



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas

# GUÍA DE EXIGIBILIDAD para el Acceso a IVE en Colombia

Diciembre, 2022



## **Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA -**

### **Aída Verónica Simán**

Representante

### **Martha Lucía Rubio Mendoza**

Representante auxiliar

### **Laura Lozano Ruíz**

Asesora en Género, Derechos e Interculturalidad

### **José Luis Wilches Gutiérrez**

Asesor en Salud Sexual y Reproductiva

### **María Alejandra Wundram Pimentel**

Consultora en Género, Derechos e Interculturalidad  
Diseño gráfico y diagramación

### **Liliana Oliveros León**

Consultora para temas de IVE

# Contenidos

## Introducción

4

## Sección 1: Hablemos de IVE

5

### Información básica

6

¿Qué es la interrupción voluntaria del embarazo?

6

La interrupción voluntaria del embarazo como derecho

7

La interrupción voluntaria del embarazo como un tema de salud pública

9  
10

Prohibición y leyes restrictivas frente al aborto

### Conozcamos el contexto: estado del arte en Colombia

11

Marco legal

11

El abordaje de la IVE como delito

14

Barreras al acceso efectivo

15

Relevancia para niñas, adolescentes y jóvenes

18

## Sección 2: Guía para la acción

19

Factsheet

20

Pasos clave en la incidencia

21

Identificación de problemas

23

Identificación de actores clave

25

Construcción de mensajes

27

Definiendo actividades

31

Análisis de seguridad

32

## Anexos

36

Anexo 1: Repositorio de Documentos

37

Anexo 2: El reconocimiento de la IVE como un derecho fundamental en la jurisprudencia de la Corte Constitucional

41

Anexo 3: Recomendaciones para la evaluación periódica de los servicios de aborto

46

# Introducción

## ¿A quién va dirigida esta guía?

Este documento es para todas las organizaciones e individuos/as que desean abogar por el derecho fundamental a acceder al aborto a través de incidencia política o la creación y diseminación de mensajes. Este documento también está dirigido a todas las personas que quieren abordar el tema del aborto de manera informada, como profesores/as y periodistas, que requieran información y materiales de referencia.

## ¿Para qué puedes utilizarla?

Los contenidos de este documento pueden ser utilizados como referencia en una amplia gama de materiales y actividades que incluyan información sobre el acceso al aborto, incluyendo:

- Actividades de incidencia política frente a funcionarios/as públicos/as, organizaciones de sociedad civil y espacios de abordaje comunitario.
- Actividades educativas para todos los niveles.
- Materiales impresos y digitales de información.

## ¿Cuál es su alcance?

Este documento presenta un contexto básico sobre el derecho al aborto en Colombia y en el marco internacional de derechos humanos, con el fin de que cualquier persona interesada pueda tener una base para incidir por el derecho a acceder al aborto. También proporciona enlaces a recursos adicionales para quienes deseen explorar más a fondo los temas que se cubren.

## ¿Qué encontrarás en esta guía?

Este documento está dividido en dos secciones. La primera ofrece un contexto sobre el aborto, su relación con los derechos humanos, la salud pública y el contexto actual del aborto en Colombia. La segunda parte da un repertorio de sugerencias y herramientas para organizar una acción de incidencia.

# Sección 1

# Hablemos de IVE

# 1.1. Información básica

## ¿Qué es el aborto o la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)?

La interrupción voluntaria del embarazo<sup>1</sup> o aborto inducido comprende los procedimientos que buscan poner fin a un embarazo por decisión de la mujer. Estos incluyen procedimientos o quirúrgicos a través de intervenciones clínicas ejecutadas por una persona profesional capacitada. La interrupción voluntaria del embarazo, o IVE, es la forma legal para hablar de las excepciones legales en Colombia previas a la Sentencia C-055-2022 (véase sección “Marco legal en Colombia”).

A pesar de los mitos que existen, el aborto inducido, ya sea quirúrgico o farmacológico consiste en intervenciones sencillas que, realizadas de manera segura, acarrearán muy pocos riesgos, menos incluso que un parto. Puede realizarse a través de una amplia gama de prestadores de salud, y durante las primeras 12 semanas puede hacerlo la persona embarazada en su domicilio.<sup>2</sup> Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), si bien la práctica específica para asegurar un aborto seguro depende de la edad de gestación, se pueden definir los siguientes requisitos generales:<sup>3</sup>

Para procedimientos con medicamentos:

- Que los fármacos sean de calidad, incluyendo los fármacos para manejo de dolor.

- Que la mujer cuente con información de calidad.
- Acceso a personal médico capacitado y un centro de atención en salud en caso de ser necesario, para los procedimientos autogestionados.

Para procedimientos quirúrgicos:

- Que sea ejecutado por personal capacitado<sup>4</sup>.
- Que se realice en condiciones sanitarias y con equipamiento adecuado.
- Que se cuente con mecanismos de evaluación, capacitación y seguimiento para asegurar servicios de calidad.

### Explora más...



Puedes leer más detalles sobre las recomendaciones de la OMS para asegurar abortos seguros en

OMS (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición.*

OMS (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto.*

<sup>1</sup> El marco de las tres causales establecido en la Sentencia C-355 de 2006 hacía referencia al acceso a la “interrupción voluntaria del embarazo” (IVE). Por esto, hasta el 2022, el concepto de IVE era la forma legal de definir las opciones existentes en Colombia. A partir de los cambios establecidos en la Sentencia C-055 de 2022, el lenguaje cambió a uno de despenalización del aborto, por lo que “aborto” se utilizará en el documento como el concepto para definir las opciones actualmente legales en Colombia. Se seguirá utilizando “IVE” para discutir la jurisprudencia anterior al 2022.

<sup>2</sup> OMS (2022a). “Abortion Care Guidelines.” Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

<sup>3</sup> Op. Cit OMS (2022a).

<sup>4</sup> El personal puede incluir profesionales médicos/as especialistas, médicos/as generales, enfermeras, e incluso parteras siempre que cuenten con la información y formación adecuada, y puedan reconocer y tener la capacidad de hacer remisión a servicios quirúrgicos apropiados en caso de que haya abortos incompletos u otras complicaciones. Para los abortos mayores de 14 semanas, se recomienda que estos sean realizados por médicos especialistas o médicos generales capacitados.

## La interrupción voluntaria del embarazo como derecho

El marco jurídico internacional, así como los tratados internacionales de derechos humanos (DD. HH.) ratificados por Colombia, han reconocido los derechos reproductivos y el derecho a la salud sexual y reproductiva como derechos humanos. Por lo tanto, los Estados tienen compromisos frente a la implementación de acciones que aporten a su garantía. Esto incluye garantizar que existan las condiciones para que las personas puedan decidir libremente si tener hijos/as o no, el número de hijos/as que desean tener, el intervalo de tiempo entre los nacimientos, así como tener la libertad para elegir métodos anticonceptivos, acceder a la información oportuna y ejercer el derecho a acceder al aborto.

Sin embargo, existen diferentes barreras para tomar decisiones sexuales y reproductivas de manera libre y sin violencia. La permanencia de embarazos no planeados evidencia la existencia de barreras en múltiples ámbitos que se fundamentan en la discriminación y la desigualdad de género, la falta de acceso a servicio de salud y a información integral. La idea de que las personas deberían seguir adelante con embarazos no deseados recrea actitudes discriminatorias y estereotipos respecto al ejercicio de mujeres y niñas en sus capacidades reproductivas<sup>5</sup>.

Los derechos sexuales y reproductivos están protegidos en las siguientes normas internacionales, entre otras:

- El derecho a la vida a la integridad y a la seguridad (Artículo 3, Declaración Universal de DDHH, Artículos 6.1 y 9.1 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos, Párrafos 7.3 y 7.17 del Programa de Acción de la CIPD, los párrafos 96 y 106 de la Conferencia Internacional de Beijing).
- Derecho a la salud, a la salud reproductiva y a la planificación familiar (Artículo 10.2, 12.1,

12,2 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

- Derecho a decidir el número de hijos y el espaciamiento entre los nacimientos (Artículo 16.1 de la Convención para Eliminar y Erradicar la Violencia en contra de la Mujer).
- Derecho a la privacidad (Artículos 17.1 y 17.2 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos)
- El derecho a la igualdad y la no discriminación (Artículo 2.1 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos y el Artículo 1 de la Convención para Eliminar y Erradicar la Violencia en contra de la Mujer).
- Derecho a modificar tradiciones o costumbres que violan los derechos de las mujeres (Artículo 2 (f), 5 (a) de la Convención para Eliminar y Erradicar la Violencia en contra de la Mujer).
- El derecho a no ser sometidas a violencia sexual y de género (Convención para Eliminar y Erradicar la Violencia en contra de la Mujer).

Los comités consultivos y organismos internacionales de seguimiento al cumplimiento de estos tratados y Convenios, entre ellos, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), el Comité de Derechos Humanos, el Consejo Económico y Social y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, han sido consistentes en recomendar la flexibilización de las legislaciones prohibitivas en materia de interrupción del embarazo, en atención a la necesidad de protección de los derechos de la mujer, particularmente su vida, su salud, incluida su salud sexual y reproductiva y sus derechos reproductivos. Las limitaciones al derecho al aborto restringen la capacidad de las mujeres para decidir y controlar su salud sexual y reproductiva, además refuerzan la desigualdad de género.

Se ha recalado que los Estados tienen obligación de dictar normas, políticas y prácticas que reduzcan el riesgo de que se produzcan abortos inseguros y asegurar acceso a abortos seguros y atención postaborto, incluyendo<sup>6</sup>:

**Garantizar el acceso a servicios e información objetiva, integral y científicamente comprobada sobre salud sexual y reproductiva**, incluyendo la información necesaria para prevenir embarazos no deseados y reducir los abortos inseguros, y la información relativa a la disponibilidad legal del aborto<sup>7</sup>.

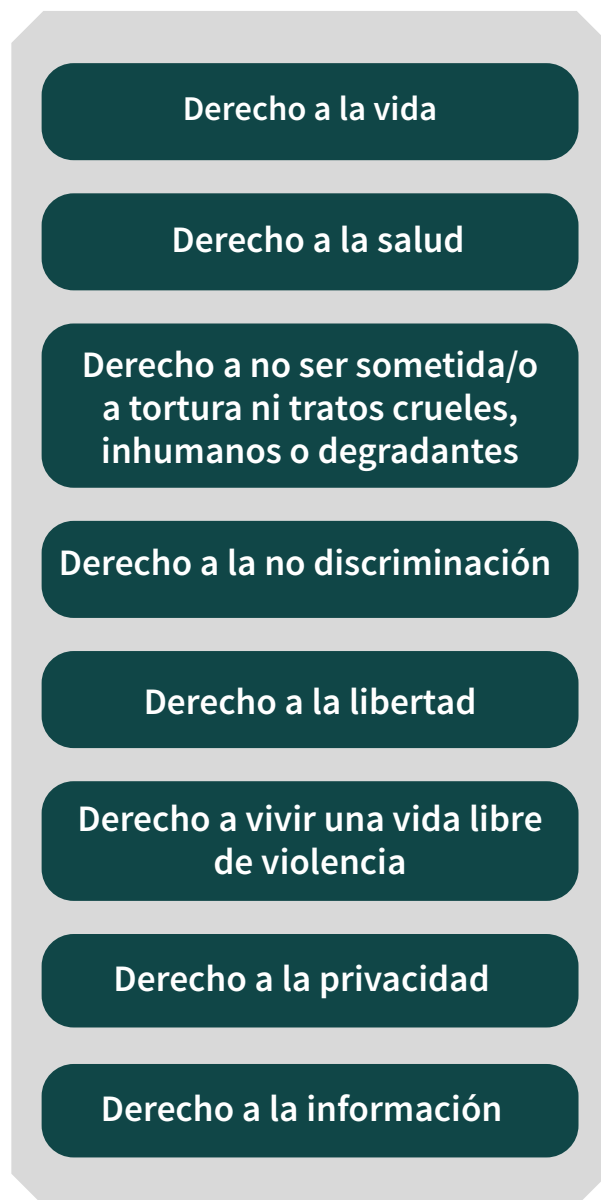
**Garantizar de facto y de jure el acceso al aborto en algunas circunstancias**, incluyendo como mínimo los casos en los que el embarazo ponga en peligro la salud o la vida de la mujer embarazada y en casos de violación, incesto o malformaciones fetales incompatibles con la vida<sup>8</sup>.

**Revisar las leyes que criminalizan el aborto con miras a eliminar las medidas punitivas** contra mujeres y niñas que buscan, y el personal médico que presta servicios de aborto voluntario<sup>9</sup>.

**Garantizar el acceso a medicamentos y servicios esenciales** que hacen el aborto legal más seguro y sencillo de acceder, especialmente en zonas rurales<sup>10</sup>.

**Garantizar la disponibilidad, aceptabilidad, calida y accesibilidad** (incluyendo la asequibilidad económica) de los servicios de aborto seguro en los casos en los que es legal<sup>11</sup>.

El derecho al aborto no puede ejercerse de forma aislada, sino que está vinculado a varios otros derechos reconocidos:



6 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) (2016), "Observación general núm. 22", E/C.12/GC/22. Disponible en <https://undocs.org/es/E/C.12/GC/22>; Comité de Derechos Humanos (2019), "Observación general núm. 36", CCPR/C/GC/36, párr. 9. Disponible en <https://www.refworld.org/es/pdfid/5e61813b4.pdf>.

7 Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1979), art. 10(h), 14(b), 16(e). Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx#4> CEDAW (2014), "Observaciones Finales sobre Perú", CEDAW/C/PER/CO/7-8, párr. 36; Declaración sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos: Revisión del CIPD Más allá del 2014 (2014)

8 Comité de los Derechos del Niño, Observaciones Finales sobre Chad, CRC/C/15/Add.107 (1999), párr. 30, disponible en <https://daccess-ods.un.org/tmp/822007.656097412.html>; Comité de Derechos Humanos, Observaciones Finales sobre Guatemala, CCPR/C/GTM/CO/3 (2012), párr. 20 disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G12/421/01/PDF/G1242101.pdf?OpenElement>; Panamá CCPR/C/PAN/CO/3 (2008), párr. 9 disponible en: <https://daccess-ods.un.org/tmp/7447320.22285461.html>; Comité contra la Tortura, Observaciones Finales sobre Perú, CAT/C/PER/CO/4 (2006), párr. 23 disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G06/432/46/PDF/G0643246.pdf?OpenElement>.

9 Comité CEDAW (1999), "Recomendación general N° 24," párr. 31. Disponible en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>.

10 Comité CEDAW (2016), "Recomendación general N° 34", CEDAW/C/GC/34, párr. 38-39. Disponible en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10709.pdf>.

11 Op. cit., Comité DESC (2016)



## La interrupción voluntaria del embarazo como un tema de salud pública: contexto internacional

El aborto hace parte de la visión comprensiva de la salud de las mujeres, en especial su salud sexual y reproductiva, además de una experiencia común en la salud de las mujeres. Según datos de la OMS cada año alrededor de 74 millones de mujeres que son de países de ingresos bajos y medianos tienen embarazos no planificados<sup>12</sup>. Más del 60% de los embarazos no intencionales —más de 3 de cada 5— terminan en aborto<sup>13</sup>, siendo la tasa 2015-2019 de alrededor de 39 por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva<sup>14</sup>. Muchos son abortos en condiciones de riesgo, una de las principales causas de muerte materna y la razón de millones de hospitalizaciones al año.

En Colombia, de los nacimientos y embarazos reportados al momento de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, el 49.5% fueron deseados, el 29.2% eran deseados en otro momento y el 21.3% fueron declarados no deseados<sup>15</sup>.

Las tasas de embarazos no planificados y no deseados a nivel nacional, regional y mundial apuntan a que hay muchas razones por las cuales las personas pueden tener dificultades para acceder a información o servicios de planificación familiar, decidir no usarlos, o experimentar una falla en estos, ya que ningún método es 100% efectivo.

Las personas que no desean continuar con un embarazo y que no pueden acceder al aborto de manera segura probablemente acudirán a abortos inseguros<sup>16</sup>. La evidencia parece indicar que Latinoamérica tiene las tasas más altas de abortos menos seguros de todas las regiones<sup>17</sup>. Los embarazos no planificados son causa de un estimado de 25 millones de abortos peligrosos y 47.000 muertes maternas al año<sup>18</sup>. Estos son más comunes en los países donde el aborto legal está restringido —incluyendo aquellos donde es legal pero el sistema no provee el servicio o existen barreras de acceso—. Los abortos inseguros constituyen un problema de salud pública grave, no solo por la magnitud de la ocurrencia sino también por las consecuencias que pueden tener en la salud y vida de las mujeres, incluyendo el riesgo a la mortalidad materna. Adicionalmente, cuando un aborto inseguro termina en complicaciones, las leyes que prohíben el aborto limitan el derecho a la salud de las personas, ya que pueden disuadir a las mujeres de buscar atención médica por miedo a posibles consecuencias penales.

Si bien el acceso al aborto de manera segura es fundamental para el cumplimiento de los derechos a la salud de las personas, no se trata de un método anticonceptivo. Su garantía debe ser parte de un proceso de salud pública que priorice la planificación familiar para prevenir embarazos no deseados.

Esto incluye:

- Acceso a programas de educación integral para la sexualidad.
- Acceso a anticonceptivos modernos.
- Prevención y atención a las violencias por razones de género.
- Garantía de los servicios de postaborto.

12 OMS (2019), "Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar." Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>

13 Bearak, JM, A Popinchalk, B Ganatra, et al. (2020). "Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates from a Comprehensive Model for 1990–2019." *Lancet Global Health* 8(9): e1152–e1161. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30315-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30315-6/fulltext)

14 Bearak, JM, A Popinchalk, C Beavin, et al. (2022). "Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: a global comparative analysis of levels in 2015–2019" *BMJ Global Health* 2022; 7:e007151. <https://gh.bmj.com/content/7/3/e007151>

15 Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015). "Resumen Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015", disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/ENDS-libro-resumen-ejecutivo-2016.pdf>

16 Op. cit. OMS (2012)

17 Ganatra, Bela et al. (2017). "Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model." *Lancet* 390(10110): 2372–2381. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext)

18 Op. cit. OMS (2019)

- La eliminación de barreras normativas, institucionales y culturales relacionadas con el aborto, que además resultan ser el reflejo de estereotipos de género y procesos históricos de discriminación.

## Prohibición y leyes restrictivas frente al aborto.

Según análisis existentes de las dinámicas de abortos legales y clandestinos, las restricciones legales no tienen una correlación directa con el número de abortos que se llevan a cabo<sup>19</sup>.

No obstante, está demostrado que sí tienen un impacto directo sobre el número de abortos inseguros que se materializan en condiciones de clandestinidad, y que resultan en complicaciones importantes para la salud de las mujeres, e inclusive en la muerte de las mujeres que se someten a estos<sup>20</sup>.

### Explora más...



Aprende más sobre derechos sexuales reproductivos en:

UNFPA (2017). [Derechos Sexuales y Reproductivos](#).

## IVE y estigma



Las personas que buscan servicios de IVE se ven muchas veces sujetas a estigmas que las asocian con atributos negativos, comúnmente ligados a conceptos religiosos y morales, y que, en algunos casos, vienen atados a situaciones de discriminación y violencia. Estos estigmas se vinculan a las disparidades de poder, y a expectativas tradicionales de género y sexualidad que se manifiestan en discursos religiosos, sociales, médicos y mediáticos.

El estigma relacionado con el aborto puede llevar a la aparición de mitos y narrativas que generan vergüenza, intimidación, acoso y daños físicos y psicológicos para las personas que busquen abortos, sus amistades, familiares y las personas que ofrecen los servicios. El estigma y el riesgo de ser estigmatizada generan barreras adicionales ya que pueden evitar que las personas busquen y obtengan servicios seguros y de calidad. Es una barrera que afecta a todos los ámbitos, ya que puede darse tanto a nivel comunitario, en compañías de seguro (como EPS) y dentro de los mismos servicios de salud de mano de médicos y enfermeras.

## ¿Cuál es el marco legal?

19 Sedgh G, et al. (2012). "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008." *Lancet*, 379:625–632. 22; Levine PB, Staiger D. (2004), "Abortion policy and fertility outcomes: the Eastern European experience." *Journal of Law and Economics* XLVII:223–243. 23; y Op.cit. OMS (2012).

20 Grimes D et al. (2006). "Unsafe abortion: the preventable pandemic." *Lancet* 368:1908–1919; y op.cit. OMS (2012).

# Conozcamos el contexto: estado del arte en Colombia

A partir de la Sentencia C-055 del 21 de febrero de 2022, el aborto en Colombia está despenalizado en todas las circunstancias cuando este se realice antes de la semana 24 de gestación (primer y segundo trimestre). Esto hace que Colombia tenga la legislación más progresiva de América Latina, y una de las más progresivas en el mundo.

Después de las 24 semanas se mantiene, sin límite de tiempo, un modelo de tres causales según lo establecido en la normativa anterior. Este cambio es particularmente relevante para garantizar el acceso a personas en situación de particular vulnerabilidad. La mayor parte de los abortos ocurren en el primer trimestre, quienes acceden al aborto en el segundo trimestre son, usualmente, mujeres y personas gestantes con mayores vulnerabilidades, incluyendo adolescentes, personas en situación de pobreza, que viven en áreas rurales, y pertenecientes a comunidades étnicas que tienen barreras adicionales para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva<sup>21</sup>.

La prohibición absoluta del aborto se derogó en Colombia a través de la Sentencia C-355 del 10 de mayo del 2006, la cual estableció acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en un modelo de tres causales: i) peligro para la salud o la vida de la mujer; ii) cuando existe grave malformación del feto que haga inviable su vida; iii) cuando el embarazo sea resultado de una violación, incesto o inseminación no consentida.

En esta sentencia, y en sentencias posteriores, se ha definido que el acceso a la IVE (y ahora expandido al aborto consentido antes de las 24 semanas) como un derecho fundamental, que se encuentra estrechamente ligado, entre otros, al derecho fundamental a la vida, a la salud, a la dignidad, a la intimidad y al libre desarrollo de la personalidad de las mujeres<sup>22</sup>.

## REQUISITOS PARA ACCEDER AL ABORTO

Antes de la semana 24



No hay ningún requisito para acceder al aborto legal más que el consentimiento informado de la persona que va a acceder al servicio. Esto aplica también en el caso de menores de edad.

21 OMS (2021). Aborto, Datos y Cifras. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

22 Ver, por ejemplo, las sentencias C-355 de 2006, T-988 de 2007, SU-096 de 2018, T-636 de 2007, T-841 de 2011, C-754 de 2015, C-055 de 2022, entre otras).

Antes de la semana 24



Se mantienen las causales establecidas en la Sentencia C355/2006:

### CAUSAL

### REQUISITOS

Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un/a médico/a. Incluye riesgo a la salud mental.



Certificado de un/a médico/a, o un/a profesional de la psicología. El profesional certifica que existe la posibilidad de riesgo, pero la mujer define el nivel de riesgo que está dispuesta a correr y qué tanto permitirá que la gestación altere su bienestar.

Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un/a médico/a.



Un certificado médico expedido por un/a médico/a. No es necesario que sea hecho por un especialista en fetología.

Cuándo 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:

- Menores de 14 años, ya que se presume jurídicamente que los embarazos en menores de 14 son resultado de algún tipo de violencia sexual;
- Mujeres víctimas de violencia en el marco del conflicto armado, quienes tienen el derecho de obtener atención integral y gratuita en salud, independientemente de la existencia de denuncia penal<sup>23</sup>.

Que el aborto sea considerado un derecho fundamental implica que el Estado no puede hacer uso del poder punitivo para perseguir a las mujeres por buscar acceso a este<sup>24</sup>. También significa que existe un conjunto de obligaciones de respeto y de garantía por parte del Estado y de las y los prestadores del servicio para garantizar el acceso efectivo a este derecho, que no se limitan a la materialización de un procedimiento médico, sino que tienen componentes referidos a la información adecuada sobre el derecho que le asiste a la mujer, la accesibilidad a los servicios médicos, psicológicos y de trabajo social, entre otros, necesarios para su garantía<sup>25</sup>.

La Corte, en las Sentencias U-096/18, T-209/08 y T-388/09, ha resaltado los siguientes estándares y deberes del Estado que buscan materializar el goce efectivo de los derechos reproductivos de las mujeres:

### **Información oportuna, suficiente y adecuada en materia reproductiva**

Incluye publicar información sobre existencia, alcance y requisitos del derecho constitucional a la IVE, y el deber de operadores y personal médico de mantener informada a la mujer en gestación, sobre su estado de salud y el desarrollo de su embarazo.

### **Disponibilidad**

Deben existir los medios necesarios para la materialización de la IVE en todo el territorio, en todos los niveles de complejidad y en cualquier etapa del embarazo y sin importar la condición social, económica, edad, etnicidad o tipo de afiliación a seguridad social de la mujer. Es responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social, de la Superintendencia Nacional de Salud y de los departamentos, distritos y municipios dictar las medidas que, en el ámbito de sus respectivas competencias, aseguren la suficiente y efectiva disponibilidad y acceso a estos servicios sin discriminación, de

forma oportuna y en condiciones de seguridad, calidad y salubridad.

### **Confidencialidad**

Las personas que atiendan las solicitudes de IVE están obligadas a ofrecer plena garantía de confidencialidad y a respetar el derecho de las mujeres a la intimidad y a la dignidad.

### **Autonomía y derecho a decidir**

Las mujeres que se encuentren en una situación contemplada bajo las tres causales del derecho a la IVE gozan del derecho a decidir libres de presión, coacción, apremio, manipulación y, en general, cualquier suerte de intervenciones inadmisibles respecto de su decisión a la interrupción voluntaria de su embarazo.

### **Seguimiento oportuno y prohibición de dilaciones**

El sistema de seguridad social no puede a) negar o dilatar la realización de las consultas o exámenes necesarios para verificar si el embarazo amenaza la vida o la salud física o mental de la gestante y b) negar o dilatar la emisión del certificado médico o expedir uno que no corresponda con el diagnóstico efectuado. Se define que 5 días es el plazo razonable para dar respuesta a la petición de IVE y llevarla a cabo. Asimismo, no se imponen límites a la edad gestacional para la realización del procedimiento.

### **Autonomía de menores de edad**

Las menores de edad son titulares plenas del derecho al libre desarrollo de la personalidad y gozan de plena capacidad para consentir sobre tratamientos e intervenciones en su cuerpo, entre ellas, la interrupción voluntaria del embarazo. No se deben imponer obstáculos o barreras adicionales cuando sus padres o representantes legales no estuvieran de acuerdo.

24 Corte Constitucional, Sentencia U - 096 de 2018, art. 37, 39. Disponible en <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/SU096-18.htm>

25 Ibid art. 69-80

## Objeción de conciencia

Las personas profesionales directamente involucrados/as en la atención médica pueden eximirse de practicar la interrupción del embarazo por motivos de conciencia si y solo si se garantiza la prestación de este servicio en condiciones de calidad y de seguridad para la salud y la vida de la gestante que lo solicite, sin imponer cargas adicionales o exigir actuaciones que signifiquen obstaculizar su acceso a los servicios de salud. Sólo puede utilizarse por el personal que realiza directamente la intervención, no por el personal que desarrolla funciones administrativas, ni de quien o quienes lleven a cabo las actividades médicas preparatorias o posteriores a la intervención. Las personas jurídicas no son titulares del derecho a la objeción de conciencia y, por lo tanto, a las entidades de seguridad social en salud no les es permitido oponerse a la práctica del aborto por razones de conciencia.

Las/os profesionales que objetan tienen la obligación de remitir a la persona a otro/a profesional que no sea objetor/a.

Adicionalmente, la Sentencia C-055 de 2022 ha resaltado la importancia de que los derechos relacionados con el acceso al aborto se incluyan en una política pública, que, entre otras acciones, incluya:

- Divulgación clara de las opciones que tienen las mujeres gestantes durante y después del embarazo
- Eliminación de cualquier obstáculo para el pleno ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos
- Insumos para la prevención del embarazo no deseado y la anticoncepción.
- Desarrollo de programas de educación integral para la sexualidad para todas las personas.

## El abordaje de la IVE como delito

Según lo estipulado en la Sentencia C-055 de 2022, el aborto sólo está penalizado para las personas que interrumpan su embarazo después de 24 semanas y fuera de las tres causales. Si bien aún no hay una modificación del Código Penal que refleje esta sentencia, la pena actualmente definida conlleva de uno a tres años de prisión para la mujer que se cause un aborto o que permita que otro se lo cause, y para quienes realicen el procedimiento con el consentimiento de la mujer.



### Explora más...

Para aprender más sobre el marco legal en Colombia puedes visitar:

<https://derechoalaborto.com/>, portal que brinda información sobre el contenido de todas las sentencias relevantes sobre el derecho a la IVE. Asegúrate de revisar las Sentencias C-355/2006, SU-096/2018 y C-055 de 2022.

Ministerio de Salud y protección Social, (2021). [\*ABCDÉ: Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres.\*](#)

Puedes explorar la normativa existente previa a la Sentencia C-055 de 2022 revisando con más detalle el Anexo 2.

## ¿Cuáles son las barreras para el acceso efectivo a este derecho?

Las barreras al acceso efectivo al aborto no se definen únicamente por el contexto legal. La legalidad del aborto no se traduce fácilmente a una garantía de acceso a este servicio. Muchas personas, y especialmente mujeres en situaciones de particular vulnerabilidad como mujeres menores de edad, pobres o del área rural, encuentran barreras sociales, económicas, culturales y médicas para tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva de manera libre y sin violencia<sup>26</sup>.

Este es el caso en Colombia, donde aún existen barreras importantes al acceso efectivo a este derecho. Esto, además de ser una vulneración a los derechos fundamentales de las personas gestantes, en muchos casos lleva a que estas decidan buscar abortos clandestinos, que son inseguros y tienen graves consecuencias para la salud, la integridad e incluso la vida de las mujeres, y en especial para aquellas que viven en la ruralidad, en condiciones de pobreza o en otras condiciones de vulnerabilidad.

Se han identificado las siguientes barreras principales<sup>27</sup>:

Barrera	Consecuencias posibles
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Desconocimiento del marco legal</b></li> <li>• Hay poco conocimiento sobre la sentencia y el derecho fundamental por parte de las mujeres, quienes con frecuencia tienen información general o fragmentada, o bien, que no está basada en evidencia. Esto lleva a que se desconozcan los nuevos derechos de las personas gestantes frente al aborto, el modelo de las tres causales y los requisitos para acceder al aborto bajo estas últimas.</li> <li>• También hay desconocimiento por parte de las y los funcionarios de los servicios de salud, protección y justicia. Los/as prestadores de estos servicios carecen de información o no consideran el marco jurídico existente y vinculante, incluidas las decisiones judiciales y administrativas relativas al aborto al momento de ejercer sus funciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconocimiento del derecho y su posibilidad de ejercerlo.</li> <li>• Toma de decisión sin información basada en evidencia y en el marco legal.</li> <li>• Lleva a la negación de los servicios que garantizan el acceso a IVE e impulsa a las mujeres a buscar abortos clandestinos, incluso cuando se encuentran en las tres causales despenalizadas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Desconocimiento de las opciones y servicios existentes</b></li> <li>• Las personas que buscan abortos pueden desconocer información para, como los centros o las instituciones de salud que prestan el servicio, su costo, los requisitos que se les pueden solicitar, u otros aspectos relevantes de los procesos relacionados con acceder al servicio.</li> </ul>	<p>Apertura a aceptar información falsa por parte de prestadores de salud u otras fuentes de consejería. Puede llevar a que se sientan obligadas a llevar a término embarazos no deseados. Retrasos en la búsqueda de servicios.</p>

26 Darney, Blair G., Willis Simancas-Medozza, Alizon B. Edelman, Camilo Guerra-Palacio, Jorge E. Tolosa, María I. Rodríguez (2014). "Post-abortion and induced abortion services in two public hospitals in Colombia." <https://www.hgm.gov.co/loader.php?!Servicio=Tools2&Tipo=descargas&Funcion=descargar&idFile=807>

27 Estas barreras fueron identificadas en las publicaciones de UNFPA y MSPS (2014), "Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas." Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/26-%20Determinantes%20del%20aborto%20inseguro%20y%20barreras%20de%20acceso.pdf>; La Mesa Por la Vida y la Salud de las Mujeres (2019), "Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia." Disponible en: [https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras\\_IVE\\_vf\\_WEB.pdf](https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras_IVE_vf_WEB.pdf); Brack CE, RW Rochat, OA Bernal (2017). "It's a Race Against the Clock": A Qualitative Analysis of Barriers to Legal Abortion in Bogotá, Colombia. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2017 Dec 1;43(4):173-182. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29990291/>; y Op. cit. ENDS (2015).

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estigma, violencia obstétrica y/o tratos deshumanizantes</b></li> <li>• Malos tratos, desatención, estigmatización, tratamiento inadecuado para el dolor y otras formas de violencia por parte de prestadores de servicio, o por parte de las compañías de seguros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estigmatización y daños psicológicos y/o físicos a las mujeres que buscan el servicio, coerción a las mujeres para cambiar de opinión y pérdida de confianza en las instituciones de salud.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Solicitud de requisitos adicionales</b></li> <li>• Las instituciones encargadas de llevar a cabo los procedimientos en ocasiones solicitan documentos adicionales a los estipulados por la Corte que pueden incluir: exámenes médicos, históricas clínicas, concepto de juntas médicas, órdenes judiciales e incluso consentimiento por parte de terceros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cargas logísticas y económicas que limitan el acceso al derecho del IVE y niegan el principio de celeridad en el proceso.</li> <li>• Negación del derecho, riesgos de embarazos forzados.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Falta de protocolos internos</b></li> <li>• Falta de claridad sobre los trámites administrativos, los códigos de procedimientos o las rutas para la prestación del servicio. Falta de conocimiento de los protocolos existentes para direccionar la práctica de IVE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de prácticas obsoletas o no apropiadas, dilaciones innecesarias al acceso.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prácticas dilatorias</b></li> <li>• Se utilizan estrategias para que las mujeres cambien de opinión, como pedir que regrese al servicio en otro momento o redireccionar a la usuaria a diferentes entidades prestadoras de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de prácticas obsoletas o no apropiadas, dilaciones innecesarias al acceso.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Uso injustificado de la objeción de conciencia</b></li> <li>• Las instituciones de salud niegan constantemente el derecho argumentando no contar con personal adicional o manifestando objeción de conciencia colectiva. Se ha reportado barreras por objeción de conciencia por parte de autoridades judiciales y el personal administrativo y encargado de procesos distintos a la atención médica directa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se cumple el derecho de celeridad frente al proceso y limita la capacidad de acceder al servicio. Según la normativa colombiana, acceder al aborto no puede tomar más de 5 días después de hacer la solicitud (Sentencia T-209 de 2008).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Falta de capacidad médica y hospitalaria</b></li> <li>• Existe falta de personal capacitado que pueda proveer el servicio, especialmente para periodos avanzados de gestación y en relación con el aborto farmacéutico. Esto lleva a que las clínicas pongan límites basados en las capacidades de su personal y la disponibilidad del equipo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lleva a dilaciones en el acceso al servicio y a dificultades en la remisión a servicios especializados. Esto puede implicar el uso de prácticas no recomendadas y costos adicionales para las personas que buscan el acceso.</li> </ul>



- **Barreras adicionales para personas en contexto de especial vulnerabilidad**

- Todas las barreras de acceso al servicio de IVE se agravan para mujeres en situaciones de especial vulnerabilidad y dependiendo de contextos diferenciales (edad, situación migratoria, territorio, etnia). Esto afecta particularmente a las mujeres indígenas, afrodescendientes, migrantes y campesinas.

- Se aumentan las desigualdades existentes para grupos en situación de particular vulnerabilidad.

## ¿Por qué es importante que el servicio de IVE se dé con celeridad?



Las recomendaciones internacionales y la normativa colombiana resaltan que es importante que el acceso al aborto se brinde de manera rápida y oportuna. Según la normativa actual, la atención de IVE debe hacerse en los cinco días posteriores a la solicitud.

Retrasos innecesarios pueden incrementar la situación de riesgo de las mujeres que buscan IVE y generar afectaciones adicionales a su salud mental. Adicionalmente, la no celeridad aumenta las barreras de acceso, ya que puede llevar a las mujeres a requerir intervenciones más complejas, las cuales pueden no estar disponibles en los servicios de salud cercanos<sup>28</sup>.

Adicionalmente, los abortos en edades gestacionales más avanzadas suelen ser más costosos y acarrear más riesgos de complicaciones y muertes maternas; aunque estos riesgos se mantienen bajos en cualquier punto del embarazo<sup>29</sup>.

Asimismo, es importante que la atención postaborto, incluyendo medicamentos para el dolor, se suministren sin retraso para evitar complicaciones y asegurar los derechos de la persona.

<sup>28</sup> Ibid.

<sup>29</sup> Guttmacher Institute (2020). "Embarazo no planeado y aborto a nivel mundial: Hoja Informativa." Disponible en <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>

## Relevancia para niñas, adolescentes y jóvenes

Imponer a las mujeres que continúen con un embarazo no deseado conlleva la modificación arbitraria de su proyecto de vida, generando posibles efectos en su bienestar emocional y mental, además de su salud física. Esto es particularmente relevante en el caso de niñas y adolescentes embarazadas, ya que esto puede afectar su salud, su educación, sus oportunidades laborales, sus ingresos y aumentar el riesgo de vivir en pobreza. Los embarazos en menores de edad son un fenómeno relevante, tanto en Colombia como a nivel mundial. Según información preliminar de 2021, en Colombia se registraron 3.468 nacimientos en niñas de 10 a 14 años y 79.287 nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años<sup>30</sup>.

Aquí es necesario mencionar que, según la legislación colombiana, todos los embarazos en menores de 14 años se consideran producto de violencia sexual, por lo que entran en las causales legales para el acceso a IVE durante el tercer trimestre de embarazo.

Las personas jóvenes pueden enfrentar barreras adicionales en el acceso a IVE, incluyendo limitaciones a su capacidad de toma de decisión por padres, tutores y personal médico que exige el consentimiento de estos. También se enfrentan a estigma agravado por expectativas de género que indican que las mujeres sólo deben tener sexo al ser mayores o tras haberse casado. Estas expectativas también pueden llevar a matrimonios infantiles y uniones tempranas que, además de ser una práctica nociva, pueden crear barreras adicionales para acceder a información y servicios.



### Explora más...

Aprende más sobre las barreras existentes en:

Ministerio de Salud y Protección Social y UNFPA Colombia (2014). [Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas.](#)

Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2020). [Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia.](#)

Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2021). [Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en el contexto de la pandemia por COVID-19.](#)

30 DANE (2022). "Estadísticas Vitales: IV trimestre 2021 preliminar". Disponible en [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt\\_estadisticasvitalas\\_defunciones\\_IVtrim\\_2021pr.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvitalas_defunciones_IVtrim_2021pr.pdf)



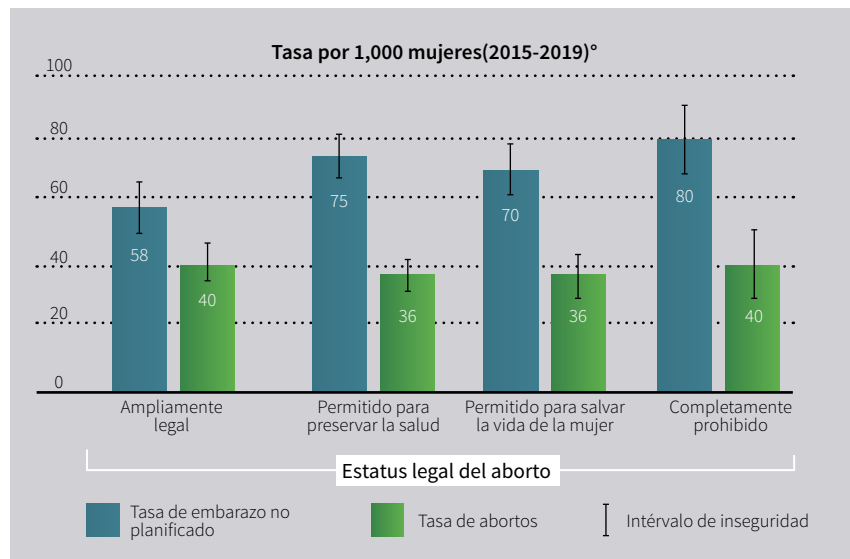
# Sección 2

## Guía para la acción

# Datos clave sobre aborto e IVE

## A nivel mundial

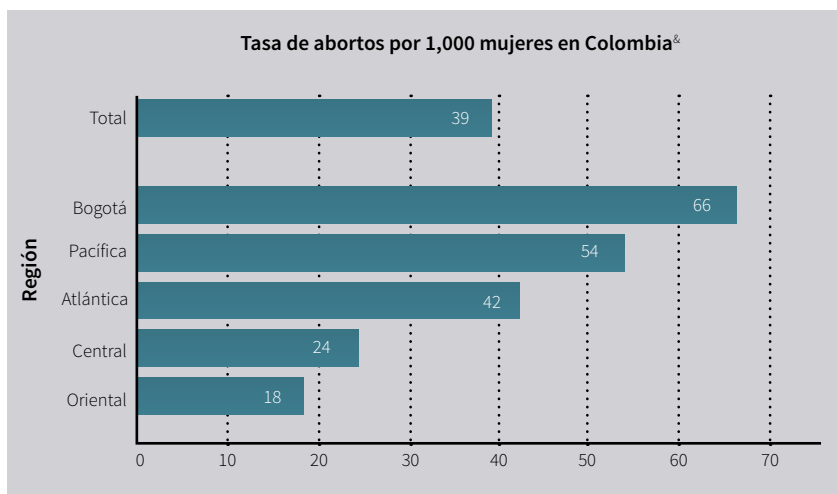
- ▶ Los embarazos no planificados y el aborto ocurren a nivel mundial, tanto en países donde el aborto es ampliamente legal, como donde está prohibido completamente.
- ▶ Las tasas de embarazo no planificados son más altas en países en que restringen el acceso al aborto.<sup>o</sup>
- ▶ La tasa de abortos se mantiene constante entre países, sin importar el nivel de restricciones legales existentes.<sup>o</sup>
- ▶ Tres de cada 10 embarazos (el 29%) terminó en un aborto inducido (seis de cada diez, el 61%, cuando el embarazo no fue deseado)\*. De ellos, 45% se llevó a cabo de manera insegura o muy insegura. 97% de los abortos inseguros ocurren en países en vías de desarrollo\*.
- ▶ Entre el 4.7% 13.2% de las muertes maternas son resultado de abortos inseguros.\* Aproximadamente 7 millones sufren consecuencias a largo plazo incluyendo hemorragias, traumatismos, e infertilidad.\*



- ▶ En América Latina, la mayoría de los abortos (casi tres de cada cuatro) son inseguros.<sup>‡</sup> El aborto inseguro es la causa de alrededor del 15% de la mortalidad materna en la región.<sup>‡</sup>
- ▶ Los riesgos de morbilidad y mortalidad se acentúan en las mujeres más jóvenes (niñas y adolescentes), en las mujeres rurales, mujeres indígenas, mujeres migrantes y mujeres afrodescendientes.<sup>&</sup>
- ▶ 33% de las mujeres que tienen abortos clandestinos experimentan complicaciones que requieren atención médica. Esto aumenta a 53% en mujeres rurales en pobreza.<sup>§</sup>
- ▶ Alrededor del 1.1% de los embarazos en Colombia de mujeres entre 13 y 49 años terminaron por abortos inducidos, siendo las tasas más altas en las subregiones de Medellín (2.2%), Bogotá (1.8%) y Cali(1.5%).<sup>#</sup>
- ▶ Las personas que buscan acceder al aborto enfrentan diversas barreras, incluyendo falta de acceso a información, estigma, bloqueos y falta de capacidad instalada en clínicas y hospitales, barreras financieras, incluyendo negaciones de servicio por parte de EPS, dilaciones y barreras culturales y religiosas.<sup>§</sup>

## En Colombia

- ▶ El aborto ha sido identificado por el Instituto Nacional de Salud (INS) como la **tercera causa de morbilidad materna** y la **sexta causa de mortalidad materna**.<sup>&</sup>



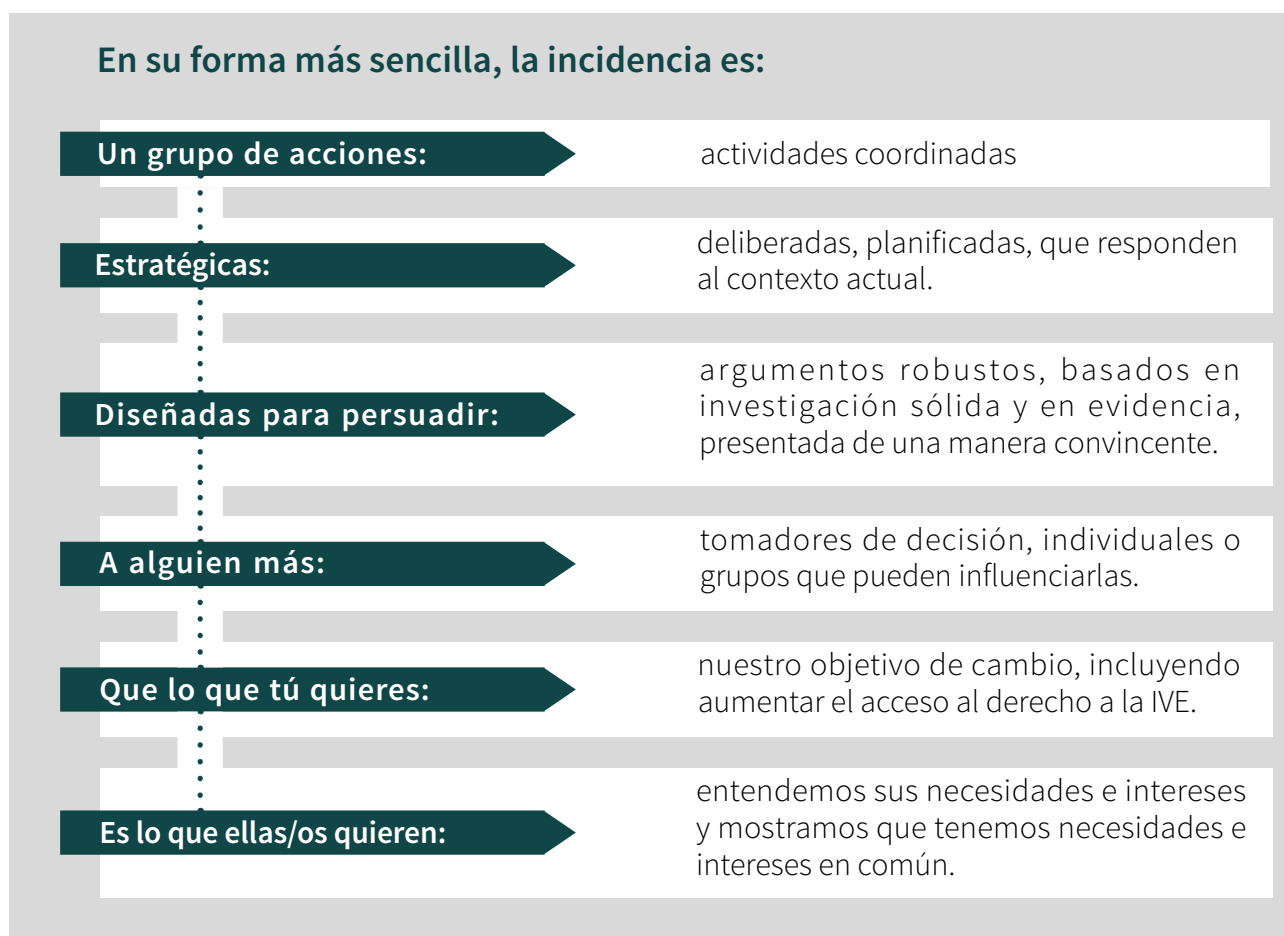
<sup>o</sup> Guttmacher Institute (2020). "Embarazo no planeado y aborto a nivel mundial." En <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>.  
<sup>o</sup>OMS (2022). "Directrices sobre la atención para aborto". Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240039483>.  
<sup>o</sup> Guttmacher Institute (2013). "Datos sobre el embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia". En <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/datos-sobre-el-embarazo-no-deseado-y-aborto-inducido-en-colombia#grafico1>.  
<sup>\*</sup> Kassebaum, N. et. al (2014). "Global, Regional, and National Levels and Causes of Maternal Mortality During 1990-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013." The Lancet 384 (9947): 980-1004.  
<sup>‡</sup> Ganatra B. et al. (2017). "Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model." The Lancet 390(10110).  
<sup>#</sup> Ministerio de Salud y Profamilia (2015). "Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. Tomo II", pág 223.  
<sup>§</sup> Instituto Nacional de Salud (2019). "Informe de evento: Morbilidad materna extrema. Periodo epidemiológico XIII".  
<sup>§</sup> Ministerio de Salud y Protección Social y UNFPA Colombia (2014). "Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas." Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2019/04/DETERMINANTE-ABORTO-INSEGURO-Y-BARRERAS.pdf>

# Pasos clave para la incidencia

Trabajar para mejorar el acceso al aborto puede ser muy complejo, ya que abordar las barreras que existen requiere enfoques multidisciplinarios que involucran a muchos actores y partes interesadas. Por esta razón, es importante realizar incidencia a través de

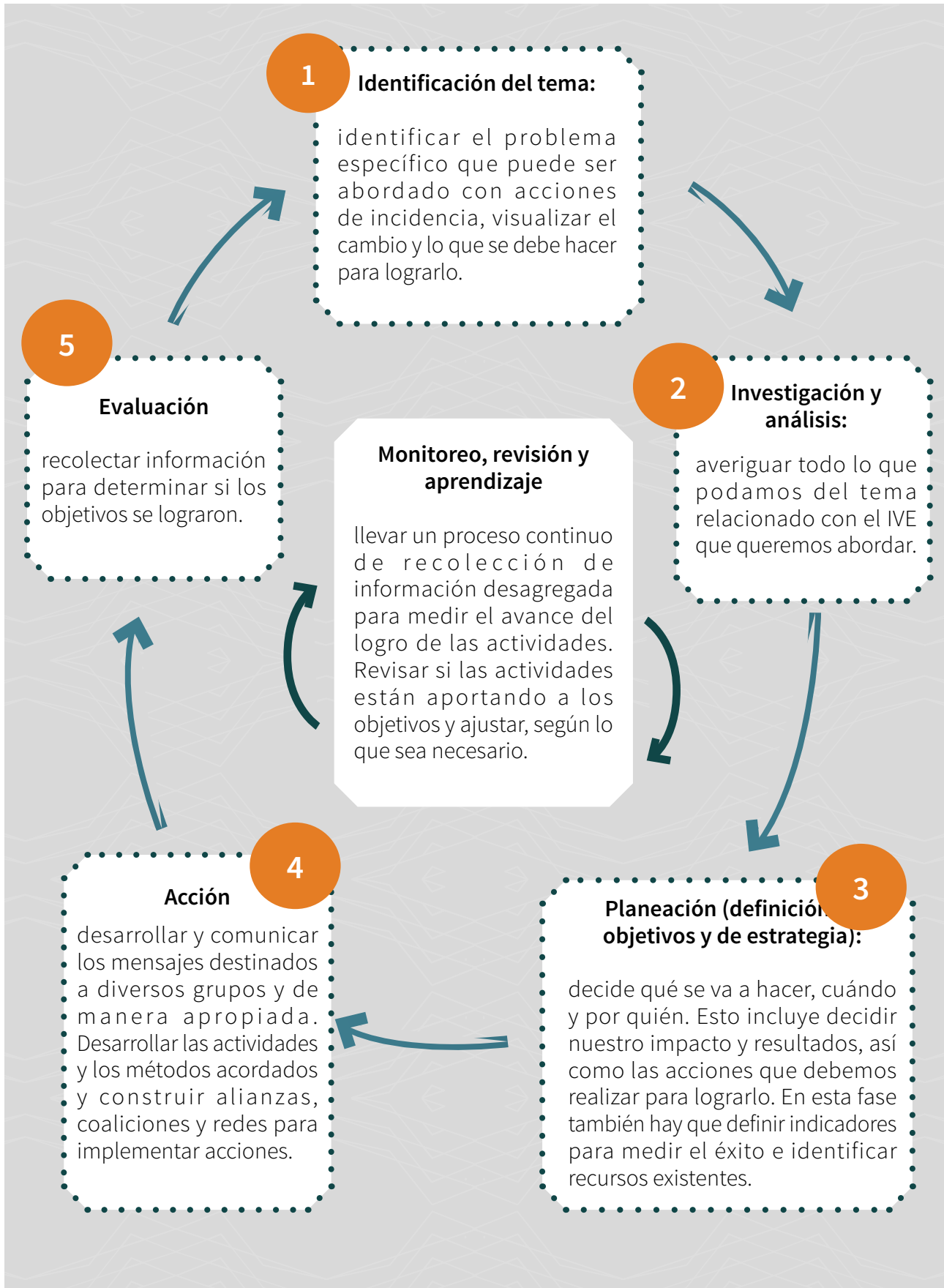
acciones estratégicas, y dentro de lo posible, que sumen a un plan que tenga una visión a mediano y largo plazo.

## Gráfico 1. La incidencia



*Adaptado de DanChurchAid (2010)*

## Gráfico 2. Círculo de acción para la incidencia



# Identificación de problema

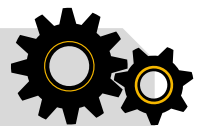
Identificar nuestros objetivos de incidencia requiere no solo que reconozcamos los problemas, sino que visualicemos la situación y los elementos que quisiéramos que existieran. ¿Cómo visualizamos un mundo en el que las interrupciones voluntarias del embarazo son completamente legales, y todas las personas que deseen acceder a esta tienen acceso seguro? ¿Qué queremos que cambie en la próxima década?

Es importante que discutamos este tema con las personas y grupos con los que queremos realizar incidencia. Es a partir de las ideas que surjan de este ejercicio de visualización que podemos planificar estratégicamente las acciones que debemos efectuar.

Algunas cosas que podemos desear incluyen:

- Que el aborto no esté restringido por la ley.
- Que el aborto esté disponible como parte de servicios de salud rutinarios.
- Que esté disponible a personas de bajos recursos de forma gratuita.
- Que las personas que accedan a este servicio no sufran violencia ni acoso por parte de las/os profesionales que lo proveen.

## Aplica...



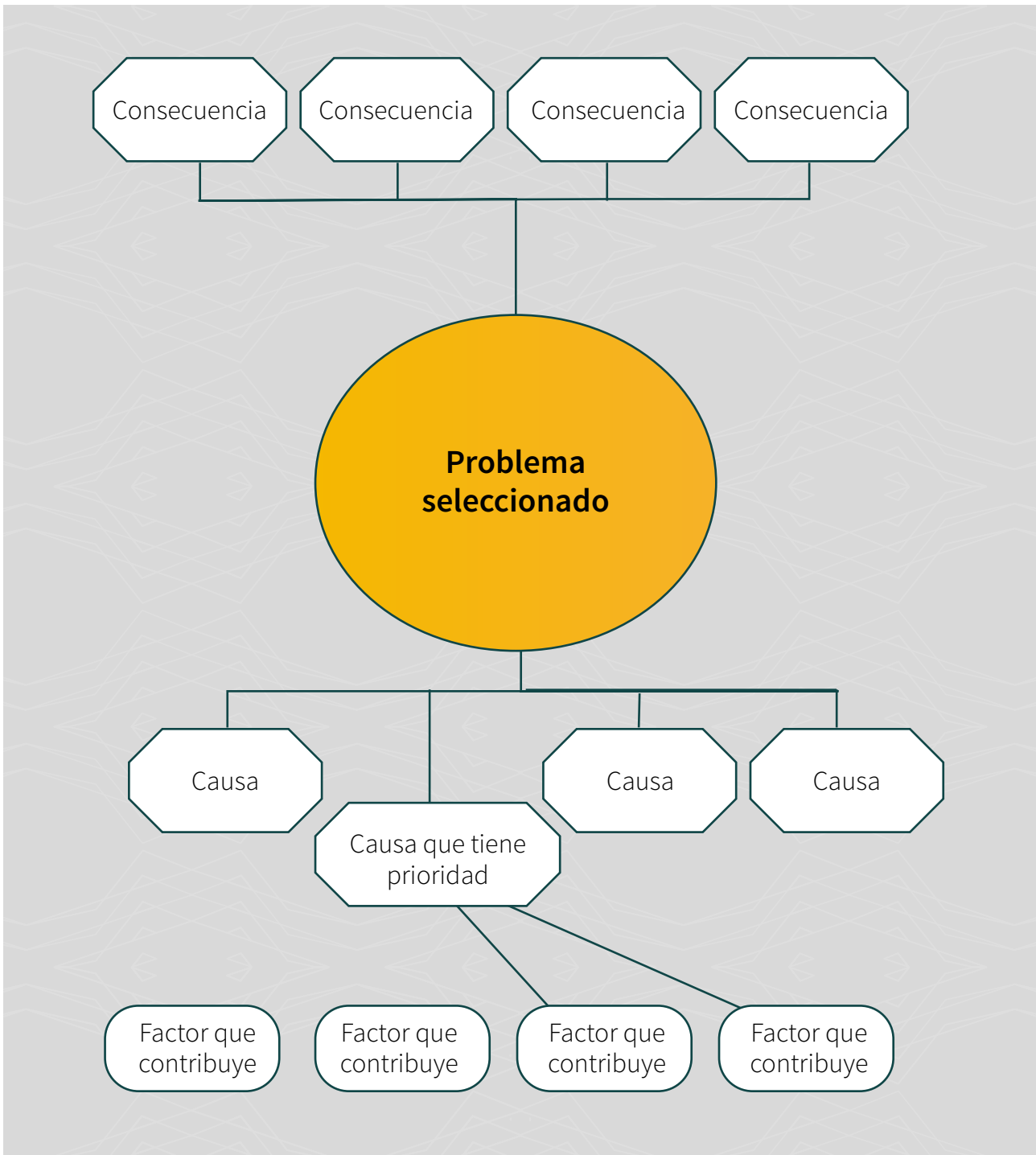
Estas herramientas pueden ayudarte a profundizar en las problemáticas, sus causas y tu capacidad de incidir en ellas. Puedes trabajarlas individualmente o con tus grupos.

## Herramienta 1. Tabla de soluciones

Factores a nivel local	Problema 1	Problema 2	Problema 3	Problema 4
Problemas y/o causas de los problemas que queremos abordar				
¿Qué cambios quisiéramos ver (visión)				
¿Quién tendría que actuar para lograr este cambio?				
¿Cuáles problemas son más urgentes de solucionar?				
¿Cuáles de estos problemas tenemos la capacidad de influenciar?				
¿Hay algún problema que sea muy difícil o imposible de resolver?				
¿Cómo debe cambiar la percepción de la IVE en la comunidad para lograr la situación ideal identificada?				

*Adaptado de Norwegian Church Aid (2016) e IPAS (2018)*

## Herramienta 2. Árbol de problemas



*Adaptado de WOLA (2005)*



# Identificación de actores clave

Es importante identificar a todas las personas que tienen intereses directos en la situación actual y el resultado de nuestro proceso de incidencia en acceso a IVE, así como la capacidad de cada actor de influir para ayudarnos a lograr nuestros objetivos. Esto nos permite evaluar a quiénes debemos dirigir nuestras actividades y que formas de acciones deben tomar.

Es importante tomar en cuenta:

- Su posición frente al tema y su aprobación de nuestros objetivos.
- El nivel de influencia o control que pueden tener sobre la toma de decisión del problema.

Para definir su influencia considera:

- Si tienen autoridad para tomar decisiones.
- Si sus opiniones son respetadas o alcanzan a mucha población.
- Si controlan información, recursos, relaciones.
- Si tienen conexiones con autoridades.

## Actores relevantes comunes:

- Grupos de mujeres y organizaciones de la sociedad civil
- Líderes/as comunitarios/as
- Proveedores de servicios de salud
- Funcionarios/as del sector de judicial y policial
- Encargadas/os del desarrollo de políticas y leyes
- Miembros de la academia
- Miembros del Congreso y del Senado
- Líderes religiosos/as
- Periodistas y otros medios de la media
- Celebridades
- Donantes

## Gráfico 3. Tipos de Actores

Actor	Descripción
Aliados fuertes	Quienes ya están tomando un rol activo y trabajando para lograr mejor acceso a IVE.
Aliados moderados	Quienes están de acuerdo con el tema que proponemos, pero aún no ha tomado acción.
Neutrales	Personas y grupos que aún no han tomado una decisión ni “elegido un bando”. También las personas que sienten que el tema de acceso a IVE no les compete.
Opositores moderados	Personas que no están de acuerdo con nuestro objetivo, y votarán en contra de él, pero que no tienen recursos ni interés de actuar en nuestra contra.
Opositores fuertes	Quienes trabajan activamente en contra de nuestro objetivo de incidencia.

Adaptado de Norwegian Church Aid (2016)

## Herramienta 3. Mapa de las partes interesadas

Nivel de influencia	Alto					
	Medio					
	Bajo					
		Opositor fuerte	Opositor moderado	Neutral	Aliado moderado	Aliado fuerte
Nivel de aprobación de nuestros objetivos						

*Adaptado de DanChurchAid (2010)*

### Recomendaciones



- Los objetivos de incidencia son personas, no instituciones.
- No limites tu lista a partes que ya están interesadas en el problema ya que puedes convencer a partes poderosas, que no tienen una posición, que se unan a tu campaña.
- Todas las partes con altos niveles de influencia, sin importar su apoyo a nuestra causa, es un objetivo de incidencia.
- Evita pasar muchos recursos en acciones dirigidas a opositores.
- Presta atención a partes que no están organizadas pero que podrían tener altos niveles de influencia si se organizaran.
- Si tu objetivo principal de incidencia es difícil de alcanzar (por ejemplo, funcionarios de gobierno de alto nivel), identifica individuos o grupos que pueden tener influenciarlas/oa, ya que acciones dirigidas a grupos influyentes pueden impactar a tu objetivo principal.
- Conoce a los individuales y grupos que se oponen a tus objetivos, así como sus creencias, estrategias y recursos para que puedas anticipar sus actividades e intentar neutralizar su efectividad.

# Construcción de mensajes

Los mensajes sobre el acceso a IVE tienen que construirse de manera cuidadosa, dado que es un tema sensitivo que puede resultar provocativo y generar respuestas emocionales en las personas. Los mensajes equivocados pueden ser contraproducentes, los mensajes contradictorios son dañinos para los procesos. Debemos tener clara cuál es la idea principal que queremos transmitir. Tenemos que ser capaces de desarrollar un mensaje que podamos presentar en cualquier situación. Hay dos elementos importantes en este sentido:

- El contenido y lenguaje del mensaje debe incluir información y datos actualizados y de fuentes confiables, ser fácil de entender y fácil de adaptar a diferentes objetivos.
- Los medios y las estrategias para comunicar este mensaje deben responder y adaptarse a las necesidades e intereses de las diferentes audiencias a las que queremos llegar. Esto incluye identificar los obstáculos y las preocupaciones principales de cada una de estas audiencias, sus creencias, conocimientos y apertura al tema. Tu audiencia debe relacionarse con el mensaje que elijas para ella. Basado en esto, puedes decidir qué medios son los más adecuados para transmitir tu mensaje.

## Explora más...



Para una guía más detallada sobre la construcción de mensajes y evitar mensajes estigmatizantes sobre el aborto lee:

International Planned Parenthood Federation (2015). *¿Cómo hablar de aborto?: Guía para el desarrollo de mensajes basados en los derechos.*

Diseñar un mensaje efectivo toma en cuenta tanto los diferentes públicos como el propósito de la comunicación para definir el formato y el estilo de esta. Para desarrollar mensajes se debe iniciar con nuestra meta de incidencia, y los objetivos de comunicación deben estar alineados con esta meta. Es necesario incluir el mensaje clave, argumentos y evidencia. Es importante además el uso de estadísticas y datos que muestren el impacto de la situación en la vida de las personas, ya que estos son más memorables y pueden superar datos técnicos para motivar a las personas a la acción.

## Recomendaciones



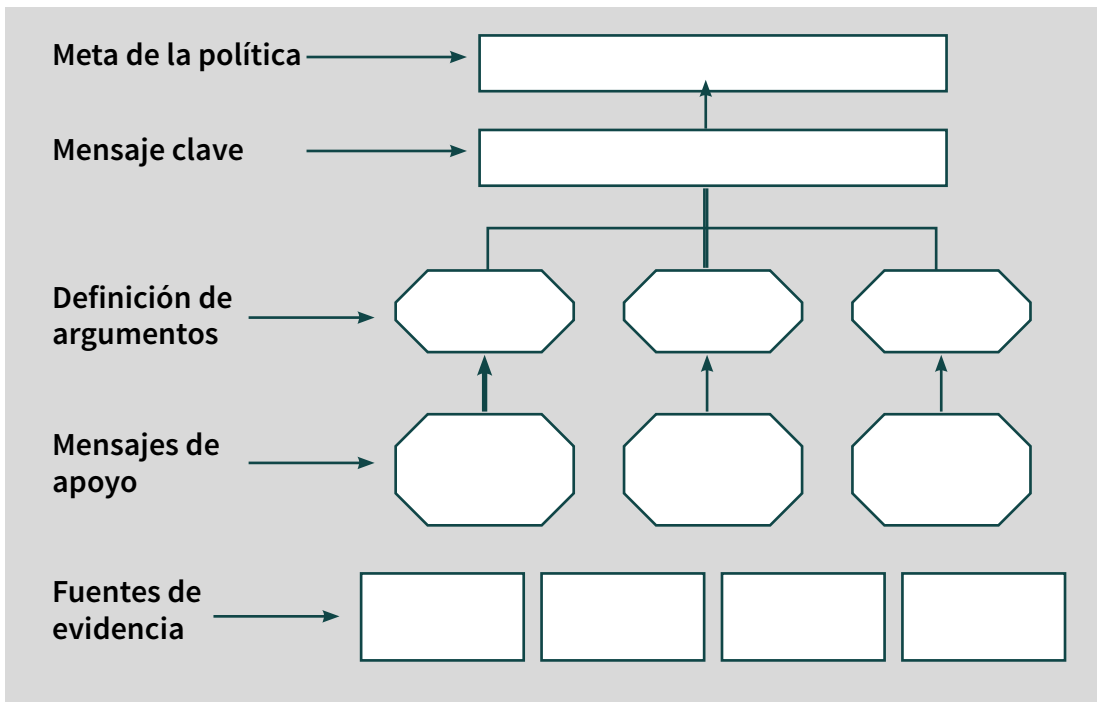
Es importante que el mensaje que se quiere transmitir sea consistente que todas/os puedan replicar de manera rápida y automática.

Una buena práctica es preparar “discursos de elevador” para las diferentes audiencias que quieres abordar. Estos son discursos cortos de 1-3 minutos que buscan dar a conocer el mensaje clave, incluyendo cuál es el problema, por qué es importante y qué puede hacer el interlocutor.

Ten en cuenta las 5 Cs de la comunicación efectiva:

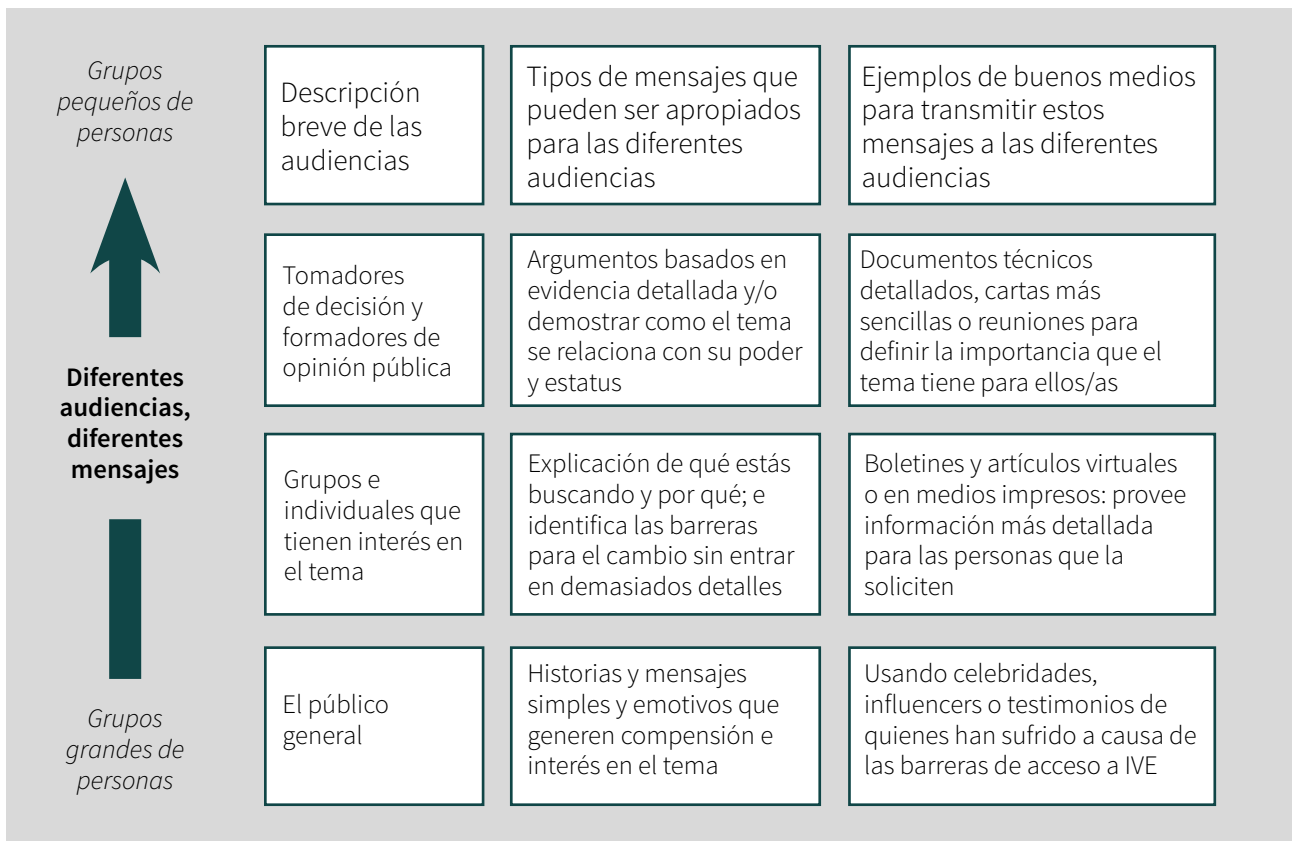
**Claro**  
**Conciso**  
**Creíble**  
**Consistente**  
**Completo**

## Herramienta 4. Mapa de las partes interesadas



Adaptado de CARE (2014)

## Gráfico 4. Tipos de Actores



Adaptado de Norwegian Church Aid (2016)

## Gráfico 5. Reglas de oro para la comunicación sobre la IVE.



Adaptado de IPPF (2015)

## Gráfico 6. Mensajes Clave



# Definiendo actividades

Debemos identificar actividades relevantes y viables para lograr los objetivos que nos ponemos. Estas actividades deben tomar en cuenta las audiencias a las que están dirigidas, la posición de estas frente al tema y adaptarse a sus intereses y necesidades.

Las actividades de incidencia comunes incluyen:

- Trabajo con funcionarios del gobierno (lobby)
- Trabajo con los medios de comunicación
- Construcción de alianzas
- Abordaje y movilización comunitaria

## Gráfico 7. Estrategias de incidencia por tipo de actor.

Actor	Estrategias posibles
Aliados fuertes	Proveer información robusta y confiable que puedan utilizar para fortalecer sus acciones.
Aliados moderados	Tratar de convencerlas/os que se involucren. Sugerir acciones específicas que pueden tomar.
Neutrales	Sensibilizarles sobre el tema de acceso a IVE con el objetivo de volverles aliados. Son objetivos principales de nuestras acciones de incidencia.
Opositores moderados	Tratar de prevenir que se vuelvan más activos en sus acciones contra nuestros objetivos.
Opositores fuertes	Dar razones claras para que otras partes no se unan a los opositores fuertes. Buscar apoyo regional e internacional si el/la oponente tiene éxito reclutando aliados/as.

*Adaptado de Norwegian Church Aid (2016)*

## Herramienta 5. Tabla de priorización de acciones

Califica de uno a cinco los siguientes factores (1=poco, 5=mucho) según cada acción identificada				
Acción	Potencial impacto	Posibilidad de éxito	Viabilidad interna de realizarla	Calificación total

*Adaptado de Conciliation Resources (2011)*

# Análisis de riesgo

Trabajar e incidir para el acceso efectivo al aborto te posiciona en la primera línea de defensa de derechos humanos (DD. HH.). La defensa de DD. HH. puede hacernos blanco de persecución y acarrear riesgos a nuestra seguridad física, psicológica y económica.

La Declaración de Defensoras y Defensores de DD. HH. define que la responsabilidad primordial de crear un ambiente de promoción del trabajo de defensa del DD. HH. y de establecer mecanismos de protección ante defensoras/es recae en el Estado<sup>31</sup>. Sin embargo, es importante entender cómo hacer nuestras propias evaluaciones de riesgo para poder definir las acciones que deseamos tomar, así como desarrollar estrategias para proteger nuestra propia seguridad, la de nuestra familia y la de nuestras comunidades.

Muchas/os de nosotros/as hacemos estos análisis de manera empírica cuando estamos tomando decisiones sobre las acciones que queremos tomar; en esta sección brindamos una introducción al análisis de riesgo.

El nivel de riesgo al que nos enfrentamos en nuestro trabajo de incidencia aumenta según las amenazas que recibimos y nuestra vulnerabilidad a estas amenazas. Así mismo, podemos reducir este riesgo si poseemos suficientes capacidades. Nuestro nivel de riesgo es dinámico, cambia a lo largo del tiempo y según cambios en el contexto y en nuestras capacidades y vulnerabilidades. Por esto es fundamental evaluar estos factores de manera periódica tanto si estamos realizando estrategias a largo plazo como si desarrollamos acciones puntuales.

## Explora más...

Para una guía más completa sobre análisis de Seguridad lee

Protection International (2009). [Nuevo manual de protección para los defensores de derechos humanos.](#)

Protection International y UDEFEGUA (2011). [Cuaderno de Protección No. 2. Vigilancia y contra vigilancia para organizaciones defensoras de derechos humanos.](#)

Front Line Defenders (2011). [Manual sobre seguridad: Pasos prácticos para defensores/as de derechos humanos en riesgo.](#)

Front Line Defenders (2009). [Seguridad y privacidad digital para los defensores de derechos humanos.](#)



31 OACNUDH (2019). Resolución A/RES/53/144 "Declaración sobre el derecho y el deber de los individuos, los grupos y las instituciones de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales universalmente reconocidos". Disponible en: <https://www.hchr.org.co/publicaciones/declaracion-sobre-defensores-de-los-derechos-humanos/>



## Conceptos claves para el análisis de riesgo

### RIESGO

La posibilidad de que ocurran sucesos que causen un daño.

### VULNERABILIDADES

Los factores que pueden influenciar que un/a defensor/a o un colectivo sufran ataques y tengan daños mayores debido a un ataque. Estos pueden deberse a no contar con un lugar físico que brinde protección, tener poco acceso a teléfono o formas de comunicación, falta de contactos y redes de apoyo. También puede incluirse la falta de herramientas para manejar el estrés o el miedo, que pueden llevarnos a cometer errores.

### AMENAZAS

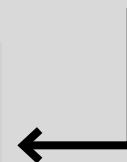
Indicaciones de que alguien puede dañarnos físicamente o moralmente, o afectar nuestras propiedades e infraestructura con acciones deliberadas y, muchas veces, violentas. Pueden ser:

- **Indirectas o incidentales:** basadas en factores del contexto como encontrarse en zonas de enfrentamiento armado o delincuencia común.
- **Directas o declaradas:** Están relacionadas directamente con nuestras acciones de defensa de DDHH o incidencia política. Muchas veces tienen un propósito concreto de limitar o desestimar el trabajo de incidencia.

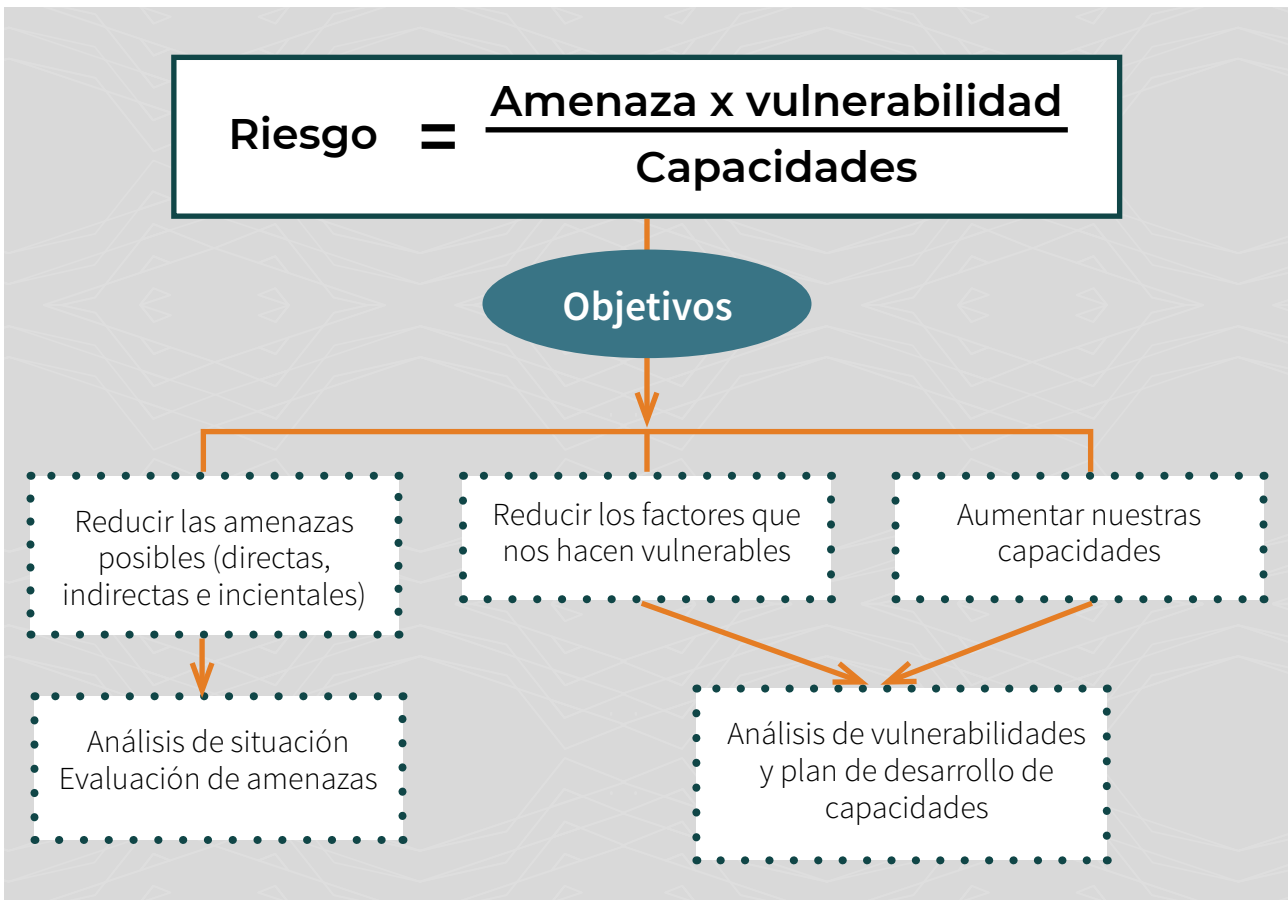
### CAPACIDADES

Los atributos, recursos o puntos fuertes a los que tienen acceso un grupo o un/a defensora para mejorar su seguridad. Estos incluyen los cursos de formación, las redes de contactos nacionales e internacionales, acceso a transporte seguro, capacidades de autocuidado y de manejo del estrés y el miedo. .

Podemos pensar en las vulnerabilidades y en las capacidades como dos lados de la misma moneda.



## Gráfico 8. Resumen de ecuación para el análisis de riesgo



Adaptado de Protection International (2009)

## Herramienta 6. Evaluación de Riesgos

Riesgo	Vulnerabilidades	Capacidades existentes	Capacidades requeridas

Adaptado de Front Line Defenders (2011)

## Herramienta 7. Evaluación de Riesgos

IMPACTO	Muy alto					
	Alto					
	Medio					
	Bajo					
	Muy bajo					
		Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
POSIBILIDAD						

### Identificando incidentes de seguridad:

Un incidente de seguridad es cualquier hecho o acontecimiento que podría afectar nuestra seguridad personal o colectiva. Estos son indicativos de la oposición que existe frente a nuestro trabajo y de la presión que estamos recibiendo. Hay que notar que, si bien las amenazas son incidentes de seguridad, no todos los incidentes de seguridad son necesariamente amenazas. Estos pueden incluir, entre otras:

- Acciones de vigilancia física o digital
- Robos
- Acciones de hackeo a nuestras cuentas personales o institucionales
- Vandalismo a nuestras casas o instalaciones
- Incautación de materiales de la organización.

Ten en cuenta lo siguiente:

**Toma conciencia de tu entorno para identificar posibles incidentes**

**Registra los incidentes**

**Analízalos para determinar si es un incidente de seguridad**

**Toma acciones pertinentes para evitar que se produzcan nuevos incidentes (informar a terceros, denunciar frente a instituciones pertinentes, asistir a personas afectadas u otros)**

### ¡RECUERDA!

Tu seguridad es un elemento fundamental y primordial. ¡Debemos proteger nuestra integridad física y psicológica para poder continuar con nuestro trabajo de incidencia!



# Anexos

# Anexo 1: Repositorio de Documentos

## Sobre el marco legal y contexto internacional

OHCHR (s.f.). “Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos: aborto.” Disponible en: [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO\\_Abortion\\_WEB\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_WEB_SP.pdf)

Human Rights Watch (2005). “Derecho internacional de los derechos humanos y aborto en América Latina.” Disponible en: <https://www.hrw.org/legacy/spanish/informes/2006/wrd0106/wrd0106sp.pdf>

IPAS México (2019). “El aborto en el Sistema Internacional de Derechos Humanos.” Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/lpasMx2019-AbortoDDHH.pdf>

Nassebaum, N. et al (2014). “Global, Regional, and National Levels and Causes of Maternal Mortality During 1990-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.” *The Lancet* 384 (9947): 980–1004.

Ganatra B. et al. (2017). “Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model.” *The Lancet* 390(10110).

## Sobre el marco Legal colombiano

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2021). “El derecho al aborto en Colombia: Marco Normativo y Línea Jurisprudencia.” Para un resumen detallado de la jurisprudencia nacional. Disponible en: <https://derechoalaborto.com/>

Sentencia C-055 de 2022 por la que se decriminaliza el aborto antes de la semana 24. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/C-055-22.htm#:~:text=Aborto.,prevista%20en%20el%20inciso%20anterior%E2%80%9D>.

Sentencia C-355 de 2006 por la que se reconoce el derecho fundamental a la IVE por tres causales. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

Decreto 4444 de 2006 que define las tres causales. Disponible en: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1546197>

Sentencia T-636 de 2007 que reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y constitucionales protegibles mediante la acción de tutela. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-636-07.htm>

Sentencia T-988 de 2007 que sienta precedentes frente a casos de mujeres en situación de discapacidad, la causal de violencia sexual, y se refiere a la vulneración de derechos por exigencia de requisitos adicionales. Disponible en: [https://www.redjurista.com/Documents/corte\\_constitucional\\_sentencia\\_de\\_revision\\_de\\_tutela\\_no\\_988\\_de\\_07.aspx#/](https://www.redjurista.com/Documents/corte_constitucional_sentencia_de_revision_de_tutela_no_988_de_07.aspx#/)

Sentencia T-209 de 2008. Detalla reglas en materia de objeción de conciencia y fija reglas para prestadores de salud en la materia de IVE. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-209-08.htm>

Sentencia T-841 de 2011 que enfatiza el derecho a la intimidad y al diagnóstico. También ratifica que no existen límites en la edad gestacional para realizar IVE. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/t-841-11.htm>

Sentencia T-627 de 2012 que establece que la información sobre los estándares que debe cumplir la información que se debe brindar respecto al IVE. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-627-12.htm>

Sentencia C-754 de 2015, que expande la causal violencia sexual y define que es obligatorio aplicar el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, que protege su derecho a la salud e información. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/C-754-15.htm>

Sentencia C.327 de 2016 que zanja el alcance de la protección de la vida prenatal. <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2016/C-327-16.htm>

Sentencia SU-096 de 2018 que unifica los precedentes jurisprudenciales en IVE y ratifica los estándares para la garantía de este derecho. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/SU096-18.htm>

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). "Prevención del Aborto Inseguro en Colombia Protocolo para el Sector Salud." Disponible en: [https://www.idsn.gov.co/images/documentos/sreproductiva/2014/sm\\_proive.pdf](https://www.idsn.gov.co/images/documentos/sreproductiva/2014/sm_proive.pdf)

## Contexto en Colombia

Breck, Roger et al. (2017). "It's a Race Against the Clock": A Qualitative Analysis of Barriers to Legal Abortion in Bogotá, Colombia". *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 43(4): 173-182. Disponible en: [https://www.jstor.org/stable/10.1363/43e5317#metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/10.1363/43e5317#metadata_info_tab_contents)

Guttmacher Institute (2011). "Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: Causas y Consecuencias." Disponible en: [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report/pdf/embarazo-no-deseado-colombia\\_1.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report/pdf/embarazo-no-deseado-colombia_1.pdf)

La Mesa Por la Vida y la Salud de las Mujeres (2019). "Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia." Disponible en: [https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras\\_IVE\\_vf\\_WEB.pdf](https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras_IVE_vf_WEB.pdf)

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2021). "La Criminalización del Aborto en Colombia." Disponible en: [https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2021/08/La-criminalizaci%C3%B3n-del-aborto-en-Colombia\\_LaMesa-1.pdf](https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2021/08/La-criminalizaci%C3%B3n-del-aborto-en-Colombia_LaMesa-1.pdf)

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2021). "Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en el contexto de la pandemia por COVID-19." Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2021/08/Informe-barreras-covid-version-digital-definitiva.pdf>

Stanhope et al. (2017). "Physician Opinions Concerning Legal Abortion in Bogotá, Colombia". *Culture, Health & Sexuality*. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28100116/>

## Protocolos de salud

Ministerio de Salud y Protección Social y UNFPA (2014). "Guía de capacitación para atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)." Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SM-IVE-Guia-Capcitacion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social y UNFPA (2014). "Prevención del Aborto Inseguro en Colombia: Protocolo para el Sector Salud." Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social y UNFPA (2014). "Atención integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad: Documento técnico para prestadores de servicios de salud." Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-IVE-Atencion-baja-complejidad.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Resolución 459 del 2012. "Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual". Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF>

## Estadísticas

DANE (2022). "Estadísticas Vitales: IV trimestre 2021 preliminar". Disponible en: [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt\\_estadisticasvitales\\_defunciones\\_IVtrim\\_2021pr.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvitales_defunciones_IVtrim_2021pr.pdf)

Guttmacher Institute (2020). "Embarazo no planeado y aborto a nivel mundial: Hoja Informativa." Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>

Organización Mundial de la Salud (2008). "Estimaciones globales y regionales sobre la incidencia del aborto inseguro y mortalidad asociada." Disponible en: [www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/9789241501118/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/9789241501118/en/)

Ministerio de Salud y Protección Social y UNFPA Colombia (2014). "Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas." Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2019/04/DETERMINANTE-ABORTO-INSEGURO-Y-BARRERAS.pdf>

## Información y guías de acción sobre la IVE

CLACAI (2016). "Guía de Incidencia para la promoción y defensa del derecho al aborto legal y seguro en Latinoamérica y el Caribe." Disponible en: <https://clacaidigital.info/handle/123456789/821>

Organización Mundial de la Salud (2021). Recursos clave sobre la interrupción voluntaria del embarazo, incluyendo lineamientos clínicos y estimaciones globales y regionales sobre los niveles de aborto seguro e inseguro. Disponible en: [www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/es/)

Ipas (2018). "Raíces de cambio. Una guía paso a paso para la incidencia para expandir el acceso al aborto seguro". Disponible en: <https://ipas.azureedge.net/files/ADVGE18-RootsOfChange.pdf> (Disponible en inglés).

Ipas (2019). Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación. Disponible en: <https://www.ipas.org/resource/servicios-de-aborto-para-las-mujeres-jovenes-un-juego-de-herramientas-para-la-capacitacion/>

Ipas (s.f.). Repositorio de Documentos. Disponible en: <https://www.ipas.org/resource-library/>

IPPF (2015). "¿Cómo hablar de aborto?: Guía para el desarrollo de mensajes basados en los derechos". Disponible en: [https://www.ippf.org/sites/default/files/web\\_ippf\\_abortion\\_messaging\\_guide\\_es.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/web_ippf_abortion_messaging_guide_es.pdf)

IPPF (2004). "La gente joven y el aborto: Estrategias clave y prácticas prometedoras para aumentar el acceso de las mujeres jóvenes a los servicios de aborto." Disponible en: [http://www.ippf.org/sites/default/files/youth\\_and\\_abortion\\_guidelines\\_spanish.pdf](http://www.ippf.org/sites/default/files/youth_and_abortion_guidelines_spanish.pdf)

Women on Waves (2021). "La salud sexual y los servicios de aborto en Colombia." Disponible en: <https://www.womenonwaves.org/es/page/2746/colombia>

## Manuales sobre seguridad

Protection International (2009) “Nuevo manual de protección para los defensores de derechos humanos.” Disponible en: [https://www.protectioninternacional.org/wp-content/uploads/2012/04/Nuevo\\_Manual\\_Proteccion.pdf](https://www.protectioninternacional.org/wp-content/uploads/2012/04/Nuevo_Manual_Proteccion.pdf)

Protection International y UDEFEGUA (2011) “Cuaderno de Protección No. 2. Vigilancia y contra vigilancia para organizaciones defensoras de derechos humanos.” Disponible en: [https://www.protectioninternacional.org/wp-content/uploads/2012/05/cuaderno\\_no\\_2\\_vigilancia\\_y\\_contravigilancia.pdf](https://www.protectioninternacional.org/wp-content/uploads/2012/05/cuaderno_no_2_vigilancia_y_contravigilancia.pdf)

Front line defenders (2009) “Seguridad y privacidad digital para los defensores de derechos humanos.” Disponible en: <https://www.iidh.ed.cr/iidh/media/9255/bloque-4-seguridad-y-privacidad-digital-para-los-defensores-de-ddhh-front-line-defenders-2009.pdf>

Front Line Defenders (2011) “Manual sobre seguridad: Pasos prácticos para defensores/as de derechos humanos en riesgo.” Disponible en: <https://www.frontlinedefenders.org/es/file/1541/download?token=XfyVORpn>

## Manuales sobre incidencia y fuentes citadas en las actividades de la guía de acción:

Conciliation Resources (2011). “Advocacy Capacity Building: A training toolkit.” Disponible en inglés en: <https://www.c-r.org/resource/advocacy-capacity-building-training-toolkit>

DanChurchAid (2010). “The ABC’s of advocacy.” Disponible en inglés en: [http://www.e-alliance.ch/typo3conf/ext/naw\\_securedl/securebd89.pdf?u=0](http://www.e-alliance.ch/typo3conf/ext/naw_securedl/securebd89.pdf?u=0)

Norwegian Church Aid (2016). “Advocacy training manual on UNSCR 1325.” Disponible

en inglés en: [https://www.kirkensnodhjelp.no/contentassets/d70de846289e4e01a7c0594fe2ee2b58/15-00793-8-advocacy-training-manual\\_1325-final-527635\\_1\\_1-mindre.pdf](https://www.kirkensnodhjelp.no/contentassets/d70de846289e4e01a7c0594fe2ee2b58/15-00793-8-advocacy-training-manual_1325-final-527635_1_1-mindre.pdf)

Care (2014). “Manual de Incidencia.” Disponible en: <https://www.care-international.org/files/files/Manual%20de%20Incidencia%20de%20CARE%20International.pdf>

UNFPA Colombia (2017). “Derechos sexuales y reproductivos”. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/es/publications/derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-infograf%C3%ADa>.

WOLA (2005). “Manual para la facilitación de procesos de incidencia política.” Disponible en: [https://www.wola.org/wp-content/uploads/2005/06/atp\\_manual\\_para\\_facilitacion\\_jun\\_05-1.pdf](https://www.wola.org/wp-content/uploads/2005/06/atp_manual_para_facilitacion_jun_05-1.pdf)



# Anexo 2: El reconocimiento de la IVE como un derecho fundamental en la jurisprudencia de la Corte Constitucional

*Obtenido de investigación interna de UNFPA Colombia realizada por Liliana Oliveros León (2020)*

La naturaleza de la IVE como derecho fundamental ha sido reconocido por la Corte Constitucional a través de las sentencias expedidas en el tema. Al respecto, las Sentencias T-32 de 2009 y T-585 de 2010 señalan: *“Resulta innegable que, a partir de la Sentencia C-355 de 2006, surgió en Colombia un verdadero derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en cabeza de las mujeres que se encuentran incursas en las tres hipótesis despenalizadas, [...] a partir de la Sentencia C-355 de 2006 existe en Colombia un derecho fundamental a la interrupción voluntaria del embarazo en cabeza de las mujeres que se encuentran incursas en las tres hipótesis despenalizadas, derivado del contenido de los derechos fundamentales a la dignidad humana, al libre desarrollo de la personalidad, a la vida y a la salud física y mental y que se inscribe en la categoría de los derechos reproductivos”*.

En el mismo sentido, la Sentencia C-754 de 2015 indica: *“[...] esta Corporación ha determinado que la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en los tres casos establecidos en la Sentencia C-355 de 2006, que incluye el aborto en supuestos de violencia sexual, es un derecho fundamental de las mujeres, como un derecho reproductivo”*.

En la Sentencia T-732 de 2009 anotó: *“Las prerrogativas que conceden los derechos reproductivos, incluida el aborto, son parte de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución de 1991 pues especifican las facultades que se derivan necesariamente de su contenido en los ámbitos de la reproducción”*.

En la Sentencia T-301 de 2016 manifestó: *“Sin perjuicio de las regulaciones de rango legal o reglamentario que se produzcan frente al procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo por parte de las autoridades competentes, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha definido al alcance del derecho fundamental al aborto en las circunstancias descritas en la Sentencia C-355 de 2006”*.

En Sentencia SU-096 de 2018 reiteró: *“El derecho fundamental a la interrupción voluntaria del embarazo protege la autonomía y la libertad de decisión de la mujer que, encontrándose en alguna de las tres causales de despenalización previstas en la Sentencia C-355 de 2006, resuelve poner fin al proceso de gestación humana. El derecho al aborto pertenece a la categoría de derechos reproductivos y, por tanto, comparte su orientación, fundamento y contenido obligacional. Al mismo tiempo, al tratarse de una garantía fundamental, compromete en su respeto y realización a todos los servidores y órganos del Estado, a los prestadores públicos y privados de seguridad social y a los particulares”*.

De esta manera, y al ser considerada como un derecho fundamental, implica que el Estado:

- 1) No podrá hacer uso del poder punitivo para perseguir penalmente a las mujeres que aborten dentro de alguna de las tres causales establecidas en la Sentencia C-355 de 2006.
- 2) Tiene un conjunto de obligaciones de respeto y de garantía por parte del Estado

y de los prestadores del servicio, para garantizar el acceso efectivo a este derecho.

### **Obligaciones relacionadas con la garantía de la IVE, especialmente en su atención en salud**

La Corte Constitucional ha indicado que el servicio de IVE debe garantizarse de manera real con una atención oportuna en todos los grados de complejidad y en todo el territorio nacional, siguiendo estrictamente las reglas de referencia y contrarreferencia. También agrega que la IVE debe prestarse con otros servicios de salud sexual y reproductiva y con calidad, señalando que: *“En situaciones en las cuales el aborto no es ilegal, los sistemas de salud deben entrenar y equipar a los proveedores de los servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que los abortos sean seguros y accesibles”*.

La Corte también ha insistido en la Sentencia T-209 de 2008 que se deben adoptar medidas encaminadas a *“eliminar barreras que impidan el acceso a servicios de salud de interrupción voluntaria del embarazo en los casos y condiciones establecidas en la Sentencia C-355 de 2006, la educación e información en el área de la salud sexual y reproductiva, en condiciones de seguridad, oportunidad y calidad”*.

En esta sentencia se les asigna obligaciones claras a varias de las entidades del sistema de salud en insiste: *“El deber de las autoridades —y de los particulares que actúan en esa calidad, como ocurre con las Empresas Promotoras de Salud— consiste en remover los obstáculos que impidan a la mujer gestante acceder a los servicios de salud en condiciones de calidad y seguridad de modo que se protejan en debida forma sus derechos sexuales y reproductivos. Las autoridades y los particulares que obran en esa calidad no sólo están obligados a evitar actuaciones discriminatorias, sino a promover las condiciones para que sea factible respetar los derechos constitucionales fundamentales de la mujer gestante”*.

En este sentido, ha definido el marco legal bajo el que es posible ejercer y hacer respetar el derecho. La Corte Constitucional señaló en la Sentencia T-388 de 2009:

- 1) Las mujeres puestas bajo las hipótesis contenidas en la Sentencia C-355 de 2006 gozan del derecho a decidir libres de presión, coacción, apremio, manipulación y, en general, cualquier suerte de intervenciones inadmisibles respecto de la interrupción voluntaria de su embarazo. Es este un derecho de las mujeres quienes aún colocadas en los supuestos allí determinados también pueden elegir con libertad llevar a término su embarazo.
- 2) Todas las mujeres deben poder contar con la información suficiente, amplia y adecuada que les permita ejercer a cabalidad y en libertad sus derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye el derecho a estar plenamente enteradas respecto de lo dispuesto en la Sentencia C-355 de 2006.
- 3) Los servicios de interrupción del embarazo bajo las hipótesis contempladas en la Sentencia C-355 de 2006 deben estar disponibles en todo el territorio nacional — bajo estricto seguimiento de los postulados de referencia y contrarreferencia— y las mujeres en estado de gravidez han de poder acceder a los mismos en todos los niveles de complejidad que lo requieran.
- 4) 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 obligadas a ofrecer plena garantía de confidencialidad y, en consecuencia, a respetar el derecho de las mujeres a la intimidad y a la dignidad. Guardar el secreto profesional se convierte en una obligación de primer orden para los prestadores de servicios de salud en relación con este tópico.
- 5) Ni las mujeres que optan por interrumpir voluntariamente su embarazo bajo las hipótesis previstas en la Sentencia C-355 de 2006, ni quienes atienden su solicitud, pueden ser víctimas de discriminación o de prácticas que limiten de alguna forma o impidan su acceso al lugar de trabajo o a centros educativos o su afiliación al sistema general de salud y riesgos profesionales.
- 6) Los departamentos, distritos y municipios están obligados a asegurar la suficiente

disponibilidad de servicios de la red pública con el propósito de garantizarles a las mujeres gestantes el acceso efectivo al servicio de interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de calidad y de salubridad.

- 7) Ninguna entidad prestadora de salud — sea pública o privada, confesional o laica— puede negarse a la interrupción voluntaria del embarazo cuando la mujer se encuentra bajo los supuestos establecidos en la Sentencia C-355 de 2006 —cualquiera que sea el tipo de afiliación a la seguridad social que tenga la mujer y con independencia de su condición social, económica, edad, capacidad de pago, orientación sexual o etnia—.
- 8) Está terminantemente prohibido elevar obstáculos, exigencias o barreras adicionales a las establecidas en la referida Sentencia C-355 de 2006 para la práctica del aborto en los supuestos allí previstos.

En este fallo la Corte Constitucional también enlistó las barreras inadmisibles frente al ejercicio de la IVE, señalando que se encuentran, entre otras, las siguientes:

- Realizar juntas médicas, de revisión o de aprobación por auditores/as que ocasionan tiempos de espera injustificados para la práctica del aborto inducido.
- Impedir a las niñas menores de 14 años en estado de gravidez exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo, cuando sus progenitores o representantes legales no estén de acuerdo con dicha interrupción.
- Imponer requisitos adicionales, verbigracia, exigir: (a) dictámenes de medicina forense; (b) órdenes judiciales; (c) exámenes de salud que no son practicados de manera oportuna; (d) autorización por parte de familiares, asesores/as jurídicos, auditores/as, médicos/as y pluralidad de galenos.
- Alegar objeción de conciencia colectiva que desencadena, a su turno, objeciones de conciencia, institucionales e infundadas, suscribir pactos —individuales o conjuntos—

para negarse a practicar la interrupción del embarazo.

- Acogerse a formatos o plantillas de adhesión que incidan en que las entidades hospitalarias no cuenten en su planta de personal con médicos dispuestos a prestar los servicios de interrupción voluntaria del embarazo, sea por cuanto estos/as profesionales de la medicina son víctimas de discriminación en el momento en que se efectúa su vinculación laboral o por cuanto, una vez vinculados/as, reciben presiones en el sentido de abstenerse de practicar abortos.
- Descalificar conceptos médicos expedidos por psicólogos a quienes la Ley 1090 de 2006 les reconoce el estatus de profesionales de la salud.
- Ser reticentes en cumplir a cabalidad con las reglas de referencia y contrarreferencia imprescindibles para atender eventos en los que el servicio médico —en este caso, la práctica del aborto inducido— no está disponible en el centro hospitalario al que acude la paciente.
- No disponer dentro de algunas redes públicas de prestadores del servicio de salud en los niveles departamental, distrital y municipal del servicio de interrupción voluntaria del embarazo.

No obstante, y bajo la consideración de que el contenido del derecho al aborto no se agota en la materialización de un procedimiento médico que ponga fin al proceso de gestación, sino que tiene componentes referidos a la información adecuada sobre el derecho que le asiste a la mujer, la accesibilidad a los servicios médicos, psicológicos y de trabajo social, entre otros, necesarios para la realización del mismo; y teniendo en cuenta los estándares de protección identificados por las distintas salas de revisión, la Corte resaltó algunos de estos estándares, con miras a materializar el goce efectivo de los derechos reproductivos de la mujer y que responden a los siguientes:

**El deber de suministrar información oportuna, suficiente y adecuada en materia reproductiva:** incluye el deber de las entidades de seguridad social en salud,

públicas y privadas, de entregar y publicar de manera periódica y activa información sobre la existencia, alcance y requisitos del derecho constitucional a la interrupción voluntaria del embarazo en las causales despenalizadas en la Sentencia C-355 de 2006 y el deber de los operadores y personal médico de mantener informada a la mujer en gestación, sobre su estado de salud y el desarrollo de su embarazo.

**El deber de disponibilidad de los medios necesarios para la materialización de la IVE en todo el territorio, en todos los niveles de complejidad y en cualquier etapa del embarazo:** los servicios de interrupción voluntaria del embarazo, en las causales contempladas en la Sentencia C-355 de 2006, deben estar disponibles en todo el territorio nacional, en todos los niveles de complejidad que lo requieran y en cualquier etapa del embarazo. Es obligación del Ministerio de Salud y Protección Social, de la Superintendencia Nacional de Salud y de los departamentos, distritos y municipios dictar las medidas que, en el ámbito de sus respectivas competencias, aseguren la suficiente y efectiva disponibilidad y acceso a estos servicios sin discriminación, de forma oportuna y en condiciones de seguridad, calidad y salubridad.

En este estándar reitera que *“ninguna Entidad Prestadora de Salud, pública o privada, confesional o laica, puede negarse a practicar la interrupción voluntaria del embarazo, bajo los supuestos y condiciones establecidas en la Sentencia C-355 de 2006, cualquiera que sea la etapa del embarazo y el tipo de afiliación a la seguridad social de la mujer, con independencia de su condición social, económica, edad, capacidad de pago, orientación sexual o etnia”*.

**El derecho a la intimidad en materia reproductiva y el deber de confidencialidad de los profesionales de la salud:** los/as profesionales de la salud y el personal de salud que atiendan la solicitud de IVE están obligados/as a ofrecer plena garantía de confidencialidad y a respetar el derecho de las mujeres a la intimidad y a la dignidad. El secreto profesional se convierte en una obligación de primer orden para los prestadores de servicios de salud en relación con este derecho.

**El derecho de las mujeres a decidir libre de apremios sobre la interrupción voluntaria de embarazo:** bajo las hipótesis contenidas en la Sentencia C-355 de 2006, las mujeres gozan del derecho a decidir libres de presión, coacción, apremio, manipulación y, en general, cualquier suerte de intervenciones inadmisibles respecto de su decisión a la interrupción voluntaria de su embarazo; tanto las mujeres como quienes atienden la solicitud pueden ser víctimas de discriminación o de prácticas que limiten de alguna forma o impidan su acceso al lugar de trabajo o a centros educativos o su afiliación al sistema general de salud o riesgos profesionales.

**La mujer gestante tiene derecho a un diagnóstico oportuno y actual sobre el estado y las condiciones de su embarazo:** el derecho fundamental a la interrupción voluntaria del embarazo incluye la faceta de diagnóstico médico a través del cual se puede determinar si se configuran las hipótesis clínicas referidas. La obligación de respeto de la faceta de diagnóstico implica que el sistema de seguridad social no puede:

- negar o dilatar la realización de las consultas o exámenes necesarios para verificar si el embarazo amenaza la vida o la salud física o mental de la gestante
- negar o dilatar la emisión del certificado médico o expedir uno que no corresponda con el diagnóstico efectuado.

**La prohibición de dilaciones en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo:** para la Corte, el plazo razonable para dar respuesta a la petición de interrupción voluntaria del embarazo y llevarla a cabo —si ello es médicamente posible— es de cinco días. Este término constituye un estándar apropiado de protección de este derecho y responde a la necesidad de realizar el procedimiento de forma urgente y segura.

**Plazos para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo:** la jurisprudencia en vigor no impone límites a la edad gestacional para la realización del procedimiento de interrupción del embarazo. Los profesionales de la salud informarán a la mujer embarazada sobre los alcances y riesgos del procedimiento,

atendiendo a la edad gestacional, para que esta adopte su decisión de manera instruida.

**Las menores de edad tienen plena autonomía para decidir sobre la IVE:** los menores de edad son titulares plenos del derecho al libre desarrollo de la personalidad y gozan de plena capacidad para consentir sobre tratamientos e intervenciones en su cuerpo, entre ellas, la interrupción voluntaria del embarazo. No se deben imponer obstáculos o barreras adicionales cuando sus padres o representantes legales no estuvieran de acuerdo con el consentimiento otorgado para el efecto.

**Objeción de conciencia:** en principio, las personas profesionales de la medicina pueden eximirse de practicar la interrupción del embarazo por motivos de conciencia si y solo si se garantiza la prestación de este servicio en condiciones de calidad y de seguridad para la salud y la vida de la mujer gestante que lo solicite, sin imponer cargas adicionales o exigir actuaciones que signifiquen obstaculizar su acceso a los servicios de salud por ella requeridos, y con ello, desconocer sus derechos fundamentales a la vida, a la salud sexual y reproductiva, a la integridad personal y a la dignidad humana. La objeción de conciencia se predica únicamente del personal que realiza directamente la intervención médica necesaria para interrumpir el embarazo, no del personal que realiza funciones administrativas, ni de quien o quienes lleven a cabo las actividades médicas preparatorias o posteriores a la intervención. Las personas jurídicas no son titulares del derecho a la objeción de conciencia y, por lo tanto, a las entidades de seguridad social en salud no les es permitido oponerse a la práctica de la IVE.

# Anexo 3: Recomendaciones para la evaluación periódica de los servicios de aborto.

Adaptado de OMS (2012), pág 76-78.

## Acceso a servicios de IVE sin riesgos.

- 1) ¿Cuáles son las bases legales y requerimientos para la IVE?
- 2) ¿Cuál es el costo de los servicios de IVE para las mujeres?
  - Honorarios oficiales:
  - Costos informales (Costos de transporte, costos de alojamiento, honorarios informales, otros)
- 3) ¿Se requieren permisos de terceros antes de realizar un aborto?
  - Legales
  - Informales (pareja, padres o tutores, juntas médicas, etc.)

## Disponibilidad de servicios de IVE sin riesgos

- 4) ¿Hay suficientes instalaciones para proporcionar cuidado sin riesgos para todas las mujeres que buscan la IVE?
- 5) ¿Cuántas instalaciones ofrecen servicios de IVE sin riesgos por cada 500,000 habitantes?
- 6) ¿Cuál es el costo para la instalación de prestar atención para un aborto sin riesgos?
- 7) ¿Qué estadísticas sobre IVE hay disponibles? (incluyendo número total de admisiones obstétricas/ ginecológicas; número total de abortos inducidos; número total de complicaciones inmediatas y retrasadas; porcentaje de complicaciones que requieren hospitalización; número total de complicaciones que se presentan como resultado de aborto inseguro o espontáneo).

- 8) ¿Qué métodos de aborto están disponibles y se utilizan?
  - Para embarazos de menos de 12-14 semanas
  - Para embarazos de más de 12-14 semanas de gestación

## Calidad de la atención

- 9) ¿Tienen los proveedores de aborto las habilidades requeridas para realizar IVE sin riesgos? (incluyendo confirmación de embarazo; cálculo de la edad gestacional; técnica apropiada del procedimiento quirúrgico; manejo del dolor adecuado; seguimiento adecuado.)
- 10) ¿Se siguen en forma rutinaria buenas prácticas de prevención de infecciones?
- 11) ¿Qué opciones de manejo del dolor están disponibles y qué tratamiento del dolor se proporciona realmente? (incluyendo técnicas de relajación verbales, anestesia, sedación)
- 12) ¿Qué métodos anticonceptivos están disponibles y qué métodos se proporcionan?
- 13) ¿Qué material de información, educación y comunicación está disponible y qué información se proporciona rutinariamente?
  - Para el procedimiento
  - Para los cuidados de seguimiento
  - Para la anticoncepción
  - Para otras necesidades

15) ¿Se ofrece asesoramiento en forma rutinaria?

- Para el procedimiento
- Para los cuidados de seguimiento
- Para la anticoncepción
- Para otras necesidades

### **Sobre la administración de servicios**

16) ¿Se administran los servicios de manera eficaz y eficiente?

17) ¿Hay capacitación en el servicio rutinaria?

18) ¿Hay mecanismos de supervisión y evaluación de los servicios adecuada?

19) ¿Existe financiación suficiente?

20) ¿Hay suficiente adquisición, distribución y reabastecimiento de los instrumentos, medicamentos y suministros necesarios?

21) ¿Existen sistemas de gestión de información adecuados?

22) ¿Existen sistemas para asegurar / mejorar la calidad de los servicios?

23) Hay rutas de atención y remisión intersectorial adecuadas para:

- IVE (especialmente para los casos de objeción por razones de conciencia a la provisión del servicio)
- Tratamiento de las complicaciones
- Anticoncepción
- Infecciones del aparato reproductor
- Violencia de género

24) ¿Se mantienen todos los aspectos de la privacidad de la mujer en relación con la IVE? (incluyendo privacidad visual durante el examen y el procedimiento; privacidad auditiva durante el asesoramiento, el examen y el procedimiento; baños adecuados con privacidad; señalización discreta para la ubicación de los servicios de aborto; el personal que no es esencial se excluye de la sala durante el procedimiento)

25) ¿Se protege la confidencialidad de la mujer en relación con la IVE? (incluyendo acceso restringido a los registros médicos; confidencialidad mantenida para todas las mujeres, incluidas las adolescentes.)

26) ¿Se minimizan los retrasos y requisitos para la búsqueda del cuidado? (incluyendo tiempo requerido entre la solicitud y la programación del procedimiento, requisitos de pruebas no requeridas por ley, requisitos de ecografías antes del procedimiento, etc.)

### **Perspectivas de las mujeres sobre los servicios de aborto**

27) ¿Fueron amigables y profesionales el proveedor de IVE y el personal de la clínica?

28) ¿Se proporcionó suficiente información sobre el procedimiento, la anticoncepción y el seguimiento?

29) ¿Tuvo la mujer la oportunidad de realizar preguntas?

30) ¿Se respondieron adecuadamente las preguntas?

31) ¿Se protegió la privacidad?

32) ¿Recomendaría la mujer la instalación?

33) ¿Recomendaría la mujer al proveedor?

### **Perspectivas del proveedor**

34) ¿Cumplen la organización y la implementación de los servicios de aborto con las normas basadas en la evidencia?

35) ¿Es suficiente la calidad de la atención?

36) ¿Cómo se podría mejorar la satisfacción del trabajo?

37) ¿Es adecuado el apoyo del supervisor?

38) ¿Son suficientes los incentivos laborales (por ejemplo, salario, honorarios, oportunidades de desarrollo profesional)?



Fondo de Población  
de las Naciones Unidas