



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Características del proceso de implementación de la
sentencia C-355 de 2006 en Santa Marta en el periodo
2016-2019**

Oriana Camargo Perea

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Económicas

Medellín, Colombia

2020



Características del proceso de implementación de la sentencia C-355 de 2006 en Santa Marta en el periodo
2016-2019

Oriana Camargo Perea

Trabajo de investigación presentado como requisito

Para optar al título de:

Magíster en Políticas Públicas.

Directora

Luz Ángela Gómez, Magister en Derecho Económico

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Económicas
Medellín, Colombia
2020.

RESUMEN

A continuación se presentan los resultados de una investigación cualitativa, que pretende consolidar una caracterización del proceso de implementación del lineamiento relacionado con la Interrupción Voluntaria del Embarazo de la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres en el distrito de Santa Marta – Magdalena, considerando el nivel de conocimiento de la Sentencia C-355 de 2006 por parte de los y las profesionales en medicina y ginecología de la Red Prestadora de Servicios de Salud y de las mujeres en edad reproductiva, los preceptos morales y religiosos de los mismos con respecto a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), y la interpretación y aplicación de la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional por parte de los coordinadores médicos y directores científicos de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). El fin más importante de este trabajo de investigación es identificar las inconsistencias y los aciertos en el proceso de implementación de este marco normativo, para hacer recomendaciones de política pública y aportar para mejorar el acceso de las mujeres a este servicio de salud, el cual, es el resultado de una lucha histórica de las organizaciones feministas del país.

PALABRAS CLAVE

Interrupción voluntaria del embarazo, maternidad, derecho penal, sentencia C-355 de 2006, aborto, políticas públicas, mujeres, autonomía reproductiva.

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (2012), entre 2010 y 2014 se registró en el mundo un promedio anual de 56 millones de abortos inducidos, de los cuales 25 millones de abortos se realizaron en condiciones de inseguridad y clandestinidad, y un gran porcentaje de estos ocurren en países en vías de desarrollo, donde la educación sexual y reproductiva y el acceso a métodos anticonceptivos es muy precaria, se estima que entre un 4,7% y un 13,2% de la mortalidad materna anual puede atribuirse a un aborto sin condiciones de seguridad.

Por lo que se hace indispensable que los Estados comiencen a supervisar más rigurosamente la implementación de los marcos normativos que legalizan la interrupción voluntaria del embarazo, ya que, son pocos los países que no cuentan con uno, y aun así, sigue siendo alta la tasa de abortos inseguros, que pone en riesgo la vida de muchas mujeres. Es importante la articulación y compromiso institucional del sistema de salud con el marco jurídico vigente para lograr la prestación de los servicios relacionados al aborto en condiciones óptimas.

Para entender la magnitud de esta problemática de salud pública en el país es necesario considerar que según la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (2018):

“En Colombia hay 400.400 abortos no seguros por año, y 93.000 complicaciones evitables, que consumen los recursos del sistema de salud, mientras que setenta mujeres fallecieron por complicaciones del aborto en 2008 y 27 en 2014, y este ocupó el quinto lugar como causa de muerte materna en ese año” (p.54).

Teniendo en cuenta lo anterior, en Colombia se reguló el aborto con la sentencia C-355 de 2006 que despenaliza la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), bajo tres condiciones específicas: cuando está en riesgo la vida o la salud de la mujer, cuando hay incompatibilidad del feto con la vida extrauterina y cuando el embarazo es producto de un acto sexual abusivo, un incesto o una inseminación artificial no consentida; y lo reconoció como un derecho fundamental de las mujeres. Posteriormente, se incluyó en la Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres una línea de acción relacionada con el servicio de IVE.

Sin embargo, es necesario determinar que hay diferencias sustanciales entre los procesos de formulación de las políticas públicas y la implementación de las mismas, según Ordoñez-Matamoros (2013):

“Diversos factores influyen: el tamaño del grupo al que va dirigida la acción, el número de problemas que se pretenden resolver con ella, los agentes interesados y más. Entonces la puesta en marcha de una política pública siempre va a estar expuesta a complicaciones y problemas. Es por esto que desde el mismo momento de la formulación de la política pública se hace esencial diseñar un plan de implementación, en donde no solo se propenda por cumplir las metas planteadas por la política, sino que el analista estudie el entorno en el cual se hará la implementación y sea capaz de prever cambios o anticipar dificultades al llegar a esa etapa” (p. 211)

En el presente trabajo de investigación se hará un acercamiento a los imaginarios culturales y creencias religiosas de los actores que inciden en la aplicación de la sentencia C-355 de 2006, mediante el reconocimiento de los y las objetores de conciencia en la prestación de los servicios de salud relacionados a la interrupción voluntaria del embarazo y las interpretaciones de los coordinadores médicos y directores científicos de este marco normativo, lo anterior para definir como esto ha incidido en la aplicación y cumplimiento de la Sentencia C-355 de 2006 en Santa Marta.

Por lo anterior se plantea como pregunta problema ¿Cómo ha sido el proceso de implementación del lineamiento relacionado con la interrupción voluntaria del embarazo de la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres en el distrito de Santa Marta durante el periodo 2016-2019?

El objetivo general de la presente investigación es describir el proceso de implementación relacionado con el lineamiento de la interrupción voluntaria del embarazo de la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres en el distrito de Santa Marta para el periodo 2016-2019. Para lograr la consecución del objetivo general, se trazaron los objetivos específicos referenciados a continuación: identificar los programas de capacitación y formación técnica y jurídica relacionados al cumplimiento de la sentencia C-355 de 2006 y los procesos de objeción de conciencia de los y las profesionales de la salud en la Red Prestadora del distrito de Santa Marta en el periodo 2016-2019, adicionalmente definir el grado de conocimiento de la sentencia C-355 de 2006, de los protocolos y rutas de atención y los preceptos morales y religiosos relacionados a la interrupción voluntaria del embarazo que poseen las mujeres en edad reproductiva y los y las profesionales de la salud del distrito de Santa Marta. Finalmente se caracterizaron los procesos de

supervisión y control del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Secretaría de Salud Distrital, relacionados a la aplicación de la sentencia C-355 de 2006 por parte de la red de prestadores de servicios de salud en el distrito de Santa Marta.

La importancia de este estudio radica en la necesidad de identificar la fuerza vinculante de la sentencia C-355 de 2006 y con esta la garantía o no del derecho fundamental de las mujeres a ejercer su autonomía reproductiva y a acceder a un aborto seguro, legal y gratuito.

Para poder desarrollar los objetivos de la presente investigación, se plantearon varias preguntas subsidiarias al problema principal, ¿Qué prevalece en la prestación o no de los servicios de salud relacionados a la interrupción voluntaria del embarazo? ¿Existen preceptos morales y religiosos o enfoque de derechos humanos en las consideraciones sobre salud pública de los profesionales de la red prestadora de servicios de salud en el distrito de Santa Marta?

Además, resulta importante identificar el nivel de conocimiento y apropiación de las mujeres en edad fértil acerca de la sentencia C-355 de 2006, si conocen o no las causales en las que es legal solicitar y acceder a una IVE en Colombia y por último los preceptos morales y religiosos que tienen ellas frente al aborto.

Considerando lo anterior, la hipótesis que se plantea es que debido al desconocimiento de la sentencia C-355 de 2006, a los preceptos morales y religiosos por parte de las mujeres en edad reproductiva y de las y los profesionales en medicina del distrito de Santa Marta, y a la sanción social que existe en torno al aborto, ha sido muy débil la fuerza vinculante de este marco normativo en la red prestadora de servicios de salud y persisten errores u omisiones en la aplicación de este procedimiento medico amparado como un derecho fundamental de las mujeres.

Aunque han transcurrido trece años de la implementación de la sentencia C-355 en Colombia, las cifras muestran que las mujeres siguen muriendo por abortos clandestinos o inseguros en el país, resulta difícil identificar cuantos de ellos pudieron practicarse legalmente dentro del sistema de salud colombiano, lo que sí es posible, es analizar el grado de cumplimiento por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud como veedores y garantes de este marco normativo, deben dotar de medios y permitir que los actores involucrados en un procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo tengan todo el conocimiento del mismo, y actúen de acuerdo a lo estipulado en la ley.

Esta investigación es principalmente un estudio cualitativo, pretende revisar y evaluar los procesos en la aplicación de la sentencia C-355 de 2006, para definir la brecha que existe entre el marco normativo de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y su implementación dentro del sistema de salud, considerando las barreras que tienen las mujeres en Colombia para acceder a un aborto seguro y legal. Posteriormente se harán recomendaciones de política pública como aporte académico, con la finalidad de fortalecer la implementación del marco normativo (IVE) en la ciudad de Santa Marta. Finalmente se señalarán unas conclusiones a las que se llegaron luego del proceso de revisión documental, estadística y teórica respecto de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia y de la aplicación de los instrumentos de recolección de información que entregan una evidencia empírica acerca del tema.

II. MARCO TEÓRICO

Esta sección está dividida en dos partes, en primer lugar se hará una breve revisión de la literatura donde se expondrán los trabajos académicos más relevantes acerca del tema, se señalará un estudio hecho acerca de las políticas públicas para las mujeres y la equidad de género en Latinoamérica, luego se entrará a analizar desde el ámbito jurídico la sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional que despenalizó el aborto en tres causales, además y para complementar se hace referencia a un estudio bioético de la interrupción voluntaria del embarazo, asimismo se presenta un análisis de la implementación de este marco normativo en el sector salud y finalmente se hará referencia a una investigación sobre las barreras que enfrentan las mujeres para acceder a un aborto legal en Colombia.

En la segunda parte de esta sección se plantean los referentes teóricos a través de los cuales se analizará la sentencia C-355 de 2006 y su inmersión en la Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres, señalando en primer lugar una caracterización muy breve de la Política Pública y del lineamiento del aborto en Colombia, sus actores y las barreras que enfrentan las mujeres para acceder a este procedimiento medico dentro del sistema de salud, también se plantearán las corrientes epistemológicas feministas desde las cuales se analizó esta problemática social. Se expondrá el debate jurídico que existe en torno al aborto, así como, el camino que se recorrió para llegar a este marco normativo, y finalmente se hace una descripción de las causales y los requisitos para acceder a cada una.

1. Revisión de estudios previos

Para entender la pertinencia y conveniencia de este trabajo, es necesario hacer un recorrido por algunas investigaciones académicas llevadas a cabo en Colombia y en Latinoamérica, en donde encontramos lo planteado por Benavente y Valdés (2014) quienes hacen una recopilación de políticas públicas para la igualdad de género elaborada por el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, el cual fue solicitado por la División de Asuntos de Género de los países miembros de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) en el que se analizó, entre otras, la sentencia C-355 de 2006, el objetivo era recopilar toda la información estadística en torno a tres ejes: la autonomía económica, la autonomía física y la autonomía en la toma de decisiones, lo anterior, enmarcado en las políticas públicas y normas nacionales que tenían como objetivo erradicar la inequidad de género, identificando cada fase del ciclo de política pública y el rol del Estado como ente rector.

Luego se encuentra la investigación sobre Aborto en América Latina y el Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia del Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI) compilada por Silvana Ramos (2016) quien es investigadora del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) de Argentina, estudio que hace un análisis de los diferentes trabajos académicos acerca del aborto en la región, analizando las motivaciones de las mujeres para solicitar un proceso de interrupción voluntaria del embarazo, los contextos socio-culturales en los cuales ocurre, las barreras que enfrentan las mujeres, así como las posturas de los diversos actores sociales que están a favor o en contra de la despenalización del aborto. Este trabajo reconoce como limitante que la mayoría de las publicaciones e investigaciones se hacen en los centros urbanos y ciudades principales, haciéndose necesario fortalecer los estudios académicos en zonas rurales y ciudades no capitales.

En este mismo sentido se tiene el trabajo de Sonia Montaña (2012) denominado “*La política de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Colombia: Un avance en la garantía de la autonomía física de las mujeres*” en él se hace un análisis mediante un resumen ejecutivo presentado a través de un amplio cuestionario de preguntas y respuestas relacionadas con los antecedentes y discusión frente a este problema público, los actores involucrados, el objetivo general, el marco normativo amplio, el contexto político y social, características de la implementación, elementos de la difusión y la evaluación, control y vigilancia, señalando también que existen unos temas pendientes con respecto la sentencia C-355 de 2006 como mejorar los procesos de difusión de esta norma, perfeccionar los sistemas de información de la IVE y fortalecer

la educación y la capacitación continua a los y las profesionales de la salud.

Igualmente, la tesis doctoral de José Antonio García (2010) analiza la motivación de la Corte Constitucional a pronunciarse sobre la despenalización del aborto en Colombia. Este trabajo académico se refiere también al debate ideológico que ha girado en torno a la interrupción voluntaria del embarazo en el país y como este incidió en este litigio estratégico llevado a cabo en 2006, además hace referencia a los derechos de las mujeres en la Constitución Política de Colombia y el Derecho Internacional y el debate bioético que plantea que en una sociedad con diversas posturas morales y culturales se debe buscar un punto de equilibrio, que según el autor fue lo que se intentó hacer en Colombia con la despenalización parcial del aborto.

Asimismo, tenemos el trabajo de Nina Chaparro, Catherine García, Diana Guzmán, Silvia Rojas y Nathalia Sandoval (2013) denominado “ *Lejos del Derecho: La interrupción Voluntaria del Embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia*” en el que analiza la aplicación de la Sentencia C-355 en el sector salud, considerando las obligaciones de los prestadores del servicio de salud respecto al aborto, los requisitos, procedimientos y rutas que se definen para acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), las barreras que pueden encontrar las mujeres en las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud), la percepción de los médicos y las medicas frente a este tema y las causales en las que está permitido; en este trabajo de investigación se recomienda fortalecer los protocolos y modelos de atención frente al aborto dentro del sistema de salud, los programas de capacitación para los profesionales relacionados a la aplicación de la IVE e incentivar a las facultades de medicina para que incluyan contenidos específicos al aborto.

Finalmente se encuentra la investigación de Ana González y Laura Castro (2016), ellas analizan las barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Colombia, a través de un estudio realizado por la organización no gubernamental Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, en el que se definieron los siguientes obstáculos para acceder a un aborto legal en Colombia: baja difusión de las sentencias judiciales relacionadas, ausencia de sanciones en el marco de un proceso de vigilancia y control a la red prestadora, prejuicios y señalamientos a las mujeres que solicitan una IVE y acciones de presión por parte de los grupos conservadores.

2. Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres – Lineamiento de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

2.1 Contexto histórico y descripción general.

Las **políticas públicas de equidad de género** son el conjunto de acciones concertadas entre la ciudadanía, el Estado y el sector privado para eliminar las brechas existentes entre hombres y mujeres o personas feminizadas, las cuales son el resultado de un sistema social que privilegia la figura masculina y al hombre, y que le ha otorgado a este, un acceso prioritario -y en algunos casos exclusivo- a la mayoría de derechos civiles y políticos.

Rodríguez y Caminotti (2010) plantean que estos instrumentos deben definir acciones integrales y no sectoriales, es decir, transversalizar el enfoque de género a cada una de las áreas de la administración pública y de la sociedad, además plantean la importancia de implementar acciones afirmativas, que son las medidas institucionales y jurídicas que propendan por fomentar la participación de las mujeres en los espacios de poder y toma decisión de los que han estado históricamente excluidas, y que de no existir estos lineamientos oficiales sería muy difícil alcanzar una incidencia igualitaria o paritaria de hombres y mujeres.

La política Pública de Equidad de Género para las Mujeres en Colombia, fue formulada entre los años 2012-2013, con participación de lideresas y activistas de las diferentes organizaciones sociales del país, reconociendo principalmente a la Red Nacional de Mujeres, cabe destacar que este instrumento responde a los lineamientos y sugerencias internacionales que le exigían a los Estados garantizar planes, programas y proyectos que eliminarán las limitaciones y escenarios de discriminación y violencia hacia las mujeres, lo cual se ratifica con la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer y su inclusión en la normatividad colombiana (Ley 95 de 1980), sin embargo, solo fue hasta la Constitución Política de 1991 en donde se reglamentó la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, posteriormente se llevó a cabo la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing en 1995, que significó un hito histórico en el compromiso de los gobiernos mundiales por la equidad de género, a partir de este momento inicia el camino a la Política Pública, que como cada logro del movimiento feminista y de mujeres ha sido una ardua lucha por la reivindicación de derechos y libertades.

Este curso de acción tiene 11 líneas estratégicas entre las cuales encontramos: Educación integral con enfoque diferencial, acceso a los servicios de salud, haciendo énfasis en salud sexual y reproductiva, emprendimiento y empleo formal, eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer, intervención frente a los impactos del conflicto armado, participación política, construcción de escenarios de paz y posconflicto, fomento de la recreación y el deporte y acceso a recursos productivos y tierras.

En el documento técnico de la política pública se destaca la diversidad y condiciones particulares de las mujeres en las diferentes regiones del país, y se abarca áreas temáticas importantes, que de ser implementadas a cabalidad, mejorarían las condiciones sociales de las mujeres y garantizaría el acceso a derechos y espacios de participación que han sido negados históricamente. Sin embargo, hay una brecha entre la formulación de este instrumento y su implementación, lo que obedece, en gran medida, a una debilidad administrativa y dependencia presupuestal de la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer en el país, y la desconexión de está con los entes territoriales.

2.2 Descripción del lineamiento de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en la Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres.

Antes de describir este lineamiento, es necesario mencionar que la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es definido como el procedimiento medico a través del cual, por solicitud de la mujer gestante, se finaliza el embarazo mediante la eliminación o extracción del embrión o feto.

La estrategia número 6 “*Garantías a las mujeres en todo su ciclo vital del enfoque diferencial en el sistema de salud y en los derechos sexuales y reproductivos*”, hace énfasis en el acceso de las mujeres a la salud sexual y reproductiva, especialmente a la prevención de embarazos adolescentes, del cáncer de cuello uterino y de mama, y a la garantía de las mujeres a servicios de salud de anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo, lo que nos lleva a definir que el documento técnico de la política pública reconoce la autonomía reproductiva de las mujeres como un derecho fundamental que demarca la existencia o no de otras condiciones o problemáticas sociales en las que se pueden encontrar las mujeres si no acceden a educación sexual científica y moderna, a métodos anticonceptivos o al servicio de interrupción voluntaria del embarazo,

obligándolas a llevar maternidades no deseadas que afectan el desarrollo de un proyecto de vida concebido desde la autonomía y la libertad.

Con la finalidad de concretar las acciones de cada estrategia, la Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres estableció unos lineamientos que desagregan el curso de acción específico, el relacionado con la IVE, es prestar atención oportuna y eficaz para dar cabal cumplimiento a la Sentencia C-355 de 2006 que despenaliza parcialmente el aborto en Colombia y a los decretos y normas complementarias.

2.3 Actores de la política pública de Equidad de Género para las Mujeres para el lineamiento de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

Para entrar en contexto es importante definir el concepto de política pública desde un ámbito técnico, señalando el concepto de Roth (2018):

“Este instrumento es un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables, de medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática”(p. 38).

El marco de análisis más común para las políticas públicas es el ciclo, el cual, plantea una serie de etapas consecutivas o no que permiten darle solución a ese problema público, y frente a cada parte del proceso entran en juego unos actores que propician la materialización de la política pública. Algunos de esos actores son los siguientes:

2.3.1 Actores según la identificación de problemas públicos e inscripción en la agenda política.

Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres: Organización social, sin ánimo de lucro que ha liderado una estrategia de trabajo basada en el seguimiento continuo a la implementación de la Sentencia C-355, además de brindar asesoría legal a las mujeres que los requieran.

Women's Link WorldWide: Organización sin ánimo de lucro que propende por la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, la cual interpuso la demanda ante la Corte Constitucional, como parte del proyecto Litigio de Alto Impacto en Colombia, la Inconstitucionalidad del Aborto (LAICIA) y que dio como resultado la sentencia C-355 y que además mediante convenio interinstitucional con la Procuraduría General de la Nación identificará e informará a la Procuraduría los casos en los cuales no se esté dando cumplimiento a la sentencia C-355/06 y/o a las disposiciones legales que reglamentan el servicio de IVE.

2.3.2 Actores según la formulación de soluciones

Corte Constitucional: Es la entidad encargada de hacer valer el cumplimiento de la Constitución Política de Colombia, y que para este caso, estableció un marco normativo para regular el proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo, a través de una demanda de inconstitucionalidad, que despenalizó el aborto en tres condiciones específicas.

Ministerio de Salud y Protección Social: Como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los documentos técnicos que garanticen la aplicación de la sentencia C-355, además debe ejercer supervisión y control sobre la Red Prestadora de Servicios de Salud.

2.3.3 Actores según la implementación de decisiones

Entidades Promotora de Salud: Son las encargadas de contratar a Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) idóneas, que estén en la capacidad de practicar el servicio de salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, y ejercer control y supervisión frente al cumplimiento de este marco legal en las IPS.

Instituciones Prestadoras de Salud – IPS: Su rol es prestar el servicio de salud relacionado a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, por lo tanto, deben tener suficientes profesionales de la medicina, psicología y demás personal idóneo dispuesto a atender las solicitudes de IVE.

2.3.4 Actores según la evaluación

Secretarías de salud territoriales: Supervisar en los municipios y distritos que las IPS y las EPS estén cumpliendo con lo estipulado por la sentencia C-355 de 2006 y diseñar protocolos de

atención frente a una IVE, basados en los documentos técnicos del Ministerio de salud y protección social.

Superintendencia Nacional de Salud: Debe garantizar que las EPS e IPS tengan una cantidad adecuada de proveedores de interrupción voluntaria del embarazo y debe investigar cuando no se entrega de manera oportuna y adecuada y sancionar, en este proceso también participa el **Ministerio de Salud y Protección social**, el cual proporciona una guía técnica para ejecutar un proceso de monitoreo y seguimiento oportuno.

A continuación, se hace una relación entre los actores vinculados con el lineamiento de la interrupción voluntaria del embarazo de la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres y el grado de cumplimiento e incidencia institucional de cada uno frente a este marco normativo.

Tabla 1: Actores de Política Pública. Fuente: Elaboración propia.

Actores	Nivel de incidencia de los actores en el lineamiento de interrupción voluntaria del embarazo		
	Débil	Intermedio	Fuerte
Ministerio de Salud y Protección social		Inicialmente cumplió su rol como ente rector en este tema, pero actualmente hace falta ejercer más acompañamiento técnico y jurídico a la red Prestadora de Servicio de Salud. Además de un proceso más riguroso de supervisión.	
Superintendencia Nacional de Salud	Falta generar más estrategias de supervisión y control para la Red Prestadora. Las Instituciones Prestadoras de Salud están manejando los procesos de IVE con total libertad y sin monitoreo. Encontrándose fallas en la implementación del marco normativo.		
Corte Constitucional			No solo estableció el marco normativo, si no que ha expedido otras sentencias que han corroborado lo planteado inicialmente, lo cual ha permitido que más mujeres puedan acceder a un proceso de interrupción voluntaria del embarazo.

**Secretarías de salud
territoriales:**

Teniendo en cuenta, sólo la evidencia empírica del caso de Santa Marta, se puede definir que no cumplen con su rol de ente rector local en temas de salud, específicamente frente al procedimiento de IVE, sobre todo porque no cuentan con un programa de capacitación técnica y jurídica, ni un proceso de monitoreo para el aborto legal.

**Entidades Promotora
de Salud:**

No cuentan con una Red Prestadora de Salud suficiente, ni con programas de formación para profesionales en medicina y enfermería en temas de IVE.

**Instituciones
Prestadoras de Salud –
IPS**

Algunas no cuentan con protocolos de atención frente a la IVE, y muchos y muchas profesionales en medicina desconocen el alcance real de la sentencia C-355 de 2006.

**Mesa por la Vida y la
Salud de las Mujeres**

Es una organización social muy importante en temas de IVE en el país, no solo porque aportó al litigio estratégico que permitió la sentencia C-355 de 2006, si no que actualmente genera documentos y trabajos académicos que indican las fallas y aciertos en el proceso de implementación, además de asesorar jurídicamente a muchas mujeres frente a los procedimientos de IVE y el alcance de las tres causales.

**Women's Link
WorldWide:**

Fue una de las organizaciones que lideró el proceso de litigio estratégico para la despenalización parcial del aborto en Colombia.

2.4 Barreras para la aplicación de un proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Colombia.

En Colombia, se han presentado barreras en la prestación del servicio de salud de Interrupción Voluntaria del Embarazo desde que entró en vigencia la Sentencia C-355 en el año 2006, por lo que el Ministerio de Salud y Protección Social y las diferentes organizaciones sociales feministas han compilado los inconvenientes más comunes a los que se enfrentan las mujeres para que se les garantice este derecho fundamental, por lo que la siguiente es una lista que intenta unificar las barreras que más se presentan, reconociendo lo hallado en el trabajo de campo:

- **Desconocimiento de las mujeres sobre la existencia de esta norma legal:** Si bien es cierto, todos los procedimientos y actividades relacionadas a la IVE pueden practicarse en todas las IPS del país y son libres de copago o cuotas moderadoras, muchas mujeres no conocen que este servicio de salud es un derecho fundamental y que pueden acceder sin distinciones de edad, condición económica o características étnicas, e ignoran el alcance real de las causales de la sentencia C-355 de 2006.
- **Interpretaciones subjetivas de los médicos y médicas** que proporcionan las asesorías e intervenciones de salud, los cuales se apartan de lo estipulado en el marco legal y actúan de acuerdo con sus preceptos morales, guiados por doctrinas religiosas, haciendo juicios de valor sobre las mujeres que solicitan una IVE.
- **Desconocimiento de los y las funcionarias públicas de la Sentencia,** que hace que se brinde información no acorde con lo despenalizado, tergiversada o errónea. Es obligación para todas las entidades hacer la difusión del derecho con contenidos claros, oportunos y veraces.
- **Abuso de la objeción de conciencia,** la cual se encuentra definida en la Constitución Política de Colombia en su artículo 18 y que le permite a los y las profesionales en medicina no practicar un proceso de IVE por convicciones religiosas y morales pero que tiene unas condiciones y restricciones para proteger el derecho fundamental de las mujeres a la salud y la vida.

- **Las secretarías municipales y departamentales de salud no realizan de manera sistemática actividades** de vigilancia y control a la red de prestadores para garantizar el acceso al derecho. Y tampoco imparten sanciones a la red prestadora, actuando bajo sus opiniones y posiciones personales, desconociendo este derecho fundamental de las mujeres a un aborto seguro y legal.

3. Planteamientos teóricos feministas

Antes de entrar a analizar el debate jurídico que existe en torno al aborto, es necesario señalar las corrientes epistemológicas desde las cuales se ubica el presente trabajo de investigación, tomando como referente los postulados teóricos de Iris Young.

3.1 Paradigma del razonamiento moral

En el desarrollo académico y científico hay muchas teorías y postulados que se definen desde la pretensión de la objetividad e imparcialidad, aduciendo que el investigador o la investigadora deben estar desprovistos de sentimientos y posturas políticas, buscando consolidar un concepto que unifique y que ignore las particularidades de los sujetos para llegar a principios generales de justicia, lo anterior se conoce como el **paradigma del razonamiento moral**. Según Young (2000):

“El ideal de imparcialidad persigue propósitos ideológicos, ya que, enmascara la forma en que las perspectivas particulares de los grupos dominantes proclaman la universalidad, y ayuda a justificar las estructuras jerárquicas de toma de decisiones” (p. 167)

Lo anterior nos lleva a sostener que la penalización del aborto en el mundo ha respondido a las imposiciones ideológicas de las religiones monoteístas, y específicamente de la religión judeo-cristiana, que como grupo dominante ha logrado proclamar la sacralización del feto desde un ámbito universal, intentado sostener el estereotipo de la mujer-madre y con esto propender por eliminar la diferencia y reducir a una unidad a la mitad de la población.

3.2 Imperialismo cultural

El imperialismo cultural es el proceso a través del cual se invisibiliza y a la vez se estereotipa a un grupo no hegemónico, se pueden distinguir dos grupos: dominantes y dominados, los primeros intentan imponer sus valores y perspectivas con carácter universal. En este sentido, la filósofa Iris Young (2000) señala que la idea del sujeto racional, que ha sido la piedra angular de las instituciones sociales tiene un sesgo blanco, burgués, masculino y europeo, y por tanto la definición del aborto como un delito es producto de la generalización de normas sociales establecidas por estos grupos dominantes, desconociendo las particularidades de la mayoría de las mujeres, y negándoles su autonomía y libertad.

Las mujeres han sido definidas históricamente como seres irracionales, llenos de pasión, incapaces por tanto de estar en el ámbito público, es en el ámbito familiar donde deben estar, ya que, inherentemente están cargadas de emociones, las cuales les permitían cuidar y criar, y por fuera de esta esfera doméstica deben estar los hombres, quienes si tienen la capacidad de razonar.

Según Young (2000): “las mujeres constituyen un grupo socialmente subordinado conformado por heterodesignación: es decir, son los varones, al constituirse en colectivo por oposición al colectivo de las mujeres, quienes instituyen las reglas y el discurso que dan cuerpo e identidad a estas últimas”. Lo anterior nos lleva a señalar que el arquetipo de mujer-madre fue impuesto en la sociedad desde la perspectiva androcéntrica de la misma, porque era el varón y sus lógicas y perspectivas, lo que constituía toda norma y regla a seguir.

4. Debate jurídico sobre el aborto.

La consecución del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo para las mujeres en Colombia ha generado una fuerte polarización y un importante debate, que ha girado en torno a la contraposición de este derecho con el del nasciturus. Existe una postura moderada que aprueba socialmente el aborto en las condiciones que estipuló la Corte Constitucional, otra más radical que lo sanciona simbólicamente bajo cualquier circunstancia argumentando que la vida es “sagrada” y está la postura más liberal que sostiene que la interrupción voluntaria

del embarazo es el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos y sobre su reproducción, y que solo con este se convierten en ciudadanas plenas.

4.1 El derecho penal y la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo.

Para intentar solucionar el problema social de los abortos inseguros y clandestinos en el mundo la principal herramienta ha sido el derecho penal, así lo explica Pabón (2017) en su texto:

“La evolución del derecho penal moderno ha dado muestras de que la libertad individual y el libre desarrollo de la personalidad han sido adoptados con tal fuerza que el Estado decidió no sancionar conductas que constituirían una intromisión a la esfera individual como las relaciones homosexuales o la bigamia. Sin embargo frente a la interrupción voluntaria del embarazo no se dio la misma circunstancia, constituyendo con ello una clara muestra de discriminación contra las mujeres, que son las titulares del derecho a decidir sobre la maternidad y sobre su cuerpo” (p.93)

Por lo anterior se puede afirmar que la sanción social y penal que hay en torno al aborto en el país y en el mundo, no se debe a unos lineamientos jurídicos objetivos que se hayan definido desde la concepción de una sociedad justa y equitativa, donde se propenda por la libertad y autonomía de la ciudadanía y en la cual se busque evitar el perjuicio a la vida del otro y la otra. Sino que por el contrario, se impone a las mujeres un objetivo vital tomado de preceptos religiosos que algunas no desean, y que las obliga no solo a exponer su vida y su salud, si no a darle una condición sagrada o sublime al feto o embrión, y con esto adoptar creencias religiosas que no tienen, atentando así contra su libertad.

Con la consolidación del sistema capitalista, y el proceso de expansión de la religión judeo-cristiana, se afianzo un único modelo y estereotipo para la mujer: ser madre, uno que no solo es definido y dictado por los libros “sagrados”, sino que además responde a las necesidades del sistema económico: reproducir en masa a la especie humana para tener obreros y obreras que produzcan; y es lo anterior lo que se defiende con la imposición de penas a las mujeres que deciden no continuar con un embarazo.

En ese mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud (2012) sostiene que la imposición de penas a las mujeres que deciden abortar no logra persuadirlas para no practicarse un procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo, por el contrario las lleva a practicar este procedimiento en condiciones poco seguras poniendo en riesgo su vida y su salud, de aquí la importancia de cambiar el abordaje de esta problemática social, pasar del derecho penal a la salud pública con enfoque de género y de derechos humanos, donde con el fortalecimiento de planes, programas y proyectos de educación sexual y reproductiva que promuevan prácticas sexuales autónomas y libres pero con absoluta responsabilidad sobre el cuerpo y la reproducción, y dentro de las cuales se provean métodos anticonceptivos, sobre todo, a las mujeres vulnerables, del área rural, indígenas, campesinas, afros, negras, palenqueras y raizales; se logró una disminución significativa de todos los abortos practicados (legales y clandestinos) en Colombia y el mundo.

El derecho de las mujeres a decidir sobre su reproducción y el desarrollo de su sexualidad fue ganado por los movimientos feministas hace varias décadas, sin embargo el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo ha sido muy difícil de alcanzar en muchos Estados y no ha sido absoluto, pues, en la mayoría de los países se ha definido o limitado en cuatro categorías: La primera es el tiempo de gestación, la segunda son las condiciones de salud de la mujer, la tercera las características económicas y finalmente el consentimiento o no del acto sexual que genera el embarazo.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede considerar que el aborto y su inclusión dentro de los códigos penales de los Estados se ha dado bajo un sistema patriarcal que no considera a las mujeres como seres humanos autónomos y libres, como ciudadanas plenas, si no que por el contrario, las sujeta a las decisiones de terceros, y que además impone un único modelo para ser mujer, que está ligado estrechamente a la maternidad.

4.2 El camino para llegar a la sentencia C-355 de 2006

El camino por el reconocimiento del derecho de las mujeres a abortar en Colombia fue largo

El camino por el reconocimiento del derecho de las mujeres a abortar en Colombia fue largo y muy difícil, según lo planteado por la organización no gubernamental Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2007) se puede reseñar su inicio con el plan de acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, en donde se hizo énfasis en que el cuidado de la salud reproductiva se definía a través de la implementación de servicios en salud idóneos. Consideraba la salud sexual como un propósito para garantizar un desarrollo pleno de las mujeres y no solamente como la consejería y el cuidado relacionados con la reproducción y las infecciones de transmisión sexual.

Posteriormente con el plan de acción adoptado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing en 1995 se avanza hacia el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como derechos humanos.

Luego, en 1999 el Comité para la Eliminación de todas las formas de Violencia contra las Mujeres (CEDAW) recomienda a Colombia evaluar el Código Penal en los artículos donde se sancionaba tanto a la mujer como al profesional en medicina por practicar un aborto ante cualquier circunstancia, esto lo hizo luego de encontrar que esta era la segunda causa de muerte materna en el país, considerando que no había excepción ni cuando la vida de la mujer estaba en peligro, y por supuesto tampoco en casos de violación ni amenaza para la salud física y mental de la mujer.

En este sentido, es importante considerar desde el derecho internacional, el antecedente del fallo K.L. vs Perú CEDAW, en el que una mujer que quedó en embarazo cuando tenía 17 años, y al hacerse una ecografía se encontró un feto anencefálico, para lo cual se recomendó medicamente la interrupción voluntaria del embarazo porque podría existir una afectación grave a la salud física y mental de la mujer, no obstante la paciente fue obligada a parir, amamantar al bebé por cuatro días y verlo morir, causándole un perjuicio a su salud integral.

Finalmente, y después de varios proyectos de ley presentados por congresistas comprometidas con los derechos de las mujeres, se da inicio, a mediados de 2004, un proceso de litigio estratégico de alto impacto liderado por Mónica Roa, directora de programas de la organización Womens Link's WorldWide, la demanda argumentaba que la penalización del

aborto cuando está en peligro la vida o la salud de la mujer, cuando el embarazo es resultado de una violación y/o cuando existe una grave malformación del feto incompatible con la vida extrauterina viola el derecho a la igualdad, a la no discriminación, y el derecho a la dignidad, a la autonomía reproductiva y al libre desarrollo de la personalidad de las mujeres.

Fue el 10 de mayo de 2006 que la Corte Constitucional reconoce el derecho al aborto legal y seguro como parte de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, pero lo hace bajo las siguientes condiciones descritas: cuando el embarazo representa un riesgo para la vida o la salud de las mujeres, cuando la mujer ha sido víctima de un acto sexual abusivo, incesto, inseminación artificial o transferencia de ovulo no consentida y cuando hay una malformación del feto que hace inviable su vida por fuera del útero.

4.3 Descripción de las causales que despenalizan el aborto en Colombia.

Según el Documento Técnico para la Orientación y Asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo del Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014) para referirnos a la causal riesgo para la vida o la salud de la mujer, se deben establecer tres conceptos claves:

Lo primero es el concepto de **salud**, que no puede ceñirse solamente a la perspectiva biológica, de salud física, sino que además, debe tenerse en cuenta el concepto integral que se ha definido en los últimos años en el marco del derecho internacional. Reconociendo está desde una multiplicidad de componentes biopsicosociales, en donde se considere también la esfera mental y social de las mujeres como parte fundamental de su salud. También debe tenerse en cuenta el concepto de **riesgo**, señalando que esta causal no solo aplica para las mujeres que perderían su vida, sino que debe ampliarse y considerar el riesgo o probabilidad de adquirir una enfermedad si decidieran continuar con el embarazo, y finalmente valorar el concepto de **bienestar** que tiene en cuenta, la percepción de vida de la mujer de acuerdo a sus concepciones particulares.

Se puede determinar, entonces, que una mujer que queda en embarazo sin desearlo y alega que este obstruye su proyecto de vida, o que le genera alguna condición psicológica, o indica que no cuenta con los recursos económicos para traer un hijo o hija al mundo, puede solicitar una IVE en cualquier IPS de la Red Prestadora.

El único requisito aquí es un certificado médico, el cual, podrá expedir cualquier profesional debidamente acreditado, no tiene que ser necesariamente un psicólogo (en casos de condiciones psicológicas). Estos profesionales tienen el derecho a objetar conciencia, según la Constitución Política de Colombia en su artículo 18, pero esto tiene varias condiciones: en primer lugar, su carácter de objetor u objetora debe ser informada por escrito ante la institución de salud, además deberá brindar la información correspondiente de acuerdo la Sentencia C-355 de 2006 e informar a la paciente acerca de su derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y remitir a un médico o médica que realiza el procedimiento, es necesario tener en cuenta que si el o la profesional es la única persona disponible en el centro médico deberá practicarse el procedimiento a la mujer, porque se antepone el derecho a la salud de la paciente sobre su derecho a la objeción de conciencia.

Según Dalen, A., Guzmán, D., Molano, P. (2013) para la segunda causal de incompatibilidad del feto con la vida por fuera del útero, la Corte Constitucional estipuló que esta no se configura ante cualquier enfermedad, sino sólo con aquellas malformaciones que impidan la vida extrauterina. Es decir, con aquellas que al momento de dar a luz traerán como consecuencia la muerte del feto. Teniendo en cuenta, que para esta causal los procesos diagnósticos se realizan en un tiempo gestacional avanzado, cuando el feto ha alcanzado un nivel de desarrollo suficiente (segundo trimestre), y cuando la mujer y su pareja, han experimentado más la vivencia del embarazo, y con ello, posiblemente, la generación de expectativas y un duelo más intenso frente a la malformación fetal. Se estableció que sería absurdo obligar a la mujer a llevar a término un embarazo que sabe que no culminara de la forma esperada y sancionarla por no querer atravesar una situación así, además que el valor jurídico del no nacido se pierde porque su existencia es inviable. El único requisito exigible para acreditar que se configura esta causal es el certificado de un profesional de la salud que dé cuenta de la condición médica del feto.

La tercera causal se configura cuando el embarazo es consecuencia de un hecho de violencia sexual, como el acceso carnal violento, la inseminación artificial, la transferencia de ovulo no consentida o el incesto. El único requisito exigible para acreditar esta causal es la denuncia de la conducta que dio lugar al embarazo. No obstante, es importante señalar que, al referirse a menores de 14 años, dado que el derecho penal colombiano presume que las relaciones con menores de esa edad son abusivas, éstas no tendrían que presentar ningún tipo de denuncia para solicitar la IVE, y deberá practicarse el procedimiento medico sin ninguna restricción.

Frente a esta causal es necesario tener en cuenta, que no se debe pedir la sentencia ejecutoria contra el victimario, solo la denuncia donde la mujer haya expuesto el acto sexual abusivo ante las autoridades, también se debe considerar qué si la mujer se encuentra en una situación de amenaza o intimidación, la cual le impide interponer la denuncia, la institución de salud puede omitir este requisito y practicar la IVE.

Refiriéndonos al trato que se le da a la mujer con relación al proceso de interrupción voluntaria del embarazo, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014) indican que es necesario:

“Evitar la revictimización de la mujer, esto es, exigir a las mujeres relatos detallados de los acontecimientos que por recrear la experiencia traumática puedan producir perturbación y afectación psicológicas. Si la mujer desea expresar voluntariamente sus experiencias, pensamientos y sentimientos alrededor del acto de violencia, se recomienda enfocar los esfuerzos en la identificación y elaboración de sentimientos de vergüenza, temor, baja autoestima o culpa, los cuales suelen estar asociados a experiencias de violencia sexual”(p. 66).

IV. DISEÑO METODOLOGICO

Esta investigación es un estudio cualitativo, que pretende consolidar una evaluación de procesos de la aplicación de la sentencia C-355 de 2006 en Santa Marta enmarcada en la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres, busca definir los micro y macroprocesos de este marco normativo, reconociendo las particularidades territoriales de la implementación, analizando los actores involucrados y la interacción entre los mismos y determinando si los servicios de salud de aborto en el distrito coinciden con los lineamientos jurídicos y técnicos de la sentencia.

El trabajo de investigación pretende entregar elementos que permitan contrastar la guía técnica y las rutas de atención definidas en el mencionado marco normativo con lo implementando en el periodo 2016-2019 en el distrito de Santa Marta. Se recogió información primaria y documental que permite identificar los aciertos y las falencias en la aplicación de este lineamiento jurídico.

Con este tipo de evaluación se procuró reconocer el nivel de conocimiento y los preceptos

morales y religiosos de los y las profesionales en salud y de las mujeres en edad fértil en relación con lo establecido en la sentencia C-355 de 2006 y definir si lo anterior impide el cumplimiento de las exigencias legales definidas. Adicionalmente, se hace un análisis de la existencia o no de los programas de capacitación técnica y jurídica para los y las profesionales en salud, se indaga por la cantidad de abortos legales practicados en el periodo del estudio y finalmente se revisan los procesos de supervisión y monitoreo de las instituciones concernientes (Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría de Salud Distrital).

4.1 Etapa de Trabajo Empírico – Aplicación de las Técnicas De Recolección de Información.

4.1.1 Entrevistas

Se realizaron 4 entrevistas a profundidad con directores y directoras de IPS de Santa Marta con la finalidad de identificar, si se están implementando los protocolos de atención institucionales para la prestación de servicios de salud relacionados a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), además para dar cumplimiento al objetivo específico número uno, que consiste en identificar los programas de capacitación y formación técnica y jurídica relacionados al cumplimiento de la sentencia C-355 de 2006 dirigidos a los y las profesionales de la salud y los procesos de objeción de conciencia al interior de las instituciones de salud.

4.1.2 Encuestas

Se realizaron 5 encuestas a profesionales de la salud y 50 a mujeres en edad fértil para dar cumplimiento al segundo objetivo específico, el cual consiste en definir el grado de conocimiento de la sentencia C-355 de 2006, de los protocolos y rutas de atención y los preceptos morales y religiosos relacionados a la interrupción voluntaria del embarazo que poseen las mujeres en edad reproductiva y los profesionales en salud del distrito de Santa Marta.

4.1.3 Muestreo por Conveniencia

Se aplicaron las encuestas a mujeres de diferentes niveles de formación académica y estratos socio-económicos, pero la muestra fue de acuerdo a la disposición de recursos económicos de la investigadora y al interés de las encuestadas.

El muestreo de conveniencia también fue usado para aplicar las encuestas realizadas a los y las profesionales en medicina, teniendo en cuenta, la poca disposición de las IPS y todos los impedimentos que interpusieron a la investigadora, pero reconociendo que por la configuración de la implementación de la Sentencia C-355 de 2006 en el distrito, en donde en la mayoría de los casos de IVE son los especialistas en ginecología quienes prestan el servicio de salud, la muestra si resulta significativa.

4.2 Etapa de Revisión Documental Institucional:

Se solicitó a la Secretaría de Salud Distrital los protocolos y rutas de atención que han establecido como ente rector en temas de salud, específicamente con respecto a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, las cifras de abortos legales llevados a cabo en la ciudad de Santa Marta, y los programas de capacitación técnica, jurídica, de supervisión y control a las IPS y EPS.

Con lo anterior se materializa el objetivo número tres que pretende caracterizar los procesos de supervisión y control del Ministerio de Salud y Protección Social y de su ente rector local: la secretaría de salud distrital, relacionados a la aplicación de la sentencia C-355 de 2006 por parte de la red de prestadores de servicios de salud en el distrito de Santa Marta.

4.3 Fase De Análisis de Resultados:

En esta fase se sistematizaron y graficaron los resultados para hacer un análisis contextual y social de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, considerando lo estipulado en la sentencia C-355 de 2006.

V. ANALISIS DE RESULTADOS

5.1 Macroprocesos

- Respecto de la solicitud de protocolos institucionales para la atención de casos de interrupción voluntaria del embarazo, sólo la **institución 3** lo entregó, ni la Secretaría de Salud ni las otras tres IPS lo hicieron, no obstante, cabe señalar que la **institución 4** alegó que ese protocolo, es de uso interno y no lo pueden circular, por lo que se puede concluir que al interior de la Red Prestadora no existe una ruta de atención para las mujeres que acuden con esta solicitud, no hay una apropiación institucional de la Sentencia C-355 de 2006 ni del ente rector ni de las organizaciones de salud, cabe resaltar que el protocolo de la **institución 3** esta ceñido al Documento Técnico para la Orientación y Asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo del Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas que fue expedido en 2014.

5.2 Microprocesos

- La **institución 1** y la **institución 2** no tienen una distinción clara en sus reportes anuales entre procesos de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y las intervenciones quirúrgicas por abortos incompletos, considerando que estos últimos pueden hacerse por abortos espontáneos o inducidos pero que no fueron finalizados, es decir, que no se hicieron dentro del sistema de salud.
- Tres de los cuatro coordinadores médicos no cuentan con el conocimiento acerca de los requisitos que plantea la sentencia C-355 de 2006 frente a cada causal, solo el asesor científico de la **institución 4** muestra conocimiento de estos. Lo anterior denota que el ente rector en este caso, el Ministerio de Salud y Protección Social no ha llevado a cabo los procesos de capacitación técnica y jurídica suficientes ni ha ejercido un proceso de supervisión y control riguroso.
- La **institución 1** y **2** no manifestaron de forma clara que apliquen el procedimiento farmacológico ante de las 10 semanas como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, según lo manifestado por los coordinadores médicos y las cifras estadísticas entregadas aplican directamente el legrado uterino, el cual es un procedimiento más invasivo.

Tanto así que, en la **institución 1** no han practicado procesos de interrupción voluntaria del embarazo desde el 12 de abril de 2018 porque cerraron el quirófano por motivos técnicos de la IPS.

5.2.1 Preceptos morales y religiosos

- La coordinadora médica de la **institución 1** hizo juicios de valor y señalamientos frente a los casos de solicitudes de IVE que se hacían por fuera de la causal violación, ella indicaba que había que revisar la sentencia C-355 de 2006 y evaluar más minuciosamente cuando se alegue depresión y cuando el caso sea con menor de 14 años porque, desde su perspectiva, muchas mujeres y adolescentes se están “apalancando” en la sentencia para no culminar embarazos y legalizar los abortos. También hizo referencia a la promiscuidad y la “vida sexual desbordada” como causa de los abortos practicados en el distrito y de los embarazos no deseados.

Desde la perspectiva de la profesional en medicina, la sentencia no debería ser tan amplia y debe regularse más, porque no puede permitirse que “en todos los casos la mujer tenga derecho a abortar alegando que no lo quiere tener y ya”. Manifestó, que desde su concepto médico se sumaron patologías que no deberían hacer parte de la sentencia.

Igualmente se debe tener en cuenta que la profesional en medicina de la **institución 1** es objetora de conciencia, y cabe destacar que, según la Constitución Política de Colombia tiene derecho a serlo, pero la IPS debería replantearse su cargo de coordinación médica, teniendo en cuenta que estos preceptos morales y religiosos podrían influir en la implementación de la sentencia en la institución.

- Respecto a la **institución 2**, su director general que tiene un cargo directivo en la Federación Colombiana de Ginecología y Obstetricia mostró una postura liberal y acorde con lo planteado en la sentencia, haciendo referencia a la salud mental como uno de los componentes que se tienen en cuenta para autorizar una IVE, y reconoce que existen barreras frente a este tema, porque se solicitan otros requisitos a los planteados en la Sentencia, además señaló que hace algunos años, cuando Alejandro Ordoñez fungía como Procurador General se le exigió a las IPS la lista de quienes eran objetores de conciencia y quiénes no y así perseguir en el ejercicio de su profesión a los y las profesionales que practicaban IVE.

También manifestó que hace falta la adecuación de equipos médicos y capacitación técnica en la mayoría de clínicas del país, y que por tanto, las IVE con más de 20 semanas se complican porque no se cuenta con la capacidad instalada ni con el recurso humano. Relaciona al igual que la coordinadora medica de la **institución 1**, que el conocimiento más claro que tienen de la sentencia es en lo referido a los casos de abuso sexual, que es en el área que más capacitación han recibido.

- En ninguna de las cuatro instituciones cuentan con un formato de objeción de conciencia, donde los médicos y las médicas puedan informar esto. En la **institución 1** reconocieron una falencia en este sentido y se comprometieron desde el área de calidad a diseñar un formato para tal fin. En la **institución 4** tienen un programa de Interrupción Voluntaria del Embarazo donde solo contratan médicos y médicas que no sean objetores/as de conciencia. Lo anterior demuestra un claro desconocimiento de la Sentencia C-355 de 2006 porque en esta se señala claramente que el reporte de la objeción de conciencia no puede ser verbal sino por escrito.
- El director científico de la **institución 3**, hizo referencia también a la salud mental asegurando que “hay una ventana abierta, para que cualquiera que quiera abortar de manera criminal, apele a que está afectada psicológicamente” corroborando aquí lo que se planteó en la hipótesis, y es que los preceptos morales y religiosos podrían impedir una interpretación objetiva de la sentencia.

5.2.2 Encuestas a los médicos y las medicas de las IPS.

Uno de los objetivos más claros de la investigación es definir el nivel de conocimiento de los y las profesionales en medicina y ginecología acerca de la Sentencia C-355 de 2006 y sus preceptos morales y religiosos con respecto a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), debido a las limitantes y restricciones de las IPS solo se pudieron aplicar cinco encuestas, las cuales fueron diligenciadas por cinco ginecólogos del distrito de Santa Marta que prestan sus servicios profesionales en la **institución 1, 2 y 3**, es importante destacar que en la **institución 1 y 2** los procesos de interrupción voluntaria del embarazo son aplicados únicamente por los especialistas en ginecología, en la **institución 3** estos profesionales fungían como coordinadores de la prestación de este servicio.

La aplicación del instrumento arrojó la siguiente información:

- Solo uno de los cinco ginecólogos manifestó ser objetor de conciencia e indicó que lo reporto por escrito, pero la coordinadora médica de esa institución señaló que no existe un formato para reportarlo oficialmente, es decir, sólo lo ha hecho verbalmente.

Es necesario señalar que en el diseño metodológico se planteó que a través de la identificación de la cantidad de objetores de conciencia se definiría los preceptos morales y religiosos de los médicos y médicas vinculados a los procesos de interrupción voluntaria del embarazo, por lo que se puede definir que en el distrito de Santa Marta son pocos los ginecólogos objetores de conciencia, por tanto, los médicos y las medicas de forma particular no tienen tantos preceptos frente a la interrupción voluntaria del embarazo, no obstante, esto podría atribuirse a que la interpretación que han hecho de la sentencia es incompleta, según lo evidenciado en el trabajo de campo los y las profesionales relacionados al servicio de salud de IVE no conocen el alcance total de las tres causales definidas por la Corte Constitucional.

- Cuatro de los cinco ginecólogos manifestaron que han recibido capacitación técnica y/o jurídica de la Sentencia C-355 2006, tanto por parte de la Secretaría de Salud como por parte de la IPS en la cual prestan sus servicios profesionales, pero ninguna de las cuatro instituciones entregaron evidencia de estos procesos formativos, por tanto no es posible caracterizar los mismos.

Lo anterior demuestra una falencia significativa de la implementación de la sentencia C- 355 de 2006 en el distrito, ya que, no hay constancia de que los profesionales relacionados a los procesos de prestación de servicios de IVE, estén recibiendo o hayan recibido capacitación técnica y/o jurídica referente a este marco normativo, y por ende hay un proceso autónomo de reconocimiento del mismo, que como fue evidenciado en el trabajo de campo, se presta a interpretaciones subjetivas y personales.

- Los cinco ginecólogos demostraron que conocen las tres causales, no obstante es necesario tener en cuenta que en el formato de la encuesta no se planteó una pregunta que permitiera identificar si conocían el alcance real de la causal salud,

que es frente a la cual, hay más desinformación e interpretaciones subjetivas.

Asimismo, cuatro de los cinco manifestaron conocimiento con respecto a los requisitos que se tiene frente a cada causal.

5.2.3 Encuestas A Mujeres En Edad Fértil

Se entrevistaron 50 mujeres en edad reproductiva del Distrito de Santa Marta, en un rango de edad entre 14-40 años, de las cuales el 40% tienen formación profesional-universitaria, el 28 % básica secundaria, 22 % formación técnica o tecnológica, 2% especialización, 2 % básica primaria y 6% maestría o doctorado.

Se abarco geográficamente toda el área urbana de la ciudad, teniendo el 34% de estrato 1, el 14% de estrato 2, el 46% de estrato 3, el 4 % de estrato 4 y el 2% de estrato 6.

De las encuestadas el 40% se encuentra en un rango de edad entre 14-20 años, el 38% entre 21-30 años y el 22% entre 31-40 años.

Con respecto a su vinculación al sistema de salud, el 94 % se encuentra afiliado y el 6% no está afiliado.

De las mujeres vinculadas a la investigación el 56% no usa ningún método anticonceptivo, mientras el 44% sí.

Del total de las encuestadas el 54% considera que hay circunstancias en las cuales las mujeres pueden abortar, el 36% no está de acuerdo con lo anterior y el 10% considera que solo están de acuerdo con la interrupción voluntaria del embarazo cuando se da en las tres causales.

Del total de mujeres que manifestaron estar en contra de la Interrupción Voluntaria del Embarazo ante cualquier circunstancia, el 67 % señaló que está en contra porque considera el aborto un asesinato, y alegan defender la vida siempre, por otro lado, ante los argumentos peligro para la vida de la mujer, temor a un castigo divino y la maternidad como destino ineludible de las mujeres, tienen un 11 % cada uno.

Lo anterior corrobora lo planteado en el marco teórico por la autora Pabón, A., (2017) quien señala que la “despenalización del aborto en el mundo y por supuesto en Colombia va más allá de una cuestión de derecho penal planteado desde la objetividad jurídica, sino que se define desde un planteamiento ideológico producto de unos preceptos morales basados en tesis religiosas”(p.91).

Igualmente se puede señalar que de las encuestadas el 54 % no solicitaría una interrupción voluntaria del embarazo, el 34% si y el 12% solo bajo las tres causales. Con respecto al conocimiento de las causales y los requisitos de la Sentencia C-355 de 2006 se puede indicar que el 54% de las encuestadas conoce las 3 causales, el 28% solo dos causales, el 12% una causal y el 6% ninguna causal.

Al plantear el conocimiento sobre los requisitos frente a cada causal, se señala que el 58 % manifestaron que desconocían estos, el 32% respondió correctamente y el 10% respondió incorrectamente.

Al relacionar el nivel de formación académica y la postura frente al aborto se encontró que de las encuestadas con formación básica primaria y secundaria, el 80 % manifestó que no existen razones por las que las mujeres pueden abortar, el 13 % señaló que sí y el 7% solo en las tres causales.

Por el contrario, el 73 % de las mujeres con formación técnica o tecnológica considera que sí hay razones por las que una mujer puede solicitar un aborto, mientras el 18% considera que no y el 9% solo bajo las tres causales.

Igualmente, el 71% de las mujeres con formación universitaria y de posgrado considera que una mujer si puede tener razones para solicitar una IVE, mientras el 17% considera que no y el 13 % solo en las tres causales.

Lo anterior nos lleva a señalar que entre mayor es la formación académica, se tiene menos preceptos morales y religiosos frente al aborto, y a menos formación académica las mujeres se ubican en una postura radical que sanciona el aborto bajo cualquier circunstancia.

Al analizar la relación entre estrato socio-económico y postura frente al aborto, se encontró que en los estratos 1 y 2 las encuestadas están divididas casi que simétricamente, el 46 % considera que una mujer si puede tener razones para abortar, el 42 % considera que no, y el 13% solo en las tres causales.

Para los estratos socio-económicos 3,4 y 6, el 62% considera que si hay motivos para que las mujeres decidan abortar, mientras el 31% considera que no, y 8% solo en las tres causales.

Con respecto a la edad de las encuestadas y su postura frente al aborto, se estableció que el 60% de las mujeres en un rango de edad entre 14-20 años está totalmente en contra del aborto, mientras un 35% cree que si hay razones por las que una mujer podría abortar y un 5% solo en las 3 causales.

Por el contrario, el 74% de las mujeres entre 21-30 años tienen una posición más liberal frente al aborto, el 21% está en contra y el 5% solo lo aprueba en las 3 causales.

Cuando se analiza el rango de edad entre 31-40 años se encontró que el 55% de las encuestadas considera que las mujeres si pueden tener razones para abortar, mientras el 18 % considera que no y el 27% solo en las tres causales.

Por lo anterior se puede concluir que las mujeres más jóvenes son quienes tienen más prejuicios frente el aborto, sosteniendo una postura más radical que lo sanciona y lo rechaza siempre.

5.2.4 Cantidad de abortos legales practicados.

- Según lo reportado por Secretaría de Salud Distrital la cantidad de abortos practicados en el periodo 2016-2019 fueron:

Tabla 2: Cantidad de abortos legales reportada por la Secretaría de Salud Distrital

2016	No hay reportado ninguno		
2017	Institución 2	Centros Hospitalarios del Caribe	Clínica ESIMED
	1	1	2

2018	Clínica La Milagrosa		
	7		
2019	Clínica el Prado	Clínica La Milagrosa	Institución 4
	1	1	150
TOTAL	163 ABORTOS		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3: Cantidad de abortos legales reportada por institución 2

2016	2017	2018	2019
339	312	297	231
TOTAL	1179		

Fuente: Elaboración propia

No tienen una distinción entre servicios de salud de Interrupción Voluntaria del Embarazo y legrados uterinos por abortos espontáneos o inducidos incompletos.

Tabla 4: Cantidad de abortos reportados por institución 3

2016	2017	2018	2019
0	0	1	3 (corte de agosto 20 de 2019)
TOTAL	4		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5: Cantidad de abortos reportados por institución 1

2016	2017	2018	2019
162	107	0	0
TOTAL	269		

Fuente: Elaboración propia

En 2018 y 2019 no se realizaron legrados porque se cerró el servicio de cirugía.

Tabla 6: Cantidad de abortos reportados por institución 4

2016	2017	2018	2019
50	126	198	365
TOTAL	739		

Fuente: Elaboración propia

- Como lo indican las tablas anteriores, no concuerda el reporte entregado por la Secretaría de Salud acerca de la cantidad de abortos legales practicados en la ciudad de Santa Marta en el periodo 2016-2019 con lo que entregó cada una de las IPS, destacando que las cifras de la **institución 1 y 3** no están señaladas en el informe del ente rector, el cual tampoco indica las cifras globales del año 2016, ni las de la **institución 2** en los años 2018 y 2019.

Cabe señalar también que las cifras indicadas por la **institución 1 y 2** no tienen la distinción entre servicios de salud por Interrupción Voluntaria del Embarazo y legrados uterinos por abortos espontáneos o inducidos incompletos.

Destacando también que la Secretaría de Salud Distrital no tiene el reporte de los años 2016, 2017 y 2018 de **institución 4**, y de 2019 la cifra que reportan no concuerda con la que reporta la institución.

VI. CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

6.1 Conclusiones Generales:

En este proceso de caracterización de la implementación de la sentencia C-355 de 2006 en el distrito de Santa Marta se deben señalar los aciertos y avances que se han tenido, lo primero es destacar que las cuatro instituciones demostraron tener un protocolo adecuado y eficiente para la atención de los casos de violencia sexual (tercera causal), colocando a disposición de las víctimas un equipo multidisciplinario para la atención psicológica y médica de la mujer solicitante, y se evidenció que hay rapidez en la prestación del servicio de IVE cuando se trata de esta causal.

Asimismo, tres de las cuatro instituciones indicaron que contaban con los equipos hospitalarios y la capacidad instalada para llevar a cabo los legrados uterinos, garantizando así la prestación de este servicio en condiciones clínicas idóneas.

Por otro lado, en cuanto al proceso de seguimiento, monitoreo y control por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de salud y su ente rector local, la Secretaría de Salud Distrital, se encontró que este carece de estructura y eficacia frente a la Sentencia C-355 de 2006, lo anterior se puede inferir debido a la incongruencia de cifras estadísticas reportadas por la autoridad en salud de la ciudad y las señaladas por cada una de las

IPS en las que se aplicaron los instrumentos de recolección de información, además porque no se aportó evidencia de un programa de capacitación y formación técnica y jurídica relacionado a la Sentencia C-355 de 2006 que haya sido ejecutado por la Secretaría de Salud, lo cual fue corroborado también por los directores científicos y coordinadores médicos de las instituciones de salud, y se evidencia en la falta de protocolos institucionales para casos de interrupción voluntaria del embarazo, imprecisiones y actuaciones en este tema contrarias a lo planteado por la sentencia C-355 de 2006, a pesar que los médicos y las medicas manifestaron que si habían recibido formación en este tema y se evidencio que conocen, de forma general, las causales y los requisitos frente a cada una.

La Secretaría de Salud Distrital afirma que el proceso de seguimiento a los servicios de salud relacionados a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) no es tan riguroso porque este no es un evento en salud pública que se tenga que reportar debidamente en el Sistema Nacional.

Considerando las estadísticas reportadas, la asignación exclusiva de especialistas en ginecología para lo relacionado a los temas de Interrupción Voluntaria del Embarazo y lo señalado por los coordinadores médicos y directores científicos, se puede concluir que la mayoría de procedimientos médicos relacionados al aborto que se practican en la ciudad de Santa Marta son legrados uterinos, los cuales no son diferenciados entre los que son producto de abortos espontáneos y los que se dan como consecuencia de abortos inducidos incompletos, demostrando que no existe un proceso de seguimiento al interior de las IPS de la implementación de la Sentencia C-355 de 2006 y de la cantidad de solicitudes de Interrupciones voluntaria del embarazo que se recibe y llevan a término en un año.

Por otro lado, al hacer referencia a los preceptos morales y religiosos que tienen los y las profesionales en medicina del distrito de Santa Marta acerca de la Sentencia C-355 de 2006 se puede concluir que, a pesar de que son pocos los ginecólogos objetores de conciencia, no hay una aplicación amplia y sin barreras de la Sentencia C-355 de 2006 debido a la falta de una ruta de atención, la interpretación subjetiva de los coordinadores médicos, directores científicos y profesionales en salud y la falta de seguimiento y monitoreo por parte de la Secretaría de Salud Distrital y el Ministerio de Salud y Protección Social.

No existe un formato de objeción de conciencia en el que los y las profesionales en medicina puedan reportar esto, lo anterior se hace verbalmente, incumpliendo con la Sentencia C-355 de 2006, que define de forma explícita que esto se debe reportar por escrito.

Con respecto al conocimiento de la sentencia y los preceptos morales y religiosos de las mujeres en edad fértil acerca del proceso de la interrupción voluntaria del embarazo se puede concluir que las mujeres más jóvenes y con más bajo nivel de formación académica son quienes tienen más prejuicios frente al aborto legal, y consideran que no hay razones por las cuales las mujeres pueden solicitar un servicio de salud de interrupción voluntaria del embarazo.

Frente al conocimiento de las causales y los requisitos de la Sentencia se encontró que más de la mitad de las mujeres conocen las causales en las que se puede solicitar una interrupción voluntaria del embarazo, no obstante, el instrumento no profundizaba en el conocimiento de ellas acerca del alcance real de la causal salud, que es frente a la que se tienen más interpretaciones subjetivas y desconocimiento. Por el contrario, solo el 10 % de las mujeres encuestadas conoce los requisitos que se deben cumplir para solicitar una IVE.

Teniendo en cuenta lo anterior se hacen los siguientes planteamientos:

6.2. Recomendaciones De Política Pública

- Crear el Grupo de Derechos Sexuales y Reproductivos (**GDRES**) en la Secretaria de Salud Distrital de Santa Marta que diseñe un Plan de Derechos Sexuales y Reproductivos y monitoree la implementación de la sentencia C-355 2006 en todas las instituciones de salud, haciendo visitas trimestrales que comprueben que se esté cumpliendo con la ruta de atención, con la entrega de formatos de objeción de conciencia, y que evalúe el nivel de conocimiento de los profesionales en medicina que prestan el servicio de salud de interrupción voluntaria del embarazo.

El (**GDRES**) se encargará de diseñar e implementar un programa de capacitación y formación técnica y jurídica con enfoque de género y derechos humanos dirigido a los y las profesionales en medicina, ginecología y enfermería.

También se encargará de generar programas de formación salud sexual y reproductiva, en

el cual se enfatice en la Sentencia C-355 de 2006 dirigido a adolescentes, jóvenes y adultas (os) en instituciones educativas y barrios.

- Incluir el servicio de salud de Interrupción Voluntaria del Embarazo como un evento de salud pública para que sea fácil su monitoreo y seguimiento, ya que, la Secretaría de Salud Distrital alega que su proceso de vigilancia y control no es tan riguroso porque la interrupción voluntaria del embarazo no está dentro del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Diseñar y poner en funcionamiento un Sistema de Información Nacional llamado **Aborto Seguro en Colombia (ASEC)** que sea alimentado por todas las instituciones de salud de la Red Prestadora, donde puedan reportar los casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo, señalando la causal por la que se autorizó la IVE, la edad, la formación académica, ciudad de residencia, características étnicas y estrato socio-económico, número de teléfono y correo electrónico, y de esta manera hacerle seguimiento a cada caso y que se le pueda garantizar este derecho fundamental a las mujeres del país.

Este sistema de información también permitirá que las mujeres que desean solicitar un servicio de salud de interrupción voluntaria del embarazo consulten sus derechos frente a este tema, conozcan más ampliamente las causales y los requisitos frente a cada una, los temas de objeción de conciencia, y a dónde acudir en caso de que les rechacen la solicitud de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Además, tendrá un mapa con las IPS que si cumplen la sentencia a cabalidad y sin barreras, las EPS con las que estas IPS tienen convenio, los precios de los procedimientos y las direcciones de estas instituciones de salud.

También podrán reportar las barreras que encuentran en el sistema de salud para acceder a este servicio de salud, y con esto generar alertas que llegarán directamente al Ministerio de Salud y Protección Social.

6.3. Limitantes

La limitante más importante que se tuvo en este trabajo de investigación, fue la falta de respuesta oportuna por parte de algunas instituciones de salud y la Secretaria de Salud Distrital, fue realmente muy desgastante esperar, buscar referidos, números de teléfono

y enviar tantos correos electrónicos para obtener respuesta de las cuatro instituciones que participaron en el proceso de recolección de información y de la autoridad en salud, no obstante, se debe tener en cuenta que algunas no entregaron todo lo solicitado, y no permitieron que se aplicaran las encuestas a los y las profesionales en medicina y ginecología.

Cabe anotar también que se elevó una queja a la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, por las tres instituciones que no respondieron el oficio radicado y por la respuesta incompleta y tardía de la Secretaría de Salud Distrital, pero solo se obtuvo respuesta telefónica de la Supersalud indicando que no les compete hacer ningún tipo de seguimiento o llamado de atención en estos casos, porque se trata de un trabajo de investigación y no una queja por la prestación de un servicio de salud.

6.4 Otras líneas de investigación

Sería importante seguir investigando el desarrollo de los procedimientos médicos relacionados a los abortos legales practicados en el sistema de salud y la existencia de violencia obstétrica en los mismos, esto analizado desde la perspectiva de las mujeres que solicitan un proceso de interrupción voluntaria del embarazo, y de los y las profesionales en salud que prestan este servicio de salud.

Además, sería necesario profundizar en la identificación del nivel de conocimiento y apropiación de la Sentencia C-355 de 2006, pero desde la causal salud, que es frente a la cual se tienen más vacíos e interpretaciones subjetivas, y por supuesto esto llevaría a hacer un análisis riguroso en el país, de los procesos de capacitación y formación técnica y jurídica que son impartidos o no por parte de los entes territoriales y el Ministerio de Salud y Protección Social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abadía, M., (2006) La identidad de la mujer en el derecho penal moderno- El caso del aborto. *Revista de Derecho Público, Universidad de los Andes*. Bogotá D.C.- Colombia. 31(50).

Recuperado de:
https://derechopublico.uniandes.edu.co/index.php?option=com_content&view=article&id=122:1
[a-identidad-de-la-mujer-en-el-derecho-penal-modernoel-caso-del-aborto&catid=9:20&Itemid=40&lang=es](https://derechopublico.uniandes.edu.co/index.php?option=com_content&view=article&id=122:1)

Benavente, M., Valdés, A. (2014), *Políticas Públicas para la Igualdad de Género: Un aporte a la autonomía de las mujeres*. Santiago de Chile, Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Apoyado por Cooperación Española. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37226-politicas-publicas-la-igualdad-genero-un-aporte-la-autonomia-mujeres>

Chaparro, N., García, C., Guzmán, D., Rojas, S., Sandoval, N. *Lejos del derecho (2013) La interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá D.C. – Colombia. Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad: Dejusticia.

Confluencia Nacional de Redes de Mujeres de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA (2007), *Recomendaciones del Comité de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer – CEDAW para el Estado Colombiano*. Recuperado de: <http://bdigital.unal.edu.co/47500/>

Corte Constitucional (2006). Sentencia C-355/06, M. P. Jaime Araujo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández.

Dalen, A., Guzmán, D., Molano, P. (2013), *La regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*. Bogotá D.C. – Colombia. Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad: Dejusticia.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Ministerio de Salud y Protección Social (2014) *Documento técnico - Orientación y asesoría para la interrupción voluntaria del embarazo*. Bogotá D.C. – Colombia. Recuperado de:

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-IVE-DT- Orientacion.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-IVE-DT-Orientacion.pdf)

García, J. (2010), *Consideraciones sobre la despenalización del aborto en Colombia* (Tesis doctoral). Universidad de Antioquía, Medellín – Colombia

Gómez-Dávila J. (2018), *El aborto: Una mirada desde la salud pública, los derechos y la justicia social*, Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 69 (53-64)

Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v69n1/es_2463-0225-rcog-69-01-00053.pdf

González, A., Castro, L. (2016) *Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*. Bogotá D.C. – Colombia. Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Recuperado de: <http://www.clacaidigital.info/handle/123456789/996>

González, Ana (2018) *Objeción de conciencia, bioética y derechos humanos: una perspectiva desde Colombia*. Universidad de Barcelona - Observatorio de Bioética y Derecho y FLACSO Argentina. Revista de Bioética y Derecho. 42 (105-126). Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n42/1886-5887-bioetica-42-00105.pdf>

Hernández Sampieri, R; et al (2001). *Metodología de la Investigación*. 6ª. Ediciones McGraw- Hill. México, D.F., Pág. 600.

Mesa por la vida y la Salud de las Mujeres (2007) *La lucha por la despenalización del aborto en Colombia*. Recuperado de: https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/1.-La-lucha-por-la-despenalizaci_n-del-aborto-en-Colombia.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2016) ABECÉ - Interrupción Voluntaria del Embarazo: Un derecho humano para las mujeres, Bogotá D.C. – Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-maternidad-elegida.pdf>

Montaño, S. (2012), *La política de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Colombia: Un avance en la garantía de la autonomía física de las mujeres*. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Apoyado por Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Recuperado de: https://oig.cepal.org/sites/default/files/matriz_ive_colombia-3-definitiva.pdf

Ordoñez-Matamoros, G. (Ed.). (2013). *Manual de Análisis y Diseño de Políticas Públicas*. Bogotá D.C., Colombia. Editorial Universidad Externado de Colombia, p.p. 309 Organización de las Naciones Unidas – ONU (2005) *Caso K.L vs Perú, Comité de Derechos Humanos*. Recuperado de:

https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/PER/INT_CCPR_NGO_PER_14421_E.pdf

Pabón, A. (2017), *Liberalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo: Propuesta desde la democracia consensual*, Bogotá D.C. Editorial Universidad Libre, p.p. 291. Recuperado de: <http://www.unilibre.edu.co/bogota/ul/noticias/noticias-universitarias/3097-liberalizacion-de-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-propuesta-desde-la-democracia-consensual>

Presidencia de la Republica (2012) *Lineamientos de la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres*, Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Bogotá – Colombia. Recuperado de: <http://www.equidadmujer.gov.co/Documents/Lineamientos-politica-publica-equidad-de-genero.pdf>

Ramos, S. (2016) *Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe: Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. Distrito Federal, México. Estudios Demográficos y Urbanos. 31 (833- 860).

Roth, A. (2018) *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá D.C. Ediciones Aurora, p.p. 358.

Young, I. (2000) *La justicia y política de la diferencia*. Madrid (España). Ediciones Catedra, p.p. 45

