

BARRERAS DE ACCESO

A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19



women's **LINK** worldwide

CENTRO de
DERECHOS
REPRODUCTIVOS

Orientame
Para Decidir



BARRERAS DE ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

| Autoras:

Angélica Cocomá Ricaurte
Womens Link Worldwide

Carolina Triviño Maldonado
La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres

Cristina Rosero Arteaga
Centro de Derechos Reproductivos

Juliette Ortiz Romero
Fundación Oriéntame

Laura Pedraza Estrada
La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres

María de los Ángeles Ríos Zuluaga
La Red Nacional de Mujeres

María Isabel Niño Contreras
La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres

| Asesoría técnica

Ana Cristina González Vélez
Diana Caicedo
Laura Castro González
Salomé Valencia
La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres

| Corrección de textos:

Laura Bernal Ramírez

| Diseño y diagramación:

David Ramírez Umaña

| Agradecimientos a:

FOKUS en Colombia por su aporte en el desarrollo de este documento.

ISBN: 978-958-53497-0-4

© La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres
Bogotá - Colombia
Mayo 2021.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	5
I ESTÁNDARES INTERNACIONALES Y NACIONALES RELACIONADOS CON EL ACCESO A LA IVE EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA OCACIONADA POR EL COVID-19.....	7
1.1 Estándares internacionales.....	9
1.2 Estándares nacionales.....	16
II BARRERAS DE ACCESO A LA IVE EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19: UNA MIRADA DESDE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.....	23
2.1 Caracterización de casos atendidos por La Mesa en el contexto de la pandemia por el covid-19.....	26
2.2 Barreras de acceso a la IVE en el contexto de pandemia por covid-19, según los casos atendidos por La Mesa.....	28
2.3 Barreras de acceso a la IVE identificadas por la Fundación Oriéntame.....	33
III ACCIONES DE LAS ENTIDADES ESTATALES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL Y LAS EPS FRENTE A LA GARANTÍA DE LA IVE EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19.....	39
3.1 Acciones de las entidades nacionales y territoriales para la garantía de la IVE en el contexto de la pandemia por covid-19.....	42
3.2 Prestación del servicio de salud de la IVE en el contexto de la pandemia por covid-19 por parte de las Entidades Promotoras de Salud.....	54
IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	59
Recomendaciones:.....	62
V REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS.....	67
Referencias bibliográficas.....	69
ANEXO I.....	73

INTRODUCCIÓN

A partir de la Sentencia C-355 de 2006, la Corte Constitucional colombiana reconoció el derecho fundamental de las mujeres a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo (en adelante IVE) en tres circunstancias: (i) cuando la continuación del embarazo constituye un peligro para la vida o la salud integral de la mujer; (ii) cuando el feto es inviable fuera del útero, y (iii) cuando el embarazo es producto de violación o incesto. Sin embargo, tras quince años de su expedición, persisten barreras que impiden a las mujeres y a las niñas acceder a este derecho fundamental¹.

En el actual contexto de la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia del covid-19, las barreras de acceso a la IVE no solo se han acentuado, sino que se han identificado otras nuevas que afectan la salud y la vida de las mujeres, jóvenes y niñas en Colombia, especialmente de aquellas más vulnerables. Teniendo en cuenta este contexto, en este informe técnico, **La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres**², **la Fundación Oriéntame**³, **Womens Link Worldwide**⁴, **la Red Nacional de Mujeres**⁵ y **el Centro de Derechos Reproductivos**⁶ presentan un análisis de las principales barreras que enfrentaron en el año 2020 las mujeres y las niñas que desearon acceder a la IVE durante la pandemia por covid-19 en Colombia, así como las acciones desarrolladas por las entidades públicas y los prestadores del servicio de salud para eliminarlas y garantizar el goce efectivo de la IVE durante este contexto particular.

Para tal fin, el informe se divide en cuatro apartados. En el **primero**, se describen los estándares internacionales y nacionales relacionados con el acceso a la IVE en el contexto de la pandemia por covid-19. En el **segundo**, se presentan las barreras de acceso a la IVE que persisten y se han acentuado durante la emergencia sanitaria ocasionada por el covid-19 en Colombia, identificadas, por un lado, por **La Mesa**, durante el acompañamiento legal realizado a mujeres y niñas que desean acceder a la IVE y les es negado el procedimiento o enfrentan obstáculos⁷, y, por otro lado, por la **Fundación Oriéntame**, durante la prestación


- 1) Para conocer a mayor profundidad las barreras que enfrentan las mujeres y las niñas en Colombia que desean acceder a la IVE, se sugiere la consulta de los siguientes informes elaborados por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2017). Barreras de Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Disponible en: https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras_IVE_vf_WEB.pdf; (2019). Migrantes venezolanas en Colombia: barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2019/12/Libro-IVE-Migrantes.-VF.pdf>, y (2020). Informe técnico: barreras de acceso a la IVE en el contexto de la pandemia por covid-19. Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Inf-tecnico-Covid19-v8-1.pdf>
- 2) La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres es un colectivo feminista de organizaciones y personas que desde 1998 trabaja por la eliminación de la discriminación y la defensa de los derechos de las mujeres en Colombia, especialmente del derecho a la libre opción a la maternidad y la despenalización total del aborto, a través del activismo y la generación de conocimiento, aportando a la construcción de la democracia. Actualmente, La Mesa está integrada por: Ana Cristina González Vélez; Beatriz Quintero García (Red Nacional de Mujeres); Camila Umaña Jimeno; Carolina Melo Arévalo; Diana Caicedo Naranjo (Gea Jurisgeneristas); Elizabeth Castillo; Florence Thomas; Johanna Cepeda (Fundación ESAR); María Mercedes Vivas (Fundación Oriéntame); Magda Alberto; María de los Ángeles Ríos Zuluaga; Martha Liliana Cuellar; Nicolás Dotta (Médicos del Mundo, Francia) y Salomé Valencia. El equipo de profesionales está conformado por la coordinadora Laura Castro González; María Isabel Niño; Carolina Triviño; Ángela Isabel Mateus, y Laura Pedraza, abogadas de incidencia jurídica, atención de casos, trabajo regional e incidencia política, respectivamente; la comunicadora Alejandra Ruiz; la profesional administrativa y financiera Ginna González, Vanessa Márquez, community manager, y Angie Russi, profesional de apoyo logístico. Más información en: <http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/>
- 3) La Fundación Oriéntame es una organización sin ánimo de lucro prestadora de servicios de salud sexual y reproductiva, dentro de los que se incluye el aborto contemplado en las tres causales despenalizadas. Además de ello, Oriéntame realiza programas de desarrollo social, capacitación, educación e investigación. Más información en: <https://orientame.org.co/>
- 4) Women's Link Worldwide es una organización internacional de derechos humanos que promueve la implementación de los derechos de las mujeres y niñas, especialmente de aquellas que enfrentan múltiples inequidades. Busca que todos los derechos en salud sexual y reproductiva que necesitan las mujeres a lo largo de su vida, como el aborto, la maternidad segura y libremente elegida, la educación e información sexual, el acceso a anticonceptivos y los métodos de reproducción asistida, entre otros, sean garantizados sin ningún tipo de discriminación. Para más información, ver: <https://www.womenslinkworldwide.org/>
- 5) La Red Nacional de Mujeres es una alianza de organizaciones en 16 nodos del país que desde 1991 ha promovido el reconocimiento de los derechos de las mujeres, en especial el de los derechos sexuales y reproductivos, como derechos fundamentales para el desarrollo de la vida de las mujeres. Más información disponible en: <https://www.rednacionaldemujeres.org/>
- 6) El Centro de Derechos Reproductivo es una organización global que utiliza herramientas legales para promover la autonomía reproductiva como un derecho humano fundamental que todos los Estados están legalmente obligados a proteger, respetar y garantizar. Para más información, ver: <https://reproductiverights.org/>
- 7) Desde la despenalización del aborto, a través de la sentencia C-355 de 2006, La Mesa ha brindado asesoría jurídica y acompañamiento gratuito y especializado a las mujeres y niñas que han enfrentado barreras una vez decidieron interrumpir su embarazo en el marco de las circunstancias despenalizadas en Colombia. Lo anterior, con el fin de que puedan superarlas y puedan implementarse estrategias que permitan combatirlos.

del servicio de salud de la IVE. El período de análisis de la identificación de barreras es del 1 de marzo al 31 de diciembre de 2020. En el **tercero**, se analizan las acciones adelantadas durante la pandemia por las entidades públicas del orden nacional y territorial que tienen competencias frente al acceso a la IVE, así como por las Entidades Promotoras de Salud (en adelante, EPS), encargadas de la garantía y la prestación de este servicio esencial de salud⁸. **Finalmente**, en el cuarto apartado, se enuncia una serie de conclusiones y recomendaciones relativas a la prestación de servicios de IVE durante la pandemia y las barreras de acceso que enfrentan las mujeres.

Cabe resaltar que las organizaciones que elaboramos el presente informe también deseamos aportar con este análisis a la generación de evidencia e información relevante para la construcción y la puesta en marcha de estrategias de incidencia que busquen garantizar el acceso al derecho a la IVE en condiciones de calidad y en igualdad para las mujeres en todo el territorio nacional. Sobre este último objetivo, se resalta que este informe parte del análisis desarrollado por **La Mesa** en su informe técnico denominado *Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en el contexto de la pandemia por covid-19*, realizado en junio de 2020⁹.

8) El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia está integrado por el Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, quien actúa como organismo de coordinación, dirección y control; las EPS, responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan de Beneficios de Salud, y las instituciones prestadoras de salud (IPS), que son los hospitales, clínicas y laboratorios, entre otros, encargadas de prestar la atención a los usuarios. También hacen parte del sistema las entidades territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud. El Sistema funciona con los aportes realizados periódicamente por usuarios con capacidad de pago. La afiliación al sistema de salud es obligatoria y se hace a través de las EPS, públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y ofrecen los servicios de salud a través de las IPS. Existen varias formas de afiliación al sistema de salud, destacándose los regímenes contributivo y subsidiado. Todas las personas que perciban un salario igual o superior al mínimo (aproximadamente, 268 dólares en el 2019) deben afiliarse al régimen contributivo a través de la EPS de su elección y cotizar una contribución obligatoria mensual basada en un porcentaje de sus ingresos. Las personas sin capacidad de pago, por otro lado, deben ser afiliadas al sistema a una EPS y se les debe proveer el servicio de salud. Todas las personas afiliadas al sistema, en cualquier de estos regímenes (contributivo o subsidiado), tienen derecho a acceder a un plan de beneficios. Este plan es el conjunto de servicios para la atención en salud al que todo afiliado tiene derecho. Las prestaciones relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo hacen parte o están cubiertas dentro de este plan de beneficios (Resolución 5592 del 2015). Guerrero, R., et. al. (2011). Sistema de Salud en Colombia. Salud Pública de México 53 (2), 144-155. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s144-s155/es>

9) Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Inf-tecnico-Covid19-v8-1.pdf>



Estándares internacionales y nacionales relacionados con el acceso a la IVE en el contexto de la pandemia ocasionada por el covid-19¹⁰

¹⁰ Este apartado fue realizado por el Centro de Derechos Reproductivos, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y Women's Link Worldwide.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó el 11 de marzo de 2020 al covid-19 como una pandemia mundial¹¹. A partir de ese momento, los Estados han adoptado diversas medidas para enfrentar y mitigar sus efectos. En este primer apartado del informe, se describen los estándares internacionales establecidos por los organismos de derechos humanos y las autoridades sanitarias internacionales frente a la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia ocasionada por el covid-19, así como los adoptados por el Estado colombiano relacionados con el acceso a la IVE en este contexto particular. Se resalta que los estándares identificados en este apartado son el marco en el que se inscriben los deberes y las obligaciones del Estado colombiano respecto a la garantía de la IVE durante el contexto de la pandemia del covid-19.

1.1 Estándares internacionales

Múltiples organismos internacionales de derechos humanos y autoridades sanitarias internacionales han reconocido que los servicios de salud sexual y reproductiva son servicios básicos y esenciales, cuyo acceso debe ser provisto y garantizado por todos los Estados durante la pandemia del covid-19. En este sentido, han llamado la atención a los Estados para que en el contexto de la pandemia adopten diversas medidas que garanticen el acceso y el disfrute pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas.

A continuación, se exponen los estándares que se identificaron en las declaraciones y los pronunciamientos de varios mecanismos y organismos internacionales y regionales que, de un lado, han reconocido el aumento de los riesgos para la salud sexual y reproductiva que experimentan las mujeres y niñas en razón a la situación actual y, de otro lado, han realizado recomendaciones a los Estados para garantizar el acceso efectivo a los derechos sexuales y reproductivos en el marco de dichos riesgos. Los estándares internacionales identificados son los siguientes:

1.1.1 Adoptar una respuesta integral frente al impacto diferenciado de la pandemia sobre la salud reproductiva de las mujeres y las niñas

El secretario general de las Naciones Unidas anticipó que por cada 3 meses de encierro 13 millones de mujeres a nivel mundial sufrirán violencia doméstica y 7 millones tendrán embarazos no deseados¹². Asimismo, UNICEF indicó que durante la pandemia las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir violencia de género y, por ende, se duplican las probabilidades de sufrir un aborto involuntario y depresión¹³.

11) Recuperado de: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

12) Secretaría General de la ONU. (2020). Respuesta integral de las Naciones Unidas a la COVID-19: salvar vidas, proteger sociedades, recuperar mejor, 46. Disponible en: <https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un-comprehensive-response-to-covid-19.pdf>

13) UNICEF. (2020). Moving Beyond the numbers: What the COVID-19 pandemic means for the safety of women and girls, 8. Disponible en: https://aa9276f9-1487-45a2-a3e7-8f4a61a0745d.usrfiles.com/ugd/aa9276_0b-316114941049e4a740ef8586c96c15.pdf

Por su parte, en el ámbito regional, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) mostró su preocupación por el aumento de casos de violencia de género durante la contención del COVID-19, y expresó que en consecuencia es necesario proveer **“salud integral hacia las mujeres sobrevivientes, incluida la atención psicológica, la anticoncepción de emergencia y la interrupción voluntaria del embarazo, cuando sea aplicable”**¹⁴.

De este modo, al reconocer que la pandemia ha afectado notoria y particularmente la salud reproductiva de las mujeres y las niñas, los organismos internacionales y regionales recomiendan a **los Estados que provean servicios de salud integral que incluyan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para este grupo poblacional en específico.**

1.1.2 Garantizar la prestación continua de los servicios de salud sexual y reproductiva

El secretario general de las Naciones Unidas estableció como recomendación a los Estados “Adoptar disposiciones para que los servicios de salud básicos puedan continuar funcionando, especialmente los de salud sexual y reproductiva”, de modo que se preste especial atención “a los servicios de cuidado para las mujeres mayores, las sobrevivientes de violencia basada en género, así como a los servicios de atención prenatal, postnatal y el parto, incluyendo las emergencias obstétricas y la salud neonatal”¹⁵. En un pronunciamiento posterior, el secretario manifestó: “Para mitigar el impacto de la crisis en las mujeres y niñas, debe garantizarse sus derechos y servicios de salud sexual y reproductiva”¹⁶.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en sus lineamientos sobre tratamiento clínico que en los casos de sospecha de covid-19:

*La libre decisión de las mujeres y su derecho a la atención sanitaria en el ámbito de la salud sexual y reproductiva se deben respetar independientemente de que padezcan o hayan padecido COVID-19. Esto incluye el acceso a métodos anticonceptivos y al aborto seguro en toda la extensión permitida por las leyes*¹⁷.

Asimismo, expuso que las restricciones a los servicios de salud esenciales, como los relacionados con la salud sexual y reproductiva, constituyen violaciones de sus derechos humanos¹⁸.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) le recomendó a los Estados priorizar y asignar recursos directos para la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva en el contexto de la pandemia, así como prestar especial atención a las barreras de acceso a estos servicios esenciales de salud que pueden surgir en la pandemia o en su contención¹⁹. Por su parte, la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA) estableció un Plan Global de Respuesta Humanitaria, que contiene estrategias para continuar la provisión y el suministro de servicios de salud sexual y reproductiva (entre otros). Para esto, determinó que deben priorizarse “los servicios de atención primaria de salud que salvan vidas y los de salud sexual y reproductiva, incluyendo el Paquete²⁰ de Servicios Iniciales Mínimos (MISP)”²¹.

Asimismo, la Alta Comisionada de las Naciones Unidas recomendó a los Estados que, ante la pandemia se asegure: “La continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso para todas las personas a cuidado materno y neonatal; aborto seguro y cuidado post aborto; anticoncepción; antirretrovirales para VIH/SIDA; y antibióticos para tratar ETSs”²², así como “Habilitar que los productos de higiene

14) CIDH. (2020, 14 de septiembre). La CIDH exhorta a los Estados a garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres y niñas en el contexto de la pandemia del COVID-19. OEA. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/217.asp>

15) Secretario general de las Naciones Unidas. (2020, 9 de abril). Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_on_covid_impact_on_women_9_apr_2020_updated.pdf

16) Secretario general de las Naciones Unidas. (2020). COVID-19 and Human Rights. We all are in this together. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_on_human_rights_and_covid_23_april_2020.pdf.

17) OMS. (2020, 13 de marzo). Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) en caso de sospecha de COVID-19. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331660/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-spa.pdf>

18) OMS. (2020, 21 de abril). Addressing human rights as key to the COVID-19 response. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331811?locale-attribute=es&>

19) Organización Panamericana de la Salud. (2020, abril). Promoción de la equidad en la salud, la igualdad étnica y de género, y los derechos humanos en la respuesta a la COVID-19: consideraciones clave. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52075/OPSEGLEGCOVID190001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

20) El Paquete Inicial Mínimo de Servicios para la Salud Sexual y Reproductiva en situaciones de crisis humanitarias —PIMS— es una herramienta global, promovida por el UNFPA, útil para orientar los procesos de preparación y ejecución de acciones dirigidas a proteger los derechos sexuales y reproductivos (DSDR) y mantener los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) durante las crisis humanitarias, porque ofrece directrices específicas para abordar las necesidades de SSR en las poblaciones afectadas, desde la emergencia inicial hasta la reconstrucción y el desarrollo.

21) Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA). (2020, 28 de marzo). Global Humanitarian Response Plan. COVID-19. Abril a diciembre 2020. Disponible en: <https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Global-Humanitarian-Response-Plan-COVID-19.pdf>.

22) Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas. (2020, 15 de abril). Covid-19 and Women’s Human Rights: Guidance. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/COVID-19_and_Womens_Human_Rights.pdf.

menstrual, obstétrica, reproductiva y otros de primera necesidad estén disponibles y bien abastecidos”²³. En el mismo sentido, en sus directrices esenciales para incorporar la perspectiva de derechos humanos en la atención a la pandemia del covid-19 resaltó que:

*Los servicios de salud sexual y reproductiva deberían considerarse una prioridad que salva vidas y que forma parte integral de la respuesta a la pandemia; esos servicios abarcan el acceso a los anticonceptivos, la atención a las madres y los recién nacidos, el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, la posibilidad de obtener un aborto seguro y la orientación eficaz de las usuarias. Deben realizarse los esfuerzos necesarios para no sustraer recursos de los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, ya que eso repercutiría especialmente en los derechos y las vidas de las niñas y las mujeres*²⁴.

El Grupo de Referencia sobre Género en Acción Humanitaria, en la guía interna *Alerta de Género para brote de COVID-19*, estableció: “La provisión del paquete de servicios del MISP debe ser adherida como el estándar mínimo para la provisión de salud sexual y reproductiva”²⁵. En el mismo sentido, el grupo de trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y niñas de las Naciones Unidas, frente a las respuestas de los Estados a la pandemia del covid-19, recomendó:

Proveer salud universal para todas las mujeres y niñas, incluyendo el acceso ininterrumpido a toda la gama de servicios de salud sexual y reproductiva. Esto también requiere asegurar que no haya interrupción de la cadena de suministro para los productos de salud sexual y reproductiva, incluyendo priorizar su producción continua, su transporte y distribución.

En el ámbito regional, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) hizo un llamado a los Estados a incorporar la perspectiva de género en la respuesta a la pandemia del covid-19. Específicamente, sobre derechos sexuales y reproductivos determinó:

*Los Estados deben mantener sus servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la distribución de métodos contraceptivos, la atención prenatal y posnatal, los servicios para prevenir las infecciones de transmisión sexual y aquellos para la interrupción del embarazo dentro de las posibilidades que consagra su orden jurídico*²⁶.

En este sentido, los organismos y las autoridades sanitarias regionales e internacionales llaman la atención a los Estados para que durante la emergencia ocasionada por el covid-19 adopten medidas, con el fin de **garantizar la continua prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva a las mujeres**, en tanto cualquier tipo de restricción resulta en una vulneración a sus derechos humanos.

1.1.3 Asegurar el acceso al aborto de forma gratuita y segura

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus recomendaciones respecto a la covid-19 y la salud sexual y reproductiva ha incentivado a los Estados para que sigan las directrices unificadas sobre intervenciones de autoasistencia sanitaria en salud sexual y reproductiva y derechos conexos, publicadas en el año 2019²⁷. En ellas, se recomienda la eliminación de abortos peligrosos mediante la provisión de aborto farmacológico en el primer trimestre, entre otras medidas²⁸.

Este mismo organismo, en la actualización de directrices realizada en el mes de junio de 2020, resaltó nuevamente la necesidad de que los Estados estudien los mecanismos para reducir los obstáculos que podrían retrasar la prestación del servicio del aborto a niñas, mujeres y adolescentes en el contexto de la pandemia. Igualmente, sugirió el uso de métodos no invasivos para realizar abortos seguros y tratar los abortos incompletos²⁹.

23) Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas. (2020, 15 de abril). Covid-19 and Women's Human Rights: Guidance. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/COVID-19_and_Womens_Human_Rights.pdf.

24) Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas. (2020, 8 de abril). Directrices esenciales para incorporar la perspectiva de derechos humanos en la atención a la pandemia por COVID-19. Disponible en: https://acnudh.org/load/2020/04/V1.1_Directrices_UNU-DH_Covid19-y-Derechos-Humanos.pdf.

25) Grupo de Referencia sobre Género en Acción Humanitaria IASC. (2020). Alerta de género para brote de COVID-19. Disponible en: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-04/IASC%20Interim%20Guidance%20on%20COVID-19%20-%20Gender%20Alert%20%28Spanish%29.pdf>

26) CIDH. (2020, 11 de abril). La CIDH hace un llamado a los Estados a incorporar la perspectiva de género en la respuesta a la pandemia del COVID-19 y a combatir la violencia sexual e intrafamiliar en este contexto. OAS. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/074.asp>

27) OMS. (2020, 15 de marzo). Coronavirus disease (COVID-19) and Sexual and Reproductive Health. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-SRH/en/>

28) OMS. (2019). Directrices Unificadas sobre Intervenciones de Autoasistencia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Conexos. Resumen de orientación. WHO/RHR/19.14. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325722/WHO-RHR-19.14-spa.pdf?ua=1>

29) OMS. (2020, 1 de junio). Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19, 29. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf

El Grupo de Trabajo Interagencial sobre Salud Reproductiva en situaciones de crisis, en el documento *Orientación programática para la salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios y frágiles durante la pandemia de COVID-19*, recomendó: “Asegurar que se brinde apoyo para la autoadministración del aborto inducido con medicamentos hasta las doce semanas de gestación; a fin de mejorar el acceso a la atención, se puede evaluar la posibilidad de utilizar sistemas remotos para ofrecer orientación en la autoadministración”³⁰. En ese mismo sentido, el documento establece: “Las complicaciones posteriores a un aborto se consideran emergencias obstétricas y debe mantenerse el acceso a la atención las 24 horas, los 7 días de la semana”³¹.

Es así como estos organismos internacionales reiteran a los Estados que en el marco de la pandemia ocasionada por el covid-19 resulta imprescindible **asegurar el acceso al aborto a todas las mujeres y las niñas en condiciones seguras y gratuitas, de modo que se eliminen las barreras para la prestación efectiva del servicio que surjan en este contexto particular, y se avance hacia marcos legales más garantistas.**

1.1.4 Garantizar la atención en salud a víctimas de violencia basada en género – VBG

La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ACNUDH) recomendó “declarar que las estructuras y servicios para las víctimas de violencia basada en género son esenciales”³². Por su parte, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en el documento *La Igualdad de Género y los Esfuerzos para Hacer Frente a la Violencia de Género (VG) y la Prevención, Protección y Respuesta a la Enfermedad del Coronavirus (COVID-19)*, recomendó: “Garantizar tratamiento clínico en casos de violencia de género, que incluya la disponibilidad de kits forenses, kits de sutura para desgarros cervicales y vaginales, kits para tratamiento posterior a una violación y kits de dignidad”³³. Así mismo, el Grupo de Referencia sobre Género en Acción Humanitaria estableció:

*El sistema de atención de la salud debe garantizar la continuidad de la atención de los servicios de salud reproductiva, así como el manejo clínico en salud para las personas sobrevivientes de violencia de género, tanto en las zonas afectadas por COVID-19 como en las no afectadas, donde la mayoría de las y los trabajadores de la salud se han visto movidos a la respuesta de COVID-19 y muchos servicios/instalaciones de salud han sido abandonados*³⁴.

De esta forma, **los Estados deben asegurar que durante la pandemia del covid-19 se garantice adecuadamente la atención en salud a las víctimas de violencia basada en género.**

1.1.5 Proveer acceso a información completa y veraz sobre salud sexual y reproductiva

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) en su guía sobre CEDAW y COVID-19 recordó que:

*El acceso confidencial a información y servicios de salud sexual y reproductiva como las formas modernas de anticoncepción, aborto seguro y servicios post aborto, así como el consentimiento completo, deben ser garantizados a las mujeres y niñas en todo momento a través de líneas telefónicas y de procedimientos de fácil acceso como prescripciones médicas en línea y, si es necesario, gratuitas*³⁵.

En el mismo sentido, el Grupo de Referencia sobre Género en Acción Humanitaria advirtió y recomendó:

Con bajos niveles de alfabetización, especialmente entre las mujeres y las niñas, es importante que los mensajes se transmitan a través de materiales y medios apropiados que sean accesibles y comprensibles para todos y todas. Si los teléfonos móviles y otros dispositivos se utilizan para la sensibilización, se debe

30) Interagency Working Group on Reproductive Health in Crises. (2020, abril). Orientación programática para la salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios y frágiles durante la pandemia de la COVID-19. Disponible en: https://cdn.iawg.rnyn.io/documents/Full-Programmatic-Guidance_SPANISH_EW.pdf?mtime=20200410210154&focal=none#asset:31426.

31) Interagency Working Group on Reproductive Health in Crises. (2020). Orientación programática para la salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios y frágiles durante la pandemia de la COVID-19. Disponible en: https://cdn.iawg.rnyn.io/documents/Full-Programmatic-Guidance_SPANISH_EW.pdf?mtime=20200410210154&focal=none#asset:31426.

32) Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas. (2020, 15 de abril). Covid-19 and Women's Human Rights: Guidance. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/COVID-19_and_Womens_Human_Rights.pdf

33) UNFPA. (2020, 23 de marzo). La igualdad de género y los esfuerzos para hacer frente a la violencia de género (VG) y la prevención, protección y respuesta a la enfermedad del coronavirus (COVID-19). Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID19-TechBrief-GBV-23Mar20.pdf>

34) Grupo de Referencia sobre Género en Acción Humanitaria IASC. (2020, marzo). Alerta de género para brote de COVID-19. Disponible en: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-04/IASC%20Interim%20Guidance%20on%20COVID-19%20-%20Gender%20Alert%20%28Spanish%29.pdf>

35) CEDAW. (2020). Guidance Note on CEDAW and COVID-19. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CEDAW/Statements/CEDAW_Guidance_note_COVID-19.docx

asegurar que las mujeres y niñas que tienen menos acceso a la telefonía móvil e Internet no sean excluidas. Los métodos mixtos que utilizan múltiples medios de difusión como la radio y el uso de gráficos visuales deben ser usados³⁶.

En el ámbito regional, la CIDH hizo un llamado a los Estados:

Garantizar la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva durante la crisis de la pandemia, incrementando, en particular, las medidas de educación sexual integral y de diseminación de información en medios accesibles y con lenguaje adecuado, con el objeto de alcanzar las mujeres en su diversidad³⁷.

Así, según los diversos pronunciamientos y declaraciones de los organismos de derechos humanos y de las autoridades sanitarias, **los Estados deben asegurar que durante este contexto de pandemia las mujeres y las niñas tengan acceso a información completa y veraz sobre sus derechos sexuales y reproductivos y a los servicios en salud relacionados.**

1.1.6 Adoptar la telemedicina para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) estableció como primera prioridad estratégica el apoyo a los gobiernos para que los Estados “provean exámenes médicos, información y servicios y consultas de salud reproductiva y anticonceptivos de manera virtual utilizando medios como tecnologías de telefonía móvil en países con obstáculos creados por covid-19”³⁸.

En el ámbito regional, la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM-OEA), en el documento *Covid-19 en la vida de las mujeres: razones para reconocer los impactos diferenciados* recomendó que “los gobiernos pueden considerar el uso de los teléfonos móviles para entregar determinados servicios de salud sexual y reproductiva”³⁹.

Para el caso de la prestación de servicios de interrupción del embarazo, la OMS sugirió especialmente disminuir las visitas a los establecimientos de salud y el contacto con el personal sanitario, mediante el uso de la telemedicina y los métodos de autogestión de la salud, y aclaró que se debe garantizar el acceso a personal sanitario capacitado en el caso de ser necesario⁴⁰. De este modo, **los Estados deben implementar la telemedicina para asegurar el acceso y el disfrute pleno a los servicios de salud sexual y reproductiva a las mujeres y a las niñas durante la pandemia.**

Tabla 1. Listado de estándares internacionales

Estándar		Declaración o pronunciamiento
1) Adoptar una respuesta integral frente al impacto diferenciado de la pandemia sobre la salud reproductiva de las mujeres y las niñas	Organización de las Naciones Unidas (ONU)	Respuesta integral de las Naciones Unidas a la COVID-19: salvar vidas, proteger sociedades, recuperar mejor. Septiembre de 2020. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un-comprehensive-response-to-covid-19.pdf
	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	Moving Beyond the numbers: What the COVID-19 pandemic means for the safety of women and girls. Septiembre de 2020. Disponible en: https://aa9276f9-f487-45a2-a3e7-8f4a61a0745d.usrfiles.com/ugd/aa9276_0b3161f4941049e4a740ef8586c96c15.pdf
	Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).	La CIDH exhorta a los Estados a garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres y niñas en el contexto de la pandemia del COVID-19. Septiembre de 2020. Disponible en: http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/217.asp

³⁶ Grupo de Referencia sobre Género en Acción Humanitaria IASC. (2020). Alerta de Género para brote de COVID-19. Disponible en: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-04/IASC%20Interim%20Guidance%20on%20COVID-19%20-%20Gender%20Alert%20%28Spanish%29.pdf>

³⁷ CIDH. (2020, 11 de abril). La CIDH hace un llamado a los Estados a incorporar la perspectiva de género en la respuesta a la pandemia del COVID-19 y a combatir la violencia sexual e intrafamiliar en este contexto. OAS. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/074.asp>.

³⁸ UNFPA. (2020, 23 de marzo). La igualdad de género y los esfuerzos para hacer frente a la violencia de género (VG) y la prevención, protección y respuesta a la enfermedad del coronavirus (COVID-19). Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID19-TechBrief-GBV-23Mar20.pdf>.

³⁹ Comisión Interamericana de Mujeres. (2020). COVID-19 en la vida de las mujeres. Razones para reconocer los impactos diferenciados. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cim/docs/ArgumentarioCOVID19-ES.pdf>.

⁴⁰ OMS. (2020). Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19, 29. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf Consultado el 19 de noviembre de 2020.

Estándar		Declaración o pronunciamiento
2) Garantizar la continua prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva	Organización de las Naciones Unidas (ONU)	<p>Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women. Abril de 2020. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_on_covid_impact_on_women_9_apr_2020_updated.pdf</p> <p>COVID-19 and Human Rights. We all are in this together. Abril de 2020. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_on_human_rights_and_covid_23_april_2020.pdf</p>
	Organización Mundial de la Salud (OMS)	<p>Manejo Clínico de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) en caso de sospecha de COVID-19. Marzo de 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331660/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-spa.pdf</p> <p>Addressing human rights as Key to the COVID-19 Response. Abril de 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/331811?locale-attribute=es&</p>
	Organización Panamericana de la Salud (OPS)	Promoción de la equidad en la salud, la igualdad étnica y de género, y los derechos humanos en la respuesta a la COVID-19: consideraciones clave. Abril de 2020. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52075/OPSEGCLEGCVID190001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
	Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA).	Global Humanitarian Response Plan. COVID-19. Abril a Diciembre 2020. Marzo de 2020. Disponible en: https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Global-Humanitarian-Response-Plan-COVID-19.pdf
	Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas (ACNUDH)	<p>Covid-19 and Women's Human Rights: Guidance. Abril de 2020. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/COVID-19_and_Womens_Human_Rights.pdf.</p> <p>Directrices esenciales para incorporar la perspectiva de derechos humanos en la atención a la pandemia por COVID-19. Abril de 2020. Disponible en: https://acnudh.org/load/2020/04/V1.1_Directrices_UNU-DH_Covid19-y-Derechos-Humanos.pdf</p>
	Grupo de Referencia sobre Género en Acción Humanitaria (IASC)	Guía interna Alerta de Género para brote de COVID-19. Marzo de 2020. Disponible en: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-04/IASC%20Interim%20Guidance%20on%20COVID-19%20-%20Gender%20Alert%20%28Spanish%29.pdf
	Grupo de trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y niñas de las Naciones Unidas	Responses to the COVID-19 pandemic must not discount women and girls. 2020. Disponible en: https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25808&LangID=E .
	Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)	La CIDH hace un llamado a los Estados a incorporar la perspectiva de género en la respuesta a la pandemia del COVID-19 y a combatir la violencia sexual e intrafamiliar en este contexto. Abril de 2020. Disponible en: http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/074.asp
3) Asegurar el acceso al aborto de forma gratuita y segura	Organización Mundial de la Salud (OMS)	Coronavirus disease (COVID-19) and Sexual and Reproductive Health. Marzo de 2020. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-SRH/en/
		<p>Directrices Unificadas sobre Intervenciones de Autoasistencia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Conexos. Resumen de orientación. 2019. WHO/RHR/19.14. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325722/WHO-RHR-19.14-spa.pdf?ua=1</p> <p>Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19. Junio de 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf</p>

Estándar		Declaración o pronunciamiento
	Grupo de Trabajo Interagencial sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis	Orientación programática para la salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios y frágiles durante la pandemia de la COVID-19. Abril de 2020. Disponible en: https://cdn.iawg.rvgn.io/documents/Full-Programmatic-Guidance_SPANISH_W.pdf?mtime=20200410210154&focal=none#asset:31426
4) Garantizar la atención en salud a víctimas de violencia basada en género	Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas (ACNUDH)	Covid-19 and Women's Human Rights: Guidance. Abril de 2020. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/COVID-19_and_Womens_Human_Rights.pdf .
	Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	La Igualdad de Género y los Esfuerzos para Hacer Frente a la Violencia de Género (VG) y la Prevención, Protección y Respuesta a la Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). Marzo de 2020. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID19-TechBrief-GBV-23Mar20.pdf
	Grupo de Referencia sobre Género en Acción Humanitaria (IASC)	Guía interna Alerta de Género para brote de COVID-19. Marzo de 2020. Disponible en: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-04/IASC%20Interim%20Guidance%20on%20COVID-19%20-%20Gender%20Alert%20%28Spanish%29.pdf
5) Proveer acceso a información completa y veraz sobre salud sexual y reproductiva	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)	Guidance Note on CEDAW and COVID-19. 2020. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CEDAW/Statements/CEDAW_Guidance_note_COVID-19.docx
	Grupo de Referencia sobre Género en Acción Humanitaria (IASC)	Guía interna Alerta de Género para brote de COVID-19. Marzo de 2020. Disponible en: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-04/IASC%20Interim%20Guidance%20on%20COVID-19%20-%20Gender%20Alert%20%28Spanish%29.pdf
	Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)	La CIDH hace un llamado a los Estados a incorporar la perspectiva de género en la respuesta a la pandemia del COVID-19 y a combatir la violencia sexual e intrafamiliar en este contexto. Abril de 2020. Disponible en: http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/074.asp
6) Adoptar la telemedicina para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva	Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	La igualdad de género y los esfuerzos para hacer frente a la violencia de género (VG) y la prevención, protección y respuesta a la enfermedad del coronavirus (COVID-19). Marzo de 2020. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID19-TechBrief-GBV-23Mar20.pdf
	Comisión Interamericana de Mujeres	COVID-19 en la vida de las mujeres. Razones para reconocer los impactos diferenciados. 2020. Disponible en: http://www.oas.org/es/cim/docs/Argumentario_COVID19-ES.pdf
	Organización Mundial de la Salud (OMS)	Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19. 2020. Disponible: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf

Fuente: elaboración propia

1.2 Estándares nacionales

El 6 de marzo de 2020 el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (en adelante, el Ministerio de Salud o Ministerio) dio a conocer el primer caso de covid-19 en el país⁴¹. El 17 de marzo el Gobierno Nacional declaró el estado de excepción de emergencia económica, social y ecológica en todo el territorio, mediante el Decreto 417 de 2020⁴²; posteriormente, el 22 de marzo, ordenó, a través del Decreto 457 del 2020⁴³, el

41) Ministerio de Salud y Protección Social. (2020, 6 de marzo). Colombia confirma su primer caso de COVID-19 [Boletín de prensa número 50 de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-su-primer-caso-de-COVID-19.aspx>

42) Presidencia de la República. (2020, 17 de marzo). Decreto 417 de 2020. Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20417%20DEL%2017%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>

43) Ministerio del Interior. (2020, 22 de marzo). Decreto 457 de 2020. Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20457%20DEL%2022%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>

aislamiento preventivo obligatorio nacional y otras medidas para contener la crisis económica, laboral, en salud y justicia ocasionada por el covid-19.

Gráfico 1. Línea de tiempo de la normatividad nacional expedida por el Gobierno en torno a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el contexto de la pandemia.



Respecto a las medidas adoptadas por el Estado colombiano para mitigar los efectos de la pandemia, particularmente frente a la medida de aislamiento preventivo obligatorio, vale aclarar, en primer lugar, que, si bien ciertos derechos pueden ser limitados durante los estados de excepción, como lo es el derecho a la movilidad⁴⁴, de conformidad con lo establecido en el número 2 del artículo 214 de la Constitución Política, no se pueden suspender los derechos humanos ni las libertades fundamentales⁴⁵. En segundo lugar, que en Colombia la IVE fue reconocida por la Corte Constitucional y el Consejo de Estado como un derecho fundamental de las mujeres, niñas y adolescentes⁴⁶, cuando se practica dentro de alguna de las tres circunstancias de despenalización contempladas en la sentencia C-355 de 2006.

Teniendo en cuenta estas medidas, a continuación, se describen los estándares que se identificaron en las normas y los documentos técnicos expedidos por el Gobierno (particularmente por el Ministerio de Salud) desde el mes de marzo de 2020 hasta diciembre de 2020, orientados a la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la prestación de servicios de IVE, en el contexto de la pandemia por covid-19. Asimismo, en este apartado se presentan los estándares identificados en la normatividad y la jurisprudencia constitucional expedida antes de la pandemia, que, sin embargo, resultan relevantes para la prestación del servicio de IVE durante el contexto actual.

Vale resaltar que los estándares identificados a continuación son el marco en el que se encuadran los deberes y las obligaciones de todas las entidades estatales y los particulares (entes territoriales, EPS, IPS y demás entidades responsables) en torno a la garantía de la IVE durante la pandemia ocasionada por el covid-19 en Colombia:

- 44) Según declara la Corte Constitucional en la sentencia C-224 del 2009, existe una relación entre el Estado social de derecho, la democracia representativa y la vigencia de los derechos fundamentales. Con ello, la limitación de ciertos derechos y garantías se da con el fin de asegurar que la emergencia o catástrofe decretada sea superada; el principio de legalidad que faculta a los estados de excepción no debe afectar al Estado social de derecho y debe proteger, y afectar en menor medida, los derechos que reconoce la Convención Americana de Derechos Humanos; asimismo, en sentencia C-135 del 2009. MP. Humberto Antonio Sierra Porto.
- 45) Artículo 214. Los estados de excepción a que se refieren los artículos anteriores se someterán a las siguientes disposiciones: "2. No podrán suspenderse los derechos humanos ni las libertades fundamentales. En todo caso se respetarán las reglas del derecho internacional humanitario. Una ley estatutaria regulará las facultades del Gobierno durante los estados de excepción y establecerá los controles judiciales y las garantías para proteger los derechos, de conformidad con los tratados internacionales"
- 46) La IVE como derecho fundamental autónomo ha sido reconocido en las sentencias T-585 de 2010, T-841 de 2011, T-627 de 2012, C-754 de 2015, T-301 de 2016, C-093 de 2018 y SU-096 de 2018, en los siguientes términos: "Resulta innegable que, a partir de la sentencia C-355 de 2006, surgió en Colombia un verdadero derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en cabeza de las mujeres que se encuentran incurso en las tres hipótesis despenalizadas. (...) En otras palabras, del contenido de los derechos fundamentales mencionados la Corte derivó el derecho a la IVE de las mujeres gestantes que se encuentran en los eventos antes indicados". Corte Constitucional. Sentencia T-585 de 2010. Magistrado Ponente: Humberto Antonio Sierra Porto. El Consejo de Estado también ha reconocido a la IVE como un derecho fundamental: "Para la sección primera del Consejo de Estado [...] no dejan duda sobre la existencia en Colombia del derecho fundamental a la IVE de las mujeres que se encuentran en los tres supuestos definidos por la Corte." Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección primera. Consejero ponente: Guillermo Vargas Ayala. Bogotá, D.C., 13 de octubre de 2016. Radicación número: 11001-03-24-000-2013-00257-00.

1.2.1 Garantizar la atención en salud a las víctimas de violencia sexual, incluyendo la orientación y la realización de la IVE

El 24 de abril, el Ministerio de Salud, en el boletín de prensa nro. 190, realizó una recopilación de las directrices de la OMS sobre la práctica de relaciones sexuales en el contexto del covid-19. En este documento,⁴⁷ la entidad estableció una serie de indicaciones para evitar la propagación del coronavirus y recalzó que la violencia sexual no se puede invisibilizar y, con ello, que **la atención en salud para víctimas de violencia sexual no puede ser suspendida durante la pandemia, pues es de carácter urgente**. En este sentido, señaló también que en el marco de la garantía del derecho a la salud **se debe asegurar que las víctimas de violencia sexual sean orientadas adecuada y oportunamente sobre su derecho a la IVE**.

1.2.2 Sobre la no suspensión de la prestación de la IVE durante la pandemia y la garantía de su acceso según lo establecido en la sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional y la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud

El 30 de marzo, el Ministerio expidió la Resolución 536 de 2020, por la cual se dicta el Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (covid-19)⁴⁸, que tiene como finalidad reorganizar los servicios de salud hospitalarios y de urgencia estableciendo fases de acciones para responder a la pandemia generada por el covid-19. Esta resolución **restringió la prestación de algunos de los procedimientos contemplados en la Ruta de Atención en Salud Materno Perinatal⁴⁹, con excepción del suministro de métodos anticonceptivos y la atención de la IVE en los términos establecidos en la Sentencia C-355 de 2006, que se deben seguir garantizando durante la emergencia sanitaria⁵⁰.**

En igual sentido, en el mes de abril, el Ministerio expidió un lineamiento⁵¹ para orientar el servicio de salud de mujeres gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia, con el fin de evitar complicaciones como las muertes en las gestantes y los recién nacidos durante la pandemia. En este documento se brindan las consideraciones generales para la atención en salud de las gestantes, según las cuales **la atención para la IVE no puede ser interrumpida y las EPS e IPS deben hacer las adecuaciones necesarias a sus modelos de atención y prestación de este procedimiento**. Lo anterior, con el objetivo de prevenir el contagio de covid-19, pero, sobre todo, con el fin de garantizar este servicio médico, informando lo dispuesto en la Sentencia C-355 del 2006 y sin obviar la asesoría y la provisión a métodos anticonceptivos post evento.

También se resalta que el Ministerio, en su boletín de prensa nro. 190 de 2020, estableció:

Los procedimientos e intervenciones necesarias para la atención de la IVE hacen parte del Plan de Beneficios en Salud para todos los regímenes de afiliación y, sin excepción, todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben informar a su población afiliada sobre la red de prestadores disponibles donde se proporcionan los servicios⁵².

47) Ministerio de Salud y Protección Social. (2020, 29 de marzo). Instituciones Prestadoras de Salud deben continuar con atención en salud sexual y reproductiva. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Instituciones-Prestadoras-de-Salud-deben-continuar-con-atención-en-salud-sexual-y-reproductiva.aspx>

48) Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Resolución nro. 536 de 2020, por la cual se dicta el Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (covid-19). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Documents/536%20Adopta%20Plan%20de%20acción%20par%20PSS%20durante%20las%20etapas%20de%20contención%20y%20mitigación%20pandemia%20SARS-CoV%20-Covid-19.pdf>

49) Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, 2 de agosto). Resolución 3280 de 2018. Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

50) Ver punto 7.8 de la Resolución 536 de 2020: "Se restringen los procedimientos de valoración integral, detección temprana, protección específica y educación para la salud, contempladas en la Resolución 3280 de 2018, con excepción de los siguientes servicios y procedimientos: i) vacunación, ii) atención para el cuidado prenatal de alto riesgo, iii) control posparto y del recién nacido de alto riesgo, iv) suministro de métodos anticonceptivos y v) atención de interrupción voluntaria del embarazo en los casos previstos en la Sentencia C355 de 2006. Esta restricción debe ser considerada a partir de la segunda fase de optimización de la capacidad instalada, e implementada en su totalidad en la tercera fase de ampliación de la capacidad instalada (respuesta), permitirá una mejor disponibilidad de recurso humano, consultorios, insumos y aportarán a la descongestión de los servicios de salud y minimización de la exposición al virus". (Se resalta). Resolución 536 del 2020, por la cual se dicta "Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (covid-19)". Ministerio de Salud y Protección Social. 30 de marzo del 2020. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20536%20de%202020.pdf

51) Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia del covid-19 en Colombia [Primera versión el 1 de abril de 2020 y actualizado el 2 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS14.pdf>

52) Ver nota al pie número 47.

1.2.3 Adecuar las modalidades en la prestación de determinados servicios de salud sexual y reproductiva, en especial la prestación de la IVE, a través de la telemedicina

El Ministerio emitió un documento con “orientaciones técnicas para abordar los efectos de la pandemia por covid-19 en la fecundidad”⁵³, en respuesta a las entidades e instituciones prestadores de salud, y con el fin de fortalecer las intervenciones en salud que garantizan los derechos sexuales y reproductivos, en especial los que se orientan a la autonomía reproductiva, a la garantía de una vida libre de violencia y al acceso a los servicios de salud de las mujeres, niñas y adolescentes, población vulnerable en el contexto de la emergencia sanitaria⁵⁴. El documento técnico reconoce que las mujeres son titulares del derecho a la autonomía reproductiva y que existen barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, tales como el acceso a la información completa y veraz, el acceso a métodos anticonceptivos, el acceso a servicios médicos y judiciales y el acceso a la IVE, estas barreras pueden agravarse en el contexto actual de la pandemia. Por ello, en este documento **se recomienda a las EPS y su red de prestadores, ante la congestión de servicios de salud por la pandemia, adecuar las modalidades de prestación, con el fin de garantizar la atención en servicios de salud sexual y reproductiva, como la IVE**⁵⁵.

Asimismo, con el objetivo de garantizar la prestación del servicio de salud durante la pandemia ocasionada por el covid-19, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 538 de 2020, en el que estableció que los prestadores de servicios de salud durante el término de la emergencia sanitaria deben “implementar plataformas digitales accesibles con estándares básicos de audio y video que permitan el diagnóstico y seguimiento del paciente”.

También se destaca que, en abril de 2020, el Ministerio de Salud expidió el documento técnico *Telesalud y telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por covid-19*, con el fin de brindar a las entidades e instituciones prestadoras de salud los lineamientos necesarios para llevar a cabo las actividades de telesalud, en los que se incluyó la telemedicina⁵⁶.

1.2.4 Estándares y deberes frente a la prestación de la IVE anteriores a la pandemia por covid-19

Además de lo mencionado en los apartados anteriores, la prestación del servicio de IVE durante la pandemia debe garantizarse bajo los estándares establecidos en la normatividad y la jurisprudencia constitucional vigente, expedida antes de la pandemia. Esto es especialmente relevante porque no existe una norma específica que establezca unas medidas diferenciales para la atención de la IVE en el actual contexto de pandemia, y porque el Gobierno determinó que la prestación de la IVE debe llevarse a cabo siguiendo las orientaciones anteriores (la jurisprudencia de la Corte Constitucional⁵⁷ y la normatividad vigente).

Entre los estándares y deberes establecidos antes de la pandemia por la Corte Constitucional se encuentran los siguientes (se destaca que estos deberes recaen sobre todos los funcionarios y los órganos del Estado, y particularmente sobre los prestadores de salud públicos y privados, dado el contenido prestacional de la IVE como servicio de salud⁵⁸):

53) Ministerio de Salud y Protección Social. (2020, 1 de abril). Orientaciones técnicas para abordar los efectos de la pandemia por covid-19 en la fecundidad. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS25.pdf>

54) Según este instrumento: “1. Vulnerabilidad de que se presente un embarazo no deseado: las mujeres en ejercicio del derecho a la autonomía reproductiva deciden cuándo desean ser madres y cuántos hijos desean tener. Sin embargo, no todas las mujeres tienen la misma historia que contar en relación con la maternidad; en sus experiencias interviene una compleja intersección de factores, como la edad, el acceso a métodos anticonceptivos modernos, el estado civil, las relaciones de inequidad, la situación económica, el lugar de residencia, entre otras. Facilitar el acceso a las mujeres y niñas a los servicios de salud durante situaciones de crisis contribuye en la defensa y garantía de sus derechos. Durante la pandemia por covid-19, se debe mejorar el acceso a información completa y veraz sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, que les permita a las personas tomar decisiones, prevenir embarazos no deseados o postergar el proyecto de ser padres o madres, así como elegir y acceder a los métodos anticonceptivos que más se ajuste a sus necesidades. Las empresas administradoras de planes de beneficio y su red de prestadores de servicios de salud, ante la congestión de servicios de salud por la pandemia, deben adecuar las modalidades de prestación de servicios que garantice la atención en salud materna, planificación familiar y anticoncepción, y acceso a la IVE (...).” Ministerio de Salud y Protección Social (2020, 1 de abril). Orientaciones técnicas para abordar los efectos de la pandemia por covid-19 en la fecundidad, 2. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS25.pdf>

55) “I. Prevención y atención de la violencia física y sexual. II. Asesoría en anticoncepción en un marco de derechos. III. Elección y suministro de métodos anticonceptivos a partir de los criterios médicos de elegibilidad anticonceptiva definidos por la OMS. IV. Garantizar provisión para seis meses en el caso de los anticonceptivos orales e inyectables. Para otros métodos de anticoncepción de larga duración como implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos la EPS e IPS definirá su mecanismo de prestación de servicios. Acceso a métodos anticonceptivos inmediatamente después del evento obstétrico. VI. Acceso a los procedimientos para la interrupción voluntaria del embarazo en el marco de las causales definidas por la corte constitucional en la sentencia C-355 del 2006”. Ministerio de Salud y Protección Social. (2020, 1 de abril). Orientaciones técnicas para abordar los efectos de la pandemia por covid-19 en la fecundidad, 2. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS25.pdf>

56) La Ley 1419 de 2010 regula y define la telemedicina como la provisión del servicio de salud a distancia en cualquiera de sus fases de promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, realizada por los profesionales de la salud a través de las tecnologías de la información y la comunicación —también llamadas TICS—. La telemedicina está incluida dentro del Plan de Beneficios de Salud y tiene como objetivo facilitar el acceso y la oportunidad a los servicios de salud de la población con limitaciones de oferta, de acceso o de ambos en su área geográfica. Para llevar a cabo este servicio, los prestadores de salud, de acuerdo a la Resolución 3100 de 2019, deben seguir un procedimiento específico para estar habilitados en el Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS).

57) Ver, en particular, la SU-096 de 2018 de la Corte Constitucional. Magistrado ponente: José Fernando Reyes Cuartas.

58) *Ibidem*.

- (i) *suministrar información oportuna, suficiente y adecuada en materia reproductiva*⁵⁹;
- (ii) *disponer de los medios necesarios para la materialización de la IVE sin dilación —en cinco (5) días calendario- en todo el territorio nacional, en todos los niveles de complejidad y en cualquier etapa del embarazo*⁶⁰;
- (iii) *garantizar el derecho a la intimidad, libre de apremios y discriminación, en materia reproductiva y el deber de confidencialidad de los profesionales de la salud*⁶¹, y
- (iv) *propender porque cada mujer gestante reciba un diagnóstico oportuno y actual sobre el estado y las condiciones de su embarazo, incluyendo una valoración mental y emocional, incluso a aquellas que son menores de 14 años, quienes tienen plena autonomía para decidir sobre la IVE*⁶².

Ahora bien, la Resolución 3280 de 2018⁶³ del Ministerio de Salud es un referente importante para la prestación de la IVE durante el contexto del covid-19, pues, de un lado, contiene los lineamientos técnicos para garantizar la IVE dentro de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal y, de otro lado, la Resolución 536 de 2020, que fue emitida como respuesta al contexto generado por el covid-19, estableció que la prestación de la IVE y la anticoncepción durante este contexto debe hacerse según lo dispuesto en la Resolución 3280.

Se destaca que el Ministerio de Salud expidió esta resolución con el objetivo de proporcionar a los entes territoriales, las EPS, las IPS y demás entidades responsables los lineamientos técnicos y operativos para la atención en salud de la población materno-perinatal. Dentro de dichos lineamientos se incluye un apartado referente a la prestación del servicio de la IVE, en el cual se describe la forma como se debe prestar esta atención y se destaca una ruta de atención compuesta por 13 pasos⁶⁴.

Al igual que la Resolución 3280 de 2018, **la Circular nro. 003 de la Superintendencia Nacional de Salud**⁶⁵ es un instrumento central para la prestación de la IVE en el contexto de pandemia. Esta circular establece una serie de orientaciones dirigidas a los prestadores de servicios de salud, entidades administradoras de planes de beneficios y entidades territoriales frente a la prestación del servicio de IVE. Dentro de estas orientaciones, se destacan las siguientes obligaciones:

- (i) *prestar el servicio de IVE a las mujeres incursas en cualquiera de las causales establecidas en la Sentencia C-355 de 2006, en cumplimiento de los principios de igualdad, universalidad, calidad, seguridad y eficiencia;*
- (ii) *brindar plena confidencialidad y a mantener la reserva legal sobre la información recibida, y*
- (iii) *no ejercer prácticas discriminatorias en contra de las mujeres que soliciten la IVE, ni en contra de quienes atienden la solicitud, entre otras.*

Algunos elementos a destacar de los estándares nacionales

Del análisis de la normatividad nacional se resalta que el Gobierno colombiano adoptó parte de los estándares internacionales dispuestos para la garantía de la IVE en este contexto particular, pues estableció (i) que la IVE es un servicio de salud esencial que no puede suspenderse en medio de la emergencia sanitaria, y (ii) que las EPS e IPS deben adaptar la modalidad de la prestación de los servicios para asegurar su acceso durante la pandemia ocasionada por el covid-19 (telemedicina).

59) Corte Constitucional. Sentencia T-731 de 2016. M.P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo; Sentencia T-388 de 2009. M.P.: Humberto Antonio Sierra Porto.

60) Corte Constitucional. Sentencia T-301 de 2016. M.P.: Alejandro Linares Cantillo; Sentencia T-946 de 2008. M.P.: Jaime Córdoba Triviño.

61) Corte Constitucional. Sentencia T-988 de 2007. M.P.: Humberto Antonio Sierra Porto; Sentencia T-388 de 2009. M.P.: Humberto Antonio Sierra Porto.

62) Corte Constitucional. Sentencia T-841 de 2011. M.P.: Humberto Antonio Sierra Porto; Sentencia T-731 de 2016. M.P.: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. Para conocer todos los estándares, sugerimos ver: www.derechoalaborto.com

63) Ver nota al pie número 49.

64) Los 13 pasos son: (i) consulta inicial por medicina para valoración integral de la salud de la mujer, (ii) anamnesis, (iii) examen físico, (iiii) toma de paraclínico, (iv) certificación de las causales, (v) orientación y asesoría, (vi) identificar coacción, (vii) información y elección de procedimiento, (viii) elección del procedimiento entre métodos farmacológicos y métodos no farmacológicos, (ix) consentimiento informado, (x) realización del procedimiento seleccionado, (xi) recuperación, (xii) asesoría y provisión anticonceptiva y (xiii) consulta de seguimiento.

65) Superintendencia Nacional de Salud. (2013, 26 de abril). Circular externa nro. 003. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/circular_supersalud_0003_2013.htm. Se destaca que esta circular se encuentra vigente y que el fallo del Consejo de Estado que decidió sobre los cargos de nulidad formulados contra la circular resolvió lo siguiente: (i) anular las instrucciones segunda, cuarta y décima primera en su integridad, y el párrafo 2º de la instrucción décima segunda de la Circular nro. 003 de 2013; (ii) declarar que el inciso 2º de la instrucción tercera de la Circular nro. 003 de 2013 es válido, siempre que se entienda que en el caso de las mujeres con discapacidad la solicitud de IVE puede efectuarla su representante legal o quien quiera que actúe legítimamente en su nombre, sin requisitos formales adicionales al denuncia penal por acceso o acto carnal violento o abusivo, cuando tal sea la causal invocada, o la certificación de un médico que acredite la situación de riesgo correspondiente, cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer o exista una grave malformación del feto que haga inviable su vida, y (iii) declarar la legalidad de las instrucciones primera, tercera (parcial), quinta, sexta, séptima, octava, novena, décima, décima tercera, décima cuarta y décimo quinta de la Circular 003 de 2013, con lo cual la Superintendencia de Salud puede investigar y hacer labor de vigilancia a las entidades que no presten los servicios de IVE en los términos establecidos por la ley.

Ahora bien, pese a determinar que la prestación de la IVE debe llevarse a cabo bajo las orientaciones anteriores a la pandemia (en la Resolución 536 de 2020 hizo una remisión expresa a la Resolución 3280 de 2018), el Gobierno no diseñó lineamientos diferenciados para garantizar efectivamente la atención de este servicio en consideración al contexto particular de la pandemia y las circunstancias en las que se encuentran las mujeres y las niñas en cada región del país. Así, por ejemplo, aunque instó a las entidades prestadoras de salud a adaptar la modalidad de sus servicios a través de la telemedicina, no adoptó medidas específicas para promocionar el aborto autogestionado (recomendado por la OMS como método de aborto no invasivo en embarazos de menos de 12 semanas) entre quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad al no poder acceder o desplazarse hacia los centros de salud⁶⁶.

En el mismo sentido, el Gobierno no implementó medidas particulares que estuvieran dirigidas a la eliminación de barreras de acceso a la IVE, o a su prevención durante el contexto de pandemia; especialmente, respecto a las barreras relacionadas con las medidas de contención del virus impuestas por el mismo Gobierno, como las dificultades para desplazarse hacia las IPS debido a las restricciones de movilidad por el confinamiento preventivo obligatorio o el “pico y cédula”. Tampoco se fortalecieron los canales informativos para brindar información completa y veraz sobre los servicios de salud sexual y reproductiva (incluido el de la IVE) en la pandemia. Dado que el contexto de pandemia persiste, estas medidas concretas y diferenciadas resultan fundamentales para la garantía de la IVE.

Igualmente, es de señalar que el Gobierno no adoptó medidas que permitieran un avance hacia marcos legales más garantistas de la IVE, como la despenalización total⁶⁷, que con seguridad habrían permitido superar muchas de las barreras que enfrentan las mujeres para acceder a este servicio de salud durante la pandemia. Se resalta que, según el relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, la penalización del aborto tiene un “efecto inhibitor en el intercambio abierto de información” que hace que las mujeres no puedan acceder a información completa y veraz sobre este servicio de salud⁶⁸.

En definitiva, estos vacíos en las orientaciones dadas por el Gobierno durante la emergencia sanitaria no solo desconocen varios de los estándares o recomendaciones emitidas por los organismos y autoridades sanitarias internacionales frente a la garantía de los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la pandemia, sino que también influyen —como se verá más adelante— en el recrudecimiento de las barreras para el acceso a la IVE en este contexto particular.

66) Al respecto ver “CinCondiciones: Herramientas para defender la salud reproductiva en tiempos de covid-19”. Disponible en: https://cincondiciones.org/wp-content/uploads/2020/12/CinCondiciones-2020_covid-derechos-reproductivos.pdf

67) Op. cit. “Cincondiciones”

68) El relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha manifestado que la penalización de servicios de salud sexual y reproductiva tiene un “efecto inhibitor en el intercambio abierto de información”. Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (2011). Interim Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Highest Attainable Standard of Physical & Mental Health to the General Assembly, párr 19. UN Doc. A/66/254, 2011

Tabla 2. Listado de estándares nacionales

Entidad que la expidió	Normatividad nacional expedida como respuesta a la pandemia Covid-19	Estándar
Ministerio de Salud y Protección Social	Boletín de prensa nro. 190 del 24 de abril de 2020. ABC sobre relaciones sexuales y la enfermedad por coronavirus (covid-19)	1) Garantizar la atención en salud a las víctimas de violencia sexual, incluyendo la orientación y la realización de la IVE.
	Resolución nro. 536 de 2020, “Por la cual se dicta el Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (covid-19)”. “Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de covid-19 en Colombia”.	2) No suspender la prestación de la IVE durante la pandemia y garantizar su acceso según lo establecido en la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional y la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud.
	Orientaciones técnicas para abordar los efectos de la pandemia por covid-19 en la fecundidad	3) Adecuar las modalidades en la prestación de determinados servicios de salud sexual y reproductiva, en especial la prestación de la IVE, a través de la telemedicina.
Entidad que la expidió	Normatividad nacional y jurisprudencia constitucional anterior a la pandemia del covid-19	Estándar
Corte Constitucional	Estándares y deberes de protección establecidos por la Corte Constitucional frente a la prestación de la IVE (en particular están compilados en la Sentencia SU-096 de 2018. Magistrado ponente: José Fernando Reyes)	1) Las EPS, IPS y profesionales de la salud deben suministrar información oportuna, suficiente y adecuada en materia reproductiva. 2) Disponer de los medios necesarios para la materialización de la IVE sin dilación —en cinco (5) días calendario— en todo el territorio nacional, en todos los niveles de complejidad y en cualquier etapa del embarazo. 3) Garantizar el derecho a la intimidad, libre de apremios y discriminación, en materia reproductiva y el deber de confidencialidad de los profesionales de la salud. 4) Propender porque cada mujer gestante reciba un diagnóstico oportuno y actual sobre el estado y condiciones de su embarazo, incluyendo una valoración mental y emocional, incluso aquellas que son menores de 14 años, quienes tienen plena autonomía para decidir sobre la IVE, entre otros.
Ministerio de Salud y Protección Social	Resolución 3280 de 2018. “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”	Los entes territoriales, las EPS, las IPS y demás entidades responsables deben prestar el servicio de IVE teniendo en cuenta la siguiente ruta: (i) consulta inicial por medicina para valoración integral de la salud de la mujer; (ii) anamnesis; (iii) examen físico; (iv) toma de paraclínico; (v) certificación de las causales; (vi) orientación y asesoría; (vii) identificar coerción; (viii) información y elección de procedimiento; (ix) elección del procedimiento entre métodos farmacológicos y métodos no farmacológicos; (x) consentimiento informado; (xi) realización del procedimiento seleccionado; (xii) recuperación; (xiii) asesoría y provisión anticonceptiva, y (xiv) consulta de seguimiento.
Superintendencia Nacional de Salud	Circular 003 de 2013, “Por la cual se imparten instrucciones sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), en aplicación de la Constitución Política de Colombia, los tratados internacionales y las sentencias de la Corte Constitucional, y se deroga la Circular número 03 de noviembre de 2011”	1) Prestar el servicio de IVE a las mujeres incursas en cualquiera de las causales establecidas en la Sentencia C-355 de 2006, en cumplimiento de los principios de igualdad, universalidad, calidad, seguridad y eficiencia. 2) Brindar plena confidencialidad y a mantener la reserva legal sobre la información recibida. 3) No ejercer prácticas discriminatorias en contra de las mujeres que soliciten la IVE, ni en contra de quienes atienden la solicitud, entre otras.

Fuente: elaboración propia

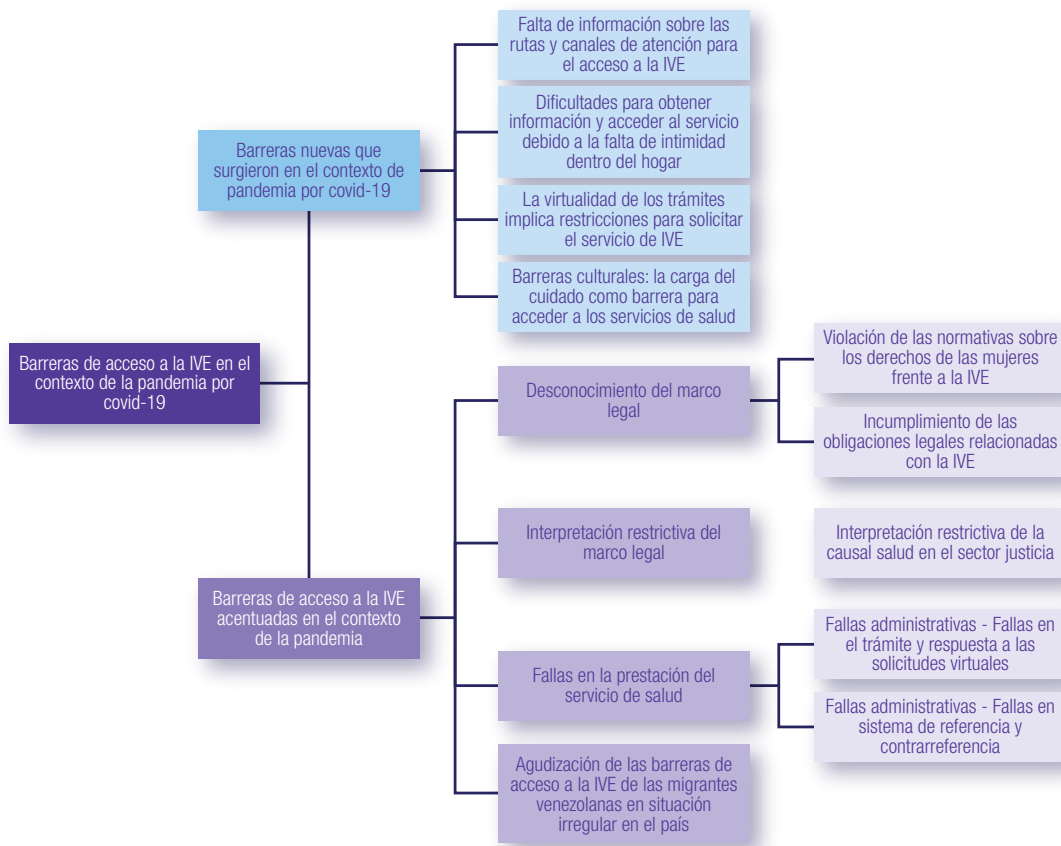


Barreras de acceso a la IVE en el contexto de la pandemia por covid-19: una mirada desde las organizaciones de la sociedad civil⁶⁹

⁶⁹⁾ Este apartado fue realizado por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Fundación Oriéntame.

Las disposiciones gubernamentales dirigidas a controlar la propagación del covid-19 en Colombia han limitado el ejercicio de los derechos de las mujeres, entre ellos, los concernientes a la sexualidad y a la reproducción. En este segundo apartado, se presentan las barreras de acceso a la IVE que persisten y se han acentuado en el contexto de la pandemia del covid-19 en Colombia, identificadas durante el acompañamiento de casos realizado por **La Mesa** y durante la prestación del servicio de salud de la IVE de la **Fundación Oriéntame**, desde el 1 de marzo hasta el 31 de diciembre de 2020.

Gráfico 2. Esquema barreras de acceso a la IVE en el contexto de la pandemia por covid-19 identificadas por La Mesa.

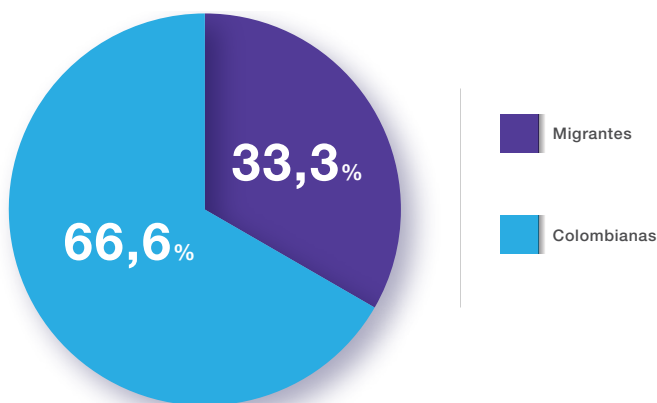


2.1 Caracterización de casos atendidos por La Mesa en el contexto de la pandemia por el covid-19

Desde la despenalización del aborto, a través de la Sentencia C-355 de 2006, **La Mesa** ha brindado asesoría jurídica y acompañamiento gratuito y especializado a las mujeres sobre los mecanismos y procedimientos administrativos y legales para acceder a la IVE, bien sea por la negación del procedimiento y/o por la imposición de barreras. Durante el periodo comprendido entre 2006 y 2020, con corte a 31 de diciembre, **La Mesa** acompañó más de 1.300 casos de mujeres que se acercaron o fueron remitidas y solicitaron asesoría y acompañamiento legal en su trámite para lograr la garantía de su derecho fundamental a la IVE.

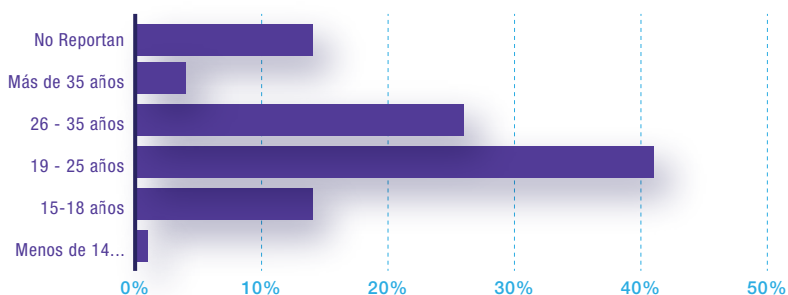
Entre el 1 de marzo y el 31 de diciembre de 2020, **La Mesa** acompañó a un total de ciento once (111) casos de mujeres, niñas y adolescentes que enfrentaron barreras de acceso a la IVE en el contexto de pandemia por covid-19⁷⁰. La información que se presenta a continuación se centra en este universo particular. Así, treinta y siete (37) casos corresponden a mujeres migrantes venezolanas y nueve (9), a mujeres pertenecientes a comunidades indígenas. La mayor parte de los casos corresponde a jóvenes entre los 19 y 25 años de edad, que representan el 41.4%; le siguen las mujeres entre los 26 y 35 años, con el 26.1%; a continuación están los casos de mujeres entre los 15 y 18 años, con el 13,5%; luego los de mujeres mayores de 35 años, con el 4.5%, y, por último, se encuentran los casos de menores de 14 años, que corresponde al 0,9%. El 13.5% restante corresponde a los casos de mujeres que no reportaron su edad.

Gráfico 3. Porcentaje de mujeres acompañadas por La Mesa según su nacionalidad



Fuente: elaboración propia

Gráfico 4. Edad de las mujeres acompañadas por La Mesa

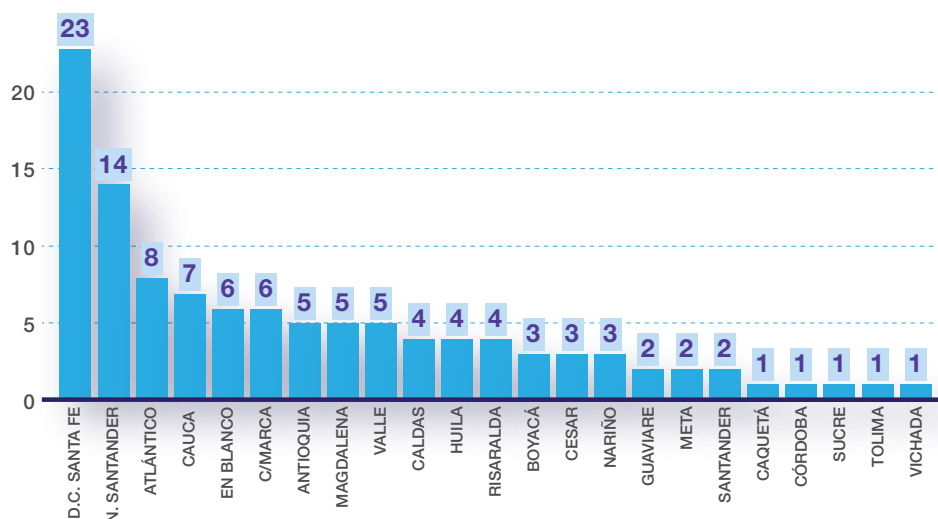


Fuente: elaboración propia

⁷⁰ Es de resaltar que la mayoría de mujeres acuden a La Mesa cuando ya han enfrentado barreras de acceso a la IVE en el sistema de salud, lo que implica el avance de las edades gestacionales y evidencia el desconocimiento de los prestadores de salud del plazo de los cinco (5) días para dar respuesta a su solicitud y llevar a cabo la IVE. Tan solo tres (3) casos corresponden a mujeres que ya habían accedido al procedimiento de IVE, pero que durante la ruta de atención fueron víctimas de violencia y malos tratos por parte de las entidades o instituciones prestadoras de salud, por lo que buscaron en La Mesa acompañamiento legal para realizar la queja y solicitud de apertura de investigación y sanción ante las autoridades administrativas competentes.

En cuanto al lugar de procedencia, el 79% de los casos se ubica en zonas diferentes a la capital (Bogotá), siendo estos los porcentajes por departamento: Norte de Santander, 10.3%; Atlántico, 9.1%; Cauca, Cundinamarca y Valle del Cauca, 5.7% cada uno; Caldas y Magdalena, 4.5% cada uno; Antioquia, Boyacá, Cesar y Risaralda, 3.4% cada uno; Guaviare, Meta, Nariño y Santander, 2.2% cada uno, y, por último, Caquetá, Córdoba, Huila, Sucre y Vichada, 1.1% cada uno. Es decir, **La Mesa** acompañó a mujeres y niñas en 19 de los 32 departamentos del país.

Gráfico 5. Número de casos acompañados por La Mesa según departamento



Fuente: elaboración propia

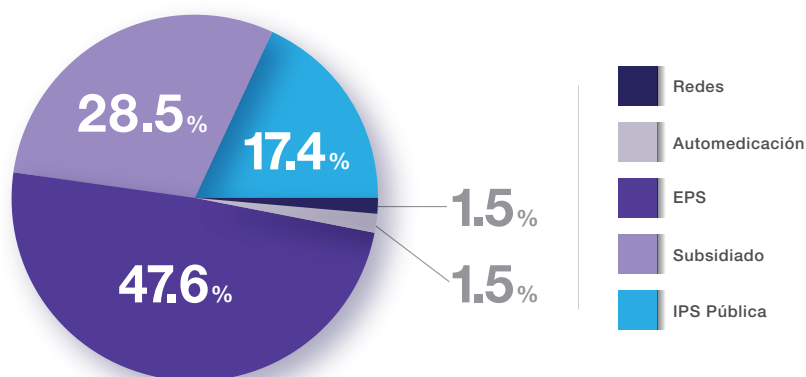
Frente a las causales por las que se solicita el acceso al derecho a la IVE, se encontró que el 83.1% de las mujeres acompañadas solicitaron acceder al servicio por la causal de riesgo para la salud de la mujer; el 4.6%, por la causal de grave malformación del feto que hace inviable su vida fuera del útero, y el 12.1%, por la causal de violencia sexual. Este hallazgo se corresponde con lo identificado en el acompañamiento a mujeres realizado por **La Mesa** en años anteriores.

Del total de casos atendidos, el 34.3% se encontraban dentro del primer trimestre del embarazo; el 46%, dentro del segundo trimestre; y el 19.6%, en el tercer trimestre.

En cuanto a la resolución de los casos, posterior al acompañamiento de **La Mesa**, al momento de la elaboración de este informe, el 61.9% de las mujeres accedió al procedimiento de IVE⁷¹; el 14.8% desistió de la IVE, en su mayoría por situaciones asociadas a la interposición de barreras; el 20.9% no se volvió a contactar; el 0.9% no accedió al procedimiento, y el 1.9% tuvo un aborto espontáneo durante la ruta de atención.

Del total de mujeres **que accedieron al procedimiento**, el 47.6% lo hizo a través de su EPS; el 28.5% pudo acceder porque los costos del procedimiento fueron subsidiados por IPS privadas a través de proyectos que donan recursos para la atención de mujeres en situación de vulnerabilidad (como el caso de las mujeres migrantes con estatus migratorio irregular); el 17.4% accedió a través de IPS públicas directamente (población no asegurada); el 3.1% accedió de manera particular en IPS privadas, es decir que costearon el procedimiento con sus propios recursos; el 1.5% accedió a través de redes de acompañamiento, y el 1.5% se automedicó.

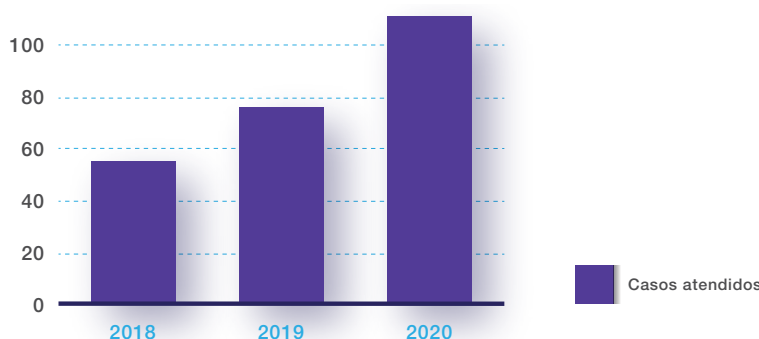
71) González Vélez, A. y Jaramillo Sierra, I. (2021). La batalla por el derecho al aborto. El caso de la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Siglo del Hombre Editores. Universidad de los Andes. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.

Gráfico 6. Porcentaje de mujeres que accedieron a la IVE después del acompañamiento de La Mesa

Fuente: elaboración propia

2.2 Barreras de acceso a la IVE en el contexto de pandemia por covid-19, según los casos atendidos por La Mesa

De acuerdo con el número de casos atendidos por **La Mesa** entre marzo y diciembre de 2020 (111 casos), en comparación con años anteriores y en el contexto de la pandemia del covid-19 se evidencia un aumento significativo del número de mujeres, niñas y jóvenes que solicitaron asesoría y acompañamiento legal para acceder a la IVE. Así pues, en el año 2018 fueron atendidos en el mismo periodo 55 casos y en el 2019 fueron atendidos 76 casos. Es decir, **hubo un incremento del 50.4% respecto al año 2018 y del 31.5% respecto al 2019.**

Gráfico 7. Número de casos atendidos por La Mesa por año

Fuente: elaboración propia

A continuación, se presentan las barreras a partir de la propuesta de categorización realizada por **La Mesa** (2016)⁷², donde se clasificaron las principales barreras de acceso en tres grandes grupos: (i) desconocimiento del marco legal; (ii) interpretación restrictiva del marco legal, y (iii) fallas en la prestación del servicio de salud. Esta clasificación constituye un marco analítico que permite entender las dificultades que enfrentan las mujeres para acceder a la IVE, y es un instrumento que ha llevado a proponer alternativas para superar esta situación y comprender estas barreras en situaciones de emergencia, como las referidas a la migración venezolana⁷³ y a la pandemia del covid-19.

A continuación, se describen las nuevas barreras para el acceso a la IVE que se han identificado en el contexto de la pandemia y, posteriormente, se describen y clasifican las barreras que se han acentuado con la declaratoria del estado de emergencia, atendiendo a la mencionada tipología desarrollada por **La Mesa**.

⁷² La Mesa, en el año 2016, realizó una categorización de las barreras más recurrentes que enfrentan las mujeres para acceder a la IVE, de la que resultó el documento Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Por barreras se entiende "el conjunto de conductas que por acción o por omisión, constituyen limitaciones u obstáculos para que las mujeres accedan de forma efectiva al aborto legal en el servicio de salud, sin importar el régimen de afiliación". La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2016). Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Disponible en: <https://bit.ly/2IZqnTR>

⁷³ En diciembre de 2019 La Mesa publicó el informe "Migrantes venezolanas en Colombia: barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo". Disponible en: <https://bit.ly/2IZqnTR>.

2.2.1 Barreras nuevas que surgieron en el contexto de pandemia por covid-19

Teniendo en cuenta el contexto de aislamiento preventivo obligatorio y las restricciones de movilidad, se han podido detectar las siguientes barreras particulares:

- **Falta de información sobre las rutas y canales de atención para el acceso a la IVE**

En una época de sobreinformación, resulta paradójica su ausencia respecto a las rutas y canales de atención destinados por las EPS para atender a las mujeres que buscan acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva en el contexto de la emergencia sanitaria, en particular los relacionados con la IVE. Estas rutas y canales de atención han sido modificadas con las medidas de prevención y contención de la pandemia, y las mujeres las desconocen, pues no saben si pueden dirigirse directamente a las sedes de sus EPS para solicitar las citas médicas que garanticen un diagnóstico integral y oportuno o si deben hacerlo a través de las IPS.

- **Dificultades para obtener información y acceder al servicio debido a la falta de intimidad dentro del hogar**

La IVE es un derecho reproductivo que corresponde a la esfera privada e íntima de las mujeres. Siendo así, este derecho se ve limitado por la imposibilidad de las mujeres de resguardar dicha información sin que las personas con las que habitan se enteren (parejas, hijos/as, familia, etc.); situación que les impone una barrera adicional para la solicitud de información y acceso al procedimiento.

- **La virtualidad de los trámites implica restricciones para solicitar el servicio de IVE**

Esta barrera está relacionada con el hecho de que los trámites administrativos para la atención en salud, por ser en su mayoría virtuales, dificultan y limitan el acceso a las mujeres que no cuentan con herramientas tecnológicas para enviar correos electrónicos y/o hacer llamadas; en especial, a aquellas que habitan en contextos rurales y se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

- **Barreras culturales: la carga del cuidado como barrera para acceder a los servicios de salud**

Se refiere a la imposibilidad de algunas mujeres (en especial madres cabeza de familia y/o mujeres cuidadoras) de acudir a los servicios de salud por estar a cargo del cuidado de sus hijos e hijas menores, adultos/as mayores o personas en situación de discapacidad; a esto se suma que, con las medidas implementadas para contener el covid-19, los servicios de cuidado que prestan instituciones públicas y privadas fueron suspendidos. Esto es especialmente crítico para las mujeres migrantes, quienes no tienen redes de apoyo en Colombia que les permitan delegar estas labores de cuidado.

CASO: LORENA tuvo que irse de casa de su madre con su pequeña hija de 3 años porque decidió acceder a la IVE. Su familia no estaba de acuerdo con su decisión, por lo que fue blanco de rechazo, juzgamiento y toda clase de insultos. Debido a este rechazo, se fue a cuidar una casa en un municipio del Cesar, lejos de su familia. LORENA no sabía cómo iniciar la ruta de IVE en su EPS, pues no tenía acceso a internet ni saldo en el celular. Cuando la abogada de casos de **La Mesa** se comunicó con ella, LORENA refirió que no podía acudir a los servicios de salud para acceder a la IVE porque no tenía con quien dejar a su hija, no tenía redes de apoyo y no había ninguna institución pública o privada que le pudiera ayudar con el cuidado de su hija. Refirió que prefería esperar a que la cuarentena terminara para acceder al servicio de salud. Finalmente, y en consideración a las barreras, LORENA desistió de la IVE.

2.2.2 Barreras de acceso a la IVE acentuadas⁷⁴ en el contexto de la pandemia

(i) **Desconocimiento del marco legal:** abarca aquellas barreras asociadas con la falta de reconocimiento, información o manejo del marco normativo en materia de IVE.

- ***Violación de las normativas sobre los derechos de las mujeres frente a la IVE***

Durante este periodo, las mujeres acompañadas señalan que se siguen presentando barreras como la desestimación del derecho al diagnóstico y tratamiento oportuno. Varias de las mujeres que acudieron a sus EPS y solicitaron una cita médica para iniciar la ruta de IVE se encontraron con que no hay agendamiento para brindar el servicio, debido a las medidas adoptadas por el covid-19.

- ***Incumplimiento de las obligaciones legales relacionadas con la IVE***

Sector salud: una de las barreras más recurrentes durante este periodo es que, pese a que no ha sido exceptuado, para algunos prestadores la IVE no es considerada un servicio de salud esencial. Las EPS e IPS se excusan en la priorización de los servicios de salud relacionados con el covid-19 para no atender las solicitudes de IVE, dilatando la atención e incumpliendo los términos legales para dar respuesta.

Sector justicia: fallas en el proceso de interposición de la acción de tutela en el marco del covid-19, lo que conlleva a que la acción no cumpla con sus características de inmediatez, eficacia y preferencia.



CASO: ANDREA⁷⁵ instauró una acción de tutela⁷⁶ contra su EPS por la vulneración a su derecho a la salud, a la interrupción voluntaria del embarazo y demás derechos relacionados, después de esperar durante casi dos meses una respuesta a la solicitud de la autorización del procedimiento de IVE que realizó a través de múltiples correos electrónicos. ANDREA interpuso la acción, tal como lo dispuso la rama judicial, mediante correo electrónico al Distrito Judicial de Bogotá, ciudad donde reside. El juzgado al que correspondió el conocimiento de la tutela la envió al Distrito Judicial del departamento de Chocó⁷⁷, allí tampoco aceptaron conocer de la tutela y la enviaron al Distrito Judicial de Barranquilla, y de allí la devuelven a los juzgados de Bogotá, donde se radicó inicialmente la acción de tutela. En este “paseo” por distintos distritos judiciales transcurrieron diez (10) días entre la fecha de radicado y el auto admisorio de la tutela.

(ii) **Interpretación restrictiva del marco legal:** Esta categoría abarca aquellas barreras asociadas a una comprensión y aplicación limitada, sesgada o errónea del marco normativo.

- ***Interpretación restrictiva de la causal salud en el sector justicia***

Esta barrera se evidencia cuando los operadores de justicia otorgan una comprensión limitada del concepto de salud y condicionan el amparo del derecho a la IVE a requisitos adicionales a los contemplados por la Corte Constitucional.

⁷⁴ Nos referimos a las barreras ya identificadas por La Mesa que se han presentado con mayor frecuencia en el contexto de la pandemia.

⁷⁵ Todos los nombres de las mujeres acompañadas y otros datos personales han sido cambiados u omitidos para preservar su confidencialidad.

⁷⁶ La acción de tutela fue elaborada por la abogada de casos de La Mesa en el marco del servicio de asesoría y acompañamiento legal.

⁷⁷ El distrito de Chocó rechaza la acción de conformidad con lo establecido en el Acuerdo PCS.JA20 -11532 del 11 de abril de 2020 del Consejo Superior de la Judicatura



CASO: CARMEN, migrante venezolana en situación de permanencia irregular en el país, acudió a la acción de tutela debido a la vulneración a su derecho a la interrupción del embarazo por parte de una IPS pública, que no le garantizó su derecho a un diagnóstico médico integral y oportuno en el departamento del Atlántico, y le negó la realización del procedimiento. CARMEN adjuntó a la acción de tutela la respectiva certificación médica de riesgo para su salud integral (mental y social) expedida por un psicólogo vinculado a una IPS privada. En fallo de primera instancia, el juez de tutela amparó el derecho a la salud de CARMEN, pero desconoció la certificación médica aportada y condicionó su acceso a la IVE a una valoración adicional por psiquiatría, haciendo así una interpretación restrictiva de la causal salud.

(iii) Fallas en la prestación del servicio de salud: abarca las fallas en las redes e instituciones que actúan dentro de la ruta de atención de acceso a la IVE.

• ***Fallas administrativas — Fallas en el trámite y respuesta a las solicitudes virtuales***

Con la medida de confinamiento obligatorio y distanciamiento social se virtualizaron los trámites administrativos en el sistema de salud. Esto dificulta el seguimiento de las solicitudes, pues no se generan números de radicado y las entidades no responden en los términos establecidos por la Corte Constitucional.

• ***Fallas administrativas — Fallas en sistema de referencia y contrarreferencia***

Esta barrera opera cuando no se les garantiza el traslado médico a las mujeres que son remitidas a una IPS fuera de su municipio de residencia para practicarles la IVE. En el caso de las mujeres que cuentan con afiliación al sistema de seguridad social en salud, sus EPS no están garantizando el traslado médico (como es su deber), aduciendo la falta de transporte público o negando el uso de las ambulancias porque, según dicen, solamente están destinadas para casos de covid-19; esto, aunado al cierre de los terminales de transporte aéreo y terrestre intermunicipales durante más de ocho meses, hizo que no fuera posible el acceso al procedimiento de IVE de manera oportuna. Por su parte, las mujeres no aseguradas, como las migrantes venezolanas,⁷⁸ que se encuentran en áreas rurales con limitados servicios de salud carecen de posibilidades para trasladarse a capitales de departamento donde puedan ser atendidas⁷⁹.

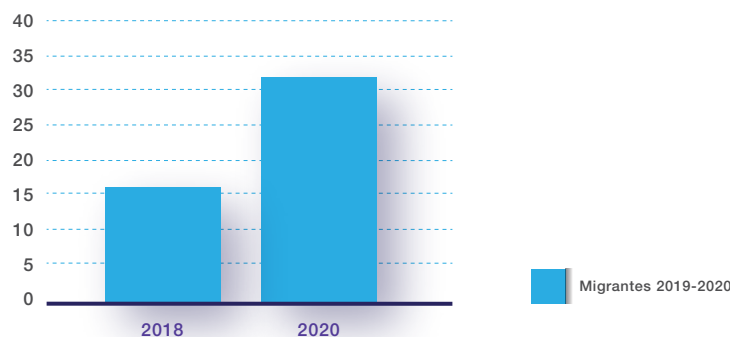
CASO: SARA, debido a su edad gestacional, es remitida por su EPS a una institución prestadora de salud que está a 12 de horas de distancia por tierra de su lugar de residencia. A pesar de que se autorizó el procedimiento IVE, la EPS se niega a garantizar el servicio de transporte para su traslado, aduciendo que no es posible acceder a transporte público porque las ambulancias solo están destinadas para atender casos prioritarios o relacionados con el covid-19.

2.2.3 Agudización de las barreras de acceso a la IVE de las migrantes venezolanas en situación irregular en el país

Durante el contexto de pandemia se incrementó la atención a mujeres, niñas y jóvenes migrantes venezolanas en un 51% respecto al año inmediatamente anterior. Entre el 1 de marzo y el 31 de diciembre de 2019, **La Mesa** acompañó a 13 mujeres, niñas y jóvenes migrantes venezolanas en su acceso a la IVE, mientras que durante el mismo periodo del 2020 acompañó 27 casos.

⁷⁸⁾ Las empresas de transporte público intermunicipal solicitan para la emisión del tiquete documentos que soporten la regularidad en el país o salvoconducto migratorio.

⁷⁹⁾ En algunos casos ha sido necesario que La Mesa, como otras organizaciones, brinden apoyo de transporte para el traslado de las mujeres con el fin de garantizar su atención oportuna.

Gráfico 8. Número de mujeres migrantes acompañadas por La Mesa en el 2019 y 2020

Fuente: elaboración propia

El número de migrantes venezolanas acompañadas por **La Mesa** en el contexto de pandemia representa el 33.3% del total de atenciones. Las mujeres migrantes no solo enfrentan las mismas barreras de acceso que las mujeres colombianas cuando buscan acceder a la IVE, sino que enfrentan su recrudecimiento, en razón a su situación migratoria⁸⁰.

En el año 2018, **La Mesa**, junto a otras organizaciones, elaboró un informe sobre las barreras de acceso de las migrantes venezolanas a la IVE, en el que se señalaron las siguientes barreras:

- **Desconocimiento del marco legal de la IVE:** las mujeres migrantes, en particular las mujeres en situación migratoria irregular, desconocen que la IVE está reconocida como un derecho fundamental en las tres circunstancias reconocidas por la Corte Constitucional, y no acuden a la red hospitalaria por miedo a la deportación u otras consecuencias legales.
- **Solicitud de requisitos adicionales:** exigencia de documentos que comprueben su situación regular en el país para acceder a los servicios de salud u otros documentos como encuesta Sisbén⁸¹ o autorización por parte de un tercero.
- **Negación de los servicios de salud** con fundamento en condición de migrante irregular.
- **Fallas de las y los profesionales de la salud** que se evidencian en malos tratos y violencia obstétrica basada en prejuicios con relación a las mujeres migrantes.
- **Ausencia de protocolos y rutas de atención** para el acceso a la IVE de mujeres migrantes en condición de permanencia irregular en el país.

En el marco del contexto de la pandemia se ha evidenciado un recrudecimiento de estas barreras de acceso a la IVE para las mujeres migrantes venezolanas que se encuentran de manera irregular en el país. Las medidas adoptadas por el Gobierno para hacer frente a la pandemia, como el confinamiento obligatorio, hicieron que las mujeres tuvieran menos posibilidades de acceder a información sobre la IVE y a las rutas de atención en la red pública. Además, las que se encuentran en zonas rurales o municipios que no cuentan con prestadores de servicios de salud, o no cuentan con el nivel de atención necesario para la realización del procedimiento IVE por la edad gestacional o por necesidades de salud particulares, soportaron serias dificultades para trasladarse, que hicieron casi imposible el acceso efectivo a este derecho.

Por otro lado, la falta de claridad sobre los protocolos de atención a mujeres migrantes con estatus migratorio irregular se evidenció en casos en los que mujeres venezolanas duraron entre 15 y 25 días hospitalizadas (lo que representó un avance de 2 a 4 semanas en su edad gestacional), en espera de ser remitidas a un prestador que tuviera el nivel de atención necesario para realizar el procedimiento IVE:

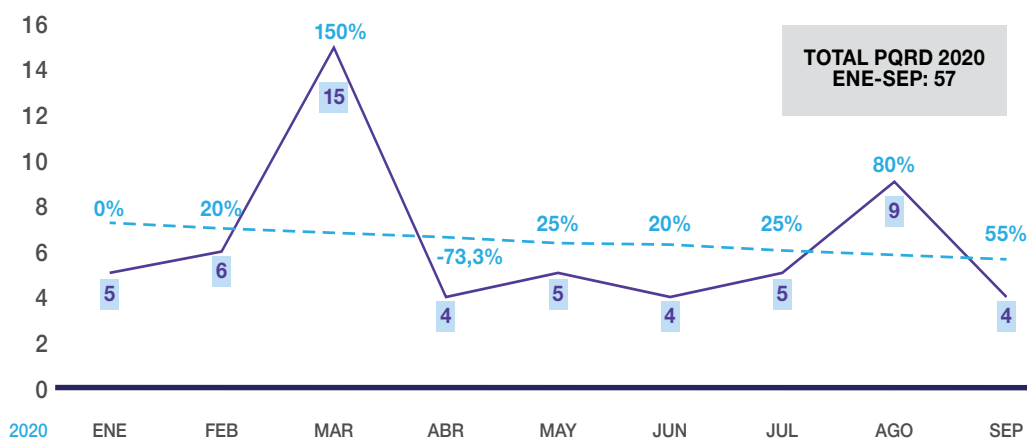
⁸⁰ Triviño Maldonado, C., Martínez Londoño, J. y Falla Ospina, F. (2018). Migrantes Venezolanas en Colombia: barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.

⁸¹ El Sisbén es un instrumento de focalización individual diseñado por el Departamento Nacional de Planeación, que corresponde a un diseño técnico que recoge los criterios definidos por el CONPES Social para evaluar en una determinada forma las condiciones de pobreza y vulnerabilidad de los hogares.

CASO: SANDRA, de 15 años de edad, migrante venezolana que se encuentra de manera irregular en el país, solicitó por el servicio de urgencias de un prestador de salud de la red pública la IVE, por la causal de malformación. Acababa de recibir el diagnóstico fetal de “Hidrocefalia severa con ventriculomegalia y colpocefalia”, lo que hacía inviable la vida extrauterina. Dos semanas después fue hospitalizada, por edad gestacional debía ser remitida a un prestador de mayor nivel, llevaba 25 días ingresada en el hospital cuando **La Mesa** conoció su caso, sin que se definiera su remisión”.

Es interesante contrastar la información analizada por **La Mesa** con la información que reportó la Superintendencia Nacional de Salud, en un concepto presentado ante la Corte Constitucional en el mes de octubre de 2020⁸², respecto a las 57 quejas recibidas frente al acceso a la IVE durante el periodo comprendido entre el 1 enero y el 30 de septiembre de 2020:

Gráfico 9. Tendencia mensual PQRD recibidas por la Superintendencia de Salud relacionadas con IVE



Fuente: base de datos Superintendencia Nacional de Salud 2020 (enero-septiembre)

Según lo reportado por la Superintendencia Nacional de Salud, los meses de marzo y agosto presentan el mayor incremento porcentual, con 150% y 80%, respectivamente. En el mes de abril se presenta una reducción más pronunciada, del -73,3%. Respecto a esta disminución, la entidad infiere que está relacionada con la baja demanda de servicios de salud, con ocasión de las medidas de emergencia sanitaria por la pandemia del covid-19⁸³. Este hallazgo de la Superintendencia contrasta con lo reportado por **La Mesa** durante su acompañamiento legal a mujeres y niñas que enfrentaron barreras para acceder a la IVE, pues **La Mesa** identificó que durante marzo y diciembre de 2020 hubo un incremento de casos del 50.4% respecto al año 2018, y del 31.5% respecto al 2019.

Ahora bien, en cuanto a los principales motivos de las quejas, la Superintendencia señaló los siguientes: la falta de oportunidad en la programación de procedimientos quirúrgicos; demora en la referencia y contrareferencia; demora en la autorización de los procedimientos; la no aplicación y/o incumplimiento de las normas, guías o protocolos de atención; falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada, y tratos indignos o deshumanizantes. Dichos motivos se corresponden con las barreras presentadas anteriormente, particularmente con los obstáculos relacionados al desconocimiento del marco legal de la IVE, la interpretación restrictiva de las causales y las fallas en la prestación del servicio.

⁸² Tomado de la respuesta de la Superintendencia Nacional de Salud al oficio nro. 4009 del 28 de octubre de 2020 del magistrado Antonio José Lizarazo Ocampo, en el marco de la demanda de inconstitucionalidad al artículo 122 del CP, interpuesta por el Movimiento Causa Justa ante la Corte Constitucional. Expediente nro. D- 13956-Ley 599 de 2000, artículo 122.

⁸³ Tomado de la respuesta de la Superintendencia Nacional de Salud al oficio nro. 4009 del 28 de octubre de 2020 del magistrado Antonio José Lizarazo Ocampo, en el marco de demanda de inconstitucionalidad al artículo 122 del CP, interpuesta por el Movimiento Causa Justa ante la Corte Constitucional. Expediente nro. D- 13956-Ley 599 de 2000, artículo 122.

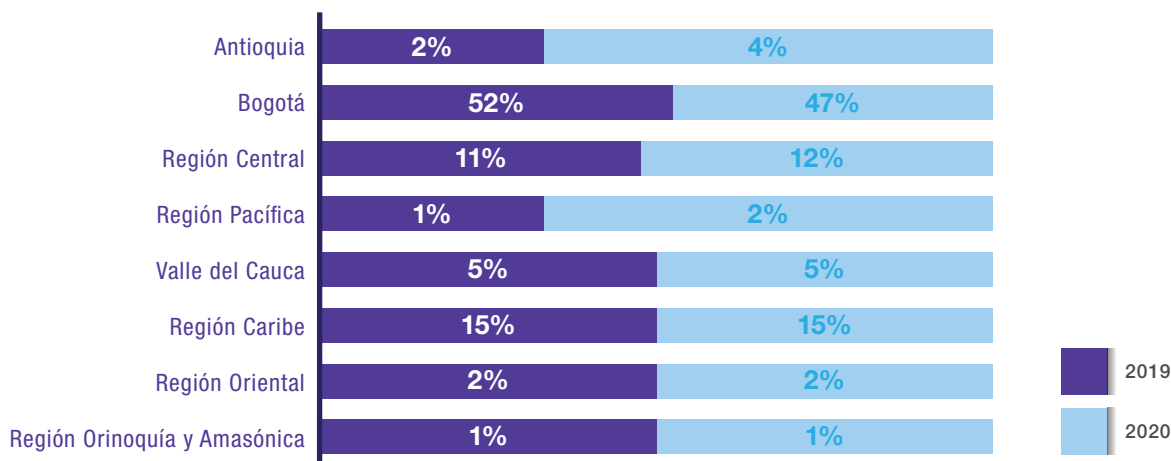
2.3 Barreras de acceso a la IVE identificadas por la Fundación Oriéntame

El siguiente apartado contiene un análisis de la información que la **Fundación Oriéntame** obtuvo sobre el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) desde marzo de 2020 hasta diciembre del mismo año⁸⁴. En la primera sección, se realiza una comparación entre algunos datos sociodemográficos de las mujeres atendidas en **Oriéntame** durante este tiempo y los datos sociodemográficos de las mujeres atendidas en esos mismos meses durante el 2019. En la segunda sección, se señalan las barreras que han identificado algunas de las integrantes del personal institucional que más han tenido contacto con las mujeres durante la pandemia en este período. Finalmente, se concluye que las barreras de acceso a la IVE durante la pandemia están caracterizadas por la postergación de servicios de aborto y que hay una disminución significativa de mujeres que cubren su IVE con el Plan de Beneficios en Salud (PBS)⁸⁵, esto, en un contexto caracterizado por el aumento del riesgo al embarazo no deseado, dada la disminución en la oferta de métodos anticonceptivos⁸⁶.

2.3.1 Comparación entre usuarias atendidas en el 2019 y usuarias atendidas en 2020⁸⁷

El número de atenciones de IVE brindadas por **Oriéntame** entre marzo y diciembre del 2020 disminuyó un 13% en comparación con el mismo periodo del año anterior. La mayor disminución ocurrió entre las mujeres que proceden de Bogotá (11%), una de las ciudades donde se encuentran concentrados los servicios de **Oriéntame** y de donde provienen la mayor parte de sus usuarias (Gráfico 10). También ha sido una de las ciudades con las restricciones de movilidad más fuertes durante la pandemia, lo que puede ser un factor explicativo de esta notable disminución. Sin embargo, hubo un aumento significativo en el porcentaje de atención a mujeres venezolanas, que pasaron de representar el 6% al 11% de la población atendida en el 2020 (Gráfico 11). Aunque los datos aquí analizados no tienen la capacidad de explicar por sí mismos las causas de este resultado, vemos que existe continuidad entre este hallazgo y el obtenido por **La Mesa**, el cual indica que aumentó la atención a mujeres y niñas migrantes venezolanas en un 51% respecto al año inmediatamente anterior.

Gráfico 10. Distribución de usuarias de Oriéntame en los años 2019 y 2020 de acuerdo con su región de procedencia



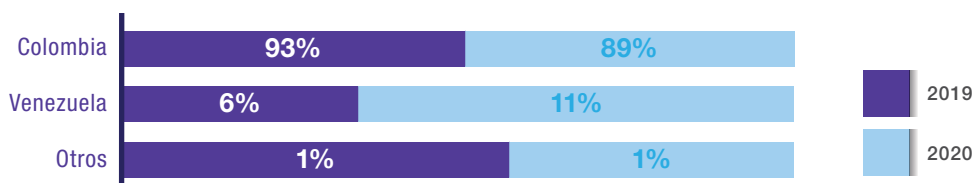
Fuente: bases de datos de Oriéntame

84) Oriéntame es una organización sin ánimo de lucro que presta servicios de salud sexual y reproductiva con énfasis en la IVE. Cuenta con sedes en siete ciudades del país (Bogotá, Barranquilla, Cúcuta, Medellín, Dosquebradas, Villavicencio e Ipiales) y, además de atenciones presenciales, presta servicios en la modalidad de telemedicina. Dado su trabajo, esta fundación tiene un acceso privilegiado a los datos que sirven para comprender mejor el panorama del aborto en Colombia durante la pandemia ocasionada por el covid-19.

85) El Plan de Beneficios en Salud (PBS) es el conjunto de servicios para la atención en salud al que todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene derecho. Las prestaciones relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo hacen parte o están cubiertas dentro de este Plan de Beneficios (Resolución 5592 del 2015).

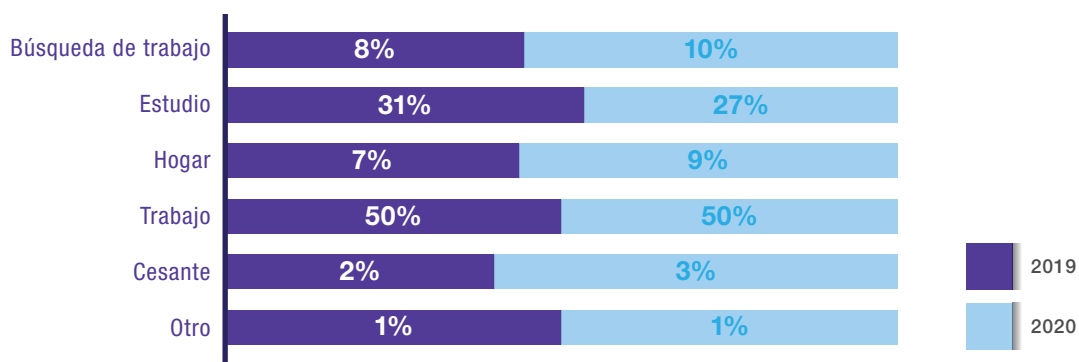
86) También en zonas rurales y de difícil acceso son escasos los insumos de ciertos métodos anticonceptivos, especialmente métodos trimestrales o de mediano o largo plazo. Profamilia. (2020, 17 de junio). "Entendiendo las experiencias y prácticas resilientes de adolescentes y jóvenes durante la pandemia del covid-19 en Colombia".

87) Los gráficos incorporados en este acápite tienen como fuente las bases de datos de Oriéntame. Un cuadro detallado con la información y los métodos de análisis puede encontrarse en el anexo I: Comparación atenciones IVE en 2019 y 2020 — Fundación Oriéntame.

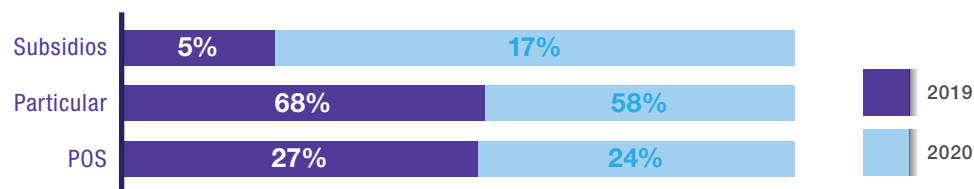
Gráfico 11. Distribución de usuarias de Oriéntame en los años 2019 y 2020 de acuerdo con su país de procedencia

Fuente: bases de datos de Oriéntame

Respecto a sus ocupaciones, el porcentaje de mujeres que se encuentra en busca de trabajo aumentó en un 1%, y también el de aquellas que se dedican a las labores del hogar. Además, el número de mujeres estudiantes disminuyó en un 7%. Este resultado está relacionado con lo publicado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), que reportó que en julio de 2020 la tasa de desempleo en el país fue del 20,2%, cerca de diez puntos porcentuales más arriba que en junio del 2019, y que esta tasa estuvo concentrada en las mujeres; es decir, para las mujeres la tasa de desempleo fue del 26.2%, un 10% más alta que la de los hombres⁸⁸. **Esto pudo haber incidido en que aumentara en un 10% el número de mujeres que financiaron su IVE por medio de subsidios de Oriéntame, y en que disminuyera en un 6% el de las mujeres que la financió a través del Plan de Beneficios en Salud (PBS), pues en razón del desempleo pudieron haber perdido su vinculación al sistema de salud a través del régimen contributivo.**

Gráfico 12. Distribución de usuarias de Oriéntame en los años 2019 y 2020 de acuerdo con su ocupación

Fuente: bases de datos de Oriéntame

Gráfico 13. Distribución de usuarias de Oriéntame en los años 2019 y 2020 de acuerdo con su fuente de financiación de IVE

Fuente: bases de datos de Oriéntame

En efecto, en el periodo analizado, solo algunas de las mujeres que optaron por las modalidades de telemedicina o telexperticia cubrieron su procedimiento a través de su EPS, menos del 15%. Vale recalcar que las atenciones de telemedicina de Oriéntame en el periodo de tiempo estudiado no superaron el 10% del total de atenciones provistas por esta institución en 2020. Por último, hubo una disminución (de 5% a 8%) de los abortos realizados entre las 9 y las 14 semanas de embarazo frente al número de abortos realizados en el 2019.

88) Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2020). "Boletín técnico: Gran Encuesta Integrada de Hogares. Julio 2021". DANE. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/bol_empleo_jul_20.pdf

2.3.2 Barreras identificadas por integrantes de la Fundación Oriéntame en la prestación del servicio de IVE durante la emergencia sanitaria ocasionada por el covid-19

Las integrantes de **Oriéntame** identificaron barreras relacionadas con distintos aspectos, entre los que se encuentran:

(i) Barreras en telemedicina

Los servicios de aborto por telemedicina han sido difundidos en diferentes países, y en Colombia la **Fundación Oriéntame** fue la primera en prestarlos. Este servicio consiste en una interacción entre la usuaria y el médico a través de una videollamada, en la cual se identifica si su caso está cobijado por las causales despenalizadas y si cumple con los requerimientos para tener una IVE de primer trimestre con el uso de medicamentos abortivos⁸⁹. Si es así, la mujer recibe estos medicamentos y los usa por sí misma. Las experiencias en el uso de telemedicina para la provisión de servicios de aborto en el plano internacional indican que se trata de una alternativa efectiva, segura y aceptable para las mujeres⁹⁰.

La efectividad de la telemedicina es respaldada por una valoración positiva de este servicio. Por ejemplo, en Estados Unidos las mujeres perciben que este servicio disminuye los costos en tiempo y recursos económicos como el del transporte y aumenta la disponibilidad de tiempo para contactarse con médicos. Y, aunque para algunas es indiferente hablar con prestadores por internet, la mayoría de mujeres valora conversar con ellos a través de este medio, algo que también han demostrado estudios conducidos en Polonia e Indonesia⁹¹. Con todo, se ha registrado que los niveles de insatisfacción con la telemedicina no superan el 2.3%, y que entre el 90 y el 98% de las mujeres recomendaría esta alternativa⁹².

Dentro de las barreras relacionadas con la telemedicina, se encontró que en Colombia algunas personas del movimiento antiderechos realizaron solicitudes falsas de servicios de telemedicina en **Oriéntame**, con el fin de obstruir el acceso a la IVE. Así, durante este tiempo se programaron citas que llenaron las agendas de la institución con pacientes que no existían. Esto llevó a que **Oriéntame** solicitara más requerimientos a las usuarias de telemedicina para confirmar que realmente estaban enfrentando un embarazo no deseado, como exámenes de laboratorio y ecografías, lo cual dificultó el acceso al aborto por esta modalidad.

Asimismo, es de señalar que solo tres EPS están cubriendo la provisión de IVE en la modalidad de telemedicina a través del Plan de Beneficios de Salud (PBS) y solo una de ellas cubre servicios a nivel nacional, lo cual limita el número de mujeres que puede acceder a un servicio de aborto legal financiado por el sistema de salud en diferentes partes del país.

(ii) Barreras en movilidad

Algunas mujeres tuvieron la facilidad de cubrir los costos económicos de la IVE a través de su EPS, pero enfrentaron dificultades para movilizarse, pues el transporte fue limitado y, por lo tanto, más costoso durante el aislamiento preventivo. Particularmente en Bogotá, la Alcaldía Mayor decretó un aislamiento estricto por localidades, que consistió en aislar distintas áreas de la ciudad durante quince días. En Teusaquillo, una de las localidades de Bogotá, los vehículos del transporte público (Transmilenio y SITP) no hicieron paradas, y allí está ubicada una de las principales sedes de **Oriéntame**. Además, algunas mujeres temían contagiarse de covid-19 durante su desplazamiento hacia **Oriéntame** y otras temían ser multadas sin justa causa.

89) Mifepristona y misoprostol.

90) De hecho, una revisión sistemática de resultados recolectados en Estados Unidos, Canadá, Australia y Holanda entre 11.024 pacientes mostró que los niveles de efectividad del aborto con medicamentos provistos a través de telemedicina eran muy similares a aquellos del aborto con medicamentos provisto en visitas presenciales con personal de salud: oscilan entre 94% y 96% (Endler, Beets, et al; Safety and acceptability of medical abortion through telemedicine after 9 weeks of gestation: a population-based cohort study. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists). Se reitera también que la OMS recomendó la telemedicina o el aborto auto gestionado como método no invasivo en embarazos de menos de 12 semanas. OMS. La OMS insta a la Telemedicina y a los abortos caseros durante la pandemia de COVID-19. Disponible en: https://c-fam.org/friday_fax/la-oms-insta-a-la-telemedicina-y-a-los-abortos-caseros-durante-la-pandemia-de-covid/

91) Grindlay, Lane, y Grossman. Women's and providers' experiences with medical abortion provided through telemedicine: a qualitative study. *Womens Health Issues*. Mar-Apr 2013;23(2):e117-22. doi: 10.1016/j.whi.2012.12.002. Epub 2013 Feb 12; Endler, Beets, et al; Safety and acceptability of medical abortion through telemedicine after 9 weeks of gestation: a population-based cohort study. *Gerds et al. Effectiveness of self-managed medication abortion between 13 and 24 weeks gestation: A retrospective review of case records from accompaniment groups in Argentina, Chile, and Ecuador. Contraception*. 2020 Aug;102(2):91-98. doi: 10.1016/j.contraception.2020.04.015. Epub 2020 Apr 30.

92) Endler, Beets, et al; Safety and acceptability of medical abortion through telemedicine after 9 weeks of gestation: a population-based cohort study. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. 2019.

CASO: Una de las usuarias de Bogotá contaba con un certificado provisto por **Oriéntame** que indicaba que asistiría a una cita de IVE, motivo por el cual necesitaba movilizarse. Cuando ingresó a una estación de Transmilenio, un policía le solicitó la autorización para circular y ella le mostró el certificado que tenía en el celular. El policía le pidió el certificado impreso y ella tuvo que devolverse a su casa, no tenía impresora y no encontró una papelería abierta. Entonces tuvo que programar la cita para otro día.

Se señala también que para varias mujeres fue difícil realizarse exámenes de laboratorio para acceder a la IVE, por restricciones como el pico y cédula⁹³ o porque no encontraron motivos para argumentar ante sus familiares su salida de casa. Las restricciones en movilidad también implicaron que varias mujeres en distintos municipios tuvieran que esperar desde un día hasta una semana para poder hacer las diligencias necesarias para acceder a una IVE por telemedicina (salir de sus casas a tomar exámenes de sangre, pagar por el procedimiento, entre otras), lo que tuvo efectos en sus edades gestacionales, pues no podían superar las nueve semanas, edad límite para las atenciones por telemedicina.

(iii) Cambios en provisión de servicios de aborto distintos a Oriéntame

En varios hospitales y clínicas la IVE no fue considerada como un servicio de salud prioritario, por lo tanto, no tuvieron agendas para atender a las mujeres que la solicitaron. Adicional a ello, los vendedores ambulantes e informales de misoprostol⁹⁴ que se ubican en la localidad de Teusaquillo (Bogotá) estuvieron ausentes durante un periodo importante del aislamiento preventivo obligatorio, dadas las restricciones de movilidad impuestas por las autoridades nacionales y locales, y algunas clínicas de salud sexual y reproductiva redujeron sus horarios de atención, lo cual impactó en la oferta de servicios de aborto.

(iv) Disminución de la oferta de anticoncepción

Hubo una disminución en la oferta de métodos anticonceptivos de corta duración (orales e inyectables) en farmacias, al tiempo que los procedimientos definitivos, como la ligadura de trompas y la vasectomía, fueron postergados. De acuerdo con Riley et. al (2020), las medidas tomadas por los gobiernos en el mundo de cara al covid-19 tuvieron efectos adversos en las cadenas de producción de anticonceptivos. En consecuencia, en el 2020 se esperaba un aumento en la proporción de mujeres que no pueden acceder a estos métodos y los necesitan. Aunque aún no es claro en qué proporción aumentará, Riley et. al (2020) estimaron que el aumento del 10% en la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos produciría, en el transcurso de un año, 15 millones de embarazos no deseados en países de ingresos medios y bajos. En Latinoamérica, de acuerdo con UNFPA (2020), el desabastecimiento de anticonceptivos resultaría en 1.7 millones de embarazos no planeados y 800 mil abortos.

- Así, de lo identificado por **Oriéntame** en la prestación de este servicio de salud durante la pandemia ocasionada por el covid-19, se pueden señalar las siguientes conclusiones:
- Por diferentes motivos, entre los que se encuentran la disminución de los ingresos a causa de la pandemia, muchas mujeres accedieron al servicio de IVE en **Oriéntame** a través de los subsidios que brinda esta fundación.
- Menos mujeres cubrieron los costos de sus procedimientos a través del PBS. La cobertura del aborto legal a través del sistema de salud es fundamental para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.
- Los cambios en la disponibilidad de anticonceptivos y en el acceso a procedimientos definitivos aumenta el riesgo de embarazos no deseados. Dado estos cambios, la brecha entre la fecundidad observada y deseada podría aumentar considerablemente⁹⁵.

⁹³ El cual consistía en que, según los dígitos finales de su documento de identidad, las personas podían o no movilizarse determinados días de la semana.

⁹⁴ En Colombia está aprobado el uso de misoprostol combinado con mifepristona para el tratamiento legal de la IVE. Este medicamento está cubierto en el plan de beneficios en salud y debe ser comercializado bajo fórmula médica. La venta de este medicamento de manera informal (sin fórmula médica) es una práctica común en Colombia.

⁹⁵ Es decir, la brecha entre el número de hijos que una mujer tiene frente al número de hijos que hubiera deseado tener.



Acciones de las entidades estatales del orden nacional y territorial; y de las EPS frente a la garantía de la IVE en el contexto de la pandemia por covid-19⁹⁶

⁹⁶ Este apartado fue realizado por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Womens Link Worldwide y la Red Nacional de Mujeres.

La Corte Constitucional ha reconocido en diversas sentencias que el alcance de los derechos sexuales y reproductivos tiene dos dimensiones: la primera, relacionada con la libertad, entendida como “la imposibilidad del estado y la sociedad de implantar restricciones injustificadas en contra de las determinaciones adoptadas por cada persona”⁹⁷, y la segunda, de carácter prestacional, comprendida como la responsabilidad que tiene el Estado de “adoptar medidas positivas para garantizar el goce efectivo de estos derechos”⁹⁸. Particularmente frente a los derechos reproductivos, la Corte Constitucional ha señalado que estas dos dimensiones se concretan en: (i) la autodeterminación reproductiva que tienen todas las personas para decidir con libertad y sin violencia sobre la reproducción, y (ii) el correspondiente acceso a los servicios de la salud reproductiva⁹⁹. En este mismo sentido, el Alto Tribunal Constitucional ha precisado que el derecho a la IVE, al pertenecer a la categoría de derechos reproductivos, comparte su orientación, fundamento y su contenido obligacional y, a su vez, que al ser la IVE un derecho fundamental, su respecto y realización compromete “a todos los servidores y órganos del Estado, a los prestadores públicos y privados de seguridad social y a los particulares”¹⁰⁰.

En este sentido, el Estado colombiano no solo debe abstenerse de imponer barreras para la garantía del derecho a la IVE, sino que debe implementar acciones para asegurar el acceso efectivo a las mujeres y niñas a todos los servicios de la salud relacionados con la IVE. Esta obligación prestacional que tiene el Estado frente al derecho a la IVE se concreta principalmente a través de la garantía de la prestación de este servicio de salud en el Sistema General de Seguridad en Salud (SGSS). Sobre este punto se destaca, en primer lugar, que todos los habitantes del país deben estar afiliados al sistema y tener la posibilidad de acceder al Plan de Beneficio de Salud (PBS) que este garantiza¹⁰¹. Y, en segundo lugar, que el SGSS está integrado por: (i) El Ministerio de Salud y Protección Social, quien actúa como organismo de orientación, regulación y control; (ii) la Superintendencia Nacional de Salud, quien se encarga del control y vigilancia del sistema; (iii) las EPS, responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan de Beneficios de Salud¹⁰², y (iv) las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que son los hospitales, clínicas y laboratorios, entre otros, encargadas de prestar la atención a los usuarios y usuarias del sistema. También hacen parte del Sistema de Salud las (v) entidades territoriales, entendidas como los departamentos, distritos y municipios, encargadas de la dirección, coordinación y vigilancia del sector salud y el SGSS en el territorio de su jurisdicción¹⁰³.

97) Corte Constitucional. Sentencia T-732 de 2009. Sentencia SU-096 de 2018.

98) Corte Constitucional. Sentencia T-732 de 2009. Sentencia SU-096 de 2018.

99) Corte Constitucional. Sentencia SU-096 de 2018.

100) *Ibidem*.

101) Congreso de la República. Ley 100 de 1993.

102) Ver nota al pie número 83.

103) Congreso de la República. Ley 100 de 1993.

Teniendo en cuenta los estándares dispuestos para la garantía de la IVE antes de la pandemia y con ocasión a ella (descritos en el primer apartado); las obligaciones de respeto y garantía que tiene el Estado frente al derecho fundamental a la IVE, y el funcionamiento del Sistema General de Seguridad en Salud (SGSS) y las competencias de las entidades y los particulares frente al acceso a la IVE dentro del mismo, en la siguiente sección del informe se presentan las acciones desarrolladas durante el contexto del covid-19 por parte de las entidades públicas, así como las acciones adelantadas durante la pandemia por las entidades prestadoras de salud (EPS), encargadas de la garantía y la prestación de este servicio esencial de salud.

En términos metodológicos, este análisis se realizó a través del estudio de las respuestas a los derechos de petición¹⁰⁴ enviados por las organizaciones que elaboraron este informe, en el mes de mayo de 2020, a: (i) 25 EPS¹⁰⁵, (ii) 32 Secretarías de Salud Departamentales¹⁰⁶, (iii) 18 Secretarías de Salud Municipales de ciudades capitales claves¹⁰⁷, y (iv) 16 entidades públicas del orden nacional¹⁰⁸. Respecto a lo que se indagó en los derechos de petición, se destaca, por un lado, que a las entidades públicas se les preguntó sobre la identificación de barreras de acceso a la IVE y la implementación de medidas para eliminarlas y, por otro lado, que a las entidades promotoras de salud se les cuestionó sobre la adaptabilidad en la prestación del servicio de la IVE en el contexto de la pandemia ocasionada por el covid-19. Cabe mencionar que las respuestas a estos derechos de petición no fueron exhaustivas, pues en muchos casos las entidades estatales y los prestadores de salud no ofrecieron una respuesta clara, o no contestaron la petición, dejando muchos de los interrogantes sin información relacionada.

Se aclara también que, aunque el Ministerio de Salud no contestó la solicitud enviada en el marco de este informe y la Superintendencia de Salud dio una respuesta poco clara al respecto, en este apartado se incorporan los conceptos que rindieron respectivamente a una solicitud realizada por la Corte Constitucional en el mes de octubre de 2020¹⁰⁹, en atención a la importancia que tienen sus funciones para el acceso a la IVE y, por consiguiente, para el desarrollo de este informe.

En consideración a lo anterior, este apartado del informe se divide en dos secciones: en la **primera**, se presenta el análisis de las acciones desarrolladas por las entidades públicas y en la **segunda**, el análisis de las medidas adoptadas por las EPS en el contexto de la pandemia por covid-19.

3.1 Acciones de las entidades nacionales y territoriales para la garantía de la IVE en el contexto de la pandemia por covid-19

Teniendo en cuenta la intensificación de las barreras de acceso a la IVE que experimentaron las mujeres y las niñas durante la medida de confinamiento obligatorio impuesta por el Gobierno en los meses de marzo a septiembre de 2020¹¹⁰, las organizaciones que realizaron este informe enviaron derechos de petición a las entidades nacionales y territoriales para verificar la garantía en la prestación de la IVE. El objetivo de este apartado es presentar los hallazgos encontrados en las respuestas brindadas por las entidades estatales frente al acceso a la IVE durante el contexto de pandemia. Dado que las entidades del orden nacional y del orden territorial tienen competencias distintas frente a la garantía de la IVE (particularmente frente al SGSS), el análisis se desarrolla de forma separada; **en primer lugar**, se presenta la información reportada por las entidades nacionales y, **en segundo lugar**, la información de las entidades territoriales.

¹⁰⁴ Es un derecho que tienen todos los ciudadanos y ciudadanas de presentar solicitudes a las autoridades públicas para que suministren información sobre situaciones de interés general y/o particular. Las solicitudes pueden presentarse verbalmente o por escrito y las autoridades públicas tienen 15 días para responder las peticiones. Con ocasión a la pandemia, el Gobierno modificó el término para responder, extendiéndolo a 30 días. (Decreto Ley 491 de 2020).

¹⁰⁵ Coomeva EPS; Asmet Salud EPS; Medimas EPS; EPS Emssanar; EPS-S Comparta Cundinamarca; EPS Sura Nueva EPS; Salud Total; Unicajas/Comfacundi; Sanitas-Colsanitas; Cruz Blanca; Mutual Ser; Salud Vida; Convida; Aliansalud; Sanidad Militar; Coosalud; Compensar; Capital Salud; Coosalud; EPS Famisanar; Emdisalud; Colsubsidio; Salud Colmena; Colmedica.

¹⁰⁶ Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte De Santander, Putumayo, Quindío, Risaraldá, San Andrés Y Providencia, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada.

¹⁰⁷ Barranquilla, Cartagena de Indias, Florencia, Ibagué, Manizales, Medellín, Neiva, Pereira, Popayán, Quibdó, San José de Cúcuta, San José del Guaviare, San Juan de Pasto, Santa Marta, Sincelejo y Tunja.

¹⁰⁸ Ministerio de Salud y Protección Social; Policía Nacional; Procuraduría General de la Nación; Fiscalía General de la Nación; Defensoría del Pueblo; Consejería Presidencial; Vicepresidencia de la República; Comisión de la Equidad de la Mujer del Congreso; Ministerio del Interior; Superintendencia de Salud; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

¹⁰⁹ Conceptos técnicos. Proceso de Constitucionalidad D-13956. Magistrado ponente: Antonio José Lizarazo.

¹¹⁰ La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2020, junio). Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en el contexto de la pandemia por covid-19 [Informe técnico trimestral]. Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Inf-tecnico-Covid19-v8-1.pdf>

3.1.1 Información reportada por las entidades nacionales frente a la garantía de la IVE en el contexto de la pandemia

El derecho fundamental a la IVE, tal y como se describió previamente, tiene un contenido fuertemente prestacional, por ser un servicio de salud que debe garantizarse principalmente a través del Sistema General de Seguridad en Salud (SGSS). En este sentido, las acciones que implementan el **Ministerio de Salud**, como organismo de orientación, regulación y control del sistema de salud¹¹¹, y la **Superintendencia Nacional en Salud**, encargada también del control y vigilancia de las EPS e IPS¹¹², cobran especial importancia al momento de analizar las barreras que enfrentaron las mujeres y las niñas para el acceso a la IVE en el contexto de la pandemia por covid-19 en el 2020.

En el mismo sentido, y teniendo en cuenta que todos los funcionarios y los órganos del Estado tienen la obligación de respetar y garantizar el derecho a la IVE¹¹³, resulta importante conocer las acciones implementadas para la garantía de este derecho por parte de otras entidades del orden nacional, como la **Procuraduría General de la Nación** y la Defensoría del Pueblo, que son organismos con funciones de control disciplinario y defensa de los intereses y derechos de los ciudadanos y ciudadanas, respectivamente¹¹⁴; la **Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer** (CPEM), que es la encargada de la transversalización del enfoque de género y de los derechos de las mujeres en las diferentes políticas públicas¹¹⁵; la **Policía Nacional**, que tiene a cargo el mantenimiento de las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos y libertades públicas¹¹⁶; el **Ministerio del Interior**, que dentro de sus funciones tiene asesorar técnicamente a las entidades territoriales en la formulación de políticas de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario y en la incorporación de un enfoque de derechos en los diferentes instrumentos de planeación municipal y departamental¹¹⁷; la Comisión Legal para la Equidad de la Mujer del Congreso de la República, que tiene como objetivo fomentar y promover la consolidación de una política de Estado que permita el mejoramiento en las condiciones y situación de la mujer en la sociedad¹¹⁸, entre otras entidades.

De este modo, a continuación, se agrupan las barreras de acceso a la IVE identificadas por las entidades públicas nacionales en las siguientes cuatro categorías, que se explican más adelante: (i) el desconocimiento sobre el marco jurídico en materia de IVE; (ii) interpretación restrictiva de las causales; (iii) fallas en la accesibilidad a la IVE en las zonas rurales, y (iv) las barreras específicas que enfrentan las mujeres migrantes. Posteriormente, se plantean las acciones desarrolladas por las entidades del orden nacional encaminadas a enfrentar estas barreras y, finalmente, se realiza una serie de conclusiones respecto a la garantía del acceso a la IVE en el contexto de la pandemia.

Barreras para el acceso a la IVE identificadas por las entidades del orden nacional

Las entidades públicas del orden nacional que contestaron los derechos de petición identificaron las siguientes barreras de acceso que enfrentaron las mujeres y niñas que desearon acceder a la IVE en el contexto particular de la pandemia del covid-19 en el año 2020. Cabe mencionar, primero, que se les indagó a las entidades por las barreras de acceso a la IVE con el objetivo de que pudieran identificar con mayor facilidad las medidas que adoptaron para eliminarlas, y, segundo, que esta clasificación de barreras se retoma de un conjunto de investigaciones elaboradas por **La Mesa**¹¹⁹.

¹¹¹ Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Artículo 170.

¹¹² Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Artículo 230.

¹¹³ Corte Constitucional. Sentencia SU-096 de 2018.

¹¹⁴ Constitución Política de Colombia. Artículos 277 y 281.

¹¹⁵ Presidencia de la República. Decreto 1784 de 2019.

¹¹⁶ Ministerio de Defensa Nacional. Decreto 4222 de 2006.

¹¹⁷ Ministerio del Interior. Decreto 2340 de 2015.

¹¹⁸ Congreso de la República. Ley 1434 de 2011.

¹¹⁹ La Mesa por La Vida y La Salud de las Mujeres. (2017). Barreras de Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Disponible en: https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras_IVE_vf_WEB.pdf; La Mesa. (2019). Migrantes venezolanas en Colombia: barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2019/12/Libro-IVE-Migrantes.-VF.pdf>; La Mesa. (2020). Informe técnico: barreras de acceso a la IVE en el contexto de la pandemia por covid-19. Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Inf-tecnico-Covid19-v8-1.pdf>

(i) Desconocimiento del marco legal en materia de IVE

- **Desconocimiento de la Sentencia C-355 de 2006 y de los desarrollos posteriores**

La falta de información sobre el marco legal de la IVE constituye una de las barreras identificadas por las entidades públicas del orden nacional que afecta el goce de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Según la Procuraduría General de la Nación¹²⁰, muchas mujeres creen erróneamente que al solicitar o practicarse una IVE incurrirían en el delito de aborto, a pesar de que su situación se encuadre en alguna de las tres causales establecidas por la Corte Constitucional. En el mismo sentido, el Ministerio de Salud señaló que la información que tienen las mujeres en Colombia en torno al derecho fundamental a la IVE es muy general y fragmentada y que, además, “existe una falsa creencia de que solo es posible la IVE para casos de violencia sexual”¹²¹.

Asimismo, de acuerdo con la Defensoría del Pueblo, en ciertas zonas del país los operadores de justicia y los prestadores de salud no conocen la ruta de acceso a la IVE (Resolución 3280 de 2018), y tampoco se genera una promoción y capacitación adecuada a todas las entidades que integran el Sistema General de Seguridad en Salud sobre los servicios de salud relacionados con ello. Lo anterior, genera una ausencia de lugares seguros y adecuados para las mujeres que desean información sobre la IVE¹²².

- **Incumplimiento obligaciones legales relacionadas con la IVE**

Otra de las principales barreras identificadas por la Defensoría del Pueblo para todo el territorio nacional, y relacionada directamente con la pandemia, es que las entidades que conforman el sistema de salud están enfocando su atención principalmente a los casos relacionados con el covid-19 y están negando o retrasando el acceso a la IVE, bajo la idea equívoca de que este no es un servicio de salud prioritario en el marco de la pandemia y, por lo tanto, es susceptible de suspensión¹²³.

(ii) Interpretación restrictiva del marco legal de la IVE

- **Uso inconstitucional de la objeción de conciencia:**

La Defensoría del Pueblo manifestó que los profesionales de la salud en muchas ocasiones incurren en un abuso del derecho a la objeción de conciencia con el objetivo de no realizar la IVE y no ser estigmatizados por llevar a cabo este procedimiento¹²⁴. En el departamento del Tolima, por ejemplo, la Defensoría advirtió que todos los médicos del Hospital del municipio de Río Blanco manifestaron ser objetores de conciencia, y el personal administrativo señaló que “de presentarse casos de solicitud de IVE (dicen no tener solicitudes), estos serían remitidos a otro municipio”¹²⁵. Igualmente, advirtió que en el Hospital del municipio de Ortega, en el departamento del Tolima, “existe una orden verbal (no formalizada) que prohíbe la práctica de la IVE en el hospital y obliga a remitir todos los casos a Chaparral o Espinal, incluso cuando se trata de embarazos de menos de 10 semanas”¹²⁶.

Por su parte, en su respuesta a la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud identificó que una barrera reiterada que enfrentan las mujeres para acceder a la IVE es que los profesionales de la salud no fundamentan la objeción de conciencia en razones de conciencia, sino en opiniones o desacuerdos con las decisiones de la Corte, y la alegan sin el cumplimiento de los requisitos legales¹²⁷.

- **Solicitud de requisitos adicionales**

El Ministerio de Salud, en su concepto ante la Corte Constitucional, identificó que una barrera de acceso a la que se enfrentan las mujeres que requieren la IVE es la solicitud de documentos adicionales por parte de las entidades e instituciones prestadoras de salud. El Ministerio estimó así el porcentaje de casos, por cada

¹²⁰ Procuraduría General de la Nación, respuesta a derecho de petición. 2020.

¹²¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Respuesta oficio nro.4008 del 28 de octubre de 2020 ante la Corte Constitucional, p. 10.

¹²² Defensoría del Pueblo, Regional de Cundinamarca y Valle del Cauca. 2020, p. 4.

¹²³ Defensoría del Pueblo, respuesta a derecho de petición, 2020, p.p. 10-11.

¹²⁴ Defensoría del Pueblo, Regional de Tolima. 2020, p.8.

¹²⁵ *Ibidem*.

¹²⁶ *Ibidem*.

¹²⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Respuesta Oficio nro.4008 del 28 de octubre de 2020 ante la Corte Constitucional, p. 9.

causal, donde se realizan solicitudes de documentación adicional: (i) al 75% de los casos de mujeres que solicitaron una IVE por la causal de violencia sexual; (ii) al 66.7% de los casos por la causal de peligro para la vida o la salud de la mujer, y (iii) al 50% de los casos por malformación fetal¹²⁸.

(iii) Fallas en la prestación del servicio de salud

• Fallas en la accesibilidad a la IVE en las zonas rurales

Las entidades nacionales consultadas advirtieron que en las zonas rurales del país se han acentuado las fallas en la accesibilidad a la IVE debido al confinamiento obligatorio ocasionado por el covid-19. En este sentido, la Defensoría del Pueblo indicó que las barreras de acceso a la IVE en las zonas rurales están estrechamente relacionadas con una débil presencia institucional del sistema de salud en los territorios, acentuada en este momento por las restricciones de movilidad impuestas por el Gobierno¹²⁹. Por ejemplo, en los departamentos de Putumayo, Magdalena, Caquetá y Vaupés, y en el municipio Ocaña (Norte de Santander), se señaló que no hay suficientes Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que ofrezcan procedimientos de IVE en edad gestacional avanzada, lo que implica que las mujeres para acceder deban desplazarse hacia ciudades capitales de otros departamentos, como Medellín (Antioquia), Barranquilla (Atlántico) o Bogotá, D.C.¹³⁰. Sobre este asunto, la Defensoría enfatizó que los traslados de mujeres con edades gestacionales avanzadas hacia ciudades capitales han sido especialmente complejos en el marco de las medidas de confinamiento impuestas por el Gobierno, debido a las restricciones de movilidad para los servicios de transporte públicos y privados, y también a que, para poder movilizarse, las mujeres tienen que justificar ante las autoridades el tipo de procedimiento que se van a realizar. Esto, de forma particular cuando las mujeres deben trasladarse de un departamento a otro¹³¹.

Las barreras para acceder a la IVE en el contexto de la pandemia por covid-19 que enfrentan las mujeres en zonas rurales se acentúan a su vez con la presencia de actores armados ilegales en los territorios. Tal y como lo refirió la Defensoría del Pueblo, en algunas regiones del país, como en los departamentos del Meta y Putumayo, la presencia de grupos armados ilegales genera una dificultad adicional para el desplazamiento de las mujeres y las niñas hacia los centros de salud capacitados para prestar la IVE en el marco de la pandemia. En estos casos, los actores armados ilegales, al ejercer el control social y territorial sobre la población a través de medidas violatorias de Derechos Humanos, como el confinamiento de las poblaciones, son quienes deciden sobre el ingreso y la salida de todas las personas en los territorios¹³². De acuerdo con Human Rights Watch, “numerosos grupos armados en Colombia han cometido asesinatos y otros abusos contra civiles para imponer sus propias medidas en contra de la propagación del covid-19”¹³³. Asimismo, la Defensoría advirtió que la presencia de actores armados complejiza el establecimiento en estas zonas de las entidades prestadoras de los servicios de salud correspondientes a los derechos sexuales y reproductivos, como en el caso del departamento del Putumayo¹³⁴.

• Prejuicios culturales y estigma en torno a la IVE

La Procuraduría General de la Nación reconoció en su respuesta que los prejuicios culturales constituyen una barrera que limita el acceso a la IVE, pues la cultura patriarcal genera estereotipos de género que desencadenan en actitudes y prácticas de discriminación a las mujeres¹³⁵. En el mismo sentido, el Ministerio de Salud, en su concepto ante la Corte Constitucional, identificó como una de las principales barreras que enfrentan las mujeres que desean acceder a la IVE “la existencia de mitos, prejuicios o creencias equivocadas sobre el aborto, así como de estereotipos de género relacionados con el rol de la mujer frente a la maternidad”¹³⁶. El Ministerio señaló que parte de estos prejuicios o creencias equivocadas de los prestadores de salud, que impactan la calidad y la oportunidad del servicio, radican en considerar que el aborto es un procedimiento

¹²⁸ *Ibidem*, p. 11.

¹²⁹ Defensoría del Pueblo, Regional de Putumayo. 2020. p. 7

¹³⁰ Defensoría del Pueblo, respuesta a derecho de petición, 2020. pp. 5, 7 y, 6.

¹³¹ *Ibidem*.

¹³² Defensoría del Pueblo, Regional de Meta. 2020. p.5.

¹³³ Human Rights Watch, Colombia. (2020). Brutales Medidas de Grupos armados contra covid-19. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/news/2020/07/15/colombia-brutales-medidas-de-grupos-armados-contra-covid-19>

¹³⁴ Defensoría del Pueblo, Regional de Putumayo. (2020), p. 7.

¹³⁵ Procuraduría General de la Nación. (2020). pp.1-2. Adicionalmente, se debe recordar que los actos discriminatorios han sido definidos por la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) como violencias basadas en género. Es entonces de vital importancia que se reconozca a la cultura como una barrera al acceso de servicios de salud sexual y reproductiva.

¹³⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Respuesta Oficio nro.4008 del 28 de octubre de 2020 ante la Corte Constitucional, p. 8.

extremadamente peligroso, incluso cuando se hace de forma segura, que genera consecuencias graves para las mujeres, y que es un método anticonceptivo¹³⁷.

Esta cultura patriarcal, de acuerdo con lo indicado por la Defensoría del Pueblo, se traduce también en actitudes del personal de salud orientadas a dilatar el proceso de la IVE¹³⁸, a persuadir a la mujer para que desista del procedimiento¹³⁹ o a emitir juicios de valor¹⁴⁰. Asimismo, como ejemplo de estos prejuicios o estereotipos que desencadenan en prácticas discriminatorias hacia las mujeres, la Defensoría del Pueblo de la regional del departamento de Vaupés¹⁴¹ señaló que en algunas cosmovisiones de pueblos indígenas se presenta un rechazo social fuerte hacia las mujeres que buscan acceder a la IVE o ejercer sus derechos sexuales y reproductivos¹⁴².

(iv) Barreras específicas para las mujeres migrantes

En los derechos de petición se preguntó también a las entidades públicas por el conocimiento de barreras específicas que tuviesen que enfrentar las mujeres migrantes en Colombia para poder acceder a la IVE. Al respecto, la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo manifestaron la necesidad de comprender la afectación diferenciada que tiene la migración en las mujeres y las niñas. En este sentido, señalaron que se presenta una grave dificultad en la garantía de los derechos humanos de las mujeres migrantes, específicamente debido a las múltiples necesidades insatisfechas en cuanto a su salud sexual y reproductiva¹⁴³. Las mujeres en situación migratoria irregular¹⁴⁴, por ejemplo, según la Procuraduría General de la Nación, no pueden acceder libremente al sistema de salud por falta de documentación, lo que ocasiona que solo puedan ser atendidas en casos de urgencias médicas¹⁴⁵. A su vez, se advirtió que se debe tener en cuenta que las mujeres en situación migratoria irregular, por lo general, no cuentan con los recursos económicos suficientes para cubrir sus necesidades y, por tanto, se dificulta en mayor medida el acceso a la IVE, ya que el sistema de salud no la cubre de manera gratuita¹⁴⁶.

En el mismo sentido, la Defensoría del Pueblo resaltó que las barreras de acceso a la IVE “Afectan de manera diferencial a las mujeres migrantes y refugiadas, especialmente a las que se encuentran en condiciones de migración irregular, ya que no cuentan con afiliación al Sistema de Seguridad Social y tienen problemas adicionales para movilizarse al no contar con un permiso especial de permanencia”¹⁴⁷. De forma particular, la Defensoría del Pueblo indicó que el Hospital Erasmo Meoz, ubicado en la ciudad fronteriza de Cúcuta, se niega a realizar la IVE a mujeres venezolanas (especialmente después de la semana 20 de gestación), y las remite a IPS privadas como Profamilia, o a la ONG Rescate Internacional¹⁴⁸.

Finalmente, se destaca que, aunque no haya definido particularmente las barreras de acceso a la IVE en el contexto de la pandemia, en su concepto ante la Corte Constitucional la Superintendencia de Salud sí enumeró los principales motivos de las quejas presentadas contra las EPS en la prestación de la IVE durante enero y septiembre de 2020. Entre ellas, se destacan: (i) la falta de oportunidad en la programación de procedimientos quirúrgicos; (ii) la demora en la referencia o contra referencia; (iii) la demora en la autorización de procedimientos, y (iv) la no aplicación de normas, guías o protocolos de atención. Estos motivos de queja se corresponden con las barreras previamente identificadas por las entidades nacionales.

¹³⁷) Ibidem.

¹³⁸) Defensoría del Pueblo, Regional de Chocó. 2020, p. 4.

¹³⁹) Defensoría del Pueblo, Regional de Caquetá. 2020, p. 3.

¹⁴⁰) Defensoría del Pueblo, Regional de Tolima. 2020, p.8.

¹⁴¹) Defensoría del Pueblo, Regional de Vaupés. 2020, p.10.

¹⁴²) Resaltamos un caso acompañado por La Mesa, en el que una mujer perteneciente a una comunidad indígena fue expulsada de su comunidad durante 6 meses por acceder a una IVE. Esta situación tiene como antecedente que la Asociación Indígena del Cauca (AIC) emitió la Resolución nro. 068, de 15 de julio de 2018 “Mediante la cual se delega en la coordinación técnica del área jurídica la toma de decisión en primera instancia de las solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo (IVE)”, en la que se establece que la Empresa Prestadora de Salud Indígena —AIC—, al recibir una solicitud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) debe consultar a la autoridad indígena a la que pertenece la solicitante, para que sea esta la que autorice o niegue la petición. El contenido de esta Resolución abiertamente contradice la jurisprudencia constitucional en materia de IVE, según la cual la decisión sobre la IVE es únicamente de la niña o mujer y, asimismo, desconoce el derecho a la autodeterminación reproductiva.

¹⁴³) Procuraduría General de la Nación. 2020, p.14.

¹⁴⁴) Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Plan de Respuesta del Sector Salud al fenómeno migratorio: “Por lo tanto, no portan documento válido de identificación que permita realizar la afiliación en salud y asimismo garantizar otros derechos”, 37. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>. Consultado el 18 de noviembre de 2020.

¹⁴⁵) Procuraduría General de la Nación. (2020), p.17

¹⁴⁶) Procuraduría General de la Nación. (2020), p.17. Sobre este asunto, vale resaltar también que, a pesar de que las mujeres migrantes no estén afiliadas, las autoridades tienen la obligación de afiliarlas de forma oficiosa y, en consecuencia, de garantizarles el procedimiento de forma gratuita. No obstante, esto tampoco se cumple en la realidad. art. 4. Decreto 064 del 20 de enero de 2020.

¹⁴⁷) Defensoría del Pueblo, respuesta a derecho de petición, 2020, p. 11.

¹⁴⁸) Defensoría del Pueblo, respuesta a derecho de petición, 2020, p. 6.

Acciones encaminadas a enfrentar las barreras de acceso a la IVE por parte de las entidades públicas nacionales

En el marco de los derechos de petición enviados, se solicitó información a las entidades públicas del nivel nacional sobre las acciones implementadas para enfrentar las barreras de acceso a la IVE y asegurar su ejercicio efectivo en el contexto de la pandemia¹⁴⁹. Dado que las respuestas de las entidades fueron muy distintas entre sí, no fue posible realizar una categorización. Por esta razón, a continuación, se presentan las acciones identificadas por cada una de las entidades que respondieron los derechos de petición. Se reitera que la información del Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud se obtuvo de los conceptos dados a la Corte Constitucional, en un proceso de constitucionalidad que está actualmente analizando¹⁵⁰.

Tabla 3. Medidas implementadas por las entidades del orden nacional para la garantía de la IVE

Entidad	Medidas de garantía de acceso a la IVE
Ministerio de Salud y Protección Social	El Ministerio de Salud, quien actúa como organismo de orientación, regulación y control del Sistema General de Seguridad en Salud, señaló que para garantizar el acceso a la IVE ha emitido las siguientes normas y lineamientos técnicos: (i) Protocolo para la prevención del aborto inseguro; (ii) Lineamiento técnico para la atención integral de la IVE en el primer nivel de complejidad; (iii) Lineamiento técnico para la atención del post aborto y sus complicaciones; (iv) Lineamiento técnico para la atención para orientación y asesoría en IVE, y (v) Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud materno perinatal. Se resalta que estas normas y lineamientos fueron diseñados y emitidos antes de la pandemia del covid-19.
Superintendencia Nacional de Salud	<p>La Superintendencia manifestó que, de enero a septiembre de 2020, en el marco de sus competencias legales como ente de vigilancia y control del Sistema General de Seguridad en Salud, recibió 57 quejas contra EPS relacionadas con la prestación de la IVE, de las cuales todas se encuentran resueltas al 30 de octubre de 2020¹⁵⁰. Entre los principales motivos de las quejas identificó: (i) la falta de oportunidad en la programación de procedimientos quirúrgicos; (ii) la demora en la referencia o contra referencia; (iii) la demora en la autorización de procedimientos, y (iv) la no aplicación de normas, guías o protocolos de atención. A su vez, destacó que el principal canal de atención a través del cual se presentaron las quejas fue la página web de la entidad, y que en su mayoría provinieron del departamento del Valle del Cauca y de la ciudad de Bogotá, seguidos por los departamentos de Cundinamarca y Atlántico. Los departamentos con menos quejas fueron Arauca, Santander, Antioquia, Bolívar, Tolima y Norte de Santander. En cuanto a la edad de las personas que presentaron las quejas, la entidad destacó que la mayoría tienen entre 18 y 24 años.</p> <p>Por otro lado, la Superintendencia señaló que desde enero hasta octubre de 2020 realizó diez auditorías a nueve IPS, en el marco del Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, y encontró que cinco de ellas no cumplen las siguientes obligaciones: (i) brindar anticoncepción de emergencia en caso de riesgo potencial de embarazo; (ii) dar información sobre el derecho a IVE desde el primer contacto con la víctima; (iii) registrar en la historia la manifestación de la paciente frente a la IVE, y (iv) exceder los cinco (5) días entre la solicitud y la realización de una IVE. Las IPS con estos hallazgos se encuentran en los siguientes municipios: Quibdó (Chocó), Ebéjico y Nariño (Antioquia); Sincelejo (Sucre), y Ocaña (Norte de Santander). Finalmente, respecto al número de sanciones impuestas por afectación al acceso a la IVE entre los años 2015 y 2020, señaló que ha sancionado a cuatro EPS, con multas de \$629.478.120 en total (175.819 USD aproximadamente).</p>
Defensoría del Pueblo	<p>La delegada para los Derechos de las Mujeres y Asuntos de Género, encargada de promover, divulgar y defender los derechos de mujeres y personas LGBTI, en el marco del estado de emergencia decretado por el covid-19, ha liderado y convocado el Grupo de Articulación de Alto Nivel para respuesta a las violencias basadas en género (VBG) en el marco de la pandemia. En este espacio institucional, la Defensoría expuso las barreras de acceso a la IVE que enfrentan las mujeres durante la pandemia, identificadas en los territorios en los que hace presencia. Asimismo, la Defensoría Delegada, a través de las duplas de género, quienes brindan acompañamiento pisco-jurídico a casos de violencias basadas en género y acceso a la IVE en 32 regiones del territorio, reportó las siguientes medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Divulgación de información, a través videos en Whatsapp y piezas creativas en otros medios de comunicación, sobre la IVE como derecho fundamental y sobre sus rutas de acceso¹⁵¹. Por ejemplo, en el departamento de Putumayo se realizó un programa radial que brindó información sobre el acceso a la ruta de IVE y el papel de la defensoría en el acompañamiento a estos casos. • Formaciones digitales a funcionarios(as) de las entidades que hacen parte de la ruta IVE. Asimismo, en el departamento de Norte de Santander se realizaron talleres para los profesionales de WORD VISION sobre la ruta de atención en el marco del covid-19 a mujeres venezolanas focalizadas por la dupla de género y líderes venezolanas, entre otros. • Participación en mesas de trabajo con entidades territoriales para articular el acceso a la IVE¹⁵². Por ejemplo, en el departamento del Valle del Cauca se lideraron reuniones con la Secretaría de Salud del departamento en las que se definió que la línea 106 de atención y orientación psicológica estaría también capacitada en la ruta de acceso a la IVE.

¹⁴⁹ Se resalta que también se les indagó por las barreras y por las acciones desarrolladas en torno al acceso a otros servicios de salud sexual y reproductiva, como la anticoncepción, pero que esta información no se incluyó en el informe por escapar de su objetivo principal.

¹⁵⁰ El pasado 16 de septiembre, el movimiento Causa Justa, conformado por más de 90 organizaciones y 134 activistas de todo el país, interpuso una demanda ante la Corte Constitucional para que se declare inconstitucional el artículo 122 del Código Penal (que consagra el delito de aborto), ya que es ineficiente, injusto, especialmente con las mujeres en situaciones de vulnerabilidad, y violatorio de los derechos fundamentales, no solo de las mujeres, también del personal de salud.

¹⁵¹ La Superintendencia Nacional de Salud en su respuesta al derecho de petición enviado en el marco de este informe reportó no tener quejas relacionadas con la IVE, pero, como se indicó previamente, en respuesta a una solicitud realizada por la Corte Constitucional dentro de un proceso de constitucionalidad, sí aportó información relacionada con la garantía de la IVE y su función de control y vigilancia del Sistema General de Seguridad en Salud. Esta información se incluirá en este apartado del informe.

Entidad	Medidas de garantía de acceso a la IVE
Procuraduría General de la Nación	<p>La Procuraduría Delegada para la Defensa de los Derechos de la Infancia, la Adolescencia, la Familia y las Mujeres, encargada de la garantía y protección de los derechos de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, mujeres, personas en situación de discapacidad y la institución familiar, identificó las siguientes medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estructuración de "un mecanismo de seguimiento a las acciones para enfrentar o eliminar las barreras para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y la prestación del servicio de interrupción voluntaria del embarazo y acceso a la anticoncepción"¹⁵³. • Participación en el Grupo de Articulación de Alto Nivel para respuesta a las violencias basadas en género (VBG) en el marco del covid-19¹⁵⁴, que fue implementado desde el inicio de la medida de aislamiento obligatorio (marzo de 2020) y que tiene como objetivo atender las violencias en razón del género. • Seguimiento a los asuntos relacionados con la IVE y la salud sexual y reproductiva durante el aislamiento preventivo (marzo-septiembre 2020), desde las funciones de vigilancia y control, a través de las reuniones semanales con las instituciones encargadas de coordinar y atender estos asuntos directamente¹⁵⁵. • Recepción de quejas ciudadanas a través de los siguientes correos auxilio@procuraduria.gov.co; quejas@procuraduria.gov.co
Policía Nacional	<p>La Policía Nacional, a través de la Policía Metropolitana de Bogotá, señaló que las acciones que ha desarrollado para enfrentar las barreras de acceso a la IVE se han concentrado en garantizar la seguridad física de las sedes y del personal de las clínicas dedicadas a la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, así como de las mujeres que acceden a estos servicios, frente a las manifestaciones y las vigiliadas que realizan los grupos o las personas que se oponen a la garantía del derecho fundamental a la IVE. La entidad también manifestó que los casos de violencia contra las mujeres que acceden a servicios de salud sexual y reproductiva en Bogotá los redireccionan a la Línea Púrpura de la Secretaría Distrital de la Mujer.</p>
Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer (CPEM)	<p>La Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer (CPEM), encargada de asistir técnicamente al presidente de la República y a las entidades del nivel nacional y territorial en la transversalización del enfoque de género en sus políticas, hizo alusión en su respuesta a las acciones desarrolladas por el Gobierno para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el último año y, de manera particular, para la prevención y sanción de la violencia en contra de las mujeres en el contexto de la pandemia, pero no identificó medidas particulares destinadas a la promoción y la garantía del derecho a la IVE ni a la eliminación de las barreras de acceso durante la emergencia sanitaria.</p>

Fuente: elaboración propia

Algunos elementos a destacar de las acciones desarrolladas por las entidades del orden nacional

Del análisis de las respuestas brindadas por las entidades del orden nacional, se destaca que **la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo reconocieron barreras de acceso a la IVE también identificadas por La Mesa en su acompañamiento a mujeres y niñas, y por Oriéntame en la prestación de este servicio de salud durante el contexto de la pandemia**. Así, la Defensoría del Pueblo, **La Mesa** y **Oriéntame** coinciden en enfatizar que en el contexto del covid-19 las EPS negaron el acceso a la IVE, al desatender y desconocer que este es un servicio esencial que no puede suspenderse durante la pandemia. Asimismo, los entes de control, en la misma línea de lo identificado en el segundo apartado de este informe, señalaron que las medidas impuestas por el Gobierno para contener el virus, como el pico y cédula y el confinamiento obligatorio, aumentaron las barreras preexistentes de acceso a la IVE al intensificar los factores de vulnerabilidad de las mujeres. De esta forma, durante el contexto de la pandemia, según lo reportado por los entes de control, las mujeres no pudieron movilizarse con facilidad a las IPS que realizaban la IVE en su territorio o en otros departamentos, o no tuvieron los recursos económicos para costear el traslado ni el procedimiento.

En el mismo sentido, se señala que los entes de control identificaron la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres migrantes provenientes de Venezuela que desean acceder a la IVE; a su vez, llamaron la atención sobre la situación de discriminación y vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres y las niñas que desean acceder a la IVE en las zonas rurales y en los territorios con presencia de actores del conflicto armado durante el contexto de la pandemia. El reconocimiento de estas situaciones por parte de los entes de control que tienen presencia en los territorios, en especial la Defensoría del Pueblo a través de sus duplas de género, deja claro que las medidas impuestas por el Gobierno para enfrentar el covid-19 impactaron de forma diferenciada el acceso a la IVE de las mujeres más vulnerables.

¹⁵² Defensoría del Pueblo, Regional Valle del Cauca. 2020, p.9. Putumayo.

¹⁵³ Defensoría del Pueblo, regional Santander. 2020, p.6.

¹⁵⁴ Procuraduría General de la Nación, p.3.

¹⁵⁵ El grupo de articulación hacen también parte el Ministerio de Salud y Protección Social, la Fiscalía General de la Nación, la Policía Nacional, el Ministerio de Justicia, entre otros. Procuraduría General de la Nación. 2020, p.19.

¹⁵⁶ *Ibidem*, pp. 20-21.

Por otra parte, también se resalta que **la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación y el Ministerio de Salud identificaron barreras de acceso a la IVE que, pese a no ser particulares o exclusivas de la pandemia, siguen soportando las mujeres y las niñas en el contexto del covid-19.** Entre estas, se destacan: los prejuicios culturales, la solicitud de requisitos adicionales y el uso inconstitucional de la objeción de conciencia. Asimismo, es de señalar que, aunque la Superintendencia de Salud no definió particularmente las barreras de acceso a la IVE en el contexto de la pandemia, en su concepto ante la Corte Constitucional sí enumeró los principales motivos de las quejas presentadas contra las EPS en la prestación de la IVE durante enero y septiembre de 2020. Entre ellas, se resaltan: (i) la falta de oportunidad en la programación de procedimientos quirúrgicos; (ii) la demora en la referencia o contrareferencia; (iii) la demora en la autorización de procedimientos, y (iv) la no aplicación de normas, guías o protocolos de atención. Estos motivos de queja se corresponden con las barreras previamente identificadas por las entidades nacionales y por las organizaciones de mujeres en este informe.

El reconocimiento por parte de las entidades públicas del orden nacional de la existencia de este conjunto de barreras para acceder a la IVE en el país evidencia que estos obstáculos son un problema de salud pública y de desprotección de derechos fundamentales que merece la acción inmediata y efectiva del Estado. No obstante, a partir del análisis de las respuestas de las entidades públicas, se puede advertir que las medidas adoptadas para mitigar o eliminar estas barreras, tal y como se demuestra en el segundo apartado de este informe, no fueron suficientes. Lo anterior, en la medida en que las acciones no tuvieron un enfoque diferencial que reconociera las situaciones particulares que enfrentan las mujeres en los territorios, ni fueron diseñadas para responder directamente a las principales barreras identificadas en el marco de la pandemia. Asimismo, las orientaciones dadas por el Ministerio de Salud tuvieron un alcance limitado pues, como se mostrará más adelante, las EPS no las implementaron cabalmente.

Finalmente, se destaca que, aunque los entes de control y defensa de los ciudadanos y ciudadanas, como la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación, contestaron los interrogantes expuestos por las organizaciones que realizaron este informe, no ocurrió lo mismo con el Ministerio de salud y la Superintendencia de Salud, quienes, se reitera, tienen competencias fundamentales para el acceso efectivo de la IVE en Colombia. **Este desinterés para responder a ejercicios de veeduría ciudadana, como el que se plantea en este informe, puede traducirse en una barrera de acceso para la exigibilidad del derecho fundamental a la IVE.**

3.1.2 Información reportada por las entidades territoriales frente a la garantía de la IVE en el contexto de la pandemia

Las Secretarías de Salud departamentales tienen como función¹⁵⁷ dirigir, coordinar y vigilar el sector salud en sus territorios; es decir, están encargadas de vigilar las acciones e intervenciones que realizan las EPS, las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) y las IPS en cada departamento o municipio¹⁵⁸. Adicionalmente, en el marco de la pandemia, el Gobierno Nacional estableció que las secretarías de salud tienen el deber de coordinar, promover, organizar e identificar todas aquellas acciones para la prestación de los servicios de salud durante la pandemia ocasionada por el covid-19, incluidos, por supuesto, los servicios de salud sexual y reproductiva considerados esenciales, como la IVE¹⁵⁹.

Teniendo en cuenta que las Secretarías de Salud deben vigilar y promover la atención del servicio de la IVE en todos los territorios, en este apartado se presentan las respuestas a los derechos de petición enviados a las Secretarías Departamentales de Salud. De este modo, se describen, **en primer lugar**, las barreras que identificaron las entidades territoriales para el acceso a la IVE en sus territorios y, **en segundo lugar**, las medidas orientadas para la garantía de este derecho en el contexto de la pandemia, y las correspondientes medidas de seguimiento a casos. **Finalmente**, se realiza una serie de conclusiones sobre la garantía de la IVE por parte de los entes territoriales en el contexto del covid-19.

¹⁵⁷ Las funciones de las secretarías están reguladas por decretos expedidos por cada gobernador y alcalde en cada departamento y municipio, con base en el art. 43 de la Ley 715 del 2001, "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros", y la Ley 1438 del 2001 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones".

¹⁵⁸ Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Art 176: La inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.

¹⁵⁹ Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por Sars-CoV-2 (covid-19). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSS01.pdf>.

Cabe aclarar que, como solo se recibieron tres respuestas de los 18 derechos de petición enviados a las Secretarías de Salud de algunos municipios clave, dichas respuestas —dado su alcance limitado— no se incluirán en el siguiente análisis; así, solo se estudiarán las respuestas brindadas por las Secretarías de Salud de los departamentos¹⁶⁰.

Barreras para el acceso a la IVE identificadas por las Secretarías de Salud Departamentales

Antes de describir las barreras identificadas por las Secretarías de Salud Departamentales en sus respuestas, se resalta que la mayoría no reportó la existencia de barreras de acceso a la IVE en sus departamentos. En sus respuestas, los entes territoriales negaron la existencia de barreras, no fueron claros en su identificación, o no se pronunciaron al respecto. Así pues, se identificaron las siguientes respuestas por parte de las Secretarías frente al reconocimiento de barreras de acceso a la IVE en sus departamentos:

Tabla 4. Identificación de barreras de acceso a la IVE

Entidad	Identificación de barreras de acceso a la IVE
Secretarías de Salud de los departamentos de Boyacá, Bolívar y Córdoba	No contestaron esa pregunta o la remitieron a otra entidad.
Secretarías de Salud de los departamentos de Huila y Santander	Citaron la normativa nacional respecto a la garantía de la IVE, pero no ofrecieron una respuesta clara frente a la existencia de barreras evidenciadas ni frente a las medidas de seguimiento a casos durante la pandemia.
Secretarías de Salud de los departamentos de Tolima, Meta, Guaviare, Vichada, Arauca y Putumayo	Señalaron que en sus territorios las mujeres no enfrentan obstáculos para el acceso a la IVE en condiciones seguras y de calidad, ni existen denuncias o quejas por la prestación de este servicio de salud esencial.
Secretarías de Salud de los departamentos de Caquetá, Casanare, Valle del Cauca, Atlántico, Cesar, Vaupés, Caldas, Magdalena, Sucre y Amazonas	Identificaron una serie de barreras relacionadas con el acceso a la IVE en sus territorios.

Fuente: elaboración propia

Ahora bien, las Secretarías de Salud Departamentales que sí identificaron en sus respuestas obstáculos que dificultan o impiden el pleno acceso al derecho a la IVE en sus territorios, reconocieron las siguientes barreras: (i) el desconocimiento del marco legal; (ii) la interpretación restrictiva de las causales establecidas en la Sentencia C-355 de 2006; (iii) las fallas en la prestación de servicios por parte de las IPS, y (iv) barreras específicas para las mujeres migrantes.

(i) Desconocimiento del marco legal¹⁶¹

Las Secretarías Departamentales de Salud del Valle del Cauca¹⁶², César¹⁶³, Magdalena¹⁶⁴ y Sucre¹⁶⁵ señalaron que en sus territorios se evidencia un desconocimiento del marco normativo de la IVE por parte de las IPS. Es decir, que los prestadores de servicios de salud, que tienen el deber de implementar la sentencia C-355 del 2006¹⁶⁶ y los demás pronunciamientos de la Corte Constitucional¹⁶⁷, desconocen o desestiman el contenido

¹⁶⁰ Frente a las tres respuestas que recibimos de las Secretarías de Salud municipales de Pereira, Tunja y Manizales, destacamos lo siguiente: sobre las barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, se observa que las tres Secretarías de Salud de dichos municipios no identificaron barreras para acceder a la IVE en sus territorios. Ahora bien, respecto a las medidas orientadas a garantizar la prestación de los servicios, la Secretaría de Salud de Tunja ha implementado, por ejemplo, varias capacitaciones a funcionarios(as) de diversas dependencias durante la pandemia, realizando pedagogía sobre el acceso a métodos anticonceptivos e IVE. Por su parte, Manizales señaló la implementación de acciones de formación a los funcionarios(as) durante el periodo de pandemia, incluso ha llevado a cabo mesas técnicas de trabajo, un Comité Municipal de Derechos Sexuales y Reproductivos, y un Comité Consultivo que se reúne cada mes, articulando así un trabajo intersectorial. La Secretaría de Salud de Pereira, por su parte, resaltó que durante la pandemia ha brindado capacitaciones sobre la IVE al personal de salud de la red pública y privada. Finalmente, respecto a las medidas de seguimiento, se advierte que ninguno de los tres municipios de los que se recibieron respuestas identificó acciones de seguimiento a las medidas para garantizar la prestación del servicio de IVE, argumentando que no han recibido casos de solicitudes de IVE.

¹⁶¹ Según La Mesa, esta barrera se manifiesta cuando se presenta un desconocimiento de los pronunciamientos judiciales sobre IVE, es decir, de la Sentencia C-355 del 2006 y los 23 pronunciamientos subsiguientes, junto con la falta de información de las disposiciones normativas reglamentarias sobre el procedimiento médico de la IVE.

¹⁶² En respuesta del 30 de junio del 2020 por la Secretaría Departamental de Salud.

¹⁶³ En respuesta del 8 de julio del 2020 por la Secretaría Departamental de Salud.

¹⁶⁴ En respuesta del 8 de junio del 2020 por la Secretaría Departamental de Salud.

¹⁶⁵ En respuesta del 31 de agosto del 2020 por la Secretaría Departamental de Salud.

¹⁶⁶ Corte Constitucional. Sentencia C-355 del 2006. MP. Jaime Araujo Rentería.

¹⁶⁷ Corte Constitucional. Sentencias T-171 del 2007, T-626 del 2007, T-988 del 2007, T-209 del 2008, T-946 del 2008, T-009 del 2009, T-388 del 2009, T-285 del 2010, T-841 del 2011, T-959 del 2011, T-636 del 2011, T-627 del 2012, T-532 del 2014, C-754 del 2015, C274 del 2016, T-3-1 del 2016, C-327 del 2016, T-694 del 2016, T-697 del 2016, TT.731 del 2016, C-341 del 2017, SU-098 del 2018 y C-088 del 2020

de las obligaciones y los estándares legales en torno a la IVE. Por ejemplo, según la Secretaría de Salud en el departamento del Valle del Cauca, el personal médico desatiende su obligación de dar información veraz e imparcial a las mujeres sobre el derecho a la IVE en la primera consulta de atención prenatal. También se señala que la Secretaría de Salud del departamento de Caldas manifestó que los prestadores de salud en los casos de acceso a la IVE para mujeres indígenas no reconocen la autodeterminación de la mujer, pues “en múltiples ocasiones no se tiene en cuenta la decisión de la mujer, sino lo que desean los gobernantes”.

(ii) Interpretación restrictiva de las causales¹⁶⁸

Las Secretarías Departamentales de Salud de Caquetá¹⁶⁹, Valle del Cauca¹⁷⁰, Caldas¹⁷¹ y Sucre¹⁷² identificaron que para acceder a una IVE en sus territorios, algunas EPS e IPS exigen requisitos adicionales a los contemplados por la Corte Constitucional, a lo que se suma la marcada limitación en la prestación de servicios en razón a la edad gestacional en los departamentos de Caquetá, Sucre y Caldas. Asimismo, se destaca que la Secretaría de Salud de Sucre, por ejemplo, señaló que en numerosas ocasiones ha instado a las entidades e instituciones prestadoras de salud para que se abstengan de realizar juntas médicas, presionar indebidamente a las mujeres y remitir inoportunamente estos casos, sobre todo en edades gestacionales avanzadas.

(iii) Fallas en la prestación de los servicios de salud¹⁷³

Las Secretarías de Salud de Casanare¹⁷⁴, Valle del Cauca¹⁷⁵, Atlántico¹⁷⁶, Cesar¹⁷⁷, Vaupés¹⁷⁸, Caldas¹⁷⁹, Sucre¹⁸⁰ y Amazonas¹⁸¹, por su parte, reconocieron que en sus departamentos se presentan deficiencias en las redes e instituciones de servicios de salud, que representan un obstáculo para el acceso seguro y oportuno a la IVE. Por ejemplo, la Secretaría Departamental de Salud de Vaupés¹⁸² reportó que el personal de salud, para evitar contagios, niega el servicio de IVE, con el argumento de que el cerco epidemiológico del virus del covid-19 en el departamento limita los desplazamientos del personal médico y dificulta los procedimientos.

Asimismo, en las respuestas se observó que las secretarías departamentales reportaron que falta capacitación o entrenamiento para realizar el procedimiento de IVE por parte del personal de salud, a lo que se suma la falta de instrumentos y equipos en departamentos como Vaupés, Caldas, Casanare y Sucre para llevarla a cabo, en especial en semanas gestacionales avanzadas. Esta situación, de acuerdo con lo manifestado por lo entes territoriales que identificaron esta barrera, se agrava por la falta de cobertura en servicios de salud en todos los niveles y territorios, lo que obliga a las mujeres gestantes a desplazarse hacia otros municipios para acceder a la IVE¹⁸³. Al respecto, la Secretaría de Salud del departamento de Caldas señaló que la falta de cobertura para el acceso a la IVE es especialmente perjudicial para las mujeres que no tienen los recursos para trasladarse a otros municipios.

(iv) Barreras específicas para las mujeres migrantes

Otro aspecto que se evidenció del análisis de las respuestas de los entes territoriales es el relacionado con el acceso de mujeres en situación migratoria irregular a la IVE. De las 21 respuestas recibidas, solo la Secretaría de Salud Departamental de Sucre¹⁸⁴ reportó ser receptora de una gran cantidad de población migrante en situación irregular proveniente de Venezuela, y que a esta población se le prestan los servicios de salud solo cuando se trata de una urgencia. Asimismo, señaló que en los casos donde la población migrante

¹⁶⁸ Esta barrera se relaciona con “la comprensión limitada, sesgada o errónea de los pronunciamientos judiciales y las disposiciones normativas relativas a la IVE”.

¹⁶⁹ En respuesta del 10 de junio del 2020 por la Secretaría Departamental de Salud.

¹⁷⁰ En respuesta del 30 de junio del 2020 por la Secretaría Departamental de Salud.

¹⁷¹ En respuesta del 10 de junio del 2020 por la Secretaría Departamental de Salud.

¹⁷² En respuesta del 31 de agosto del 2020 por la Secretaría Departamental de Salud.

¹⁷³ Esta barrera se compone de “los problemas o las deficiencias presentes en las redes e instituciones de servicios de salud, incluyendo las actitudes y prácticas de los profesionales y prestadores de servicios de salud que representan en sí un obstáculo para el acceso seguro y oportuno a la IVE” (2017, p.39).

¹⁷⁴ En respuesta del 19 de junio del 2020 de la Secretaría de Salud Departamental.

¹⁷⁵ En respuesta del 30 de junio del 2020 de la Secretaría de Salud Departamental.

¹⁷⁶ En respuesta del 9 de julio del 2020 de la Secretaría de Salud Departamental.

¹⁷⁷ En respuesta del 8 de julio del 2020 de la Secretaría de Salud Departamental.

¹⁷⁸ En respuesta del 12 de junio del 2020 de la Secretaría de Salud Departamental.

¹⁷⁹ En respuesta del 10 de junio del 2020 de la Secretaría de Salud Departamental.

¹⁸⁰ En respuesta del 31 de agosto del 2020 de la Secretaría de Salud Departamental.

¹⁸¹ En respuesta del 4 de septiembre del 2020 de la Secretaría de Salud Departamental.

¹⁸² En respuesta del 12 de junio del 2020 de la Secretaría de Salud Departamental.

¹⁸³ En respuesta del 12 de junio del 2020 de la Secretaría de Salud departamental del Vaupés.

¹⁸⁴ En respuesta del 31 de agosto del 2020 de la Secretaría De La Mujer Y Equidad De Género de la Gobernación de Sucre.

requiere atención médica de mediana y alta complejidad, las EPS solo autorizan la prestación del servicio si existe una decisión judicial de tutela que así lo indique¹⁸⁵. Cabe resaltar que los demás departamentos, en especial aquellos fronterizos, no reportaron barreras particulares en el acceso a servicios médicos de salud sexual y reproductiva para la población migrante en situación migratoria irregular.

Acciones encaminadas a enfrentar las barreras de acceso a la IVE por parte de las entidades públicas territoriales

En los derechos de petición enviados a las Secretarías de Salud Departamentales también se indagó por: i) las acciones emprendidas para enfrentar o eliminar las barreras en la prestación de la IVE y ii) las medidas de seguimiento y monitoreo que se han implementado sobre estas acciones durante la pandemia. A continuación, se presentan las medidas señaladas por las Secretarías de Salud, y se precisa que las más comunes fueron: (i) la socialización de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud sobre la prestación del servicio de la IVE durante la pandemia y (ii) la asistencia técnica y el acompañamiento a las Secretarías de Salud Municipales, EPS e IPS en torno a protocolos y rutas de acceso a la IVE a través de capacitaciones.

Tabla. 5. Medidas desarrolladas por las Secretarías de Salud Departamentales para la garantía de la IVE

Medidas de garantía de DSDR e IVE	Medidas de seguimiento a casos de IVE
Estrategias de articulación con prestadores de servicios de salud, con el objetivo de socializar los lineamientos recibidos del Ministerio de Salud y Protección social frente a la atención en contingencia por el covid-19 y la obligación que tienen de darle continuidad a las acciones de promoción, prevención y atención en salud sexual y reproductiva.	Visitas de seguimiento a las Secretarías de Salud Municipales, a las EPS y las IPS.
Asistencia técnica y acompañamiento a las Secretarías de Salud Municipales, EPS e IPS a través de capacitaciones al talento humano en salud en protocolos de atención y la ruta para el acceso a la IVE.	
Monitoreo a las EPS e IPS en la prestación de la IVE	Llamadas telefónicas
Fortalecimiento del proceso de consulta médica	
Mesas de trabajo en las que se construyen rutas de atención para la promoción y garantía de estos derechos.	Visitas de inspección y vigilancia a las Secretarías de Salud Municipales, a las EPS y las IPS.
Campañas en redes sociales y medios de comunicación en torno a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos	
Establecimiento de lineamientos técnicos operativos para garantizar la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la pandemia del covid-19.	

Fuente: elaboración propia

Algunos elementos a destacar de las acciones desarrolladas por las entidades territoriales

Del análisis de las respuestas de las Secretarías de Salud Departamentales se resalta que, al igual que las entidades del nivel nacional, **los entes territoriales identificaron que las barreras de acceso a la IVE están relacionadas principalmente con el desconocimiento del marco legal, la interpretación restrictiva de las causales establecidas en la Sentencia C-355 de 2006 y las fallas en la prestación de servicios por parte de las IPS**. Se destaca que en varios de los departamentos que reconocieron la existencia de barreras de acceso a la IVE, según la Superintendencia de Salud, se recibió la mayor cantidad de quejas relacionadas con la prestación de la IVE durante la pandemia (departamentos de Valle del Cauca y Atlántico) y se llevaron a cabo auditorías por desconocimiento de las obligaciones legales en torno a la IVE (municipio de Sincelejo en Sucre). Esto confirma lo reportado por los entes territoriales y la necesidad de priorizar la generación de acciones en estos territorios.

¹⁸⁵ Esto representa un desconocimiento de los derechos de las mujeres, niñas y adolescentes al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, en especial la IVE, y lo dispuesto por la Corte Constitucional en el año 2018, pues la población migrante en situación irregular tiene derecho a recibir atención médica, como garantía mínima del derecho a la salud por estar en una situación de especial protección (dada su situación de indefensión); y no se deben exigir requisitos adicionales, como una decisión judicial, para prestar el acceso a la IVE a todas las mujeres y las niñas que lo requieran en el marco de lo dispuesto por la Corte Constitucional, y sin distinción de su lugar de procedencia o de su situación migratoria. Corte Constitucional. Sentencia T-295 del 2018. MP. Gloria Stella Ortiz Delgado.

Ahora bien, estas entidades territoriales, a diferencia de las entidades nacionales, no lograron explicar exhaustivamente la forma como operan las barreras en los territorios, y tampoco pudieron diferenciar o establecer claramente en sus respuestas si las barreras identificadas se presentaron antes o son un efecto y están relacionadas con la pandemia ocasionada por el covid-19 y las medidas adoptadas por el Estado para mitigarla.

Por otro lado, se destaca que, aunque algunos entes territoriales identificaron la existencia de barreras de acceso a la IVE, **la mitad de las Secretarías de Salud Departamentales que contestaron los derechos de petición no reportaron obstáculos para la garantía de la IVE, o no fueron claras al determinarlas, o decidieron no responder este interrogante y remitirlo a otra entidad.** Cabe señalar también que los entes territoriales de las regiones que presentan barreras importantes de acceso a la IVE, según lo identificado por **La Mesa** y otros entes de control, no contestaron las peticiones enviadas. Por ejemplo, llama la atención que el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander no respondiera el derecho de petición enviado en el marco de este informe y, de este modo, pasara por alto situaciones que ocurren en el Hospital Erasmo Meoz, como la reportada por la Defensoría del Pueblo y **La Mesa** en este informe, quienes advierten que esta IPS pública niega la prestación del servicio de IVE a las mujeres venezolanas y limita la realización de la IVE a las mujeres colombianas hasta la semana 15 o 20 de gestación¹⁸⁶.

Igualmente, resulta llamativo que las Secretarías de Salud de departamentos como el Meta y Putumayo señalen que en sus territorios las mujeres no enfrentan barreras para acceder a la IVE y, de este modo, desconozcan las fallas en la prestación de este servicio, identificadas por la Defensoría del Pueblo para este informe (por ejemplo, las dificultades para trasladarse hacia otros municipios por la ausencia de IPS capacitadas para realizar una IVE, o la presencia de grupos armados ilegales que dificultan este desplazamiento)¹⁸⁷.

Esta falta de reporte o de reconocimiento de las barreras de acceso a la IVE por parte de los entes territoriales, encargados de vigilar y promover la atención del servicio de salud de la IVE en todos los territorios, evidencia una barrera para el acceso a la información sobre la garantía de este derecho, y también indica una baja implementación de sus funciones preventivas y de vigilancia del sistema de salud respecto a este servicio esencial. Asimismo, las respuestas incompletas y ambiguas de las Secretarías de Salud pueden ser un indicio de la ausencia o la baja difusión pedagógica sobre el derecho fundamental a la IVE y sus desarrollos normativos y jurisprudenciales¹⁸⁸.

Ahora bien, **respecto a la adopción de acciones para la garantía y el seguimiento del acceso a la IVE durante la pandemia, se pudo advertir que estas medidas, al igual que las implementadas por las entidades del orden nacional, no fueron suficientes.** Esto, por un lado, porque las entidades territoriales no lograron diferenciar o establecer si las medidas para eliminar y para hacer seguimiento a las barreras se diseñaron antes o como respuesta a la pandemia ocasionada por el covid-19 y, por otro lado, porque pocas Secretarías de Salud fueron claras y concretas al determinar dichas acciones y sus medidas de seguimiento particulares para el acceso a la IVE, y las entidades que sí identificaron medidas reportaron principalmente acciones que no estaban enfocadas en las barreras más comunes que reportaron los territorios, como la falla en la prestación del servicio por la ausencia de personal médico capacitado y la falta de equipos para realizar la IVE en una edad gestacional avanzada.

Adicionalmente, según lo reportado por **La Mesa** durante su acompañamiento a casos y por **Orientame** durante la prestación del servicio, en el contexto de pandemia las barreras de acceso a la IVE en estos territorios se siguieron presentando, incluso algunas se acentuaron. Esto es preocupante, pues si los entes territoriales tienen presencia y competencias directas respecto al funcionamiento del sistema de salud en los territorios, las medidas implementadas para la garantía de la IVE durante la emergencia sanitaria tendrían que provenir mayoritariamente de ellos y concentrarse en las circunstancias particulares en las que se encuentran las mujeres y los prestadores de salud en los departamentos.

¹⁸⁶ Argumentando en este último caso que el hospital es del tercer nivel y no tiene la capacidad para realizar este procedimiento.

¹⁸⁷ También destacamos, por ejemplo, que, según el Instituto Nacional de Salud, los casos de violencia sexual contra mujeres y menores de edad se registran en todo el país, pero las cifras del departamento Putumayo superan la media nacional en relación con su población. Y que el departamento del Meta ha sido uno de los departamentos más afectados por el conflicto armado.

¹⁸⁸ La ruta de acceso a la IVE dispuesta en el Protocolo de Prevención de Aborto Inseguro en Colombia: Protocolo para el sector salud, la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, la Circular Externa 003 del 2013 de la Superintendencia Nacional de Salud, el Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual y los estándares fijados desde el año 2006 por la Corte Constitucional en 23 sentencias.

3.2 Prestación del servicio de salud de la IVE en el contexto de la pandemia por covid-19 por parte de las Entidades Promotoras de Salud

Las EPS son responsables de la afiliación, el recaudo de las cotizaciones y la garantía de la prestación del Plan de Beneficios de Salud en todo el territorio nacional¹⁸⁹. Dado que la IVE hace parte del Plan de Beneficios de Salud, las EPS son las encargadas de asegurar la prestación a todas las mujeres dentro del Sistema General de Seguridad en Salud. Teniendo en cuenta estas competencias, así como la dispuesta por el Gobierno en el marco de esta pandemia, referente a la adecuación de las modalidades de prestación de servicios para garantizar el acceso a la IVE durante este contexto particular,¹⁹⁰ a continuación, se exponen los principales hallazgos identificados en las respuestas a los derechos de petición enviados a las EPS,¹⁹¹ seguidos de una serie de conclusiones al respecto:

(i) Si bien la mayoría de las EPS identificaron a la IVE como un servicio de salud esencial que no podía ser suspendido en medio de la emergencia sanitaria, **no todas indicaron en sus respuestas las medidas particulares utilizadas para hacer efectivo este derecho en el contexto especial del aislamiento obligatorio**. En este sentido, la mayoría de entidades no identificaron a la telemedicina como una alternativa para garantizar la IVE. Solo tres entidades refirieron el uso de la telemedicina como una medida utilizada¹⁹², y solo una especificó que esta modalidad estaba dirigida a las mujeres que se encontraban en el primer trimestre de gestación (semana 9) y que el servicio consistía en el envío de un kit IVE al domicilio de la mujer¹⁹³.

En cuanto a las medidas que sí se implementaron, se puede destacar la creación de una línea telefónica especial en la cual las mujeres podían comunicarse para acceder a información sobre la IVE. Sin embargo, en la respuesta, la EPS no precisó qué tipo de información se compartía en esta línea, a través de qué medios se hizo su difusión ni la efectividad que tuvo durante el tiempo de la medida de aislamiento (número de llamadas recibidas, número de mujeres que solicitaron la IVE a través de este medio, etc.)¹⁹⁴.

(ii) **La mayoría de EPS que contestaron los derechos de petición refirieron que para atender las solicitudes de IVE en este contexto implementaron las medidas establecidas previamente a la emergencia sanitaria**. De modo que manifestaron que la tramitación de las solicitudes de IVE se llevó a cabo sin novedades durante la medida de aislamiento obligatorio. Solo una entidad prestadora de salud¹⁹⁵ señaló que modificó la ruta para el acceso a la IVE establecida antes de la pandemia, por eso, las mujeres podían solicitar la IVE a través de una consulta virtual y, en el caso de que tuvieran menos de 9 semanas de gestación, se les debía ofrecer el servicio de telemedicina y coordinar el envío de un kit IVE a su domicilio; asimismo, determinó en esta ruta que si las mujeres tenían más de 9 semanas, se debía coordinar la atención y la prestación del servicio de forma presencial¹⁹⁶.

(iii) **Las EPS no identificaron una dependencia específica a la que pudieran acudir las mujeres para solicitar una IVE durante el confinamiento**. Así pues, no señalaron en sus respuestas una dirección, ni números telefónicos u horarios de atención a los cuales las mujeres podían dirigirse para solicitar una IVE durante este contexto particular; tampoco desagregaron la información con base en los territorios donde prestan sus servicios de salud. Las entidades advirtieron que las IPS son las encargadas de realizar todos los trámites en articulación con las EPS y, de esta forma, la ruta de atención para IVE se inicia cuando las mujeres realizan la solicitud ante el médico general de su IPS básica o primaria¹⁹⁷, en el servicio de urgencias¹⁹⁸ o en el control prenatal¹⁹⁹ (dando a entender que no pueden iniciar la ruta de atención a través de una llamada telefónica).

¹⁸⁹ Ver nota al pie número 83.

¹⁹⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones Técnicas para abordar los efectos de la Pandemia por Covid-19 en la fecundidad, p. 4. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS25.pdf>

¹⁹¹ Se resalta que de las 25 EPS consultadas solo respondieron 8.

¹⁹² Respuesta a derecho de petición el 26 de junio de 2020 de COOMEVA; Respuesta derecho de petición el 24 de junio de 2020 de NUEVA EPS; Respuesta derecho de petición el 15 de julio de 2020 de SURA.

¹⁹³ Respuesta a derecho de petición el 15 de julio de 2020 de SURA.

¹⁹⁴ Respuesta a derecho de petición el 8 de junio de 2020 de COMPENSAR.

¹⁹⁵ Respuesta a derecho de petición el 15 de julio de 2020 de SURA.

¹⁹⁶ Vale resaltar que más de la mitad de EPS que respondieron los derechos de petición (5 de 8) tienen rutas para atender las solicitudes de IVE, de las cuales cuatro son específicas para IVE (SURA, COOMEVA, COMFACUNDI Y CONVIDA) y una es para mujeres gestantes, pero contiene un punto o paso para garantizar la IVE (NUEVA EPS). Por otro lado, se destaca que estas rutas específicas para la IVE coinciden en que su primer paso es la verificación de la causal en la que se encuentran las mujeres y la asesoría sobre el derecho a la IVE, seguido del direccionamiento a una IPS para la realización del procedimiento, de acuerdo a la edad gestacional, y finalizan con una evaluación psicológica y/o el suministro de anticonceptivo o el ingreso en programas de planificación familiar (SURA, NUEVA EPS, COMFACUNDI, CONVIDA Y COOMEVA). Es decir, dichas rutas recogen lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 3280 de 2018.

¹⁹⁷ Respuesta a derecho de petición el 15 de julio de 2020 de SURA, respuesta a derecho de petición el 20 de julio de 2020 de COMFACUNDI y respuesta a derecho de petición el 7 de octubre 2020 de CONVIDA.

¹⁹⁸ Respuesta a derecho de petición el 4 de junio 2020 de ALIANSALUD.

¹⁹⁹ Respuesta a derecho de petición el 26 de junio de 2020 de COOMEVA.

(iv) Las EPS no indicaron tener un sistema de referencia y contra referencia especial que garantizara el número adecuado de IPS habilitadas para prestar el servicio de IVE en el contexto de la medida de aislamiento. Solo una entidad²⁰⁰ manifestó que para garantizar el proceso de remisión a las IPS de las mujeres que solicitan la IVE con más de 10 semanas de gestación se definieron tres paquetes de servicios, basados en la edad gestacional.

(v) Las EPS no adoptaron medidas específicas, con el objetivo de garantizar la confidencialidad y la reserva legal sobre la información suministrada por las mujeres que solicitaron la IVE en el contexto de la pandemia. En sus respuestas, las EPS identificaron de forma general el cumplimiento de las leyes que se refieren a la confidencialidad de la historia clínica (Decreto 23 de 1981)²⁰¹, el secreto profesional²⁰² y el diligenciamiento del consentimiento informado²⁰³. Solo una entidad señaló que para la atención de la IVE contaba con gestoras de riesgo materno perinatal por cada zona de atención, quienes garantizaban el proceso y su confidencialidad.²⁰⁴

(vi) Las EPS no establecieron medidas particulares para asegurar el acceso a la IVE dentro del plazo establecido de 5 días calendario en el contexto de la medida de aislamiento. La mayoría señaló que las solicitudes de IVE se estaban tramitando con la misma oportunidad y bajo las mismas consideraciones adoptadas antes de la pandemia. Se resalta que solo dos EPS refirieron contar con medidas particulares antes de la emergencia sanitaria para garantizar la IVE, siendo estas medidas la gestión de una profesional materno perinatal, quien se articula con las IPS de atención y lidera la gestión de procedimiento,²⁰⁵ y la auditoría continúa de la entidad a sus IPS, para el mejoramiento de la calidad en la atención de salud, y en cumplimiento del Decreto 1011 de 2006²⁰⁶. Cuatro entidades²⁰⁷, pese a no señalar una medida específica antes ni durante la medida de aislamiento, reconocieron su obligación de garantizar la IVE en el término máximo de 5 días, en consideración a lo establecido por la Corte Constitucional en su jurisprudencia²⁰⁸.

(vii) Ninguna EPS adoptó medidas especiales para garantizar el acceso a la IVE durante el aislamiento obligatorio en las regiones del país donde prestan sus servicios. Las EPS manifestaron que no implementaron medidas nuevas para garantizar el acceso a la IVE en todo el territorio nacional, sino que, tal como sucedía antes de la pandemia, se garantizó el traslado y los viáticos de las mujeres que debían ir a otras ciudades para el procedimiento.

(viii) Las EPS no suelen proveer información a las mujeres sobre la sentencia c-355 de 2006 y los derechos sexuales y reproductivos, pues lo hacen principalmente a través de capacitaciones a sus IPS²⁰⁹.

(ix) La mayoría de EPS no identificaron la red de prestadores de profesionales y entidades encargadas de garantizar el procedimiento de la IVE. Solo tres entidades consultadas²¹⁰ señalaron su red de prestadores, y dos de estas especificaron la red según la edad gestacional.

(x) La causal por la que las mujeres más solicitaron y accedieron a la IVE fue la de riesgo para la salud, particularmente la salud mental. Asimismo, la mayoría de solicitudes para acceder a la IVE se llevó a cabo efectivamente (730 en total de lo reportado por las cinco entidades en sus respuestas). Según las EPS que refirieron el número de solicitudes y de procedimientos realizados,²¹¹ desde el inicio de la emergencia sanitaria (25 de marzo) hasta el 30 de mayo se atendieron todas las solicitudes de acceso a la IVE. De hecho, solo

²⁰⁰ Respuesta a derecho de petición el 24 de junio de 2020 de NUEVA EPS.

²⁰¹ Respuesta a derecho de petición el 8 de junio de 2020 de COMPENSAR.

²⁰² Respuesta a derecho de petición el 7 de octubre 2020 de CONVIDA.

²⁰³ Respuesta a derecho de petición el 20 de julio de 2020 de COMFACUNDI.

²⁰⁴ Respuesta a derecho de petición el 26 de junio de 2020 de COOMEVA.

²⁰⁵ Respuesta a derecho de petición el 26 de junio de 2020 de COOMEVA.

²⁰⁶ Respuesta a derecho de petición el 15 de julio de 2020 de SURA.

²⁰⁷ Respuesta a derecho de petición el 24 de junio de 2020 de NUEVA EPS; respuesta a derecho de petición el 20 de julio de 2020 de COMFACUNDI; respuesta a derecho de petición el 4 de junio 2020 de ALIANSALUD, y respuesta a derecho de petición el 7 de octubre 2020 de CONVIDA.

²⁰⁸ Corte Constitucional. Sentencia SU-096 de 2018. M.P. José Fernando Reyes; Sentencia T-301 de 2016. M.P. Alejandro Linares; Sentencia T-731 de 2016. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza; Sentencia T-532 de 2014. M.P. Luis Guillermo Guerrero; Sentencia T-841 de 2011. M.P. Humberto Sierra Porto; Sentencia T-636 de 2011. M.P. Luis Ernesto Vargas; Sentencia T-388 de 2009. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto; Sentencia T-209 de 2008. M.P. Clara Inés Vargas; Sentencia T-946 de 2008. M.P. Jaime Córdoba Triviño; Sentencia T-988 de 2007. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

²⁰⁹ Respuesta a derecho de petición el 24 de junio de 2020 de NUEVA EPS; Respuesta derecho de petición el 15 de julio de 2020 de SURA; Respuesta derecho de petición el 24 de junio de 2020 de NUEVA EPS Y Respuesta derecho de petición el 8 de junio de 2020 de COMPENSAR.

²¹⁰ Respuesta a derecho de petición el 26 de junio de 2020 de COOMEVA, Respuesta derecho de petición el 15 de julio de 2020 de SURA Y Respuesta derecho de petición el 20 de julio de 2020 de COMFACUNDI.

²¹¹ COOMEVA recibió 54 solicitudes de IVE; SURA, 77 solicitudes; NUEVA EPS, 570; COMFACUNDI, 11 solicitudes, y CONVIDA, 18.

una entidad indicó que en cinco (5) casos no se realizó el procedimiento, por desistimiento de las mujeres solicitantes, sin especificar las razones por las cuales las mujeres desistieron del procedimiento²¹².

Tabla 6. Hallazgos prestación IVE por parte de las EPS

Hallazgos en la adecuación de las EPS para la prestación de la IVE durante el contexto de la pandemia por covid-19
Identificaron la IVE como un servicio de salud esencial, pero no reportaron medidas particulares utilizadas para hacer efectivo este derecho en el contexto especial del aislamiento obligatorio.
Refirieron que para atender las solicitudes de IVE en este contexto implementaron las medidas establecidas previamente a la emergencia sanitaria.
No identificaron una dependencia específica a la que podían acudir las mujeres para solicitar una IVE en el contexto de la medida de confinamiento.
No indicaron tener un sistema de referencia y contra referencia especial que garantizara el número adecuado de IPS para prestar el servicio de IVE en el contexto de la medida de aislamiento.
No adoptaron medidas específicas con el objetivo de garantizar la confidencialidad y la reserva legal sobre la información suministrada por las mujeres que solicitaron la IVE en el contexto de la pandemia.
No establecieron medidas dirigidas particularmente a asegurar el acceso a la IVE dentro del plazo establecido de 5 días calendario en el contexto de la medida de confinamiento.
No adoptaron medidas especiales para garantizar el acceso a la IVE durante el aislamiento obligatorio en las regiones del país donde prestan sus servicios.
No suministraron información directamente a las mujeres sobre la sentencia c-355 de 2006 y los derechos sexuales y reproductivos.
No identificaron la red de prestadores de profesionales y entidades encargadas de garantizar el procedimiento de la IVE.
La causal por la que las mujeres más solicitaron y accedieron a la IVE fue la de riesgo para la salud, particularmente la salud mental.

Fuente: elaboración propia

Algunos elementos a destacar de las acciones desarrolladas por las EPS

De las respuestas dadas por las EPS a los derechos de petición se puede concluir que, pese a las indicaciones establecidas por el Ministerio de Salud en sus documentos técnicos²¹³ y en la Resolución 536 de 2020²¹⁴, **las EPS en general no adaptaron la prestación de sus servicios para la garantía de la IVE en el contexto particular del aislamiento obligatorio.** Esto, porque muy pocas de las entidades consultadas identificaron a la telemedicina como una alternativa o una modalidad de atención en estos casos. Y también porque la mayoría no reportó la implementación de medidas específicas durante la emergencia sanitaria que, de un lado, tuvieran en cuenta los impactos de la pandemia sobre el sistema de salud y sobre las mujeres y, de otro lado, tuvieran como objetivo: (i) permitir el funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia; (ii) garantizar la confidencialidad y la reserva legal; (iii) asegurar el acceso a la IVE dentro del plazo establecido de 5 días calendario, y (iv) garantizar el acceso a la IVE en todas las regiones del país donde prestan sus servicios.

La mayoría de las EPS consultadas desconocieron el impacto que tuvo la pandemia sobre el sistema de salud durante el 2020, pues, se reitera, no refirieron medidas particulares para garantizar la prestación del servicio de IVE durante este periodo. Así, Las EPS en general no reportaron como limitaciones, o circunstancias que motivaran el diseño y la puesta en marcha de acciones especiales para garantizar la IVE, las restricciones de movilidad impuestas por el Gobierno Nacional y los entes territoriales para contener el contagio de covid-19²¹⁵, ni la sobrecarga del sistema de salud en cuanto a recursos físicos y humanos²¹⁶.

²¹² Respuesta a derecho de petición el 24 de junio de 2020 de NUEVA EPS.

²¹³ Ministerio de Salud. (2020). Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de covid-19 en Colombia & Ministerio de salud. (2020). Orientaciones técnicas para abordar los efectos de la pandemia por covid-19 en la fecundidad.

²¹⁴ Ver nota al pie número 48.

²¹⁵ Se resalta que el Gobierno Nacional y los entes territoriales, para contener el contagio de covid-19, diseñaron una serie de medidas que tenían como objetivo restringir la movilidad. Entre ellas, se destacan el cierre de terminales de transporte terrestre y aéreo, la implementación del "pico y cédula" y el "pico y género", entendidas como restricciones para el ingreso a establecimientos de comercio y otros espacios, de acuerdo con el número de identificación único de cada ciudadano (cédula), o con la identidad de género (los hombres podían salir unos días y las mujeres otros).

²¹⁶ Durante el tiempo de las medidas de aislamiento obligatorio se reportó en medios de comunicación la escasez de personal médico para atender Unidades de Cuidados Intensivos, así como de implementos de protección y atención: El Tiempo. (2020, 11 de julio). Advierten posible escasez de personal para atender UCI. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/salud/coronavirus-advierten-posible-escasez-de-personal-para-atender-uci-516828>; También el desborde de capacidad que enfrentó ciudades como Bogotá durante la medida de aislamiento obligatorio. DW. (2020, 30 de julio). Bogotá: se acerca el colapso sanitario. Disponible en: <https://www.dw.com/es/bogot%C3%A1-se-acerca-el-colapso-sanitario/av-54382205>

Al respecto, llama la atención que para las EPS consultadas la garantía del servicio de la IVE en las regiones del país no supuso la adopción de medidas especiales ni de esfuerzos adicionales a los ya establecidos en sus rutas o procedimientos anteriores a la emergencia sanitaria. Sobre todo, cuando, según lo señalado por los entes de control, **La Mesa** y **Oriéntame** en este informe, se presentaron múltiples barreras de acceso a la IVE en lugares diferentes a la capital del país, relacionadas con la negación de la IVE por parte de las EPS, que manifestaron que este servicio se había suspendido en medio de la pandemia. También se señala que muy pocas EPS identificaron medidas específicas para garantizar la difusión de información sobre el acceso a la IVE a las mujeres y que, de acuerdo con lo aquí planteado, una de las principales barreras de acceso durante el contexto de la pandemia fue que las mujeres no tuvieron claridad frente al acceso a la información sobre este procedimiento.

Asimismo, llama la atención que las EPS aseguraran que la prestación a la IVE se realizó en la oportunidad adecuada y en cumplimiento de todas las normas y protocolos dispuestos, pues, según la Superintendencia de Salud, los principales motivos de las quejas presentadas en contra de las EPS frente a la garantía de la IVE durante la pandemia fueron precisamente la falta de oportunidad en la programación de procedimientos quirúrgicos, la demora en la referencia o contra referencia y en la autorización de procedimientos y la no aplicación de normas, guías o protocolos de atención. A su vez, se señala que, de acuerdo con el acompañamiento que realizó **La Mesa**, menos de la mitad de las mujeres que accedieron al procedimiento lo hicieron a través de sus EPS, y que el 15% del total de mujeres acompañadas desistió de la IVE, en su mayoría por situaciones asociadas a la interposición de barreras por parte de las EPS. Además, según **Oriéntame**, menos del 15% del total de mujeres que optaron por la modalidad de telemedicina cubrieron su procedimiento a través de su EPS.

Finalmente, se resalta que, si bien algunas entidades refirieron en sus respuestas que la prestación de este servicio se realizó en el marco de las rutas o los estándares establecidos de forma previa a la emergencia sanitaria, es claro, como se ha demostrado en investigaciones e informes anteriores²¹⁷, que dichas medidas enfrentan barreras y/o brechas para su efectiva implementación, y que en un contexto particular, como el de la actual emergencia sanitaria, estas barreras aumentan e impactan de forma diferenciada a las mujeres.

²¹⁷ González Vélez, A. y Castro, L. (2017). Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (Colombia). Disponible en: https://ngx249.inmotionhosting.com/---despen5/wcontent/uploads/2019/02/12.Barreras_IVE_vf_WEB.pdf; Triviño, C., Martínez, J. y Falla, F. Migrantes venezolanas en Colombia: barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Fundación Oriéntame, Mujer Denuncia y Muévete, y Médicos del Mundo — Francia. (Colombia), 2019. <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2019/12/Libro-IVE-Migrantes.-VF.pdf>

IV

Conclusiones y recomendaciones

El acceso a la IVE de mujeres y niñas en el contexto de la pandemia generada por el covid-19 en el 2020 se caracterizó por la existencia de barreras, agravadas por las medidas implementadas por el Gobierno para contener el virus, así como por nuevos obstáculos que impactaron particularmente la salud y la vida de las mujeres, jóvenes y niñas más vulnerables.

Lo anterior, fue evidenciado por **La Mesa** durante su acompañamiento a mujeres, quién reportó, por un lado, que se recrudecieron las barreras relacionadas con el incumplimiento de las obligaciones legales en torno a la IVE y las fallas en el sistema de referencia y contrareferencia, y se incrementaron los casos atendidos, en un 50% respecto al 2018 y en un 31% respecto al 2019. Y, por otro lado, que durante la emergencia sanitaria se presentaron nuevas barreras de acceso a la IVE: (i) la falta de información sobre la prestación del servicio durante la pandemia; (ii) la ausencia de intimidad en los hogares de las mujeres para solicitar información y acceder a la IVE; (iii) los problemas de conectividad a las tecnologías de información y comunicación de las mujeres más vulnerables; (iv) la carga adicional de las labores de cuidado, y (v) la agudización de las barreras de acceso para las mujeres migrantes, quienes no solo enfrentan las mismas barreras que las mujeres colombianas, sino que estas se recrudecen en razón a su situación migratoria.

Por su parte, la **Fundación Oriéntame**, en la prestación de este servicio de salud, también reportó barreras económicas y de movilidad que enfrentaron las mujeres durante el año 2020 para acceder a la IVE, y señaló que, debido a las medidas de confinamiento obligatorio y a la afectación económica de sus ingresos, muchas mujeres accedieron al servicio de IVE a través de los subsidios que brinda esta fundación. Asimismo, reiteró que las mujeres enfrentaron dificultades para acceder a la IVE, pues la movilidad y el transporte fue limitado y, por lo tanto, más costoso y precario durante el aislamiento preventivo decretado por el Gobierno.

Se destaca también que las entidades estatales, de acuerdo con sus competencias, identificaron una serie de barreras de acceso a la IVE que soportaron las mujeres y las niñas en todo el territorio. Las entidades del orden nacional, como la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo, por ejemplo, reportaron barreras de acceso a la IVE, que fueron identificadas en este informe por **La Mesa** y **Oriéntame**, como (i) el desconocimiento o la desestimación de la IVE como un servicio de salud esencial que no puede ser suspendido durante la emergencia sanitaria, y (ii) las dificultades para trasladarse a las IPS debido a las medidas de confinamiento impuestas por el Gobierno.

Por su parte, los entes territoriales, a través de las Secretarías de Salud, pese a reportar una serie de barreras relacionadas con el desconocimiento del marco legal de la IVE, la interpretación restrictiva de las causales y las fallas en la prestación del servicio, no lograron diferenciar o precisar la forma como estas barreras se presentaron durante la pandemia, ni la existencia de nuevos obstáculos relacionados con este contexto.

Ahora bien, aunque diferentes entidades del Estado reconocieron la existencia de obstáculos en sus respuestas a los derechos de petición, las medidas adoptadas para garantizar el acceso efectivo a la IVE durante

este contexto no fueron suficientes ni adecuadas. Por un lado, las medidas descritas no estaban dirigidas a eliminar o mitigar las principales barreras reportadas por las entidades estatales, de modo que, aunque la mayoría de entidades públicas hizo referencia a las limitaciones impuestas en razón a la edad gestacional, muy pocas implementaron medidas para mitigar o eliminar esta barrera particular. Además, las EPS, encargadas de la prestación de este servicio esencial de salud, no adaptaron la modalidad de sus servicios, pues no tuvieron en cuenta las circunstancias especiales que se estaban dando en los territorios con ocasión a la pandemia (como restricciones a la movilidad o la sobrecarga del sistema de salud), ni las características de cada zona (como la presencia actores armados, o la baja presencia institucional). Por otro lado, las entidades territoriales, con funciones de control y vigilancia sobre el sistema de salud, no implementaron a cabalidad todas sus competencias al momento de hacer exigible el derecho a la IVE en los territorios.

Es preciso también señalar que, pese a que el Gobierno adoptó parte de los estándares internacionales sobre la garantía de la IVE en el contexto de pandemia, estos no fueron suficientes para eliminar las barreras y para garantizar el goce efectivo de este derecho. Lo anterior, en consideración a la baja implementación de los estándares por parte de las EPS, y a la restringida implementación de las funciones de orientación, regulación y control del sistema de salud por parte del Ministerio de Salud, así como de las competencias de control y vigilancia por parte de la Superintendencia de Salud y de los entes territoriales. A su vez, la adopción de dichos estándares no impactó como se esperaba la prestación de la IVE durante la emergencia sanitaria, pues su implementación no incluyó la adopción de medidas diferenciales que tuvieran en cuenta el impacto de la pandemia sobre las mujeres más vulnerables, por ejemplo, aquellas que habitan en zonas rurales con presencia de actores armados, aquellas que se encuentran en una situación migratoria irregular, aquellas que no cuentan con redes de apoyo ni recursos económicos, las que son jefas de hogar y aquellas que son víctimas de violencia basada en género. Y tampoco incluyó otras recomendaciones dadas por los organismos de derechos humanos y/o las autoridades sanitarias internacionales respecto al fortalecimiento de los canales de información sobre salud sexual y reproductiva en el marco de la pandemia y el avance hacia marcos más garantistas de la IVE (como la despenalización total).

Finalmente, de este ejercicio de veeduría ciudadana realizado a través del informe también se concluyó que las entidades estatales y las EPS en general no reportaron toda la información relacionada con el acceso a la IVE durante la emergencia sanitaria, generando así una barrera de acceso a la información que dificulta la exigibilidad de este derecho fundamental.

Recomendaciones:

Teniendo en cuenta las barreras identificadas en este informe, así como los estándares internacionales establecidos para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos durante la emergencia sanitaria, se presentan a continuación una serie de recomendaciones dirigidas al Estado, las EPS, IPS y la sociedad civil, con la finalidad de lograr la efectividad del derecho a la IVE en este contexto de covid-19:

- Que todas las entidades del Estado y los particulares con funciones públicas cumplan las obligaciones derivadas del marco legal que regula la prestación del servicio y la garantía del derecho a la IVE en este contexto, de modo que aseguren su acceso y brinden información clara a las mujeres y a la sociedad civil sobre los canales de comunicación y las rutas diseñadas para garantizar el servicio a la IVE durante la pandemia.
- Que el Gobierno, a través del Ministerio de Salud, adapte las rutas de atención en salud reproductiva específicas para este contexto, y que los prestadores de servicios de salud de todo el territorio nacional las conozcan y garanticen un servicio de calidad y en igualdad de oportunidades, según las situaciones particulares de las mujeres (geográficas y sociales) y las diferentes edades gestacionales²¹⁸.
- Que el Estado adopte todas las medidas necesarias para eliminar las barreras de acceso a la IVE en el contexto de la pandemia, y analice el impacto que tiene el delito de aborto en la persistencia y la profundización de estos obstáculos para la garantía de este derecho fundamental.

²¹⁸ La Mesa por La Vida y La Salud de las mujeres. (2020, 7 de febrero). Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en el contexto de pandemia por Covid-19. Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Inf-tecnico-Covid19-v8-1.pdf>

- Que el Gobierno, tanto a nivel nacional como territorial, garantice la puesta en marcha de medidas diferenciales para la mitigación de la pandemia, que respondan a las particularidades de los distintos grupos de mujeres (niñas, adolescentes, campesinas y migrantes) y reconozcan el aumento de las tareas de cuidado, la dificultad para acceder a herramientas virtuales, el recrudescimiento de las barreras de acceso para mujeres migrantes y el impacto económico de la pandemia.
- Que el Estado avance hacia la efectiva garantía de los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres, sin importar su estatus migratorio, implementando la normatividad vigente que establece que las mujeres migrantes tienen acceso a servicios relacionados con el embarazo, entre estos la IVE, como servicios de salud urgentes que deben ser garantizados independientemente de la situación migratoria²¹⁹, y que las entidades territoriales de los departamentos y municipios ubicados en la frontera con Venezuela, o que son receptores de migrantes, garanticen la oferta institucional necesaria para atender las demandas de atención del servicio de la IVE, especialmente durante el contexto de la emergencia sanitaria.
- Que las EPS e IPS incluyan un presupuesto para adelantar acciones que eviten la dilatación o negación de las atenciones de IVE, en tanto el tiempo juega un papel decisivo, y adopten una instancia específica para la mitigación y eliminación de barreras de acceso durante este contexto particular.
- Que los entes de control y vigilancia del sistema de salud, como la Superintendencia Nacional de Salud y los entes territoriales, vigilen y garanticen que el servicio de IVE cumpla con los términos establecidos por la Corte Constitucional y la normatividad vigente, y sea reconocido por las EPS e IPS como un servicio esencial que no puede ser suspendido o negado durante la emergencia sanitaria, y sancionen a las entidades de salud cuando eleven barreras que impidan el goce efectivo del derecho a la IVE²²⁰.
- Que el Gobierno impulse o consolide la telemedicina como una modalidad en la prestación del servicio para al acceso a un aborto legal y seguro en medio del confinamiento y del distanciamiento social, en el entendido de que es una oportunidad para que las mujeres de diferentes regiones puedan acceder a la IVE con la asesoría de personal médico especializado, contribuyendo así a la autonomía de las mujeres en este momento de crisis.
- Que el Ministerio de salud, en cumplimiento de la orden emitida por la Corte Constitucional en la Sentencia de Unificación SU-096 del 17 de octubre de 2018, emita una regulación única en la cual se garantice la interrupción voluntaria del embarazo en los casos despenalizados en la sentencia C-355 de 2006, aplicando y desarrollando las reglas extraídas de la jurisprudencia constitucional, y estableciendo las sanciones correspondientes frente a su incumplimiento.
- Que todas las entidades del Estado y los particulares con funciones públicas fortalezcan sus procesos y mecanismos de respuesta a las solicitudes de información presentadas por la sociedad civil respecto a la prestación de servicios esenciales o la garantía de derechos fundamentales como la IVE durante el contexto de la pandemia. En este sentido, que los entes de control y de defensa de los intereses públicos, como la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo, les hagan seguimiento a las solicitudes de información de la sociedad civil.
- Que la sociedad civil continúe recabando y difundiendo información necesaria para construir estrategias de incidencia nacional e internacional que logren el acceso a la IVE en todo el territorio y en condiciones de legalidad, seguridad y oportunidad en el marco de la emergencia sanitaria ocasionada por el covid-19.

²¹⁹ La Ley 100 de 1993 (art. 168), la Ley 715 del 2001 (art. 67), la Ley 1751 del 2015 (arts. 10 y 14) y el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud (art. 2.5.3.2.2) establecen que toda persona nacional o extranjera tiene derecho a recibir una atención en salud de urgencias si no se encuentra afiliada al Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud. Por otra parte, el Decreto 412 de 1992 (art. 3) del Ministerio de Salud y la Resolución 5269 de 2017 (art. 8.5) del Ministerio de Salud definen la atención de salud de urgencias. De acuerdo con el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (Resolución 3280 del 2018) del Ministerio de Salud, los servicios de salud relacionados con el embarazo, entre estos la IVE, y las atenciones de salud materna, se deben catalogar como de atención "urgente y prioritaria", lo que ha sido reiterado en la jurisprudencia constitucional (SU-677 del 2017).

²²⁰ La Mesa por La Vida y La Salud de las mujeres. (2020, 7 de febrero). Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en el contexto de pandemia por covid-19. Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org/wp-content/uploads/2020/07/Inf-tecnico-Covid19-v8-1.pdf>



Referencias bibliográficas y Anexos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- » Centro de Derechos Reproductivos. (2020). “CinCondiciones: Herramientas para defender la salud reproductiva en tiempos de covid-19”. Disponible en: https://cincondiciones.org/wp-content/uploads/2020/12/CinCondiciones-2020_covid-derechos-reproductivos.pdf
- » CEDAW. (2020). Guidance Note on CEDAW and COVID-19. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CEDAW/Statements/CEDAW_Guidance_note_COVID-19.docx
- » CIDH. (2020, 11 de abril). La CIDH hace un llamado a los Estados a incorporar la perspectiva de género en la respuesta a la pandemia del COVID-19 y a combatir la violencia sexual e intrafamiliar en este contexto. OAS. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/074.asp>
- » CIDH. (2020, 14 de septiembre). La CIDH exhorta a los Estados a garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres y niñas en el contexto de la pandemia del COVID-19. OEA. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/217.asp>
- » Comisión Interamericana de Mujeres. (2020). COVID-19 en la vida de las mujeres. Razones para reconocer los impactos diferenciados. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cim/docs/ArgumentarioCOVID19-ES.pdf>.
- » Congreso de la República. Ley 100 de 1993. “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”
- » Congreso de la República. Ley 1434 de 2011. “Por la cual se modifica y adiciona la Ley 5ª de 1992, se crea la Comisión Legal para la Equidad de la Mujer del Congreso de la República de Colombia y se dictan otras disposiciones”
- » Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (2011). Interim Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Highest Attainable Standard of Physical & Mental Health to the General Assembly, párr 19. UN Doc. A/66/254, 2011
- » Corte Constitucional. Sentencia T-946 de 2008. M.P: Jaime Córdoba Triviño.
- » Corte Constitucional. Sentencia SU-096 de 2018. Magistrado ponente: José Fernando Reyes Cuartas.
- » Corte Constitucional. Sentencia T-301 de 2016. M.P: Alejandro Linares Cantillo.
- » Corte Constitucional. Sentencia T-388 de 2009. M.P: Humberto Antonio Sierra Porto.
- » Corte Constitucional. Sentencia T-731 de 2016. M.P: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo
- » Corte Constitucional. Sentencia T-841 de 2011. M.P: Humberto Antonio Sierra Porto.

- » Corte Constitucional. Sentencia T-988 de 2007. M.P: Humberto Antonio Sierra Porto.
- » Endler, Beets, et al. (2019). Safety and acceptability of medical abortion through telemedicine after 9 weeks of gestation: a population-based cohort study. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- » Gerdtts et al. (2020). Effectiveness of self-managed medication abortion between 13 and 24 weeks gestation: A retrospective review of case records from accompaniment groups in Argentina, Chile, and Ecuador. *Contraception*. 2020 Aug;102(2):91-98. doi: 10.1016/j.contraception.2020.04.015. Epub 2020 Apr 30.
- » González Vélez, A. y Castro, L. (2017). Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (Colombia). Disponible en: https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wcontent/uploads/2019/02/12.Barreras_IVE_vf_WEB.pdf; Triviño, C., Martínez, J. y Falla, F. Migrantes venezolanas en Colombia: barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Fundación Oriéntame, Mujer Denuncia y Muévete, y Médicos del Mundo - Francia. (Colombia), 2019. <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2019/12/Libro-IVE-Migrantes.-VF.pdf>
- » González Vélez, A. y Jaramillo Sierra, I. (2021). La batalla por el derecho al aborto. El caso de la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Siglo del Hombre Editores. Universidad de los Andes. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
- » Grindlay, Lane, y Grossman. (2013) Women's and providers' experiences with medical abortion provided through telemedicine: a qualitative study. *Womens Health Issues*. Mar-Apr 2013;23(2):e117-22. doi: 10.1016/j.whi.2012.12.002. Epub 2013 Feb 12.
- » Grupo de Referencia sobre Género en Acción Humanitaria IASC. (2020). Alerta de Género para brote de COVID-19. Disponible en: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-04/IASC%20Interim%20Guidance%20on%20COVID-19%20-%20Gender%20Alert%20%28Spanish%29.pdf>
- » Guerrero, R., et. al. (2011). Sistema de Salud en Colombia. *Salud Pública de México* 53 (2), 144-155. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s144-s155/es>
- » Human Rights Watch, Colombia. (2020). Brutales Medidas de Grupos armados contra covid-19. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/news/2020/07/15/colombia-brutales-medidas-de-grupos-armados-contra-covid-19>
- » Interagency Working Group on Reproductive Health in Crises. (2020). Orientación programática para la salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios y frágiles durante la pandemia de la COVID-19. Disponible en: https://cdn.iawg.rygn.io/documents/Full-Programmatic-Guidance_SPANISH_EW.pdf?mtime=20200410210154&focal=none#asset:31426.
- » La Mesa por La Vida y La Salud de las mujeres. (2020, 7 de febrero). Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en el contexto de pandemia por Covid-19. Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Inf-tecnico-Covid19-v8-1.pdf>
- » Ministerio de Defensa Nacional. Decreto 4222 de 2006. “Por el cual se modifica parcialmente la estructura del Ministerio de Defensa Nacional.”
- » Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). “Plan de Respuesta del Sector Salud al fenómeno migratorio”. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>.
- » Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, 2 de agosto). Resolución 3280 de 2018. “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.” Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

- » Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia del covid-19 en Colombia [Primera versión el 1 de abril de 2020 y actualizado el 2 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS14.pdf>
- » Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por Sars-CoV-2 (covid-19). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS01.pdf>.
- » Ministerio de Salud y Protección Social. (2020).” Resolución nro. 536 de 2020, por la cual se dicta el Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (covid-19)”. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Documents/536%20Adopta%20Plan%20de%20accion%20par%20PSS%20durante%20las%20etapas%20de%20contencion%20y%20mitigacion%20pandemia%20SARS-CoV%20-Covid-19.pdf>
- » Ministerio de Salud y Protección Social. (2020, 1 de abril). “Orientaciones técnicas para abordar los efectos de la pandemia por covid-19 en la fecundidad”. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS25.pdf>
- » Ministerio de Salud y Protección Social. (2020, 29 de marzo).” Instituciones Prestadoras de Salud deben continuar con atención en salud sexual y reproductiva”. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Instituciones-Prestadoras-de-Salud-deben-continuar-con-atención-en-salud-sexual-y-reproductiva.aspx>
- » Ministerio de Salud y Protección Social. (2020, 6 de marzo). “Colombia confirma su primer caso de COVID-19 [Boletín de prensa número 50 de 2020]”. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-su-primer-caso-de-COVID-19.aspx>
- » Ministerio del Interior. (2020, 22 de marzo). Decreto 457 de 2020. “Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público”. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20457%20DEL%2022%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>
- » Ministerio del Interior. Decreto 2340 de 2015. “Por el cual se modifica el Decreto-ley 2893 de 2011.”
- » Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas. (2020, 15 de abril). Covid-19 and Women’s Human Rights: Guidance. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/COVID-19_and_Womens_Human_Rights.pdf.
- » Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas. (2020, 8 de abril). Directrices esenciales para incorporar la perspectiva de derechos humanos en la atención a la pandemia por COVID-19. Disponible en: https://acnudh.org/load/2020/04/V1.1_Directrices_ONU-DH_Covid19-y-Derechos-Humanos.pdf.
- » Oficina para la Coordinación de Asuntos humanitarios (OCHA). (2020, 28 de marzo). Global Humanitarian Response Plan. COVID-19. Abril a diciembre 2020. Disponible en: <https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Global-Humanitarian-Response-Plan-COVID-19.pdf>.
- » OMS. (2019). Directrices Unificadas sobre Intervenciones de Autoasistencia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Conexos. Resumen de orientación. WHO/RHR/19.14. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325722/WHO-RHR-19.14-spa.pdf?ua=1>
- » OMS. (2020). Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19, 29. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf Consultado el 19 de noviembre de 2020.

- » OMS. (2020, 13 de marzo). Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) en caso de sospecha de COVID-19. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331660/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-spa.pdf>
- » OMS. (2020, 15 de marzo). Coronavirus disease (COVID-19) and Sexual and Reproductive Health. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-SRH/en/>
- » OMS. (2020, 21 de abril). Addressing human rights as Key to the COVID-19 Response. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331811?locale-attribute=es&>.
- » Organización Panamericana de la Salud. (2020, abril). Promoción de la equidad en la salud, la igualdad étnica y de género, y los derechos humanos en la respuesta a la COVID-19: consideraciones clave. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52075/OPSEGCLECOVID190001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- » Presidencia de la República. (2020, 17 de marzo). Decreto 417 de 2020. “Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional.” Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20417%20DEL%2017%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>
- » Presidencia de la República. Decreto 1784 de 2019. “Por el cual se modifica la estructura del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.”
- » Profamilia. (2020, 17 de junio). “Entendiendo las experiencias y prácticas resilientes de adolescentes y jóvenes durante la pandemia del covid-19 en Colombia”.
- » Secretaría General de la ONU. (2020). Respuesta integral de las Naciones Unidas a la COVID-19: salvar vidas, proteger sociedades, recuperar mejor, 46. Disponible en: <https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un-comprehensive-response-to-covid-19.pdf>
- » Secretario general de las Naciones Unidas. (2020). COVID-19 and Human Rights. We all are in this together. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_on_human_rights_and_covid_23_april_2020.pdf.
- » Secretario general de las Naciones Unidas. (2020, 9 de abril). Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_on_covid_impact_on_women_9_apr_2020_updated.pdf
- » Superintendencia Nacional de Salud. (2013, 26 de abril). Circular externa nro. 003. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/circular_supersalud_0003_2013.htm
- » UNFPA. (2020, 23 de marzo). La igualdad de género y los esfuerzos para hacer frente a la violencia de género (VG) y la prevención, protección y respuesta a la enfermedad del coronavirus (COVID-19). Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID19-TechBrief-GBV-23Mar20.pdf>
- » UNICEF. (2020). Moving Beyond the numbers: What the COVID-19 pandemic means for the safety of women and girls, 8. Disponible en: https://aa9276f9-f487-45a2-a3e7-8f4a61a0745d.usrfiles.com/ugd/aa9276_0b3161f4941049e4a740ef8586c96c15.pdf

ANEXO I: Comparación atenciones IVE en 2019 y 2020 - Fundación Oriéntame.

Categoría	Marzo – diciembre 2019 N=8261 n (%)	Marzo – diciembre 2020 N=7227 n (%)	p-valor ^{†1}
País de procedencia			
Colombia	7708 (93)	6397 (89)	0.000***
Venezuela	460 (6)	770 (11)	0.000***
Brasil	29 (0)	9 (0)	0.006**
Otros	58 (1)	47 (1)	0.768
Región de procedencia de mujeres colombianas^{†*}			
Antioquia	178 (2)	292 (4)	0.000***
Bogotá	4277 (52)	3402 (47)	0.006**
Región Caribe	417 (5)	349 (5)	0.911
Región Central	904 (11)	859 (12)	0.003**
Región Oriental	1264 (15)	1102 (15)	0.197
Región Orinoquía y Amazónica	103 (1)	80 (1)	0.708
Región Pacífica	88 (1)	110 (2)	0.004**
Valle del Cauca	125 (2)	154 (2)	0.001**
Ocupación			
Trabajo [‡]	4117 (50)	3582 (50)	0.487
Búsqueda de trabajo	622 (8)	721 (10)	0.000***
Estudio	2564 (31)	1970 (27)	0.000***
Hogar	600 (7)	643 (9)	0.000***
Cesante	191 (2)	224 (3)	0.003
Otro	79 (1)	53 (1)	0.138
Fuente financiadora de IVE			
POS	2262 (27)	1768 (24)	0.000***
Particular	5583 (68)	4210 (58)	0.000***
Subsidios	416 (5)	1249 (17)	0.000***
Edad gestacional			
9 semanas o menos	6768 (82)	6148 (85)	0.000***
10 a 14 semanas	1159 (14)	773 (11)	0.000***
15 a 22 semanas	334 (4)	304 (4)	0.627
23 semanas o más	0 (0)	2 (0)	0.218
Tipo de atención			
Presencial	8261 (100)	6548 (91)	0.000***
Telemedicina	0 (0)	540 (7)	—
Tele-experticia	0 (0)	139 (2)	—
Promedio de edad (DE)	26 (7)	27 (6)	0.002**

Fuente: Elaboración propia

‡ Los p-valores fueron generados a través de la prueba T de Student para variables con distribuciones normales y con la prueba de chi-cuadrado para variables cualitativas.

** Indica p<0.05

*** Indica p<0.01

† Región de procedencia: Bogotá: Bogotá. Antioquia: Antioquia. Valle del Cauca: Valle del Cauca. Región Pacífica: Nariño, Cauca, Chocó. Región Caribe: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Sucre, San Andrés y Providencia. Región Central: Tolima, Huila, Caquetá, Caldas, Quindío y Risaralda. Región Oriental: Boyacá, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander y Santander. Región Orinoquía y Amazónica: Arauca, Casanare, Amazonas, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vichada y Vaupés

‡ Incluye trabajo por temporadas

• Los porcentajes no suman 100 debido a que varias mujeres no procedían de Colombia y, en algunos datos, no había información sobre su procedencia

1) p-valor significa punto porcentual, que es la unidad para la diferencia aritmética entre dos porcentajes.

BARRERAS DE ACCESO

A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres es un colectivo feminista de organizaciones y personas que desde 1998 trabaja por la eliminación de la discriminación y la defensa de los derechos de las mujeres en Colombia, especialmente del derecho a la libre opción a la maternidad y la despenalización total del aborto, a través del activismo y la generación de conocimiento, aportando a la construcción de la democracia.

La Fundación Oriéntame es una organización sin ánimo de lucro prestadora de servicios de salud sexual y reproductiva, dentro de los que se incluye el aborto contemplado en las tres causales despenalizadas. Además de ello, Oriéntame realiza programas de desarrollo social, capacitación, educación e investigación.

Women's Link Worldwide es una organización internacional de derechos humanos que promueve la implementación de los derechos de las mujeres y niñas, especialmente de aquellas que enfrentan múltiples inequidades. Busca que todos los derechos en salud sexual y reproductiva que necesitan las mujeres a lo largo de su vida, como el aborto, la maternidad segura y libremente elegida, la educación e información sexual, el acceso a anticonceptivos y los métodos de reproducción asistida, entre otros, sean garantizados sin ningún tipo de discriminación.

La Red Nacional de Mujeres es una alianza de organizaciones en 16 nodos del país que desde 1991 ha promovido el reconocimiento de los derechos de las mujeres, en especial el de los derechos sexuales y reproductivos, como derechos fundamentales para el desarrollo de la vida de las mujeres.

El Centro de Derechos Reproductivo es una organización global que utiliza herramientas legales para promover la autonomía reproductiva como un derecho humano fundamental que todos los Estados están legalmente obligados a proteger, respetar y garantizar.



women's **LINK** worldwide

CENTRO de
DERECHOS
REPRODUCTIVOS

