

lejos del derecho

La interrupción voluntaria
del embarazo en el Sistema
General de Seguridad
Social en Salud



Nina Chaparro
Catherin García
Diana Guzmán
Silvia Rojas
Nathalia Sandoval

LEJOS DEL DERECHO

LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

lejos^{del} derecho

La interrupción voluntaria
del embarazo en el Sistema
General de Seguridad Social
en Salud

Nina Chaparro
Catherin García
Diana Guzmán
Silvia Rojas
Nathalia Sandoval

CoLección
Dejusticia

Chaparro, Nina, Catherin García, Diana Guzmán, Silvia Rojas,
Nathalia Sandoval

Lejos del derecho. La interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema
General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Centro de Estudios de
Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia, 2013

102 p; 15 x 24 cm (Colección Dejusticia)

ISBN 978-958-57978-7-1

1. Acceso a la Interrupción voluntaria del embarazo (IVE). 2. Marco
normativo IVE - Colombia. 3. Sistema General de la Seguridad Social en
Salud - Colombia 4. Médicos e IVE. 5. Aborto. 6. Derechos humanos y
salud.

Agradecemos muy especialmente a Annika Dalén,
pues fue fundamental por su trabajo durante
la primera fase de la investigación,
y posteriormente aportó comentarios invaluable al texto.

ISBN 978-958-57978-7-1

Preparación editorial
Marta Rojas

Maqueta de la colección
Martha Isabel Gómez

Revisión de textos
María José Díaz Granados

Cubierta
Alejandro Ospina

Impresión
Ediciones Antropos

Primera edición
Bogotá, D.C., noviembre de 2013

Este texto puede ser descargado gratuitamente
en <http://www.dejusticia.org>

© Dejusticia, 2013
Carrera 24 N° 34-61, Bogotá D. C.
Teléfono: 608 3605
www.dejusticia.org

Contenido

Introducción	8
Capítulo 1 La oferta de servicios de salud para la IVE a nivel normativo	14
Obligaciones generales y específicas de los prestadores del servicio de salud en relación con la IVE	17
Acceso a los servicios de salud previstos para la práctica de la IVE: requisitos, procedimientos y rutas	25
Condiciones para el acceso efectivo a la IVE	36
Después de la práctica de la IVE	48
Sobre la hipótesis de partida en relación con el marco normativo	53
Capítulo 2 Acceso a los servicios de salud para la práctica de la IVE	56
Los servicios de salud para la IVE: entre perspectivas moralistas y falta de políticas públicas	58
Los factores que impiden o facilitan que la mujer intente acceder a los servicios de salud de IVE	62
Instituciones médicas disponibles	70
Profesionales disponibles y capacitados	73
Atención médica y administrativa en las IPS	77
Percepción de los médicos sobre la IVE y las causales en las que está permitida	82
Conclusiones y recomendaciones	88
Referencias	94
Anexo	101

Introducción

En el año 2006 se produjo en Colombia un cambio normativo paradigmático en relación con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Mediante la sentencia C-355, la Corte Constitucional despenalizó el aborto en tres circunstancias específicas, en las cuales resulta desproporcionado para los derechos de las mujeres obligarlas a llevar a término el embarazo:

i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer; ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida; y iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto (p. 287).

A partir de dicha decisión se empezó a reconocer que las mujeres que se encuentran en las tres circunstancias despenalizadas tienen el derecho fundamental a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo (en adelante IVE) y, en consecuencia, el Estado tiene obligaciones concretas destinadas a garantizar dicho derecho. De esta forma, nuestro ordenamiento constitucional reconoce que, además de no poder ser penalizadas por el hecho de abortar, las mujeres que se encuentran en alguno de los tres supuestos señalados tienen derecho a acceder a la IVE en condiciones que permitan la garantía efectiva e integral de sus derechos sexuales y reproductivos. De acuerdo con los estándares internacionales y la jurisprudencia constitucional en la materia, esto implica que el Estado está obligado a garantizar la existencia de procedimientos seguros,

económicos y oportunos, así como a remover los obstáculos que puedan enfrentar las mujeres para acceder a ellos.¹

Esto genera retos importantes para el Estado, pues debe desarrollar un conjunto de medidas y políticas destinadas a garantizar la prestación de los servicios de salud que resulten necesarios para que las mujeres puedan acceder a la IVE. En este sentido, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante SGSSS) juega un papel importante en la forma como se garanticen los derechos de las mujeres, pues es en su ámbito de competencias en donde se juega en la práctica el acceso efectivo a la IVE. Por tanto, es también central en la implementación de la despenalización parcial del aborto y en el cumplimiento efectivo de las subreglas jurisprudenciales desarrolladas por la Corte Constitucional con el fin de avanzar en el cumplimiento de la sentencia C-355 de 2006.

No obstante, diversos informes y documentos producidos por las organizaciones sociales que trabajan en el seguimiento a la implementación de la sentencia han evidenciado que las mujeres siguen enfrentando obstáculos importantes para acceder a la IVE y, en esa medida, no pueden gozar efectivamente de sus derechos sexuales y reproductivos. Así, por ejemplo, la literatura disponible señala que existen obstáculos de diversa naturaleza que tienen que ver tanto con la valoración cultural que se hace del aborto, fuertemente permeada por creencias

1 Esta obligación se deriva, entre otros, de las siguientes disposiciones contenidas en tratados internacionales de derechos humanos vinculantes para Colombia: i) el artículo 2.2. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece que los Estados Parte tienen la obligación de adoptar “las medidas oportunas para dictar las disposiciones legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos” en dicho pacto; y ii) el artículo 2.c de la Cedaw establece que los Estados Partes deben “adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer”, y luego en el artículo 12 establece que además deberán adoptar “todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”.

de índole religiosa (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2012.), como con la imposición de requisitos adicionales a los establecidos en la jurisprudencia constitucional para que las mujeres puedan acceder a los procedimientos correspondientes (Dalén, 2013).

El objetivo de este documento es explorar cómo el sistema de salud garantiza el ejercicio del derecho a la IVE, e identificar y documentar posibles barreras que estén enfrentando las mujeres para gozar de ese derecho, y que tengan relación directa con la estructura y el funcionamiento del SGSSS. Por ello, nos preguntamos cuál es la oferta normativa y efectiva que tiene el sistema en relación con la IVE, con el fin de identificar si esta resulta adecuada para garantizar el acceso de las mujeres a los servicios médicos necesarios para la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo segura, pronta y económica.

Aunque las barreras que enfrentan las mujeres han sido identificadas y advertidas por diversas organizaciones sociales, este documento pretende aportar a la documentación de dichas barreras en uno de los campos que hasta ahora han tenido menos atención o desarrollo en los documentos previamente producidos, que es justamente el SGSSS a nivel normativo y empírico. En esa medida, contribuye a profundizar en el conocimiento sobre aquellos factores que afectan o impiden el acceso a la IVE.

Para aportar evidencia empírica valiosa sobre las barreras existentes y la forma como operan, la investigación que soporta este documento tiene dos características fundamentales. En primer lugar, llevamos a cabo trabajo de campo en tres ciudades del país, entre junio y agosto de 2013, con el fin de identificar posibles diferencias regionales; en este sentido, la investigación da cuenta de las barreras existentes en Bogotá, Cali y Cartagena. Estas ciudades fueron escogidas atendiendo tres criterios fundamentales: pertenecen a regiones distintas, tienen diferencias significativas en términos socioeconómicos y culturales, y cuentan con ofertas institucionales con ni-

veles distintos de desarrollo.² Además, aunque los hallazgos no sean generalizables, sí permiten hacer algunas inferencias sobre lo que podría estar ocurriendo en las otras regiones en las que la presencia institucional es menor, pues este factor podría contribuir a acentuar las barreras. En otras palabras, especialmente en Bogotá y Cali, dado que la presencia de instituciones prestadoras de servicios de salud tiende a ser mayor y más especializada, se esperaría que cuenten también con mejores condiciones para garantizar el acceso a la IVE y, por tanto, en ellas las barreras podrían ser menos profundas o más fácilmente removibles. De allí que la presencia de factores que retrasan o impiden la IVE en estas ciudades, podría implicar

2 Para esta selección primero llevamos a cabo una caracterización preliminar de las ciudades principales de tres regiones del país: Caribe, Pacífica y Andina, que son aquellas en las cuales Dejusticia tenía trabajo previo en materia de derechos de las mujeres y son relevantes para los propósitos de la presente investigación por cuanto, por una parte, tienen contextos socioculturales diferentes entre sí y, por la otra, de acuerdo con la información preliminarmente obtenida parecían concentrar la mayor demanda de IVE del país. La caracterización tomó en cuenta tres variables fundamentales: i) socioeconómica, al considerar el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI), el porcentaje de población femenina, el porcentaje de población que se autoreconoce como indígena o afrocolombiana y el nivel de escolaridad; ii) indicadores relacionados con derechos sexuales y reproductivos, lo cual implicó considerar el índice de mortalidad materna, la tasa de mortalidad perinatal, las defunciones fetales y el porcentaje de mujeres víctimas de violencia sexual; iii) la oferta institucional general del SGSSS, específicamente en lo que tiene que ver con el nivel de aseguramiento y la disponibilidad de instituciones prestadoras de salud. Culminada la caracterización, escogimos a Bogotá, en representación de la región Andina, por ser la ciudad con más amplia oferta institucional y por contar con instituciones específicamente creadas para promover el acceso efectivo de las mujeres a la IVE. Cali, de la región Pacífica, por cuanto allí se concentran la mayoría de los servicios de salud en la región, por contar con IPS de mayor complejidad que los del resto de la zona y por tener una importante presencia de mujeres afrocolombianas, lo cual nos ofrecía una oportunidad para explorar posibles diferencias en el acceso efectivo a la IVE en razón a la pertenencia a minorías étnicas y raciales. Y Cartagena, de la región Caribe, pues en comparación con las otras ciudades analizadas, tiene niveles significativamente más altos de pobreza y NBI, así como por concentrar también importantes porcentajes de población afrocolombiana. Además, esta ciudad no tenía niveles importantes de presencia institucional, así que ofrecía la posibilidad de analizar cómo funciona la IVE en contextos con pocos prestadores de servicios de salud.

que en las otras zonas del país las mujeres enfrentan situaciones aún más problemáticas para el acceso a aquella.

En segundo lugar, además de retomar información cuantitativa producida por las instancias oficiales competentes, la investigación nos permite producir datos cualitativos relevantes, pues llevamos a cabo entrevistas semiestructuradas a funcionarios de las instituciones del Estado que hacen parte del sector salud y que tienen funciones relacionadas con la implementación de la sentencia, y a prestadores de servicios de salud sexual y reproductiva, públicos y privados, tanto en el ámbito administrativo, como en la prestación directa de los mismos. Esto nos permite ofrecer información sobre cómo funciona el sistema y cuál es la perspectiva de quienes están encargados de atender a las mujeres que deciden acceder a la IVE. Además, entrevistamos también a organizaciones sociales que trabajan en derechos sexuales y reproductivos, y a expertos y expertas en materia de IVE. Todo esto en las tres ciudades en las que llevamos a cabo trabajo de campo.³

El documento se divide en tres partes. En la primera presentamos la oferta en materia de IVE del SGSSS a nivel normativo. Para esto ofrecemos una descripción del marco constitucional, legal y reglamentario que regula los servicios de salud de IVE y el acceso a los mismos. En la segunda parte sistematizamos los principales hallazgos de la investigación que realizamos en las tres ciudades antes indicadas. En la tercera presentamos algunas conclusiones del ejercicio de investigación y a partir de las mismas construimos una serie de recomendaciones dirigidas al sector salud, con el fin de fortalecer aquellos aspectos que afectan el acceso efectivo de las mujeres a la IVE.

3 En total llevamos a cabo 21 entrevistas semiestructuradas, que fueron sistematizadas para el análisis propuesto más adelante en el documento.

Capítulo 1

La oferta de servicios de salud para la IVE a nivel normativo

La despenalización parcial del aborto en Colombia no solamente ha tenido consecuencias en el campo penal, al excluir la posibilidad de penalizar ciertas conductas, sino que también ha implicado la adopción de cambios en el SGSSS con el fin de asegurar el acceso a la IVE. La pregunta que surge es entonces cuál es el alcance que han tenido dichas modificaciones, y si resultan suficientes para garantizar el goce efectivo de este derecho.

Dentro de la investigación esta pregunta adquirió una especial relevancia, pues una de las hipótesis que surgieron a partir de las primeras entrevistas realizadas con personas del sector salud es que en Colombia el marco jurídico sobre interrupción voluntaria del embarazo no es muy conocido por quienes deben prestar los servicios de salud. Esto se atribuye a que no identifican un cuerpo normativo único y claro al que se puedan dirigir para establecer el contenido del mismo, y por eso se considera que no existe o que por lo menos no es claro.

Esta percepción parece surgir de dos hechos importantes. El primero es que los principales lineamientos en la materia son jurisprudenciales y no legales, por lo cual para algunos actores del SGSSS y relacionados con este no los valoran como igualmente vinculantes¹ y, en todo caso, al ser múltiples y diversos no son del todo conocidos. El segundo es que la principal regulación en la materia, el Decreto 4444 de 2006 del Minis-

1 Entrevista Funcionario Público 1.

terio de Salud, fue declarada nula por el Consejo de Estado,² y por tanto no es claro si las directivas desarrolladas a partir del mismo siguen vigentes o no.³ Además, las otras normas que pretenden regular el tema han sido igualmente demandas.

Por eso empezamos por reconstruir ese marco normativo de la manera más detallada posible. Este ejercicio, además de ser relevante para falsear o corroborar esa hipótesis de partida, es importante para este documento por dos razones adicionales. Por una parte, porque ofrece la posibilidad de hacer un análisis detallado de la normatividad existente con el fin de identificar sus alcances y límites desde una perspectiva de derechos humanos propia de un Estado social y democrático de derecho, como el colombiano. Por la otra, porque nos sirve como punto de partida para analizar las prácticas y las barreras identificadas en el trabajo de campo a la luz del marco normativo existente.

Este ejercicio nos permite, entonces, establecer con mayor claridad si existen barreras que se derivan directamente del marco normativo existente (o inexistente), si algunas se generan por la inobservancia del mismo, y otras por la interpretación que restringen de manera excesiva los derechos de las mujeres en función de perspectivas ideológicas que se ponen por encima de la jurisprudencia.

En esta sección, entonces, nos ocupamos de describir el marco normativo que regula los servicios de salud en materia

2 Consejo de Estado, sentencia 20080025600 de marzo 18 de 2013, sección primera, C.P. María Claudia Rojas Lasso. El Consejo de Estado declaró la nulidad del decreto por considerar que se refería, entre otros, a temas relacionados con derechos fundamentales, que tienen reserva de ley estatutaria, y por tanto no pueden ser regulados por el Gobierno Nacional, sino por el Legislativo.

3 Para efectos de este documento, con el fin de desarrollar el argumento jurídico sin entrar en el debate técnico sobre las vigencias, optamos por no incluir la Resolución 4905 de 2006 en la reconstrucción. En todo caso, entendemos que su contenido normativo se encuentra ya presente en la jurisprudencia constitucional, respecto de la cual no hay discusión sobre su vigencia y obligatoriedad para los actores del sistema, e incluso en la Circular 003 de 2013 de la Superintendencia de Salud.

de IVE en Colombia. Para esto retomamos, en primer lugar, las principales subreglas jurisprudenciales desarrolladas por la Corte Constitucional. Estas son especialmente importantes en esta reconstrucción, pues es la jurisprudencia constitucional la que permitió la despenalización del aborto, y posteriormente la que ha venido definiendo el contenido y alcance del derecho a la IVE. En segundo lugar, las disposiciones jurídicas vigentes que resultan obligatorias para todos los operadores del servicio. En este sentido, retomamos tanto las disposiciones relevantes de la Ley 100 de 1993, como los decretos, las resoluciones y las directivas que tienen relación directa o indirecta con la IVE.

Hemos organizado los principales aspectos del marco normativo en cuatro partes principales. En la primera nos referimos a las obligaciones generales que tiene el SGSSS y los prestadores de servicios de salud en relación con la IVE. En la segunda nos centramos en el acceso a la IVE. Para esto retomamos los requisitos que deben acreditarse para el acceso, y los servicios de salud a los cuales se puede efectivamente acceder, que son aquellos previstos por el sistema de salud para estos casos. En la tercera nos referimos a las condiciones bajo las cuales debe ser practicada la IVE. En este sentido, enfatizamos algunos derechos que deben ser garantizados a las mujeres, y los límites constitucionalmente establecidos a las actuaciones de los prestadores. Finalmente, en la cuarta nos referimos a lo que prevé el sistema para las mujeres que ya se han practicado la IVE, es decir, nos centramos en el después del procedimiento.

Obligaciones generales y específicas de los prestadores del servicio de salud en relación con la IVE

La Corte Constitucional ha reconocido y reiterado que el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en los tres casos en los que ha sido despenalizado el aborto es un derecho humano que hace parte de los derechos sexuales y reproduc-

tivos.⁴ En consecuencia, surgen para el Estado y para los prestadores de los servicios de salud un conjunto de obligaciones en relación con las mujeres que desean acceder a la práctica de la IVE y que se encuentran en alguna de las tres causales establecidas y previamente citadas.

En este sentido, para el Estado surgen las obligaciones generales de respeto y garantía que tiene en materia de derechos humanos. En virtud de la primera debe adoptar todas las políticas y medidas que resulten necesarias para asegurar que las mujeres puedan acceder efectivamente a la IVE, así como llevar a cabo todas las reformas que sean necesarias para remover los obstáculos normativos y prácticos que puedan enfrentar.⁵ En virtud de la segunda debe abstenerse de interferir en el ejercicio del derecho, y por tanto, debe evitar poner trabas para que las mujeres accedan a los servicios de salud que requieren para la práctica de la IVE.⁶ Al mismo tiempo, surgen obligaciones específicas tanto para el Estado como para los particulares que presten servicios de salud. A continuación nos referimos a aquellas que han tenido especial desarrollo en la jurisprudencia constitucional.

Obligación de promover y asegurar la capacitación de profesionales en el procedimiento de la IVE

El Ministerio de Salud es el organismo encargado⁷ de la formulación y evaluación de la Política de Talento Humano en

4 Al respecto, la Corte Constitucional, en sentencia T-388 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto, ha señalado que “Las mujeres puestas bajo las hipótesis contenidas en la sentencia C-355 de 2006 gozan del derecho a decidir libres de presión, coacción, apremio, manipulación y, en general, cualquier suerte de intervenciones inadmisibles respecto de la interrupción voluntaria de su embarazo. Es este un derecho de las mujeres quienes aún colocadas en los supuestos allí determinados también pueden elegir con libertad llevar a término su embarazo”.

5 Véase, entre otros, Cedaw, artículos 2.c y 12.

6 Esto, pues de lo contrario se violarían derechos reconocidos en la Cedaw, PIDCP, CADH (arts. 4, 5, 6, 7, 11-2 y 17, entre otros).

7 Departamento Administrativo de la Función Pública (Decreto 4107 de 2011, art. 2, num. 11).

Salud,⁸ que incluye un componente sobre formación o capacitación continua del talento humano en salud.⁹ Como parte de esta política, también se incluye la articulación entre los programas de educación ofrecidos por instituciones educativas para que respondan a las necesidades y competencias que el Sistema de Salud requiera a través del Ministerio de Salud.¹⁰ En toda esta política concurren entidades territoriales, sociedades científicas, centros de formación y empleadores.

Además, el Ministerio de Salud tiene entre sus funciones la asistencia técnica a entidades territoriales en materia de salud¹¹ y, a su vez, las entidades territoriales tienen la misma función de asistencia a entidades municipales de su jurisdicción.¹² De esa forma, los municipios pueden recibir este tipo de asistencia por parte de los niveles nacional y departamental cuando necesiten capacitar a sus profesionales en técnicas específicas, como por ejemplo, en aspiración al vacío dentro de los procedimientos para realizar la IVE.

Obligación de vigilancia y control en relación con la IVE como derecho fundamental

Con el fin de asegurar que el SGSSS funcione adecuadamente en relación con los servicios de IVE y contribuya a la garantía efectiva del derecho, el Estado tiene la obligación de vigilar y controlar la actuación de los prestadores de servicios de salud. Dicha vigilancia y control del SGSSS la realizan el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y los jefes de

8 “Por Talento Humano en Salud se entiende todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud” (art. 1, Ley 1164 de 2007).

9 Ley 1438 de 2011, artículo 98.

10 Ley 1164 de 2007, artículo 13.

11 Departamento Administrativo de la Función Pública (Decreto 4107 de 2011, art. 2, num. 29).

12 Ley 715 de 2001, artículo 43.1.3.

las entidades territoriales.¹³ La Superintendencia de Salud ejerce la mayoría de estas funciones con poder sancionatorio, entre las que se destacan: verificación de la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS) por cada EPS en el territorio nacional,¹⁴ vigilancia en el cumplimiento de las normas que regula el SGSSS,¹⁵ protección de los derechos de los usuarios,¹⁶ y velar “por que la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud”.¹⁷

En el marco de dichas funciones la Corte Constitucional, a través de varios pronunciamientos, dio una serie de órdenes a la Superintendencia con el fin de asegurar la protección efectiva del derecho fundamental de las mujeres a la IVE. Estas se pueden resumir en los siguientes puntos:

- i) Adopción de medidas para que EPS e IPS en todos los niveles territoriales:
 - a. Cuenten con profesionales idóneos para la realización de IVE.¹⁸
 - b. Se abstengan de incurrir en exigencias adicionales inadmisibles.¹⁹
 - c. Cuenten con protocolos de diagnóstico rápido para determinar si una mujer embarazada se encuentra incurso en la causal salud.²⁰
- ii) El inicio de acciones tendentes para informar a las EPS e IPS que:

13 Ley 100 de 1993, artículo 170.

14 Ley 100 de 1993, artículo 162 par. 3.

15 Ley 1122 de 2007, artículo 39 literal c.

16 Ley 1122 de 2007, art. 39 literal d.

17 Ley 1122 de 2007, art. 39 literal e.

18 Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto.

19 *Ibid.*

20 Corte Constitucional, sentencia T-585 de 2010, M. P. Humberto Sierra Porto.

- a. Respondan las solicitudes de IVE en forma oportuna y si es médicamente posible, en un plazo razonable de cinco días.²¹
- b. Refrenden o refuten los certificados médicos de profesionales externos a la red de prestadores en el plazo razonable de cinco días, o de lo contrario realicen la IVE.²²
- c. No exijan ningún límite temporal para la realización de la IVE bajo las causales permitidas por la sentencia C-355. Cada caso en concreto deberá ser establecido por el médico tratante quien determinará su viabilidad.²³

En virtud de estas órdenes, la Superintendencia expidió en abril de 2013 la Circular 003. En esta se imparten instrucciones que contienen todas las subreglas constitucionales ya referidas en materia de IVE que resultan de obligatorio cumplimiento para los prestadores del servicio de salud, entidades administradoras y entidades territoriales. Lo anterior implica que si durante el proceso de atención a una mujer que solicita IVE, dichas entidades desobedecen lo establecido por la Corte y reiterado por la Superintendencia en calidad de instrucciones, esta puede sancionar tal inoperancia de la normativa legal en virtud de sus funciones de vigilancia y control.

Finalmente, cabe rescatar el papel que tiene la Procuraduría General de la Nación en materia de derechos humanos. Si bien este organismo de control no hace parte directa del SGSSS, ni tiene funciones de vigilancia y control específicamente asignadas en este sistema, sus funciones constitucionales de vigilancia en torno al cumplimiento de decisiones judiciales,²⁴ protección de los derechos humanos y aseguramiento de su efectividad²⁵ se tornan absolutamente indispensables en la

21 Corte Constitucional, sentencia T-841 de 2011, M. P. Humberto Sierra Porto.

22 *Ibid.*

23 *Ibid.*

24 Constitución Política de Colombia (art. 277, num. 1).

25 Constitución Política de Colombia (art. 277, num. 2).

materialización de los derechos sexuales y reproductivos (DSR), especialmente en el derecho a la interrupción del embarazo. De acuerdo con esto, estaría entonces llamada a realizar acciones tendentes a lograr la correcta implementación de la sentencia C-355 de 2006 y a garantizar el goce efectivo del derecho de acceso a la IVE por parte de las mujeres.

Obligación de difundir la sentencia C-355 de 2006 y los derechos sexuales y reproductivos

Una de las funciones principales del Ministerio de Salud como órgano rector del SGSSS es “promover acciones para la divulgación del reconocimiento y goce de los derechos de las personas en materia de salud”.²⁶ En consonancia con esta función la Corte Constitucional²⁷ estableció que existe por parte de los actores del SGSSS la obligación de promocionar y difundir los DSR y el contenido de la sentencia C-355 de 2006 para satisfacer el derecho al acceso informado a la IVE. En la providencia mencionada también se aclaró que tal obligación no solo está en cabeza del Ministerio de Salud, sino también del Ministerio de Educación, la Procuraduría, la Defensoría del Pueblo y la Superintendencia Nacional de Salud.

Obligación de brindar información suficiente, amplia y adecuada para llevar a cabo la IVE

Le corresponde a las entidades del SGSSS “orientar a las mujeres gestantes que cumplen con las condiciones establecidas en la sentencia C-355 de 2006, sobre los lugares y los médicos en donde de manera oportuna y adecuada les pueden practicar la interrupción del embarazo”.²⁸ Así mismo lo estableció la circular 03 de 2013 de la Superintendencia Nacional de Salud, por

26 Departamento Administrativo de la Función Pública (Decreto 4107 de 2011, art. 2, num. 24).

27 Sentencia T-388 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto.

28 Corte Constitucional, sentencia T-209 de 2008, M. P. Clara Inés Vargas..

la cual se imparten instrucciones sobre la IVE a prestadores del servicio de salud, entidades administradoras y entidades territoriales, en la que señala que estas deben:

- 1) Brindar a todas las mujeres información, suficiente, amplia y adecuada, así como orientación, apoyo y acompañamiento en relación con las alternativas terapéuticas disponibles en la prestación de servicios de IVE, a fin de facilitar el acceso oportuno y eficiente a dichos servicios y permitir que puedan tomar una decisión informada en ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye, el derecho a estar plenamente informadas respecto al alcance de las sentencias de la Corte Constitucional y de la presente Circular. 2) Informar al Ministerio de Salud y Protección Social acerca de las instituciones, dentro de su red, habilitadas para prestar servicios de IVE de baja, mediana y alta complejidad, que cuentan con profesionales dispuestos a proveer los servicios del IVE.

El derecho a la información es transversal y debe garantizarse en todos los encuentros que tenga la mujer con el personal médico. Así las cosas, las entidades nombradas tienen la obligación de brindar en todas las etapas del proceso —urgencias, medicina general, consulta especializada, etc.— información suficiente, amplia y adecuada a la mujer con respecto a las alternativas que tiene en la prestación de servicios de la IVE, los riesgos y los procedimientos.²⁹ Esta garantía de información es fundamental pues de ella depende el acceso oportuno y eficiente a los servicios, y posteriormente, la decisión informada y voluntaria en ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. Así mismo, dichas instituciones también deberán informar al Ministerio de Salud y Protección Social sobre las instituciones que cuentan con profesionales aptos para prestar los servicios de la IVE.

29 Ley 23 de 1981, artículos 11 y 15 y Decreto 3380 de 1981, artículo 10. Sobre el deber de los médicos de proporcionar toda la información relativa a un tratamiento véase Corte Constitucional, sentencias T-597 de 2001, M. P. Rodrigo Escobar Gil, T-762 de 2004, M. P. Jaime Araújo Rentería y T-1131 de 2004, M. P. Humberto Sierra Porto.

Obligación de brindar atención efectiva y diferenciada a grupos de especial protección

El SGSSS dispone que la atención y prestación de servicios de salud ha de ser diferenciada en ciertos grupos poblacionales de especial protección. Para el caso concreto de la IVE, son sujetos de especial protección las menores de edad³⁰ y las mujeres en estado de embarazo y lactantes.³¹ Lo anterior implica que el sistema debe brindar atención priorizada e integral a esta población en cualquier requerimiento de salud, incluida la IVE, así como en las afecciones que “signifiquen un riesgo para la vida de la madre [o] la viabilidad del producto”.³² Así mismo, se establece que los casos de violencia sexual deben ser tratados como una urgencia médica, por lo que la provisión de servicios, incluyendo el acceso a IVE, no está restringida por el régimen de aseguramiento de la mujer o el nivel de complejidad de la entidad a la que acuda, y debe brindarse atención integral en salud, con profesionales especializados, a través de servicios con cobertura suficiente, accesibles y de calidad, entre otros, en donde se promueva el respeto de las decisiones de las mujeres sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.³³

30 “Artículo 27 - Código de Infancia y Adolescencia. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud. En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación”.

31 “Artículo 166, Ley 100 de 1993. El Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia”.

32 Comisión de Regulación en Salud, Acuerdo 029 de 2011 (art. 26).

33 Al respecto véase la Resolución 459 de 2012. Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, del Ministerio de Salud y Protección Social, y la Ley 1146 de 2007 (art. 9).

Acceso a los servicios de salud previstos para la práctica de la IVE: requisitos, procedimientos y rutas

El SGSSS regula los servicios de salud a través de los cuales puede practicarse la IVE, así como la forma como se puede acceder a ellos. A continuación describimos, primero, las condiciones o los requisitos que se exigen para acceder; segundo, los servicios de salud previstos para la práctica de la IVE y otros a los que podrían acceder las mujeres que se encuentran en las causales despenalizadas; y tercero, las rutas jurídicas posibles para acceder efectivamente a dichos servicios.

Requisitos para el acceso a la IVE

A continuación sistematizamos las condiciones o los requisitos que son necesarios para que las mujeres puedan acceder a la práctica de la IVE, para lo cual los agrupamos en dos: i) generales, que se refieren a aquellos que son comunes al acceso a todo servicio de salud; y ii) específicos, que son aquellos que han sido establecidos de manera particular por la Corte Constitucional para el acceso a la IVE.

Generales

Las mujeres que se encuentren en uno de los tres eventos descritos y que tengan la voluntad de llevar a cabo una IVE en el marco del SGSSS deben, en primera medida, estar afiliadas al Sistema. En términos generales, el SGSSS estableció como uno de sus fines lograr la universalidad en la cobertura para que todos los habitantes del país pudieran estar afiliados al mismo, previo al pago de una cotización o a través de un subsidio financiado con recursos fiscales, de solidaridad o por los entes territoriales.³⁴

Las modalidades establecidas para ser partícipes³⁵ del SGSSS son tres: como afiliado al régimen contributivo,³⁶ como

34 Literal b), artículo 156 de la Ley 100 de 1993.

35 Artículo 157, Ley 100 de 1993.

36 Según el numeral 1, literal A) del artículo 157 de la Ley 100, son

afiliado al régimen subsidiado³⁷ o en la condición de vinculados³⁸ de forma temporal. En ese sentido, una mujer que requiera la IVE debe estar afiliada al sistema por cualquiera de las tres modalidades mencionadas.

Aun cuando los beneficios generales en salud varíen de acuerdo con la afiliación, la Corte Constitucional³⁹ estableció que la práctica de la IVE en las circunstancias despenalizadas debe estar disponible para todas las mujeres que lo requieran sin importar el tipo de afiliación a la seguridad social que tengan, y con independencia de su condición social, económica, edad, capacidad de pago, orientación sexual o etnia. Así mismo, ha establecido para las entidades parte del sistema la prohibición de ejercer prácticas discriminatorias de cualquier índole.⁴⁰

En este sentido, cuando una mujer requiera la IVE y no esté afiliada, es decir, haga parte de la población vinculada temporalmente, habrá dos escenarios de atención dependiendo de la disponibilidad de pago. En el caso en el cual la mujer tiene capacidad de pago, deberá cancelar el servicio y se le establecerá contacto con la EPS del régimen contributivo de su

las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

37 Según numeral 2, del literal A) del artículo 157 de la Ley 100, son la población pobre y vulnerable en las áreas rural y urbana, sin capacidad de pago identificada en los niveles 1 y 2 de la encuesta Sisben, así como las poblaciones especiales que el gobierno ha definido como prioritarias y que no se encuentran afiliadas al régimen contributivo o pertenecen a un régimen especial o de excepción, tales como la población en condición de desplazamiento, comunidades indígenas, desmovilizada del conflicto, población infantil abandonada a cargo del ICBF, personas mayores en centros de protección, población rom.

38 Según el literal B) del artículo 157 de la Ley 100, son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago, y mientras logran ser afiliados y beneficiarios del régimen subsidiado, que a pesar de no contar con un asegurador, es el Estado por intermedio de su red pública el responsable de su atención en salud.

39 Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto.

40 Superintendencia Nacional de Salud, Circular 03 de 2013, instrucción octava.

preferencia. Si no tiene capacidad de pago, será atendida de forma obligatoria y la afiliación se hará a la EPS del régimen subsidiado. Una vez realizada la afiliación, la EPS verificará en un plazo no mayor a 8 días si la persona es elegible para el subsidio en salud y autorizará el servicio, de no serlo, procederá a realizar el cobro de los servicios prestados.⁴¹

Específicos

Además de los requisitos generales que se pueden requerir para el acceso a los servicios de salud, la Corte Constitucional estableció, desde la sentencia C-355 de 2006, requisitos específicos que pretenden acreditar sumariamente la existencia de las causales. Desde entonces la Corte, así como la Superintendencia de Salud, ha venido reiterando que el personal médico y los prestadores del servicio de salud no pueden exigir requisitos adicionales a los establecidos por ella.⁴²

a. Causal violencia sexual

Para esta causal, que se presenta en casos de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto, la Corte⁴³ ha establecido que la mujer que solicite la IVE debe presentar únicamente la copia de la denuncia penal. Esto quiere decir que no son necesarios documentos adicionales como exámenes de medicina legal u órdenes judiciales, pues “debe partirse de la buena fe y responsabilidad de la mu-

41 Artículo 32, Ley 1438 de 2011.

42 “Los médicos o el personal administrativo no puede exigir documentos o requisitos adicionales a los mencionados en el numeral primero con el fin de abstenerse de practicar o autorizar un procedimiento de IVE [...] 15.- El Sistema de Seguridad Social en Salud no puede imponer barreras administrativas que posterguen innecesariamente la prestación del servicio de IVE”. Corte Constitucional, sentencia T-209 de 2008, M. P. Clara Inés Vargas. En este mismo sentido, véase la Circular 003 de 2013 de la Superintendencia de Salud, instrucción segunda, numeral 5.

43 Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto.

jer que denunció tal hecho”.⁴⁴ Asimismo, la Corte ha reiterado que en los casos que encierre esta hipótesis

la negativa o la dilación injustificada en la autorización del procedimiento de IVE vulnera los derechos a la integridad, a la libertad, a la dignidad, entre otros, de las mujeres que no son remitidas de forma oportuna y adecuada a un centro de servicios médicos en donde los profesionales de la salud les aseguren la interrupción del embarazo,⁴⁵

En otras palabras, cualquier mujer que acuda con una denuncia penal⁴⁶ por los delitos de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o incesto, tiene el derecho de solicitar la IVE y el profesional debe proceder a ordenarla directamente.⁴⁷

Si el caso fuera de una niña menor de 14 años el requisito desaparece puesto que la violación se presume. En ese sentido ha señalado la Corte⁴⁸ que “la violación se presume por tratarse de una mujer menor de catorce (14) años, la exhibición de la denuncia se torna en una mera formalidad y la falta de la misma no puede ser un pretexto para dilatar la interrupción del embarazo”.

Este requisito es además recogido por el Ministerio de Salud a través de la Resolución 459 de 2012, por medio de la cual adoptó el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.⁴⁹ Este protocolo incluye

44 Corte Constitucional, sentencia C-355 de 2006, MM. PP. Clara Inés Vargas y Jaime Araújo Rentería.

45 Corte Constitucional, sentencia T-209 de 2008, M. P. Clara Inés Vargas.

46 Teniendo en cuenta la excepción ya mencionada para niñas menores de 14 años.

47 En estos casos no se puede ordenar una valoración psicológica para determinar si realmente el hecho delictivo ocurrió, como se puso de presente por la Corte Constitucional (2007).

48 Corte Constitucional, sentencia T-209 de 2008, M. P. Clara Inés Vargas.

49 En la Ley 1146 de 2007 se establece la obligación del Ministerio de Salud (en ese entonces Ministerio de la Protección Social) de formular un protocolo de diagnóstico y atención para niños, niñas y

una ruta de atención específica en materia de IVE y contiene los parámetros determinados por la Corte Constitucional.⁵⁰

Asimismo, cuando se solicite la interrupción del embarazo de una mujer en condición de discapacidad, “con limitaciones físicas, psíquicas y sensoriales que le imposibilitan la manifestación libre y directa del consentimiento”,⁵¹ que ha sido víctima de acceso carnal violento, los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales deberán abstenerse de elevar obstáculos de orden formal.⁵²

b. Causal de malformación incompatible con la vida extrauterina

En relación con esta causal la Corte Constitucional estableció que el único requisito para poder acceder a la IVE es un certificado de un profesional de la salud que diagnostique tal malformación.⁵³ Para ello, las instituciones que presten servicios en salud tienen la obligación de “ordenar las valoraciones necesarias para que los especialistas en la salud determinen si el caso se enmarca en la hipótesis de grave malformación del

adolescentes víctimas de violencia sexual dirigido a IPS y profesionales de la salud. Ley 1257 de 2008 que establece que dicho Ministerio “Elaborará o actualizará los protocolos y las guías de actuación de las instituciones de salud y de su personal ante los casos de violencia contra las mujeres. En el marco de la presente ley, para la elaboración de los protocolos el Ministerio tendrá especial cuidado en la atención protección de las víctimas” (art. 13 num. 1). Finalmente, el artículo 5 del Decreto 4796 de 2011 adoptará el Modelo y Protocolo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual.

50 Para mayor detalle véase: Ministerio de la Protección Social y UNFPA (2011). Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20A%20V%C3%8DCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>

51 Corte Constitucional, sentencia T-988 de 2007. MM.PP. Humberto Antonio Sierra Porto.

52 Circular 03 de 2013. Superintendencia Nacional de Salud, Instrucción Tercera.

53 Corte Constitucional, sentencia C-355 de 2006, MM. PP. Clara Inés Vargas y Jaime Araújo Rentería.

feto que haga inviable su vida para determinar en ese marco, y bajo parámetros estrictamente científicos, la viabilidad de la intervención”,⁵⁴ pues solo ellos tienen los conocimientos y la autoridad para hacer determinaciones de este tipo.

c. Causal de riesgo para la vida o salud de la mujer

Al igual que para la anterior, la Corte⁵⁵ estableció que el único requisito para acceder a la IVE es la presentación de un certificado de un profesional en salud que califique el riesgo para la vida o salud de la mujer. En este punto la Corte entendió que salud no solamente implica el aspecto físico sino también el mental,⁵⁶ y dejó la posibilidad de que el profesional en salud que emita el certificado no tenga necesariamente la calidad de especialista en alguna rama de la medicina. Así, también pueden ser emitidas por profesionales como psicólogos⁵⁷ o psiquiatras, razón por la que especificó que “una entidad pública no está en posición de descalificar el concepto de un profesional de la salud pues carece de los conocimientos médicos para ello”,⁵⁸ incluyendo los conceptos emitidos por psicólogos.⁵⁹

Los servicios ofrecidos para la práctica de la IVE

Si la mujer solicita la IVE como afiliada al sistema, ya sea mediante el régimen contributivo o el subsidiado, tiene derecho

54 Corte Constitucional, sentencia T-636 de 2006, M. P. Luis Ernesto Vargas Silva.

55 Corte Constitucional, sentencia C-355 de 2006, MM. PP. Clara Inés Vargas y Jaime Araújo.

56 “Esta hipótesis no cobija exclusivamente la afectación de la salud física de la mujer gestante sino también aquellos casos en los cuales resulta afectada su salud mental. Recuérdese que el derecho a la salud, a la luz del artículo 12 del PIDESC supone el derecho al goce del más alto nivel posible de salud física y mental, y el embarazo puede causar una situación de angustia severa o, incluso graves alteraciones psíquicas que justifiquen su interrupción según certificación médica”. Véase también Corte Constitucional, sentencia T-841 de 2011, M. P. Humberto Sierra Porto.

57 Ver Ley 1090 de 2006.

58 Corte Constitucional, sentencia T-841 de 2011, M. P. Humberto Sierra Porto.

59 Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto.

a acceder a un plan obligatorio de salud (POS)⁶⁰ en el que se contemplan distintos métodos para la realización segura de la IVE. Este conjunto de servicios básicos en salud que contiene dicho plan es el mismo para los dos regímenes⁶¹ y su prestación se encuentra a cargo de las entidades promotoras de salud (EPS) por medio de las instituciones prestadoras del servicio (IPS) con las que tengan convenio para tal efecto.⁶²

Para el caso en particular del procedimiento de la IVE,⁶³ en el POS se incluyen tres mecanismos: el misoprostol,⁶⁴ las

60 Es un conjunto básico de servicios de salud, a que tienen derecho los afiliados al régimen contributivo y subsidiado y el cual incluye educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y el suministro de medicamentos esenciales, en los diferentes niveles de complejidad (art. 7, Decreto 806 de 1998).

61 Mediante el acuerdo 27 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) el POS se unificó para la población mayor de 60 años; y mediante el Acuerdo 32 de 2012 de la CRES se unificó para las personas de 18 a 59 años de edad. En la actualidad no existen diferencias en los planes de servicios para los regímenes contributivo y subsidiado, y este se encuentra integrado y actualizado en el Acuerdo 29 de 2011 de la misma entidad.

62 Artículo 1, Resolución 5261 de 1994 de Ministerio de Salud y artículo 159, Ley 100 de 1993.

63 Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012), es recomendado que el aborto por medicamentos se realice con dosis combinadas de mifepristona y misoprostol o dosis repetidas de misoprostol en lugares en donde el primer medicamento no se encuentre disponible; y para abortos quirúrgicos, son recomendados los procedimientos de aspiración al vacío, manual y eléctrica y la dilatación y evacuación, según las semanas de gestación; se recomienda igualmente que la técnica de aspiración al vacío reemplace la dilatación y el curetaje, tradicionalmente utilizados en los centros de salud.

64 El misoprostol como medicamento para realizar IVE en las circunstancias establecidas en la sentencia C-355 de 2006, fue autorizado por el Invima, mediante Acta 20 de 2007, y fue incluido en el POS en virtud del Acuerdo 034 de 2012 de la Comisión de Regulación en Salud. En virtud de la sentencia de 15 de noviembre de 2012, sección primera, C. P. María Claudia Rojas Lasso del Consejo de Estado, se recomienda al Invima reconsiderar la inclusión de la franja violeta en las etiquetas del medicamento misoprostol —los medicamentos con franja violeta, son aquellos que por su potencial de causar daño y dependencia son restringidos en su comercialización, por lo que su venta es exclusivamente bajo fórmula médica y se distinguen por una franja violeta que llevan en su empaque con la inscripción de medicamento de control especial—. Se señala en el fallo que en el numeral 2.3.12 del Acta 29 de 2001, la Comisión Revisora del Invima indicó el significado de “control especial” para los medicamentos que con-

técnicas de aspiración al vacío⁶⁵ y la dilatación y legrado.⁶⁶ El primero tiende a ser más económico y seguro que los otros dos procedimientos, por tratarse de un medicamento que no requiere de una intervención excesiva en el cuerpo de las mujeres. Es decir, es el método menos invasivo y eso ofrece ventajas importantes. No obstante, su aprobación para uso ginecológico solo se produjo seis años después de la sentencia C-355, a pesar de que ha sido considerado durante años por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un medicamento esencial, clave para la práctica de la IVE.⁶⁷

tienen este principio activo, refiriéndose únicamente a la venta con estricta fórmula médica y retención de la misma, mas no requiere de franja violeta por no tener capacidad adictiva según lo había indicado la misma Comisión Revisora desde el año 1995 (Acta 21 de 1995); a pesar de ello, de acuerdo con el artículo 73 del Decreto 677 de 1995, que regula las etiquetas de medicamentos sometidos a control especial, todos los medicamentos que sean clasificados como de control especial, independientemente de que puedan causar dependencia o no, deben tener en sus etiquetas una franja de color violeta y su venta al público debe ser bajo fórmula médica y vigilada por el Fondo Nacional de Estupefacientes, a fin de prevenir una futura amenaza del derecho colectivo a la salubridad pública. Concluyó el Consejo de Estado, que “no solo los medicamentos que causan dependencia deben contener en sus etiquetas la franja violeta, sino todos aquellos clasificados como de control especial, al constituir la franja violeta una importante advertencia respecto del contenido y efectos del medicamento, de tal manera que el Invima deberá reconsiderar la posibilidad de incluir la franja violeta en los empaques y etiquetas del Misoprostol y en consecuencia está obligada a acatar la recomendación emitida por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, toda vez que se encuentra amparada en la estricta observancia de una norma de superior jerarquía, y tiene como fin prevenir a la consumidora del contenido y efectos del este medicamento”.

65 La aspiración al vacío, tanto manual endouterina con aspirador plástico pequeño (AMEU) como eléctrica endouterina (AEEU), fue incluida inicialmente en el POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado en el Acuerdo 350 de 2006 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (derogado por el Acuerdo 29 de 2011).

66 En el anexo 2 del Acuerdo 29 de 2011 se incluye la aspiración al vacío, CUPS 695101, nivel 2; y la dilatación y legrado para terminación del embarazo, CUPS 750201, nivel 3.

67 Si bien, como se expuso, ya se encuentran incluidos en el POS otros métodos para la práctica de la IVE, de acuerdo con la OMS el uso masivo del misoprostol con fines ginecológicos constituye el método más barato, eficaz y accesible que existe en la actualidad para llevar a cabo la IVE. Esto lo convierte en el método más idóneo para que el Estado cumpla con su obligación de garantía de que las mujeres “accedan al procedimiento en condiciones de oportunidad, cali-

Además de los mecanismos a través de los cuales puede practicarse la IVE, hay otros servicios que si bien no están previstos explícitamente para ella, son fundamentales a nivel diagnóstico o de tratamiento. En relación con el diagnóstico, por ejemplo, en materia de salud sexual y reproductiva, el POS también incluye toda la atención de promoción de la salud y prevención de la enfermedad,⁶⁸ detección temprana de las alteraciones del embarazo,⁶⁹ y las atenciones en salud que sean necesarias para el proceso de gestación.⁷⁰ Entre dichas alteraciones se incluyen las afecciones, complicaciones y enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y la normal culminación de la gestación o que signifiquen riesgos para la vida de la mujer, la viabilidad o la supervivencia del recién nacido, servicios que resultan de especial importancia para la atención de situaciones inmersas en las causales en que se avala la realización de la IVE, como por ejemplo, en los casos de malformación del feto o de riesgo para la vida o la salud de la mujer.

En relación con el tratamiento, el POS incluye otras medidas que pueden ser brindadas a las mujeres que deseen acceder o hayan accedido a la IVE. Así, por ejemplo, se prevé la atención psicológica y psiquiátrica para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica,⁷¹ lo cual es fundamental para aquellas que se encuentran en la causal violencia.

Vías de entrada al Sistema General de Seguridad Social para la práctica de la IVE

En el caso de la IVE hemos encontrado dos rutas a través de las cuales las mujeres pueden acceder a su práctica: por un lado, a través del servicio de urgencias y, por el otro, la cita de

dad y seguridad” (Harper *et al.*, 2006).

68 CRES, Acuerdo 29 de 2011, artículo 12.

69 Ministerio de Salud, Resolución 412 de 2000.

70 CRES, Acuerdo 29 de 2011, artículo 26.

71 CRES, Acuerdo 29 de 2011, artículo 18.

medicina general.⁷² Por urgencias suelen entrar las personas que se encuentren en estado de alteración de la integridad física, funcional o mental por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometa la vida o la funcionalidad.⁷³ Así, por ejemplo, para la realización de la IVE caben eventos de violencia sexual y, en determinadas circunstancias, la existencia real o potencial de un riesgo para la vida o la salud de la mujer en estado de embarazo o la malformación fetal. Al entrar por esta ruta se espera que la mujer reciba una atención oportuna de servicios de salud, con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras, mediante tecnologías en salud.

La prestación de servicios que se da en esta atención de urgencias es de cobertura amplia. Esto significa que el paciente que sea atendido no requiere contrato ni autorización previa de la EPS, la atención en urgencias debe ser prestada en su fase inicial⁷⁴ de forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud y a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago.⁷⁵ Lo anterior quiere decir que para los casos de IVE, cualquier mu-

72 Artículo 2, Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud. Es importante tener en cuenta que la atención de urgencias y de consulta de medicina general, como servicios de baja complejidad a cargo de las EPS o entidades territoriales, debe garantizarse de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados (art. 5, Decreto 4747 de 2007 del Ministerio de la Protección Social), o en su defecto en la mayor accesibilidad posible (art. 48, Acuerdo 29 de 2011 de la CRES).

73 CRES, Acuerdo 29 de 2011, artículo 4.

74 Artículo 16, Decreto 806 de 1998. La fase inicial se entiende como todas las acciones realizadas en el marco de la atención de urgencias de acuerdo al nivel de atención y al grado de complejidad, que busca la estabilización de los signos vitales, la realización de un diagnóstico de impresión, la definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencias (art. 4, Acuerdo 29 de 2011 de la CRES).

75 Artículo 168, Ley 100 de 1993. “La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa” (art. 20, Ley 1122 de 2007), “Parágrafo. Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país”.

jer que se encuentre en una situación que comprometa su vida o funcionalidad, por ejemplo, sin que influya su tipo de afiliación o capacidad de pago, tiene derecho a recibir una atención de urgencias en cualquier entidad pública o privada para que le realicen el procedimiento o le den la información adecuada en torno a una decisión libre y voluntaria con respecto a sus derechos sexuales y reproductivos.

El segundo modo de acceso al sistema⁷⁶ es la cita a medicina general. En esta se hace una valoración y orientación por parte del médico de los problemas relacionados con la salud.⁷⁷ En los casos de IVE, cabe resaltar que la mujer tiene derecho a obtener de manera oportuna un diagnóstico de su estado de salud con el fin de conocer con precisión cuáles son los procedimientos, tratamientos o medicamentos que requiere⁷⁸ para realizar la interrupción del embarazo.

En esta primera cita general pueden advertirse o no las causales para una IVE. Por ejemplo, cuando exista riesgo para la vida o salud de la mujer, o un certificado externo que cerciore la inviabilidad de la vida del feto por malformación, el médico puede constatar la existencia de una de las tres causales. Sin embargo, en los casos en los que el médico general no puede tener seguridad de su diagnóstico o la mujer requiera atención especializada de mayor complejidad,⁷⁹ debe ser remitida de forma obligatoria⁸⁰ a una atención especializada, conforme al

76 Artículos 5 y 97, Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud.

77 La Corte Constitucional, en sentencia T-760 de 2008, M. P. Manuel José Cepeda, ha establecido que “toda persona tienen derecho a acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud”. De acuerdo con el artículo 4 del Acuerdo 29 de 2011 de la CRES, se entiende que esta incluye: la anamnesis, la toma de signos vitales, el examen físico, la definición de impresión diagnóstica y el plan de tratamiento en cualquier fase de la atención: promoción, prevención, curación, rehabilitación o paliación.

78 Circular 03 de 2013. Superintendencia Nacional de Salud, Instrucción Novena.

79 Ministerio de Salud, Resolución 5261 de 1994, artículo 7.

80 La cual debe contener como mínimo una historia clínica completa en la que se especifique el motivo de la remisión, los tratamien-

sistema de referencia y contrarreferencia, y a través de la red de servicios asistenciales que establezca cada EPS.⁸¹

Finalmente, la Corte Constitucional⁸² y la Superintendencia Nacional de Salud han señalado que existe la obligación para los entes territoriales y para todas las entidades e instituciones que conforman el sistema de salud “de garantizar un número adecuado de proveedores habilitados para prestar los servicios de IVE de acuerdo con sus disposiciones, para el acceso real y la atención oportuna de las gestantes que requieran servicios de IVE en todos los grados de complejidad” (p. 30). Así mismo, deberán contar con profesionales de la salud sensibilizados en género y capacitados en la prestación de servicios de IVE.⁸³

Condiciones para el acceso efectivo a la IVE

La Corte Constitucional ha establecido en varios de sus pronunciamientos⁸⁴ que el servicio de la IVE debe garantizarse de manera real, con una atención oportuna, en todos los grados de complejidad,⁸⁵ y debe encontrarse disponible en todo el territorio nacional⁸⁶ siguiendo estrictamente las reglas de referencia y contrarreferencia.⁸⁷ A continuación profundizamos en

tos y resultados previos.

81 CRES, Acuerdo 29 de 2011, artículo 15.

82 Corte Constitucional, sentencia T-209 de 2008, M. P. Clara Inés Vargas.

83 Circular 03 de 2013, Superintendencia Nacional de Salud, instrucción segunda, numeral 1.

84 Corte Constitucional, sentencias T-209 de 2008, M. P. Clara Inés Vargas; T-946 de 2008, M. P. Jaime Córdoba Triviño; T-988 de 2007, M. P. Humberto Sierra Porto; T-388 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto.

85 Al respecto reitera, Circular 03 de 2013, Superintendencia Nacional de Salud, instrucción segunda, numeral 4.

86 Circular 03 de 2013, Superintendencia Nacional de Salud, instrucción segunda, numeral 6: corresponde a los entes territoriales vigilar que los servicios de IVE estén disponibles en todo el territorio nacional, así mismo deben contar con una amplia red pública que garantice la prestación del servicio de IVE.

87 Circular 03 de 2013, Superintendencia Nacional de Salud, instrucción segunda, numeral 3.

las condiciones bajo las cuales deben prestarse los servicios de IVE, desde una perspectiva de derechos humanos.

Prohibición de hacer exigencias que obstaculicen la práctica de la IVE

De acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Constitucional, “está terminantemente prohibido elevar obstáculos, exigencias o barreras adicionales a las establecidas en la referida sentencia C-355 para la práctica del aborto en los supuestos allí previstos”.⁸⁸ Algunas de estas exigencias adicionales identificadas por la Corte en varios pronunciamientos fueron recogidas y a su vez impartidas como instrucciones en la circular 03 de 2013 de la Superintendencia Nacional de Salud⁸⁹ dirigidas a los prestadores de servicio de salud, entidades administradores y entidades territoriales.

La Circular 03 de 2013 señala expresamente el conjunto de obligaciones de respeto y de garantía en cabeza del Estado y de los promotores del servicio público de salud que implican el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en condiciones de igualdad, calidad y oportunidad, con perspectiva de género, y hace énfasis en la prohibición de generar obstáculos o requisitos adicionales en la IVE. Dentro de las actuaciones prohibidas, al igual que la Corte Constitucional,⁹⁰ enuncia las siguientes:

- i) Realizar juntas médicas, de revisión o de aprobación por auditores que ocasionan tiempos de espera injustificados para la práctica del aborto inducido;
- ii) Impedir a las niñas menores de 14 años en estado de gravidez exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo, cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicha interrupción;

88 Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto.

89 Superintendencia de Salud, Circular 03 de 2013, instrucción segunda.

90 Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto.

iii) Imponer requisitos adicionales, verbigracia, exigir: a) dictámenes de medicina forense; b) órdenes judiciales; c) exámenes de salud que no son practicados de manera oportuna; d) autorización por parte de familiares, asesores jurídicos, auditores, médicos y pluralidad de galenos;

iv) Alegar objeción de conciencia colectiva que desencadena, a su turno, objeciones de conciencia, institucionales e infundadas;

v) Suscribir pactos —individuales o conjuntos— para negarse a practicar la interrupción del embarazo;

vi) Acogerse a formatos o plantillas de adhesión que incidan en que las entidades hospitalarias no cuenten en su planta de personal con médicos dispuestos a prestar los servicios de interrupción voluntaria del embarazo, sea por cuanto estos (as) profesionales de la medicina son víctimas de discriminación en el momento en que se efectúa su vinculación laboral o por cuanto, una vez vinculados (as), reciben presiones en el sentido de abstenerse de practicar abortos;

vii) Descalificar conceptos médicos expedidos por psicólogos a quienes Ley 1090 de 2006 les reconoce el status de profesionales de la salud;

viii) Ser reticentes en cumplir a cabalidad con las reglas de referencia y contrarreferencia imprescindibles para atender eventos en los que el servicio médico —en este caso la práctica del aborto inducido— no está disponible en el centro hospitalario al que acude la paciente;

ix) No disponer dentro de algunas redes públicas de prestadores del servicio de salud en los niveles departamental, distrital y municipal del servicio de interrupción voluntaria del embarazo.

Los obstáculos nombrados serán desarrollados con más profundidad en párrafos posteriores, al hablar de las otras condiciones bajo las cuales se debe prestar el servicio. No obstante, de forma general se debe decir que su enumeración no es taxativa sino enunciativa. Además de lo anterior, reiteran la Corte Constitucional⁹¹ y la Superintendencia de Salud que no debe incidir el carácter laico o confesional que tenga la entidad prestadora pues todas se encuentran en la obligación de prestar el servicio y, por ende, deben contar con profesionales de la

91 *Ibid.*

salud sensibilizados en género y capacitados en la prestación de servicios de la IVE.⁹²

Oportunidad en la remisión y el diagnóstico rápido en la IVE

Si bien los métodos mediante los cuales se realiza la IVE están consagrados en el POS y un médico general puede ordenar la IVE, si sus condiciones técnicas y científicas se lo permiten⁹³, la aspiración al vacío y el legrado se encuentran en niveles 2 y 3 de complejidad, razón por la que en la mayoría de casos se hace necesaria la remisión a un médico especialista para la práctica del procedimiento. A este respecto estableció la Corte Constitucional⁹⁴ que es “deber de las EPS e IPS contar con protocolos de diagnóstico rápido”,⁹⁵ que sean oportunos e integrales, en los cuales también se incluya la valoración de la salud mental de la mujer.

La remisión implica un nivel superior de complejidad que debe hacerse a través del sistema de referencia y contrarreferencia del SGSSS. Este hace alusión, en el término de referencia, al envío de pacientes por parte de un prestador de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que dé respuesta a las necesidades de salud. Por su parte, en contrarreferencia, se alude a la “respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió”.⁹⁶ Al respecto se ha establecido el deber de EPS e IPS de garantizar el funcionamiento de este sistema para la adecuada prestación de servicios de IVE.⁹⁷

92 Superintendencia de Salud, Circular 03 de 2013, instrucción 2.1.

93 Ministerio de Salud, Resolución 5261 de 1994, artículo 95, parágrafo.

94 Corte Constitucional, sentencia T-585 de 2010, M. P. Humberto Sierra Porto.

95 Superintendencia de Salud, Circular 003 de 2013, instrucción 9.

96 Decreto 4747 de 2007, artículos 3.e y 17, y Ley 100 de 1993, artículo 162, parágrafo 5.

97 Superintendencia de Salud, Circular 003 de 2013, instrucción 2.3.

La remisión puede requerir autorización previa de la EPS. Este trámite administrativo que corresponderá hacerse entre IPS y EPS debe ocurrir máximo en un plazo de cinco días hábiles,⁹⁸ dos días hábiles si el servicio es de carácter prioritario,⁹⁹ y de seis horas si se trata de atención en urgencias,¹⁰⁰ sin que lo anterior afecte la salud del paciente. Una vez autorizada la remisión se fechará la cita con el especialista para que este realice el diagnóstico rápido, cita que en virtud de los principios de accesibilidad y calidad debe ser fijada con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno.¹⁰¹

El Ministerio de Salud no estableció el término en el que debe remitirse un paciente al especialista, sino que lo limitó a la disponibilidad de la oferta.¹⁰² No obstante, señaló que las EPS tienen la obligación de tener agenda disponible de especialistas todos los días hábiles del año. De igual forma, para el caso de mujeres en estado de gravidez debe darse un trato prioritario y será el profesional tratante quien defina un término para la consulta especializada. En este caso, la EPS gestionará la cita buscando que en lo posible esta sea asignada en el término establecido por el profesional.¹⁰³

celeridad en la práctica de la IVE

Una vez la mujer ha decidido preliminarmente optar por la IVE con base en la información proporcionada por el personal médico que la ha atendido, y cuenta con los requisitos generales y específicos previamente identificados, los prestadores del servicio de salud deben proceder con el procedimiento

98 Decreto 19 de 2012, artículos 120 y 125.

99 Ministerio de la Protección Social, Resolución 3047 de 2008, artículo 7.

100 Decreto 4747 de 2007, artículo 14.

101 Ley 1122 de 2007, artículo 23.

102 Decreto 19 de 2012, artículo 124.

103 Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1552 de 2013, artículo 1 parágrafo 2.

en el menor tiempo posible. La Corte Constitucional¹⁰⁴ ha señalado que este lapso no debe superar los cinco días, habida cuenta que debe cumplir con los requisitos de celeridad y de prestación oportuna del servicio médico. Si se sobrepasara este límite de tiempo, la materialización del derecho a la IVE se complicaría por la edad gestacional de la mujer¹⁰⁵ y podría llegar a violar un derecho reconocido como fundamental.

Con el fin de garantizar la celeridad en el procedimiento, la Corte Constitucional¹⁰⁶ ha señalado que no podrán realizarse juntas médicas, comités técnico-científicos (CTC) y comités de ética, de revisión o aprobación de la IVE, entre otros. Dicha subregla constitucional tiene asidero en el mismo SGSSS dado que, por un lado, las funciones de los CTC se centran en autorizar o no la prestación de servicios no incluidos en el POS¹⁰⁷ y, como se señaló, los métodos médicos y quirúrgicos para llevar a cabo la IVE ya hacen parte del POS, por lo que no necesitan una nueva aprobación. Por otro lado, las funciones de la Comisión de Ética hospitalaria se centran en la participación social de la prestación de servicios de salud¹⁰⁸ existentes en las IPS, funciones que se relacionan más con promoción y veeduría de los derechos de los usuarios que con la aprobación de prestación de servicios de salud como la IVE.

104 Corte Constitucional, sentencia T-841 de 2011, M. P. Humberto Sierra Porto.

105 Corte Constitucional, sentencias T-209 de 2008, M. P. Clara Inés Vargas, y T-841 de 2011, M. P. Humberto Sierra Porto. Superintendencia de Salud, Circular 003 de 2013, instrucción 11.

106 Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto.

107 Ley 1438 de 2011, artículo 26. Véase también la Resolución 3099 de 2008 del Ministerio de la Protección Social en sus artículos 1 a 8. Sobre este tema hay que tener en cuenta que si bien la Ley 1438 de 2011 creó a su vez la Junta Técnico-Científica de Pares de la Superintendencia Nacional de Salud, la reglamentación de esta todavía no se ha expedido, por lo que en el entretanto los CTC seguirán funcionando como lo venían haciendo por disposición expresa del artículo 27 de la Ley 1438.

108 Decreto 1757 de 1994, artículo 16 y Resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Salud, artículo 3.

Por su parte, las juntas médicas están definidas por la ley como “la interconsulta o la asesoría solicitada por el médico tratante a uno o más profesionales teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas del paciente”,¹⁰⁹ y aunque esta definición en principio no resultara contraria a la IVE pues no pone en duda la inclusión de los métodos en el POS ni genera autorizaciones adicionales para su realización, en palabras de la Corte Constitucional¹¹⁰ dichas juntas, y en general cualquier instancia adicional, generan tiempos injustificados que obstaculizan el acceso a la IVE.

Los casos de IVE están amparados por el secreto profesional

La historia clínica de un paciente es considerada por el SGSSS como un documento privado sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros en los casos previstos por la ley y previa autorización del paciente.¹¹¹ En ese sentido, este documento tiene secreto profesional, por lo cual médicos y, en general, el personal de salud, están obligados a guardar confidencialidad en todo lo “que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido”.¹¹² Por referencia a las normas del sistema de salud la IVE también tendría secreto profesional puesto que no existe norma que diga lo contrario. Esta presunción es reafirmada por la subregla de la Corte Constitucional¹¹³ cuando señala que:

Las personas profesionales de la salud y, en general, el personal de salud que atiende la solicitud de las mujeres relativa a la interrupción voluntaria de su embarazo están obligados a ofrecer plena garantía de confidencialidad y, en consecuencia, a respetar el derecho de las mujeres a la intimidad y a la dignidad. Guardar el secreto profesional

109 Decreto 3380 de 1981, artículo 15.

110 *Ibid.*

111 Ley 23 de 1981, artículo 34.

112 Ley 23 de 1981, artículo 37.

113 Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto.

se convierte en una obligación de primer orden para los prestadores de servicios de salud en relación con este tópico.

De esta forma, por mandato constitucional, la IVE se encuentra dentro de los tópicos que tienen secreto profesional, y en ese orden de ideas, todo el personal médico que sepa sobre el procedimiento de una interrupción del embarazo tiene la obligación de guardar confidencialidad y, en consecuencia, como lo señala la Corte, respetar el derecho de las mujeres a su intimidad y dignidad.

Consentimiento informado y decisión de la mujer

Como lo habíamos mencionado, le corresponde a las entidades del sistema de salud orientar a las mujeres en estado de gravidez dando información suficiente, amplia y adecuada sobre la IVE. La finalidad principal de este deber es que la mujer tenga la libertad de escoger si quiere o no que le realicen el procedimiento de la interrupción y mediante qué método. Esta manifestación de consentimiento informado debe tomarse de forma autónoma y libre de presiones, lo que implica que no se puede solicitar la autorización de terceros para la realización del procedimiento, como familiares y esposos,¹¹⁴ así como tampoco a las EPS, IPS, entidades territoriales o médicos.¹¹⁵

Con respecto a los casos donde quien solicite la IVE sea una menor de edad en las causales de salud y malformación del feto, la jurisprudencia de la Corte Constitucional¹¹⁶ ha reconocido que ante cualquier procedimiento médico tienen

la titularidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad y la posibilidad de consentir tratamientos e intervenciones sobre su cuer-

114 Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto; Corte Constitucional, sentencia T-009 de 2009, M. P. Manuel José Cepeda; Corte Constitucional, sentencia T-841 de 2011, M. P. Humberto Sierra Porto.

115 Superintendencia de Salud, Circular 003 de 2013, instrucción 5.

116 Corte Constitucional, sentencia C-355 de 2006, MM. PP. Clara Inés Vargas y Jaime Araújo Rentería.

po, aun cuando tengan un carácter altamente invasivo. En esta medida, descarta que criterios de carácter meramente objetivos, como la edad, sean los únicos determinantes para establecer el alcance del consentimiento libremente formulado por los menores para autorizar tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo.

En ese sentido, una menor de edad puede dar su consentimiento previo, libre e informado sobre el sometimiento a un procedimiento de IVE si se encuentra en alguna de las causas despenalizadas aun cuando sus padres no estuvieran de acuerdo con la decisión.¹¹⁷

Adicionalmente, ha referido la citada Corporación que en los casos donde una mujer en condición de discapacidad solicite la IVE por las causales de riesgo para la salud, violencia sexual o malformación fetal, la mujer puede tomar la decisión de realizar o no la IVE si su discapacidad no produce “obnubilación total que le impida manifestar su consentimiento”,¹¹⁸ sin necesidad de presentar una sentencia judicial de interdicción o autorización judicial para la práctica de la IVE.¹¹⁹ Vale la pena reiterar que cada caso deberá tener una valoración médica sobre el tipo y nivel de discapacidad de la mujer.

Autorización del procedimiento

Como habíamos indicado, una vez se acredite la causal, con copia de la denuncia penal o certificado de médico general o especialista para los casos correspondientes, y se manifieste por parte de la mujer su consentimiento libre e informado para realizar la IVE, el profesional de la salud ordenará el procedimiento que deberá realizarse en un lapso no mayor a cinco días desde la solicitud. En la autorización que hace la

117 Corte Constitucional, sentencia C-355 de 2006, MM. PP. Clara Inés Vargas y Jaime Araújo Rentería; Corte Constitucional, sentencia T-209 de 2008, M. P. Clara Inés Vargas; Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto.

118 Corte Constitucional, sentencia C-355 de 2006, MM. PP. Clara Inés Vargas y Jaime Araújo Rentería.

119 Corte Constitucional, sentencia T-988 de 2007, M. P. Humberto Sierra Porto.

EPS¹²⁰ se encuentra prohibido por subregla jurisprudencial de la Corte Constitucional¹²¹ “censurar las decisiones autónomas de las mujeres sobre su salud y su autonomía sexual y reproductiva” en tanto que su papel se limita a “evaluar, desde el punto de vista de la prestación efectiva del servicio y la garantía del derecho al acceso a la salud, si la IVE es procedente en cada caso concreto”.

En la eventualidad de que la mujer que solicita la IVE presente un certificado médico que acredite una causal, y este sea externo a la red de prestadores de la EPS a la cual se encuentra afiliada, la EPS podrá, si lo considera pertinente desde el punto de vista médico, refutar o refrendar dicho certificado a través de un profesional de la salud adscrito a su entidad, situación que no podrá exceder los cinco días mencionados entre la solicitud y la práctica del procedimiento. Señala la Corte Constitucional¹²² que sobrepasar este lapso implica para las EPS perder la posibilidad de refutar o refrendar y, en consecuencia, el certificado del médico externo cobra validez para la realización de la IVE.¹²³

Finalmente, la sentencia C-355 de 2006 no estableció restricción temporal para la práctica de la IVE, es decir, no señaló hasta qué edad gestacional puede una mujer solicitar la interrupción. De lo anterior se entiende que la edad gestacional avanzada de una mujer no puede convertirse en obstáculo para acceder a los procedimientos de la IVE, salvo que existan criterios médicos que para cada caso en concreto lo determinen. Así lo ha referido la Corte¹²⁴ señalando que “la decisión

120 La Circular 03 de 2013 de la Superintendencia de Salud estableció, en su instrucción 15, la obligación por parte de EPS, IPS y entidades territoriales de cumplir con lo establecido en la sentencia C-355 y demás decisiones que determinen parámetros en materia de IVE.

121 Corte Constitucional, sentencia T-636 de 2011, M. P. Luis Ernesto Vargas Silva.

122 Corte Constitucional, sentencia T-841 de 2011, M. P. Humberto Sierra Porto.

123 Superintendencia de Salud, Circular 003 de 2013, instrucción 5.

124 Corte Constitucional, sentencia T-841 de 2011, M. P. Humberto

sobre la realización de la IVE en cada etapa de la gestación debe ser tomada en cada caso concreto mediante una ponderación de (i) la causal de que se trate, (ii) de criterios médicos soportados en la condición física y mental particular de la mujer gestante y, en todo caso, (iii) del deseo de la misma".¹²⁵

Límites a la objeción de conciencia

El derecho fundamental a la objeción de conciencia se encuentra garantizado en el marco de la IVE¹²⁶ en relación con los médicos que deban practicarla. No obstante, su ejercicio tiene límites que se derivan de la garantía de otros derechos fundamentales como los sexuales y reproductivos de las mujeres. En ese sentido se ha pronunciado en distintas ocasiones la Corte Constitucional señalando lineamientos obligatorios que deben seguir los médicos objetores de conciencia para hacer uso de este derecho, lineamientos que con posterioridad recogió la Superintendencia Nacional de Salud e impartió como instrucciones a EPS, IPS y demás autoridades de salud en Colombia.¹²⁷ Estos pueden sintetizarse en cuatro puntos:

- i) La objeción de conciencia debe ser ejercida de forma individual por los profesionales de la salud involucrados directamente en el procedimiento. Lo anterior implica que no se puede objetar conciencia de forma colectiva y que solo pueden hacerlo los médicos que realicen el procedimiento directamente.¹²⁸

Sierra Porto.

125 Véase también: Superintendencia de Salud, Circular 03 de 2013, instrucción 12.

126 Objetar conciencia ha sido definido por la Corte Constitucional en sentencia C-728 de 2009, M. P. Gabriel Eduardo Mendoza como "la resistencia a obedecer un imperativo jurídico invocando la existencia de un dictamen de conciencia que impide sujetarse al comportamiento prescrito".

127 Superintendencia de Salud, Circular 003 de 2013, instrucción cuarta.

128 Corte Constitucional, sentencia C-355 de 2006, MM. PP. Clara Inés Vargas y Jaime Araújo Rentería; Corte Constitucional, sentencia T-209 de 2008, M. P. Clara Inés Vargas; Corte Constitucional, senten-

- ii) Es obligación del objetor de conciencia remitir a la mujer a otro profesional disponible para la realización de la IVE. Ha señalado la Corte¹²⁹ en este punto que si el objetor fuera el único disponible de la IPS o EPS para la prestación del servicio, tendría la obligación de realizar la IVE y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

- iii) Es deber de las IPS definir previamente los médicos habilitados y disponibles para practicar procedimientos de IVE, así como los mecanismos para establecer la procedencia de la objeción de conciencia de acuerdo con los parámetros de la profesión médica.¹³⁰

- iv) Es obligación del objetor cumplir con las siguientes formalidades para poder hacer efectivo su derecho: que se entregue un documento por escrito, ante el Tribunal de Ética Médica del lugar de prestación de los servicios, explicando las razones de la objeción para cada caso concreto. El tiempo que dure este trámite no puede retrasar la realización del procedimiento.¹³¹

En los casos en que se objeta conciencia por parte del médico directamente vinculado en la realización de la IVE, y este remita o no a la usuaria a otro profesional de la salud disponible para la práctica del procedimiento, se emprende un proceso paralelo a la prestación efectiva de servicios en salud. En este le corresponde a los Tribunales de ética médica¹³² abrir investigaciones ético-disciplinarias en los eventos en que se presente objeción de conciencia, con el fin de determinar si esta es

cia T-388 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto; Corte Constitucional, sentencia T-627 de 2012, M. P. Humberto Sierra Porto.

129 *Ibid.*

130 Corte Constitucional, sentencia T-209 de 2008, M. P. Clara Inés Vargas.

131 Corte Constitucional, sentencias C-355 de 2006, MM. PP. Clara Inés Vargas y Jaime Araújo Rentería; T-209 de 2008, M. P. Clara Inés Vargas; T-760 de 2008, M. P. Manuel José Cepeda; T-388 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto; T-627 de 2012, M. P. Humberto Sierra Porto.

132 Artículo 63, Ley 23 de 1981.

procedente y pertinente.¹³³ Si la investigación no es realizada por los tribunales de ética médica, será responsabilidad del Ministerio de Salud.¹³⁴ Al respecto la Corte Constitucional¹³⁵ precisó:

Partiendo del poder e impacto social de las decisiones de los Tribunales de Ética Médica y confiando en que a estos organismos les corresponde velar y corregir los actos de desobediencia e indisciplina de los médicos, la ley confió razonablemente en dichos Tribunales la salvaguarda de los límites y la sanción a las cuestiones éticas de los médicos que ejercen en Colombia, lo cual incluye las conductas relacionadas con la objeción de conciencia de los galenos que se niegan a practicar la interrupción voluntaria de un embarazo de una niña o una mujer en los casos autorizados (p. 25).

De esa forma, si bien el derecho a la objeción de conciencia se encuentra garantizado, debe cumplir con determinados límites y lineamientos para que su ejercicio no implique la limitación desproporcionada del derecho a la IVE.

Después de la práctica de la IVE

Control y seguimiento del procedimiento de IVE

Una vez realizado el procedimiento de la IVE, las EPS e IPS deben iniciar una etapa de cuidados pos procedimiento.¹³⁶ En

133 Corte Constitucional, sentencias C-355 de 2006, MM. PP. Clara Inés Vargas y Jaime Araújo Rentería; T-209 de 2008, M. P. Clara Inés Vargas; T-946 de 2008, M. P. Jaime Córdoba Triviño.

134 Corte Constitucional, sentencia T-209 de 2008, M. P. Clara Inés Vargas.

135 Corte Constitucional, auto 279 de 2009, M. P. Jorge Iván Palacio Palacio.

136 Según recomendación de la OMS (2012), la atención posterior al aborto, sea inducido o sea espontáneo, y el seguimiento debe ofrecerse a la mujer en el marco de una atención segura, que incluye el ofrecimiento de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados en el futuro; posterior a la práctica del procedimiento y antes de que la mujer abandone el lugar, debe recibir información sobre anticoncepción y se le deben ofrecer los métodos de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia, de acuerdo con el perfil de salud de cada mujer y las limitaciones asociadas con ciertos métodos. Se debe analizar la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, se debe disponer de asesoramiento y pruebas de detección de VIH en el centro de salud o a través de derivación a otros centros. A las mujeres sometidas a un aborto quirúrgico se

esta se verifica que la interrupción del embarazo haya sido segura, exitosa y que la mujer se encuentra en buen estado de salud. De igual forma, se debe garantizar su plena recuperación¹³⁷ y la correspondiente orientación en salud sexual y reproductiva, incluida la información y provisión de métodos anticonceptivos seguros.

En cuanto a la recuperación, el Modelo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual¹³⁸ establece que, una vez practicado el procedimiento de interrupción, deben brindarse cuidados de observación posterior, que implican el control a la condición de salud de la mujer, del volumen del sangrado y del nivel de dolor, así como la provisión de antibióticos o analgésicos de ser el caso (Ministerio de la Protección Social y Unfpa 2011). De igual forma, debe programarse con la mujer una cita de control aproximadamente de siete a quince días después, con el objetivo de evaluar su salud general, la ausencia de complicaciones que no hayan sido reconocidas a través de signos de alarma durante los días posteriores al procedimiento y el reforzamiento de los aspectos educativos y las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial (acciones de promoción y prevención e información sobre cuidados en salud sexual y reproductiva, y asesoría en infecciones de transmisión sexual - ITS). La visita de control y seguimiento es una

les debe indicar que regresen para una visita de seguimiento con un profesional capacitado dentro de las dos semanas posteriores al procedimiento; a las mujeres con un aborto fallido (continuación del embarazo) se les debe ofrecer la realización de una aspiración de vacío o repetir la administración de misoprostol. En vista del mayor riesgo de hemorragia y de abortos incompletos asociados con los procedimientos que se llevan a cabo después de las 12 semanas de embarazo, todas las mujeres en estas situaciones deberían permanecer en observación clínica hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados.

137 “Los sistemas de salud deben entrenar y equipar a los proveedores de los servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que los abortos sean seguros y accesibles...”, según la Corte Constitucional, sentencia T-988 de 2007, M. P. Humberto Sierra Porto.

138 Resolución 459 de 2012 del Ministerio de la Protección Social. Disponible en: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/adminverblobawa?tabla=T_NORMA_ARCHIVO&p_NORMFIL_ID=1912&f_NORMFIL_FILE=X&inputfileext=NORMFIL_FILENAME

oportunidad para que la mujer hable de sus experiencias por lo cual, si es necesario, debe ofrecerle apoyo emocional adicional. En el caso de IVE con medicamentos, el control también está encaminado a confirmar que este fue efectivo para la terminación del embarazo o, si existiere sospecha de una falla del tratamiento, un aborto incompleto o alguna complicación, realizar el procedimiento de evacuación uterina por aspiración.

Acceso a servicios complementarios

La mujer cuenta con una garantía posterior a la IVE que consiste en el acceso a servicios de salud adicionales, como los métodos anticonceptivos y el diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS). De esta manera, y según la elección de las usuarias, no se debe postergar la anticoncepción después del evento obstétrico. Lo anterior en la medida que los servicios de planificación que incluyen educación, consejería y la provisión de un método anticonceptivo deben proveerse a la mujer siempre y sin demoras, inmediatamente después del aborto o parto.¹³⁹

El siguiente punto para garantizar la atención integral y de calidad en el control y seguimiento al procedimiento de IVE es la asesoría en infecciones de transmisión sexual, con el fin de promover la salud de la mujer y brindar elementos de sensibilización y educación para intervenir los posibles factores de riesgo. A este respecto, cabe mencionar que el sistema de salud colombiano ha prestado especial atención a las ITS al considerarlas una enfermedad de interés público,¹⁴⁰ por lo que ha establecido reglas precisas para el acceso a la atención en salud de las personas que las padezcan. Así, por ejemplo, se debe garantizar la prestación de servicios en el municipio

¹³⁹ Numerales 5.1 y 6, anexo técnico. Resolución 769 de 2008, Ministerio de la Protección Social.

¹⁴⁰ Ministerio de Salud, Resolución 412 de 2000, artículo 1. Guía técnica para el manejo de la atención a enfermedades de transmisión sexual (anexo 2-200).

de residencia de los afiliados¹⁴¹ a través de la red prestadora de servicios, la cual debe cumplir con los requisitos esenciales para el efecto, y no podrá estar condicionada a la aplicación de copagos ni cuotas moderadoras.¹⁴²

Así mismo, las pruebas diagnósticas de ITS que puedan ser requeridas con posterioridad a la atención de la IVE se encuentran incluidas en el POS,¹⁴³ son obligatorias y deben estar garantizadas por las EPS de ambos regímenes y los prestadores del servicio de salud.¹⁴⁴ En casos de violencia sexual, debido a sus especiales connotaciones, se deben tomar las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en el proceso de atención integral, las cuales abarcan la asesoría para la prueba de VIH y la prueba rápida de anticuerpos contra VIH (Ministerio Protección Social y UNFPA 2011). Es importante mencionar que las niñas y adolescentes atendidas por IVE cuentan con una especial protección contra la transmisión de infecciones de transmisión sexual,¹⁴⁵ la cual se debe materializar en la asesoría y atención correspondientes.

Reporte de información

Una vez prestada la atención y los servicios en salud requeridos para la IVE, surge para la IPS¹⁴⁶ una obligación precisa de reporte de información, con el fin de contar con datos actualizados de estos eventos. Así, debe reportarse cada caso en los registros individuales de atención (RIPS) con destino al Sistema de Información de las Prestaciones en Salud,¹⁴⁷ incluida la

¹⁴¹ Por las Entidades Promotoras de Salud y Administradoras de Régimen Subsidiado, artículo 11, Resolución 412 de 2000, Ministerio de Salud.

¹⁴² Artículo 13, Resolución 412 de 2000, Ministerio de Salud.

¹⁴³ Artículo 5, Acuerdo 336 de 2006, Consejo Nacional de Regulación en Salud.

¹⁴⁴ Circular 63 de 2007, Ministerio de la Protección Social.

¹⁴⁵ Artículo 20, Código de Infancia y Adolescencia.

¹⁴⁶ Y los profesionales independientes, las entidades administradoras de planes de beneficios. Artículo 2, Resolución 3374 de 2000, Ministerio de Salud

¹⁴⁷ Creado por la Resolución 3374 de 2000, con el propósito de

identificación del prestador del servicio de salud, la usuaria que la recibe, la efectiva prestación del servicio y el motivo que originó la prestación, diagnóstico y causa externa.¹⁴⁸ De igual forma, debe registrarse según el Código de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) otorgado a los problemas relacionados con el embarazo no deseado y, según el caso en los métodos anunciados, de acuerdo con el Código Único de Procedimientos en Salud (CUPS) asignado (Ministerio de Protección Social y UNFPA 2011).

Al ser considerado un evento de interés en salud pública, la IVE deberá reportarse de acuerdo con el formato de notificación del Ministerio de Protección Social, con destino al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.¹⁴⁹ De esta manera, corresponde a la institución que atienda el caso reportar semanalmente a las direcciones municipales de salud y a las empresas administradoras de planes de beneficios los casos atendidos.¹⁵⁰

Responsabilidad médica

En el proceso de atención y prestación de servicios de salud de IVE, el profesional de la salud puede incurrir en faltas san-

facilitar las relaciones entre prestadores y pagadores en materia de información y soportes de los servicios efectivamente prestados a la población protegida en cualesquiera de los regímenes definidos por la Ley 100, este sistema con fundamento en el Registro Individual de Prestaciones en Salud (RIPS) provee los datos mínimos y básicos que se requieren para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones en Salud en el SGSSS, en relación con el paquete obligatorio de servicios (art. 1).

148 Numeral 3, artículo 1, Resolución 3374 de 2000, Ministerio de Salud.

149 Este sistema se crea en el Decreto 3518 de 2006, para regular la provisión de la información de forma sistemática y oportuna, sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población. En su artículo 6, el Decreto establece que el desarrollo e implementación del Sistema de vigilancia en salud pública será responsabilidad del Ministerio de la Protección Social, el Instituto Nacional de Salud (INS) y el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios de salud, así como de las entidades públicas o privadas que captan la ocurrencia de eventos de interés en salud pública.

150 Artículo 20, Decreto 3518 de 2006.

cionables que tengan consecuencias adversas en la salud o la vida de la mujer, ya sea por incumplimiento de sus deberes como profesional de la salud o por la realización de acciones u omisiones que de cualquier manera maltraten, desinformen o intimiden a sus pacientes. En tal caso, pueden incurrir en sanciones económicas; disciplinarias, si es funcionario público (régimen de responsabilidad disciplinaria consagrado en la Ley 734 de 2002); civiles, por mala práctica médica, e incluso de carácter penal.

Sobre la hipótesis de partida en relación con el marco normativo

Luego de hacer la reconstrucción del marco normativo y de integrarlo en una perspectiva más sistemática, se hacen evidentes varios elementos que resultan relevantes para analizar por qué se siguen presentando barreras poderosas para que las mujeres puedan acceder de manera efectiva a la interrupción voluntaria del embarazo. En primer lugar, es posible afirmar que Colombia cuenta con un marco normativo sólido en la materia, en la medida en que se ocupa de los principales elementos que serían necesarios para garantizar el acceso efectivo de las mujeres a la IVE, pero fragmentado, pues se encuentra disperso en diferentes sentencias y reglamentaciones. Esto, por sí solo, podría generar dificultades para su interpretación por parte del sector salud, pero no impide su conocimiento y correcta aplicación.

En este sentido, la jurisprudencia constitucional desarrollada en casos de IVE constituye el eje articulador y los presupuestos básicos de todo el marco normativo en la materia. En efecto, las sentencias de la Corte se han ocupado de precisar las causales, los requisitos de acceso, las obligaciones del Estado frente a la IVE, los derechos de las mujeres y las principales restricciones a las actuaciones del sistema de seguridad social en salud en relación con la práctica de la misma. En esa medida, incluso si no existieran regulaciones más específicas en la materia, dado que las subreglas desarrolladas por la Corte

pueden y deben ser aplicadas directamente por el Estado y por los prestadores privados de salud, y que la Ley 100 de 1993 y sus desarrollos establecen los procedimientos que pueden ser usados por el personal médico y cómo se insertan en el POS, existiría en Colombia un marco normativo amplio y sólido en la materia.

En todo caso, las regulaciones que se han expedido son importantes pues precisan las condiciones y la forma como debe llevarse a cabo la IVE. Además, en un marco normativo relativamente disperso, pueden jugar un papel articulador que contribuya de manera significativa a enfrentar las posibles dudas que puedan tener los prestadores del servicio. En este sentido, la declaratoria de nulidad del Decreto 4444 no afecta la consistencia del marco normativo en materia de IVE en Colombia, aunque en la práctica haya generado entre los prestadores de servicios de salud ciertos malos entendidos sobre su alcance y las obligaciones que les son exigibles.

En segundo lugar, es claro que el presupuesto del cual parten tanto las decisiones de la Corte Constitucional, como las otras regulaciones existentes en la materia, es que la IVE es un derecho que debe ser plenamente garantizado por el Estado, pero que existen múltiples barreras para que las mujeres que se encuentran en las tres causales puedan gozar efectivamente del mismo. Esto se refleja en el lenguaje de derechos que maneja, y en la importancia que se le ha concedido a establecer límites concretos a las prácticas que tienden a retrasar injustificadamente, a entorpecer o a impedir la práctica de la IVE.

Capítulo 2

Acceso a los servicios de salud para la práctica de la IVE

Debido a que la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en los casos señalados en la sentencia C-355 de 2006 es un procedimiento que se encuentra incluido en el plan de beneficios del sistema de salud, cuando una mujer piensa o decide acceder a ella, o simplemente cuando se encuentra dentro de alguna de las tres causales, debería acceder al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). Por eso, para conocer cuáles son los alcances y cómo se da en la práctica el ejercicio del derecho de las mujeres a la IVE, es preciso adentrarse en el trámite rutinario que debe seguir quien desea acceder a servicios relacionados con la IVE en el SGSSS.

El presente capítulo estudia esas situaciones, contextos e ideas que de forma más frecuente rodean el acceso de la mujer a los servicios de salud relacionados con la IVE y que, por tanto, favorecen o entorpecen el ejercicio de los derechos de las mujeres que se encuentran en alguna de las causales. Así, a partir de las experiencias de los expertos y expertas en derechos sexuales y reproductivos, así como de médicos/as y funcionarias/os públicos del sector salud entrevistados en las tres ciudades del estudio (Bogotá, Cali y Cartagena), se ocupa de tres aspectos primordiales relativos al acceso a la IVE.

En primer lugar, los factores sociales, familiares e institucionales que impiden o favorecen de forma significativa que una mujer tome la decisión de acudir al SGSSS antes de optar por otros métodos inseguros. En segundo lugar, las situaciones más comunes a las que se enfrentan las mujeres una vez deciden consultar en las IPS, tanto desde el punto de vista del

protocolo médico (o de su ausencia), como del trámite administrativo que debe adelantarse. Finalmente, las percepciones que los médicos tienen en relación con el contenido de las causales y que, por tanto, determinan las situaciones en las cuales estos profesionales consideran estar o no autorizados para ordenar los procedimientos relativos a la IVE. Pero antes de presentar estos elementos incluimos una reflexión preliminar que nos permite articular de manera general el contexto en el que se inscribe la práctica de la IVE en el país, en el que se destaca un discurso moral desde el que se rechaza el aborto, con una ausencia casi total de políticas que permitan asumirlo como un asunto de salud pública y de derechos de las mujeres.

A lo largo de este capítulo, cuando nos referimos a las entrevistas que realizamos, utilizamos un código de citación, y no damos datos concretos que permitan identificarlas. Esto se debe a que las personas entrevistadas solicitaron mantener en reserva su nombre y la entidad a la que pertenecen. Entre las razones que manifestaron para solicitar la reserva se destacan el miedo a ser juzgadas disciplinariamente por la Procuraduría General de la Nación o a ser reprochadas moralmente de forma pública por quienes no comparten su opinión. Esto evidencia que en la actualidad no es posible hablar de la IVE de forma natural, como cualquier otro procedimiento del POS, o como un servicio de salud necesario para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Esta situación explica la decisión de citar las entrevistas que reposan en nuestros archivos, a través de un código creado para ello.

Los servicios de salud para la IVE: entre perspectivas moralistas y falta de políticas públicas

Conviene señalar desde ya que el hecho de que el ejercicio efectivo del derecho a la IVE en Colombia dependa en buena medida de la posibilidad de acceder a servicios de salud adecuados implica que dicho ejercicio se ve permeado de forma

ineludible por los límites y las oportunidades que ofrece el SGSSS. Sin embargo, contrario a lo que podría esperarse, de ello no se deriva que la IVE sea tratada como cualquier otro servicio del Plan Obligatorio de Salud. Al observar las prácticas cotidianas sobresale el hecho de que el acceso a la IVE se considera un servicio extraño y diferente, que merece la opinión de muchas personas, no solamente del personal médico.

En efecto, el acceso a la IVE está limitado por el número insuficiente de puestos de salud, hospitales y clínicas; las dificultades de acceso desde zonas alejadas del país; las diferencias entre la atención brindada a las personas cuya afiliación depende exclusivamente del Estado (régimen subsidiado), quienes pagan por su vinculación al sistema (régimen contributivo), y quienes pueden contar con servicios adicionales tales como medicina prepagada y planes complementarios; los elevados costos de los medicamentos, y la continua exigencia por parte de las IPS de “tutelas” para lograr acceder a determinados beneficios, entre otros. En fin, la IVE no escapa a los problemas que aquejan al sector de la salud (Bernal y Gutiérrez 2012; Procuraduría 2008).

Pero al mismo tiempo, acceder a este servicio implica al menos dos tipos de obstáculos que no enfrenta el común de procedimientos de salud. Por un lado, los relacionados con los numerosos prejuicios, opiniones y conceptos que expresan las personas, médicos e instituciones que están cerca de una mujer a lo largo del proceso de decisión, acceso y práctica de la IVE, los cuales terminan por restarle libertad y autonomía. Por otro lado, para obtener servicios de IVE deben superarse también los obstáculos relativos a la ausencia de modelos, regulaciones y normas que guíen a los operadores de forma precisa en la atención de las mujeres que buscan este tipo de servicios. De modo que el ejercicio del derecho a acceder a servicios oportunos y seguros de IVE termina marcado por la puesta en práctica de una variedad de concepciones personales de quienes participan en el proceso, así como de tradiciones propias de las prácticas médicas, en un escenario de

ausencia de líneas específicas de atención respetuosas de los derechos de las mujeres.

Las dificultades señaladas no deben hacer perder de vista que, con diferentes niveles de avance, emergen principalmente en las ciudades políticas públicas y algunos centros médicos que favorecen el acceso seguro y oportuno a los servicios de IVE. En Bogotá, ciudad que recoge buena parte de la atención especializada en salud del centro del país, y en donde se reconocen los mayores logros en términos de conocimiento de acceso a la IVE, es importante resaltar el Subprograma de Salud Plena de las Mujeres de la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá (2013a), que tiene como uno de sus ejes expresos el derecho a la IVE y que incluye acciones de promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.¹ Ello se acompaña de la expedición del Lineamiento Técnico para la prestación de servicios de salud en interrupción voluntaria del embarazo (Secretaría de Salud Distrital de Bogotá 2013b), que se elaboró en alianza con el movimiento social de mujeres de la ciudad y el Consejo Consultivo de Mujeres; y la implementación de “servicios amigables” con la práctica de la IVE que hacen parte de la red pública de hospitales.

En Cali, las políticas públicas sobre el tema son más discretas, aun cuando es la ciudad receptora de todas las IVE del suroccidente del país. Pese a que la Secretaría de Salud del Valle del Cauca ha desarrollado labores de asistencia técnica a los actores del SGSSS para dar a conocer el contenido de la sentencia de la Corte Constitucional en materia de IVE, no existe en la actualidad una política que se conozca como pública y que dé cuenta de acciones departamentales para garantizar el derecho fundamental a la interrupción del embarazo en las tres causales despenalizadas. Dichas acciones, que podríamos llamar silenciosas por no enmarcarse dentro de una política pública en IVE, se centran en la divulgación de la sentencia

1 Entrevista a funcionario público 2.

con asistencia técnica a los actores del sistema de salud.² Así mismo, se dispuso hacer seguimiento a la disponibilidad de los servicios para la prestación de la IVE y a los casos que presentan barreras y, finalmente, a la coordinación con la sociedad civil organizada³ quien desde su trabajo identifica e informa sobre las barreras en la prestación de los servicios. Como resultado, las autoridades de la ciudad señalan que mientras en el 2003-2004 se registraron entre 15 a 20 muertes por aborto, en el 2012 se evidenció solamente un caso.⁴

El contraste con la ciudad de Cartagena, que recibe buena parte de las atenciones médicas de mayor complejidad del norte de Bolívar, es entonces notorio, pues allí las políticas públicas en el tema son casi nulas. Además de que hay una fuerte resistencia a hablar sobre la IVE, la política pública de mujer —que incluye DSR e IVE— (Alcaldía Mayor de Cartagena 2009) no establece estrategias de implementación ni tampoco provisión de recursos para su materialización. No existe tampoco una red de organizaciones sociales tan fuerte como en Cali y Bogotá, que ejerza presión política sobre estos temas. Sin embargo, algunos hospitales han empezado a implementar protocolos frente al aborto incompleto.

De esta forma, la práctica de la IVE, que debería ser tratada como un servicio de salud indispensable para garantizar derechos de las mujeres, es todavía un tema moralizado, y censurado. Además, las políticas públicas destinadas a implementar la sentencia C-355 de 2006 y a lograr el acceso efectivo de las mujeres a la IVE siguen siendo pocas e insuficientes. Con excepción de Bogotá, que ha hecho un esfuerzo importante por adoptar y desarrollar instituciones y medidas destinadas a

2 Con ese propósito, en el plan operativo anual se incluyó la socialización de los protocolos en IVE; la capacitación a los doctores, enfermeras y equipos médicos, y la reproducción del material elaborado por la sociedad civil en boletines, plegables y programas de televisión (entrevista a funcionario público 3).

3 Entre otros, talleres de capacitación a profesionales de la salud (entrevista a funcionario público 3).

4 Entrevista a funcionario público 3.

promover el acceso oportuno y seguro de las mujeres, las otras ciudades analizadas siguen sin desarrollar políticas claramente encaminadas a lograr este objetivo. Esto genera un contexto poco propicio para que las mujeres puedan acceder de manera efectiva a la IVE.

Los factores que impiden o facilitan que la mujer intente acceder a los servicios de salud de IVE

Los estudios sobre IVE en Colombia han señalado varios factores que frenan la posibilidad de que las mujeres consideren siquiera solicitar servicios legales de IVE. Estos incluyen barreras culturales, falta de educación y capacitación, ausencia de difusión de la norma, desconocimiento de derechos, ausencia de organización y estructura institucional, entre otros (Díaz-Amado 2010; Women's Link Worldwide 2012 y 2013; La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres 2011 y 2012; Grupo Médico por el Derecho a decidir 2012; Ministerio de Salud y Protección Social 2011 y 2013). Muchos siguen siendo mencionados como obstáculos para que las mujeres opten por acudir a servicios de IVE en el SGSSS.

En nuestra investigación de campo sobresalieron tres aspectos como factores que pueden facilitar o impedir que la mujer decida buscar el acceso a servicios seguros y oportunos de IVE. Estos son: i) las creencias comunes en torno a la práctica de la IVE, en general, y de la familia de la mujer, en particular; ii) el (des)conocimiento del derecho de la mujer a acceder a servicios oportunos y seguros de IVE en las tres causales admitidas por la Corte Constitucional, y iii) la postura que guía las acciones de las instituciones estatales a favor o en contra de la IVE.

Creencias en torno a la práctica de la IVE

Uno de los aspectos más influyentes en la decisión de la mujer de buscar servicios de IVE tiene que ver con los juicios y las percepciones, a menudo negativas, que se emiten sobre su

práctica y sobre sus prestadores. La mayoría de los entrevistados indicó que las mujeres desisten de la idea de exteriorizar su intención de interrumpir el embarazo, pese a considerar que pueden hacerlo dentro de las causales admitidas, cuando advierten que la IVE sigue siendo una práctica públicamente censurada por varios sectores de la sociedad, e incluso por los familiares cercanos y las parejas sentimentales.

De una parte, con el fin de enfatizar la idea del carácter ilícito y proscrito de estos procedimientos, las personas siguen acudiendo a la palabra “aborto” de forma negativa para referirse a todo el conjunto de posibles prácticas de IVE, aun cuando dicha palabra no tiene por sí misma tal connotación, desconociendo incluso los eventos en que la IVE ha sido admitida por la Corte Constitucional. Se alude entonces a las instituciones de salud que prestan servicios de IVE de forma pública como “espacios o clínicas de aborto”,⁵ y a quienes acuden a ellas como “abortistas”.⁶ Dicha desaprobación se ve acentuada por las movilizaciones públicas de oposición de los grupos autodenominados provida. Los entrevistados señalaron que, sobre todo en Bogotá, es cada vez más común ver a colectivos de personas frente a las instituciones que prestan servicios de IVE de forma abierta, manifestándose a través de panfletos, afiches y rezos en contra del aborto.⁷ Así por ejemplo, señala una experta:

Las acciones se centran en distribuir panfletos a las mujeres que ingresan o salen, no es que les griten o les digan asesinas, sino que les entregan papeles y oran todo el tiempo, a veces son de cinco personas, hasta veinte personas. Esto va creciendo, a partir del aprendizaje de los mismo colectivos en Estados Unidos y ha ido aumentando y empeorando, este año hemos tenido en dos semanas que acudieron en tres ocasiones a hacer sus rezos, un día acudieron y taponaron las paredes de grafitis diciendo abortistas, muerte. [...] Son acciones intimidantes hacia los prestadores, más que hacia las mujeres. En otras

5 Entrevista a funcionario público 2.

6 Entrevista a experta 4.

7 Entrevista a experta 4.

instituciones, [...] los rezos no se han presentado, pero sí grafitis [...] y personas vestidas de “Ku Klux Klan”.⁸

En el mismo sentido, los entrevistados señalaron que existe una idea generalizada según la cual todas las prácticas de IVE son altamente peligrosas. Es común escuchar que la interrupción del embarazo exige el acceso a servicios médicos altamente complejos, usualmente intervenciones quirúrgicas invasivas y dolorosas, y que por ello no es aconsejable someterse a ellas.⁹ Esta creencia, por supuesto, se convierte en un obstáculo para el acceso puesto que desconoce que existen diversas formas de practicar la IVE, entre ellas algunos procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad,¹⁰ y que lo que realmente pone en peligro la vida y la salud de la mujer son las prácticas de aborto inseguro e incompleto.¹¹

De otra parte, son particularmente influyentes las percepciones de quienes conforman la red social de quien piensa acceder a la IVE, esto es, de las personas del entorno con quienes la mujer mantiene alguna relación —familiar, sentimental, de trabajo o estudio, comunitaria, etc.— (Sluzki 1996). Tal como lo manifestó un médico entrevistado, “todas las personas que rodean a la mujer —el marido, el papá— intervienen en la decisión de optar por una IVE y se sienten en la capacidad de decidir por ella”.¹² En este orden de ideas, si bien esta red social podría brindar recursos de apoyo a la mujer que decide acceder a la IVE, lo cierto es que los entrevistados indicaron que en

8 Entrevista a experta 4.

9 Entrevista a experta 2.

10 Por ejemplo, la aspiración al vacío que se encuentra incluida en el POS como procedimiento de nivel II de complejidad. Anexo 2: Listado completo de procedimientos y servicios del POS. Acuerdo 29 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud. La Organización Mundial de la Salud (2012) establece en el mismo sentido que “Donde los métodos médicos de aborto están registrados y disponibles, los proveedores de salud de nivel medio también pueden administrar y supervisar los servicios de aborto”.

11 Entrevista a experta 2.

12 Entrevista IPS 3.

repetidas ocasiones la familia se convierte en una barrera, ya que aconseja y en algunas ocasiones prohíbe a la mujer acudir a su EPS para solicitar una IVE. El carácter patriarcal de estas apreciaciones se hace evidente en que quien opina con mayor frecuencia para oponerse a que se solicite un servicio de IVE es “el compañero de la mujer”.¹³

Con todo, los entrevistados reconocieron que la adopción y las tareas de difusión de la sentencia C-355 de 2006, tanto por parte de las Secretarías de Salud de algunas de las ciudades como por organizaciones de mujeres, han logrado abrir espacios en los que se cambian —o al menos se cuestionan— estas creencias que entorpecen el acceso de las mujeres a la IVE. Al respecto, una experta entrevistada manifestó que: “la sentencia [C-355 de 2006] produjo un cambio paradigmático a nivel cultural, manifestado en la posibilidad de hablar sobre el tema de una manera más abierta, en los medios de comunicación, al interior de las instituciones de salud, y en general a nivel social”.¹⁴ De este modo, los espacios mencionados podrían facilitar información que favorezca la decisión de la mujer de acudir al SGSSS cuando considere que puede requerir una IVE, contrarrestando las creencias negativas que persisten en relación con el tema.

Conocimiento del derecho de la mujer a acceder a servicios oportunos y seguros de IVE

La Encuesta Nacional de Salud y Demografía realizada por Profamilia (2010) establece que por lo menos el 76% de las mujeres conoce alguna situación en la que la IVE no puede ser considerada un delito.¹⁵ Además, varios entrevistados indica-

13 Entrevista IPS 1.

14 Entrevista a experta 1.

15 Cuadro 10.17.1. Conocimiento de situaciones en las cuales el aborto no es un delito. El 42,2% de las mujeres encuestadas conocen alguna causa; el 75,7% sabe que el aborto no es delito si se pone en peligro la vida o salud de la mujer; el 78,3% si la mujer es violada, y el 78,5% si existe malformación fetal.

ron que en la actualidad muchas mujeres saben de la existencia de la sentencia C-355 de 2006 y, en esa medida, conocen al menos una de las causales admitidas de IVE.¹⁶ Para todos estos, el conocimiento del fallo de la Corte constituye un elemento que favorece el acceso de las mujeres a los servicios de salud,¹⁷ y que tiene buenas perspectivas de permanecer en el tiempo como quiera que en las instituciones privadas que llevan a cabo IVE, así como en las instalaciones físicas y virtuales de algunas instituciones públicas que han decidido crear espacios favorables para esta práctica, hay una política de difusión de las causales a través de distintos materiales.¹⁸ No obstante, de forma aparentemente contradictoria, varios de los expertos enfatizan que “una de las barreras más generalizadas es la desinformación por parte de las mujeres que en algún momento pueden requerir el servicio”.¹⁹

Al ahondar sobre este asunto lo que se encontró es que pese a que un número importante de mujeres conoce la sentencia, lo que obstaculiza su acceso a los servicios de salud en IVE tiene que ver con lo que un entrevistado denominó el “desconocimiento generalizado en las mujeres respecto de la titularidad de los derechos, replicado en los actores del sistema de salud”.²⁰ En efecto, un sector significativo de las mujeres parece conocer que existen algunas causales de IVE despenalizadas, pero en la medida en que no comprenden la decisión judicial como un reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, desconocen el conjunto preciso de facultades que les reconoce el fallo, las obligaciones del Estado en la materia, especialmente la de brindarles servicios de salud seguros y oportunos para la atención de la IVE o de los abortos incompletos en las instituciones del SGSSS.

16 Entre otros, a entrevista IPS 5.

17 Entre otros, a entrevista IPS 3.

18 Entrevista a experta 4.

19 Entrevista a experta 1.

20 Entrevista a experta 2.

Atendiendo a lo anterior, no es extraño que los entrevistados manifiesten que las mujeres “no conocen la sentencia [...] y si la conocen no lo hacen en su amplitud y de manera integral”.²¹ Más allá del conocimiento de las causales, cuando “no hay mucho conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos”²² las mujeres que podrían acceder a la IVE deciden no acudir a los servicios de salud. Algunos sugieren que esto podría obedecer a las distorsiones sobre los derechos sexuales y reproductivos: “existe una contrapartida muy grande a la información y es la desinformación en el ámbito público, de los medios de comunicaciones. En lo político, se han manejado informaciones sesgadas, falsas, que desinforman a la población”.²³ Estas concepciones terminan por desconocer los derechos de las mujeres, y les impiden considerar la posibilidad de acceder a un servicio seguro de IVE de forma oportuna.

Postura y acciones de las instituciones estatales

Para finalizar, debemos mencionar uno de los aspectos referidos por los entrevistados como uno de los que más desalientan la decisión de las mujeres para acceder a los servicios de salud: la postura de las instituciones del Estado en relación con la IVE, y las acciones que estas toman en el marco de sus competencias para alentar o restringir su práctica. Argumentar que las entidades del Estado, como institución, adoptan una postura a favor o no de la IVE en las causales admitidas por la Corte podría sonar extraño, puesto que tratándose de una orden judicial proveniente del máximo órgano de la jurisdicción constitucional se esperaría que fuera objeto de cabal cumplimiento tanto en el orden ejecutivo, como en los órganos de control y judiciales. Sin embargo, esta es una práctica referida como frecuente por los entrevistados, que se fomenta

21 Entrevista a experta 3.

22 Entrevista a médico 3.

23 Entrevista a experta 4.

sobre todo por la confusión en torno de la reglamentación vigente, y que se ve desbordada en ausencia de organizaciones de la sociedad civil que ejerzan presión política en algunas zonas del país.

Como manifestó uno de los prestadores entrevistados, en las tres ciudades “existe todo un contexto de presión política de la Procuraduría para que más que se vigile la garantía de la prestación de servicios, se persiga; se está fiscalizando el hecho de que se presten los servicios”.²⁴ Este contexto, que materializa la postura oficial de la Procuraduría General de la Nación en oposición a la IVE, se ve reflejado en varias situaciones. Para empezar, en el miedo de los funcionarios administrativos y médicos de las IPS de brindar abiertamente los servicios de IVE, pues pueden considerarse que pueden ser sujetos a la apertura de una sanción disciplinaria,²⁵ situación que ha llevado incluso a no publicar las acciones que se toman desde la secretarías de salud municipales y departamentales en la materia.²⁶ También en la solicitud permanente de requerimientos de revisión de las historias clínicas²⁷ y la amenaza constante de nuevas investigaciones:

Al ser el hospital un centro pionero en el tema de IVE [...], los ojos de muchos entes de control se han puesto sobre nosotros, pero los ojos sesgados, de entes como la Procuraduría, algunos del Concejo [...] y de la misma Secretaría de Salud, de personas que no están de acuerdo con la despenalización del aborto, entonces investigan las actuaciones con un sesgo más punitivo.²⁸

A estas acciones y omisiones de las entidades públicas que obedecen al temor de la sanción disciplinaria se suman la confusión —y también temor— que generan las diversas normas y consecuentes nulidades o suspensiones de las mismas que

24 Entrevista a IPS 5.

25 Entrevista a funcionario público 1.

26 Entrevista a funcionario público 3.

27 Entrevista a IPS 3.

28 Entrevista a IPS 6.

regulan la prestación de los servicios de salud de IVE. Aunque los más conocedores sobre el tema saben que “es falso el criterio de que no existe regulación”,²⁹ puesto que aún es posible encontrar normas y sentencias aplicables a pesar de que estén dispersas en el ordenamiento jurídico, lo cierto es que los pronunciamientos del Consejo de Estado a propósito de la nulidad del Decreto 4444 de 2006³⁰ han creado un ambiente de confusión y desinformación que sirve de excusa para sugerir a las mujeres que es preferible no acudir a los servicios de salud. Este es, como lo dijeron varios expertos, el “impacto mediático”³¹ de la decisión.

Esto no obsta para afirmar que otras entidades cuya postura ha sido más favorable a la implementación de la sentencia C-355 de 2006 parecen facilitar el acceso de las mujeres a la IVE. Debe resaltarse allí el impulso del Ministerio de Salud que dio lugar a las reglamentaciones para la práctica de la IVE y su inclusión en el POS en el 2006 y 2012,³² así como algunos trabajos iniciados en la ciudad de Cali para coordinar la prestación del servicio tanto en el nivel municipal como en el departamental.³³ En ciudades como Cartagena, sin embargo, se afirma que la implementación de la sentencia “es casi nula, se ha avanzado de a poco, pero en muchos aspectos todavía no se aplica”.³⁴ Ello podría explicarse por la presencia de organizaciones sociales de mujeres que presionen a estas entidades para adoptar acciones favorables a la implementación de la sentencia, pues mientras en Cali y Bogotá las mujeres

29 Entrevista a experta 1.

30 Expedido por el Ministerio de la Protección Social, en el cual se reglamentaba la prestación de servicios de salud de IVE y el cual vino a ser declarado nulo por el Consejo de Estado (2013).

31 Entrevista a experta 3.

32 El misoprostol se encuentra incluido en el POS en virtud del Acuerdo 034 de 2012 de la Comisión de Regulación en Salud. La aspiración al vacío y la dilatación y el legrado para la terminación del embarazo se encuentran incluidos en el POS en virtud del Acuerdo 29 de 2011 de la misma Comisión.

33 Entrevistas a: IPS 1, IPS 2, médico 1, funcionario público 4.

34 Entrevista a experta 6.

pueden acceder a los servicios de la IVE puesto que “cuentan con una red excelente, con el apoyo institucional, porque se es consciente que una política pública tiene que contar con un componente institucional y un componente comunitario para que tenga éxito”,³⁵ en Cartagena las líderes se quejan de que “hay muy poca asistencia del personal y persiste una falta de interés en el tema”.³⁶

¿Qué ocurre desde el momento en que la mujer decide ingresar a una IPS para acceder a los servicios de IVE?

Una vez las mujeres toman la decisión de entrar al SGSSS para obtener la prestación del servicio de IVE, deben enfrentarse a una serie de trámites administrativos y valoraciones médicas que anteceden a la práctica del procedimiento. En muchas ocasiones, las barreras son tantas que las mujeres desisten de la idea de solicitar la IVE. Otras, sin embargo, logran continuar con el procedimiento y acceder a los servicios. A continuación presentamos tres aspectos que caracterizan ese proceso y determinan la posibilidad de que la mujer acceda a servicios seguros y oportunos de salud: i) la oferta de instituciones médicas que presten el servicio de IVE; ii) la disposición de profesionales competentes que efectúen los procedimientos de IVE, y iii) los trámites y las conductas del personal administrativo y médico que recibe a la mujer que solicita la IVE.

Instituciones médicas disponibles

La primera dificultad que debe enfrentar una mujer en el momento en el que decide solicitar una IVE es establecer a qué centro médico o IPS debe dirigirse. Este ejercicio puede convertirse en un obstáculo, pues no existe claridad en relación con el número y la ubicación exacta de instituciones del SGSSS a las que se puede acudir para obtener determinados servicios de IVE. De hecho, al analizar el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) que consolida la información

35 Entrevistas a experta 5, funcionario público 2.

36 Entrevista a experta 6.

a nivel nacional sobre el tipo de servicios que cada actor del SGSSS está habilitado para prestar, no es posible establecer con precisión quiénes prestan servicios de IVE, pues no existen categorías que se refieran de forma específica a estos servicios, y no existe ningún lineamiento que haga determinable el universo de procedimientos que componen la prestación de estos servicios. Así, al acudir a la especialidad médica (gineco-obstetricia, cirugía ginecológica, planificación familiar, entre otras) la mujer puede suponer que allí tiene acceso a la IVE, pero no existe certeza de que sea así. En efecto, esta pregunta no fue respondida por cuatro de las cinco secretarías de salud a quienes se les solicitó la información.³⁷

TABLA 1.
Número de IPS habilitadas para la prestación servicios de salud relacionados con el embarazo

Servicio habilitado	Nivel territorial					
	Nacional	Bogotá	Bolívar	Cartagena	Valle del Cauca	Cali
Hospitalario en obstetricia	1386	56	69	16	86	24
Cirugía ginecológica	717	88	34	25	80	42
Consulta externa en ginecobstetricia	2136	278	123	72	235	108
Planificación familiar	4674	295	238	88	454	161
Atención en planificación familiar hombres y mujeres	250	24	5	1	38	5
Detección temprana de alteraciones del embarazo	258	41	4	1	32	5
Servicios farmacéuticos	4594	520	180	104	389	204
TOTAL*	7337	767	392	185	785	346

FUENTE: Ministerio de Salud, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Consultado el 07 de octubre de 2013. (Ver anexo).

* El valor total de las IPS no representa la suma de cada uno de los servicios puesto que sólo se incluyó en el total una vez a cada IPS que presta uno o más servicios.

37 Esto incide en otros asuntos tales como la dificultad de tener un registro confiable y actualizado de los prestadores de salud que practican IVE en un periodo de tiempo determinado.

Una revisión sencilla de las IPS que prestan servicios de salud que podrían estar relacionados con el embarazo arroja los resultados que se observan en la tabla 1:

Pero aunque las cifras parecen elevadas, lo cierto es que entre todas las personas entrevistadas existe la percepción de que la oferta de IPS disponibles para realizar la IVE es insuficiente en el nivel nacional,³⁸ siendo los casos menos dramáticos los de las ciudades como Bogotá³⁹ y Cali.⁴⁰ Así por ejemplo, si bien se señaló en Bogotá que “hay una clara tendencia hacia facilitar el acceso y garantizar los derechos de las mujeres”,⁴¹ las cifras sobre las IVE practicadas en el distrito y las instituciones que las han realizado apuntan en sentido contrario. Según la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2013c), solo 14 de las 767 IPS que probablemente tendrían alguna relación con el tema realizaron procedimientos de IVE entre el 2012 y el 2013, esto es, menos del 2%. Esta cifra sugiere que además de la falta de certeza en relación con el número de IPS prestadoras de IVE, el porcentaje del total de IPS que efectivamente sirven a este propósito es ínfimo, incluso en la capital.

En opinión de algunos expertos, la reducida oferta institucional obedece a la creencia generalizada según la cual todo tipo de solicitud de IVE debe remitirse a IPS que presten servicios de alta complejidad (o niveles III y IV).⁴² Esta práctica habitual es infundada, pues algunos servicios de IVE pueden prestarse en los niveles bajos e intermedios de complejidad. Así, en IPS que presten servicios de bajo nivel de complejidad o IPS públicas de nivel I de atención (puestos de salud, hospitales locales, entre otros), se podría prestar este servicio de forma ambulatoria con la administración de misoprostol. A su

38 Entrevistas a: experta 3, experta 1, experta 2.

39 Entrevistas a: funcionario público 2, experta 1, experta 2.

40 Entrevistas a: experta 5, funcionario público 3, funcionario público 5.

41 Entrevista a experta 2.

42 Entrevistas a: experta 1, médico 1, experta 4, experta 2, experta 3, entrevista IPS 5.

vez, en el nivel medio de complejidad la IVE se podría garantizar incluso a través de la aspiración al vacío,⁴³ y en niveles altos de complejidad (III y IV) se puede practicar la IVE, bien a través de los dos métodos mencionados, o a través del legrado (establecido como de nivel III en el POS).

De esta manera, la ausencia de información precisa sobre la habilitación de las IPS para la prestación de servicios seguros de IVE favorece la continuación de las prácticas más complejas y delicadas, sin consideración de otras más sencillas pero igualmente efectivas. Esto se convierte en una barrera actual de acceso a los servicios ya que no en todas las ciudades o municipios funcionan IPS de alta complejidad, y no todas las mujeres tienen la capacidad económica para desplazarse a recibir este tipo de tratamientos médicos. Piénsese, por ejemplo, en las zonas más apartadas de la región pacífica que en todo caso deben acudir a Cali para recibir servicios de alta complejidad,⁴⁴ y en la región de la Orinoquia, en donde las mujeres son usualmente remitidas a Villavicencio.⁴⁵

Profesionales disponibles y capacitados

Otro factor que contribuye a la existencia de una oferta institucional reducida tiene que ver, según los entrevistados, con el bajo número de profesionales de la salud disponibles y capacitados para prestar servicios de IVE.⁴⁶ Los expertos y los mismos médicos resaltaron que existen eventos en los que muchos profesionales de la salud no se atreven a practicar o a ordenar servicios de IVE porque carecen de la formación académica suficiente en los procedimientos modernos para llevarlos a cabo, en el contenido de las causales despenalizadas,

43 El Anexo Técnico 2 del Acuerdo 029 de 2011 de la CRES define que el procedimiento de aspiración al vacío es de nivel de complejidad II.

44 Entrevistas a: médico 1, experta 2.

45 Entrevista a experta 2.

46 Entrevistas a: experta 3, experta 1.

y sobre todo en la perspectiva adecuada para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

Específicamente resaltaron que los currículos de las facultades de medicina no incluyen el tema de derechos sexuales y reproductivos y la interrupción del embarazo:⁴⁷

Desde el 2006 las universidades no han integrado dentro de sus pensum el tema de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Tenemos conocimiento de que algunas lo tocan tangencialmente. Nosotros hemos ido a hacer talleres en la Universidad Nacional por ejemplo, pero estos son procesos de información o talleres de un día que no tienen mayor incidencia en la formación de los médicos o en los especialistas. Entonces lo que estamos observando es que se gradúan y salen a enfrentarse con este tema y no tienen ni idea, es decir, no conocen bien la sentencia o la conocen porque en algún momento se la dieron como un documento informativo pero no la interpretan de forma adecuada sino de forma restrictiva. Y cuando se trata de ya prestar un servicio, por ejemplo un médico general o un médico ginecólogo, no conocen las técnicas.⁴⁸

Incluso, algunos afirmaron que no hay suficiente formación en anticoncepción dentro de las facultades de medicina:

No solo es con relación a temas de IVE, sino también con la anticoncepción. Los doctores muy pocos saben hacer asesoría en anticoncepción, muy pocos saben instalar dispositivos y por supuesto poco o nada saben de anti concepción pos aborto. De hecho hay facultades de medicina [...] en la que no se dicta la cátedra anticoncepción, solo se dictan los métodos naturales, cosa que para este siglo es absolutamente insuficiente para las necesidades de la población.⁴⁹

A nivel nacional,⁵⁰ organizaciones estatales⁵¹ y no estatales⁵² han tratado de superar el vacío conceptual y teórico que

47 Entrevistas a: IPS 3, experta 4, IPS 5, médico 1, IPS 1, IPS 2, IPS 6, experta 5.

48 Entrevista a IPS 5.

49 Entrevista a IPS 5.

50 Así por ejemplo, IPS de la ciudad de Bogotá realizan capacitaciones en IVE a todos los médicos que pretenden vincularse con dichas instituciones (entrevistas IPS 5 y 6). De igual forma, IPS en la ciudad de Cali también tienen como política la realización de capacitaciones a todo el personal médico sobre la IVE (entrevistas IPS 1 y 2).

51 Entrevista a funcionario público 1.

52 Entrevista a IPS 5.

parecen dejar las facultades de medicina en materia de DSR. Los esfuerzos se han encaminado a la realización de talleres y capacitaciones periódicas dirigidas a prestadores del servicio de salud, entes territoriales y EPS, que tienen por objetivo enseñar el marco jurídico de la IVE, hacer un análisis de la sentencia, dar instrucciones sobre la consulta inicial, los procedimientos, y el control y la asesoría en anticoncepción posaborto.⁵³ No obstante, de acuerdo con los funcionarios del gobierno, esto es insuficiente puesto que en la actualidad se han capacitado 1019 profesionales en aspiración manual endouterina (AMEU)⁵⁴ de los más de 5000 que estiman los expertos se requerirían de acuerdo con las necesidades de la población.⁵⁵ Asimismo, funcionarios públicos señalaron que las deficiencias en la capacitación se ven agravadas por la alta rotación del personal en EPS e IPS, que hace que constantemente ingresen nuevos trabajadores sin capacitación, haciendo que estos esfuerzos se queden cortos.⁵⁶

Esta ausencia de información y capacitación en ocasiones se ha traducido en la distorsión del entendimiento del derecho a la objeción de conciencia, pues algunos médicos deciden declararse como objetores de conciencia para no prestar los servicios de salud requeridos, pese a que no entienden en qué consiste esta figura. Como lo señaló una médica:

No hay una información completa desde la Universidad en cuanto a derechos y el respeto que uno tiene que tener por los derechos, y en cuanto a qué es ser objetor de conciencia [...] Entonces, la consecuencia de todo esto es que muchos de estos profesionales que van saliendo de la universidad, e incluso cuando ya están graduados, cuando se enfrentan a la IVE, estén tan desinformados, desde el punto de vista conceptual académico y conceptual de derechos, que prefieran decir que son objetores, pero en realidad cuando tú vas a examinar esta situación, ellos no son objetores, son personas [...] que no están de

53 Entrevista a IPS 5.

54 Una de las formas de realizar el procedimiento de aspiración al vacío.

55 Entrevista a funcionario público 1.

56 Entrevista a funcionarios públicos 2, 4 y 5.

acuerdo con la decisión de la mujer, que ponen barreras, pero eso no es ser objetor. El objetor es una persona que tiene toda la información, que básicamente no realiza procedimientos de aborto, pero que se encarga de remitir a la paciente, que conoce plenamente sus derechos y reconoce que no se puede oponer en el camino del cumplimiento de estos derechos.⁵⁷

Es claro que debe garantizarse la objeción a todos los médicos y médicas para quienes la práctica de la IVE riña contra su conciencia. Sin embargo, la ampliación indiscriminada de la expresión y la ausencia de regulación detallada de su aplicación termina por generar una barrera injustificada al acceso de las mujeres a la IVE pues, tal como lo indican la mayoría de los entrevistados, este tipo de profesionales de la salud impone barreras durante el proceso de atención más basados en las creencias generales en torno a los peligros de la IVE que en conceptos técnicos.⁵⁸ De este modo, dejan de prestar el servicio o de cumplir con el deber de remisión a otros médicos que sí estén dispuestos a realizar los procedimientos.⁵⁹

Un fenómeno similar ocurre con la polarización existente, por un lado, entre las IPS cuyas directivas se niegan a realizar procedimientos de IVE “porque ninguno de los médicos estamos de acuerdo con eso”,⁶⁰ pese a que no han manifestado expresamente su objeción de conciencia personal;⁶¹ y las IPS que, por otro lado, prestan “de forma amigable” servicios de IVE y que, para asegurar una atención sin barreras, advierten que no seleccionan personal que objete conciencia o que no esté de acuerdo con la IVE.⁶² A pesar de esto, también encontramos algunas IPS que manejan de forma más ponderada el asunto de la objeción de conciencia, pues como institución es-

57 Entrevista a IPS 5.

58 Entrevistas a: experta 1, IPS 5, experta 2.

59 Entrevistas a IPS 1, 5 y 6; médico 2, funcionario público 2.

60 Entrevista a IPS 4.

61 Entrevista a IPS 4.

62 Entrevista a IPS 3.

tán dispuestas a prestar servicios de IVE, pero permiten que los médicos se declaren como objetores de conciencia cuando informan esta situación a sus superiores, de modo tal que se organizan los turnos de trabajo para asegurar que haya en la entidad por lo menos un prestador no objetor de forma permanente.⁶³

Atención médica y administrativa en las IPS

Además de que las mujeres son remitidas usualmente a las IPS con mayores niveles de complejidad, las reglas del SGSSS exigen ingresar a través del servicio de urgencias o a través del médico general. Esto implica sortear varios trámites administrativos que no debería presentar más inconvenientes que los que enfrenta cualquier usuario del sistema, ya que los procedimientos de la IVE se encuentran incluidos dentro del plan de beneficios obligatorio. Sin embargo, ellos también pueden convertirse en obstáculos para la prestación de servicios de IVE oportunos y seguros.

Ausencia de modelos de atención a la mujer

En primer lugar, los entrevistados concuerdan en que no existen modelos o protocolos de atención a las mujeres que solicitan la prestación de un servicio de IVE⁶⁴ (Ministerio de Salud y Protección Social, Tunja 2011), o no se conocen los pocos que han diseñado algunas IPS. Esto es percibido como problemático puesto que, en vez de tratar la solicitud como cualquier otro requerimiento del POS, respetando así los derechos a la salud y la intimidad de las usuarias, la falta de protocolos claros deviene en graves deficiencias en la atención.

Así por ejemplo, el personal de salud y administrativo sostiene que desconoce quiénes tienen la responsabilidad de autorizar y prestar los servicios de IVE. Por tanto, es usual ver múltiples remisiones a diferentes IPS o largas demoras en

63 Entrevistas a: IPS 2, 3 y 6.

64 Entrevistas a: expertas 1 y 6.

la atención directa y en la remisión⁶⁵ (Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá 2013). Además, es una práctica usual de los médicos generales en Cali y en Bogotá inscribir y remitir inmediatamente a la mujer o niña embarazadas al control prenatal,⁶⁶ sin considerar si la mujer se encuentra incurso en alguna de las causales permitidas y, por tanto, sin informarle sobre las opciones de interrupción del embarazo.

Aún más, en el caso de que la mujer haya solicitado legalmente los servicios relacionados con esta práctica, esta tiene que contarle a diferentes extraños su situación para poder tener acceso a un médico o enfermera (Ministerio de Salud y Protección Social, Armenia, Barranquilla, Pasto y Soacha 2011), y debe enfrentar los juicios y consejos que emiten, desde los porteros de las IPS, pasando por los funcionarios administrativos, hasta los mismos médicos⁶⁷ (Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá y Pasto 2013).

A pesar de ello, algunas IPS públicas y privadas sí cuentan con protocolos de atención para que la IVE se practique de forma rápida, integral y sin obstáculos. Estos incluyen, entre otros, componentes de acompañamiento psicológico y asesoría en planificación, así como la presencia de personal capacitado en derechos sexuales y reproductivos. Incluso, aunque son muy escasos, algunos hospitales de la red pública aseguraron atender a la mujer sin importar su régimen de aseguramiento o las autorizaciones precisas de sus EPS.⁶⁸

De este modo, lo que se hace evidente es que la ausencia de protocolos unificados de atención a las mujeres que requieren la prestación de servicios de IVE deja a la discreción y a la voluntad de los funcionarios la posibilidad de recibir un trato respetuoso cuando se va a recibir un servicio de IVE, siendo la regla general la manifestación expresa de los criterios per-

65 Entrevistas a: expertas 1 y 5.

66 Entrevistas a: IPS 2, médico 2, experta 3.

67 Entrevistas a: funcionario público 1, experta 6.

68 Entrevistas a: médico 1, IPS 6.

sonales de todos cuantos se acercan a la mujer, influyendo o cuestionando la libertad su decisión.⁶⁹ Esto genera motivos fundados de desconfianza frente a los servicios de salud.⁷⁰

Trabas administrativas en la autorización de los procedimientos

Luego de que el médico ha autorizado la realización de un determinado procedimiento de IVE, las mujeres deben demostrar otros requisitos y documentos adicionales a los funcionarios que tramitan dichas autorizaciones en las EPS. Aunque estas prácticas han sido prohibidas por la Corte Constitucional,⁷¹ sobre todo cuando intentan desacreditar la ocurrencia de una causal admitida, la mayor parte de los entrevistados coinciden en que esto continúa ocurriendo.⁷² Según ellos, se siguen pidiendo sentencias que declaren que la mujer fue víctima de violación sexual,⁷³ copia de la historia clínica completa que demuestre que los procedimientos previos sí se adelantaron de forma adecuada,⁷⁴ y certificados de médicos especialistas en psiquiatría o medicina forense, entre otros.⁷⁵

Además, incluyen en la decisión sobre la ocurrencia de la causal, que ya ha sido avalada por el médico que ordena el procedimiento de IVE, otras instancias que no están contempladas para ningún otro procedimiento incluido en el POS. Como se evidenció en Bogotá⁷⁶ y Cartagena,⁷⁷ se sigue acudiendo a auditores médicos, comités de ética y comités técnico-cientí-

69 Entrevistas a: expertas 2 y 5, IPS 1.

70 Entrevista IPS 5.

71 Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto.

72 Entrevistas a: expertas 1, 2 y 3; funcionario público 2; IPS 1, 5 y 6.

73 Entrevistas a: médico 4, IPS 5.

74 Entrevistas a: funcionario público 2.

75 Entrevista a IPS 5.

76 Entrevistas a: Experta 1, IPS 3 y 6.

77 Entrevista a funcionario público 4.

ficos⁷⁸ para que juzguen la situación de la mujer, aun cuando implica un ejercicio desbordado de sus competencias,⁷⁹ como se desprende del marco normativo presentado en la primera parte del presente documento. Esto ocurre con mayor frecuencia cuando se invocan las causales de riesgo en la salud mental de la mujer o malformación fetal incompatible con la vida.

Para uno de los entrevistados esto obedece a que algunos funcionarios administrativos de EPS e IPS dilatan los procedimientos porque no están de acuerdo con ellos, con el ánimo de disuadir a las mujeres de practicarse la IVE. Sin embargo, lo único que ocasiona esto es la prolongación innecesaria del embarazo y la puesta en riesgo de la vida y la integridad de las mujeres que requieren los servicios de IVE⁸⁰ (Ministerio de Salud y Protección Social, Valledupar, Armenia, Barrancabermeja, Sincelejo, Barranquilla 2011).

Procedimientos médicos seleccionados

Aunque los métodos para realizar la IVE previstos en el POS incluyen el uso del misoprostol y métodos quirúrgicos tales como la aspiración al vacío y el legrado,⁸¹ como lo señalamos en la primera parte, los expertos sostienen que éste último sigue siendo el más frecuente para la interrupción del embarazo.⁸² Solo en algunas de las IPS de bajos niveles de complejidad que prestan servicios de IVE se ofrece el Misoprostol y la aspiración al vacío en edades gestacionales tempranas.⁸³ Esto se explica, en parte, porque la práctica médica habitual (o la

78 Entrevistas a: expertas 3 y 5; IPS 3, 5 y 6.

79 Entrevista a experta 2.

80 Entrevistas a: IPS 3 y 5, médico 2; expertas 1 y 3.

81 Comisión de Regulación en Salud, Acuerdo 029 de 2011. Anexo 1: Listado de medicamentos en el POS. Anexo 2: Listado completo de procedimientos y servicios del POS y Comisión de Regulación en Salud (2012).

82 Recuérdese que es muy poca la información disponible a nivel estadístico sobre cifras de IVE, como se mencionó al inicio de esta sección.

83 Entrevistas a: experta 4; IPS 1, 3 y 5.

única conocida) es la realización de legrados para cualquier asunto ginecológico que lo permita.⁸⁴ Según los entrevistados, pocos profesionales están capacitados para adelantar técnicas tales como la aspiración al vacío:⁸⁵ “la gente no sabe que esto es un procedimiento sencillo de primer nivel. En general los profesionales siguen pensando que esto hay que remitirlo a tercer nivel lo que genera unas barreras de acceso grandísimas”.⁸⁶

De hecho, en opinión de los médicos el legrado, también conocido como “dilatación y curetaje”, tiene serios inconvenientes ya que exige la aplicación de anestesia general, hospitalización y otro tipo de demoras.⁸⁷ Además, se trata de un método desaconsejado por la Organización Mundial de la Salud (2012).⁸⁸ En este escenario, para los entrevistados “la forma como se está interrumpiendo el embarazo en Colombia genera tortura y revictimización”,⁸⁹ así como dificultades a la hora de obtener métodos seguros y oportunos de IVE.

Efectos de estos obstáculos

Infortunadamente, todas estas cargas impuestas de forma adicional a la mujer que intenta acceder a la prestación de un servicio que como el de IVE está incluido en el POS, generan graves consecuencias. De acuerdo con la mayoría de los entrevistados, los obstáculos mencionados llevan a las mujeres a suspender el trámite ante la EPS y optar por acceder por sus propios medios a la IVE o continuar con su embarazo.⁹⁰ Dependiendo de la capacidad económica de la mujer, es frecuente que aquellas de menores recursos se vean obligadas reali-

84 Entrevistas a: expertas 1, 2 y 3; IPS 5 y 6.

85 Entrevistas a: IPS 5, funcionario público 1.

86 Entrevista a IPS 5.

87 Entrevistas a: experta 2 y 3, IPS 5 y 6.

88 “La dilatación y curetaje (DyC) es un método obsoleto de aborto quirúrgico y debe reemplazarse por la aspiración de vacío o por los métodos médicos”.

89 Entrevista a experta 3.

90 Entrevistas a: IPS 1, 3 y 5; experta 4.

zarse un aborto clandestino e inseguro (Prada, Singh, Remez, Villarreal, 2011), o acudan a una farmacia en la que le vendan cualquier tipo de medicamento para interrumpir la gestación.⁹¹ Por su parte, las mujeres que pueden costearlo terminarán accediendo a la IVE en instituciones privadas de forma particular.⁹² Ambas opciones desconocen que en la medida en que todas las mujeres tienen derecho a acceder a los servicios de IVE de forma segura y oportuna cuando lo requieran, la salida del SGSSS desconoce su derecho a la salud, sus derechos sexuales y reproductivos, e incluso, pone en riesgo su propia vida.⁹³ Tal como concluye un entrevistado:

al no lograr acceder de manera efectiva al servicio de forma segura, el Estado le impone la carga de exponer su vida y su salud a un riesgo para lograr su derecho, por ejemplo continuando el embarazo o accediendo a un aborto clandestino de manera insegura, quedando un margen de embarazos e interrupciones no tratadas, ni documentadas, que posiblemente tienen incidencia en un subregistro de mortalidad materna.⁹⁴

Percepción de los médicos sobre la IVE y las causales en las que está permitida

Por último, para comprender a qué deben enfrentarse las mujeres que piensan o deciden acceder a la IVE a través del SGSSS, el estudio indagó por las percepciones de los médicos sobre la IVE, ya que son ellos quienes deben determinar en el sistema de salud cuándo una mujer está dentro de las causales previstas, así como la conveniencia y el tipo de procedimiento que debe realizarse. Al escuchar a los entrevistados se hicieron evidentes profundas divergencias entre la interpretación am-

91 De todas maneras no puede desconocerse que para evitar que la capacidad de pago se convierta en una barrera de acceso a la IVE, en ciertos casos algunas de IPS en Bogotá y Cali han desarrollado un sistema de tarifas diferenciales y subsidiadas que se calculan de acuerdo con el estrato y la condición socioeconómica de la mujer.

92 Entrevista a IPS 5.

93 Entrevistas a: IPS 1 y 5, experta 4.

94 Entrevista a experta 2.

plia o restrictiva del contenido de las tres causales admitidas por la Corte Constitucional y las percepciones individuales.

Sobre la causal salud

Las entrevistas realizadas permiten dar cuenta de que la mayoría de médicos están de acuerdo con la IVE cuando exista riesgo para la vida o la salud física de la mujer.⁹⁵ No obstante, en los casos en los que se solicita la IVE por salud mental, consideran que la afectación de orden psicológico no es criterio suficiente para justificar la interrupción del embarazo pues se trata de una categoría amplia que permite la inclusión de todo tipo de “caprichos” de las mujeres que la invocan.⁹⁶ Por esta razón, muchos médicos consideran que quien debe certificar esta causal referida a la salud mental debe ser un psiquiatra y no un psicólogo, pese a que según en las sentencias de la Corte Constitucional los conceptos de estos últimos profesionales de la salud deben tenerse como plenamente válidos.⁹⁷ En ese sentido, uno de los médicos entrevistados⁹⁸ afirma:

Un día dice una niña, de 17 años, es que estoy muy deprimida y quiero interrumpir el embarazo, y entonces la trabajadora social que trabaja en un centro médico le pone el chulo y pasa la interrupción voluntaria del embarazo. ¿Eso qué estudio es? ¿Dónde está el bagaje que debe ir detrás?⁹⁹

No obstante, otro médico entrevistado señala que algunas IPS han empezado a trabajar el tema y hoy en día se entiende claramente a qué se hace referencia cuando se habla de salud mental. En el mismo sentido señala que “con los nuevos lineamientos y con un conocimiento más profundo de la norma, ya todos los médicos saben claramente que la salud es integral

95 Entrevista a médico 4.

96 Entrevista a médico 4.

97 Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto.

98 Entrevistas a: IPS 4, médico 1.

99 Entrevista a IPS 4.

y que la causal salud mental existe, que la salud social existe, que la causal salud biológica existe y no tenemos problema”.¹⁰⁰

Sobre la causal de malformación fetal incompatible con la vida

Al igual que en la anterior causal, en los casos de malformación fetal los médicos coinciden en que si existe suficiente evidencia técnica diagnóstica, es decir, una ecografía o un examen especializado que certifique que la malformación hace inviable la vida del feto, debe hacerse el procedimiento de IVE. Sin embargo, aduciendo la complejidad del diagnóstico, algunos consideran que la interpretación de estos exámenes y la orden de practicar la IVE solo puede provenir de un especialista en perinatología y no de un médico general, puesto que la Corte Constitucional¹⁰¹ no estableció la especialidad de los médicos que emiten los certificados que acrediten la causal pertinente.

Así, mientras uno de los médicos admitió que “estaba claro que en el evento de un bebé que no iba a tener vida, desde el punto de vista científico si está documentado como por ejemplo casos de anencefalia, que sabemos que no va a vivir el bebé, por supuesto que estamos de acuerdo médicamente con la interrupción voluntaria”¹⁰²; otro se cuestiona: “Feto incompatible con la vida. Quién define eso. Debe ser un perinatólogo, ¿ese quién es? Es un médico ginecólogo con una subespecialidad en bienestar fetal. Un médico general no tiene esa capacidad”.¹⁰³

Causal violencia sexual

Respecto a esta causal, buena parte de los médicos entrevistados manifestaron su preocupación con respecto a la credi-

100 Entrevista a IPS 6.

101 Corte Constitucional, sentencia C-355 de 2006, MM. PP. Clara Inés Vargas y Jaime Araújo Rentería.

102 Entrevista a médico 4.

103 Entrevista a IPS 4.

bilidad de la denuncia de la violencia sexual. Señalan que al definirse los requisitos que se necesitan para acreditar la causal en mención sin la necesidad de dictamen médico, la causal se vuelve susceptible de ser mal empleada por mujeres que simplemente quieren realizarse el procedimiento de IVE para embarazos no deseados.¹⁰⁴ Así lo sugiere un médico al sostener: “si usted se embaraza en la noche porque tuvo un *affaire* va y pone una denuncia en una estación de policía diciendo que hace 20 o 30 días fui violada te ponen el chulo ¿y eso fue cierto? No. El tema de fondo es que hay que trabajar en educación sexual”.¹⁰⁵

Contrario a lo anterior, otro médico entrevistado indicó que aun cuando la Circular 03 de 2013 de la Superintendencia Nacional de Salud prohíbe juzgar a las usuarias por las decisiones que puedan tomar en cuanto a la IVE, es frecuente que las IPS valoren o juzguen la veracidad de las denuncias sobre la causal violencia sexual. De esa forma afirma que, “a veces cuando tenemos convenios con las EPS ellos consideran ‘que no, que eso no es causal salud’ o ‘que no es violencia sexual porque de pronto la señora inventó que la habían violado’. A nosotros no nos obliga ese trabajo, nosotros no somos jueces y la historia clínica parte del principio de la verdad”.¹⁰⁶

Lo que se desprende de las percepciones médicas expuestas es que las expresiones empleadas por la Corte para definir las causales en que se admite la IVE, debido a su carácter abierto, han sido objeto de múltiples interpretaciones. Sin embargo, la mayoría de ellas tiende hacia una polarización totalmente a favor o en contra de su aplicación, que deja el acceso a la IVE a merced de las opiniones del personal médico, quien revisa la credibilidad de la denuncia, la validez de sus certificados médicos y no permite la libre elección de la mujer. Presumir la mala fe como regla general en la denuncia de violencia sexual,

104 Entrevistas a: IPS 4, médico 4.

105 Entrevista a IPS 4.

106 Entrevista a IPS 3.

o asumir que siempre que una mujer recurra a la IVE por la causal salud mental se tratará de una mujer deprimida o de un embarazo no deseado producto de un *affaire*, perjudica seriamente el ejercicio de los derechos de la mujer.

Finalmente, se considera que la edad gestacional avanzada es un obstáculo insalvable para acceder al procedimiento de la IVE. Varios médicos afirmaron que no existe unanimidad en cuanto al término gestacional máximo para realizar la interrupción del embarazo. Unos señalan que debe hacerse antes de las 20 semanas,¹⁰⁷ otros hablan de 22 o 23 semanas,¹⁰⁸ y otros consideran que lo ideal sería en la semana 15 donde el feto no tiene viabilidad. En cualquier caso, de determinado número de semanas en adelante existen serias dudas sobre el carácter ético y la viabilidad médica de la práctica de la IVE. Aunque estas dudas son razonables en términos de la apertura de las palabras empleadas por la Corte, no pueden convertirse en el obstáculo definitivo para el acceso a los servicios de salud en las causales establecidas, pues la Corte Constitucional¹⁰⁹ y la Superintendencia de Salud en su circular 03 de 2013 han aclarado que la edad gestacional avanzada no puede ser una barrera para la realización de la IVE, pues aún cuando no determina el momento en el que puede practicarse el aborto, serán los criterios médicos los que en el caso concreto impidan que se realice.

107 Entrevista a médico 4.

108 Entrevista a IPS 5.

109 Corte Constitucional, sentencia T-841 de 2011, M. P. Humberto Sierra Porto.

Conclusiones y recomendaciones

El estudio exhaustivo de la normatividad del SGSSS en relación con la IVE, y el análisis de las situaciones que cotidianamente enfrentan las mujeres al intentar acceder a servicios de salud que garanticen una atención oportuna y segura, hacen evidentes las profundas barreras de acceso que provienen del sistema de salud y sus actores, pero también muestran algunas vías que podrían contribuir a garantizar este derecho en las tres causales contempladas por la Corte Constitucional. A continuación se hace una síntesis de las que hemos considerado más relevantes.

En primer lugar, tal como se mostró en este documento, aunque el marco normativo en materia de IVE es relativamente completo, existen dudas razonables y vacíos en la reglamentación específica de los servicios de salud de IVE. Adicionalmente, se carece de protocolos y modelos de atención específicos en el tema. Esta omisión en la regulación del acceso a la IVE está relacionada principalmente con la postura de censura asumida por determinadas entidades del Estado, como la Procuraduría General de la Nación, cuya actuación irradia el conjunto de actores del SGSS, y genera temores y dudas entre médicos y personal administrativo encargado de la prestación del servicio. Este ambiente de coerción puede constatarse en el hecho de que las personas consultadas no se sientan tranquilas para cumplir la norma y exijan la reserva de sus nombres e instituciones al momento de ser entrevistadas.

Además, uno de sus principales efectos es el aprovechamiento de las autoridades de las instituciones de salud y

funcionarios de las EPS de dichos espacios de interpretación normativa para solicitar mayores requisitos o imponer concepciones estrictamente personales en la interpretación de las reglas sobre la ruta de acceso al servicio. Sin embargo, la investigación revela que la normatividad del SGSSS resulta suficiente para garantizar la efectiva prestación de servicios de IVE en la medida en que dichos servicios de salud para lograr este procedimiento en las tres causales admitidas están contemplados dentro del Plan Obligatorio de Salud y que la Corte Constitucional ha desarrollado los elementos que resultan necesarios para garantizar un acceso adecuado y oportuno, respetuoso de los derechos de las mujeres.

En consecuencia, aunque el escenario no es óptimo, en el marco normativo existente sí es posible garantizar y exigir la prestación de servicios de IVE oportunos y seguros. Así las cosas, la recomendación inicial consiste en que los actores del SGSSS optimicen los recursos normativos existentes para garantizar la prestación del servicio de IVE. Con este fin, es preciso que no presenten los vacíos y las dudas normativas como excusa para obstaculizar el acceso al derecho. Cuando estén enfrentados a ellos, en aplicación del principio *pro persona*, es necesario que tanto juristas como operadores del servicio de salud den prevalencia a la interpretación que favorezca de mejor manera el acceso libre, oportuno y seguro de la mujer a la IVE, de acuerdo con las subreglas desarrolladas por la Corte Constitucional. Además, se recomienda a los encargados de los trámites administrativos relacionados con los servicios de salud y al personal médico que se abstengan de añadir trámites adicionales a los que requiere cualquier otro servicio del POS y los que exige la sentencia para cada causal particular, de suerte que no continúen las discriminaciones a la mujer en el acceso a los servicios de salud a los que tiene derecho, y se garanticen sus derechos sexuales y reproductivos.

En todo caso, y con el fin de enfrentar los efectos de la dispersión de algunas de las regulaciones en materia de IVE, sería útil contar con una reglamentación específica, que siste-

matice las subreglas jurisprudenciales de la Corte y precise su alcance técnico en el área de la salud. Este tipo de herramienta, aunque no es indispensable porque los grandes temas de la IVE se encuentran regulados en nuestro país, podría ser útil para los prestadores de los servicios de salud, e incluso para las mujeres que deseen acceder a dichos servicios.

En segundo lugar, en lo que tiene que ver específicamente con el personal médico encargado de autorizar y practicar las IVE, se pudo establecer que en muchas ocasiones su conducta restrictiva en relación con el acceso a este procedimiento está relacionada con la ausencia de conocimientos y formación específica sobre el acceso a la IVE en las causales permitidas como un derecho de las mujeres, y en los procedimientos técnicos adecuados para garantizarlo. En este orden de ideas, se recomienda a las instituciones estatales que continúen profundizando en la difusión y el conocimiento de las causales despenalizadas de la IVE. Pero, sobre todo, se sugiere que estas campañas hagan un énfasis específico en el reconocimiento del derecho fundamental a IVE y a su obligación como profesional de la salud o como funcionario del Estado, de garantizarlo en las tres situaciones despenalizadas.

Además, se recomienda al Estado incentivar a las facultades de medicina, y en general a todos los centros de formación de personal médico, para que incluyan en sus currículos contenidos específicos que permitan conocer los procedimientos contemporáneos para la práctica de la IVE, además de otros temas relacionados, respetando por supuesto el principio de libertad de cátedra. Esto cobra especial relevancia porque el estudio pudo comprobar que, debido a la desinformación y escasa capacitación médica en IVE, el legrado —o dilatación y curetaje— es el procedimiento que tradicionalmente se usa para la realización de abortos. Preferir este tipo de intervención por sobre otras como la autorización de misoprostol, genera serias consecuencias en la accesibilidad del procedimiento por ser este el de más alto costo y complejidad. En ese sentido es indispensable la realización de capacitaciones

en asistencia técnica de la IVE a centros de salud de baja y mediana complejidad en todo el territorio nacional sobre la correcta administración de misoprostol, y la realización de procedimientos de aspiración endouterina y legrado, para de esa forma ofrecer a la usuaria la opción que más se adecue a su situación médica.

De forma adicional, es preciso continuar fomentando la formación conjunta entre médicos y personal médico con el fin de que conozcan los fundamentos médicos y constitucionales de los servicios de IVE en las tres situaciones admitidas, de forma tal que los médicos puedan expresar sus dudas en torno al alcance de las causales, y ellas puedan ser resueltas por personal idóneo con base en los parámetros expuestos en la jurisprudencia de la Corte Constitucional. La apertura de estos espacios de formación y discusión puede contribuir a que los médicos expongan sus dudas personales en el foro médico y no las exterioricen únicamente en el momento de atender a la mujer que requiere de sus servicios. De este modo se garantiza una atención igualitaria entre las mujeres que solicitan el acceso a la IVE, y se empieza a limitar la discrecionalidad del médico en la interpretación de las causales.

En tercer lugar, se detectó que uno de los principales factores que disuaden a las mujeres para acceder a los servicios de IVE es la falta de claridad en la información oficial en torno a qué centros médicos o IPS pueden acudir en caso de necesitar tal servicio, ya que ello se traduce en una larga cadena de remisiones entre centros de salud. Dicho sea de paso, la usencia de información afecta negativamente la posibilidad de hacer un análisis certero sobre la oferta institucional. Por este motivo se recomienda al Ministerio de Salud que cree mecanismos que permitan reconocer de forma inmediata y sencilla a qué IPS del régimen contributivo y subsidiado puede accederse en cada región del país con el objeto de acceder directamente a los servicios de IVE, y que cree instrumentos de difusión de esta información entre las usuarias y los prestadores del servicio. Por ejemplo, podría crearse una nueva categoría de habili-

tación para la prestación de servicios de IVE en los niveles de baja, mediana y alta complejidad, y ordenar que el certificado de habilitación se muestre en una parte visible de los establecimientos. También podría ser conveniente poner a disposición de las mujeres a través de medios electrónicos la información de las IPS que prestan estos servicios.

En cuarto lugar, pero no menos importante, las entrevistas apuntaron de forma insistente al hecho de que aunque un creciente número de mujeres conoce la existencia de la sentencia C-355 de 2006 y la relaciona con al menos una de las causales permitidas de IVE, pocas asumen que se trata de un procedimiento al que ellas pueden acceder a través de los servicios del SGSSS, del mismo modo que tampoco reconocen en esta servicio un derecho que genera facultades y prerrogativas específicas a su favor. La recomendación en este ámbito es, entonces, que las campañas estatales ordenadas por la Corte Constitucional para la difusión de la sentencia y las causales en las que se admite la IVE, que estén destinadas a las mujeres y a su red familiar, tengan un componente explícito relacionado con los derechos de las mujeres, la importancia de su protección, y la IVE como un servicio al que tienen derecho como resultado de su libertad de elección y sus derechos sexuales y reproductivos. Las campañas deberían tener como objetivo que las mujeres se apropien de su derecho fundamental y, luego, en este marco, tengan conocimientos claros y precisos en relación con la sentencia C-355 de 2006 y la forma exigir su efectividad en el SGSSS.

Referencias bibliográficas

Bernal, O. y Gutiérrez, C. (eds.). 2012. *La salud en Colombia: logros, retos, y recomendaciones*. Bogotá: Universidad de los Andes.

Dalén, A. (2013) *La implementación de la despenalización parcial del aborto en Colombia*. Colombia: Dejusticia.

Dalén, A., D. Guzmán, y P. Molano. 2013. *La regulación de la interrupción voluntaria del embarazo*. Colombia: Dejusticia

Díaz-Amado E. et al. 2010. *Obstacles and challenges following the partial decriminalisation of abortion in Colombia*. Durham: Reproductive Health Matters.

Grupo Médico por el Derecho a decidir. 2012. *El embarazo adolescente: afectación de la salud y garantía de los derechos*. Disponible en: http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/IMG/pdf/DocPos02_EmbarazoAdolescente_FINAL.pdf

Harper, C. C., I. K. Blanchard, D. Grossman, J. T. Henderson, P. D. Darney. 2007. *Reducing maternal mortality due to elective abortion: Potential impact of misoprostol in low- resource settings*. International Journal of Gynaecology & Obstetrics 98: 66-69

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. 2011. *El acceso al aborto seguro y su impacto en la salud de las mujeres en Colombia*. Disponible en: http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/IMG/pdf/El_acceso_al_aborto_seguro_y_su_impacto_en_la_salud_de_las_mujeres_en_Colombia.pdf

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres 2012. *El Procurador General de la Nación: cuatro años de acciones contrarias a los derechos sexuales y reproductivos*. Disponible en: http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/IMG/pdf/ANALISIS_DE_LAS_ACTUACIONES_DE_LA_PROCURADURIA_EN_MATERIA_DE_DERECHOS_SEXUALES_Y_REPRODUCTIVOS.pdf

Ministerio de la Protección Social y Unfpa. 2011. *Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia*

sexual. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20A%20V%C3%8DCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. 2011. *Jornadas locales de sensibilización y capacitación sobre interrupción voluntaria del embarazo*. Consultada el 2 de septiembre de 2013. Disponible en <http://www.jornadas-locales-ive.co/-jornadas->.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. *Jornadas locales de sensibilización y capacitación sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Consultada el 2 de septiembre de 2013. Disponible en <http://www.jornadas-locales-ive.co/-jornadas->.

Organización Mundial de la Salud. 2012. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. 2 edición. Montevideo: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf

Prada, E., S. Singh, L. Remez, C. Villarreal. 2011. *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Causas y consecuencias*. Nueva York: Guttmacher Institute.

Procuraduría General de la Nación. 2008. *El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del Estado colombiano en materia de quejas en salud*.

Profamilia. 2010. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9

Sluzki, C. 1996. *La red social: frontera de la práctica sistémica*, Barcelona: Gedisa.

Women's Link Worldwide. 2012. *Avances y obstáculos de la implementación de la sentencia C-355 de 2006*. Disponible en <http://www.womenslinkworldwide.org/wlw/bajarFS.php?tl=1&per=212>.

Women's Link Worldwide 2013. *Lo que hay que saber sobre el aborto legal*. Disponible en: http://www.womenslinkworldwide.org/wlw/new.php?modo=detalle_proyectos&dc=70

Normas

Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias. 2009. *Política pública de mujeres para la equidad de género en el Distrito de Cartagena, 2008-2019*. Consultado el 12 de agosto de 2013. Disponible en <http://www.aecid.org.co/?idcategoria=1542#>

Comisión de Regulación en Salud. 2011. Acuerdo No. 29 de 2011 "Por el cual se sustituye el acuerdo 028 de 2001 que define aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud".

Comisión de Regulación en Salud. 2012. Acuerdo No. 34 de 2012 "Por el cual se da cumplimiento a la sentencia T-627 de 2012 proferida por la Honorable Corte Constitucional y en consecuencia se hace una inclusión en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado".

Comisión Revisora de Medicamentos del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) 2007. Acta 20.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. 2006a. Acuerdo 336 "Por el cual se actualiza parcialmente el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, se incluyen otras prestaciones en los Planes de Beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se modifica el valor de la UPC para el 2006 y se dictan otras disposiciones".

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. 2006b. Acuerdo 350 "Por medio del cual se incluye en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado la atención para la interrupción voluntaria del embarazo".

Constitución Política de Colombia, 1991.

Departamento Administrativo de la Función Pública, 2011. Decreto 4107 "Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social".

Departamento Administrativo de la Función Pública, 2012. Decreto 19 "Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública".

Ley 23 "Por la cual se dictan normas en materia de ética médica", 1981.

Ley 100 "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones", 1993.

Ley 715 “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros”, 2001.

Ley 1098 “Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”, 2006.

Ley 1122 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, 2007.

Ley 1146 “Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente”, 2007.

Ley 1164 “Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud”, 2007.

Ley 1257 “Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones”, 2008.

Ley 1438 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, 2011.

Ministerio de la Protección Social. 2006a. Decreto 4444 de 2006 “por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva”. Disponible en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22421>

Ministerio de la Protección Social. 2006b. Resolución 4905 “Por la cual se adopta la Norma Técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE-), se adiciona la Resolución 1896 de 2001 y se dictan otras disposiciones”.

Ministerio de la Protección Social. 2007a. Decreto 4747 “Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”.

Ministerio de la Protección Social. 2007b. Circular 63 de 2007.

Ministerio de la Protección Social. 2008a Resolución 769 “por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000”.

Ministerio de la Protección Social. 2008b. Resolución 3099 “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico - Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por Comité Técnico-Científico y por fallos de tutela”.

Ministerio de la Protección Social. 2008c, Resolución 3047 “Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007”.

Ministerio de Salud. 1991. Resolución 13437 “Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes”.

Ministerio de Salud. 1994. Resolución 5261 “Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

Ministerio de Salud. 2000a. Resolución 412 “Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”.

Ministerio de Salud. 2000b. Resolución 3374 “Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados”.

Ministerio de Salud. 2012. Resolución 459 “por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual”.

Ministerio de Salud. 2013. Resolución 1552 “Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto-ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones”.

Presidencia de la República. 1981. Decreto 3380 “por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981”.

Presidencia de la República. 1994. Decreto 1757 “por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de

participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994”.

Presidencia de la República. 1998. Decreto 806 “Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional”.

Presidencia de la República. 2006. Decreto 3518 “Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones”.

Presidencia de la República. 2011. Decreto 4796 “Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 8°, 9°, 13 y 19 de la Ley 1257 de 2008 y se dictan otras disposiciones”.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 2013a. Ficha técnica: Subprograma salud plena para las mujeres. Consultado el 22 de agosto de 2013, en http://saludpublicabogota.org/wiki/images/8/85/SUBPROGRAMA_SALUD_PLENA_PARA_LAS_MUJERES-Abril-_Agosto_2013.pdf

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 2013b. Circular 043 de 2012. Publicado en: Registro Distrital de Bogotá D.C. Año 47, Número 5152, julio 5 de 2013.

Superintendencia Nacional de Salud. 2013. Circular 003.

Fecha entrevista mes/día/año	Número de entrevista	Profesión	Ciudad
6/27/2013	Entrevista funcionario público 1	Profesional de la salud	Bogotá
7/5/2013	Entrevista experta 1	Abogada	Bogotá
7/8/2013	Entrevista experta 2	Abogada	Bogotá
7/9/2013	Entrevista experta 3	Politóloga y abogada	Bogotá
7/24/2013	Entrevista funcionario público 2	Profesional de la salud	Bogotá
7/26/2013	Entrevista experta 4	Profesional de la salud	Bogotá
7/30/2013	Entrevista médico 1	Profesional de la salud	Cali
7/30/2013	Entrevista experta 5	Profesional de la salud	Cali
7/31/2013	Entrevista IPS 1	Profesional de la salud	Cali
7/31/2013	Entrevista funcionario público 3	Profesional de la salud	Cali
7/31/2013	Entrevista funcionario público 4	Profesional de la salud	Cartagena
8/1/2013	Entrevista médico 2	Profesional de la salud	Cali
8/1/2013	Entrevista experta 6	Abogada	Cartagena
8/1/2013	Entrevista médico 3	Profesional de la salud	Cartagena
8/2/2013	Entrevista IPS 2	Profesional de la salud	Cali
8/2/2013	Entrevista funcionario público 5	Profesional de la salud	Cali
8/2/2013	Entrevista médico 4	Profesional de la salud	Cartagena
8/8/2013	Entrevista IPS 3	Profesional de la salud	Bogotá
8/9/2013	Entrevista IPS 4	Profesional de la salud	Bogotá
8/12/2013	Entrevista IPS 5	Profesional de la salud	Bogotá
8/21/2013	Entrevista IPS 6	Profesional de la salud	Bogotá

lejos del derecho

La interrupción voluntaria
del embarazo en el Sistema
General de Seguridad
Social en Salud

A partir de la decisión de la Corte Constitucional que despenalizó el aborto en tres circunstancias específicas, el sistema jurídico colombiano empezó a reconocer que las mujeres que se encuentran en esas situaciones tienen el derecho fundamental a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Por lo tanto, el Estado tiene obligaciones destinadas a garantizar dicho derecho, entre las cuales se encuentra el diseño de una normatividad que favorezca el acceso al derecho y la prestación de servicios oportunos y seguros de salud por parte del Sistema General de Seguridad Social.

¿Cumple el Estado con las obligaciones tendientes a garantizar el acceso a servicios de IVE? A partir de una exhaustiva tarea de recopilación y análisis de las normas relativas al sistema de salud y a la IVE, así como una investigación de campo, este libro pretende dar respuesta a ese interrogante. Para ello, presenta el marco constitucional, legal y reglamentario que regula los servicios de salud de IVE. Además, estudia las percepciones de médicos, expertos y funcionarios de empresas de salud de varias ciudades del país sobre el acceso a la IVE, e identifica los tipos de obstáculos y barreras que siguen enfrentando las mujeres para gozar de este derecho.

Con este estudio pretendemos hacer una contribución empírica rigurosa a las investigaciones sobre IVE, y ofrecer al sector de la salud algunas recomendaciones que permitan superar los obstáculos que impiden que las mujeres puedan contar con servicios de IVE dignos, seguros y oportunos, que no pongan en riesgo su vida, su salud e integridad.

ISBN 978-958-57978-9-5



Dejusticia

Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad