo que se quiere saber hasta qué punto su trabajo aporta a la construcción de la normativa frente a el caso en estudio de la Interrupción Voluntaria

del Embarazo, si la participación del Estado Colombiano en la OMS ha generado vínculos permanentes para la construcción de la normativa.

## **2.1. Objetivos**

### **2.1.1. Objetivo general**

Analizar la evolución en la normativa nacional que ha sido impulsada por el Ministerio de Salud respecto a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, en concordancia con los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

### **2.1.2. Objetivos específicos**

1. Explorar las modificaciones del marco legal frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia, a partir de los documentos expedidos desde el 2003.
2. Examinar las estrategias adoptadas por el Ministerio de Salud con relación a los compromisos derivados de las publicaciones y parámetros de la OMS
3. Elaborar una serie de recomendaciones para mejorar la calidad de respuesta del Estado en materia de salud en el contexto del derecho a la IVE, a partir de las conclusiones del Cuadro – Proceso.

## **3. Marco legal**

La historia sobre la despenalización del aborto en Colombia se ha caracterizado por periodos de silencio, de voces fuertes y otras ausentes, y de momentos de gran polémica que no han cesado a pesar de que en mayo de 2006 se logró la despenalización en tres casos especiales (violación, malformación genética incompatible con la vida extrauterina y cuando corra peligro la vida de la madre).

En 1837, el aborto terapéutico se legalizó en Colombia y esta disposición se mantuvo vigente hasta 1936. En los códigos penales del siglo pasado, —la legislación colombiana sobre el aborto era más avanzada que la del presente siglo: aparece allí la figura jurídica del aborto terapéutico (artículo 640 del Código Penal de 1890, figura jurídica que estuvo vigente hasta el año de 1936). (Zapata, 1999, p. 22). Durante 70 años —desde 1936, año en que se aprobó un nuevo Código Penal que eliminaba el artículo sobre el aborto terapéutico, hasta el 2006, cuando se despenalizó el aborto en tres las situaciones específicas mencionadas anteriormente — el aborto fue considerado un delito en Colombia. En este lapso de tiempo se presentaron varias propuestas de ley que intentaron despenalizar el aborto bajo ciertas situaciones. Muchas fueron archivadas, aunque algunas generaron polémica en los medios de comunicación y suscitaron

manifestaciones en las calles. —El criterio que se impuso con mayor fuerza para archivar los distintos proyectos de ley fue el religioso, pues ningún sector político asumió claramente su defensa (Viveros, 1999).

Los derechos sexuales y derechos reproductivos son derechos humanos, de carácter fundamental. Mediante la Declaración de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo de 1994 se reconoció que los derechos reproductivos tienen relación directa con otros como la dignidad, la igualdad, el libre desarrollo de la personalidad, la información, la salud y la educación (MinSalud, 2013). Así mismo se encuentran desarrollados en la Constitución Política de Colombia de 1991, como en diferentes Pactos, Conferencias, Convenios y Convenciones Internacionales.

El discurso sobre los derechos sexuales y reproductivos se ha nutrido de esfuerzos de los Estados, las Naciones Unidas y la práctica y teoría del movimiento social de las mujeres. Los derechos sexuales son los mismos derechos humanos aplicados a la vivencia de la sexualidad. Están reconocidos para garantizar el desarrollo libre, seguro, responsable y satisfactorio de la vida sexual de todas las personas. Explicitan que “las relaciones igualitarias entre las mujeres y los hombres respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluyen el pleno respeto a la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual”. (MinSalud, 2009)

Por otro lado encontramos los derechos reproductivos que reconocen del derecho básico de todas las parejas e individuos a “decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos y a disponer de la información y los medios para ello y el derecho de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia” (MinSalud, 2013, p.535)

En Colombia, la Corte Constitucional asegura que

En este sentido, los derechos reproductivos, con ellos la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), están implícitos en los derechos fundamentales a la vida digna (artículos 1 y 11), a la igualdad (artículos 13 y 43), al libre desarrollo de la personalidad (artículo 16), a la información (artículo 20), a la salud (artículo 49) y a la educación (artículo 67), entre otros (Ministerio de Justicia, 2016, p.1).

La OMS define el aborto como la *Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable* fuera del vientre materno. La viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico, se estima que es el estado actual del feto entre las 22 semanas de gestación (OMS, 2016, p.5). Sin embargo, la doctrina actual oficial de la Iglesia Católica es que la vida comienza al momento de la concepción y, por lo tanto, el feto es digno de derechos y protección (Navarro, 2007)

En septiembre de 2015, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó la Agenda 2030 sobre desarrollo sostenible, dentro de estos objetivos se destacan aquellos que buscan la garantía de una vida saludable y el bienestar para todas las personas sin diferencia de edades, así como el que promueve la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de mujeres y niñas. Dentro de las metas de estos objetivos se encuentra el acceso universal a los derechos reproductivos y a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información, educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (MinSalud, 2015).

Dentro de los derechos sexuales y derechos reproductivos se han reconocido, entre otros, los siguientes: el derecho a la intimidad personal; a la igualdad de sexo y género; el respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual; la decisión sobre el número de hijos e hijas; el espaciamiento entre ellos; la libertad para elegir métodos anticonceptivos; el derecho a la información veraz, completa y oportuna; el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Justamente la IVE es uno de los más recientes derechos reproductivos reconocidos como fundamentales en el ordenamiento jurídico colombiano (MinSalud & Profamilia, 2009). A lo que la religión católica considera el aborto como el peor crimen (ya que califica al embrión como el ser más débil e indefenso de todos los seres humanos). Para estos grupos, una meta importante es revertir o detener las leyes que legalizan el aborto. (Navarro, 2007)

Ahora bien, en 2005 la abogada Mónica Roa, presentó una demanda contra los Artículos 122, 123, 124 y 32 numeral 7 de la Ley 599 de 2000 (Código Penal) mediante los cuales se penalizaba totalmente el aborto en Colombia por considerar que violaban el derecho a la dignidad, la autonomía reproductiva y al libre desarrollo de la personalidad establecidos en el Preámbulo y los Artículos 1º, 16 y 42 de la Constitución Política. Igualmente encontraba vulnerados el derecho a la igualdad y a la libre determinación (Artículo 13), el derecho a la

vida, a la salud y a la integridad (Artículo 11, 12, 43 y 49), el derecho a estar libre de tratos crueles inhumanos y degradantes (Artículo 12), así como los tratados y convenios internacionales que reconocen los derechos humanos y prohíben su limitación (Artículo 93).

Resultado de esto, en mayo de 2006, la Corte Constitucional de Colombia declara inconstitucional la prohibición absoluta del aborto, por cuanto se constituye en una violación a los derechos fundamentales de las mujeres y emite la Sentencia C-355 estableciendo el derecho de todas las mujeres dentro del territorio nacional a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) dentro de tres causales específicas para las cuales es exigible un requisito por cada una de ellas:

1. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico: Debe ser certificada por un médico(a), o un profesional de la psicología. El profesional certifica que existe esta probabilidad de daño, pero es la mujer quien decide el nivel de riesgo o peligro que está dispuesta a correr, es decir, hasta donde permitirá que la gestación altere su bienestar.
2. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico: Un certificado médico expedido por un profesional de la salud. No se requiere que el médico sea especialista en fetología.
3. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto: Copia de la denuncia penal excepto cuando se trate de: A. Menor de 14 años, porque en estos casos se presume jurídicamente que la niña o adolescente fue víctima de algún tipo de violencia sexual; B. Mujeres víctimas de violencia en el marco del conflicto armado, a quienes el artículo 23 de la ley 1719 de 2014 les da el derecho a obtener atención integral y gratuita en salud, independientemente de la existencia de denuncia penal. (Corte Constitucional, 2006)

La Organización Mundial de la Salud reconoce que la salud "(...) es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." (OMS, 2016, p. 7) Por lo que el acto de interrumpir el embarazo abarca cualquier afectación a la salud física, mental o social de la mujer. Por ello, basta la existencia de riesgo para la salud de la mujer en cualquiera de estas esferas y no se requiere que se haya generado ya un daño por

la continuación del embarazo. Lo anterior, en atención a que es su cuerpo, su salud y su vida la que se expone a los riesgos inherentes de la maternidad y esta puede ponderarlos en función de sus estándares de bienestar. Cada mujer, entonces, define los márgenes de riesgo que está dispuesta a correr. (MinSalud, 2015, p.3), por lo que vale aclarar que para una IVE por salud mental NO debe exigirse la existencia de un diagnóstico psiquiátrico o una discapacidad psicosocial. La causal de salud mental es procedente cuando se presente dolor psicológico o sufrimiento mental, y se afecten cualquiera de las esferas de la salud de la mujer (Corte Constitucional, 2015).

Asimismo, la Superintendencia Nacional de Salud ha ratificado que los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicas o privadas, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, están en la obligación de prestar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo a mujeres incursas en cualquiera de las causales establecidas en la sentencia C-355 de 2006, en cumplimiento de los principios de igualdad, universalidad, calidad, seguridad y eficiencia. Pues mediante la sentencia T-388 de 2009, estableció que: "las personas profesionales de la salud y, en general, el personal de salud que atiende la solicitud de las mujeres relativa a la interrupción voluntaria de su embarazo están obligados a ofrecer plena garantía y a respetar el derecho de las mujeres a la intimidad y a la dignidad" (Corte Constitucional, 2009) asimismo está prohibido elevar obstáculos, exigencias o barreras adicionales a lo establecido en la sentencia.

La sentencia C-355 de 2006 es el pronunciamiento más importante hecho por un organismo judicial en materia de derechos reproductivos de las mujeres en Colombia. No solo reconoce que la prohibición absoluta del aborto se constituye en una violación de los derechos fundamentales y la corrige mediante el establecimiento de causales de aborto no penalizadas, sino que además reclama la autonomía sexual y reproductiva y presenta a las mujeres como ciudadanas morales y plenas con total capacidad para tomar decisiones libres, informadas y autónomas sobre sus cuerpos y sus vidas. (MinSalud, 2014)

Sin embargo, a pesar de los avances legislativos y de la amplitud y alcance de la Sentencia C-355 de 2006, el acceso a los servicios de aborto legal en Colombia sigue siendo muy limitado, teniendo en cuenta que las cifras oficiales de abortos legales en los últimos 5 años no sobrepasa los 1.000. No obstante, se estima que cada año se realizan en el país más de 400.000 abortos en la clandestinidad, poniendo en riesgo la salud y la vida de miles de mujeres; muchas de las

cuales, probablemente, se encuentren dentro de las causales de aborto no punible (MinSalud, 2014). Se identifica como barrera más fuerte el desconocimiento y la aplicación insuficiente y limitada de las causales, que llevan a la negación injustificada de los servicios, la solicitud de requisitos adicionales que no contempla la norma y la aplicación inadecuada de la objeción de conciencia a la realización de la IVE; y es a partir de este último aspecto que la Corte ha emitido entre 2007 y 2016, catorce sentencias de tutela<sup>1</sup> donde ha revisado casos de mujeres que han solicitado la IVE y se han enfrentado a obstáculos para su realización. Estas sentencias, fijan sub-reglas para la garantía del procedimiento de IVE.

#### 4. Marco de referencia

##### CUADRO - PROCESO

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	OMS	AÑO	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	AÑO
Libro: Directrices técnicas y gestoriales	<b>Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento</b>	Influencia del aborto en la mortalidad y la morbilidad materna; Asistencia al aborto; Factores legales y sociales que influyen en la asistencia a los casos de aborto.	1995	Publicación documentos oficiales	<b>La regulación de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia</b>	De acuerdo con el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, el acceso a los servicios de salud es gratuito o, en su defecto, se somete únicamente al pago de las cuotas moderadoras fijadas por la ley. Se suma que la atención integral a que tienen derecho las víctimas de violencia sexual, incluida la IVE, es gratuita según lo establecen las leyes 360 de 1997 <sup>2</sup> y 1146 de 2007 <sup>3</sup> , así como la resolución 459 de 2012 <sup>4</sup> del Ministerio de Salud. Por lo tanto, el acceso a los servicios de salud	2013

<sup>1</sup> Sentencias: T- 171 de 2007, T- 636 de 2007, T- 988 de 2007, T-209 de 2008, T-946 de 2008. T-009 de 2009, T-388 de 2009, T- 585 de 2010, T-636 de 2011, T-841 de 2011, T-532 de 2014, T-301 de 2016, T-731 de 2016 y T-697 de 2016.

<sup>2</sup> Ley 360 de 1997 en la que se establecen y describen casos en los que se determinan “Delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana”

<sup>3</sup> Ley 1146 de 2007 en la que se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.

<sup>4</sup> Resolución 459 de 2012 en la que se hace la adopción del “Protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual”

						necesarios para la IVE debería ser gratuito	
Libro: Guía técnica	<b>Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud</b>	Prácticas recomendadas basadas en la evidencia para ofrecer atención para un aborto sin riesgos y proteger la salud de las mujeres. (Recomendaciones ajenas a las limitaciones políticas de cada país miembro y/u observadores)	2003	Publicación pág. oficial	<b>Prevención del aborto inseguro / Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)</b>	Los abortos son seguros si se realizan con un método recomendado por la OMS que sea apropiado para la duración del embarazo y si la persona que brinda o apoya el aborto está capacitada. Tales abortos se pueden hacer usando tabletas (aborto con medicamentos) o un procedimiento ambulatorio simple.	2007
				Libro: Protocolo de prevención	<b>Protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia</b>	Métodos para ser utilizados hasta 15 semanas completas desde la fecha de la última menstruación: pueden clasificarse en métodos quirúrgicos y métodos con medicamentos. Los dos están recomendados por la OMS.	2014
Publicación documentos oficiales	<b>Informe sobre la salud en el mundo 2005 ¡Cada madre y cada niño contarán!</b>	No se trata sólo de tener en cuenta lo que un país considere legal y lo que no, sino también de garantizar el acceso de la mujer, en la medida máxima permitida por la ley, a unos servicios de aborto y una atención post aborto de buena calidad y acorde con sus necesidades. Entre las causas directas de defunción materna más destacadas figuran las hemorragias, las infecciones, la eclampsia, el parto obstruido y los abortos peligrosos	2005	Libro: Protocolo de prevención	<b>Protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia</b>	Entre la serie de "Lineamientos Técnicos para la Prestación de Servicios en Salud Sexual y Reproductiva se encuentran: 1. Protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia. 2. Atención post aborto (APA) y sus complicaciones. 3. Orientación y asesoría para la interrupción voluntaria del embarazo; 4. Atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)	2014



Informe	<b>Informe sobre la salud en el mundo: La atención primaria de salud</b>	El grado de acceso legal al aborto, por ejemplo, codetermina la frecuencia y la mortalidad de los abortos inseguros. Las políticas públicas pueden anticiparse a futuros problemas: Por ejemplo en Sudáfrica, un cambio en la legislación amplió el acceso de las mujeres a una nutrida gama de opciones para la prevención y el tratamiento de los embarazos no deseados, lo que supuso un descenso del 91% en las defunciones relacionadas con abortos.	2006	Publicación pág. oficial	<b>Prevención del aborto inseguro / Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)</b>	En 2006 la Corte Constitucional de Colombia, a través de la <a href="#">Sentencia C-355</a> , reconoció el derecho al aborto legal y seguro como parte integrante e indivisible de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos de la mujer, en tres circunstancias específicas. Sensibilización para agentes del SGSSS y otros sectores sobre la prevención del aborto inseguro y los aspectos éticos, jurídicos y técnicos, según lo establecido en la Sentencia C355 de 2006.	2006
Publicación pág. oficial	<b>Prevención y control</b>	El aborto inseguro se puede prevenir a través de: -Educación sexual integral -Prevención de embarazos no deseados mediante el uso de métodos anticonceptivos eficaces, incluida la anticoncepción de emergencia -Provisión de aborto seguro y legal.	2008	Resoluciones y sentencias	<b>Estrategia de Atención Segura de las Mujeres durante un Evento Obstétrico</b>	Garantiza a través del Plan Obligatorio de Salud, una amplia gama de métodos modernos de anticoncepción a través de las resoluciones <b>769</b> y <b>1973</b> de 2008. Planificación por medio de la EPS con pago cada 3 entregas del método elegido.	2008

				Libro: Protocolo de prevención	<b>Protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia</b>	Con fundamento en la Guía de la OMS, el Ministerio de Salud y Protección Social, desarrolla el Protocolo para la Prevención del Aborto Inseguro en Colombia y otros lineamientos para direccionar el que hacer en la práctica de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia. - Definición de competencias por niveles de atención: a partir de las recomendaciones de la OMS se establecen parámetros para los procedimientos (IVE)	2014
Publicación documentos oficiales	<b>Directrices prevención de embarazos precoces</b>	En 2011 la OMS publicó junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) unas directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos para la reproducción. Las directrices contienen recomendaciones sobre las medidas que los países podrían adoptar, entre ellos: Reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes, incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes.	2011	Publicación pág. oficial	<b>Acciones promocionales que se realizan desde la línea para incidir en los determinantes que se relacionan con el aborto inseguro.</b>	Provisión de servicios de forma integral, entendiéndose por integral la atención en salud que incluye el abordaje de aspectos médicos y biopsicosociales relevantes para responder a las necesidades y preferencias de la mujer gestante que se ve abocada a decidir sobre la continuación o no de su embarazo. Por ser integral implica la participación de equipos multidisciplinarios de medicina, enfermería, psicología, trabajo social, administración en salud, y de profesionales responsables de la gestión de políticas que garanticen los derechos a la salud, la sexualidad y la reproducción.	2012

Publicación pág. oficial	<b>El embarazo en la adolescencia</b>	Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos	2014	Publicación pág. oficial	<b>Acciones promocionales que se realizan desde la línea para incidir en los determinantes que se relacionan con el aborto inseguro.</b>	Implementación de un enlace en la plataforma web del Ministerio de Salud con información relevante sobre IVE Diseño y difusión del video "Derecho sin barreras"	2015
Publicación documentos oficiales	<b>Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto</b>	Asesoramientos antes y después del aborto: Bajo parámetros y recomendaciones, la OMS por medio de este documento establece las recomendaciones a tener en cuenta a la hora de realizar la IVE y los posteriores cuidados	2015	Publicación pág. oficial	<b>Acciones promocionales que se realizan desde la línea para incidir en los determinantes que se relacionan con el aborto inseguro.</b>	Publicación documento <b>"Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto"</b> en la normatividad de la Ruta para la interrupción voluntaria del embarazo de la página oficial del Ministerio de Salud y Protección social. Elaboración y difusión de una línea de base sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) que constituyen barreras para acceder a los servicios integrales para la IVE en población general e IPS que prestan servicios de salud sexual y reproductiva (SSR).	2015
Publicación pág. oficial	<b>Prevención del aborto peligroso</b>	El aborto peligroso se produce cuando una persona carente de la capacitación necesaria pone fin a un embarazo, o se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se combinan ambas circunstancias.	2015				

Publicación pág. oficial	<b>Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva</b>	Con el fin de materializar los ideales de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y otras cumbres mundiales han recurrido al enfoque estratégico para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva, patrocinado por la OMS	2016	Publicación documentos oficiales	<b>ABECÉ Línea: Salud Materna – Derecho a la Maternidad Elegida Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres.</b>	Por medio de este documento el MSPS responde a preguntas acerca del IVE, entre las más relevantes: ¿Qué son y cuáles son los derechos sexuales y derechos reproductivos? ¿Qué es la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y cuáles son sus requisitos? ¿Quiénes pueden acceder a este servicio? ¿Qué es la objeción de conciencia <sup>5</sup> y quiénes pueden ejercer este derecho frente a la interrupción voluntaria del embarazo?	2016
Comunicado de prensa	<b>En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año</b>	Las leyes restrictivas van asociadas a tasas elevadas de abortos peligrosos: En el estudio también se analizan los contextos que suelen propiciar que las mujeres recurran a abortos peligrosos, incluidas las leyes y políticas de los países en materia de aborto, el costo financiero de acceder a servicios de aborto seguro, la disponibilidad de servicios de aborto seguro y de profesionales sanitarios cualificados, y las actitudes sociales ante el aborto y la igualdad de género.	2017	Publicación página oficial	<b>Promoción y prevención</b>	Las acciones de promoción y prevención se orientan a que las poblaciones desarrollen los medios necesarios para mejorar y ejercer un mayor control sobre su salud. Para ello se requiere condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad mejoren los determinantes de la salud, la calidad de vida y reduzcan la inequidad. Incluye las acciones de información, educación, capacitación y comunicación para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y el control de enfermedades.	2010-2017

<sup>5</sup> La objeción de conciencia surge como resultado de un conflicto entre dos derechos: el derecho a la libertad de conciencia y el derecho a la interrupción del embarazo dentro de las causales de excepción. Puede hacer ejercicio de objeción de conciencia, en respuesta a sus creencias y convicciones personales, pero solo si garantiza la satisfacción del derecho de la mujer a interrumpir el embarazo.

## 5. Resultados y análisis

Teniendo en cuenta los aspectos más relevantes del marco legal y la relación documental del Cuadro-Proceso, se pueden identificar los documentos que el Ministerio de Salud y Protección Social toma como guía de la OMS para la implementación y referencia de algunas de sus publicaciones y programas promocionales, incluso se encuentran citas exactas de las publicaciones realizadas por la OMS en sus documentos y página oficial.

En primera instancia y teniendo en cuenta un orden cronológico, se puede identificar que la OMS desde 1995 trataba el tema del aborto seguro y junto a la emisión de un libro abierto frente a este tema decide establecer unas recomendaciones frente a los factores legales y sociales que influyen en la asistencia de dicho proceso, sin embargo, y debido a limitaciones políticas, fue hasta el año 2013 que el MSPS emitió un documento oficial, alimentado de dicho libro, leyes, resoluciones colombianas relacionadas a los derechos sexuales y reproductivos, que determinó la regulación de la IVE en Colombia.

Debido a que en Colombia se legalizó el la interrupción voluntaria del embarazo hasta el 2006 y bajo las tres causales previamente mencionadas, el documento más relevante de la OMS frente al aborto inseguro “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud” – primera edición publicada en 2003- no pudo ser adoptado en Colombia como referencia para la prevención y el buen trato de este procedimiento al instante sino cuatro años después en 2007.

Son varios los documentos emitidos por la OMS frente al aborto, sus riesgos y recomendaciones a tener en cuenta, sin embargo, como esta misma organización lo refiere en su Informe sobre la salud en el mundo: La atención primaria de salud “El grado de acceso legal al aborto, codetermina la frecuencia y la mortalidad de los abortos inseguros” (OMS, 2006), es decir que a pesar de que se haya legalizado el aborto en Colombia bajo causales específicas, son varias las mujeres que no clasifican en estas y por esta razón acuden a lugares clandestinos, por lo que legalmente no se le puede garantizar a cada mujer que decida interrumpir su embarazo cuidados médicos avalados por el Estado.

En segunda instancia, gracias a la sentencia C-355 de 2006, los documentos de la OMS emitidos a partir de ese mismo año, empezaron a presentar influencia directa en el contenido y referencia de los documentos y publicaciones oficiales del MSPS, por ejemplo, en el año 2006 se toma como referencia el Informe de salud en el mundo pone al Estado como determinante a la hora de anticiparse a futuros problemas -caso específico del aborto- y es

en este mismo año que la Corte Constitucional de Colombia reconoció el derecho al aborto legal y seguro y junto con el MSPS empezaron una sensibilización para agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) a partir de los parámetros de la sentencias, por lo que en ese año y el posterior se empezaron a implementar guías previas de la OMS en los documentos referentes a este tema.

Otro ejemplo de la toma de referencia del MSPS a partir de publicaciones de esta organización mundial, es la resolución y sentencia del 2008 referentes a la obligación del Plan Obligatorio de Salud de dar disponibilidad de métodos modernos de anticoncepción; por lo que se tomó como referencia una publicación de prevención y control de este mismo año hecha por la OMS, que como forma de poder prevenir el aborto inseguro recomienda la prevención de embarazos no deseados mediante el uso de métodos anticonceptivos, asimismo en esta publicación se señala otra forma de prevención, provisión del aborto seguro y legal; no obstante es hasta el año 2013 que el MSPS con el Protocolo de prevención del aborto inseguro, bajo las limitaciones políticas y legales colombianas, establece unos lineamientos para direccionar el quehacer en la práctica del IVE.

En tercer lugar, se puede ver que a partir de publicaciones de la OMS se ven incorporaciones o “respuestas” casi inmediatas a las sugerencias de sus documentos, por ejemplo, se ven reflejadas en las publicaciones oficiales sobre acciones promocionales relacionadas al aborto inseguro del 2012 que toman como referencia las Directrices de prevención de embarazos precoces del 2011. Asimismo, a partir de los documentos “Embarazo en la adolescencia” de 2014 y “Funciones del personal sanitario en atención para aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto” de 2015, el MSPS realizó una publicación en el año 2015 sobre acciones promocionales, en el que citan parámetros y recomendaciones de la OMS a la hora de realizar la IVE.

En última instancia, teniendo en cuenta la publicación en la página oficial de 2016 y el comunicado de prensa de 2017 de la OMS, que resalta el fortalecimiento de políticas y programas de salud sexual y reproductiva, es decir las acciones que se deben realizar para la promoción y prevención, el MSPS ha mantenido una actualización sobre los derechos sexuales y reproductivos en su página oficial de acceso libre, brinda información sobre los riesgos de un aborto inseguro y por medio de videos da a conocer información relevante en este tema.

## **5.1 Conclusiones y recomendaciones**

### 5.1.1 Conclusiones

A partir del trabajo realizado, se observa que la sentencia C-355 se ha ido alimentada por varias sentencias y resoluciones, que son los derechos sexuales y reproductivos y del libre desarrollo de las mujeres, los que han jugado un papel importante a la hora de establecer los parámetros y las causales de dicha sentencia, sin embargo, se percibe limitación en la práctica de esta, pues a pesar de tener en consideración algunos derechos de la mujer, se queda corta a la hora de la cobertura de este servicio, que a diario decenas de mujeres necesitan.

El paralelo de documentos y el análisis a partir de este, se puede concluir que Colombia al ser un miembro de la Organización Mundial de la Salud, toma como referencia y guía los documentos, publicaciones y comunicados que esta expide, se puede evidenciar en el Cuadro-Proceso, pues a pesar de las limitaciones políticas en Colombia en temas de aborto antes del 2006, a partir de la sentencia C-355 el MSPS empezó a adoptar apartes y sugerencias de la OMS a la hora de realizar documentos informativos y programas promocionales frente a la IVE.

Por un lado, la OMS hace fuerte énfasis en la prevención del aborto inseguro, por medio de métodos anticonceptivos y si bien el MSPS tiene público en su página que las EPS deben brindar de manera gratuita o a muy bajo costo este servicio, las campañas promocionales no salen de la página, es decir que se limita un poco a la hora de hacer pública esta información, pues a pesar de que el acceso a esta página es gratuito y abierto a cualquier persona no hay una campaña física (entiéndase esto como panfletos, folletos, vallas, etc...) que informe sobre los peligros y consecuencias de abortos clandestinos. Es a partir de esto que se puede entender que 1 de cada 5 madres es adolescente en Colombia y de estos embarazos el 10% termina en aborto (DANE, 2016).

Por otro lado, es considerable la adopción de recomendaciones por parte del MSPS en cuanto a las directrices a tener en cuenta a la hora de realizar un procedimiento, los métodos y cuidados pre y post al mismo. Esto direcciona y establece parámetros de seguridad que la mujer que elija interrumpir su embarazo debe conocer y tener en cuenta a la hora de acceder al servicio, claro está que esto es posible si se cumple con al menos uno de los requisitos (causales) para realizar la interrupción del embarazo.

A pesar de que Colombia legalizó el aborto, las causales bajo las cuales es legal limitan el acceso de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo, pues según el instituto

Guttmacher de Nueva York<sup>6</sup> anualmente se registran en Colombia al menos 911.897 embarazos no deseados y de 400.000 abortos realizados en 2015 se estima que solo 322 se realizaron cumpliendo los requisitos legales, es decir que pese a la sentencia, la gran mayoría de abortos sigue ocurriendo en la clandestinidad y, por consiguiente, conllevan riesgos potenciales para la salud de la mujer.

A partir de esto, puede decirse que el trabajo de los programas promocionales y publicaciones del MSPS al parecer son insuficientes pues a pesar de que la OMS ofrece lineamientos y guías para la prevención del aborto inseguro, se están necesitando e implementando son las medidas para realizar un aborto por lo que el ideal de evitar llegar al punto de tener que realizar estas prácticas no se está alcanzando.

Se observa que el MSPS ha adoptado y tomado en cuenta las recomendaciones, lineamientos y guías que la OMS ha realizado en relación a la IVE y la participación del Estado Colombiano en la OMS ha generado vínculos permanentes para la construcción de la normativa., es clara la implementación de estos en los documentos oficiales que el ministerio pone a disposición del público en general, y uno de sus trabajos y publicación más destacada y la que más se nutrió y alimentó de los documentos de la OMS fue el **“Protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia”** del 2014, ya que a lo largo del documento se cita y utiliza como punto guía datos y principios de la OMS, asimismo, es un documento muy completo en cuanto a información pues contextualiza la situación legal en el tema y da paso a lo que es ahora la IVE, de igual manera es claro que sigue los lineamientos de la Guía técnica y de políticas para sistemas de salud: aborto sin riesgos de la OMS del 2012 (versión actualizada el 2003), y busca servir como herramienta para avanzar en el cumplimiento de las disposiciones constitucionales con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, para eliminar la inequidad de género y para garantizar el acceso de las mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva que incluyan anticoncepción y otras medidas para la reducción de la mortalidad materna. Sin embargo, no tiene promoción y propagación esta información, pues además de estar en la página no presenta una difusión fuerte.

---

<sup>6</sup> Instituto Guttmacher (Guttmacher Institute) es una organización sin ánimo de lucro que promueve la salud reproductiva, bajo los principios y la definición establecida por la OMS. El instituto opera en Estados Unidos y en todo el mundo a través de un programa general de investigación en ciencias sociales, análisis de políticas y educación pública sobre salud sexual y salud reproductiva



Finalmente, el trabajo realizado en las pasantías, fue un pequeño acercamiento al campo de desempeño de la carrera, permitió tener acceso a documentos pertinentes para el trabajo y comprender la dinámica de Colombia como miembro de la OMS, del intercambio de experiencias y conocimiento.

### **5.1.2 Recomendaciones**

Existe la necesidad de mejorar la implementación de la Sentencia C-355 de 2006 y de asegurar que se respeten las directrices para la prestación de servicios de IVE, que se eliminen las barreras para los servicios legales, y que se mejore la difusión de la información sobre criterios legales entre mujeres, jueces y personal médico. Por lo que es necesaria una promoción fuerte para los documentos, bien formados y nutridos, que tiene el MSPS.

A pesar de que el MSPS, en papel, informa y promueve servicios de anticoncepción no existe una campaña adecuada para cada sector, que se involucre en el diario, pues esta información no sale del papel y archivos digitales, es pertinente incluir una consejería sectorial dirigida a mejorar la regularidad y efectividad del uso actual de anticonceptivos, pues esto reducirá los embarazos no planeados y la necesidad que tienen las mujeres de recurrir al aborto.

Aunque el MSPS se rige bajo las sentencias de la Corte Constitucional, lo que limita la atención a cada mujer que desee interrumpir su embarazo sin necesidad de cumplir con las alguna de las tres causales, es necesario que se fortalezcan los programas promocionales, pues no basta con que contengan buena información, sino que sean difundidas de la manera correcta para que lleguen al objetivo principal, que son las adolescentes en edad reproductiva.

Como señala la OMS, las políticas públicas pueden anticiparse a los problemas, y es aquí donde se identifica la falencia principal y es la prevención, pues la idea es evitar que se llegue al punto de tener que acudir a lugares clandestinos para practicarse el aborto y fortalecer y fomentar el uso de anticonceptivos, pues aunque se reconoce la información en la página del MSPS, no existe un fomento fuerte y constante sobre esta información. Se recomienda mejorar la manera en que se está dando a conocer toda esta información vinculada a la IVE, pues a pesar de que se quiera llevar esta información, si no se hace correctamente por sectores, no se logran los resultados esperados.

Si bien el MSPS implementa gran parte de las recomendaciones de la OMS, no se está llevando a práctica una de las más importantes, la educación sexual integral que promueva el uso de anticonceptivos, que como ya se mencionó, a pesar de tener muy bien documentado este método

de prevención, las cifras reflejan una promoción limitada e insuficiente; lo que lleva a la no prevención del aborto inseguro fallando en la metodología propuesta por la OMS frente a evitar llegar a este punto. Sin embargo, es necesario que la información sea profunda, correcta y acertada, es decir, que es pertinente apuntar a las dinámicas particulares de cada sector.

En términos generales se recomienda intensificar y hacer mejoras en la promoción de los programas promocionales y ampliar los canales de información. Es necesaria la inversión para una mejora en la promoción de los programas bien estructurados y con buen contenido del MSPS en temas de derechos sexuales y reproductivos y la IVE. De igual modo, se sugiere llevar a la práctica lo que se adopta de la información de la OMS, no basta con nutrir la normativa y realizar buenos informes o publicaciones, es necesario que esto se refleje e implemente, focalizar esta información por sectores de manera práctica.

Para finalizar, un ejemplo específico y como sugerencia, es la plataforma creada y habilitada por la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá "Sexperto", la cual facilita el acceso e interacción de manera anónima, presenta preguntas frecuentes y da opción de realizar otras diferentes. Promueve la curiosidad, pues a pesar de presentarse de manera virtual -como la información de la página del MSPS- por un lado es promocionada por canal radial y redes sociales, lo que incrementa los objetivos, y por otro da la opción de preguntar y agendar una cita con un profesional de manera gratuita y a pesar de solo prestar servicio en Bogotá, es un ejemplo a seguir, pues ofrece ayuda y no solo información.

Si bien el MSPS no puede hacerse cargo de los programas promocionales de cada municipio, si puede recomendar e influir en las campañas al interior de cada uno, puede hacer uso de su material y promover el uso de herramientas para propagar información de interés, caso específico, la IVE. Para que esto sea posible y más acertado, la pedagogía debe lograr implementar estrategias para diferentes sectores pues no todos se pueden tratar igual.

## 6. Referencias bibliográficas

- Alcaldía de Bogotá (2010). “*DECRETO 2968 DE 2010*”. Bogotá, Colombia. Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Botero, C, Guzmán, D. (2007) “*El sistema de los Derechos. Guía práctica del Sistema Internacional de Protección de los Derechos Humanos*”. Bogotá, *Dejusticia*.
- Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas (2016). “Derechos Sexuales y Reproductivos para todas, todas, todas”.
- Corte Constitucional República de Colombia (2006). “*Sentencia C-355/06*”. Bogotá, Colombia.
- Dalén, A, Guzmán, D, Molano, P. (2009). “*La regulación de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia*”. Bogotá, *Documentos DeJusticia*. p.p. 15-28
- Faundez, A. y Baezelatto, J. (2005). *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Bogotá, Tercer Mundo Editores.
- González, A. (2005), “La situación del aborto en Colombia: entre la ilegalidad y la realidad”, en *Revista Cad. Saúde Pública*, marzo-abril, pp. 624-628.
- Hoyos, I. (2006, noviembre), —La Corte Constitucional: entre la ley de gradualidad y la gradualidad de la ley: a propósito del fallo sobre el aborto
- LaMesa. (2007) *La lucha por la despenalización del aborto en Colombia*.
- Londoño, A (s.f). “*Feminismo, autoconsciencia y derechos sexuales y reproductivos*”. Bogotá, Colombia. p.p 1-24
- Ministerio de Educación (2010). “*Derechos Sexuales y Reproductivos*” Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Justicia (2016). “*Sentencia T-585/10*” Bogotá, Colombia.
- Ministerio de la Protección Social (2007). “*IMPLICACIONES ÉTICAS, JURÍDICAS Y MÉDICAS DE LA SENTENCIA C-355 DE LA CORTE CONSTITUCIONAL: Un avance para el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las colombianas*”. Colombia, *Editorial Kimpres Ltda*. p.p 17-30, 47-56
- MinSalud (2013) “*Compilación Analítica de las Normas de Salud Sexual y Reproductiva en Colombia*”. Bogotá, Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. p.p 536-578
- MinSalud (2008) “*Estrategia de atención segura de las mujeres durante un evento obstétrico*”. Bogotá, Colombia

MinSalud (2015) “Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres”. Bogotá, Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social.

MinSalud (2013) “La regulación de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia”. Bogotá, Colombia.

MinSalud (2006) “Prevención del aborto inseguro/ Interrupción voluntaria del embarazo IVE”. Bogotá, Colombia

Minsalud (2014) “*Protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia*”. Bogotá: Capítulos 2 y 3.

MinSalud & Profamilia (2009). “*Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*”. Bogotá: Avina. p.p 13-96, 112-135

Molina, C. (2006). El derecho al aborto en Colombia. Medellín, Universidad de Medellín.

OMS (2003) “*Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*”. Ginebra, Suiza.

OMS (1995) “Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento”. Ginebra, Suiza.

OMS (2016) “Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS”. Boletín de la Organización Mundial de la Salud.

OMS (2011) “Directrices prevención de embarazos precoces”. Ginebra, Suiza.

OMS (2015) “Funciones del personal sanitario en la atención para una borto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto”. Ginebra, Suiza.

OMS (2005) “Informe sobre la salud en el mundo 2005 ¡Cada madre y cada niño!”. Ginebra, Suiza.

OMS (2006) “Informe sobre la salud en el mundo: atención primaria de salud”. Ginebra, Suiza.

Profamilia (2017). “*Aborto: Mitos y Verdades*”

Trujillo, L (2010). “Origen histórico de los derechos sexuales y reproductivos sobrepoblación y medio ambiente, ¿un eslabón perdido? (Trabajo de Grado), p.p 22-44

Women’s Link Worldwide (2005). Sobre la demanda

Zapata, L. (1994). El Aborto Legal en Colombia. Aspectos Médico Jurídicos. Bogotá, Editorial Grijalbo.