

# **Balance de barreras en el derecho a la IVE en el departamento de Antioquia 2023**

**Proyecto: “Activismo por justicia sexual y reproductiva para una vida libre de violencias”**

**Corporación Colectiva Justicia Mujer**

## **Tabla de contenido**

1. Introducción
  2. Cifras de la atención psico-jurídica en materia de IVE de la CCJM
    - 2.1. Número y tipo de atenciones brindadas
    - 2.2. Lugares de residencia de las mujeres atendidas
    - 2.3. Edades de las mujeres atendidas
    - 2.4. Nacionalidad de las mujeres atendidas
    - 2.5. Edad gestacional de las mujeres atendidas
  3. Barreras en el derecho a la IVE en Antioquia durante 2023
    - 3.1. Desconocimiento del marco legal
    - 3.2. Interpretación restrictiva del marco legal
    - 3.3. Fallas en la prestación del servicio
    - 3.4. Otras barreras (barreras sociales)
    - 3.5. Análisis interseccional de las barreras en el derecho al aborto
  4. Conclusiones
- Anexos

## **1. Introducción**

El 21 de febrero de 2022, gracias a la sentencia C-055 con la que la Corte Constitucional despenalizó el aborto hasta la semana 24 de gestación -y con la que, además, mantuvo a partir de la semana 24 el modelo de causales establecido

por la sentencia C-355 de 2006,- Colombia se convirtió en uno de los países con mayores avances en materia de aborto en el continente. Pese a que este fallo supuso un gran avance en el reconocimiento de la autonomía reproductiva de mujeres, transmasculinidades y personas no binarias en el país, son muchos los retos que este pronunciamiento ha tenido que afrontar para su materialización. Si bien la efectivización del derecho al aborto le corresponde fundamentalmente al Estado colombiano y sus instituciones, las organizaciones y activistas feministas continúan teniendo un rol fundamental en esta etapa de seguimiento a la implementación de la sentencia.

Es en este sentido que, a través de la Línea de Justicia Reproductiva, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de la Corporación Colectiva Justicia Mujer (CCJM), se vienen adelantando acciones jurídicas, psicosociales, de incidencia política, de información, educación y comunicación para la protección, garantía y defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos y particularmente del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) para las mujeres del departamento de Antioquia y sus municipios. Desarrollamos estas acciones desde el reconocimiento de la distancia que hay entre la normatividad y la realidad de las personas que buscan acceder a la IVE y, a su vez, es esta cercanía con la realidad regional la que nos arroja información valiosa sobre los retos y obstáculos que aún persisten para el ejercicio de este derecho.

En este documento nos proponemos entonces ofrecer un balance de las principales barreras que enfrentan las mujeres, transmasculinidades y personas no binarias cuando solicitan acceder al aborto en el departamento de Antioquia. Estos hallazgos provienen de nuestra experiencia en la atención psico-jurídica para el acceso a la IVE que brindamos a lo largo del año 2023 a personas con interés en abortar residentes en Medellín y demás municipios de Antioquia. Construimos este reporte como una de las acciones de litigio estratégico impulsado por el proyecto “Activismo por justicia sexual y reproductiva para una vida libre de violencias”, reconociendo que la sistematización de la información constituye una importante herramienta para la reflexión, el análisis y la incidencia política a favor de los DSDR.

Este balance se suma a otros esfuerzos de consolidación y visibilización de información en materia de aborto en la región, de los que también hemos participado y a los que hemos contribuido desde nuestra experiencia. Entre ellos, rescatamos los esfuerzos realizados desde la Mesa Distrital por el Derecho a la IVE, instalada en abril de 2022, en donde apoyamos la creación del Comité de Gestión de casos en IVE y el diseño y la apropiación de herramientas para el reporte y sistematización de barreras por parte de los diferentes actores que se relacionan con la ruta de acceso a la IVE a nivel local y regional. De igual manera, resaltamos la intervención en el Consejo de Seguridad Pública de las Mujeres de la Secretaría de las Mujeres de Medellín en abril de 2023 en donde diferentes actores-as

institucionales y de la sociedad civil, entre ellas la CCJM, ofrecimos nuestros aportes sobre el panorama de la garantía del derecho al aborto en Medellín. Finalmente, destacamos la realización de la *Evaluación del ecosistema de aborto en Medellín* impulsada por Profamilia e IPAS, del que también participó la CCJM como organización representante de la sociedad civil que defiende y desarrolla acciones para la garantía del aborto en la ciudad.

Precisamente uno de los hallazgos del informe elaborado por Profamilia e IPAS concluye que en Medellín hay poca sostenibilidad en el componente de “información sobre salud”, siendo uno de los principales obstáculos la ausencia de un sistema local de registro que recoja todos los datos de atención de abortos a nivel distrital. A esta carencia se suma la dificultad de que algunos de los datos existentes relacionados con la atención de aborto, actualmente son producidos por organizaciones de la sociedad civil y no son de dominio público. Con la realización de este balance vemos entonces la oportunidad de visibilizar y difundir los hallazgos que hemos tenido en nuestra experiencia de acompañamiento, como una forma de continuar posicionando en la agenda pública local y regional, la interrupción voluntaria del embarazo como un derecho fundamental y un servicio que debe prestarse sin barreras con base en el marco jurídico vigente.

## **2. Cifras de la atención psico-jurídica en materia de IVE de la CCJM**

La atención de la Colectiva Justicia Mujer en IVE la realiza una dupla de una psicóloga y una abogada especializadas en DSDR que atienden a la persona interesada según las particularidades de su caso, apoyándose en los lineamientos construidos para la atención en las modalidades de orientación y acompañamiento.

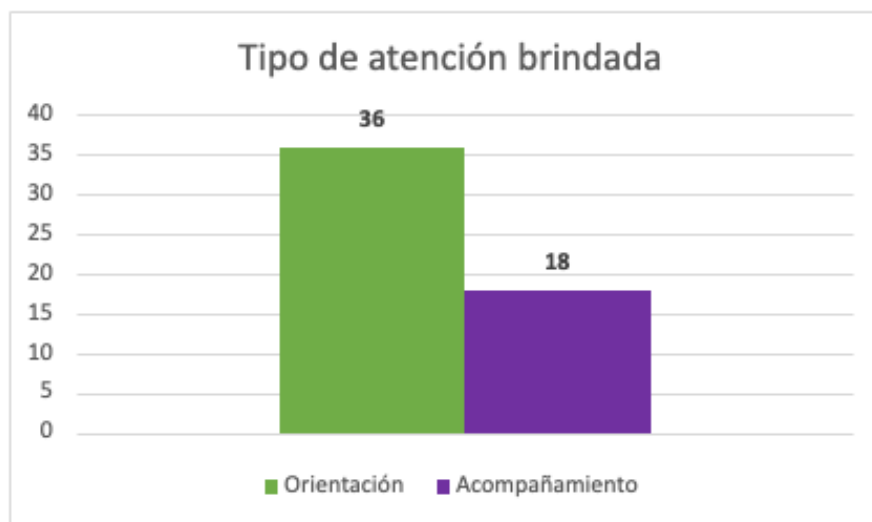
Con **orientación**, se hace referencia al proceso de atención presencial, por llamada telefónica o videollamada, en la cual se brinda información relevante sobre el derecho al aborto desde un enfoque psicojurídico, se apoya la toma de decisiones desde el reconocimiento de la autonomía y se realizan recomendaciones y/o gestiones para garantizar la activación de la ruta de atención de acuerdo con las necesidades de cada mujer o persona con posibilidad de abortar.

Con **acompañamiento**, se hace referencia al desarrollo de acciones jurídicas y psicosociales para la superación de barreras relacionadas con la garantía del derecho al aborto, la cual implica un seguimiento cercano -presencial o remoto- durante el proceso de activación de la ruta y hasta 20 días después de lograda la efectividad del derecho al aborto. *La priorización del acompañamiento estuvo definida por la identificación de barreras reportadas por las usuarias, así como por*

la identificación de factores de vulnerabilidad asociados condiciones diferenciales desde un enfoque interseccional en el que se priorizó el acompañamiento de personas con edades gestacionales avanzadas, pertenencia étnico-racial, población migrante, personas con vulnerabilidad socioeconómica, entre otros factores de riesgo psicosocial.

En cualquiera de las dos modalidades -orientación y acompañamiento- la dupla psicojurídica realiza un seguimiento para verificar que la persona efectivamente acceda a su derecho al aborto y reevaluar las necesidades y apoyos que requiera durante el proceso. Por lo anterior, los tiempos en los que el equipo mantiene contacto con las usuarias son variables y pueden llegar a ser prolongados de acuerdo a la complejidad de cada caso.

## 2.1. Número y tipo de atenciones brindadas

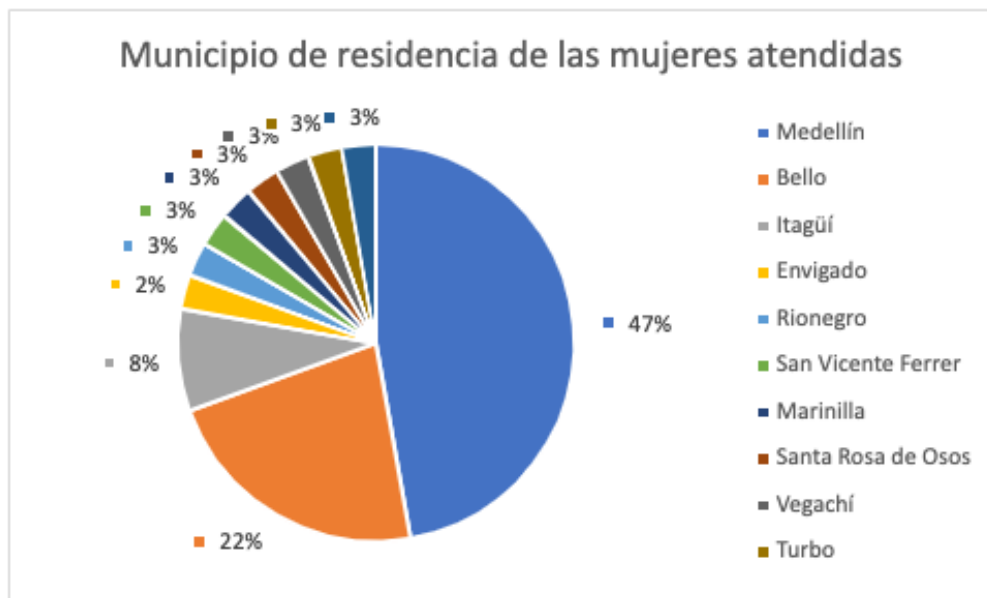


Durante 2023, la dupla psicojurídica en IVE atendió un total de 36 mujeres<sup>1</sup> en la modalidad de orientación, de las cuales 18 fueron atendidas posteriormente en la modalidad de acompañamiento.

## 2.2. Lugares de residencia de las mujeres atendidas

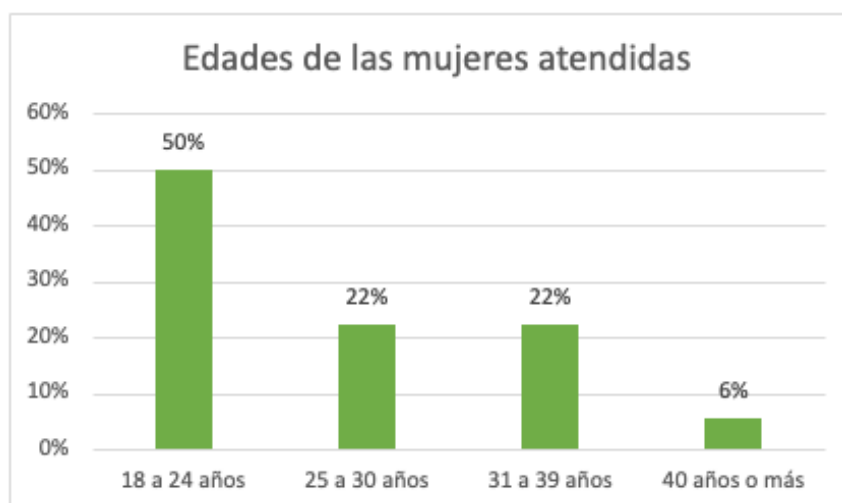
---

<sup>1</sup> No se atendieron personas transmasculinas ni personas no binarias.



El 47% de las mujeres atendidas por la CCJM en 2023 residían en la ciudad de Medellín y el 53% restante residían en otros municipios del departamento de Antioquia, con especial representación de mujeres de los municipios del Valle de Aburrá (32% entre Bello, Itagüí, Envigado) y en menor medida del oriente cercano (9% entre Rionegro, San Vicente Ferrer y Marinilla). En todos los casos la IVE fue atendida en IPS de la ciudad de Medellín, lo que da cuenta de la concentración del acceso al servicio en la capital departamental.

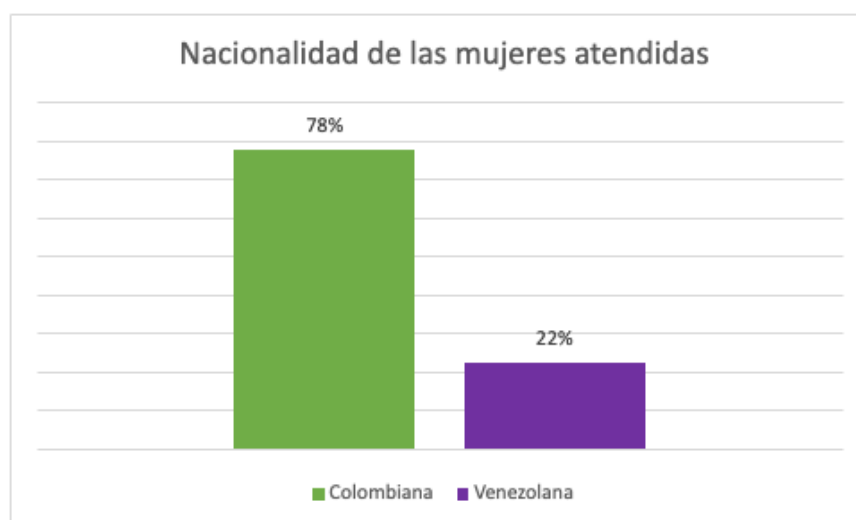
### 2.3. Edades de las mujeres atendidas



Las gran mayoría de las mujeres atendidas por la CCJM fueron mujeres jóvenes menores de 30 años. El 50% de las mujeres atendidas se encontraba entre los 18 y

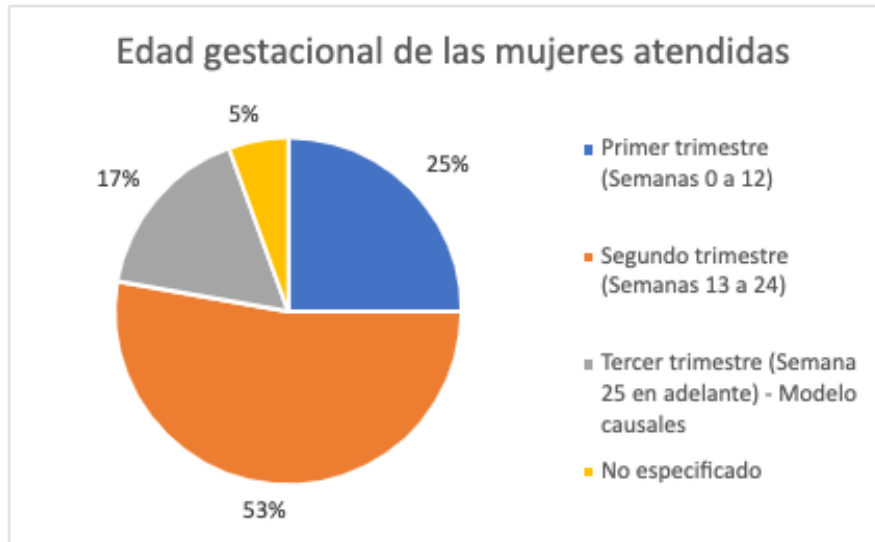
los 24 años, seguido del 22% que se encontraba entre los 25 y los 30 años. Otro 22% de las mujeres se encontraba en las edades entre 31 y 39 años y una menor proporción, el 6% de ellas, tenía 40 años o más. La concentración de la atención en mujeres jóvenes sugiere la importancia de ajustar la oferta de atención a las necesidades de esta población. Así mismo, la importancia de considerar alternativas para la atención de jóvenes menores de 18 años que, aunque se encuentran en derecho de acceder al aborto libremente, enfrentan muchas limitaciones para la atención por parte de organizaciones de la sociedad civil y mecanismos de atención del sector público que enrutan, orientan, acompañan y gestionan barreras asociadas a la IVE.

#### 2.4. Nacionalidad de las mujeres atendidas



El 78% de las mujeres atendidas fueron de nacionalidad colombiana, mientras que el 22% restante fueron mujeres venezolanas. Resulta significativo mencionar que de las 8 mujeres venezolanas atendidas, 6 se encontraban en situación migratoria irregular y 1 de ellas a pesar de contar con estatus migratorio regular reportó problemas con la documentación (PPT). Como se verá más adelante, la condición de migrante, la irregularidad migratoria, y los problemas asociados al documento de regularización se traducen con mucha frecuencia en barreras de acceso al aborto para esta población.

#### 2.5. Edad gestacional de las mujeres atendidas



El 53% de las mujeres atendidas por la CCJM se encontraban en el segundo trimestre de gestación (semanas 13 a 24) para el momento de la atención, el 25% se encontraban dentro de las primeras 12 semanas y el 17% se encontraban en el tercer trimestre con 25 semanas o más (edad gestacional en la que empieza a regir el modelo de causales según la Sentencia C-355 de 2006). Estas cifras contrastan con tendencias identificadas por otras organizaciones de orden nacional como la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, quienes reportan una mayor concentración de la atención en mujeres dentro de las primeras 12 semanas<sup>2</sup>. En el caso de las mujeres atendidas por la CCJM, se identificó que muchas de ellas llegaban a la atención tras haber experimentado barreras en la activación de la ruta, lo que podría explicar edades gestacionales más avanzadas.

### 3. Barreras en el derecho a la IVE en Antioquia durante 2023

Las barreras en el derecho a la IVE que aquí señalamos, fueron identificadas a partir de las orientaciones y acompañamientos psicojurídicos desarrollados en el año 2023 por el equipo de la CCJM. La identificación de barreras es un ejercicio permanente por parte de la dupla y puede tener lugar en el momento de la primera orientación, así como durante el proceso de acompañamiento y seguimiento a lo largo de la prestación del servicio. Para el reporte de las barreras identificadas nos acogimos a la clasificación propuesta por la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres en varias de sus publicaciones<sup>3</sup>, que agrupa las barreras en IVE en tres categorías principales: 1) la falta de información y desconocimiento del marco legal de la IVE, 2) la interpretación restrictiva del marco legal y 3) las

<sup>2</sup> *Primer año del fallo histórico*. Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2023.

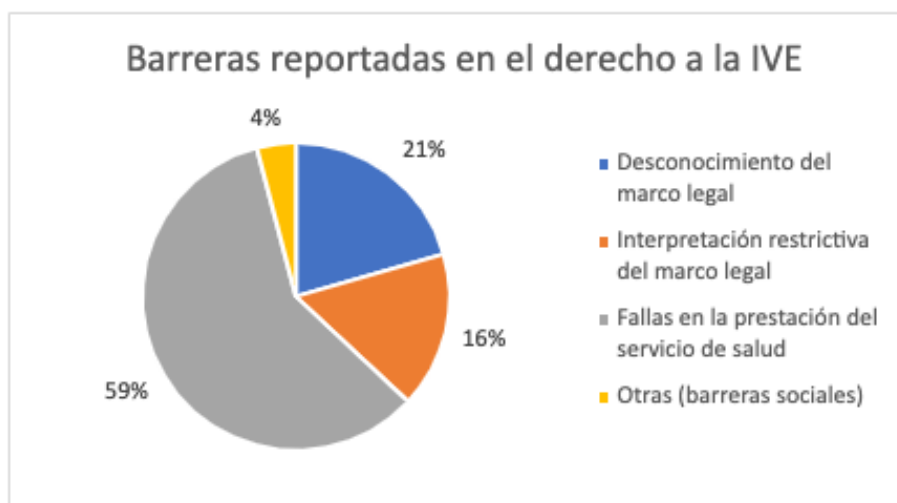
<sup>3</sup> *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*, Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. 2017

fallas en la prestación del servicio (ver anexo 1). A esta clasificación agregamos una categoría adicional que responde principalmente a barreras sociales que dificultan el goce efectivo del derecho a la IVE.

A continuación, se resume el número de barreras identificadas en cada una de las categorías señaladas:

Tipo de barrera presentada	Número
Desconocimiento del marco legal	15
Interpretación restrictiva del marco legal	12
Fallas en la prestación del servicio de salud	43
Otras (barreras sociales)	3
<b>Total</b>	<b>73</b>

De las 36 atenciones realizadas por la CCJM se identificaron un total de **73 barreras en el derecho a la IVE**, lo que significa que **cada mujer experimentó en promedio 2 barreras**<sup>4</sup>. La mayor parte de barreras reportadas estuvieron relacionadas con fallas en la prestación del servicio de salud con un 59% del total, seguido de las barreras relacionadas con el desconocimiento del marco legal con un 21%. En menor proporción, se reportaron barreras relacionadas con la interpretación restrictiva del marco legal con un 16% y de otras barreras en un 4%. La distribución porcentual de estos tipos de barrera se observa en el siguiente gráfico:



<sup>4</sup> Esta afirmación debe matizarse ya que hay mujeres en quienes se concentra la mayor cantidad de barreras. Sobre esto se profundiza en el apartado final de esta sección: "3.5. Análisis interseccional de las barreras en el derecho al aborto".



En las siguientes secciones se profundizará en la definición de cada de una de estas categorías y se ofrecerán algunos ejemplos de las barreras reportadas.

### 3.1. Desconocimiento del marco legal

Esta barrera consiste en la falta de reconocimiento, información o manejo de la jurisprudencia constitucional, de otros pronunciamientos judiciales, y de las disposiciones normativas sobre la IVE, especialmente de la Sentencia C-055 de 2022 y desarrollos posteriores.

Durante 2023, las mujeres atendidas reportaron diferentes tipos de situaciones que constituyen barreras relacionadas con el desconocimiento del marco legal. En total se reportaron 15 barreras de este tipo las cuales resumimos en la siguiente tabla:

<b>3.1. Desconocimiento del marco legal</b>	
<i>3.1.1. Incumplimiento de obligaciones relacionadas con la IVE:</i>	<b>4</b>
*Falta de disponibilidad para la prestación del servicio, especialmente IAF	3
*Respuesta tardía a la solicitud de IVE	1
<i>3.1.2. Negación de la atención por falta de afiliación o problemas en la afiliación:</i>	<b>5</b>
*Negación del servicio a mujeres migrantes en situación irregular	3
*Negación del servicio a mujeres migrantes por inconsistencias en el PPT	1
*Negación del servicio por afiliación suspendida	1
<i>3.1.3. Violación de los derechos de las mujeres frente a la IVE</i>	<b>5</b>
*Violación del derecho a la intimidad	2
*Violación del derecho a la autodeterminación para decidir sobre la IVE	2
*Violación del derecho a la información	1
<i>3.1.4. Criminalización por el delito de aborto</i>	<b>1</b>
<b>TOTAL:</b>	<b>15</b>

Un ejemplo de cómo se presenta este tipo de barrera tiene que ver con la *violación de los derechos de las mujeres frente a la IVE*: a la intimidad y dignidad; a la información veraz e imparcial; a la autodeterminación de la mujer; a la interrumpir el embarazo por razones íntimas y personales hasta la semana 24, entre otros.

- Caso ejemplo: La CCJM atendió una mujer colombiana de 31 años residente en Medellín que solicitó una cita de medicina general a través de su EPS. Durante la consulta, la mujer expresó su deseo de interrumpir el embarazo. El médico, ignorando su deseo y su *derecho a la autodeterminación* y a decidir libremente sobre la IVE, le ordena la realización de exámenes

prenatales en lugar de ordenar la realización de la IVE. La mujer acude a la toma de muestras y, nuevamente, le manifiesta al personal de la salud su deseo de acceder a la IVE. El personal ignora su solicitud y le practica los exámenes con normalidad, hasta que una enfermera escucha la solicitud de la mujer y la orienta para que acuda a Profamilia.

Otro ejemplo de barrera relacionada con el desconocimiento del marco legal, tiene que ver con *el incumplimiento de las obligaciones relacionadas con la IVE*, principalmente por parte del sector salud: entrega de respuesta tardía a la solicitud de IVE (superior a 5 días); falta de disponibilidad y de redes para prestación del servicio, entre otras.

- Caso ejemplo: Una mujer de nacionalidad venezolana de 23 años acudió al Hospital General de Medellín para solicitar la IVE, ya que no contaba con recursos para cubrirlo de manera particular a través de una IPS privada. En el hospital realizaron una valoración en la que identificaron que tenía 20 semanas de embarazo y le dijeron que no la podían atender ya que requería de una IVE mediante inducción de la asistolia fetal (IAF), método con el que el hospital no contaba. A la mujer le sugieren acudir a dos prestadores privados, uno de los cuales había cerrado recientemente y otro de los cuales no podía atender población migrante no afiliada. Este caso evidencia, por tanto, una carencia y un incumplimiento de las obligaciones de la red de prestadores públicos de la ciudad ya *que actualmente no hay ninguna IPS de la red pública que tenga disponibilidad del método de IAF* requerido para la realización de IVE de más de 20 semanas. Así mismo, representa un incumplimiento a lo dispuesto en la Sentencia 055, en la que se reconoce el derecho de las mujeres migrantes, inclusive aquellas que se encuentran en situación irregular, a acceder a la IVE a través de la red de prestadores públicos.

### **3.2. Interpretación restrictiva del marco legal**

Esta barrera se da cuando, en lugar de reconocer plenamente el derecho a la IVE y las obligaciones que supone, se da una interpretación limitada, sesgada o equivocada de este derecho. Dentro de esta barrera se consideran conductas como: la solicitud de requisitos adicionales a los dispuestos legalmente, el uso inconstitucional de la objeción de conciencia, la limitación de la prestación del servicio con fundamento en la edad gestacional, la interpretación restrictiva de la causal salud, entre otros.

Las atenciones realizadas en 2023 nos permitieron identificar un total de 12 barreras relacionadas con la interpretación restrictiva del marco legal, todas

ellas relacionadas con la solicitud de requisitos adicionales a los dispuestos en la Sentencia C-055 de 2022, como se especifica en la siguiente tabla:

<b>3.2. Interpretación restrictiva del marco legal</b>	
<i>3.2.1. Solicitud de requisitos adicionales</i>	12
*Solicitud de acompañante para acceder al procedimiento	10
*Obligar al uso de un método de anticoncepción para acceder al procedimiento	2
<b>TOTAL:</b>	<b>12</b>

La barrera más frecuente relacionada con la interpretación restrictiva del marco legal, fue la *solicitud de acompañante como requisito para la realización del procedimiento*. Este requisito fue solicitado por Profamilia a mujeres con edades gestacionales avanzadas que requerían procedimientos de Dilatación y Evacuación (DyE) o IAF. Cabe recalcar que, a su vez, este prestador refirió en varias ocasiones que este requisito no era propio, sino que era una exigencia de las IPS a las que se remitían las usuarias para atender el expulsivo tras la IAF, (principalmente Clínica del Prado en Medellín y Hospital San Vicente de Paúl en Caldas). En cualquier caso, si bien es deseable poder contar con acompañante en términos del cuidado de las pacientes, hacer de esto una exigencia supone una barrera de acceso para muchas mujeres que no cuentan con red de apoyo o cuyas redes de apoyo se oponen a su decisión de abortar.

Otro ejemplo de barrera relacionada con la solicitud de requisitos adicionales, es la *obligación de usar un método de anticoncepción para poder acceder al procedimiento*. El caso siguiente expone esta situación:

- Caso ejemplo: Una mujer colombiana de 22 años, residente en el municipio de Itagüí, acudió a cita de valoración médica inicial en IVE a Profamilia, donde se programó la cita para el procedimiento de IAF y el médico ordenó la inserción de un implante subdérmico (Jadelle) a pesar de que la mujer no lo deseaba. Al acudir a la cita para el procedimiento el día pactado, la mujer insiste en que no quiere que se realice la inserción del implante, sin embargo, la enfermera insiste en que *“debe salir con método porque sino se vuelve a embarazar”*. Finalmente, la mujer cede a la colocación del Jadelle bajo la presión de que el procedimiento no se realizara y tuviera que ser reprogramado.

Además de representar un requisito que no contempla el marco legal vigente en aborto, el anterior ejemplo supone una violación al derecho a la autodeterminación de la mujer.

### 3.3. Fallas en la prestación del servicio

Esta barrera comprende los errores, problemas y deficiencias en las redes, instituciones de salud y sus profesionales al momento de garantizar el servicio.

Dentro de esta categoría se encuentra el mayor número de barreras reportadas por las mujeres atendidas en el año 2023 por la CCJM, quienes experimentaron tanto fallas por parte de los profesionales de salud, como fallas administrativas. Un total de 43 barreras se presentaron en la categoría de fallas en la prestación del servicio, las cuales se distribuyen en las subcategorías que se muestran en la siguiente tabla:

<b>3.3. Fallas en la prestación del servicio de salud</b>	
<b>3.3.1. Fallas de los profesionales de salud</b>	<b>32</b>
<i>Violencia ginecoobstétrica</i>	24
*Juzgamiento y estigma	6
*Información tergiversada	2
*Cuidado subóptimo del dolor	3
*Legrado post-procedimiento	6
*Presiones para forzar un cambio de decisión	1
*Falta de atención médica dentro de la IPS durante la fase expulsiva	3
*Desatención a la voluntad de la mujer de no conocer el sexo	2
*Obligada a escuchar el latido del feto	1
<i>Dilatación de la prestación del servicio por congestión en servicios ginecoobstétricos</i>	3
<i>Suministro inadecuado de misoprostol - dosis, vía-</i>	3
<i>Formulación inadecuada del método de acuerdo a la edad gestacional</i>	2
<b>3.3.2. Fallas administrativas</b>	<b>11</b>
<i>Fallas en sistema de referencia y contrarreferencia</i>	4
*No se realizó remisión a otro prestador con capacidad de realizar el procedimiento	4
<i>Cobros injustificados por el procedimiento</i>	6
<i>Demoras en la programación del procedimiento por falta de disponibilidad de profesionales</i>	1
<b>TOTAL:</b>	<b>43</b>

Como se muestra en la tabla anterior, un gran número de barreras (en total 32), tuvieron que ver con **fallas de los profesionales de salud**; estos fueron responsables por conductas que constituyen violencia ginecoobstétrica, así como por el

suministro inadecuado de misoprostol y /o la formulación inadecuada del método de aborto de acuerdo a la edad gestacional de la usuaria.

Dentro de esta subcategoría encontramos, además, *la dilatación de la prestación del servicio de IVE debido a la congestión de los servicios ginecoobstétricos* debido a los cierres que se viene experimentando en la ciudad de Medellín y que en 2023 puso mayor presión sobre los prestadores. En este contexto, las pacientes que solicitaron IVE fueron sometidas a largos tiempos de espera, especialmente entre la realización de la IAF y la remisión e inicio de suministro de medicamentos para la expulsión – fases que, como se explicó anteriormente, en Medellín se dan necesariamente en diferentes IPS.

En el siguiente caso ejemplificamos algunas de las formas que toma la violencia ginecoobstétrica en los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo:

- Caso ejemplo: Desde la CCJM se acompañó una mujer colombiana de 31 años residente en Medellín, quien tras habersele realizado el procedimiento de IAF en Profamilia, fue remitida a la Clínica del Prado para la fase expulsiva. A la mujer se le suministraron 5 dosis de misoprostol, en el transcurso de 20 horas de hospitalización aproximadamente. Posterior al suministro de la quinta dosis, la mujer estaba experimentando contracciones muy frecuentes y dolor intenso; a pesar de ello, no se estaba suministrando medicación, debido a que el catéter se encontraba obstruido. Además de esto, habían transcurrido más de 8 horas desde el último tacto y no se había realizado un chequeo por parte del ginecólogo de turno. Al observar el estado en el que se encontraba la mujer, la profesional de la CCJM acudió al puesto de enfermería para solicitar que se realizara un chequeo de la mujer, se suministraran medicamentos para el dolor y se realizara un tacto que permitiera determinar el avance del proceso de dilatación. La acompañante acudió 4 veces al puesto de enfermería sin que se atendiera ninguna de las solicitudes; en cambio, el personal de turno respondió que *el dolor que la mujer estaba experimentando era “normal”* y que debía esperar ya que el ginecólogo se encontraba revisando pacientes de otras habitaciones. El proceso de expulsión empezó sin que nadie de la Clínica atendiera las solicitudes y únicamente en presencia de la acompañante de la CCJM. El personal acude finalmente para auxiliar a la usuaria y la acompañante y cuando finaliza la expulsión, una de las enfermeras reveló el sexo del óbito fetal, desconociendo la solicitud que la mujer había realizado de no conocerlo.

El anterior caso ejemplifica varias conductas de violencia ginecoobstétrica relacionadas con *el cuidado subóptimo del dolor de la mujer, la falta de atención médica dentro de la IPS durante la fase expulsiva y la desatención de la voluntad*

de la mujer de no conocer el sexo del óbito fetal. Este caso ejemplifica, además, la manera en la que la violencia ginecoobstétrica como una forma de violencia institucional, se hace extensiva a las acompañantes de abortos y vulnera su derecho a defender derechos sexuales y reproductivos a través de la hostilidad, la estigmatización y con ello, la disuasión del quehacer.

Con relación a las **fallas administrativas**, se identificaron un total de 11 barreras entre las cuales se encontraron las fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia, los cobros injustificados por el procedimiento de IVE, y las demoras en la programación del procedimiento por falta de disponibilidad de profesionales.

El siguiente caso es un ejemplo de las fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia que experimentan las usuarias cuando solicitan acceder al aborto:

- Caso ejemplo: Una mujer venezolana de 23 años con estatus migratorio irregular residente en Medellín, acudió a Profamilia cuando tenía 10 semanas de gestación para solicitar la IVE. En esta IPS le ofrecieron el método farmacológico el cual debía cubrir con sus propios recursos por no encontrarse afiliada al sistema de salud. La mujer regresó 6 semanas más tarde a Profamilia después de haber trabajado para reunir el dinero, sin embargo, para este momento, el aborto con medicamentos no era viable y le dieron la indicación de acudir al Hospital General de Medellín (sin realizar una remisión formal o notificar al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE). La mujer acude al Hospital General por sus propios medios, en donde valoran que para el momento de la atención tiene una edad gestacional de 20 semanas y que requiere una IVE mediante IAF. Por este motivo, le niegan la atención en el Hospital General y le sugieren que acuda a Autonomía y Salud o Profamilia para la realización del procedimiento. En lugar de remitir formalmente a un prestador con capacidad para atender a la usuaria, el Hospital General descarga la responsabilidad sobre la mujer y la direcciona hacia prestadores privados que no pueden atenderla en razón de su condición de migrante irregular.

El anterior caso evidencia una falla por parte de prestadores tanto privados como públicos que, no estando en la posibilidad de realizar el procedimiento a la usuaria (debido a limitaciones administrativas o de disponibilidad de los métodos requeridos), incumplen con su obligación de remitir formalmente a la paciente hacia un prestador con posibilidad de atender su caso, descargando la responsabilidad sobre la usuaria de conseguir los medios para realizar la IVE. Esta obligación se incumple por la falta de protocolos internos claros y conocidos para

todo el personal para la referencia y contra-referencia en la atención de casos de aborto.

### 3.4. Otras barreras (barreras sociales)

Finalmente, en esta categoría recogemos otras barreras que, sin constituir estrictamente un incumplimiento del marco legal para la interrupción voluntaria del embarazo, dan cuenta de limitaciones individuales, contextuales e institucionales que redundan en mayores dificultades para el acceso a la IVE. En total se identificaron 3 barreras relacionadas con la falta de recursos propios e institucionales para cubrir costos de alojamiento, alimentación y transporte necesarios para el acceso a la IVE:

<b>3.4. Otras barreras</b>	
<i>Barreras sociales</i>	<b>3</b>
Falta de recursos propios e institucionales para cubrir costos de alojamiento, alimentación, transporte necesarios para el acceso a la IVE	<b>3</b>
<b>TOTAL:</b>	<b>3</b>

En el siguiente caso encontramos un ejemplo de este tipo de limitaciones y la manera en la que dificulta el acceso a la IVE por parte de las mujeres:

- Caso ejemplo: Una mujer colombiana de 37 años, afrodescendiente, con residencia habitual en la ciudad de Bucaramanga se trasladó por unos días a la ciudad de Medellín para trabajar, no contaba con redes de apoyo en la ciudad y dependía de su trabajo diario para cubrir el alojamiento. Estando en la ciudad se da cuenta de que tiene 20 semanas de embarazo y decide interrumpirlo. Acude a Profamilia en donde realizan una valoración inicial y solicitan autorización para el procedimiento de IAF a su EPS. Debido a que la EPS no opera en Medellín y no tiene convenio con el prestador, la autorización no se da de manera inmediata. La usuaria permanece todo el día en Profamilia a la espera de una respuesta y recibe contención emocional por parte del personal ya que entra en estado de crisis. Al finalizar el día, la mujer no cuenta con un lugar donde alojarse que le permita estabilizarse emocionalmente y permanecer segura durante el tiempo que puede tardar la autorización, tampoco cuenta con ningún tipo de recursos para alimentarse o trasladarse ya que no se encontraba en condiciones de trabajar y reunir lo del día. Desde Profamilia se solicita apoyo de la Línea 123 Social, quienes indican que valorarán la posibilidad de brindar un cupo en

un albergue, sin embargo, no se vuelven a comunicar. Tampoco brindan apoyo en salud mental ya que aunque la mujer había expresado ideas de muerte no se había autolesionado ni había tenido un intento de suicidio. Así mismo, Profamilia descarta solicitar apoyo de la Línea 123 Agencia Mujer, ya que el mecanismo no cuenta con opciones de alojamiento en emergencia para mujeres en la ruta IVE. Finalmente, el equipo de la CCJM asume el acompañamiento de la mujer, brinda contención emocional y facilita recursos para el alojamiento y la alimentación.

El caso anterior evidencia algunas de las necesidades que pueden surgir durante el proceso de acceso a la IVE: de contención emocional, de un alojamiento seguro y de recursos para el pago de hospedajes, alimentación y transportes; *necesidades que, sino logran satisfacerse, pueden impedir que la mujer acceda al procedimiento o que lo haga a costa de su propio bienestar y seguridad.*

En la experiencia de atención en IVE hemos evidenciado que estas necesidades son más apremiantes en casos de mujeres que no residen en la ciudad de Medellín y que deben recorrer largas distancias en condiciones de mucha precariedad para acceder a la IVE. De igual manera, son necesidades de las mujeres que aún viviendo en la ciudad donde se realiza el procedimiento se encuentran en situaciones de mucha vulnerabilidad, incluyendo ser víctimas de violencias basadas en género. Para estas mujeres, contar con recursos, acompañamiento, e inclusive con un espacio seguro donde disponerse para el procedimiento y donde recuperarse del mismo, resulta fundamental.

Actualmente son los mecanismos de atención a violencias basadas en género de las Secretarías de las Mujeres municipal y departamental (Agencia Mujer Medellín y Línea 123 Mujer Metropolitana) quienes suplen parcialmente algunas de estas necesidades. No obstante, estos recursos son limitados, condicionados y no responden a la realidad de las mujeres que abortan en la región.

### **3.5. Análisis interseccional de las barreras en el derecho al aborto**

Para finalizar, consideramos de gran importancia retomar las cifras totales con el fin de analizar diferencialmente la distribución de las barreras que se reportaron, ya que las 73 barreras reportadas no se distribuyeron homogéneamente en las 36 mujeres atendidas. Si bien podemos afirmar que las mujeres atendidas en 2023 presentaron en promedio 2 barreras, resulta muy relevante notar que algunas mujeres experimentaron, 3, 4, 5 y hasta 6 barreras de distinto tipo en su acceso al aborto en Medellín, tal y como se observa en la siguiente gráfica:





**¿Quiénes son las mujeres que enfrentaron un mayor número de barreras?** Cada punto en la gráfica anterior representan una mujer y su ubicación en el plano representa el número de barreras que tuvo que afrontar en el proceso de acceder al aborto- entre más se acerca se encuentra un punto al extremo superior, más barreras se presentaron para la mujer. Al tomar los 8 casos que se encuentran en la franja superior, es decir, mujeres que enfrentaron 4 barreras o más, podemos extraer dos conclusiones importantes:

1. **En perspectiva interseccional, podemos afirmar que aquellas mujeres que se encuentran atravesadas por más ejes de opresión, son las que más barreras siguen experimentando para el ejercicio de su derecho al aborto.** Dentro del grupo de las 8 mujeres que presentaron 4 o más barreras encontramos: mujeres migrantes en situación irregular, mayoría de mujeres jóvenes menores a 22 años, mujeres racializadas especialmente afrodescendientes, mujeres precarizadas (desempleadas, dedicadas al trabajo de cuidados no remunerado o a trabajos con alto riesgo y exposición a violencias como el trabajo sexual), mujeres responsables por el sostenimiento de hijos e hijas, mujeres sin red de apoyo en la ciudad y mujeres con antecedentes de violencia en el conflicto armado.
2. **Las mujeres con mayor número de barreras en el derecho a la IVE se encontraban en una edad gestacional de 20 semanas o más.** El otro gran hallazgo tiene que ver con la edad gestacional en la que se encontraban las mujeres que presentaron más barreras ya que del grupo de 8 mujeres que

presentaron 4 barreras o más, todas tenían edades gestacionales de 20 semanas o más. Este dato puede interpretarse en dos vías: en primer lugar, nos habla de mujeres que a pesar de haber intentado acceder al aborto en edades gestacionales más tempranas, debido a las barreras que han afrontado en su derecho, llegan a edades gestacionales avanzadas. En segundo lugar, esta cifra también nos habla de las barreras que experimentan las mujeres cuando requieren acceder al aborto en edades gestacionales avanzadas: mayor estigma, procedimientos de mayor complejidad que no están disponibles en la mayor parte de IPS, procedimientos para los cuales el personal no está capacitado y se cometen múltiples fallas, etc.

Estos hallazgos sobre los casos en los que se concentra el mayor número de barreras identificadas por la CCJM nos da pistas sobre hacia dónde se deben dirigir los esfuerzos por la garantía del derecho al aborto: hacia la garantía de derechos de las mujeres con condiciones diferenciales que implican mayor vulnerabilidad y hacia la exigencia de una prestación adecuada del servicio en la ciudad para las mujeres con edades gestacionales avanzadas.

#### **4. Conclusiones**

En los últimos años en el país hemos visto un avance importante para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, hombres trans y personas no binarias; si bien se ha avanzado con la implementación de la Sentencia 055 de 2022, aún se presentan muchos retos y barreras para su implementación plena. En este contexto, las organizaciones de mujeres y feministas no sólo cumplimos un rol importante en el acompañamiento a las personas que desean acceder a la IVE, sino que, a partir de la sistematización y divulgación de la información sobre la población que está solicitando este servicio y sobre las barreras que enfrentan en este camino, tenemos posibilidad de seguir proponiendo acciones desde la incidencia política y jurídica, la educación, información y comunicación, que propendan por que los actores que tienen la obligación de garantizar el derecho al aborto cumplan cabalmente con su obligación.

A partir de la información presentada en el balance de las barreras identificadas gracias a la atención psicojurídica de la Colectiva Justicia Mujer durante 2023, podemos extraer algunas conclusiones sobre la garantía del derecho al aborto en Medellín y Antioquia.

- Existe una concentración de la prestación del servicio en la capital departamental. Las mujeres que residen en municipios diferentes a Medellín, bien sea dentro del Valle de Aburrá, oriente cercano u otras subregiones del

departamento, no están encontrando alternativas para el acceso a la información y al servicio de aborto en sus respectivos lugares de residencia, teniéndose que desplazar a Medellín para ello.

- Gran parte de las mujeres están llegando a nuestro servicio de orientación (pensado para ofrecer información) en el segundo trimestre, después de haber intentado acceder a la información por otros medios, e inclusive, después de haber presentado barreras. Lo anterior refleja que las mujeres del departamento no están obteniendo información suficiente, completa y oportuna en sus contextos más inmediatos, por parte del sistema de salud o de instituciones a las que acuden como primera alternativa.
- La atención se concentró de mayoritariamente en mujeres jóvenes, resaltamos que sigue habiendo un vacío institucional y por parte de las organizaciones de la sociedad civil para la atención de jóvenes menores de 18 años quienes tienen derecho al aborto en las mismas condiciones, pero cuentan con menos posibilidades para la orientación y el acompañamiento.
- Se atendió una proporción considerable de mujeres migrantes venezolanas quienes resultan una de las poblaciones que mayor número de barreras experimenta. Estas barreras fueron muy evidentes en el caso de las mujeres con situación migratoria irregular, sin embargo, también aquellas con estatus migratorio regular experimentaron barreras relacionadas con el documento de regularización migratoria (PPT).
- De las 36 atenciones realizadas por la CCJM se identificaron un total de 73 barreras en el derecho a la IVE, lo que significa que cada mujer experimentó en promedio 2 barreras – aunque hay mujeres en quienes se concentra un mayor número de barreras. La mayor parte de barreras reportadas estuvieron relacionadas con fallas en la prestación del servicio de salud con un 59% del total, seguido de las barreras relacionadas con el desconocimiento del marco legal con un 21%. En menor proporción, se reportaron barreras relacionadas con la interpretación restrictiva del marco legal con un 16% y de otras barreras en un 4%.
- Dentro de las barreras relacionadas con el desconocimiento del marco legal de la IVE, resaltamos el incumplimiento de las obligaciones frente a la IVE principalmente por parte del sector salud en Medellín. Una de las mayores deudas del sector salud en la ciudad es la falta de prestadores que realicen el procedimiento de IVE en semanas gestacionales mayores a 20 semanas. De igual manera, vemos con preocupación el incumplimiento de obligaciones en lo que respecta a la atención de las mujeres migrantes a quienes se les niega la atención. Así mismo, identificamos el desconocimiento de los derechos de las mujeres con relación a la IVE por parte de los actores del sector salud: tales como vulneración de derechos a la autodeterminación, a la información, a la intimidad.
- Dentro de las barreras relacionadas con la interpretación restrictiva del marco legal, encontramos principalmente la exigencia a las mujeres de

requisitos adicionales a los dispuestos en el marco jurídico, especialmente por parte de Profamilia que aunque es un prestador privado realiza gran proporción de los abortos en la región. Uno de los requisitos más frecuentes es la exigencia de acompañante a mujeres con procedimientos mediante DyE y IAF. Profamilia indica que en el caso de la IAF la exigencia no es propia sino de las IPS a las cuales se remite posteriormente a las usuarias para el expulsivo. Frente a esto, consideramos que contar con acompañante es deseable y que los mecanismos de la ciudad deberían trabajar por adecuarse a las necesidades de las mujeres durante el proceso de aborto, sin embargo, no puede considerarse un requisito y obstáculo para acceder a la IVE. Por otra parte, Profamilia exige el uso de un método de anticoncepción como requisito para la realización de la IVE violando el derecho a la autodeterminación.

- Dentro de las barreras relacionadas con las fallas en la prestación del servicio, fueron muy prevalentes las *fallas por parte de los profesionales de salud*; estos fueron responsables por conductas constitutivas de violencias ginecoobstétricas: juzgamiento y estigma, presiones para forzar un cambio de decisión, subvaloración del dolor, tecnologías obsoletas y riesgosas como el legrado, entre otras. Resaltamos que en algunos casos estas violencias, que son una forma de violencia institucional, se hizo extensiva a las profesionales de la CCJM en su rol de acompañantes y representa un riesgo para la labor de defensa de los DDHH de las mujeres. Así mismo, llamamos la atención sobre las demoras en la atención de mujeres que tras realizarse la IAF acudieron a otras IPS para la atención de la fase expulsiva. Estas mujeres fueron sometidas a esperas prolongadas debido a la congestión de los servicios ginecoobstétricos que se está presentando en la ciudad debido a los cierres de varios prestadores.
- Dentro de las fallas en la prestación del servicio, también se identificaron fallas administrativas en el acceso a la IVE. Se evidencia la inexistencia o deficiencia de protocolos de remisión o sistemas de referencia y contrarreferencia en casos de aborto. Prestadores públicos y privados incurren en esta falla al no remitir formalmente a las mujeres hacia servicios idóneos en casos en que no tienen la posibilidad de atenderlas. Así mismo, evidenciamos cobros injustificados por el servicio de IVE a las usuarias (principalmente las atendidas en la Clínica del Prado).
- Dentro de otras barreras identificamos las limitaciones individuales, contextuales e institucionales que redundan en mayores dificultades para el acceso a la IVE. Resaltamos que las personas que requieren un aborto pueden tener necesidades de apoyo emocional, pueden requerir traslado desde y hacia sus municipios de residencia, pueden requerir alojamiento en un espacio seguro, tranquilo y libre de violencias en el cual prepararse y recuperarse del procedimiento, pueden requerir recursos para la alimentación, implementos de aseo, etc. La falta de recursos individuales e

institucionales para cubrir estas necesidades se convierte con frecuencia en barreras para acceder al aborto o para hacerlo en condiciones dignas; se hace necesario robustecer la respuesta institucional distrital y departamental ya que solo cubre parcialmente y bajo condiciones limitadas algunas de estas necesidades.

- Si bien las mujeres atendidas experimentaron en promedio 2 barreras en proceso de acceder a la IVE, reconocemos que las barreras no se distribuyeron de manera homogénea y que algunas mujeres experimentaron 4, 5 e inclusive 6 barreras. Al profundizar desde una perspectiva interseccional sobre las mujeres que mayor número de barreras experimentaron, resaltamos dos grandes hallazgos. El primero, es que aquellas mujeres que se encuentran atravesadas por más ejes de opresión, son las que más barreras siguen experimentando para el ejercicio de su derecho al aborto: mujeres racializadas, mujeres migrantes, mujeres precarizadas (desempleadas, dedicadas al trabajo de cuidados no remunerado o a trabajos con alto riesgo y exposición a violencias como el trabajo sexual), mujeres con jefatura de hogar, mujeres víctimas del conflicto armado. El segundo hallazgo, consiste en que las mujeres con edades gestacionales mayores a 20 semanas al momento de la atención fueron quienes mayores barreras experimentaron; esto da cuenta de las barreras presentadas antes de la atención y que ocasionó que llegaran a edades avanzadas de gestación y así mismo da cuenta de las barreras que experimentan las mujeres en estas edades durante los procedimientos: mayor estigma, procedimientos de mayor complejidad que no están disponibles en la mayor parte de IPS, procedimientos para los cuales el personal no está capacitado y se cometen múltiples fallas, etc.

## ANEXOS

**Anexo 1.** Clasificación de barreras en el derecho a la IVE. Elaboración propia basada en las investigaciones de la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.

