



Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas

Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (MSPS)

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
*Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios*

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor Dirección de Promoción y Prevención

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ
Consultora Salud Materna

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)

TANIA PATRIOTA
Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG
Representante auxiliar

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva

EQUIPO TÉCNICO CONVENIO DE COOPERACIÓN 036 DE 2012 MSPS/UNFPA

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
*Asesor Dirección de Promoción y Prevención,
Ministerio de Salud y Protección Social*

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ
*Consultora Salud Materna, Ministerio
de Salud y Protección Social*

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
*Consultora de la Línea de Salud
Materna, Convenio 036*

COMITÉ EDITORIAL CONVENIO DE COOPERACIÓN 036 DE 2012 MSPS/UNFPA

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
*Consultora de la Línea de Salud
Materna, Convenio 036*

LUZ YAMILETH ORTIZ RAMÍREZ
*Consultora de Gestión del Conocimiento,
Monitoreo y Evaluación, Convenio 036*

GEMA GRANADOS HIDALGO
Asesora de Comunicaciones, UNFPA

ANGÉLICA OLIS DEVIA
Asistente administrativa, Convenio 036

ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA (PROFAMILIA)

MARTA ROYO RUIZ
Directora Ejecutiva

JUAN CARLOS VARGAS RUGELES
Gerente de Investigaciones

CLAUDIA GÓMEZ LÓPEZ
Directora de Investigaciones

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

CLAUDIA GÓMEZ LÓPEZ
Coordinación General - Investigadora

MARCELA SÁNCHEZ LARA
Investigadora Principal

ÁNGELA MARÍA ROJAS MARTÍNEZ
Investigadora Senior

SILVIA HEILBUT GUILLÉN
Investigadora Junior

ANGÉLICA BARRERA BOLÍVAR
Investigadora Junior

LAURA PACHECO CASTAÑEDA
Investigadora Junior

MARCELA SÁNCHEZ MOLANO
Procesamiento de la información

ROCÍO MURAD RIVERA
Apoyo estadístico

HÉCTOR PARRA TÉLLEZ
Digitador

REVISIÓN TÉCNICA

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ
*Consultora Salud Materna, Ministerio
de Salud y Protección Social*

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
*Consultora de la Línea de Salud
Materna, Convenio 036*

ISBN: 978-958-873-575-7

“Determinantes del Aborto Inseguro y Barreras
de Acceso para la Atención de la Interrupción
Voluntaria del Embarazo en Mujeres
Colombianas”

© Ministerio de Salud y Protección Social
© Fondo de Población de las Naciones Unidas
(UNFPA)

Corrección de estilo: Sarah Nieto Méndez

Diseño y diagramación: Alejandro Medina

Impresión:

Año: 2014

Ciudad: Bogotá D.C.

Queda prohibida la reproducción parcial o total
de este documento por cualquier medio escrito
o virtual, sin previa autorización del Ministerio
de Salud y Protección Social.

Contenido

Presentación	11
Introducción	12

PARTE I

Marco conceptual y metodológico

1. Marco conceptual	17
1.1. Conceptos básicos relacionados con el aborto	17
1.1.1. Criterios para establecer si un aborto se produce o no en condiciones de riesgo para la vida y/o salud de la mujer	20
2. Antecedentes	25
2.1. Interrupción del Embarazo (IE) en Colombia	25
2.1.1. Mortalidad materna y aborto inseguro	27
2.2. Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Colombia. La Sentencia C-355 de 2006	30
2.2.1. Desarrollos jurisprudenciales a partir de la C-355, en las Sentencias de tutela en materia de IVE posteriores al 2006	32
2.2.2. Otros actos administrativos para garantizar el derecho a la IVE.	36
3. Determinantes del aborto inseguro	40
3.1. ¿Qué es un determinante?	40
3.2. ¿Cómo se han medido los determinantes del aborto inseguro?	41
3.3. ¿Qué tipo de determinantes se han estudiado?	41

4. Metodología	49
4.1. Objetivo general	49
4.2. Objetivos específicos	49
4.3. Tipo de estudio	50
4.4. Método de investigación	51
4.5. Población objetivo	53
4.6. Alcance del estudio	53
4.2. Instrumento de investigación	55
4.2.1. Diseño de la guía de entrevista, instructivo y consentimiento informado	55
4.3. Código de Ética	58
4.4. Recolección de la información	59
4.4.1. Contacto con las participantes	59
4.4.2. Entrevista a las participantes	61
4.5. Sistematización y análisis de la información	62
4.5.1. Análisis de la información cuantitativa	62
4.5.2. Índice: Nivel de seguridad de la IE y la IVE	63
4.5.3. Análisis de la información cualitativa	68

PARTE II

Hallazgos y discusión sobre los determinantes del aborto inseguro y el acceso a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo

1. Características sociodemográficas actuales de las mujeres entrevistadas	72
2. Características sociodemográficas en el momento de la interrupción del embarazo	77
3. Antecedentes próximos a la interrupción del embarazo	81
3.1. Historia personal	81
3.1.1. Referencias a diferentes tipos de violencias	82
3.2. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos	85

3.3. Antecedentes reproductivos	94
3.4. Antecedentes sobre prueba de embarazo y acceso	95
3.5. Antecedentes sobre red de apoyo	96
3.5.1. La pareja como red de apoyo	99
3.5.2. Los padres como red de apoyo	102
3.6. Proceso de toma de decisión previo a la interrupción del embarazo	105
4. Razones para interrumpir un embarazo y opciones diferentes	110
4.1. Razones para interrumpir el embarazo	110
4.2. Otras opciones	118
5. Factores de proceso	121
5.1. Acceso a la información sobre la prestación del servicio.	121
5.1.1. Información sobre el proveedor del servicio	121
5.1.2. Orientación sobre el procedimiento	126
5.2. Tipo de procedimiento	130
5.2.1. Procedimiento casero	130
5.2.2. Procedimiento por un prestador de Servicios Privado	136
5.2.3. Procedimiento por un prestador de Servicios Público	147
5.3. Anticoncepción posterior al procedimiento de interrupción del embarazo	155
5.4. Atención post procedimiento	159
5.4.1. Contacto con el prestador del servicio	159
5.4.2. Control médico	160
6. Barreras de acceso	165
6.1. Barreras y dificultades por tipo de procedimiento	166
6.1.1. Barreras de acceso a la IVE	166
6.1.2. Dificultades en el acceso a la Interrupción del Embarazo	171
6.2. Barreras por desconocimiento de la Sentencia	174
7. Factores posteriores a la IE e IVE	179
7.1. Factores emocionales posteriores a la interrupción del embarazo	179
7.1.1. Juicio social	183
7.2. Imaginarios y creencias sobre la Interrupción del embarazo	185
7.2.1. Creencias acerca del aborto antes de realizar la interrupción del embarazo	186
7.2.2. Creencias acerca del aborto después de realizar la interrupción del embarazo	187
7.2.3. Creencias respecto a la autonomía de la mujer para decidir interrumpir un embarazo	188

7.2.4. Cómo asumir una experiencia de interrupción del embarazo	192
7.2.5. Otras mujeres que han realizado interrupciones del embarazo	194
7.2.6. Posibilidad de decidir interrumpir un embarazo en el futuro	195
7.3. Recomendaciones de las mujeres participantes	197
8. Índice: nivel de seguridad de la IE y la IVE	201

PARTE III

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones y recomendaciones	212
1.1. Conclusiones y recomendaciones generales	213
Recomendaciones	214
1.2. Conclusiones de acuerdo a los criterios de Aborto Sin Riesgo	215
1.2.1. Marco Normativo	215
Recomendaciones	216
1.2.2. Voluntariedad y Autonomía en la toma de decisión	217
Recomendaciones	218
1.2.3. Acceso a la información	219
Recomendaciones	221
1.2.4. Acceso a servicios de salud	222
Recomendaciones	224
1.2.5. Mejores técnicas y prácticas	225
Recomendaciones	226
1.2.6. Acceso a profesional médico capacitado y a recintos que cuenten con todos los estándares higiénicos y técnicos para la prestación de los servicios en condiciones óptimas.	227
Recomendaciones	228
1.2.7. Confidencialidad y privacidad	228
Recomendaciones	229
1.2.8. Atención postaborto	230
Recomendaciones	231
1.2.9. Protección de las personas con algún tipo de vulnerabilidad	231
Recomendaciones	233
Recomendaciones	235
Bibliografía	238
Anexos	244

Índice de gráficas

Gráfica 1.	Distribución de los casos de interrupción del embarazo por región	77
Gráfica 2.	¿Alguna vez ha sido obligada a tener una relación sexual?	84
Gráfica 3.	¿Cuándo interrumpió el embarazo, había recibido información sobre salud sexual y reproductiva?	85
Gráfica 4.	¿Al momento de tener su primera relación sexual tenía algún conocimiento sobre métodos anticonceptivos?	87
Gráfica 5.	¿Al momento de tener su primera relación sexual usó algún método anticonceptivo?	89
Gráfica 6.	¿Cuándo interrumpió el embarazo, estaba utilizando algún método anticonceptivo?	90
Gráfica 7.	¿A quién le contaron las mujeres sobre el embarazo?	98
Gráfica 8.	¿Lo que le dijeron, influyó en la decisión?	110
Gráfica 9.	Casos de IE e IVE por región	110
Gráfica 10.	¿Valoró una opción diferente a la interrupción?	118
Gráfica 11.	¿Fue fácil obtener información sobre donde hacerse el procedimiento?	122
Gráfica 12.	¿Le dieron orientación sobre el procedimiento?	126
Gráfica 13.	¿Dónde se hizo el procedimiento?	130
Gráfica 14.	Procedimientos Caseros antes de la sentencia (AS) y después de la Sentencia (DS)	131
Gráfica 15.	Complicaciones posteriores derivadas del procedimiento	134
Gráfica 16.	Procedimientos realizados por un prestador de servicios privado	137
Gráfica 17.	¿Le explicaron en qué consistía el procedimiento?	138
Gráfica 18.	% IVEs con consentimiento	139
Gráfica 19.	% IEs con consentimiento	139
Gráfica 20.	Tipo de procedimiento realizado IVE	140
Gráfica 21.	Tipo de procedimiento realizado IE	140
Gráfica 22.	Complicaciones posteriores derivadas del procedimiento	144
Gráfica 23.	Procedimientos realizados por un prestador de servicios público	147
Gráfica 24.	¿Le explicaron en qué consistía el procedimiento?	148
Gráfica 25.	Tipo de procedimiento realizado	150
Gráfica 26.	Complicaciones posteriores derivadas del procedimiento	153
Gráfica 27.	Porcentaje de mujeres que recibieron consejería posterior a una IVE	155
Gráfica 28.	Porcentaje de mujeres que recibieron consejería posterior a una IE	155
Gráfica 29.	¿Adoptó algún método anticonceptivo después de la interrupción?	156

Gráfica 30. Porcentaje de mujeres a las que les hicieron control médico después del procedimiento	161
Gráfica 31. ¿Encontró alguna dificultad para interrumpir el embarazo?	165
Gráfica 32. Porcentaje de casos en los que las mujeres SI encontraron algún tipo de barrera o dificultad, por tipo de procedimiento	166
Gráfica 33. Porcentaje de casos en los que se solicitaron documentos adicionales para la interrupción por parte del proveedor de servicios privado.	169
Gráfica 34. Porcentaje de casos en los que se solicitaron documentos adicionales para la interrupción por parte del proveedor de servicios público.	170
Gráfica 35. Porcentaje de mujeres que manifestaron conocer la Sentencia por región	174
Gráfica 36. Porcentaje de mujeres que manifestaron conocer la Sentencia por tipo de procedimiento	176
Gráfica 37. ¿Alguien la juzgó? Distribución por región	183
Gráfica 38. ¿Alguien la juzgó? Distribución por prestador de servicio	184
Gráfica 39. ¿Cree que la decisión de interrumpir un embarazo, es un derecho que como mujer le corresponde?	189
Gráfica 40. ¿Conoce otras mujeres que se hayan realizado un aborto?	194
Gráfica 41. ¿Volvería a interrumpir un embarazo?, según región	195
Gráfica 42. ¿Volvería a interrumpir un embarazo?, según prestador de servicios	197
Gráfica 43. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto	203
Gráfica 44. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto según región en la que tuvo lugar el procedimiento	204
Gráfica 45. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto según etnia	205
Gráfica 46. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto según nivel educativo aprobado en el momento del procedimiento	206
Gráfica 47. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto según actividad económica en el momento del procedimiento	207
Gráfica 48. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto según vivencia en pareja en el momento del procedimiento	207
Gráfica 49. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto según la tenencia de hijos en el momento del procedimiento	208
Gráfica 50. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto según información recibida sobre salud sexual y reproductiva antes del procedimiento	209
Gráfica 51. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto según uso del método anticonceptivo en el momento del procedimiento	209
Gráfica 52. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto según conocimiento de la sentencia C-355 de 2006	210

Índice de tablas

Tabla 1. Intención Reproductiva 1990 – 2010	30
Tabla 2. Estudios revisados en la investigación 2001 - 2013	43
Tabla 3. Regiones, Departamentos y Municipios	58
Tabla 4. Síntesis de la construcción del índice del nivel de seguridad de la interrupción del embarazo	70
Tabla 5. Categorías y subcategorías de análisis	73
Tabla 6. Número y porcentaje de mujeres entrevistadas por región	76
Tabla 7. Número y porcentaje de mujeres entrevistadas por municipio	77
Tabla 8. Características socio demográficas ACTUALES de las mujeres entrevistadas	78
Tabla 9. Pertenencia a alguna religión	80
Tabla 10. Pertenencia étnica	80
Tabla 11. Nivel educativo de las participantes	82
Tabla 12. Pareja en el momento de la interrupción	83
Tabla 13. Información recibida sobre SSR	90
Tabla 14. ¿Qué métodos conocía?	92
Tabla 15. ¿Qué método utilizó en su 1ra relación sexual?	93
Tabla 16. ¿Qué métodos utilizó cuando interrumpió el embarazo?	95
Tabla 17. Razones por las cuales las mujeres interrumpen un embarazo (IE)	111
Tabla 18. Razones por las cuales las mujeres interrumpen un embarazo (IVE) – Causales Sentencia C-355-06	120
Tabla 19. ¿A dónde fue? ¿A quién acudió?	126
Tabla 20. Calificación del nivel de seguridad del aborto	206

Presentación

A través de las historias de vida de las mujeres, este estudio identifica y describe los factores que anteceden una interrupción del embarazo, los factores del proceso y las barreras de acceso; así como los factores posteriores a una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el marco de la Sentencia C- 355 de 2006 de la Corte Constitucional colombiana, o de las interrupciones del embarazo por fuera de este marco — Interrupción del Embarazo (IE)—.

En este documento los lectores encontrarán, en primera instancia, la descripción de las características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas, sus conocimientos y prácticas en salud sexual y salud reproductiva en el momento de la interrupción del embarazo, y la red de apoyo con la que contaron para acceder al procedimiento de aborto. A continuación se presentan los resultados de los factores de proceso, las barreras y los factores posteriores, para luego determinar la seguridad de las 91 interrupciones notificadas por las 73 mujeres entrevistadas, a partir de la aplicación del Índice del Nivel de Seguridad de la **IE/IVE**, para el cual se establecieron nueve criterios.

Al final, y en relación con los hallazgos, se exponen las conclusiones y recomendaciones de los investigadores tendientes al fortalecimiento de los servicios de salud para el ejercicio del derecho a la IVE y para la reducción de los casos de morbi-mortalidad materna que se presentan en el país.

Introducción

Se estima que a nivel mundial de los 210 millones de embarazos anuales, 80 millones son no planeados, de los cuales, 46 millones —es decir, el 58%— terminan interrumpiéndose. De estos, 19 millones se producen en países donde el aborto es ilegal, lo que lleva a las mujeres a recurrir a practicar abortos inseguros que ponen en riesgo su vida y su salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) anualmente 67.000 mujeres mueren por abortos mal practicados, lo que equivale al 13% de la mortalidad materna. En América Latina, el aborto inseguro es el responsable del 17% de las muertes maternas (OMS, 2000). De acuerdo con la OMS, los avances médicos y de las tecnologías seguras y eficaces, y la capacidad para realizar abortos inducidos en particular, podrían eliminar en su totalidad los abortos inseguros y las muertes relacionadas, siempre y cuando exista un acceso universal a estos servicios (OMS, 2012).

Según la OMS (2012), el aborto inseguro está relacionado con el embarazo no deseado y las dificultades en el acceso a la prestación de los servicios de salud. Adicionalmente, hay otras motivaciones que están relacionadas con las representaciones sociales sobre el aborto.

Según Hessini Kumar y Ellen Mitchell (2009) las representaciones sociales sobre el aborto, o el estigma no son naturales ni esenciales, son producto de las disparidades de poder y se manifiestan en los discursos médicos, mediáticos y populares que se replican a través de las personas, las instituciones y las actuaciones del Estado. En general dichas representaciones están ligadas a dos conceptos: pecado e ilegalidad (Universidad Externado de Colombia, 1994); lo que crea barreras para el acceso para las mujeres a abortos seguros, legales y a costos asequibles (Billings y otros, 2010).

Para establecer los factores que determinan que una mujer se practique un aborto en condiciones inseguras, se hizo uso de los registros sobre abortos en curso atendidos por el sistema de salud, se estimó el porcentaje de mujeres que declararon no haber planeado ni deseado el embarazo, y se indagó por los imaginarios que influyen en las decisiones de las mujeres y de las barreras enfrentadas para acceder a una interrupción del embarazo legal y seguro.

Si bien hay estudios que dan luces sobre la situación que enfrentan las mujeres que deciden abortar —y la jurisprudencia de la Corte Constitucional Colombiana, en Sentencia C-355 de 2006 ha insistido en el derecho de las mujeres a una interrupción voluntaria del embarazo según las causales establecidas (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006)—, no se ha ahondado en la identificación y análisis de factores determinantes que se relacionan con la práctica del aborto inseguro; ni en la identificación y análisis de las barreras de acceso para la atención de la IVE desde la perspectiva de las mujeres.

Por ello, el presente estudio exploratorio, cualitativo y descriptivo, busca obtener información sobre la práctica del aborto inseguro y de la IVE por medio del testimonio de mujeres, para la formulación de recomendaciones para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y otros sectores relacionados, que permitan reducir la morbi-mortalidad materna y fortalecer el acceso a los servicios de salud para la garantía del derecho a la IVE.

La primera parte está dedicada a la conceptualización del aborto inseguro. En primer lugar se recopilan todas las definiciones propuestas por la OMS, y luego, se presenta la definición adoptada por este estudio, la cual, a partir de nueve criterios, permite establecer si una interrupción del embarazo se produce o no en condiciones de riesgo para la vida y/o la salud de la mujer. Asimismo el estudio da cuenta del diseño metodológico de la investigación.

Si bien se presenta información cualitativa y cuantitativa, la metodología adoptada fue la teoría fundamentada, puesto que esta permite categorizar y ordenar la información obtenida de los relatos de las mujeres que se practicaron una IE, interrupción del embarazo, que son la fuente constitutiva de la investigación.

Además se hace una breve reseña sobre el marco legal vigente en Colombia respecto a la IVE, como también, de otras investigaciones que han estudiado los determinantes del aborto y de las técnicas para estimar el número de abortos inseguros que se producen en el país.

En el segundo apartado se describen los resultados. Para comenzar se describen las características sociodemográficas actuales de las 73 mujeres que aceptaron ser entrevistadas, para luego hacer referencia a sus características en el momento de interrumpir el embarazo. En seguida, se consignan los hallazgos sobre los antecedentes próximos, siendo de especial interés las motivaciones que expresan las mujeres para interrumpir los embarazos, así como la red de apoyo con la que contaron en el momento de interrumpirlos y las condiciones en las que tomaron la decisión.

En el documento los relatos se presentan de tal forma que el lector puede establecer cuáles fueron las fuentes de información a las que acudieron las mujeres para identificar un prestador de servicios de salud —en los casos en los que acudieron a un proveedor—, también se da cuenta de las historias de las mujeres que se provocaron solas el aborto.

“En el documento los relatos se presentan de tal forma que el lector puede establecer cuáles fueron las fuentes de información a las que acudieron las mujeres para identificar un prestador de servicios de salud —en los casos en los que acudieron a un proveedor—, también se da cuenta de las historias de las mujeres que se provocaron solas el aborto”.

De los relatos de las mujeres se priorizó la información sobre las condiciones en las que se lleva a cabo el procedimiento, con el fin de establecer si se este se produjo de forma voluntaria y autónoma; si el prestador de servicios de salud —público o privado— le proporcionó información suficiente sobre el procedimiento, las posibles complicaciones y los cuidados post-procedimiento y, además, información sobre anticoncepción. También se indagó por las técnicas y por el trato por parte del personal de salud y por el derecho a la privacidad.

Para terminar, se incluye información sobre los imaginarios relacionados con el al aborto antes y después de la interrupción del embarazo, y sobre el conocimiento de la Sentencia C-355 de 2006. El capítulo de hallazgos cierra con la aplicación del índice, el cual, a partir de la conjunción de los nueve criterios adoptados, junto con otras variables socio-demográficas, permite establecer el nivel de seguridad con el que se

realizaron las 91 interrupciones del embarazo reportadas por las mujeres entrevistadas.

Este índice es una propuesta de Profamilia desarrollada en el marco de la presente investigación, se concibe desde la perspectiva de derechos e incorpora aspectos clave de la atención humanizada con el fin de determinar si la atención de un evento en salud, como lo es la interrupción del embarazo, se hace sin que se ponga en riesgo la vida o la salud de la paciente, en especial, para establecer si a lo largo de la atención se garantizaron los derechos de la mujer.

En el tercer apartado se presentan las conclusiones y recomendaciones para la reducción del aborto inseguro y el acceso a los servicios de IVE, de acuerdo con los nueve criterios establecidos para determinar si un aborto se realiza o no en condiciones de riesgo para la vida y/o la salud de las mujeres. Las recomendaciones son tanto para las entidades que componen el SGSSS, como para otros sectores, en particular, el sector educativo.

Contar con los relatos de mujeres que se hicieron procedimientos en el marco de la Sentencia C-355/06 y por fuera de las causales despenalizadas, permite un ejercicio comparado de vital importancia para el fortalecimiento de los servicios de IVE, así como para la reducción de la morbi-mortalidad materna.

En segundo lugar, contar con información cualitativa acompañada de información cuantitativa, permite caracterizar el fenómeno del aborto inseguro, pero también, dar cuenta de causalidades y relaciones a partir de los relatos de vida de las mujeres entrevistadas.

Otro aporte es la propuesta de un índice de seguridad desde la perspectiva de derechos y, finalmente, el diseño metodológico implementado, el cual muestra los retos a los que se enfrentan los equipos de investigación que trabajan el tema de aborto inseguro. Por último vale la pena destacar los mecanismos implementados durante el operativo de campo, así como el código de ética y salvaguarda de la información.

PARTE

I

Marco conceptual y metodológico

1. Marco conceptual

1.1. Conceptos básicos relacionados con el aborto

Para comprender mejor el fenómeno del aborto inseguro es importante empezar por definir los conceptos básicos generales. A continuación se definen cada uno de los elementos relacionados teniendo como referencia las definiciones de la OMS (1995 y 2003), así como los criterios adoptados para el presente estudio que definen si un aborto se produce o no en condiciones de riesgo para la vida o la salud de mujer.

El aborto se entiende como la interrupción del embarazo. Dicha interrupción puede ser espontánea o inducida (OMS, 1995). Hay dos tipos de aborto: el **aborto espontáneo** que se refiere a la interrupción del embarazo sin que medie alguna intervención o maniobra abortiva, sus causas a menudo se relacionan con problemas genéticos del feto, o con trastornos hormonales, médicos o psicológicos de la mujer (OMS, 2003); por su parte, el **aborto inducido**, se refiere a la interrupción del embarazo por medio de una intervención deliberada (OMS, 1995).

Tanto el aborto inducido como el espontáneo, se asocian con una serie de problemas sociales y personales, pero el aborto inducido tiene profundas implicaciones médicas, culturales, religiosas, éticas, políticas y psicológicas (Faúndes y Barzelatto, 2007).

Ahora bien, dentro de las técnicas para interrumpir el aborto se encuentra el **aborto farmacológico** o métodos médicos de aborto, los cuales hacen referencia al aborto no quirúrgico. Entre los fármacos utilizados para finalizar el embarazo se encuentran el uso de mifepristona y misoprostol.

La segunda técnica es el **aborto quirúrgico** que hace referencia a la utilización de procedimientos trans-cervicales para finalizar un embarazo, entre los cuales se incluye la aspiración de vacío y la dilatación y evacuación (OMS, 2012). Para la realización del aborto quirúrgico existen dos técnicas:

(i) La **aspiración manual endouterina** (AMEU), es también conocida como aborto por succión, curetaje por vacío, curetaje por succión, regulación menstrual o mini-succión. Es un método mediante el cual el contenido del útero es extraído a través de una cánula —un tubo estrecho— de metal conectada a una fuente de vacío.

Y la **aspiración con bomba eléctrica** (AEU), es un procedimiento que se basa en el mismo principio del AMEU, pero el vacío se genera a través de una bomba eléctrica para asegurar la evacuación completa del contenido del útero.

(ii) La **dilatación y evacuación** (DyE), se trata de dos procedimientos que se deben realizar para lograr el objetivo. El primero, consta de la dilatación del cuello del útero con el ánimo de poder pasar el instrumento de evacuación; una vez el orificio cervical está lo suficientemente dilatado como para permitir el paso del instrumento de evacuación se realiza el segundo procedimiento, en donde el instrumento pasa haciendo un movimiento de “raspado” de la cavidad endometrial para poder evacuar los productos. Este es el método recomendado para el aborto quirúrgico después de las primeras 12 a 14 semanas de embarazo. Es la técnica más segura y más eficaz para realizar un aborto después de ese plazo cuando hay personal calificado y experimentado.

Teniendo en cuenta el marco normativo que regula el aborto en cada país, se entiende como **aborto ilegal** cuando, la terminación o el intento de terminación de un embarazo, está prohibido por la ley (para efectos de la presente investigación este tipo de aborto se enunciará como **Interrupción del Embarazo (IE)**).

Si bien, en general, el aborto ilegal es inseguro, ya sea porque se realiza en secreto y por personas que carecen de la idoneidad necesaria o en un ambiente que no tiene los estándares mínimos para que la práctica sea segura, este no siempre es el caso.

Así, por ejemplo, muchos abortos seguros se hacen en países donde el aborto es ilegal. Del mismo modo, no todos los abortos legales son seguros.



De acuerdo con la OMS, en casi todos los países desarrollados los abortos seguros se ofrecen en forma legal y para la mayor parte de las mujeres es posible disponer y acceder fácilmente a los servicios en general (ONU, 2012)”.

En algunos de los países que han liberalizado la legislación sobre aborto, el sistema de salud no ha sido adecuado para atender el volumen de casos (Cook, Dickens y Fathalla, 2003), ni se ha capacitado al personal médico sobre las técnicas adecuadas según cada caso.

De otra parte, a pesar de las prohibiciones legales, muchas mujeres que viven en países con legislaciones restrictivas solicitan abortos. Como consecuencia estos se producen en clínicas clandestinas, sin condiciones higiénicas suficientes y sin el personal preparado para proveer el servicio de aborto seguro que proteja la vida de la mujer.

De acuerdo con la OMS, en casi todos los países desarrollados los abortos seguros se ofrecen en forma legal y para la mayor parte de las mujeres es posible disponer y acceder fácilmente a los servicios en general (ONU, 2012).

En los países donde el aborto legal está restringido—es decir que a pesar de que es legal, el sistema de salud no provee el servicio, o este se dificulta o existen barreras de acceso al mismo—, el aborto inseguro constituye un problema de salud pública grave, no solo por la magnitud de la ocurrencia sino por sus repercusiones en la salud de las mujeres y en la mortalidad materna. En estos contextos, los abortos que cumplen con los requisitos de seguridad se convierten en el privilegio de las mujeres con mayores recursos económicos, mientras que, las mujeres de escasos recursos no tienen otra opción que la de acudir a personas no capacitadas en lugares no seguros, que pueden provocar secuelas y, hasta la muerte (ONU, 2012).

Por su parte, el **aborto legal** se refiere a la interrupción del embarazo dentro del marco normativo que rige a cada país. En el caso de Colombia el aborto legal es un derecho fundamental reconocido por la Corte Constitucional Colombiana desde el año 2006¹. Para el presente informe se entenderá por **IVE** la Interrupción Voluntaria del Embarazo en los casos despenalizados por la Sentencia C-355-06 y en el siguiente capítulo, se

¹ El aborto legal como derecho fundamental está referido también en la Sentencia T-585 de 2010. M.P. Humberto Sierra Porto.

amplía el marco normativo del aborto en Colombia (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006).

En los lugares donde las leyes y las políticas permiten realizar un aborto en condiciones de seguridad para las mujeres, es decir, por un proveedor calificado, y con métodos modernos, la incidencia y las complicaciones de un aborto inseguro se reduce a un mínimo, como lo ha reconocido la OMS.

De otro lado, aunque gran parte de los abortos inseguros son ilegales y la seguridad está estrechamente relacionada con la legalidad del aborto, el aborto inseguro y el aborto ilegal no son lo mismo. Cualquiera de los tipos de aborto mencionados puede ocurrir tanto en recintos médicos, siguiendo las normas de salud pública y en condiciones seguras, como en recintos no seguros, fuera del sistema médico y en condiciones inseguras. Así las cosas, es necesaria la distinción entre “aborto seguro” y “aborto inseguro”, independientemente de que se trate de abortos legales o por fuera del marco constitucional establecido.

1.1.1. Criterios para establecer si un aborto se produce o no en condiciones de riesgo para la vida y/o salud de la mujer

La Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo de Naciones Unidas realizada en el Cairo en 1994, define el aborto seguro como un componente de los servicios de salud reproductiva² y afirma que, donde sea legal, el aborto debería ser seguro³. **El aborto seguro** implica un riesgo

² “La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable (...)” (Naciones Unidas, 1994, párrafo 7.6)

³ “En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas, como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que

extremadamente bajo para la mujer. La mortalidad materna observada en los casos de aborto seguro es de no más de uno por cada cien mil intervenciones, y las complicaciones también tienen una incidencia muy baja (OMS, 2012).

Para el presente estudio se adoptó la definición básica sobre **aborto inseguro** de la OMS que se centra en dos criterios fundamentalmente: i) las competencias profesionales; y ii) las técnicas utilizadas durante el procedimiento farmacológico o quirúrgico para la interrupción del embarazo⁴. Pero adicionalmente se consideraron siete criterios consignados en la **Guía Técnica y de Políticas del Sistema de Salud**, también de la OMS (2012); criterios que se han encontrado importantes para establecer si un aborto se produce o no en condiciones de riesgo para la vida y/o la salud de la mujer. Por lo tanto en total se adoptaron un total de nueve criterios, estos son:

1. **Marco normativo:** Las 47.000 mujeres fallecidas anualmente y las 5.000.000 con lesiones graves que se producen a nivel mundial son debidos a abortos inseguros ilegales (OMS, 2003). En los países donde las políticas permiten realizarse un aborto en el marco de la ley, la proporción de mortalidad materna por abortos suele ser más baja (OMS, 2003). En Sudáfrica, por ejemplo, en donde se liberalizó la ley de aborto en 1997, el número de muertes ocasionadas por abortos se redujeron en un 91%.
2. **Voluntariedad y Autonomía en la toma de decisión:** De acuerdo con el contexto y la situación individual, una mujer que decide sobre un embarazo no deseado, o que pone en riesgo su salud y/o su vida puede sentirse vulnerable. Por ello los proveedores de servicios de salud, deben estar capacitados para respaldar la toma de decisión de la mujer en forma voluntaria y con base en la información (OMS, 2003).

Así mismo, la autonomía está directamente ligada a la voluntariedad en la toma de la decisión, pero también, con la no intervención de un tercero. De acuerdo con la OMS el procedimiento de aborto, en el caso de una mujer

.....
se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos” (Naciones Unidas, 1994, párrafo 8.25).

- 4 Según la definición de la OMS, un aborto inseguro es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos.

adulta, no requiere de la autorización de un tercero, como el esposo, la pareja, el padre, la madre o cualquier otro (OMS, 2003). Las menores de 14 años, del mismo modo que las mujeres adultas, deben recibir información suficiente y de calidad para la toma de decisiones voluntarias.

- 3. Acceso a la información:** Suministrar información es parte esencial de los servicios de aborto de buena calidad. Se debe dar información a todas las mujeres independientemente de su edad o circunstancias, en forma que pueda comprenderla, para permitirle la toma de decisiones informadas y basadas en la evidencia (OMS, 2003).

De acuerdo con lo anterior, la información sobre la asesoría previa al procedimiento, es la que primero se debe brindar. Esta asesoría es de vital importancia porque puede ayudar a la mujer a considerar distintas opciones y asegurar que puede tomar una decisión sin ningún tipo de presión. En segundo lugar, hay que darle información a la mujer sobre el procedimiento de aborto, la cual incluye la duración del proceso, las técnicas a utilizar, los riesgos o complicaciones; información sobre cuándo podrá retomar su actividad sexual y de qué se trata la atención de seguimiento post-procedimiento. La información puede evitar complicaciones que pongan en riesgo la vida o la salud de las mujeres.

Finalmente, como parte esencial de la atención, se debe dar asesoría e información sobre anticoncepción, métodos y servicios relacionados, puesto que esto ayuda a las mujeres a evitar embarazos no deseados en el futuro. Las mujeres deben recibir información precisa para elegir el método anticonceptivo más apropiado de acuerdo con sus necesidades.

- 4. Acceso a servicios de salud:** El acceso debe ser entendido como las posibilidades para hacer uso de los servicios de salud. Dicho uso debe ajustarse a las características y necesidades de la población, a los recursos disponibles, y a la oferta de servicios.

Finalmente, como parte esencial de la atención en aborto, se debe dar asesoría e información sobre anticoncepción, métodos y servicios relacionados, puesto que esto ayuda a las mujeres a evitar embarazos no deseados en el futuro. Las mujeres deben recibir información precisa para elegir el método anticonceptivo más apropiado de acuerdo con sus necesidades”.

5. Mejores técnicas y prácticas: De acuerdo con la OMS (2003) los métodos recomendados para el aborto son:

- ~ Aborto médico: Este método se recomienda hasta la semana 12 de gestación.

Para embarazos con una edad gestacional de 9 semanas (63 días) como máximo, el método recomendado para el aborto médico es la mifepristona seguida de misoprostol 1 a 2 días más tarde.

Si no se dispone de mifepristona, como en el caso colombiano, el método recomendado para el aborto médico es 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual. Es posible administrar un máximo de tres dosis repetidas de 800 µg con intervalos de al menos tres horas, pero no durante más de 12 horas.

Para embarazos con una edad gestacional de entre 9 y 12 semanas (63 a 84 días), el método recomendado para el aborto médico es 200 mg de mifepristona administrada por vía oral seguida de 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal entre 36 y 48 horas más tarde.

- ~ Aborto quirúrgico: La aspiración de vacío es la técnica recomendada para el aborto quirúrgico de embarazos con un máximo de 12 a 14 semanas de gestación. Este procedimiento no debe completarse mediante curetaje cortante a modo de rutina. Aún si se practica el método de dilatación y curetaje cortante (DyC), debe reemplazarse por la aspiración de vacío.

Para el aborto de embarazos con una edad gestacional mayor de 12 y 14 semanas se recomiendan tanto la dilatación y evacuación (DyE) como los métodos médicos (mifepristona y misoprostol; misoprostol solo). Los centros médicos deben ofrecer al menos uno de estos métodos —preferentemente ambos— según la experiencia del profesional y la disponibilidad de capacitación.

6. Acceso a profesional médico capacitado y a recintos que cuenten con todos los estándares tanto higiénicos como técnicos para la prestación del servicio en condiciones óptimas: No solo se debe garantizar el acceso a los servicios de salud, sino también, el acceso a profesionales competentes, capacitados que utilicen en las técnicas adecuadas y expertos en el manejo de este tipo de casos (OMS, 2003).

El contar con el acceso a servicios de salud no siempre garantiza que estos se realicen en espacios idóneos para la prestación de los servicios.

- 7. Confidencialidad y privacidad:** La confidencialidad es un principio básico de la ética médica y un aspecto fundamental del derecho a la privacidad. Los servicios y la información ofrecida a las mujeres se deben manejar bajo absoluta confidencialidad. El temor de las mujeres de que se conozcan los casos, hace que muchas de ellas —especialmente las solteras y las adolescentes— acudan a servicios de aborto clandestinos e inseguros (OMS, 2013).
- 8. Atención post-aborto:** De acuerdo con los protocolos de la OMS (2003), las mujeres deben recibir atención adecuada posterior al aborto. En el caso de las mujeres sometidas a abortos inseguros, la atención posterior debe constituir una estrategia para atenuar la morbi-mortalidad asociada a las complicaciones, incluida la aspiración del útero cuando se produjo un aborto incompleto; se les debe ofrecer métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados en el futuro y se les debe poner en contacto con otros servicios necesarios dentro de la comunidad.

En el caso de los abortos inducidos en el marco de la ley, la atención posaborto tal vez no requiera una visita de seguimiento si la mujer cuenta con información adecuada acerca de cuándo procurar atención debido a complicaciones y ha recibido toda la información o método anticonceptivo necesario para que cubra sus necesidades anticonceptivas.

- 9. Protección de las personas con algún tipo de vulnerabilidad:** Según el contexto, las mujeres adolescentes, aquellas que viven en pobreza extrema, las mujeres de minorías étnicas, las mujeres desplazadas, con discapacidad o víctimas de la violencia de género, pueden ser más vulnerables a ser afectadas por prácticas inseguras al momento realizarse un aborto. La prestación de servicios debe hacerse sin ningún tipo de discriminación y con respeto (OMS, 2003).

Teniendo en cuenta lo anterior, en el presente estudio se define como **ABORTO SIN RIESGO** todo procedimiento para poner fin a un embarazo que cumpla con **TODOS** (nueve) los criterios anteriormente mencionados.

2. Antecedentes

A continuación se entrega evidencias sobre los antecedentes del fenómeno del aborto en Colombia mediante la caracterización del aborto inseguro y la información existente hasta el momento sobre el acceso a la prestación de servicios para el ejercicio del derecho a la IVE.

2.1. Interrupción del Embarazo (IE) en Colombia

En Colombia, a pesar de que la tasa de fecundidad⁵ ha disminuido, pasando de 2,4 en 2005 a 2,1 en 2010 (Profamilia y MPS), según un estudio realizado por el Allan Guttmacher Institute (AGI) (2010), la tasa anual de abortos en el país ha ido ligeramente en aumento: para 2008 se estimaron 39 abortos por 1.000 mujeres de 15 a 44 años; en 1989 eran 36 por 1.000 mujeres. Según el mismo estudio, Bogotá y la región Pacífica —66 y 54 abortos por cada 1000 mujeres respectivamente— son las zonas en las que se presentan las tasas más altas de aborto.

En 1992, aproximadamente el 23% de las mujeres colombianas entre los 15 y los 55 años declararon haber tenido un aborto; para el 2008 una de cada 26 mujeres dijo haber tenido un aborto inducido (AGI, 2010). A pesar de que el conocimiento —que es casi del 100%— y uso de los métodos anticonceptivos ha ido en aumento⁶, también

⁵ La tasa de fecundidad se refiere a la relación entre el número de nacimientos ocurridos en un periodo de tiempo y la población femenina en edad fértil (13 a 49 años) existente.

⁶ En 2005 el 56% de las mujeres en edad reproductiva hacía uso de un método anticonceptivo, en 2010 lo hace el 61%.

ha aumentado el porcentaje de embarazos no planeados y no deseados, el cual asciende al 52% (ver tabla 1).

Tabla. 1. Intención Reproductiva 1990 – 2010

Nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta según intención reproductiva de la madre. Colombia 2010			
Año	Lo quería entonces	Lo quería más tarde	No lo quería
1990	59.9	15.1	18.5
1995	54.4	24.4	21.1
2000	47.6	29.2	23.1
2005	46.0	27.4	26.6
2010	47.8	29.1	23.1

Fuente: Profamilia y MSPS. ENDS, 2010.

Según el estudio del Allan Guttmacher Institute (AGI, 2010), se estima que en Colombia el 44% de los embarazos no planeados terminan en un aborto inducido, lo que se traduce en 400.400 abortos al año. A pesar de que desde 2006 se reconoce el derecho a interrumpir voluntariamente el embarazo en los tres casos, este fallo de la Corte Constitucional no ha redundado en la reducción de los abortos clandestinos inseguros, pues solo el 0.08% de los casos revisados correspondió a interrupciones voluntarias del embarazo en el año 2008.

Una tercera parte del total de las mujeres que tienen un aborto que no se apega a la norma constitucional, desarrollan complicaciones que necesitan tratamiento en una institución de salud. La tasa de complicaciones más alta

es para las mujeres pobres del medio rural (53%) (AGI, 2010). “Cada año, el sistema de salud colombiano ofrece tratamiento post-aborto a 93.000 mujeres [...] En la actualidad, nueve mujeres por cada 1.000 reciben atención post-aborto en instituciones de salud. La tasa más alta de tratamiento y de mayor carga en el sistema de salud ocurre en la región Pacífica, en donde cada año, 16 de cada 1000 mujeres reciben tratamiento postaborto” (AGI 2010).

De acuerdo con los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) (MSPS, 2012), en el año 2009 se presentaron 3.674 abortos, 4.399 en el año 2010 y 3.443 casos en el año 2011. La mayor parte de los casos se presentó en el rango de edad entre 27 y 44 años, en los departamentos de Bolívar, Antioquia y Atlántico. La ciudad que reportó mayor número de casos fue Bogotá.

Las mujeres que estando dentro de alguna(s) de las causales por las cuales está permitida la IVE, encuentran barreras de acceso para ejercer su derecho. Tanto la Corte Constitucional como organizaciones de mujeres han identificado algunas de las barreras que se presentan para la garantía del derecho a la IVE:

- * **Solicitud de requisitos adicionales a los consagrados en la sentencia C-355 de 2006 para autorizar y llevar a cabo la práctica del aborto, tales como la copia de la denuncia o del examen sexológico, con el propósito de probar que el embarazo es consecuencia de la violación, o absurdos como la condena del agresor.**
- * **Las objeciones de conciencia colectivas, institucionales o infundadas, frente a lo cual la Corte ha manifestado que su ejercicio**

está condicionado al estricto seguimiento de las condiciones fijadas en el ordenamiento jurídico para tal efecto, por lo cual es necesario interpretarlas con criterio restrictivo.

- * Realización de juntas médicas que dilatan la prestación del servicio por más de 5 días, tiempo estimado por la Corte Constitucional para dar respuesta a la solicitud de la mujer que requiere una IVE.
- * Remisión a atención especializada cuando la Sentencia de la Corte Constitucional dice que la mujer puede ser atendida por el médico tratante.
- * Las dificultades en la interpretación de la causal salud, la cual debe ajustarse a la definición de la OMS⁷.

El número de embarazos y nacimientos no planeados, las persistentes tasas de abortos clandestinos, y la imposición de requisitos adicionales a los contemplados en el fallo de la Corte Constitucional y de barreras arbitrarias que menoscaban los derechos fundamentales de las mujeres, imponen la necesidad de conocer más a fondo los factores determinantes para la práctica de abortos inseguros y las barreras de acceso para la atención de la IVE en el marco de las causales despenalizadas.

2.1.1. Mortalidad materna y aborto inseguro

El número de embarazos y nacimientos no planeados, las persistentes tasas de abortos clandestinos, y la imposición de requisitos adicionales a los contemplados en el fallo de la Corte Constitucional y de barreras arbitrarias que menoscaban los derechos fundamentales de las mujeres...”

A pesar del peligro que representa para la vida y la salud, el aborto inseguro sigue siendo un recurso utilizado para terminar con embarazos no deseados por muchas mujeres, por lo que cada año fallecen en el mundo aproximadamente 47.000 mujeres por causas relacionadas con embarazo, parto o puerperio, de las cuales el 13% fallece como resultado de abortos inseguros (OMS, 2003). Estas muertes solo representan una fracción de la carga de enfermedad causada por el aborto inseguro, son muchas más las mujeres que sobreviven, pero la mayoría sufre de morbilidad aguda y crónica; es decir que, además de las 70.000 mujeres que mueren por año, decenas de miles sufren consecuencias a largo plazo, incluyendo infertilidad (OMS, 2003).

⁷ Según la OMS por salud se entiende: Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.

De acuerdo con la OMS (2003) la tasa de aborto inseguro se ha mantenido relativamente constante desde 2000, con alrededor de 14 por cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años. Se estima que la cantidad absoluta de abortos inseguros fue de aproximadamente 20 millones en 2003 y de 22 millones en 2008. La proporción de todos los abortos que son inseguros aumentó de 44% en 1995 y 47% en 2003 al 49% en 2008 (Majhi y otros, citado en OMS, 2012).

De otra parte, se conoce que la proporción de la mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos debido a un aborto inseguro, suele ser más alta en los países con restricciones importantes y más baja en los países donde el aborto está disponible a requerimiento o en condiciones generales (OMS, 2012).

En Colombia, es muy difícil obtener datos confiables acerca del número de muertes maternas por causa de la realización de un aborto inseguro. Las entidades encargadas de registrar la mortalidad materna no incluyen información relacionada con el aborto inseguro, a pesar de que, como se mencionó, estos procedimientos pueden acarrear la muerte o generar complicaciones o consecuencias a largo plazo. Se estima que casi el 60% de los casos de aborto que llegan a las instituciones prestadoras de servicios de salud es inducido (Palacio, 2002).

El estudio realizado por el AGI (2010) basándose en la estimación de la OMS —sobre 780 muertes maternas ocurridas en Colombia en 2008— concluyó que aproximadamente 70 mujeres mueren cada año debido a abortos inseguros, aclarando que la cifra es una aproximación debido a que la mortalidad materna por esta causa es muy difícil de estimar. La principal causa directa de mortalidad materna en Colombia es la eclampsia, seguida por las complicaciones del trabajo de parto y parto, el aborto, otras complicaciones del puerperio y hemorragias. No se debe perder de vista que la mortalidad por aborto es la única totalmente prevenible de las causas de mortalidad materna.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), para la década de 1990, las causas directas de la mortalidad materna en Colombia se han mantenido estáticas en la última década. De las causas directas, el 35% corresponden a eclampsia, el 25% a complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, el 16% a embarazos terminado en aborto, el 9% a otras complicaciones del embarazo; el 8% a complicaciones del puerperio y el 7% a hemorragias (MSPS, 2004).

Los factores asociados a la mortalidad materna son la alta fecundidad, la baja prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, las edades extremas, el intervalo entre los hijos, entre otros.

De acuerdo con el MSPS (2004), las mujeres con mayor fecundidad presentan mayores tasas de mortalidad materna. “Así, las mujeres con cuatro o más hijos presentan tasas por encima de 120 y las que tienen 2,4 hijos o menos presentan tasas por debajo de 6,4”. Respecto al uso

De las causas directas, el 35% corresponden a eclampsia, el 25% a complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, el 16% a embarazos terminado en aborto, el 9% a otras complicaciones del embarazo; el 8% a complicaciones del puerperio y el 7% a hemorragias (MSPS, 2004)”.

Las reacciones tóxicas a las sustancias químicas y a los fármacos empleados para provocar el aborto pueden ser agravantes de las complicaciones (OMS, 1995).

de métodos anticonceptivos se ha establecido que entre mayor prevalencia de uso de métodos hay menos muertes maternas.

También se observa que la mortalidad materna se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que están en los primeros años del periodo fértil y que el nivel más bajo se presenta en las mujeres de 20 a 29 años. Así mismo el riesgo aumenta a medida en que aumenta la edad. De acuerdo con la OMS (2012), “la capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna”.

Sumado a lo anterior, el estudio del AGI (2010) estimó que cada año un total de 132,000 mujeres sufren complicaciones debido al aborto inducido practicado en condiciones clandestinas, las cuales pueden ser riesgosas; y una tercera parte de todas las mujeres que tienen un aborto inducido en Colombia sufren complicaciones que requieren tratamiento (OMS, 2012, p. 18). Este mismo estudio estima que el 21% de las mujeres con complicaciones post-aborto no reciben el tratamiento que necesitan. Las más afectadas son las mujeres rurales pobres en comparación con todas las demás mujeres, patrón que se repite en todas las regiones del país (AGI, 2010).

Las complicaciones del aborto de todo tipo son una importante causa de morbilidad de las mujeres. Las complicaciones más graves de un aborto practicado en condiciones de riesgo son la hemorragia, la infección y las lesiones del tracto genital y de los órganos internos (OMS, 1995). Una evacuación incompleta, es decir, que el producto de la gestación no haya sido expulsado del útero por completo, contribuye a menudo a esas complicaciones; los sangrados abundantes e infecciones relacionados con las evacuaciones incompletas, así como las perforaciones o desgarros del útero, conllevan a que sea necesaria una intervención médica y se recurra al sistema de salud. Las reacciones tóxicas a las sustancias químicas y a los fármacos empleados para provocar el aborto pueden ser agravantes de las complicaciones (OMS, 1995).

El aborto inseguro es una causa importante de morbi-mortalidad materna. La educación sexual y la anticoncepción familiar son factores que se han encontrado relacionados con la prevención de prácticas de aborto, máxime si se tiene en cuenta que la mortalidad materna se comporta de manera inversamente proporcional a la prevalencia de uso de anticonceptivos (MPS, 2004).

La mortalidad materna por causas relacionadas con el aborto también puede prevenirse mediante los servicios de salud para un aborto sin riesgos en los casos despenalizados por la Sentencia, con la atención posterior al aborto en todos los casos y la ampliación al acceso a métodos anticonceptivos modernos para prevenir los embarazos no deseados.

2.2. Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Colombia. La Sentencia C-355 de 2006

En Colombia el aborto legal IVE, es un derecho fundamental reconocido por la Corte Constitucional de Colombia desde el año 2006 en tres circunstancias: (i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) cuando exista grave malformación que haga inviable la vida, certificado por un médico y (iii) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo no consentido o de incesto. (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006) La sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional colombiana se constituyó en un hecho histórico para el país en el reconocimiento de los derechos de las mujeres.

Esta decisión judicial abonó un camino importante en materia de efectividad de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como de la ejecución de estándares internacionales de protección de derechos humanos en el contexto nacional, además de constituirse en un hito en la lucha por construir una sociedad más justa, fundada sobre la base de la equidad de género, al reconocer el derecho al aborto legal y seguro como parte integral e indivisible de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el país (PGN, 2008, p. 3).

La Corte Constitucional posteriormente ratificó que las prerrogativas que conceden los derechos reproductivos, incluida la IVE, son parte de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución de 1991 pues especifican las facultades que se derivan necesariamente de su contenido en los ámbitos de la reproducción. En este sentido, los derechos reproductivos, con ellos la IVE, están implícitos en los derechos fundamentales a la vida digna (artículos 1 y 11), a la igualdad (artículos 13 y 43), al libre desarrollo de la personalidad (artículo 16), a la información (artículo 20), a la salud (artículo 49) y a la educación (artículo 67), entre otros (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-585 de 2010).

Es decir, a partir de la sentencia C-355 de 2006, existe en Colombia un derecho fundamental a la IVE en cabeza de las mujeres que se encuentran incursas en cualquiera de las tres hipótesis despenalizadas, derivado del contenido de los derechos fundamentales a la dignidad humana, al libre

desarrollo de la personalidad, a la vida y a la salud física y mental y que se inscribe en la categoría de los derechos reproductivos (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-585 de 2010).

Un aparte importante de la argumentación de la Corte en esta Sentencia está referida al tema de los derechos fundamentales de las mujeres en el derecho interno y en el derecho internacional, con lo cual se planteó que los derechos sexuales y reproductivos internacionalmente reconocidos integran actualmente el derecho constitucional colombiano, en virtud del bloque de constitucionalidad, no como una nueva “generación” de prerrogativas fundamentales, sino como desarrollo interpretativo de las ya existentes, para efectos de fortalecer el marco jurídico en defensa de la autodeterminación de las mujeres para tomar decisiones sobre su cuerpo (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-585 de 2010).

“ En este sentido, los derechos reproductivos, con ellos la IVE, están implícitos en los derechos fundamentales a la vida digna (artículos 1 y 11), a la igualdad (artículos 13 y 43), al libre desarrollo de la personalidad (artículo 16), a la información (artículo 20), a la salud (artículo 49) y a la educación (artículo 67), entre otros (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-585 de 2010)”.

De otra parte, en dicha Sentencia la Corte Constitucional también estableció los lineamientos para la prestación de los servicios de la IVE, al ordenarle a las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que: (i) la disponibilidad del servicio deberá estar en todo el territorio nacional y para todas las mujeres independientemente de su capacidad de pago y afiliación al SGSSS; (ii) los servicios deberán prestarse en todos los niveles de complejidad que requiera la gestante; y (iii) los servicios deberán ser accesibles y de calidad.

Más aún, la Corte Constitucional hizo referencia al ejercicio del derecho a la objeción de conciencia, tema que esta ha venido desarrollando en sentencias posteriores. Esta prerrogativa fundamental, referida a la desobediencia de un mandato jurídico en razón de un imperativo ético, posee tres atributos esenciales sin los cuales se desvirtúa en detrimento directo de su eficacia: (i) es pasiva y nunca activa, por cuanto se traduce en una abstención frente a un deber legal de actuar; (ii) es individual y nunca colectiva, por cuanto obedece a las convicciones íntimas de cada persona

en particular y (iii) es personal y nunca institucional, por cuanto representa una manifestación del derecho fundamental a la libertad de conciencia, del cual solo son titulares los seres humanos, y no así las personas jurídicas (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-585 de 2010).

Así las cosas, solo puede ejercerse por el personal médico directamente involucrado con la práctica del IVE, no aplica para personal administrativo ni para la función de certificar riesgos o malformaciones, debe presentarse por escrito exponiendo las razones por las que se objeta conciencia y estas deben ser consistentes con el estilo de vida y el ejercicio profesional; no puede ser la opinión del médico de estar o no de acuerdo con la Sentencia (no es desobediencia civil).

2.2.1. Desarrollos jurisprudenciales a partir de la C-355, en las Sentencias de tutela en materia de IVE posteriores al 2006

La falta de información clara, además de la desinformación, ha puesto en riesgo la garantía de los derechos sexuales y reproductivos y, específicamente, el derecho a la IVE. La Corte Constitucional, en su función de velar por la integridad y la supremacía de la Constitución, y en la de revisión de sentencias de tutela proferidas por diferentes despachos judiciales, ha sentado importante jurisprudencia en la materia.

En el 2007, en atención a las demandas respecto al ejercicio de derecho a la IVE, frente al hecho de la exigencia de cargas desproporcionadas que dejaron sin protección a una joven con discapacidad víctima de acceso carnal que se encontraba en situación de indefensión, y dada la solicitud de requisitos adicionales a los establecidos en la sentencia C-355 de 2006, la Corte Constitucional en la Sentencia T-988 de 2007 se pronunció frente a los casos de las mujeres con discapacidad manifestando que:

[...] en esa eventualidad, la solicitud de interrupción del embarazo puede efectuarla cualquiera de los padres de la mujer que se halle en esa situación u otra persona que actúe en su nombre sin requisitos formales adicionales al denunciado penal por acceso carnal violento o no consentido o abusivo (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-988/2007).

En dicha sentencia, la Corte además manifestó que:

[...] las entidades prestadores de salud que exijan el cumplimiento de requisitos formales adicionales al denunció para practicar el aborto inducido en una mujer notoriamente discapacitada —con limitaciones físicas, psíquicas y sensoriales que imposibilitan la exteriorización libre y directa de su consentimiento— la cual ha sido víctima de abuso carnal violento, sin consentimiento o abusivo, incurrir en un grave desconocimiento de protección que se deriva para las personas con discapacidad de la Constitución Nacional así como de lo consignado en el ámbito internacional (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-988/2007).

Posteriormente, en la Sentencia T-209 de 2008, la Corte enfatiza en que la objeción de conciencia solo puede fundamentarse en convicciones religiosas y no en la opinión del médico tratante. Por lo tanto, el médico que se abstenga de practicar un aborto con fundamento en la objeción de conciencia tiene la obligación de remitir inmediatamente a la mujer a otro médico que sí pueda llevar a cabo el procedimiento (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-988/2007).

En el mismo sentido, en la Sentencia T-946 de 2008, la Corte Constitucional, basándose en sentencias proferidas anteriormente, manifiesta que solo las personas naturales —y no las jurídicas— son titulares de la objeción de conciencia, así como el deber que tiene el galeno que invoca la objeción de conciencia para abstenerse de realizar la IVE, de remitir de inmediato a la mujer a un médico que pueda practicarla la IVE. «Los profesionales de la salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben proceder a realizar el procedimiento IVE, (i) de manera oportuna, es decir dentro de los cinco (5) días siguientes a la solicitud» (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-946/2008) Por su parte, en la Sentencia T-388 de 2009, con ocasión de la vulneración del derecho a la IVE de una mujer, por grave malformación del feto que hace inviable la vida, la Corte ordenó al:

Ministerio de la Protección Social así como al Ministerio de Educación Nacional, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo para que de manera pronta, constante e insistente diseñen y pongan en movimiento campañas masivas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos que contribuyan a asegurar a las mujeres en todo el territorio nacional el libre y efectivo ejercicio de estos derechos, y en tal sentido, el co-

nocimiento de lo dispuesto en la sentencia C-355 de 2006 [...] (Corte Constitucional de Colombia T-388 de 2009).

Así mismo, la Corte urge a estas mismas entidades:

[...] para que hagan el debido seguimiento de tales campañas con el objetivo de poder constatar su nivel de impacto y eficacia. Que las campañas se enfoquen a transmitir información completa sobre la materia en términos sencillos, claros y suficientemente ilustrativos. (Corte Constitucional de Colombia Sentencia T-388/2009)

Esta misma sentencia, ordena a la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) que:

[...] de manera pronta adopte las medidas indispensables con el fin de que las EPS e IPS —independientemente de si son públicas o privadas, laicas o confesionales— cuenten con las personas profesionales de la medicina así como el personal idóneo y suficiente para atender el servicio de interrupción voluntaria del embarazo bajo los supuestos previstos en la sentencia C-355 de 2006 así como se abstengan de incurrir en exigencias adicionales inadmisibles (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-388/2009).

La Sentencia T-009 de 2009 marca un hito importante al hacer referencia a la autonomía de la voluntad, cuando se pronunció sobre la vulneración del derecho de una mujer a la IVE, en el momento de negársele la cirugía que, según su médico tratante, necesitaba histerectomía abdominal (cáncer de matriz) para tratar su grave afectación de salud. En este caso:

[...] todos aquellos que participaron en su proceso para acceder a los servicios de salud que requería, decidieron por ella: los profesionales de la salud que ordenaron suspender el tratamiento médico para que continuara el embarazo, la EPS que no autorizó el procedimiento y el juez de tutela que denegó el amparo, entre otros, para garantizar la continuación del embarazo (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-009 de 2009).

La Corte estableció que “solamente ella es la que tiene la decisión para continuar o interrumpir un embarazo cuando represente riesgo para su vida o su salud certificado por un médico” (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-009 de 2009).

Al mismo tiempo, la Corte consideró oportuno manifestarse y aclarar los siguientes aspectos en cuanto al procedimiento de la IVE: (i) un juez

no puede negar o suspender un tratamiento médico que es fundamental para la vida y salud de la mujer cuanto este implique el procedimiento de la IVE; y (ii) las consideraciones morales de los jueces de tutela frente al tema de la IVE son respetables, pero no pueden incidir en su rol de autoridades judiciales, los cuales deben aplicar las reglas jurídicas para la protección de los derechos fundamentales de las mujeres.

En la Sentencia T-585 de 2010, se avanza en lo referente a la causal de riesgo para la salud de la madre y embarazos de alto riesgo. La Corte concluyó que:

[...] las prerrogativas que conceden los derechos reproductivos, incluida la IVE, son parte de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución de 1991 pues especifican las facultades que se derivan necesariamente de su contenido en los ámbitos de la reproducción. En este sentido, los derechos reproductivos, con ellos la IVE, están implícitos en los derechos fundamentales a la vida digna (artículos 1 y 11), a la igualdad (artículos 13 y 43), al libre desarrollo de la personalidad (artículo 16), a la información (artículo 20), a la salud (artículo 49) y a la educación (artículo 67), entre otros (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-585 de 2010).

Asimismo, ordenó a la SNS:

[...] que de manera pronta adopte las medidas indispensables con el fin de que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud —independientemente de si son públicas o privadas, laicas o confesionales— cuenten con un protocolo de diagnóstico rápido para aquéllos eventos en que los/as profesionales de la salud advierten la posibilidad de que se configure la hipótesis de peligro para la vida o la salud de la madre o en los que la mujer gestante alega estar incurso en ella y desea someterse a la IVE; ello con el objetivo de determinar si se cumple el requisito impuesto en la sentencia C-355 de 2006 consistente en una certificación médica. Tal protocolo debe ser integral, es decir, incluir una valoración del estado de salud mental. La Superintendencia Nacional de Salud deberá vigilar el cumplimiento de lo anterior por parte de las EPS e IPS (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-585 de 2010M).

En la Sentencia T-636 de 2011, la Corte ordena

[...] aplicar las reglas sentadas en la sentencia C-355 de 2006 al atender las solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo” y

así mismo, previene a la “EPS Nueva para que, en el futuro, se abstenga de proferir juicios de valor o juicios de responsabilidad penal sobre las mujeres afiliadas a la entidad que soliciten la práctica de la IVE. Sus actuaciones deberán dirigirse exclusivamente a determinar la procedencia o no procedencia de la interrupción del embarazo bajo parámetros científicos y con apego al orden jurídico vigente (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-636 de 2011 M.P)

Finalmente, en la Sentencia T-841 de 2011 la Corte Constitucional, establece que el riesgo para la salud mental de la mujer es razón suficiente para llevar a cabo una IVE.

De igual manera define como razonable un plazo de 5 días para que las EPS atiendan las solicitudes de IVE y lleven a cabo los procedimientos en los casos en los que se encuentra permitido. Establece nuevamente que ningún médico podrá negarse a hacer valoraciones oportunas o expedir certificados requeridos para acceder a la IVE y, por su parte, los Jueces de la República estarán obligados a garantizar la reserva de identidad de mujeres que interponen tutelas para que se les practique un procedimiento de IVE (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-841 de 2011).

Este recorrido por la jurisprudencia de la Corte muestra un avance en materia de garantía del derecho fundamental de las mujeres a interrumpir su embarazo y marca un hito, al ser la misma Corte Constitucional —el Tribunal más importante en materia de derechos fundamentales—, el que ha generado las pautas para que lo establecido en la Sentencia C-355 de 2006 no se quede en el papel y se haga realidad para todas las mujeres.

2.2.2. Otros actos administrativos para garantizar el derecho a la IVE

Además de los pronunciamientos de la Corte Constitucional, actos administrativos como los de la SNS, que recogen lo establecido en las

“...ningún médico podrá negarse a hacer valoraciones oportunas o expedir certificados requeridos para acceder a la IVE y, por su parte, los Jueces de la República estarán obligados a garantizar la reserva de identidad de mujeres que interponen tutelas para que se les practique un procedimiento de IVE (Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-841 de 2011)”.

sentencias mencionadas, han sentado un importante precedente para el acceso a los servicios de la IVE.

La SNS, en aplicación de la Constitución Política, de los tratados internacionales y de las sentencias de la Corte Constitucional, emitió la Circular 003 de 2013 por medio de la cual imparte instrucciones a los prestadores de servicios de salud, a las entidades administradoras de planes de beneficios y a las entidades territoriales, sobre la IVE (SNS, 2009).

Las instrucciones establecidas manifiestan que los prestadores de servicios de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios públicos o privados, de carácter laico o confesional y las entidades territoriales, están en la obligación de prestar el servicio de IVE a 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. Desarrolla en la Circular lo establecido por la Corte Constitucional a través de las Sentencias referenciadas.

Plantea medidas administrativas para la práctica de la IVE prohibiendo generar obstáculos o exigir requisitos adicionales a los señalados en la Sentencia C-355 de 2006 para prestar servicios de para la IVE. Establece que en casos de mujeres en condición de discapacidad no pueden elevar obstáculos ni exigir requisitos adicionales a los contemplados en dicha Sentencia.

Frente a la objeción de conciencia plantea que esta aplica para los prestadores directos del servicio y no para el personal administrativo, además de que se encuentran excluidas las

personas jurídicas. Concluyendo que no pueden existir clínicas, hospitales, centros de salud o entidades similares, que tengan legalmente la posibilidad de presentar objeción de conciencia a la práctica un aborto cuando se cumpla cualquiera de las condiciones señaladas en la Sentencia.

Frente a la autonomía de las mujeres, la circular establece que ni los prestadores de servicios ni los profesionales de la salud pueden decidir por la mujer la práctica de la IVE o la continuación del embarazo. De igual manera deben brindar a las mujeres información suficiente, orientación y apoyo en relación con las alternativas terapéuticas; así como brindar plena confidencialidad, en el marco del derecho de las mujeres a la intimidad y la dignidad. Establece, también, la prohibición de realizar prácticas discriminatorias y de juicios de valor.

La circular establece que los prestadores de servicios de salud deben responder de forma oportuna a las solicitudes de IVE, así como conocer que en ausencia de una norma legal que establezca una restricción de carácter temporal para la IVE, deben garantizar el mínimo reconocido en la sentencia C-355 de 2006.

También —del orden nacional— el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC), es una iniciativa del Ministerio de Educación Nacional (MEN) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), que busca generar prácticas pedagógicas que propicien el desarrollo de competencias en las y los estudiantes, para que puedan incorporar en su cotidianidad el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos y, de esta manera, tomar decisiones que les permitan vivir

una sexualidad sana, plena y responsable, que enriquezca su proyecto de vida y el de los demás.

Este programa, en cumplimiento del requerimiento de la Corte en la Sentencia T-388 de 2009, para que todas las mujeres cuenten con “[...] información suficiente, amplia y adecuada que les permita ejercer a cabalidad y en libertad de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye, el derecho a estar plenamente enteradas respecto a lo dispuesto en la Sentencia C-355 de 2006” (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-388 de 2009), ha generado que se incluya en los PESCC información específica sobre el derecho a la IVE.

De otra parte, las administraciones locales comenzaron a generar actos administrativos que marcan precedentes importantes en la garantía del ejercicio de las mujeres a la IVE. Un buen ejemplo lo constituyen las secretarías de salud de la ciudad de Bogotá y Pasto, y de la Gobernación de Antioquia.

La Secretaría de Salud de Bogotá mediante la **Circular 010 de agosto de 2006**, reiteró la aplicabilidad inmediata de la Sentencia C-355 de 2006 y estableció que debe informarse a la Secretaría de Salud máximo entre las 24 horas siguientes, los datos de las mujeres que requieran de la interrupción del embarazo, dentro del marco establecido a fin de garantizar la oportuna atención y la prestación de los servicios en cada procedimiento (Secretaría de Salud de Bogotá. Circular 010 del 24 de agosto de 2006).

Posteriormente, esta misma Secretaría expidió la **Circular 004 de marzo del 2007**, en donde establece que todas las entidades

aseguradoras y prestadoras de salud que actúan en el Distrito Capital deben cumplir con lo dispuesto por el Ministerio de la Protección Social en el decreto 4444 de 2006 y a la resolución 004905 del mismo mes y año. También estableció que estas deben garantizar un número adecuado de proveedores para prestar los servicios de IVE y garantizar la asesoría inmediata para la promoción de la salud sexual y reproductiva, consejería, acceso a métodos para la regulación de la fecundidad y asesoría psicológica (Secretaría de Salud de Bogotá. Circular 004 del 05 de marzo de 2007). Cabe anotar que en octubre de 2009, en el marco de una demanda de inconstitucionalidad ante el Consejo de Estado, el decreto 4444 de 2006 fue suspendido y posteriormente declarado nulo.

De igual modo, la Secretaría de Salud de Pasto impartió instrucciones para garantizar el derecho a la IVE de las mujeres en el marco de las causales despenalizadas por la Sentencia (Alcaldía de Pasto, Circular No.17 del 25 de agosto de 2008). Entre las instrucciones cabe mencionar: (i) que se debe garantizar el acceso a los servicios de IVE, (ii) tomar las medidas administrativas tendientes a la prestación oportuna del servicio, prestar asesoría relacionada con el derecho a la IVE, (iii) que la objeción de conciencia no es un derecho que se pueda invocar institucionalmente, y (iv) que dentro del procedimiento se deben tener en cuenta las normas expedidas por el Ministerio de la Protección Social y especialmente la guía técnica “aborto sin riesgos” de la OMS (Secretaría Municipal de Pasto. Circular externa # 17 del 25 de agosto de 2008).

De otra parte, las administraciones locales comenzaron a generar actos administrativos que marcan precedentes importantes en la garantía del ejercicio de las mujeres a la IVE. Un buen ejemplo lo constituyen las secretarías de salud de la ciudad de Bogotá y Pasto, y de la Gobernación de Antioquia”.

Finalmente, la Secretaría Departamental de Antioquia, mediante la circular 089 de abril de 2009, impuso el seguimiento al cumplimiento en la sentencia C-355 de 2006 y estableció que los servicios deben estar disponibles para todas las mujeres independientemente de su capacidad de pago y afiliación al SGSS. Al mismo tiempo, solicitó a los gerentes de las entidades

promotoras de salud el listado de las instituciones prestadoras de servicios dentro de la red habilitada para prestar servicios de gineco-obstetricia que cuenten con los profesionales dispuestos a proveer los servicios de IVE; y a los gerentes de instituciones prestadoras de servicios de salud los informes de los casos de IVE, así como las acciones de capacitación realizadas a los funcionarios sobre la Sentencia C-355 de 2006. Por último solicitó, a los directores locales de salud un informe de las acciones de inspección y vigilancia para hacer seguimiento al cumplimiento de la Sentencia⁸ (Secretaría Departamental de Antioquia. Circular 089 del 07 de abril de 2009).

⁸ Asunto: Seguimiento al cumplimiento de la Sentencia C-355 de 2006, Interrupción Voluntaria del Embarazo.

3. Determinantes del aborto inseguro

3.1. ¿Qué es un determinante?

Si bien en el presente estudio se consideraron los siete criterios mencionados con anterioridad para establecer si un aborto es o no inseguro, también se tuvieron en cuenta otros determinantes macro:

- i) factores que llevan a la mujer a tomar una decisión que la pone en riesgo de procedimientos inseguros, o factores anteriores;
- ii) factores relacionados con el procedimiento —médico o quirúrgico—;
- iii) barreras de acceso a la atención de la IVE; y
- iv) los factores posteriores a la interrupción del embarazo. Cabe señalar que los determinantes del aborto inseguro están relacionados tanto con los abortos que se han producido en el marco de la Sentencia C-355 de 2006 como los abortos por fuera de la misma.

Dentro de los factores que llevan a la mujer a tomar una decisión que la pone en riesgo de procedimientos inseguros, se tuvieron en cuenta las características de orden sociodemográfico: la historia de su vida sexual y reproductiva —relaciones sexuales, parejas, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y antecedentes reproductivos—, antecedentes sobre su red de apoyo y la situación en la que se produce el embarazo no deseado.

De otro lado, en los factores relacionados con el procedimiento se consideraron aspectos como: el acceso a la información, a los servicios de salud, a profesionales idóneos, a técnicas y prácticas adecuadas, y la atención posterior al procedimiento.

Por último, dentro de las barreras de acceso, se encuentran los documentos adicionales a los establecidos, así como la dificultad de acceder al conocimiento de la Sentencia C-355-06, entre otros.

3.2. ¿Cómo se han medido los determinantes del aborto inseguro?

Debido a que muchos de los abortos se realizan en la clandestinidad, resulta muy difícil estimar el número real de abortos inducidos y obtener datos confiables. Ahora bien, las mediciones que se han realizado sobre los determinantes del aborto han estado asociadas a estimaciones indirectas a partir de las complicaciones conocidas por el sistema de salud (Universidad Externado de Colombia, 1994, AGI, 2010).

En términos generales, frente a los determinantes del aborto inseguro se pueden diferenciar dos tipos de investigación: por una parte, aquellas que comparan las características de las mujeres sin una experiencia de aborto respecto a las mujeres que han abortado (Universidad Externado de Colombia, 1994); y, de otra parte, aquellas investigaciones en que se presentan las características de las mujeres que abortan, pero sin un grupo de control o referencia. Ambos tipos de investigación son de orden cuantitativo.

3.3. ¿Qué tipo de determinantes se han estudiado?

Existe una abundante literatura relacionada con el aborto inseguro⁹, aun así, no toda la información disponible sobre el tema tiene como finalidad estudiar los determinantes. Dado que los objetivos del presente estudio no pretenden hacer una revisión exhaustiva de toda la investigación disponible en este campo en particular, se realizó una revisión de antecedentes bibliográficos con el fin de ofrecer un panorama general sobre el tema.

La revisión se realizó a través de la base de datos multidisciplinaria Ebsco, la cual incluye información de revistas científicas en diversos campos. Inicialmente se realizó una búsqueda preliminar con las palabras clave: unsafe abortion. Dicha búsqueda arrojó 308 artículos, de los cuales se examinó el resumen de 86 estudios relacionados directamente con los determinantes del aborto inseguro. De los 86 resúmenes revisados 21 se relacionaron con los objetivos de la presente investigación. Finalmente se seleccionaron para su lectura los estudios disponibles más recientes (2001 - 2013). La búsqueda arrojó 12 artículos que se describen en la tabla 2.

⁹ Solo en la base de datos Ebsco se encontraron 308 documentos con el criterio unsafe abortion.

Tabla 2. Estudios revisados en la investigación 2001 - 2013

No.	Fecha	Autor(es)	Título
1.	2013	Gerdts, C., Vohra, D. y Ahern, J.	Measuring Unsafe Abortion-Related Mortality: A Systematic Review of the Existing Methods. California, <i>PLoS ONE</i> 8(1). doi:10.1371
2.	2012	Zamberlin, N., Romero, M. y Ramos, S.	Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. Argentina. <i>Reproductive Health</i> , 9 (34). doi:10.1186/1742-4755-9-34
3.	2012	Shahbazi, S.	The consequences of unsafe abortion: a qualitative study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 68(6), 1247-1255.
4.	2011	Prada, E., Biddlecom, A. y Singh, S.	Induced abortion in Colombia: New Estimates and change between 1989 and 2008. <i>International Perspectives on Sexual and Reproductive Health</i> , 37(3), 114-124.
5.	2009	Vlassoff, M., Walke, D., Shearer, J., Newlands, D. y Singh, S.	Estimates of Health Care System Costs of Unsafe Abortion In Africa and Latin America. <i>International Perspectives on Sexual and Reproductive Health</i> , 35(3), 114-121.
6.	2009	Rasch, V., y Rose, K.	Unsafe abortion in urban and rural Tanzania: method, provider and consequences. <i>Tropical medicine and international health</i> , 14(9), 1128-1133.
7.	2008	Stanley K., Henshaw, I. Adewole, S., Singh, A. y Bankole, B.	Severity and cost of unsafe abortion complications treated in Nigerian Hospitals. <i>International Family Planning Perspectives</i> , 24(1), 40-50.
8.	2006	Singh, S.	Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. (G. Institute, Ed.) <i>The Lancet</i> , 368, 1887-1892.
9.	2006	Singh, S., Prada, E. y Kestler, E.	Indicen abortion and unintended pregnancy in Guatemala. <i>International family planning perspectives</i> , 32(3), 136-145.
10.	2006	Ahman, E. y Shah, I.	Contraceptive use, fertility, and unsafe abortion in developing countries. <i>The european journal of contraception and reproductive health care</i> , 11 (2), 126-131.
11.	2004	Rasch, V., Massawe, S., Yambesi, F. y Bergstrom, S.	Acceptance of contraceptives among women who had an unsafe abortion in Dar es Salaam. <i>Tropical Medicine and International Health</i> , 9 (3), 399-405.
12.	2000 - 2001	World Health Organization (WHO), HRP Biennial report.	HRP Biennial report 2000-2001. Chapter 4. Preventing unsafe abortion. Research on Reproductive Health. World Health Organization (WHO) .

Fuente: Elaboración propia.¹⁰

¹⁰ Todas las tablas y gráficas que a continuación no mencionan la fuente, son realizadas por la investigación a partir de sus procesos y resultados.

Las principales conclusiones de los estudios revisados sobre los factores asociados al aborto inseguro revelan que:

- * Las tasas más altas en el número de hospitalizaciones por aborto inseguro se dan en países donde existe deficiencia en la atención y en el acceso al servicio de salud; por otra parte, las tasas más bajas se relacionan con un mejor nivel de seguridad, acceso y atención a la prestación del servicio del aborto. También se ponen en evidencia las dificultades en el acceso y transporte a los centros de salud y factores sociales y culturales sobre el aborto ilegal. Se sugiere la creación de campañas en pro de la salud de la mujer que conducirían a una mayor disposición de hospitales y profesionales entrenados para el tratamiento de abortos incompletos y una disminución en el temor de las mujeres a buscar atención especializada (Singh, 2006).
- * El bajo uso de los métodos anticonceptivos en países como Guatemala puede atribuirse a una serie de factores como la falta de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, las fuentes de los servicios y las barreras relacionadas con el origen étnico, la pobreza y acceso a los servicios de salud. La extrema pobreza es otra de las barreras que dificulta el acceso a los métodos anticonceptivos y a los servicios de salud seguros, teniendo en cuenta que el 56 % de la población en ese vive en pobreza —incluyendo a la población indígena— (Singh, Prada y Kestler, 2006).
- * Con relación a las técnicas, los procedimientos varían alrededor del mundo. En el caso de Tanzania, por ejemplo, se suele utilizar hierbas y raíces en mujeres de poblaciones rurales y urbanas. En esta región el método que se asocia de manera frecuente a distintas complicaciones es el uso del catéter o de raíces, mientras que el método menos asociado con complicaciones es el uso de las hierbas (Rasch y Rose, 2009).
- * Las mujeres que se enfrentan a problemas post-aborto, por lo general, retrasan la búsqueda de atención médica, lo que las conduce a condiciones críticas de salud. Las creencias y reacciones de los empleados de los hospitales tienen un fuerte impacto en la decisión de las mujeres sobre su método de aborto. Las mujeres se preocupan por los aspectos éticos y emocionales del aborto más que por los aspectos legales. Esto significa que ocultar el aborto inducido se relaciona principalmente con la presión social más que con el miedo al castigo legal (Shabazi, 2012).

- * Las experiencias personales de las mujeres que han abortado con medicamentos son diversas y varían dependiendo del contexto, la edad, la historia reproductiva, el nivel social y educativo, el conocimiento de aborto con medicamentos y las circunstancias físicas, emocionales y sociales conectadas con el embarazo. Pero más importante, es el hecho de que estas experiencias están determinadas por el acceso a: i) un aborto médico supervisado en una clínica clandestina o ii) información completa y exacta del aborto con medicamentos. Otros factores clave son el acceso a recursos económicos y apoyo emocional (Zamberlin, Romero y Ramos, 2012).
- * En el caso de Colombia, el aborto inseguro prevalece en todas las partes del país y continúa teniendo un impacto sustancial en la salud de las mujeres, así como en los recursos de salud. Se sugiere que el impacto de abortos inseguros, puede ser reducido por medio del uso de métodos anticonceptivos apropiados, políticas y programas relacionados con el aborto y aumento de acceso a servicios de aborto legal en Colombia (Prada, Biddlecom y Singh, 2011).
- * Los costos en el sistema de salud por el tratamiento de complicaciones graves del aborto tan solo son uno de los componentes del impacto económico total que representan los abortos inseguros para la sociedad, considerando que los costos económicos indirectos —costos domésticos, de sectores externos al sistema de salud y de la economía global— no han sido rigurosamente medidos (Vlassoff y otros, 2009).

En el caso de Colombia, el aborto inseguro prevalece en todas las partes del país y continúa teniendo un impacto sustancial en la salud de las mujeres, así como en los recursos de salud”.

Los hallazgos de los estudios dan algunas pautas para tener en cuenta en la promoción de condiciones seguras en la atención del aborto a las mujeres:

- * La morbilidad por complicaciones post-aborto puede disminuirse proveyendo a los hospitales y clínicas con tecnología y capacitación eficiente en cuidados pos-aborto con equipos para AMEU de bajo costo, entrenamiento a médicos en la operación y mantenimiento de estos, entrenamiento a enfermeras para brindar asesoría de anticoncepción después del tratamiento. Aunque estas dos aproximaciones solas no pueden acabar con los problemas que trae el aborto inseguro, su uso extensivo haría una gran diferencia para disminuir la incidencia y los costos humanos y monetarios (Stanley, Henshaw, Adewole, Singh y Bankole, 2008).

- * La capacitación extendida de personal médico en procedimientos de abortos podrían bajar los índices de complicaciones y lesiones serias entre mujeres.
 - * Deben hacerse esfuerzos para mejorar el conocimiento y las habilidades del personal médico sobre el aborto con medicamentos, a la vez que las investigaciones deben enfocarse en mejorar la eficacia de estos métodos y disminuir la duración del sangrado asociado con ellos. El aborto inducido por medicamentos parece ofrecer una alternativa más sana que el aborto quirúrgico para embarazos dentro del primer y segundo trimestre (World Health Organization, 2000-2001).
 - * Se evidencia que una alta calidad en servicios en asesoramiento en métodos de anticoncepción puede inducir a las mujeres a utilizar métodos anticonceptivos después de haber tenido un aborto inseguro. Las mujeres que desistieron del uso de anticonceptivos, en su mayoría, son menores de 19 años o solteras, lo cual puede explicarse con el hecho de no tener una vida sexual activa. Para facilitar el uso de anticonceptivos a largo plazo, se requieren sesiones de asesoramiento para promoverlos. Se sugiere tener en cuenta estos resultados para reducir el número de abortos inseguros repetitivos (Rasch, Massawe, Yambesi y Bergstrom, 2004).
 - * Sin embargo, hay que tener en cuenta que, incluso, con un alto uso de métodos anticonceptivos, no se puede eliminar por completo la necesidad de un aborto inducido debido a que los anticonceptivos disponibles tienen un nivel de fracaso variable. De acuerdo con lo anterior, se evidencia que en Europa occidental aunque el uso de métodos anticonceptivos es alto, el promedio anual de abortos es de 11 por cada 1000 mujeres. Aun así, la incidencia del aborto inseguro puede ser reducida por medio del uso de modernos métodos anticonceptivos y el acceso del aborto seguro legalmente disponible (Ahman y Shah, 2006).
 - * Por último, los hallazgos llaman la atención sobre la necesidad de proveer una definición clara sobre aborto y sus implicaciones en la recolección de información sobre aborto inseguro: la mayoría de los estudios sobre el aborto no proveen una definición clara de aborto o de mortalidad relacionada con aborto. Sin una definición estándar de aborto, comparar resultados entre estudios o establecer conclusiones con respecto a la mortalidad global y local relacionada con aborto es casi imposible. Existe, de hecho, una controversia frente a la definición de aborto. Los datos de mortalidad materna debidos a prácticas de abortos inseguros son obtenidos de fuentes pobres donde la recolección de datos es un reto y es probable que se subestime el verdadero peso de la mortalidad materna causada por prácticas inseguras de aborto (Gerdt, Vohra y Ahern, 2013).
- Los antecedentes revisados permiten afirmar respecto de los determinantes que existe un marcado interés en el estudio de determinantes relacionados con: i) aspectos sociales y económicos (Vlassof, Walke, Shearer, Newlands y Singh, 2009; Stanley, Henshaw, Adewole, Singh y Bankole, 2008; Sing, 2006; Singh, Prada y Kestler, 2006; Prada, Biddlecom y Singh, 2001; World Health Organization, 2001); ii) formación del personal médico y técnicas utilizadas (Gerdt, Vohra y Ahern, 2013; Shahbazi, 2012; Rasch y Rose, 2009);

iii) uso de anticonceptivos (Ahman y Shah, 2006; Rasch, Massawe, Yambesi y Bergstrom; World Health Organization, 2001). Hay escasa información sobre las experiencias de las mujeres (Zamberlin, Romero y Ramos, 2013).

Otras investigaciones revisadas muestran interés principalmente por variables como la edad, la escolaridad, la actividad laboral, el número de hijos, la práctica anticonceptiva, el estrato social y la religiosidad¹¹. Sucede, no obstante, que la identificación de factores determinantes del aborto inseguro tiene aún un camino largo por recorrer. La mirada sobre las características personales de las mujeres, la profundización en aspectos macro-sociales y de contexto en que se desenvuelven las mujeres, entre otros aspectos, deben primar en las nuevas investigaciones sobre el tema, para contribuir en la construcción de las políticas públicas ajustadas a las condiciones reales de las mujeres que viven esta experiencia.

Al lado de ello, estudios anteriores muestran que la razón más frecuente reportada por las mujeres en el mundo para practicarse un aborto inducido es la necesidad de posponer el embarazo, seguida por el deseo de evitar interrumpir los estudios o el empleo y la falta de soporte el padre (Bankole et al, 1998, citado en Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2003). El estudio realizado por la Fundación Oriéntame (1988) mostró que las principales explicaciones dadas por las mujeres para practicarse un aborto estaban relacionadas con su historia reproductiva, el hecho de tener muchos hijos, no querer más hijos, embarazos muy próximos y, en menores proporciones, el desconocimiento de métodos de control natal y el mal uso de estos (Prada Salas, Mora y Mejía, 1998).

El estudio realizado por la Fundación Oriéntame (1998) mostró que las principales explicaciones dadas por las mujeres para practicarse un aborto estaban relacionadas con su historia reproductiva, el hecho de tener muchos hijos, no querer más hijos, embarazos muy próximos y, en menores proporciones, el desconocimiento de métodos de control natal y el mal uso de estos (Prada Salas, Mora y Mejía, 1998).¹¹

¹¹ Algunos de los estudios sobre los determinantes del aborto son: Aborto en el Conurbano de Buenos Aires: opiniones, evidencias e interrogantes, Algunos hallazgos en torno a los condicionantes sociales del aborto inducido en la República Dominicana; y Aborto inseguro: el caso de Nicaragua. (Universidad Externado de Colombia, 1994)

Los antecedentes revisados hasta el momento, si bien muestran un avance en la comprensión del fenómeno del aborto inseguro, también permiten poner en evidencia diversos vacíos de orden teórico y empírico que quedan por superar para, con el fin de diseñar políticas e implementar estrategias pertinentes para su prevención y atención.

Desde el punto de vista teórico puede observarse la necesidad de integrar la información disponible sobre el aborto inseguro, la cual, aunque es amplia, está dispersa. Desde el punto de vista metodológico, se observó la necesidad de contar con aproximaciones cualitativas que permitan profundizar en la experiencia de las mujeres, las barreras y obstáculos que deben enfrentar, así como las particularidades del contexto en el cual se encuentran, que ponen en riesgo su salud e, incluso, su vida a la hora de interrumpir un embarazo.

Ahora bien, desde el punto de vista metodológico, es necesario revisar los estudios cualitativos existentes sobre el aborto inseguro, con el fin de contar con diseños de instrumentos y estrategias válidas que permitan explorar sus determinantes desde otras perspectivas.

Al lado de ello, desde el punto de vista empírico los hallazgos disponibles hasta el momento permiten identificar la necesidad de:

- * Trascender el estudio de variables sociodemográficas, que si bien son importantes y deben seguir tomándose en cuenta, no alcanzan a dar cuenta de la experiencia personal de las mujeres, ni de las particularidades de sus contextos, con el fin de identificar los principales factores determinantes en la práctica del aborto inseguro así como en las barreras de acceso a la IVE.
- * Ampliar la información sobre los determinantes relacionados con los antecedentes previos al aborto inseguro: respecto al procedimiento y los aspectos posteriores al mismo.
- * Tener como fuente primaria la experiencia de las mujeres con el fin de profundizar y complementar los estudios de orden cuantitativo que se han realizado hasta el momento.
- * Identificar los determinantes contextuales, interpersonales e individuales relacionados con la práctica del aborto inseguro y las barreras de acceso a la IVE, desde la perspectiva de las mujeres, con el fin

de generar recomendaciones de política pública para la reducción de la morbi-mortalidad materna.

Los vacíos encontrados en la bibliografía existente sobre el fenómeno del aborto inseguro, permiten formular las siguientes preguntas de investigación:

- * ¿Qué razones tienen las mujeres colombianas para decidir interrumpir un embarazo?
- * ¿Cuáles son los antecedentes próximos a la interrupción del embarazo que se relacionan con el aborto inseguro experimentado por las mujeres en Colombia?
- * ¿Cuáles son los factores de proceso que se relacionan con un procedimiento de aborto realizado en condiciones de riesgo para las mujeres en Colombia?
- * ¿Cuáles son los factores posteriores a la interrupción del embarazo relacionados con el aborto inseguro en Colombia?
- * ¿Cuáles son las barreras de acceso que enfrentan las mujeres para ser atendidas en un proceso de interrupción voluntaria del embarazo?
- * Con el fin de dar respuesta a los interrogantes mencionados se formularon los objetivos de la presente investigación.

4. Metodología

4.1. Objetivo general

Identificar los determinantes del aborto inseguro y las barreras de acceso para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Colombia, con el fin de generar recomendaciones para el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y otros sectores relacionados.

4.2. Objetivos específicos

- * Identificar las razones por las cuales las mujeres deciden interrumpir un embarazo.
- * Identificar y analizar los factores que determinan el aborto inseguro en Colombia.
- * Identificar los antecedentes próximos a la interrupción del embarazo que se relacionan con el aborto inseguro experimentado por las mujeres en Colombia.
- * Identificar los factores de proceso que se relacionan con un procedimiento de interrupción del embarazo realizado en condiciones de riesgo para las mujeres en Colombia.
- * Identificar los factores posteriores a la interrupción del Embarazo (IE) relacionados con el aborto inseguro en Colombia.
- * Identificar y analizar barreras de acceso, que incluyan barreras institucionales o derivadas del marco normativo en salud, para la atención en la interrupción voluntaria del embarazo.
- * Generar recomendaciones para el SGSSS y otros sectores relacionados, de acuerdo con los resultados del proceso de investigación.

4.3. Tipo de estudio

Con el fin de alcanzar los objetivos propuestos, se realizó un estudio exploratorio de carácter cualitativo y descriptivo, con técnicas directas, es decir, donde la fuente principal son las historias de vida de las mujeres que experimentaron una o más IE o IVE.

Como se mencionó, el estudio del aborto inseguro se ha hecho, en general, mediante la estimación de los niveles de aborto inducido con técnicas indirectas, siendo los registros administrativos de salud la principal fuente de información. De esta manera, el estudio más reciente hecho en Colombia aplicó el Método de Estimación de Aborto por Complicaciones (AICM — por sus siglas en inglés—) el cual hace uso de los datos sobre número de mujeres tratadas por complicaciones derivadas del aborto para estimar las tasas de embarazo no planeado y el resultado de los embarazos, es decir, de la proporción que termina en nacimientos planeados, nacimientos no planeados, abortos inducidos y abortos espontáneos (Allen Guttmacher Institute, 2010).

Aplicando el AICM se puede establecer la incidencia del aborto y el comportamiento de la práctica del aborto clandestino. No obstante este tipo de metodología no permite identificar cuáles son los factores — personales y externos— que llevan a las mujeres a practicarse un aborto y, en particular, a exponerse a un aborto inseguro. Tampoco permite identificar las barreras de acceso para el ejercicio del derecho a la IVE. Para este propósito es preciso tener como fuente de información primaria a las mujeres que han pasado por esta experiencia.

Para identificar cuáles son los factores que influyen en la práctica del aborto en condiciones inseguras y cuáles son las barreras que enfrentan las mujeres para acceder a procedimientos legales a pesar de encontrarse en alguna(s) de las causal(es) despenalizada(s) por la Corte Constitucional en 2006, se hizo uso de metodologías cualitativas, estas facilitan indagar en profundidad por las historias de vida de las mujeres que se han practicado un aborto, las razones para la toma de esa decisión, la situación en la que se produjo, la narrativa sobre la interrupción del embarazo, así como las consecuencias de la misma.

Los métodos cualitativos se orientan a descubrir el sentido y significado de las acciones sociales que no son cuantificables. La investigación cualitativa propone como alternativas para el análisis las categorías de sujeto, subjetividad y significación, cuya mutua filiación se irá a encontrar en los conceptos de interioridad y vivencia. Desde el punto de vista del conocimiento, lo que interesará desarrollar es aquello que, en las percepciones, sentimientos y acciones de los actores sociales, aparece como pertinente y significativo.

La metodología cualitativa posibilita entender aspectos comunes a muchas personas y grupos humanos en el proceso de producción y apropiación de la realidad social y cultural en la que desarrollan su existencia.

En coincidencia con el planteamiento de Geertz (1983), la presente investigación cumple las tres condiciones más importantes para producir conocimiento mediante el uso de metodologías cualitativas: i) la recuperación de la subjetividad como espacio de construcción humano, ii) la reivindicación de la vida cotidiana como escenario básico para comprender la realidad socio-cultural, y iii) la intersubjetividad como vehículo para acceder al conocimiento válido de la realidad humana.

4.4. Método de investigación

Teniendo en cuenta la necesidad de establecer relaciones explicativas entre diversos aspectos de la información recolectada, se consideró pertinente utilizar para el análisis de la narrativa de las mujeres la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967). Este método cualitativo está diseñado para recoger y analizar datos de manera sistemática y provee herramientas para aproximarse a la construcción de modelos teóricos partiendo directamente de los datos obtenidos.

La teoría fundamentada plantea cuatro etapas: i) codificación libre o abierta de la información; ii) codificación axial; iii) codificación selectiva o construcción de familias; y iv) matriz condicionada o construcción de modelos teóricos (Glaser y Strauss, 1967). Para los fines del presente estudio se hizo uso de tres de las cuatro etapas.

Para empezar la codificación abierta sirve para la organización inicial de los datos dentro de las **categorías conceptuales** macro, que para efectos de este estudio se refieren a: los antecedentes próximos a la interrupción del embarazo; las razones para la interrupción del embarazo; los factores de proceso; barreras de acceso; y los factores posteriores a la interrupción del embarazo. De esta manera se puede dar paso a la etiquetación de cada categoría para organizar la información en grandes porciones con nombres representativos. Por medio de la codificación abierta se identifican con los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones.

La segunda, la codificación axial, hace referencia a la construcción de un esquema conceptual. Se deben establecer **subcategorías** asociadas con las categorías macro para ahondar en sus dimensiones y propiedades.

La tercera etapa se hace para refinar el proceso de interpretación de la información, por lo tanto, se hizo una codificación selectiva, la cual pone en evidencia **propiedades, dimensiones o relaciones emergentes**.

Es necesario resaltar que este estudio cualitativo cuenta con una muestra amplia de entrevistas (73). En estas se hay un número importante de preguntas abiertas (55) y una serie de preguntas cerradas (117) que proveen información cuantitativa¹². Tanto las preguntas abiertas como las cerradas tienen como propósito recoger información acerca de los diversos momentos por los cuales pasaron las mujeres que se enfrentaron a un aborto inseguro (antes, durante y después).

Por consiguiente en el presente estudio se implementa el proceso de codificación abierta propuesto por Strauss y Corbin (2002) para cada una de las 55 preguntas abiertas, con el fin de formar categorías macro iniciales que permitieran a su vez definir sub-categorías o propiedades para el análisis de la información y así poder dimensionar los principales determinantes del aborto inseguro, de acuerdo con los relatos de las participantes, a partir de la definición de una serie de códigos.

Se sugiere en una próxima fase del estudio o en futuras investigaciones, abordar el cuarto paso que propone la teoría fundamentada¹³ con el fin

.....
¹² Los investigadores que implementan la teoría fundamentada suelen realizar de 20 a 30 entrevistas máximo y una o dos preguntas sobre el fenómeno en cuestión para recoger la información requerida (Creswell, 1998).

¹³ Como lo menciona Creswell (1998), la última fase de análisis de la teoría fundamentada no suele encontrarse en la mayor parte de estudios que utilizan esta metodología, dada su complejidad y la necesidad de contar con tiempos amplios para el análisis de la información que esta fase requiere.

de dar cuenta no solo de las categorías, las subcategorías y códigos emergentes, sino de sus correlaciones; y de integración en un modelo teórico que permita entender y visualizar la relación y balance entre los diversos determinantes del aborto inseguro, trascendiendo así el análisis descriptivo que contiene esta investigación.

4.5. Población objetivo

La población del presente estudio se delimitó como el conjunto de mujeres colombianas en edad reproductiva entre 14 a 49 años, quienes se han practicado un aborto o una interrupción voluntaria del embarazo.

4.6. Alcance del estudio

El estudio tiene alcance regional: Bogotá; y regiones Pacífica, Caribe, Central, Oriental y Amazonía y Orinoquía¹⁴.

Para establecer tanto las regiones como los municipios susceptibles a ser parte del estudio, se utilizó como estimación indirecta el número de abortos reportados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010¹⁵. Para cada una de las regiones se identificaron el/o los departamentos con el mayor número de municipios en los que se reportaban abortos o terminaciones; y para el departamento se seleccionaron los tres municipios con el mayor número de casos. En Bogotá se consideraron los municipios de la muestra que pertenecen a la Ciudad Región de Bogotá¹⁶.

¹⁴ Bogotá se toma sin el área de Soacha. La región Pacífica corresponde a: Cali área metropolitana, Valle del Cauca sin Cali ni zonas costeras, Cauca y Nariño sin zonas costeras y litoral pacífico, es decir Chocó, zona costera del Valle, Cauca y Nariño. La región Caribe corresponde a: Guajira, Cesar y Magdalena; Barranquilla área metropolitana; Atlántico sin Barranquilla, San Andrés y Bolívar Norte; y Bolívar resto, Sucre y Córdoba. La región Central corresponde a: Medellín área metropolitana; Antioquia sin Medellín; Caldas, Risaralda y Quindío; y Tolima Huila y Caquetá. La región Oriental corresponde a Santanderes, Boyacá, Cundinamarca y Meta; La Región Amazonía y Orinoquía corresponde a Cabeceras de Arauca Casanare, Guainía, Vichada, Amazonas, Putumayo, Guaviare y Vaupés.

¹⁵ Se refiere al número de embarazos terminaron en interrupción o aborto.

¹⁶ La Ciudad Región corresponde a Bogotá y los municipios de: Cajicá, Cota, Chía, Funza, Facatativá, La Calera, Madrid, Mosquera, Soacha, Sopo, Subachoque, Tenjo, Tabio, Tocancipá y Zipaquirá

Dicha selección coincide con los municipios reportados por el MSPS a través del Sistema Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) con el número de IVE.

Los municipios seleccionados muestran una amplia variabilidad en cuanto a su tamaño poblacional, índice de riqueza y condiciones socioeconómicas. Dichas diferencias permiten contrastar los resultados entre las mujeres de áreas geográficas con dinámicas sociales y demográficas diversas.

Teniendo en cuenta la dificultad de ubicar la muestra, los criterios de elegibilidad de las regiones se mantuvieron, aunque los municipios inicialmente seleccionados en cada región variaron dependiendo de la disponibilidad de las participantes en el estudio. Los municipios que se incluyeron en el estudio se presentan en la tabla 3:

Tabla 3. Regiones, Departamentos y Municipios¹⁷

Región	Departamento	Municipio	Población 2013 *	% población en SISBEN 1 2008 **
Caribe	Atlántico	Barranquilla	1.207.264	43,4
Caribe	Cesar	Valledupar	433.248	39,7
Caribe	Bolívar	Cartagena	978.574	55,9
Oriental	Meta	Villavicencio	463.093	35,0
Bogotá	Bogotá	Bogotá	7.674.366	16,0
Central	Antioquia	Medellín	2.417.325	17,6
Central	Risaralda	Pereira	464.735	29,2
Pacífica	Valle del Cauca	Cali	2.319.655	17,9
Pacífica	Nariño	Pasto	428.948	37,6
Pacífica	Cauca	Popayán	272.720	36,3
Amazonía y Orinoquía	Putumayo	Puerto Asís	58.951	69,8
Amazonía y Orinoquía	Putumayo	Caicedo	14.484	60,3

* DANE. Colombia. Proyecciones de población municipales 2005-2020

** DNP. Población registrada en la base de datos del SISBEN a marzo de 2008

¹⁷ Tamaño poblacional de los municipios según las proyecciones del DANE, el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas calculados por el Departamento de Planeación Nacional (DNP) a partir del Censo de 2005 y, el porcentaje de población que pertenece al nivel 1 del SISBEN de acuerdo con el reporte de Marzo de 2008.

4.2. Instrumento de investigación

Para la recolección de la información se escogió como instrumento la entrevista estructurada, teniendo en cuenta que este tipo de herramienta cuenta con las ventajas de la entrevista cualitativa y facilita la comprensión de las categorías mentales de quien provee la información, al mismo tiempo que brinda la posibilidad de incluir categorías generales que permiten recoger amplios cuerpos de información en lapsos de tiempo relativamente limitados. La entrevista estructurada es un instrumento abierto, flexible y adaptable a distintos contextos empíricos, como los que caracterizan la experiencia de las mujeres entrevistadas.

El objetivo prioritario de la entrevista estructurada fue el de proporcionar un marco dentro del cual las mujeres entrevistadas pudieran expresar su modo de sentir con sus propias palabras, cubriendo la variedad de las situaciones sociales, las diferentes expresiones del fenómeno, para captar la complejidad de sus percepciones y experiencias individuales.

4.2.1. Diseño de la guía de entrevista, instructivo y consentimiento informado

Con el objeto de implementar la entrevista estructurada, se diseñó una guía de entrevista, un instructivo para su aplicación, y un modelo de consentimiento informado, como requisito indispensable antes de iniciar cada entrevista.

4.2.1.1. Guía de entrevista

La guía de entrevista se diseñó sobre la base de la información que tenía el equipo coordinador de la investigación y del conocimiento sobre el formato de entrevista estructurada utilizada en la ENDS (2010), el cual incluye algunas preguntas de información sociodemográfica, situación conyugal y uso de métodos anticonceptivos. Las preguntas fueron ajustadas de acuerdo con los objetivos de la presente investigación.

La guía de entrevista ofrece un «guión» que facilita la recolección de la información. Este instrumento permite que el entrevistador indague acerca de todos los temas que deben ser tratados, a lo largo de la entrevista,

respetando el contexto y la situación particular de la persona entrevistada. El instrumento final consta de 172 preguntas, de las cuales 117 son preguntas cerradas y 55 son preguntas abiertas (Ver anexo 1). Las categorías cerradas se incluyeron con el fin de facilitar la recolección, registro y codificación de la información por parte de las entrevistadoras.

La guía de entrevista está organizada en cuatro partes. La primera hace referencia a información de la fecha, la hora y los códigos de entrevistada y entrevistadora. La segunda parte recoge información de la entrevistada sobre: perfil sociodemográfico, nupcialidad y situación conyugal, actividad sexual, uso de métodos de anticoncepción y reproducción. La tercera parte recoge información sobre el proceso de interrupción del embarazo, incluyendo aspectos relacionados con el inicio del embarazo, la toma de decisión, el acceso a servicios y el procedimiento. La última parte incluye información relativa a creencias y emociones asociadas con el aborto y el cierre de la entrevista.

4.2.1.2. Instructivo

Con el fin de proporcionar una guía a las entrevistadoras sobre la implementación de la entrevista, se diseñó el instructivo respectivo. El instructivo provee información sobre el rol de la entrevistadora, las condiciones personales, interpersonales y las técnicas óptimas a tener en cuenta para una adecuada implementación de la entrevista, sugerencias a tener en cuenta al diligenciar la guía de entrevista y su registro posterior, explicación del objetivo de cada una

de las preguntas, los conceptos que se deben tener en cuenta sobre cada tema y la intención final de cada una de las preguntas.

4.2.1.3. Validación de la Guía de Entrevista

Una vez se diseñó el instrumento guía de entrevista y el formato de consentimiento informado, que emplearon las investigadoras de campo encargadas de realizar las entrevistas, se convocó a cinco personas expertas para participar en el proceso de validación de ambos formatos.

La validación tuvo como objetivo principal evaluar la Guía diseñada con el fin de determinar los siguientes aspectos: i) evaluar la pertinencia de cada uno de los preguntas para recoger la información necesaria en la consecución de cada uno de los objetivos propuestos; ii) evaluar los aspectos formales de la Guía; y iv) realizar los ajustes necesarios finales antes de implementar el instrumento y el formato de consentimiento informado.

De acuerdo con los resultados de la sesión de validación se realizaron los ajustes de la guía de entrevista y se comenzó con el proceso de pilotaje del instrumento.

4.2.1.4. Pilotaje de la guía de entrevista

El pilotaje tuvo como objetivo someter a prueba la implementación de la guía de entrevista, el instructivo y el consentimiento informado, al mismo tiempo que de las condiciones de aplicación y de los procedimientos involucrados.

El equipo de investigación decidió realizar el pilotaje en dos etapas:

- a.** Inicialmente se realizó una prueba piloto simulando las condiciones reales con las personas del equipo de investigación. Esta prueba tuvo como objetivos: i) familiarizar a las entrevistadoras con la implementación de la guía de la entrevista; ii) sensibilizar a las entrevistadoras frente al proceso de entrevista; iii) identificar dificultades en el registro; iv) identificar dificultades en el proceso de implementación; v) responder inquietudes de las entrevistadoras.
- b.** Posteriormente, y una vez realizados los ajustes producto de la primera fase, se realizó la prueba de pilotaje final. Para dicha prueba se seleccionó un grupo de tres mujeres con características similares a las mujeres que hicieron parte de la muestra final de la investigación. La convocatoria de las personas entrevistadas se realizó siguiendo los protocolos de la investigación para ubicar a las mujeres interesadas en participar, los cuales están descritos en el Código de Ética para la presente investigación. Los objetivos de esta segunda prueba fueron: i) poner a prueba el instrumento con un grupo de mujeres con características similares a la que hizo parte de la muestra del estudio, ii) realizar los ajustes que no se hubieran considerado en la primera prueba y iii) tomar en cuenta las sugerencias realizadas por las mujeres entrevistadas para mejorar el instrumento o su aplicación.

En el pilotaje final cada investigadora entrevistó a una mujer que había interrumpido su embarazo, siguiendo el protocolo establecido en el Instructivo de la guía de entrevista. Finalizada la entrevista, se les solicitó tanto a las investigadoras como a las entrevistadas diligenciar un formato de pilotaje con el fin de consignar sus impresiones sobre diversos aspectos del proceso de entrevista.

Los resultados del proceso de pilotaje obtenidos a través de las observaciones realizadas por el equipo de investigación, y de los formatos diligenciados por entrevistadoras y entrevistadas, permitieron realizar los ajustes finales a la guía de entrevista.

4.3. Código de Ética

Profamilia cuenta con un Comité de Ética en Investigación (CEIP) que evalúa y monitorea las investigaciones desde el punto de vista ético, garantizando los propósitos institucionales y la normatividad nacional e internacional aplicable; así como el respeto de los derechos de los individuos o grupos objeto de las investigaciones.

Para el caso del presente estudio, el protocolo de investigación fue evaluado y avalado por el CEIP en reunión sostenida el 3 de mayo de 2013. De acuerdo con el concepto del CEIP esta es una investigación sin riesgos; ya que se emplearán técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio —entre los que se consideran—, tal y como lo establece la Resolución 8430 de 1993 (Ministerio de Salud, 1993).

Si bien el estudio no presenta riesgos para la población objetivo, el equipo de investigación y el CEIP consideraron un sistema de salvaguardas compuesto por cinco mecanismos para la seguridad del proceso investigativo y de la información recabada, como también para la garantía de los derechos de las personas e instituciones que participan del estudio (ver anexo 2). Los mecanismos son:

- * Respeto a la confidencialidad.
- * Respeto a la privacidad.
- * Respeto a la seguridad y reserva de la información.
- * Respeto a la divulgación de resultados.
- * Respeto al beneficio favorable para los sujetos, grupos o comunidades de las cuales derivará la información proporcionada, así como del equipo de investigación.

De acuerdo con el concepto del CEIP esta es una investigación sin riesgos; ya que se emplearán técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”.

4.4. Recolección de la información

Antes de iniciar con la recolección de la información se seleccionó un equipo de tres personas, con conocimientos en investigación, psicología y entrevista para realizar el levantamiento de la información y otras labores de apoyo durante el proceso de investigación.

Previo al levantamiento de la información se llevó a cabo una capacitación del equipo de investigación sobre:

- * El marco conceptual y metodológico propio de la investigación.
- * Código de ética de la investigación.
- * La situación nacional del aborto y de la IVE.
- * La ruta de atención IVE.
- * La guía de entrevista.
- * Las técnicas de transcripción de la información.
- * La estandarización y categorización de la información.

Para el logro de los objetivos propuestos, la recolección de información se realizó a través del proceso descrito a continuación.

4.4.1. Contacto con las participantes

Para identificar a las mujeres para entrevistar se establecieron tres estrategias: i) La referencia de usuarias de los servicios de aborto en curso o IVE por intermedio de la red de prestadores de servicios de salud de las cinco regiones —prestadores de servicios tanto públicos como privados—; ii) La referencia de las organizaciones y redes de mujeres que conocen de casos; y, iii) por medio del voz a voz.

Para la primera estrategia se solicitó el apoyo del MSPS con el fin de informar a la red de prestadores de salud de las cinco regiones los objetivos de la investigación y las estrategias de contacto de las participantes. Uno de los instrumentos del Código de Ética de la Investigación es un instructivo para que las IPS convocaran a las mujeres que podrían dar su testimonio, dicho instructivo se basa en los principios de confidencialidad y reserva de

los datos. Adicionalmente el MSPS elaboró un documento de presentación del estudio, en el que se instaba a la red pública de prestación de servicios a apoyar el estudio.

A partir de una base de datos suministrada por el MSPS en la que se registran las instituciones que han realizados IVE a nivel nacional 2006 - 2012; se instó a participar de la investigación a 379 IPS, de las cuales solo dieron respuesta 7. Todas las repuestas fueron negativas. Tres instituciones de las que dieron respuesta, manifestaron que no prestan servicios de IVE, a pesar de que la información suministrada por el MSPS proviene del sistema RIPS o Sistema de Información de Prestaciones de Salud, en el cual se consignan todas las atenciones en salud.

“En términos generales las organizaciones fueron muy receptivas con el estudio, de 17 organizaciones contactadas a nivel nacional, 12 dieron respuesta y de estas 8 apoyaron la identificación de mujeres y el trabajo de campo en las regiones. Por intermedio de las organizaciones de mujeres se consiguieron 27 entrevistas”.

Tres entidades más manifestaron no contar con el personal suficiente y capacitado para apoyar la investigación, y una sola institución, después de socializar la propuesta ante el Comité de Ética, decidió no participar en la investigación, ya que su implementación suponía retos operativos y controles adicionales en el manejo y uso de la información de las usuarias.

Simultáneamente el equipo de investigación realizó el mismo proceso con las organizaciones y redes de mujeres que trabajan con temas relacionados³⁸. En términos generales las organizaciones fueron muy receptivas con el estudio, de 17 organizaciones contactadas a nivel nacional, 12 dieron respuesta y de estas 8 apoyaron la identificación de mujeres y el trabajo de campo en las regiones. Por intermedio de las organizaciones de mujeres se consiguieron 27 entrevistas.

Finalmente, se hizo uso de la metodología de voz a voz, y que resultó ser la más efectiva. El equipo de investigación acudió a sus contactos, los cuales, a su vez, promovieron la investigación. Es así como de 87 contactos por esta vía, se concretaron 46 entrevistas.

³⁸ En el Código de Ética de la Investigación se consideró un instructivo para que las organizaciones pudieran convocar a las mujeres.

4.4.2. Entrevista a las participantes

Una vez contactadas las participantes en cada región, el equipo de entrevistadoras viajó a cada uno de los municipios seleccionados con el fin de establecer el contacto personal con cada participante. Posterior a dicho contacto, se verificó que la persona cumpliera con los criterios de elegibilidad de la presente investigación (edad, región, haberse realizado un aborto) y confirmada su voluntad para participar en la investigación, se procedió a fijar fecha y hora de entrevista.

En algunos casos establecer contacto con las mujeres fue más difícil, razón por la cual el equipo de investigación gestionó entrevistas a través del voz a voz, en medio del operativo de campo y no desde el nivel central.

Además de las entrevistas realizadas, cada investigadora diligenció un diario de campo con el objetivo de registrar los aspectos que, durante el transcurso del viaje, la visita al municipio o durante la entrevista, considerara pertinentes en función de los objetivos de la presente investigación.

Cuando tuvieron la oportunidad, las investigadoras entrevistaron a personas que tenían información especializada sobre el aborto inducido en cada una de las regiones. Para estas entrevistas se diseñó un formato estándar el cual incluye preguntas relacionadas con documentos locales producidos sobre el tema y características y barreras en la atención del IVE en la región.

Tanto los diarios de campo como las entrevistas a personas expertas, tuvieron como única finalidad tener en cuenta información relevante para enriquecer el análisis del contexto en el cual se realizaron las entrevistas.

Durante todo el proceso de entrevistas, el equipo coordinador del proyecto realizó un seguimiento continuo con el equipo de entrevistadoras con el fin de atender oportunamente las inquietudes y dificultades.

“ En algunos casos establecer contacto con las mujeres fue más difícil, razón por la cual el equipo de investigación gestionó entrevistas a través del voz a voz, en medio del operativo de campo y no desde el nivel central”.

4.5. Sistematización y análisis de la información

Después de realizar la entrevista y registrarla en el formato de guía de entrevista, cada entrevistadora procedió a la digitación de las entrevistas por computador con el fin de empezar el proceso de codificación y análisis de los datos cualitativos. Con el fin de asegurar un proceso estándar para la digitación de todas las entrevistas se diseñó un formato de digitación. Con la información digitada de cada una de las entrevistas —proceso que siguió todas las normas establecidas por el comité de ética para salvaguardar los derechos de las personas participantes y garantizar la confidencialidad de la información—, se procedió con la codificación de la información para el análisis de la información cuantitativa, el diseño del índice del nivel de seguridad de la IE y el análisis de la información cualitativa.

4.5.1. Análisis de la información cuantitativa

Para la sistematización de la información cuantitativa se diseñó un aplicativo de captura en **Census and Survey Processing System** (CSPRO), un paquete orientado a censos y encuestas, que facilita la creación de pantallas de captura y verificación de digitación, aplicaciones de validación, detección de errores, tabulaciones rápidas para el análisis y la divulgación de los datos.

La digitación de la información se hizo de manera simultánea al trabajo de campo. Una vez se ingresaron todos los datos, se hizo un ejercicio de revisión y ajuste de las inconsistencias. De inmediato se procesó la información en **Statistical Product and Service Solutions** (SPSS), generando los tabulados básicos para cada una de las preguntas cerradas por región de acuerdo con las siguientes categorías:

- * Tipo de aborto: IE o IVE;
- * Tipo de proveedor de servicio de salud: casero, privado o público;
- * Tipo de procedimiento: AMEU, Dilatación e Evacuación (DyE), Dilatación y Curetaje (DyC), o medicamentos.

4.5.2. Índice: Nivel de seguridad de la IE y la IVE

A partir de una batería de preguntas cuantitativas se construyó un índice para determinar el nivel de seguridad de las IE que reportaron las mujeres entrevistadas. Los elementos que se tuvieron en cuenta para determinar el nivel de seguridad de las interrupciones corresponden a los nueve criterios para establecer si un aborto se produce o no en condiciones de riesgo para la vida y/o la salud de la mujer, enunciados en el apartado de definiciones: (i) Marco Normativo; (ii) Voluntariedad y autonomía en la toma de decisiones; (iii) Acceso a la información; (iv) Acceso a servicios de salud; (v) Mejores técnicas y prácticas; (vi) Acceso a profesional médico capacitado y a recintos que cuenten con los estándares higiénicos y técnicos para la prestación del servicio en condiciones óptimas; (vii) confidencialidad y privacidad; (viii) Atención post aborto; (ix) protección a las personas con algún tipo de vulnerabilidad.

A continuación se presenta la forma en que se calculó un indicador para cada criterio a partir de las preguntas de la guía de entrevista y la construcción final del índice.

i. Marco Normativo

A partir de las preguntas sobre la edad de la mujer en el momento de la entrevista (V101)³⁹ y la edad de la mujer en el momento de la interrupción del embarazo (V102) se estableció el número de años transcurridos desde el procedimiento, que descontados del año de la entrevista indican el año en que tuvo lugar la interrupción del embarazo (ap), para establecer si fue antes o después del 2006. Asimismo, a partir de una clasificación de los relatos elaborada durante el trabajo de campo, se estableció para cada uno de las interrupciones si esta se hizo por fuera o en el marco de las causales despenalizadas en la Sentencia C-355/06.

La variable **apr** expresa la síntesis de este criterio y se codificó:

- * 0 fuera del marco de la sentencia
- * 1 dentro del marco de la sentencia

³⁹ La V corresponde a Variable y el Número a la identificación de la pregunta en la guía de entrevista; y el número subsiguiente es la opción de respuesta válida para efectos del indicados

ii. Voluntariedad y autonomía en la toma de decisiones

Se estableció que la decisión no fue voluntaria ni autónoma cuando la mujer habló con alguien para tomar la decisión (V621=1) y lo que le dijo o dijeron otras personas influyó en su decisión (V624=1); cuando la reacción de la pareja influyó en la decisión mujer (V627=1); y cuando la mujer considera que alguien más podría intervenir en la decisión (V630=1). Cuando los comentarios de otros y la reacción de la pareja no influyeron y la mujer considera que nadie más debería intervenir en la decisión, se considera que la decisión es voluntaria y autónoma.

La variable **vol** expresa la síntesis de este criterio y se codificó:

- * 0 No tuvo voluntariedad ni autonomía para la decisión.
- * 1 Tuvo voluntariedad y autonomía para la decisión.

iii. Acceso a la información

Se considera que la mujer no tuvo acceso a información de calidad cuando no recibió explicación sobre el procedimiento (V659=2 y V677=2) y cuando la información que recibió no fue clara (V660=2 y V678=2). Cuando la mujer recibió explicación sobre el procedimiento y esta fue clara, se considera que tuvo acceso a información de calidad.

La variable **accinfo** expresa la síntesis de este criterio y se codificó:

- * 0 No tuvo acceso a información de calidad.
- * 1 Tuvo acceso a información de calidad.

iv. Acceso a servicios

Se considera que la mujer no tuvo acceso a servicios cuando no fue fácil obtener información sobre el procedimiento (V636=2) y cuando su procedimiento no lo realizó un proveedor de servicios (V648=1). En los casos en que fue fácil obtener información sobre el procedimiento y este fue realizado por un proveedor de servicios de salud —público o privado—, se considera que tuvo acceso a servicios.

La variable **accserv** expresa la síntesis de este criterio y se codificó:

- * 0 No tuvo acceso a servicios.
- * 1 Tuvo acceso a servicios.

v. Mejores técnicas

Se considera que la mujer no tuvo acceso a una técnica segura cuando en su procedimiento no se utilizó AMEU o medicamentos (V664 ≠ 1 ó 3 y V682 ≠ 1 ó 3) y tuvo alguna complicación (V669=1 y V688=1). Tuvo acceso a una técnica segura cuando se utilizó una de estas dos técnicas mencionadas y no hubo complicaciones.

La variable **mejtec** expresa la síntesis de este criterio y se codificó:

- * 0 No tuvo acceso a la mejor técnica.
- * 1 Tuvo acceso a la mejor técnica.

vi. Acceso a profesionales capacitados

Se estableció que la mujer no tuvo acceso a profesionales capacitados cuando ella considera que las personas que le realizaron el procedimiento no estaban capacitadas para hacerlo (V697=2); en el caso contrario se considera que tuvo acceso a profesionales capacitados.

La variable **capprof** expresa la síntesis de este criterio y se codificó:

- * 0 No tuvo acceso a profesionales capacitados.
- * 1 Tuvo acceso a profesionales capacitados.

vii. Confidencialidad y privacidad

Se estableció que se no se respetaron los principios básicos de la confidencialidad y privacidad cuando la mujer no firmó un consentimiento informado (V661=2 y V675=2) y cuando la mujer considera que no se respetó su derecho a la privacidad (V698=2). Cuando la mujer firmó un consentimiento informado y considera que se respetó su derecho a la privacidad, se considera que se respetaron los principios básicos de confidencialidad y privacidad.

La variable **confid** expresa la síntesis de este criterio y se codificó:

- * 0 No se respetó el principio de confidencialidad y privacidad.
- * 1 Se respetó el principio de confidencialidad y privacidad.

viii. Atención post-aborto

Se estableció que la mujer no recibió atención post-aborto cuando no tuvo control médico después del procedimiento (V691=2); no recibió consejería sobre anticoncepción (V694=2); y no adoptó algún método anticonceptivo después de la interrupción (V695=2). Cuando la mujer tuvo control médico después del procedimiento, recibió consejería sobre anticoncepción y adoptó un método anticonceptivo después de la interrupción, se considera que recibió una adecuada atención post-aborto.

La variable **atenpost** expresa la síntesis de este criterio y se codificó:

- * 0 No recibió atención post aborto.
- * 1 Recibió atención post aborto.

ix. Vulnerabilidad

Se consideró que la mujer es vulnerable si tenía menos de 20 años en el momento de la interrupción ($V102 < 20$) o si ha sido obligada a tener una relación sexual (V408=1) o si ha tenido más de una interrupción (interrupción=1). Cuando la mujer es mayor de 20 años y no ha sido obligada a tener una relación sexual y no ha tenido más de una interrupción se considera que no es vulnerable.

La variable **vulner** expresa la síntesis de este criterio y se codificó:

- * 0 Alguna condición de vulnerabilidad.
- * 1 Ninguna condición de vulnerabilidad.

Tabla 4. Síntesis de la construcción del índice del nivel de seguridad de la interrupción del embarazo

Crterios para establecer si un aborto se produce o no en condiciones de riesgo para la vida y/o la salud de la mujer	No.	Variable	Opción de respuesta seleccionada (si/no/múltiple)	Nombre de la Variable	Expresión síntesis del criterio	Valor
1. Marco Normativo	101	edad de la mujer en el momento de la entrevista		apr	fuera del marco de la sentencia (antes de 2006)	0
	102	edad de la mujer en el momento de la interrupción del embarazo			dentro del marco de la sentencia (2006 o posteriormente)	1
2. Voluntariedad y autonomía en la toma de decisiones	621	la mujer habló con alguien para tomar la decisión	=1	vol	No tuvo voluntariedad ni autonomía para la decisión	0
	624	lo que le dijo o dijeron otras personas influyó en su decisión	=1			
	627	la reacción de la pareja influyó en la decisión mujer	=1		Tuvo voluntariedad y autonomía para la decisión	1
	630	la mujer considera que alguien más debería poder intervenir en la decisión	=1			
3. Acceso a la información	659	no recibió explicación sobre el procedimiento (S.Priv)	=2	accinfo	No tuvo acceso a información de calidad	0
	677	no recibió explicación sobre el procedimiento (S. Pub)	=2			
	660	la información que recibió no fue clara (S.Priv)	=2		Tuvo acceso a información de calidad	1
	678	la información que recibió no fue clara (S. Pub)	=2			
4. Acceso a servicios	636	no fue fácil obtener información sobre el procedimiento	=2	accserv	No tuvo acceso a servicios	0
	648	cuando su procedimiento no fue realizado por un proveedor de servicios	=1		Tuvo acceso a servicios	1

Criterios para establecer si un aborto se produce o no en condiciones de riesgo para la vida y/o la salud de la mujer	No.	Variable	Opción de respuesta seleccionada (si/no/múltiple)	Nombre de la Variable	Expresión síntesis del criterio	Valor
5. Mejores técnicas	664	Cuando en su procedimiento no se utilizó AMEU o medicamentos (S.Priv)	≠ 1 ò 3	mejtec	No tuvo acceso a la mejor técnica	0
	682	Cuando en su procedimiento no se utilizó AMEU o medicamentos (S. Pub)	≠ 1 ò 3		Tuvo acceso a la mejor técnica	1
6. Acceso a profesionales capacitados	697	Cuando la mujer considera que las personas que le realizaron el procedimiento no estaban capacitadas para hacerlo	=2	capprof	No tuvo acceso a profesionales capacitados	0
					Tuvo acceso a profesionales capacitados	1
7. Confidencialidad y privacidad	661	No firmó un consentimiento informado (S.Priv)	=2	Confid	No se respetó el principio de confidencialidad y privacidad	0
	675	No firmó un consentimiento informado (S. Pub)	=2		Se respetó el principio de confidencialidad y privacidad	1
	698	No se respetó su derecho a la privacidad	=2			
8. Atención post-aborto	691	no tuvo control médico después del procedimiento	=2	atenpost	No recibió atención post aborto	0
	694	no recibió consejería sobre anticoncepción	=2		Recibió atención post aborto	1
	695	no adoptó algún método anticonceptivo después de la interrupción	=2			
9. Vulnerabilidad	102	si tenía menos de 20 años en el momento de la interrupción	< 20	vulner	Alguna condición de vulnerabilidad	0
	408	si ha sido obligada a tener una relación sexual	=1		Ninguna condición de vulnerabilidad	1
		si ha tenido más de una interrupción	=1			

Nivel de seguridad de la IE y la IVE

La calificación del nivel de seguridad de la interrupción del embarazo se obtuvo sumando las variables que resumen la valoración de cada uno de los criterios.

$$\text{nivel} = \text{apr} + \text{vol} + \text{accinfo} + \text{accserv} + \text{mejtec} + \text{capprof} + \text{confid} + \text{atenpost} + \text{vulner}$$

Este indicador varía entre 0 cuando no se cumple ningún criterio de seguridad y 9 cuando se cumplen los nueve criterios, evaluando cada procedimiento como completamente inseguro (cuando el valor es 0) y completamente seguro (cuando el valor es 9).

4.5.3. Análisis de la información cualitativa

En primer lugar se elaboró una matriz orientada a la organización de las variables de acuerdo con la batería de preguntas del instrumento de investigación. Esta matriz tuvo como objetivo dar una primera estructura a todos los datos cualitativos y cuantitativos recogidos, a partir de los siguientes grupos de información:

- * Perfil socio demográfico.
- * Nupcialidad y situación conyugal.
- * Actividad sexual y uso de métodos anticonceptivos.
- * Reproducción.

- * Toma de la decisión para la interrupción del embarazo.

- * Procedimiento para la interrupción del embarazo.

En segundo lugar se procedió a la codificación abierta. Para ello, en la matriz se asoció con cada una de las preguntas de la guía de entrevista con las **categorías conceptuales macro**:

- a) antecedentes próximos a la interrupción del embarazo,

- b) razones para la interrupción del embarazo,

- c) factores de proceso,

- d) barreras de acceso; y

- e) factores posteriores a la interrupción del embarazo.

En tercer lugar, en la matriz se asociaron las categorías conceptuales macro con las **subcategorías** de análisis (ver tabla.5); y a partir de una lectura vertical de las respuestas de las mujeres entrevistadas para cada una de las subcategorías se hizo la **codificación selectiva**, que para efectos de su identificación se encuentran en **negrilla y letra cursiva** en el capítulo de presentación de resultados. Cabe anotar que para la codificación abierta y axial se hizo preciso elaborar una matriz para cada una de las regiones.

Tabla 5. Categorías y subcategorías de análisis

Codificación abierta (Categorías conceptuales macro)	Codificación axial (Sub-categorías)
Antecedentes próximos a la interrupción del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Antecedentes socio demográficos ◆ Antecedentes sobre nupcialidad y conyugalidad ◆ Antecedentes sobre VSX ◆ Antecedentes sobre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos ◆ Antecedentes reproductivos ◆ Antecedentes de pérdidas o interrupciones ◆ Antecedentes sobre la prueba de embarazo y acceso ◆ Antecedentes emocionales ◆ Antecedentes sobre red de apoyo ◆ Antecedentes sobre el proceso de toma de decisión
Razones por las cuales las mujeres deciden interrumpir un embarazo	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Razones para interrumpir el embarazo ◆ Opciones diferentes a la IE
Factores de proceso que se relacionan con el aborto inseguro	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Factores de proceso información ◆ Factores de proceso lugar del procedimiento ◆ Factores de proceso y tiempo de gestación solicitud ◆ Factores de proceso y tiempo de gestación interrupción ◆ Factores de proceso lugar del procedimiento ◆ Tipos de procedimiento casero ◆ Red de apoyo durante procedimiento casero ◆ Tipos de complicación procedimiento casero ◆ Complicación procedimiento casero y lugar de atención ◆ Confidencialidad y privacidad durante el proceso ◆ Factores de proceso emocionales ◆ Tipos de procedimiento servicio privado ◆ Rutas seguras versus inseguras servicio privado ◆ Red de apoyo durante procedimiento privado ◆ Tipos de complicaciones servicio privado ◆ Confidencialidad y privacidad durante el proceso ◆ Factores de proceso emocionales ◆ Factores de proceso información ◆ Tipos de procedimiento servicio público ◆ Red de apoyo durante procedimiento servicio público ◆ Factores emocionales durante el proceso servicio público

Codificación abierta (Categorías conceptuales macro)	Codificación axial (Sub-categorías)
Factores de proceso que se relacionan con el aborto inseguro	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Tipos de complicaciones servicio público ◆ Atención a complicaciones. ◆ Factores de proceso información ◆ Factores de proceso y anticoncepción ◆ Factores de proceso sobre idoneidad de profesionales. ◆ Confidencialidad y privacidad durante el proceso
Barreras de acceso	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Tipos de barreras ◆ Barreras por costo procedimiento casero ◆ Barreras por documentos adicionales servicio privado ◆ Tipos de barreras servicio privado ◆ Barreras por costo servicio privado ◆ Barreras por documentos adicionales servicio público ◆ Tipos de barreras servicio público ◆ Barreras por costo servicio público ◆ Barreras por información sobre la Sentencia
Factores posteriores a la interrupción del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Factores posteriores socio demográficos ◆ Factores posteriores nupcialidad y conyugalidad ◆ Factores posteriores sobre actividad sexual y uso de métodos de anticoncepción ◆ Factores posteriores sobre proveedor de servicios ◆ Factores posteriores emocionales ◆ Imaginarios sobre el aborto

Para el análisis descriptivo de la información, los datos cuantitativos y cualitativos que se presentan a continuación se organizaron en cinco apartados que corresponde a las cinco categorías conceptuales macro. Dentro de cada apartado se da cuenta de la información obtenida para cada sub-categoría y, así mismo, de identifican los códigos o propiedades/ dimensiones emergentes. Además se elaboró un apartado inicial en el que se da cuenta de las características actuales de las mujeres entrevistadas.

Para cerrar el análisis de la información se expone los resultados de la aplicación del índice Nivel de Seguridad de la IE a partir de la lectura de los nueve criterios en relación con las características socio-demográficas de las mujeres en el momento en el que interrumpieron el embarazo y algunas variables de la salud sexual y salud reproductiva de vital importancia.

PARTE

II

Hallazgos y discusión
sobre los determinantes
del aborto inseguro y el
acceso a los servicios de
interrupción voluntaria
del embarazo

1. Características sociodemográficas actuales de las mujeres entrevistadas

Con el fin de detallar la fuente de la información del presente estudio, a continuación se describen las características actuales de las mujeres que aceptaron ser entrevistadas. El estudio se llevó a cabo con un total de 73 mujeres, 3 de las cuales son actualmente menores de 18 años y 70 son mayores de edad. La distribución de las mujeres entrevistadas por región y por municipio es la siguiente (tablas 6 y 7):

Tabla 6. Número y porcentaje de mujeres entrevistadas por región

Región	Frecuencia	Porcentaje
Caribe	14	19,2
Oriental	7	11,0
Bogotá	26	34,2
Central	10	13,7
Pacífica	11	15,1
Amazonía y Orinoquía	5	6,8
Total	73	100,0

Según características sociodemográficas se pudo establecer que, en su mayoría, las mujeres entrevistadas tienen estudios universitarios (27,4%). Es de resaltar que el 50% de las mujeres entrevistadas en Bogotá tienen estudios de posgrado, y en el caso de las mujeres de la región de la Amazonía y la Orinoquía el 25% no terminaron la secundaria.

Tabla 7. Número y porcentaje de mujeres entrevistadas por municipio

Región	Municipio	Frecuencia	Porcentaje
Caribe	Cartagena	7	9.6
	Barranquilla	4	5.5
	Valledupar	3	4.1
Oriental	Villavicencio	7	9.6
Bogotá	Bogotá D.C	26	34.2
Central	Medellín	9	12.3
	Pereira	1	1.4
Pacífica	Cali	4	5.5
	Pasto	3	4.1
	Popayán	4	5.4
Amazonía y Orinoquía	Mocoa	3	4.1
	Caicedo	2	2.7
Total		73	100.0

Respecto a la afiliación en salud, el 57% dijo pertenecer al régimen contributivo y el 16,4% al subsidiado. En la región Caribe se encontró el mayor porcentaje de mujeres que no tienen ningún tipo de afiliación (14,3%).

El 72% de las mujeres está trabajando actualmente, el 11% estudiando y solo el 1,4% no tiene actividad alguna. También se pudo establecer que la mayoría de las mujeres encuestadas pertenecen a los estratos 2, 3 y 4 (15,1%; 23,3% y 17,8% respectivamente); que el 39,7% tienen vivienda propia (ya pagada) y el 27,4% vive en arriendo.

Respecto a la jefatura del hogar, aproximadamente el 50% de las mujeres dijo ser jefa de hogar. Las regiones en las que es mayor dicha jefatura son Amazonía y Orinoquía (75%) y Bogotá (57,7%). Solo el 12,3% de las mujeres dijo compartir los gastos del hogar con su esposo o compañero.

Tabla 8. Características socio demográficas ACTUALES de las mujeres entrevistadas (porcentajes)

	Región donde le hicieron el aborto						Zona donde le hicieron el procedimiento		Total
	Caribe	Oriental	Bogotá	Central	Pacífica	Amazo-Orinoq	Urbana	Rural	
Edad									
Menor de 18	7,1	14,3	0	0	0	0	2,8	0	2,7
18 años y más	92,9	85,7	100,0	100,0	100,0	100,0	97,2	100,0	97,3
Nivel educativo actual									
Ninguno	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Primaria incompleta	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Primaria completa	0	0	0	,0	9,1	0	1,4	,0	1,4
Secundaria incompleta	14,3	14,3	,0	9,1	0	25,0	5,6	50,0	6,8
Secundaria completa	14,3	14,3	7,7	9,1	18,2	0	11,3	,0	11,0
Técnica/tecnológica incompleta	7,1	14,3	0	0	0	0	2,8	,0	2,7
Técnica/tecnológico completa	21,4	14,3	0	18,2	9,1	25,0	11,3	,0	11,0
Universitaria incompleta	7,1	28,6	15,4	,0	27,3	,0	14,1	0	13,7
Universitaria completa	28,6	14,3	26,9	27,3	27,3	50,0	26,8	50,0	27,4
Postgrado	7,1	0	50,0	36,4	9,1	0	26,8	0	26,0
Afiliación en salud actual									
Contributivo EPS cotizante	35,7	57,1	73,1	72,7	36,4	50,0	57,7	50,0	57,5
Contributivo EPS beneficiario	21,4	28,6	3,8	9,1	18,2	0	12,7	0	12,3
Subsidiado	21,4	0	,0	18,2	45,5	50,0	15,5	50,0	16,4
Otro	7,1	14,3	15,4	0	0	0	8,5	,0	8,2
Ninguno	14,3	0	7,7	0	0	0	5,6	,0	5,5
Actividad actual									
Trabajando	64,3	57,1	73,1	100,0	63,6	75,0	73,2	50,0	72,6
No trabajó. pero tenía trabajo	7,1	0	0	0	0	0	1,4	0	1,4
Buscando trabajo	0	14,3	3,8	0	9,1	0	4,2	0	4,1

	Región donde le hicieron el aborto						Zona donde le hicieron el procedimiento		Total
	Caribe	Oriental	Bogotá	Central	Pacífica	Amazo-Orinoq	Urbana	Rural	
Estudiando	7,1	28,6	11,5	0	18,2	0	11,3	0	11,0
Oficios del hogar	7,1	0	3,8	0	9,1	25,0	4,2	50,0	5,5
Pensionada	,0	0	3,8	0	0	0	1,4	0	1,4
Rentista	,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Incapacitada permanente	,0	0	3,8	0	0	0	1,4	0	1,4
Otro	7,1	0	0	0	0	0	1,4	0	1,4
Sin actividad	7,1	0	0	0	0	0	1,4	0	1,4
Estrato de la vivienda									
0	0	0	7,7	0	0	25,0	2,8	50,0	4,1
1	28,6	0	7,7	0	18,2	50,0	12,7	50,0	13,7
2	7,1	14,3	7,7	36,4	27,3	0	15,5	0	15,1
3	28,6	57,1	19,2	18,2	18,2	0	23,9	0	23,3
4	14,3	14,3	23,1	27,3	9,1	0	18,3	0	17,8
5	7,1	0	7,7	9,1	9,1	0	7,0	0	6,8
6	14,3	14,3	23,1	9,1	0	0	14,1	0	13,7
No sabe	0	0	3,8	0	18,2	25,0	5,6	0	5,5
Su vivienda es									
Propia pagada	50,0	14,3	42,3	45,5	18,2	75,0	39,4	50,0	39,7
Propia pagando	0	0	19,2	9,1	9,1	0	9,9	0	9,6
En arriendo	35,7	28,6	26,9	27,3	18,2	25,0	26,8	50,0	27,4
Otro	14,3	57,1	11,5	18,2	54,5	0	23,9	0	23,3
Es jefe de hogar en este momento									
Sí	28,6	42,9	57,7	45,5	45,5	75,0	47,9	50,0	47,9
No	57,1	42,9	34,6	27,3	45,5	25,0	39,4	50,0	39,7
Comparte gastos	14,3	14,3	7,7	27,3	9,1	0	12,7	0	12,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Finalmente se les preguntó a las mujeres si actualmente profesan alguna religión: el 59,2% respondió afirmativamente, de estas el 85,7% dicen ser católicas y el 14,3% cristianas.

Tabla 9. Pertenencia a alguna religión (porcentaje)

	REGIÓN						
	Caribe	Oriental	Bogotá	Central	Pacífica	Amazonía-Orinoquía	Total
Pertenece a alguna religión							
Sí	78,6	85,7	36,0	50,0	63,6	100,0	59,2
No	21,4	14,3	64,0	50,0	36,4	0	40,8
A cual religión pertenece							
Católica romana	63,6	100,0	100,0	80,0	85,7	100,0	85,7
Cristiana	36,4	0	0	20,0	14,3	0	14,3

Adicionalmente se indagó por la pertenencia étnica. Si bien el estudio buscó obtener testimonio de mujeres de todas las regiones, así como de áreas rurales y urbanas, para establecer diferencias y similitudes entre las historias de vida y episodios de aborto o IVE, en la muestra también se obtuvo testimonios de mujeres indígenas (6,8%) y de mujeres afrocolombianas / afrodescendientes / negras / mulatas (6,8%). Las mujeres indígenas son, en su mayoría, de las regiones Pacífica, Amazonía y Orinoquía; y las mujeres afro/negras son de las regiones Caribe y Oriental.

Tabla 10. Pertenencia étnica (porcentaje)

	REGIÓN						
	Caribe	Oriental	Bogotá	Central	Pacífica	Amazonía Orinoquía	Total
Etnia							
Indígena	0	0	0	9,1	18,2	50,0	6,8
Negra/mulata/afrocolombiana/ afrodescendiente	28,6	14,3	0	0	0	0	6,8
Otra	0	0	19,2	0	0	0	6,8
Ninguna de las anteriores	71,4	85,7	80,8	90,9	81,8	50,0	79,5

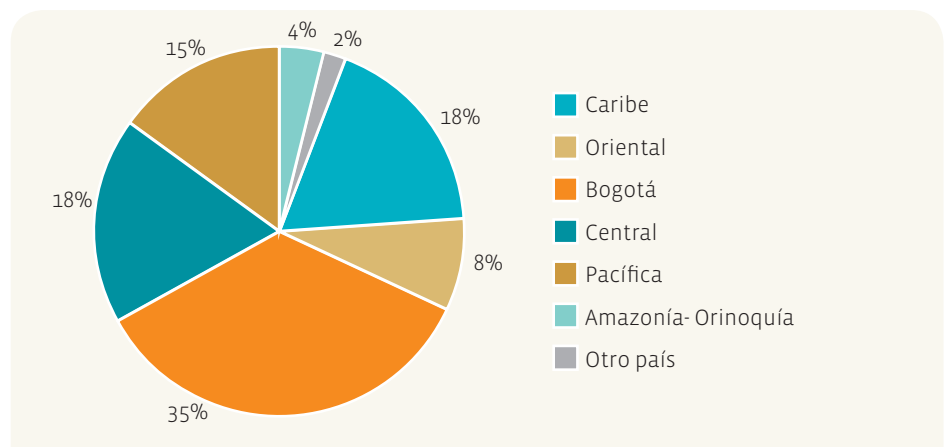
2. Características sociodemográficas en el momento de la interrupción del embarazo

A continuación se hace una descripción de las condiciones sociodemográficas de las 73 mujeres entrevistadas en el momento en el que hicieron la interrupción del embarazo.

En primer lugar, es de resaltar que las 73 participantes reportaron un total de 91 abortos, lo cual indica que una de cada cuatro mujeres tuvo más de un aborto. El promedio de interrupciones del embarazo es de 1,24 por mujer.

La distribución de los casos de interrupción del embarazo por región es la siguiente (Gráfica 1), cabe anotar que una de las mujeres entrevistadas reportó una interrupción en Bogotá y dos más por fuera del país:

Gráfica 1. Distribución de los casos de interrupción del embarazo por región



Las edades del evento de aborto oscilan entre los 14 y los 38 años, el promedio de edad en el momento de la IE o de la IVE, fue de 23,8 años. En el momento de interrumpir el embarazo, 11 mujeres eran menores de edad (17,6%), y 80 casos (82,4%) ocurrieron cuando las mujeres tenían más de 18 años.

La región en la que las mujeres interrumpieron el embarazo a más temprana edad fue la Amazonía y la Orinoquía (50%) seguida por Bogotá (28,1%).

En cuanto al nivel educativo, se determinó que el 33% de los casos las mujeres cursaban estudios universitarios, el 19,8% habían finalizado sus estudios secundarios y el 17,6% ya eran universitarias en el momento de la IE, tal y como lo evidencia la siguiente tabla:

Tabla 11. Nivel educativo de las participantes (porcentaje)

Nivel educativo	REGIÓN							
	Caribe	Oriental	Bogotá	Central	Pacífica	Amazonía y Orinoquía	Otro País	Total
Ninguno	0	0	0	0	0	0	0	0
Primaria incompleta	0	0	0	0	0	0	0	0
Primaria completa	0	0	0	0	7,1	0	0	1,1
Secundaria incompleta	18,8	14,3	18,8	6,3	0	75,0	0	15,4
Secundaria completa	25,0	28,6	6,3	31,3	35,7	0	0	19,8
Técnica/ tecnológica incompleta	6,3	0	0	0	0	25,0	0	2,2
Técnica/ tecnológica completa	12,5	14,3	0	12,5	7,1	0	0	6,6
Universitaria incompleta	12,5	42,9	40,6	43,8	35,7	0	0	33,0
Universitaria completa	12,5	42,9	40,6	43,8	35,7	0	0	33,0
Posgrado	0	0	12,5	0	0	0	0	4,4

Con respecto a la ocupación que tenían las mujeres al momento de interrumpir el embarazo, se encontró que el 44% trabajaba, el 35% estudiaba, el 9% se dedicaba a los oficios del hogar y, únicamente, el 5% reporta que se encontraba sin actividad en el momento de la interrupción. La región oriental es la que reporta el mayor número de mujeres trabajando (42,6%). Bogotá refiere que el 50% de las mujeres estaban estudiando en el momento de la interrupción del embarazo. Y es en la Amazonía y la Orinoquía donde se presenta el mayor número de mujeres sin ocupación definida (25%).

De otra parte se pudo establecer que la mayoría de mujeres en el momento en el que interrumpieron el embarazo pertenecían a los estratos tres (24,2%), uno (16,5%) y dos (15,4%). Aproximadamente el 32% de las mujeres vivía en arriendo y el 34,1% en casa propia. Todas las mujeres entrevistadas en la Amazonía y la Orinoquía tenían vivienda propia, así como el 62,5% de las mujeres de la región Caribe.

Otra de las características sociodemográficas de mayor peso en los estudios sobre aborto es el estado conyugal. En 77 de los 91 casos de aborto, las mujeres dijeron que tenían pareja en el momento de la interrupción del embarazo. Así mismo, el 26,4% de las mujeres dijo ser jefe de hogar cuando se practicó el aborto. Las regiones en las que se presenta mayor jefatura femenina en el hogar son Oriental, Pacífica y Bogotá (28%).

Tabla 12. Pareja en el momento de la interrupción

Tenía pareja en ese momento	REGIÓN															
	Caribe		Oriental		Bogotá		Central		Pacífica		Amazonía-Orinoquía		Otro país		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	14	87.5	5	71.4	29	90.6	13	81.3	10	71.4	4	100	2	100	77	84.6
No	2	12.5	2	28.6	2	6.3	3	18.8	4	28.6	0	0	0	0	13	14.3
No responde	0	0	0	0	1	3.1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.1
Total	16	100	7	100.0	32	100	16	100	14	100	4	100	2	100	91	100

Finalmente se les preguntó a las mujeres que si en el momento de interrumpir el embarazo pertenecían a alguna religión, el 62% respondió afirmativamente, y de estas, el 89% dijo ser católica y el 11% cristiana.

De acuerdo con los hallazgos, las mujeres que interrumpieron un embarazo fueron por lo general mujeres adultas, que terminaron la educación básica secundaria o que cuentan con estudios universitarios, con algún tipo de trabajo y profesan una religión. No pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos, ni tampoco son aquellas que están solas, generalmente cuentan con pareja.

3. Antecedentes próximos a la interrupción del embarazo

Uno de los objetivos del presente estudio —que a su vez corresponde a una de las categorías macro— tiene que ver con la identificación de los antecedentes próximos que rodean a las mujeres que han experimentado una interrupción del embarazo.

Las subcategorías estudiadas están relacionadas con: (i) historia personal, (ii) conocimiento y uso de métodos anticonceptivos; (iii) antecedentes reproductivos; (iv) uso y acceso a pruebas de embarazo; (v) antecedentes emocionales al conocer el estado de embarazo; (vi) red de apoyo social; y, (vii) proceso de toma de decisión previo a la interrupción del embarazo.

3.1. Historia personal

Al indagar sobre la historia personal de las mujeres en el momento de la interrupción del embarazo, la mayor parte de ellas mencionaron que ***vivían con sus parejas e hijos, estudiaban en el colegio o la universidad y trabajaban***. Sin embargo, estos antecedentes muestran amplias diferencias por región; por ejemplo, mientras que en Bogotá las mujeres reportan con mayor frecuencia ***vivir solas*** o ***con amigos***, en otras regiones, las mujeres no suelen ***vivir solas, trabajan para ayudar a solventar los gastos familiares*** y deben enfrentar múltiples y mayores ***dificultades económicas***²⁰, tal y como lo evidencian los siguientes testimonios:

²⁰ Los enunciados que están en negrilla y letra cursiva corresponden a la codificación selectiva

[...] yo lloraba porque la situación económica era muy, como yo le digo... En otra ocasión hubiese sido la mujer más feliz del mundo pero no era la situación porque yo trabajaba por esta casa, recién estaba comenzando luego de tener mi hijo, luego de tener tantas dificultades, tantos rollos, entonces estaba otra vez como surgiendo y venía ese embarazo, entonces no era el momento, entonces yo tenía planeado estudiar porque tengo que levantar a mi familia, porque tengo sobrinos especiales. Mi mamá es viuda y mis hermanas tuvieron otros bebés y se los dejaron a mi mamá y niños era lo que abundaban, entonces sí, era como yo qué hago, o es lo mío o es lo de los demás (Amazonía-Orinoquía, 32 años)²¹.

Cuando decidí interrumpir el embarazo vivía con el niño. Vivo con el niño solamente, con el menor, porque el mayor vive con el papá. Vivía, pues, normalito. Yo trabajo, me la **paso trabajando**. Pues yo trabajo para él y para el grande, para pagar servicios, pues, porque me toca a mí sola y pues en ese momento pues se me vino el mundo encima de saber que estaba en embarazo (Oriental, 30 años).

Pues la verdad yo andaba de allá para acá, por lo que la niña es pequeñita **yo mantenía trabajando** en un lado y en otro para ganar cualquier... pues para que me alcance a pagar arriendo, servicios, porque también me tocaba ayudar a la que me arrienda, para mercado, todo eso, para la niña, para pagar la guardería. Entonces me tocaba trabajar haciendo una cosa o la otra, lavando ropa, entonces no dependía de un solo trabajo y me tocaba ir a visitar al campo a mi abuelito que también estaba enfermo y colaborarle también en algo (Pacífica, 24 años).

3.1.1. Referencias a diferentes tipos de violencias

Algunas mujeres reportaron haber sido víctimas de violencia en la infancia

[...] yo tenía que levantarme a las cuatro y media de la mañana, yo tenía que salir al colegio y ya al medio día, ya había hecho el desayuno y el almuerzo, con mis hermanitas íbamos para la escuela y llegábamos y seguir con la comida y ya a las siete u ocho ya dejaba la comida y hacía mis tareas del colegio, y alistar los uniformes de mis hermanas y tenía a mi hermano mayor que era muy, muy es-

²¹ Todas las entrevistas reportadas en este documento, fueron realizadas en el marco de la investigación, en el año 2013.

tricto, o sea, recibí mucho maltrato físico, psicológico, verbal, todo maltrato por parte de él y lamentablemente mi mamá, no sé qué le pasó, ella le dio toda la autonomía a él, toda la razón, nunca le reprochó algún ataque hacia mí, incluso hubo como esa amenaza también que ella decía: si le dices a tu papá, pones dos. Entonces siempre fui como cohibida. Yo me sentía con tanto maltrato como un ser inferior [...] (Amazonía-Orinoquía, 32 años).

Otras manifestaron haber sido **víctimas de violencia de pareja**

[...] pues la relación con él no era tan buena como ahora, él a veces me maltrataba y me gritaba entonces [...] (Amazonía-Orinoquía, 18 años).

Entonces había muchas cosas, había cuestiones económicas, emocionales, yo ya **no quería estar con él porque me maltrataba**, una persona así como muy infiel, entonces habían muchas historias en torno y además que mi primer embarazo había sido muy chiquita, él me llevaba 8 años. Entonces era como una crisis así grandota, que pues ya tenía 22, pero 22 con una hija ya de 5 años y pues era complicado. Yo me sentía colapsada, o sea, otro bebé y en esa crisis y en esa locura que estaba en ese momento [...] siempre he considerado que el acto de amor más grande que yo pude hacer fue decir no en ese momento, porque, qué le podía ofrecer yo si no estaba bien conmigo misma. O sea, no le puedes dar a otro lo que no tienes (Pacífica, 22 años).

En otros casos las mujeres mencionaron haber sido **víctimas de violencia sexual**:

En ese momento era muy difícil, porque trabajaba y estaba expuesta a muchas cosas, mi vida estaba como desordenada. Mi esposo no estaba trabajando pero él sabía que yo estaba trabajando en eso. **Después me violaron y después de eso yo me enfermé**, me puse muy mal, veía y oía cosas, no me acuerdo casi, pero me internaron en un hospital de salud mental (Central, 31 años).

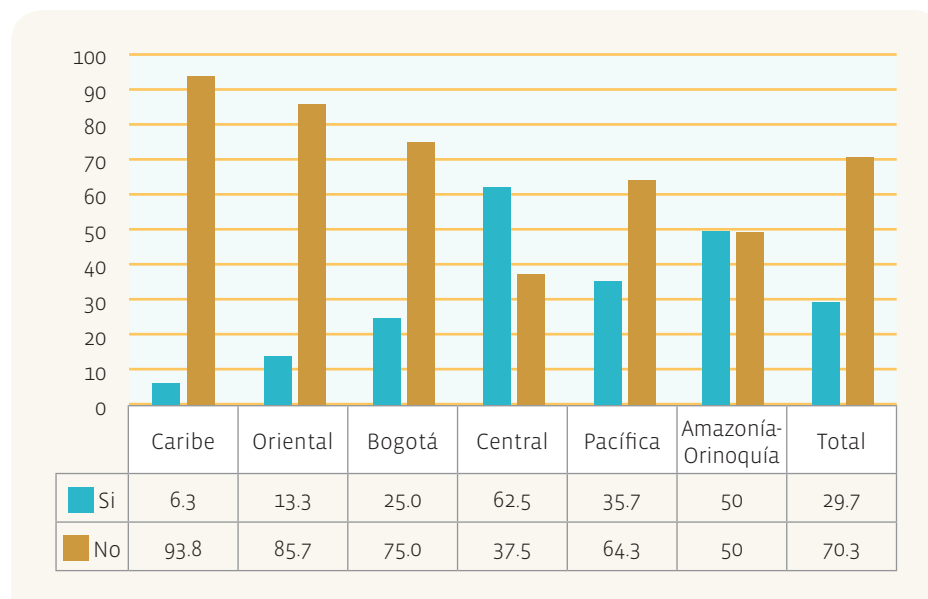
Me violaron como ocho personas. Me dispararon y todo, porque yo no quería... Estaba dispuesta a recibir golpes y estaba dispuesta a que me mataran, pero bueno, cuando me hicieron el primer disparo yo me asusté mucho. Me pasó cerca de la cara y yo sentí la bala y me asusté mucho... No por el dolor que pudiera sentir, no por lo que pudiera pasar conmigo, sino que pensé en

mis hijos... Yo... Porque yo he sufrido de maltrato físico mucho con mi papá y con el papá del hijo, entonces si me pegan, yo también pego... Entonces eso a mí no me doblé porque he enfrentado esa situación y la he superado. Entonces cuando estaban estrujándome y me pegaban, yo no les agaché la cabeza y entonces hicieron un disparo y te digo que... sentí como si de verdad me lo hubieran pegado en la cabeza, como si lo hubiera recibido y entonces se me pasaba toda la vida y sobre todo la vida de mis hijos sin mí [llanto]. Entonces pensé... esto es un momento y la vida con mis hijos es toda la vida... y ya... cedí (Central, 33 años).

Si bien algunas mujeres reportaron espontáneamente haber sido víctimas de violencia sexual a lo largo del relato de su historia personal, dentro del instrumento se contempló una pregunta para indagar por este fenómeno (Gráfica 2).

Al indagar si habían sido obligadas alguna vez en su vida a tener una relación sexual el 29,7%, es decir, la tercera parte de las mujeres entrevistadas, manifestaron haber sido obligadas a tener relaciones sexuales en algún momento de su vida. Los casos de violencia sexual se encontraron en mayor proporción en la región Central seguida por la Amazonía-Orinoquía y Pacífica.

Gráfica 2. ¿Alguna vez ha sido obligada a tener una relación sexual? (porcentaje)

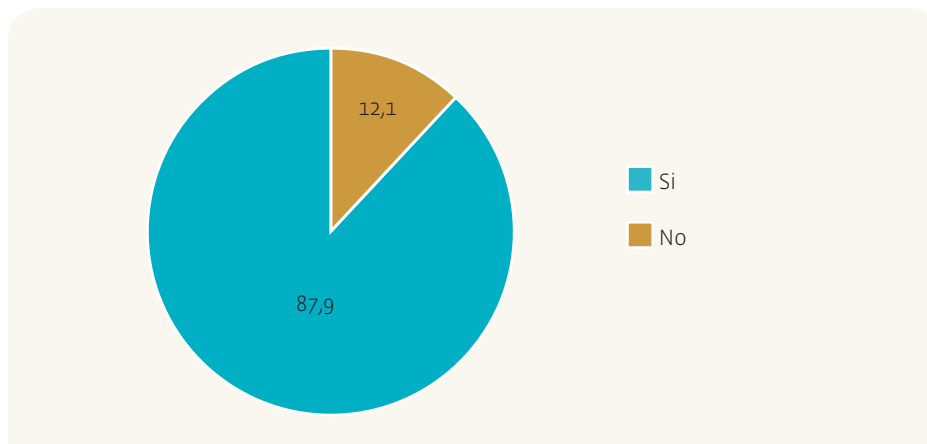


De las mujeres que manifestaron haber sido obligadas a tener relaciones sexuales en su vida, el 18,5% dijo que esto había sucedido antes de los 18 años y el 81,5% manifestó que vivieron esta violencia después de los 18 años. En el 85,2% de los casos, la persona que las agredió sexualmente era conocida, y en el 70,4% de los casos no se puso el denuncia. Del 29,6% de las mujeres que pusieron el denuncia, el 37,5% no recibió ninguna orientación al respecto.

3.2. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

Respecto a la segunda subcategoría, es decir, frente al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, se les preguntó a las mujeres que si, cuando interrumpieron el embarazo, habían recibido información sobre salud sexual y reproductiva. El 87,9 % manifestó haber recibido esta información (Gráfica 3).

Gráfica 3. ¿Cuándo interrumpió el embarazo, había recibido información sobre salud sexual y reproductiva?



De las mujeres que recibieron información sobre salud sexual y reproductiva, el 50% la recibieron en la **escuela o colegio**, el 26,3% en un **servicio de salud**, el 13,8% **en sus casas**, el 5,5% por parte de **las y los amigos**, el 3,8% a través de **los medios de comunicación** y el 27% en **otras instancias** tales como familiares, brigadas informativas, el trabajo, entre otras.

En lo referente a la información sobre temas de salud sexual y reproductiva (ver tabla 13) el más alto porcentaje de mujeres (87,5%) dijo haberla recibido sobre **métodos anticonceptivos** y menos de la mitad de las mujeres, manifestó tener conocimiento sobre **la negociación del uso de métodos con la pareja sexual** (42,5%).

Tabla 13. Información recibida sobre SSR

Recibió información sobre:	%
Métodos Anticonceptivos	87,5
Anticoncepción de emergencia	57,5
Citología vaginal	71,3
Virus del papiloma humano	41,3
ITS	77,5
VIH/Sida	75
Interrupción del embarazo	50
Orientación sexual	48,8
Voluntariedad de la RS con la pareja	67,5
Negociación del uso de métodos con la pareja sexual	42,5
Otro	5

A pesar de que la mayor parte de mujeres mencionó tener alguna información sobre métodos anticonceptivos, los resultados cualitativos permiten afirmar que en la actualidad existen grupos de población que **no cuentan con conocimientos suficientes sobre anticoncepción al iniciar sus relaciones sexuales**, tal como lo expresan varias de las personas entrevistadas:

No. De hecho cuando a mí me llegó el período **mi mamá no me explicó** [...] (Bogotá, 18 años).

La verdad es que no, es que le echan los mitos y los ritos que si te eyaculó adentro y si orinas, el de la orina... escucho a las vecinas los cinco días antes, los cinco días después... o si haces esto. Todas esas creencias, y tampoco que tenía mucho el proceso que llevaba... **no tenía mucho conocimiento de eso** (Caribe, 21 años).

No, ninguno, jum **mi papá no me hablaba del tema** (Amazonía-Orinoquía, 16 años).

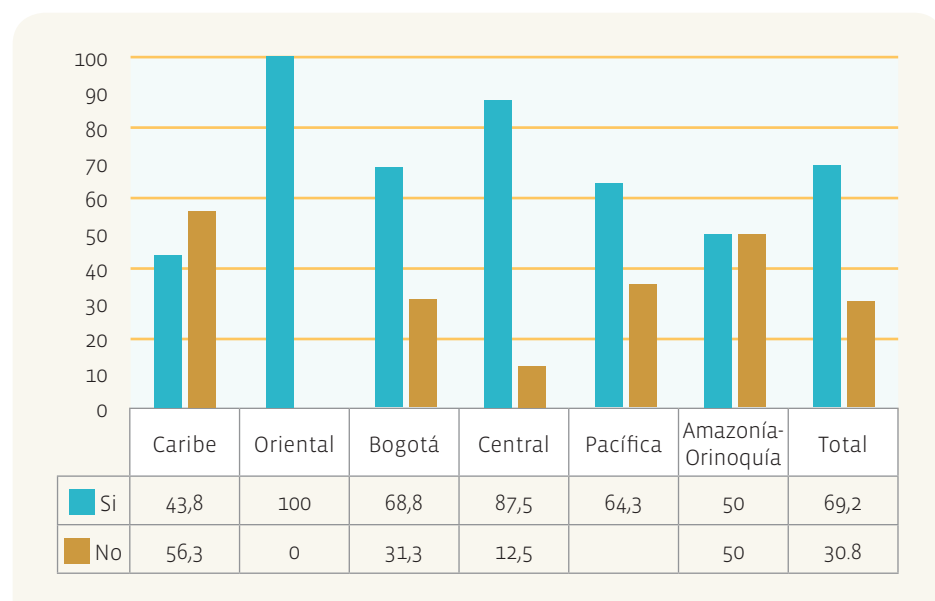
No mucho, porque en mi pueblo o en las culturas de por sí eso es como muy escondido, como que no le cuentan a uno, desde que yo estaba en el colegio pero no... lo normalito, o sea, **solamente lo del condón y ya**. Pero pues no lo tuve en cuenta en mi primera relación, ya después, pero inicialmente no (Pacífica, 22 años).

Es que mi educación fue muy precaria... me he reconocido como una persona inteligente pero mi papá era un señor agresivo y retrógrado, nos pegaba muchísimo a todos y decía que lo único que tenía que hacer era aprender a barrer, a trapear y esas cosas, no estudiar. Cuando tuve a mi bebé me echó de la casa y la educación fue muy difícil para mí porque no tuve el apoyo de mi familia. Ya después fui aprendiendo. **Yo vine a saber de métodos anticonceptivos cuando tenía diecisiete años** (Central, 33 años).

De igual modo se les preguntó a las mujeres que si al momento de tener su primera relación sexual tenían algún conocimiento sobre

métodos anticonceptivos y qué métodos conocían (Gráfica 4). El 69,2% manifestó **tener conocimiento al momento de la primera relación sexual**, con los mayores porcentajes en las regiones Oriental, Central, Bogotá y Pacífica. Llama la atención la región Caribe, en donde el 56,3% de las mujeres allí entrevistadas, manifestó **no tener ningún conocimiento sobre métodos anticonceptivos en el momento de su primera relación sexual**.

Gráfica 4. ¿Al momento de tener su primera relación sexual tenía algún conocimiento sobre métodos anticonceptivos? (porcentaje)



Las mujeres que reportaron que al momento de tener su primera relación sexual, tenían algún conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos, evidencian que dicha **información era muy limitada**:

Más allá de conocer la parte teórica de la anticoncepción, **creo que no** (Bogotá, 22 años).

Bueno, lo que nos habían hablado en el colegio y esas cuestiones **pero así que supiera, no**. Ahorita es la hora y uno se sorprende de lo que existe (Caribe, 30 años).

Pues sí sabía que existían, **pero no sabía... nunca los había usado**. O sea, sabía que existían (Oriental, 21 años).

Los métodos que las mujeres manifestaron conocer en mayor proporción fueron la píldora y el condón (tabla 14), con 74,6% y 73% respectivamente y,

en menor proporción, la esterilización femenina y masculina con iguales porcentajes (1,6%).

Tabla 14 ¿Qué métodos conocía?

Métodos que conocía	%
Píldora	74,6
Condón	7,3
DIU	28,6
Inyección	28,6
Abstinencia periódica	15,9
Implantes	9,5
Vaginales	6,3
Retiro	4,8
Anillo vaginal	3,2
Esterilización femenina	1,6
Esterilización masculina	1,6
Otro	1,6

Los hallazgos permiten afirmar que aquellas mujeres que tenían alguna información acerca de los métodos de anticoncepción antes de la interrupción del embarazo, **no sabían cómo usarlos, tenían ideas equivocadas sobre su uso, habían padecido diversas dificultades al usarlos o tenían temor de las consecuencias adversas si los llegaban a usar:**

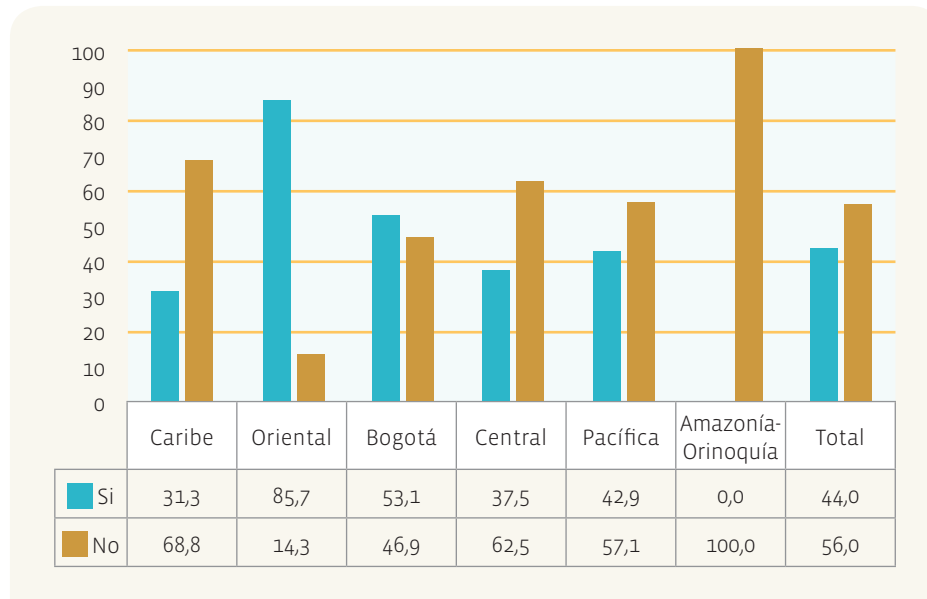
Me daba miedo porque siempre el periodo se vuelve muy irregular con el método y utilicé un método hace seis meses y el periodo me llegó cuatro veces en el mes, entonces decidí suspenderlo mientras buscaba otro y pedía cita en el médico y fue un tiempo en el que [por] el trabajo, [y] el estudio, me descuidé (Caribe, 34 años).

Pues yo una vez intenté **pero se me olvidaban las pastillas** y con inyección me daba miedo ponerme esas pullas (Caribe, 22 años).

Había usado la inyección como 3 años y yo duré sin inyección 8 meses. Y en los 8 meses si nada, **porque yo había preguntado y me habían dicho que en el organismo quedan como residuos del medicamento**, entonces que por eso mismo no quedaba. Pero pues supongo que se eliminó el fármaco y yo seguí en las mismas y ahí fue (23 años, Oriental).

En relación con el uso de un método anticonceptivo en la primera relación sexual (gráfica 5), el 56% de las mujeres manifestó no haber utilizado ninguno. Los mayores porcentajes de no uso de un método anticonceptivo en la primera relación sexual, se presentaron entre las mujeres de las regiones de Amazonía–Orinoquía, en donde en todas las entrevistadas manifestaron no haber utilizado ningún método; le siguen la región Caribe (68,8%), Central (62,5%), Pacífica (57,1%), Bogotá (46,9%) y Oriental, en donde el porcentaje de quienes manifestaron no haber utilizado algún método está ampliamente por debajo del promedio nacional (14,3%), es decir, es la región en donde mayoritariamente las mujeres (85,7%) utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación.

Gráfica 5. ¿Al momento de tener su primera relación sexual usó algún método anticonceptivo? (porcentaje)



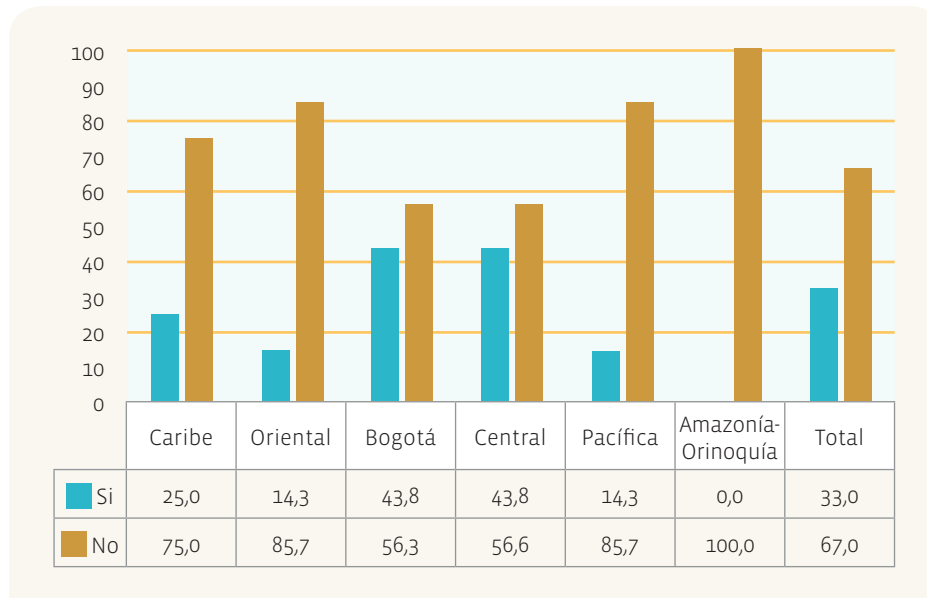
Sin embargo, cuando se da una mirada al tipo de método usado en cada región, es el condón el que tiene el más alto porcentaje de uso (77,5%), seguido por el retiro (15%), y en menores porcentajes la inyección y la píldora (5% y 2,5%) respectivamente. Cabe resaltar que hay un alto porcentaje de mujeres que en el momento de interrumpir el embarazo hacía uso de métodos tradicionales.

Tabla 15. ¿Qué método utilizó en su 1ra relación sexual? (porcentaje)

	Caribe	Oriental	Bogotá	Central	Pacífica	Amaz-Orinoq	Total
	%	%	%	%	%	%	%
Condón	100,0	100,0	76,5	83,3	33,3	0	77,5
Retiro	0	0	23,5	0	33,3	0	15,0
Inyección	0	0	0	0	33,3	0	5,0
Píldora	0	0	0	16,7	0	0	2,5

Ahora bien, cuando interrumpieron el embarazo (gráfica 6), el 33% de las mujeres manifestó haber estado utilizando un método anticonceptivo y a pesar de esto, quedaron embarazadas. Bogotá y la región Central, reportaron los porcentajes más altos de uso de un método (43,8%) al momento de interrumpir el embarazo.

Gráfica. 6. ¿Cuándo interrumpió el embarazo, estaba utilizando algún método anticonceptivo? (porcentaje)



El condón es también el método anticonceptivo que mayoritariamente utilizaron las mujeres que manifestaron estar utilizando uno (40%) (tabla 16), seguido por la píldora, (23,3%), la inyección y el ritmo (13,3%), el DIU (6,7%) y el retiro (3,3%).

“ El condón es también el método anticonceptivo que mayoritariamente utilizaron las mujeres que manifestaron estar utilizando uno (40%) (tabla 16), seguido por la píldora, (23,3%), la inyección y el ritmo (13,3%), el DIU (6,7%) y el retiro (3,3%)”

Tabla 16. ¿Qué métodos utilizó cuando interrumpió el embarazo?

	Caribe %	Oriental %	Bogotá %	Central %	Pacífica %	Amaz- Orinoq %	Total %
DIU	0	100,0	7,1	0	0	0	6,7
Píldora	25,0	0	14,3	57,1	0	0	23,3
Inyección	25,0	0	14,3	,0	50,0	0	13,3
Condón	50,0	0	50,0	28,6	50,0	0	40,0
Ritmo	0	0	7,1	14,3	0	0	13,3
Retiro	0	0	7,1	0	0	0	3,3

Como se mencionó con anterioridad en el momento de la interrupción del embarazo la mayor parte de mujeres (67%) reportaron NO estar utilizando métodos anticonceptivos por diversas razones. Los motivos por los cuales las mujeres no utilizan métodos de anticoncepción y se ven abocadas a un embarazo no deseado son diversos, a continuación se mencionan los más frecuentemente:

El **desconocimiento acerca de los métodos anticonceptivos:**

Porque en ese entonces los papás a uno no le hablaban, uno estaba en el colegio y todo tontico y no sé qué y uno empezaba y uno con sus amores para allá y para acá, ni el muchacho se cuidó y yo tampoco (Amazonía-Orinoquía, 14 años).

[...] cuando éramos novios, con condón y de hecho yo quedo embarazada con condón, **lo cual entiendo después** y era que no lo sabíamos poner muy bien. Em... quedo embarazada una cosa así como plop porque no estaba previsto (Caribe, 27 años).

La **dificultad para hablar con la familia sobre sexualidad en general, y sobre el uso de métodos anticonceptivos en particular:**

Yo creo que **me daba miedo que mis papás se dieran cuenta**, seguramente, el hecho de explicarle a los papás por qué estoy usando anticonceptivos, por eso es que creo que yo no lo hice (Bogotá, 22 años).

Uno con ella [la mamá]... no se puede hablar de eso, no se puede hablar de eso porque para ella eso es una grosería, entonces lo poquito que uno sabía lo sabía de algún compañero era más que uno o porque uno se metía con personas grandes como el profesor, como me tocó a mí y aprende como se dice vulgarmente a los berriondazos (Bogotá, 18 años).

La dificultad para planear individualmente y en pareja, las relaciones sexuales y el embarazo:

[...] yo creo que yo no me asumía, **yo creo que yo era muy inmadura en ese aspecto**. Yo no me creía como una mujer que podía quedar embarazada, eso era como que eso le pasaba a los demás (Bogotá, 27 años).

Con esa pareja fue con quien tuve mi primera relación sexual, entonces en ese momento, pues [...] como ilusamente pensaba [...] **digamos que no me parecía que fuera necesario tener que usar un método anticonceptivo** porque no pensaba en ningún momento que fuera a quedar en embarazo (Bogotá, 17 años).

El considerar que tienen **relaciones sexuales muy esporádicas** y por lo tanto no es necesario utilizar métodos de anticoncepción.

Porque **no tenía una vida sexual activa...**, yo tuve mi primera relación sexual y no volví a tener relaciones como en un año..., [...] porque no era una relación constante, era esporádico, ¿sí? (Bogotá, 16 años).

Como yo no tenía relaciones entonces no, **si no voy a tener relaciones con él para qué o que voy a tomar anticonceptivos si yo no tengo relaciones con nadie**, yo creo que uno dice tiene o no tiene relaciones, yo me podía enamorar pero de ahí a irme a la cama nada... (Caribe, 24 años).

Pues porque **no estaba activamente con nadie**. O sea, de las relaciones que... de las relaciones no... Solamente he tenido un novio y las veces que estuve con él pues con consentimiento fueron muy pocas veces la verdad (Pacífica, 21 años).

La mujer deja la **decisión de controlar la anticoncepción en manos de la pareja** porque considera que esta tiene más experiencia:

Y como la pareja con la que yo estaba, **digamos que era una persona que tenía experiencia**, a pesar de que no era tan mayor

pues era experimentado [...] pues digamos nunca se habló sobre la posibilidad de un embarazo (Bogotá, 17 años).

Ser víctima de violencia física, sexual y psicológica por parte de la pareja:

Resulta que este señor... yo ya manejaba la plata y compraba las pastillas y él me las cogía, las dañaba, las echaba por el sanitario y él decía: **que las mujeres que planificaban eran las putas**, porque tenían mozos... Veintidós años de violaciones, de constantes violaciones (Central, 19 años).

Además de los anteriores, otros motivos mencionados con menor frecuencia por las mujeres para no utilizar métodos anticonceptivos antes de la interrupción del embarazo son: **el temor a visitar un especialista en ginecología, la incomodidad de utilizar un condón por la mujer o la pareja, la dificultad para usar el dispositivo o para tomar las pastillas:**

Y no utilizaba ni las pastas ni la inyección porque antes yo estuve planificando con pastas y no me sentaron, y tampoco busqué más opciones sino que pues no me hicieron bien. **Entonces pues fui a donde el médico y ya me las cambiaron por inyecciones, y tampoco** (Pacífica, 27 años).

Luego me tomaron una ecografía y resulta que el dispositivo se fue más adentro y pues no se lo miraba, entonces como que daba susto que de pronto decían que se va a encarnar, o que de pronto da la posibilidad de que va a quedar en embarazo y luego pues que se quedó ahí adentro, **entonces me lo hice sacar por eso. Y de ahí ya no quise seguir planificando** (Pacífica, 31 años).

Algunas de las mujeres que utilizaban métodos de anticoncepción antes de la interrupción del embarazo, reportan haberlos utilizado de manera inconsistente, mientras que otras participantes, mencionaron que a pesar de utilizar de manera consistente métodos como el condón, las pastillas, la “inyección” o el Dispositivo Intrauterino quedaron en embarazo. Igualmente sucedió en un caso en que la persona utilizó la anticoncepción de emergencia y, en otro, en que la pareja se había practicado la vasectomía.

En algunos casos, las mujeres que no quieren tener hijos —además de utilizar un método de anticoncepción— han solicitado a su institución prestadora de salud un método de anticoncepción definitivo pero les ha sido negado por la edad.

3.3. Antecedentes reproductivos

Las mujeres participantes manifestaron que la edad mediana en la que tuvieron su primer embarazo fue a los 20 años, con diferencias significativas entre regiones: 15,5 años para la Amazonía-Orinoquía, 18 para la región Oriental, 19 para la central, 20,5 para Bogotá y Caribe y 22 años para la región Pacífica.

En cuanto al número de hijos por mujer, la media nacional fue de 1,19, superada por la región Central (1,73) y la Amazonía-Orinoquía (1,25). Por debajo de la media, las regiones Caribe y Pacífica (1) Bogotá (0,62) y Oriental (0,43).

Para indagar sobre el deseo o la planeación de cada uno de los hijos que actualmente tienen las mujeres, se preguntó: Cuando usted quedó embarazada de cada uno de sus hijos/as, ¿quería quedar embarazada en ese momento?, ¿quería esperar hasta más adelante? ¿No quería tener más hijos?

Los hallazgos muestran que la mayor parte de las mujeres entrevistadas con hijo/as, mencionan que **uno o más de sus hijo/as no fueron deseados o planeados**, tal como queda de manifiesto en varios de los testimonios:

No era planeado, así más adelante no, porque como yo no estaba planificando y tenía problemas con mi marido y pues él fue quien quiso que quedara en embarazo porque yo no quería tenerlo (Amazonía-Orinoquía, 18 años).

Entonces la vida sexual con mi esposo y él decía que el ritmo, que eso no quedaba embarazada **y yo no estaba segura, pero bueno...** Yo me acuerdo que cuando estaba embarazada yo le dije a mi esposo que él porque me hacía eso, porque el doctor me advirtió que si yo tenía otro embarazo iba a ser muy riesgoso y yo podía perder la vida (Bogotá, 18 años).

Con el primero pues no, **no quería a los 15 años no quería quedar embarazada**. No tuve responsabilidad y quedé en embarazo. El segundo hijo sí (Oriental, 38 años).

[...] yo no había contemplado tener hijos. En ese momento estaba enamorada y mi pareja sí soñaba y añoraba con tener hijos y accedí y dije: bueno, está bien, pero más adelante; cosa que no pasó. **Con mi segundo hijo no... sinceramente yo no quería tener más hijos**, yo seguía con la idea [risas]. Pues es triste porque ellos

están ahí, pues hacen parte de la vida y maravillosa y muchas cosas, pero seguía con la idea. Bueno, ya tenía mi primera hija pero, de hecho, por eso mi segundo embarazo lo interrumpí, bueno, además de otras cosas (Pacífica, 22 años).

Ninguno lo quería tener. La razón es por la violencia psicológica, verbal y económica que el ejercía sobre mí. Yo hice todo lo posible también por interrumpir esos embarazos y si yo pudiera devolver mi tiempo no los hubiera tenido, porque no era ese mi papel. Yo busqué la interrupción de todos los embarazos. Unos fallidos y otros no, porque él desde ahí mismo que yo le decía que estaba embarazada él me decía, busque el hijuetantas que le metió ese muchacho porque ese no es hijo mío (Central, 19 años).

3.4. Antecedentes sobre prueba de embarazo y acceso

Los hallazgos revelan que las mujeres se enteraron que estaban embarazadas, en su mayoría, por los síntomas comunes que ocurren durante el primer trimestre del embarazo. Después de sentir estos síntomas, la mayor parte se realizó una prueba de embarazo casera o de sangre y otras confirmaron su estado por la toma de ecografías.

En algunos de los casos, las mujeres acuden al médico por motivos diferentes al embarazo, y a través de **una prueba en sangre** o una **ecografía**, se enteran de que están embarazadas:

Me enteré porque me habían hecho una serie de exámenes los médicos de la EPS, por los síntomas que tenía, tenía cansancio, mucho sueño, **síntomas que luego supe que era del embarazo**, pero que yo estuve relacionando y los médicos también como un problema de la tiroides, hasta que me empezó a doler como el vientre, también sentía como una masa entonces me mandaron a hacer una ecografía y en la ecografía se dieron cuenta de que estaba en embarazo (Bogotá, 24 años).

Yo vine acá el 24 de agosto, cuando me colocaron el dispositivo y desde ahí no se me había quitado el periodo hasta ahorita que se me está pasando. Entonces ya a lo último, hace como 8 días ya el sangrado me estaba como oliendo a feo entonces **yo fui al médico**

y ahí me hicieron unos exámenes y ahí salió que estaba embarazada (Oriental, 28 años).

En otros casos las mujeres **no confirman su estado de embarazo**, o lo hacen con personas de la región que no son profesionales en salud:

[...] eran como quince días o veinte días y ya venía el segundo mes y nada, entonces yo no me hice una prueba, **simplemente supe que estaba en embarazo** (Amazonía-Orinoquía, 32 años).

La prueba casera las mujeres la consiguen sin dificultad en las farmacias, mientras que quienes utilizan la prueba de sangre para confirmar su embarazo, suelen acudir a una institución prestadora de servicios de salud privada; sin embargo, en algunas regiones como Amazonía-Orinoquía, las mujeres que se realizan pruebas de embarazo en sangre, acuden con mayor frecuencia a instituciones públicas.

3.5. Antecedentes sobre red de apoyo

Una vez las mujeres confirman que están embarazadas, generalmente su primera reacción es de **mucha angustia, temor, rechazo y estrés**. Algunas de las participantes lo expresaron así:

Pues digamos asustada, si me entiende, porque uno dice que va a decir mi familia o que van hacer pues porque eso es lo primero que dicen los papás, **más que todo asustada porque ellos no sabían que yo tenía novio era a escondidas**, la situación era muy difícil, yo me asusté demasiado y me puse a llorar porque no sabía qué hacer, desesperada, no sé (Amazonía-Orinoquía, 14 años).

Y ya después de eso pensé muchas cosas, **pensé que me iba a suicidar en algún momento y ya**, y ahí se iba a acabar (Bogotá, 15 años).

¡No, no! ¡No quiero, no quiero! Un rechazo total. A mí no me entró, lo que me entró con [hijo] a mí me **entró mucha culpa, mucho miedo**, como mucho... fíjate la idea de que mi papá... que el dios humano y el dios divino me iban a comer si yo hacía algo indebido. Yo aquí sentía yo no quiero, no voy a permitir nuevamente que a mí la vida se me impongan o sea, las cosas se me impongan sino que yo las quiero decidir y claro mucho miedo, porque vuelvo y te digo, sentir que no es una cosa que debería estar pasando... pero sí

fue obviamente muy duro en el sentido de ¿por qué otra vez esto? **¡Yo no quería vivir esto!** Y entonces eso mismo por la experiencia vivida yo decidí que no, y el papá también decía: ¡no nono! Como que siempre era no y vamos a hacer algo (Caribe, 27 años).

Algunas de las participantes mencionan que **no saben a dónde ir, se preguntan qué pasará con su vida y futuro y sienten mucho miedo o vergüenza** de contar a su familia que están embarazadas.

Sentí vergüenza, **me sentí perdida porque yo no sabía cómo contarle a mi papá** que había quedado en embarazo y no contarles (Amazonía-Orinoquía, 14 años).

Yo me quería morir, yo decía no puedo parir señor, señor imagínate el señor se perdía, no me daba nada, yo trabajaba por mis hijas, yo hago un embarazo malo, **desde que yo sé que estoy embarazada, me pongo un trapo aquí tirada en una cama, ni me baño, ni me visto, ni como, ni hago, ni nada**, yo siempre pensaba que será de mis hijas, siempre pensaba en mis hijas, porque yo decía bueno dios me tira en una cama, a un embarazo de estos y este señor no es el que me va a solucionar los problemas con mis pelados, tengo que hacer algo (Caribe, 34 años).

Antes de denunciar pensé en abortar, y bueno... estaba como entre el bien y el mal, o sea, estaba totalmente confundida. Me acuerdo que cuando yo fui a poner... pues necesitaba como una constancia de que yo había ido y de que había tenido un acceso carnal para ir a una intermedia para que me practicasen el IVE. Ya lo tenía claro, pero tenía mucho miedo, no sabía qué hacer, no sabía si iba a pasar, sencillamente necesitaba decir que me habían violado y que por esa razón yo no podía tener ese bebé. Entonces además quería que me... estaba aterrada, quería que me miraran a ver si no tenía una enfermedad (Central, 33 años).

Otras reacciones son de **rabia por no haber utilizado métodos de anticoncepción, por permitir que su pareja tuviera relaciones sexuales con ellas, o por haber confiado en su pareja.**

En algunos casos, las mujeres inicialmente **cuentan su situación** a su pareja, a su mamá, a una hermana o a alguna amiga con el fin de buscar una solución. Con menor frecuencia, algunas mujeres **mencionan haber buscado inmediatamente un médico o persona que les informara qué**

podrían hacer, y en un solo caso la mujer inmediatamente opto por **comprar y tomar un medicamento** en una farmacia.

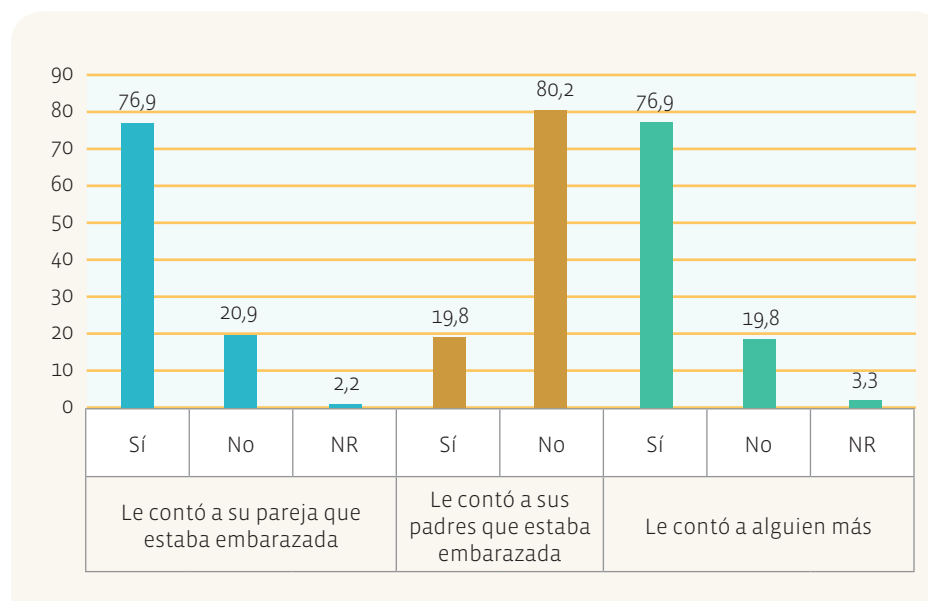
Ahora bien, la red de apoyo durante el proceso de una interrupción del embarazo es muy significativa para las mujeres, tal como se desprende de los siguientes relatos:

[...] porque no tenía información clara de cómo se tenía que hacer. Igual uno sabe que hay lugares donde los hacen, que hay lugares donde es terrible, que hay lugares en donde es menos terrible, **pero sí necesitas a alguien que te acompañe, a alguien que esté ahí...** (Bogotá, 28 años).

Le dije a mis hijas por si algo salía mal, por si tenían que llamar a su papá, por si cualquier cosa, como eso, pero sólo por eso o sino tampoco les hubiera dicho (Bogotá, 33 años).

A pesar de estos testimonios, los resultados encontrados muestran que muchas mujeres no cuentan con una red de apoyo y si la tienen suele ser muy precaria. Es así como el 84,6% de las mujeres entrevistadas tenían pareja en el momento de la interrupción del embarazo y el 76,9% de las mujeres le contó a su pareja que estaban embarazadas, en el mismo porcentaje, le contaron a alguien más, y solo el 19,8% le contó a sus padres (gráfica 7).

Gráfica 7. ¿A quién le contaron las mujeres sobre el embarazo? (porcentaje)



3.5.1. La pareja como red de apoyo

Los hallazgos demuestran que después de confirmado el embarazo, la mayor parte de las participantes le informan a su pareja; en algunas ocasiones, la pareja se entera porque se encuentra presente en el momento de la prueba de embarazo y, en otros, porque un profesional de la salud o un familiar le informa. El **apoyo** inicial de la pareja, en algunos casos, **es solo económico**:

Me dijo lo que te comentaba, que él pensaba que era estéril. Me dijo que yo decidiera, que si quería tener el bebé, él me apoyaba y que si no lo quería tener, también me apoyaba. **O sea, hablando económicamente.** Él lo vio como un problema fácil de solucionar con plata (Bogotá, 17 años).

En otros casos las mujeres reciben **apoyo emocional**:

Él me abrazó, nos acostamos a dormir pues después de tanto chillar **y empezamos a hablar del asunto**, si los queríamos tener, si no lo queríamos tener, cuáles eran nuestros proyectos de vida (Bogotá, 22 años).

En pocos casos la pareja brinda tanto **apoyo emocional como económico**:

Pues él me dijo siempre que era mi decisión, yo le dije que la decisión era esa, que la decisión era el aborto, **entonces él me la pagó.** Me dijo: bueno, si tú estás de acuerdo yo busco... pregunto dónde se puede hacer un aborto (Bogotá, 19 años).

Porque nosotros ya habíamos hablado muchas veces del día que pasara iba a ser decisión más mía pero él debía enterarse. Igual él lo quería tener, él decía: lo tenemos, yo trabajo. Él siempre me apoyó mucho con ese tema (Oriental, 23 años).

En varios casos las mujeres reportan que **no recibieron ningún tipo de apoyo por parte de sus parejas**:

No, porque **nunca más lo volví a ver** (Bogotá, 18 años).

[...] lo llamé primero a él, pero él me dijo que no sabía que iba a hacer yo, **que era problema mío** y después llame a mi mamá y pues con ella me fue peor (Central, 20 años).

Algunas mujeres mencionan que las parejas les hacen saber **que no desean por ningún motivo asumir las responsabilidades de la paternidad.**

Las razones que expresan las mujeres para contarle a su pareja acerca del embarazo, o de la interrupción del embarazo, difieren ampliamente. En algunos casos, **las mujeres informan de su situación a sus parejas porque consideran que es una responsabilidad compartida:**

Porque es mi pareja, **porque era responsabilidad de los dos**, porque no solamente era mi embarazo sino que los dos estábamos involucrados y porque él debía estar enterado y responsabilizarse de lo que había pasado (Bogotá 16 años).

Porque no lo hice sola (risas). Era una relación de pareja y era un problema de los dos, o era una situación que nos incumbía a los dos (Pacífica, 20 años).

En Bogotá, con mayor frecuencia, las mujeres consideran **que es necesario contar con la pareja siempre y cuando la relación involucre confianza y afecto mutuo:**

Porque teníamos **una relación de afecto, de confianza** (Bogotá, 27 años).

[...] es mi mejor amigo, le cuento todo, entonces no sé... tenía que saberlo de una y de todas maneras **es la persona en la que más confío...** pero yo quería que el también dijera algo, no es que va a cambiar la decisión porque es mi cuerpo y es mi decisión, sin embargo, quiero saber qué piensa también porque es también de él (Bogotá, 19 años).

Las mujeres que no cuentan a su pareja su embarazo o la decisión de interrumpirlo, esgrimen como razones, las siguientes:

Porque **la interrupción del embarazo es una decisión de la mujer:**

Pues puede sonar un poco egoísta pero creo que **era una decisión que tenía que tomar yo, sola** (Bogotá, 28 años).

[...]era un rollo que no quería debatirlo, no quería estudiarlo, o sea, **no quiero tu opinión, no me interesa si tú quieres o no quieres**, si me apoyas o no me apoyas, ¡no me interesa! Quise absolutamente tomar sola esta decisión (Bogotá, 29 años).

Cuando las mujeres deciden informar a sus parejas sobre su decisión de interrumpir el embarazo, las principales reacciones que las parejas expresan son:

Apoyo y sensación de alivio:

Él estaba muy... bueno, **para él era claro que él que no quería tener un hijo, pero él nunca me hizo presión**. Él me dijo: Mira, yo pienso esto pero lo que tú decidas... cuando yo pedí cita con esta psicóloga yo le conté, y la psicóloga me dijo si quieres puedes venir con tu compañero, si tú quieres y él quiere. Yo le dije y él quiso (Bogotá, 27 años).

A la pareja y voy y me dice: juepucha usted decida, yo la apoyo y si no lo tiene la respeto muchísimo, **pero tengo clarísimo que a quien va afectar más es a usted** (Bogotá, 21 años).

Mmm y no sé cuántas novelas habría visto en ese momento para pensar que lo iba a atrapar con un hijo. **Pero lo cierto es que él sintió aliviado** (Bogotá, 22 años).

La pareja **reacciona agresivamente y niega la paternidad:**

Se puso agresivo porque de hecho como estábamos en la historia de que estábamos separándonos, él dijo que si estaba segura; fuimos a una cita ginecológica, **pero lo que me pude dar cuenta en la cita ginecológica es que él creía que no era de él** [Llanto] entonces como que aún más angustioso para mí (Pacífica, 22 años).

La decisión no, tenía mucho miedo, sí. Pero yo no quería tenerlo definitivamente. Y cuando vi que le **dijo que sí podía saber si era de él**, si había algún examen, puf, yo dije: por favor. O sea, me pareció ofensivo y dije: no, mayor razón para decir que no lo tengo (Pacífica, 24 años).

Excepcionalmente, las mujeres reportan que la primera reacción de su pareja es de **tristeza:**

Se puso muy muy mal, entonces nos encontramos acá en la esquina, se **puso muy mal, y empezó a llorar y a llorar**, y que por favor lo dejara ser padre y que por favor ese era su hijo, que por favor él también tenía derecho a decidir, que por favor no le hiciera eso; lloró, lloró y lloró (Bogotá, 33 años).

3.5.2. Los padres como red de apoyo

De otra parte, al indagar si las mujeres perciben como red de apoyo a sus padres, los resultados revelan que sin importar la edad de las mujeres, su procedencia o el motivo de su decisión, la mayor parte de las entrevistadas **no los consideran un apoyo a lo largo de esta experiencia**, tal como se evidencia en múltiples testimonios:

No, jamás, ni le conté (Amazonía-Orinoquía, 32 años).

Porque pues yo siento que siempre que hablan del tema de que abortar y todo eso, ¿sí? Que sí, la gente es mala y todo eso, **entonces no he sido capaz de contarle a nadie**. Ese secreto lo llevo con mi novio no más. Siempre he querido contarle a alguien pero no he sido capaz (Oriental, 18 años).

En los pocos casos en los que las mujeres comparten esta información con los padres —en general las mujeres la comparten con las madres únicamente— este **proceso** suele ser **descrito como muy difícil**:

Lo pensé mucho, mucho, mucho, fue muy difícil, muy complicado, pero pues **nada mamá estoy en embarazo**, entonces pues como así pero por qué, pues lo típico que dicen las mamás obvio y ya, entonces mi mamá le contó a mi papá y ya, creo que pasaron unos días y después de eso fuimos a un lugar a que me practicaran un aborto (Bogotá, 16 años).

Le dije mamá tengo que contarte algo y me dijo ya yo sé y me dijo que vas hacer y le dije no sé voy a abortar, pero tienes que contarle a tu papá... y le dije hola papi, tengo que contarte algo y me dijo qué, es que estoy embarazada y voy a abortar y no me volvió a hablar, nunca más después de eso (Bogotá, 19 años).

Las principales razones por las cuales las mujeres que interrumpen un embarazo no cuentan esta situación a sus madres y padres son:

Miedo a su reacción:

Por miedo que lo **echen de la casa**, que le peguen, que lo cuelguen como dicen, entonces a uno le da mucho pánico, mucho miedo a eso (Amazonía-Orinoquía, 14 años).

Por miedo, pues obviamente **si les cuento eso no me dan estudios**, si yo con mis papás muy poco he vivido y no tengo esa

confianza así, yo creo que ni si la tuviera sería muy difícil, no sé, sobre todo porque ellos confían mucho en mí y ellos están allá y yo estoy acá, siempre hay esa confianza en que si yo salgo estoy haciendo las cosas bien, cosas así, entonces no quiero hacerlos sufrir (Caribe, 17 años).

Las mujeres perciben que sus madres o padres **no comprenderían su situación**, porque son personas demasiado moralistas o conservadoras:

Porque mi casa es apostólica romana, romana [risas] entonces no. Enseguida es el rechazo y si ya tuvo a (hijo) y porque no este, jentonces no! Y porque de alguna manera yo si sentía que era un tema tabú, **realmente nadie iba a comprender mis razones**, yo sentía eso (Caribe, 27 años).

Porque mi mamá no entendería... es una mujer tradicional, es una mujer totalmente ancestral. **No, ella no entendería, y además para qué la pongo a sufrir, o sea ella es católica, apostólica y romana**, entonces para qué le causo un sufrimiento de esos. Esa era mi decisión (Bogotá, 33 años).

Porque **ellos son muy católicos y no aprueban eso**. No, no lo hubieran aceptado (Pacífica, 34 años).

El deseo de **evitarles problemas y preocupaciones adicionales**:

No sé, porque primero mi papá se hubiera muerto de un infarto, o sea, él si no creo que... Y con mi mamá aunque tengo una relación pues como súper abierta y hablamos de todo sin problema, en ese momento digamos el contexto familiar no era como el mejor momento **para salir con una... con otro problema más**. Teníamos en ese momento muchos problemas familiares, entonces no me pareció... (Bogotá, 28 años).

Porque era como traer más problemas digamos **y ya suficientes problemas habían en la casa**, yo ya había tenido un embarazo y ya bastantes niñitos que habían dejado mis hermanos. Prácticamente mi mamá tenía las esperanzas colocadas en mí (Amazonía-Orinoquía, 32 años).

Porque las **relaciones con los padres son conflictivas o distantes**:

[...] yo con mi mamá no tenía una relación abierta, porque mi mamá no y mi papá menos, con un hombre cómo él **y conociendo el carácter de mi papá es bueno, violencia total** (Caribe, 24 años).

Porque mi mamá se fue de Medellín y no volví a saber de ella un tiempo. Cuando ya tenía a los dos y estaba en embarazo y se quedó conmigo dos meses, me llevaba al médico, me cuidaba mucho **pero ella se iba y se perdía y cuando volvía me volvía a ver embarazada** (Central, 19 años).

Porque en la familia **no se habla acerca de la sexualidad:**

Yo vivía aparte, vivíamos muy lejos y **de sexualidad en la casa casi nunca se hablaba**, no, a nadie de mi familia (Pacífica, 25 años).

Yo creo que yo con mis papás tengo muchísima confianza una muy buena relación... pero estaba muy avergonzada, yo creo que en ese momento, ellos ni siquiera pensaron que yo estaba teniendo relaciones sexuales con alguien... además **mis papás jamás hablan de nada sexual, ni de orientación sexual, ni de las relaciones amorosas, ni las relaciones de pareja**, era un tema que nunca se había tocado (Bogotá, 22 años).

Porque las mujeres prefieren tomar la decisión de **interrumpir el embarazo sin influencias o presiones familiares:**

Porque yo ya estaba viviendo con [esposo] y si yo había decidido que no quería tener más hijos, era no. **Y mi mamá me hubiera pegado la vaciada del siglo y para evitar la cantaleta y la crítica de mis hermanos**, porque son muy criticones, ellos se quieren meter en todo y a mí no me gusta (Bogotá, 18 años).

Las pocas mujeres que comentaron a sus padres sobre su decisión de interrumpir el embarazo, coinciden en mencionar la principal razón para contarles es **la confianza que estos le han brindado para hablar de cualquier tema:**

Conozco mucha gente de mi edad que a esa edad también interrumpió su embarazo y que jamás en la vida se les pasó por la cabeza contarle a los papás, o sea no, no y no. **En cambio por la educación por la forma de pensar de mis papás... por la confianza** (Bogotá, 16 años).

Pues yo siempre he tenido esa confianza, mi papá no vive, vive es mi mamá y mi hermana la mayor, **ellas dos son como mis mamás pues siempre me han brindado mucha confianza con cualquier clase de tema** con cualquier circunstancia y por eso yo le conté a mi mamá y a mi hermana (Caribe, 24 años).

Porque mi mami es mi mejor amiga, entonces eso de que su mamá la conoce a usted de arriba abajo, al derecho y al revés, eso es muy difícil, y yo a mi mamá no le puedo decir mentiras porque ella sabe cuándo yo le digo mentiras (Oriental, 19 años).

Al indagar por otras fuentes de apoyo, los resultados permiten afirmar que cuando existe alguna red de apoyo, esta se construye por otras mujeres. En general las amigas, las hermanas y, en algunos casos, familiares como tías, primas, hijas o abuelas. Con excepción, las mujeres perciben como fuente de apoyo a sus amigos, hermanos o algún familiar hombre.

3.6. Proceso de toma de decisión previo a la interrupción del embarazo

Aunque en el 74,7% de los casos las mujeres hablaron con alguien para tomar la decisión de interrumpir el embarazo, ellas consideran que esta es una **decisión completamente autónoma e individual**, tal como lo describen las siguientes participantes:

Digamos **la decisión yo sí la tuve clarísima desde el comienzo**. Sí, le conté a mi mejor amiga, eh, un poco pues por la confianza que le tenía, y eso, pero no para que me dijera qué pensaba, ni nada, sino simplemente pues porque necesitas hablar con alguien, porque le tienes que decir a alguien como: mira, está pasando esto (Bogotá, 28 años).

Porque siento un respaldo de alguna manera, si él hubiera querido pues obviamente yo sé que a esa altura yo hubiese igualmente decidido porque yo nunca me casé, yo nunca me he sentido dueña de nada, ni que yo soy dueña, ni él es dueño de mí. **Yo decido lo que quiero, este cuerpo es mío ¿Ya?** (Caribe, 27 años).

Que habían otras formas, que no, que si estaba segura. Cada vez que yo iba me preguntaban que si estaba segura y pues que habían otros métodos. Que podía pues... qué si ya lo había pensado bien y todo eso. **Pero pues yo decía que no, que estaba segura** (Oriental, 18 años).

Algunas mujeres esperan la reacción de sus parejas para tomar su decisión, y consideran que además de las presiones económicas y la falta de apoyo económico de la familia, es la **falta de responsabilidad paterna de sus parejas** lo que las llevan a tomar una decisión:

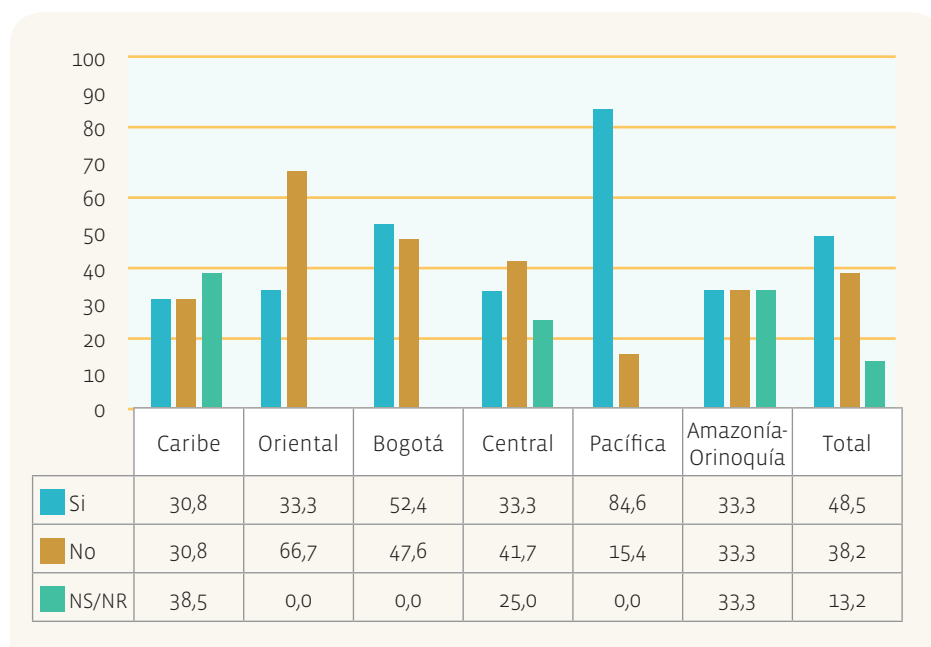
[...] pues él sí que tampoco porque él era muy celoso, entonces decía que ese hijo que iba a tener no era de él (Amazonía-Orinoquía, 18 años).

La mayor parte de las mujeres entrevistadas en Bogotá **no hablan con nadie para tomar la decisión**, solo un pequeño número de mujeres **toma la decisión después de hablar con la pareja, los amigos o los familiares**:

Pues bueno como estábamos los dos, yo ya tenía la prueba y me puse a llorar y él me dijo: ¿qué vamos a hacer? Entonces me dijo como: yo hago lo que tú decidas. Entonces yo le dije: no, no, no, no, voy a tener nada. Entonces cuando yo le dije: no, yo no lo voy a tener, él me dijo: listo entonces busquemos como hacerlo (Bogotá, 21 años).

En cuanto a la influencia en la decisión por parte de otras personas, los resultados mostraron (Gráfica 8) que en el 48,5% de los casos lo que dijeron otras personas influyó en la decisión de interrumpir el embarazo, con mayores porcentajes en Bogotá y la región Pacífica.

Gráfica 8. ¿Lo que le dijeron, influyó en la decisión? (porcentaje)



No obstante los resultados cualitativos sobre el proceso de toma de decisión permiten afirmar que cuando la mujer decide contar sobre la decisión de interrumpir el embarazo, lo hace porque **espera que estas personas puedan apoyarla en su decisión:**

[Mi pareja] entonces me dijo como: **yo hago lo que tú decides** (Bogotá, 21 años).

Mi mamá me dijo que era mi decisión, que yo qué iba hacer, entonces yo le dije de una que la interrupción del embarazo, **entonces ella me dijo que ella me apoyaba** (Bogotá, 16 años).

[Mi hermano] luego me dijo que fuera, **que él respetaba mi decisión pero que él me recomendaba no tenerlo**, que él no se arrepentía de tener sus dos hijos, que son unos seres maravillosos, que él era feliz, que era su motor, pero que de pronto en el momento hubiera podido tomar otra decisión distinta la hubiera

tomado porque, pues porque él le tocó empezar a trabajar, le ha tocado trabajar muy duro, está lleno de deudas hasta la cabeza (Bogotá, 24 años).

Aunque las mujeres sean juzgadas, ellas consideran que **este hecho no cambia su decisión:**

[...] **obviamente el cura** [dice] cómo se le ocurre, no puedes, me dijo que no, que por nada del mundo, **y yo fui y le dije que finalmente lo hice,** si yo le conté antes (Bogotá, 22 años).

Mi hermana estudia medicina, se volvió loca, dijo que yo era una traidora, dijo que nunca pensó que yo era una persona tan cruel... [Yo] **dije bueno es precisamente por eso que no les cuento, porque yo no quiero** (Bogotá, 19 años).

En mi familia el que sabe es mi hermano, pero me **pesaba haberle contado porque en algún momento él estuvo molesto y empezó a gritármelo a los cuatro vientos.** Entonces no sé hasta qué punto mi mamá lo intuya. Entonces fue muy complicado para mí porque, o sea, que lo traten a uno de asesino es terrible (Pacífica, 22 años).

Las mujeres que deciden contarle a alguien más su decisión, en general, consideran que **influyó en su decisión porque se sintieron apoyadas:**

[La pareja] Pues buscar la plata, averiguar quién lo hacía, qué riesgos había, que quedara bien... **apoyo total** (Pacífica, 25 años).

Le contaba a mi mamá para que me ayudara a no tenerlo, si mi mamá fuera una goda camandulera, me hubiera dicho no y lo tiene y vaya se casa, entonces yo lo hubiera tenido y me hubiera casado (Bogotá, 16 años).

En casos excepcionales, las mujeres sienten **que no actuaron libremente:**

[...] pero me convencieron que no era la persona, me van a vaciar, me van a desheredar, yo qué voy hacer, yo sin un trabajo, cómo lo voy a mantener y él me dijo: usted decida, yo la apoyo, si quiere tener el hijo, me parece divino, me parece maravilloso, la apoyo, la ayudo y si no, **pues no..., usted decida, que también es tenaz y la decisión fue abortar** (Bogotá, 29 años).

Cuando se preguntó si la reacción de las parejas influyó en su decisión, algunas mujeres manifiestan que **no influyó porque consideran que la interrupción es una decisión personal y autónoma:**

No, sabes que no. **Fue un tema muy personal mío** ¿sabes? Así él me hubiera dicho que me hubiera denunciado yo hubiera tomado la misma decisión (Bogotá, 16 años).

Cuando llegamos a la casa pues yo le dije que era una decisión mía, pues que yo no quería pasar más por eso, **que yo ya tenía 2 niñas y que esa era mi decisión y que él ahí no contaba** porque era una decisión únicamente mía (Bogotá, 16 años).

Que él quería que yo lo tuviera, que él me apoyaba, pues que él trabajaba, que le hiciéramos. **Pero entonces yo le dije que no lo quería** y no sólo porque estábamos muy jóvenes sino también porque aunque ambos tenemos buena situación económica gracias a Dios, **pues no era el momento** (Oriental, 23 años).

Las mujeres que reportan que la reacción de su pareja influyó en su decisión de interrumpir el embarazo, consideran que la influencia fue consecuencia de:

El apoyo que sintieron de su pareja para tomar la decisión:

Yo pienso que si en ese momento mi pareja me hubiera dicho, casémonos, probablemente. Pero a Dios gracias no pasó eso. Hoy en día, por supuesto, creo que casarse uno porque uno está embarazado es un error total (Bogotá, 17 años).

Sí, sí yo creo que sí, porque el sentir de todas formas que me apoyaba pues fue bastante bueno, **pues de todas formas también influyó que él me hablara de su parte personal**, de su desarrollo profesional, de su proyecto de vida cómo se veía afectado y yo también pensé mucho en eso (Bogotá, 24 años).

O, por el contrario, justamente **la reacción de la pareja les permitió confirmar que la decisión era acertada:**

De lo que él hizo, **el hecho de que él se fuera, que se desapareciera para mí era... la confirmación de algo que yo sabía, era que él no iba a ser un... un papá.** Yo no tenía, ni tengo hoy esas posiciones de que yo puedo ser mamá sola y punto. No, para mí era importante que mire, si yo tenía algún sueño de madre era con mi parejo. O sea, eso no me influyó mucho, eso yo ya lo sabía, o sea era un tipo que no trabajaba o trabajaba muy poco (Bogotá, 27 años).

No, porque o sea, yo ya he vivido con él. **Yo ya sabía lo que me esperaba con él y afortunadamente no me... en medio de todo**

no me pesa porque él sigue siendo igual... Yo quedé embarazada de [la segunda hija], tenía tres meses cuando él se fue y se casó con otra mujer y me dejó sola. El vino a aparecer cuando mi hija tenía casi cuatro años... y yo sufrí muchísimo no solamente porque quedé en embarazo, sino porque yo lo adoraba, era mi vida y no iba a volver a vivir esa experiencia. Yo viví sola, críe sola a mis dos hijas y no podía con una tercera, era imposible hacerme cargo de otra (Bogotá, 18 años).

Con respecto a los antecedentes próximos a la interrupción de embarazo, vale la pena desacatar algunos de los hallazgos. Cuando se hace referencia a las causas de la práctica del aborto, uno de los factores con mayor influencia es el uso de métodos anticonceptivos. A lo largo de los relatos se hizo evidente que un muy bajo porcentaje de las mujeres (33%) entrevistadas hacía uso de algún método; y que algunas de estas acudían a métodos tradicionales como el retiro. Así mismo, las historias ponen en evidencia la no adherencia al método, el poco conocimiento sobre la materia y la falta de habilidades para la negociación sobre el uso del condón con su pareja, siendo este último el método que más usan.

Otros de los factores para tomar la decisión de abortar es la edad a la que se tiene el primer embarazo. Se estableció que la edad promedio del primer embarazo es 20 años, en contraste en la región de la Amazonía y la Orinoquía es de casi cinco años menos, lo que expone a las mujeres a un mayor número de embarazos y de hijos; dos de los factores que según la literatura revisada influyen en la práctica del aborto. Prueba de ello, es el alto número de mujeres que dijeron que al menos algunos de sus hijos/as había sido no deseado.

Finalmente, las historias de vida de las mujeres revelan que sus redes de apoyo en el momento de enfrentarse a un embarazo no deseado son casi nulas. No es a su pareja ni a sus padres a quien acuden en primera instancia; resultan ser otros familiares y amigos, o magas, quienes las acompañan en este proceso.

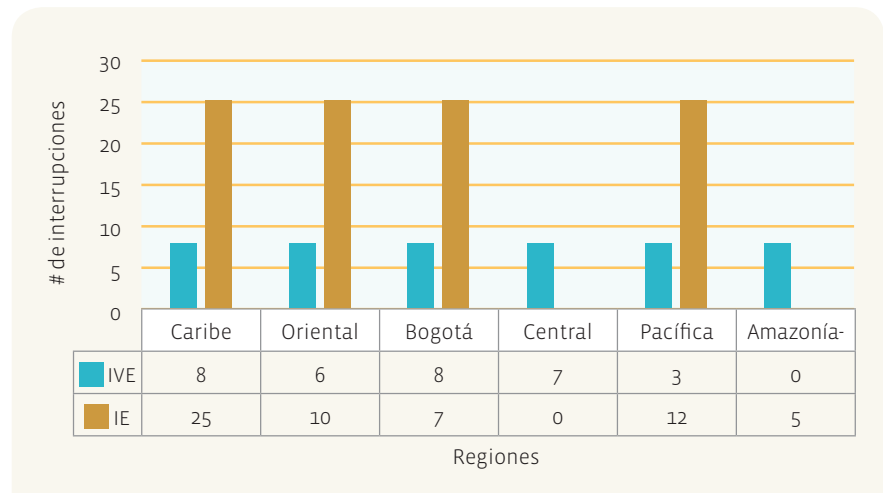
4. Razones para interrumpir un embarazo y opciones diferentes

Otro de los objetivos del estudio consiste en identificar las razones por las cuales las mujeres deciden interrumpir un embarazo, principalmente aquellas que no se encuentran inmersas en las causales despenalizadas por la Sentencia C-355-06. Para el logro de dicho objetivo, se les preguntó a las mujeres las razones que las llevaron a tomar esta decisión y se indagó si las mujeres consideraron una opción diferente a la interrupción.

4.1. Razones para interrumpir el embarazo

De los 91 abortos reportados por las 73 mujeres entrevistadas, 59 casos eran IE que se realizaron antes o por fuera del marco de la Sentencia C-355-06, y 32 casos fueron IVE realizadas después del año 2006, en el marco de las causales despenalizadas por la Sentencia, como lo muestra la siguiente gráfica.

Gráfica 9. Casos de IE e IVE por región (porcentaje)



Frente a las razones para interrumpir un embarazo, las mujeres manifestaron mayoritariamente las siguientes: la interferencia del embarazo y de un hijo/a con el proyecto de vida, el factor económico, no estar listas para la maternidad, la relación de pareja, el miedo, y en varios casos, la confluencia de varias de las razones mencionadas.

Tabla 17. Razones por las cuales las mujeres interrumpen un embarazo (IE) (porcentaje)

Razones	Región					
	Caribe	Oriental	Bogotá	Central	Pacífica	Amazonía-Orinoquía
Proyecto de vida	25,1	42,9	56,2	31,3	57,1	50
Situación económica	37,5	57,1	25	6,3	57,1	0
Maternidad	31,4	28,6	37,5	43,9	35,6	0
Relación de pareja	12,6	14,3	18,7	6,3	21,3	0
Miedo	6,3	42,9	6,2	6,3	0	5
Otras	12,6	0	15,7	0	0	25

Las mujeres que participaron en el estudio reportaron que la razón más frecuente para tomar la decisión de interrumpir el embarazo, tiene que ver con el **proyecto de vida** que se han trazado, en donde la edad, el tener que parar o aplazar los estudios que se están realizando, la independencia, la libertad y la autonomía, marcaron su decisión. Estas razones se presentaron con mayor frecuencia en la región Pacífica y en Bogotá y fue la principal razón por la cual interrumpieron el embarazo en la región de Amazonía y Orinoquía²².

La referencia a **interrumpir los estudios se encontró en las diferentes zonas del país:**

[...] Emmm para mí siempre ha estado primero como mi estudio y pues yo ni siquiera había terminado la universidad, entonces yo me pensaba, **como estoy en séptimo semestre**, son nueve meses y después no... para mí no habían posibilidades (Bogotá, 21 años).

²² Las edades de los testimonios que se presentan en este acápite son las que tenían las mujeres en el momento de la interrupción del embarazo.

[...] yo quería estudiar, yo vi esa oportunidad, yo ya trabajando puedo estudiar y **si yo me pongo a tener ese bebé no puedo estudiar** (Amazonía-Orinoquía, 32 años).

Pues porque yo ahorita, es prácticamente interrumpir el proyecto de vida que yo tengo. Yo **ahorita me voy a inscribir a la universidad**, y eso va a ser una responsabilidad, yo no voy a poder, o sea, me toca... (Oriental, 17 años).

La edad en aquellas mujeres que interrumpieron el embarazo antes de los 23 años, también fue una razón expresada por las entrevistadas:

La principal razón mía, **la edad** (Bogotá, 16 años).

No me sentía preparada para ser mamá, tan joven. Y una responsabilidad muy grande traer un hijo a este mundo (Oriental, 19 años).

Yo no quería tener hijos en ese momento. ¡Uno pa' eso tiene que ser muy responsable y **yo era una culicagada** y qué iba a hacer! (Caribe 22 años).

La razón principal era...puff, es una irresponsabilidad, **son dieciséis años, primer semestre**, primera carrera o sea, no, no había forma, no (Pacífica, 16 años).

Las razones asociadas con **la independencia, la libertad y la autonomía que se pierden con un hijo/a**, fue una razón expresada por otras mujeres.

[...] no quería tener una vida frustrada, eso para mí era clarísimo. **No tenía ningún tipo de independencia**...Yo creo

que una de las cosas que a mí me ha movido muchísimo para hacer las cosas que he hecho ha sido volverme independiente (Bogotá, 22 años).

¡Ay mujer! Mi libertad y mi autonomía. Dos valores que yo siento que he cobrado muchísimo porque yo siento que no los tenía para nada antes, o sea, el poder decidir mi vida (Caribe, 27 años).

El factor económico aparece como uno de los más significativos dentro de las razones por las que las mujeres deciden interrumpir el embarazo, especialmente en las regiones Pacífica y Oriental, seguidas por la región Caribe; testimonios como los siguientes muestran que las mujeres hacen referencia a la necesidad de tener una situación económica estable para tener un hijo/a:

No hay, por lo menos en este país, no hay condiciones en este momento de criar a otra persona en unas condiciones medianamente saludables. **Porque económicamente la maternidad es una cosa muy costosa, muchísimo** (Bogotá, 33 años).

[...] **cuestión económica**... porque fue muy seguido relativamente. Y hasta ese entonces, habíamos dicho que no íbamos a tener sino la pareja, pues ya teníamos niño y niña y pues evaluando mucho [...] (Pacífica, 28 años).

[...] **porque yo soy totalmente dependiente de mis papás**, entonces no podía pues como ofrecerle algo a un bebé, y yo sabía que el problema no era el embarazo sino después que los pañales, que la comida (Oriental, 21 años).

La tercera razón de mayor peso para interrumpir el embarazo, fue la que se relaciona con **la maternidad**. Esta se presentó mayoritariamente en la región Central y en Bogotá, seguidas por la región Pacífica, Caribe y Oriental; parece que no es una razón de peso en la región de la Amazonía y Orinoquía.

Dentro de esta categoría, podrían establecerse tres grupos: las mujeres que **no estaban listas para la maternidad en ese momento**, las mujeres que mencionaron **no haber contemplado la maternidad en su proyecto de vida** y las mujeres que **no se encontraban listas para tener y criar otro hijo/a**.

Las mujeres que **no se encontraban listas para la maternidad en ese momento** manifestaron que, o no estaban listas para ser madres o sencillamente no querían hijos en ese momento; cabe destacar que, el hecho de que una mujer se sienta lista para la maternidad, no está relacionado con la edad, como lo muestran los siguientes testimonios:

Yo tenía clarísimo que yo no estaba lista para ser mamá, eso es pero clarísimo (Bogotá, 22 años).

No me sentía vinculada con la maternidad, digamos que esa no fue una cosa que estuviera mediando la decisión, no, **como que de antemano yo tenía claro que yo no quería [silencio] tener hijos en ese momento** (Bogotá, 26 años).

No era el momento adecuado para tener un hijo (Central, 20 años).

Cuando quedé embarazada, lo **que pasa es que yo primero no estaba preparada para tener un hijo** (Caribe, 24 años).

Por su parte, un grupo de mujeres mencionó **no haber contemplado la maternidad en su vida**, o haber decidido de antemano no tener hijos nunca.

[...] **Dentro de mis planes de vida nunca ha estado la maternidad**, esa es la principal que nunca he decidido ser mamá, esa es la principal razón (Bogotá, 16 años).

Pues la principal razón es que **ya había una decisión mía de no tener hijos**, no quería tener hijos en ese momento ni en el futuro (Central, 28 años).

Las mujeres que declararon **no encontrarse listas para otro hijo**, manifestaron que no estaban listas para un nuevo proceso de crianza, no querían estar de nuevo en embarazo, simplemente, no querían tener más hijos.

[...] porque emocionalmente **no tenía ni tengo condiciones de otro proceso de crianza** (Bogotá, 33 años).

[...] porque no quiero estar embarazada otra vez, mis embarazos fueron maravillosos, todo estuvo muy bien, mis hijos nacieron en la casa ambos todo ha sido maravilloso y precioso, **pero yo no quiero estar embarazada**, físicamente el cuerpo no quiero volver a pasar por eso otra vez [...] (Bogotá, 33 años).

[...] ya tenía claro que **no me interesaban más hijos** y que pues aparte de toda la responsabilidad que tenía con mis cuatro hijos no me interesaba más (Central, 35 años).

La cuarta razón que expresaron con mayor frecuencia está relacionada con la **relación de pareja vivida por las mujeres en ese momento**. Esta razón fue mayoritariamente mencionada en la región Pacífica y en Bogotá. Sobre la relación de pareja, las mujeres manifestaron que **no tenía futuro** o que **era insatisfactoria**, que con esa persona no tendrían un hijo/a, que **no había pareja en ese momento**, o que **su pareja no las apoyó**, lo que marcó la decisión de interrumpir el embarazo.

Las mujeres que manifestaron que la **relación era insatisfactoria**, hicieron referencia a la inestabilidad de la relación o de la pareja misma:

Yo creo que el argumento que yo me di es que la relación con [pareja] **era una relación muy inestable**, él era un rumbero de veinticuatro horas, poco de trabajo y bueno vivíamos con los pesos contados (Bogotá, 27 años).

[...] bueno, pues que ya tenía muy claro que los hijos son de muchísima responsabilidad, que es una sociedad machista y **que por comprometido que sea el hombre cuando le da la gana de cambiar cambia, como me paso con esta persona** (Central, 32 años).

Porque yo digo que **si yo hubiese estado bien con mi pareja en ese momento** pues yo lo tengo (Caribe, 27 años).

De otra parte, las mujeres que manifestaron que **con esa persona no tendrían un hijo**, sintieron que no era la persona correcta para ser el padre de sus hijos o no querían tener un vínculo permanente con él.

Pues que en primer lugar no quería con esa persona, **no quería tener un hijo con esa persona...** (Bogotá, 21 años).

Y porque si yo seguía con ese embarazo, **era tener un vínculo ahí como con el papá** (Bogotá, 33 años).

[Mi familia] [...] que no consideraban que fuera el papá correcto [...] (Caribe, 24 años).

En algunos casos fue la **falta de apoyo de la pareja** la que determinó la decisión de interrumpir el embarazo.

[...] prácticamente sí **yo aborté fue por la negatividad de él a un apoyo** (Pacífica, 20 años).

[...] como le dijera **si él hubiera dado para el mercado...** vaya y venga pero no era responsable (Caribe, 34 años).

Llama la atención que **el miedo vivido por las mujeres al encontrarse embarazadas**, fue una de las razones de peso para interrumpirlo, en particular en la región Oriental y con pesos similares en las regiones Caribe, Central, Bogotá y Amazonía-Orinoquía. Los miedos referidos son: **miedo a la sociedad, miedo a los padres, y miedo a la situación de embarazo**, como lo muestran los siguientes testimonios, principalmente de las mujeres más jóvenes:

Es que estaba en un **estado de pánico** que vuelvo a pensar en eso y vuelvo a entrar al estado de pánico (Bogotá, 19 años).

Por miedo. Me parece que esa es una buena razón, **miedo a decepcionar a los papás, miedo a enfrentarnos a tener un bebé sin tener los recursos**, sin acabar de estudiar, [...] Entonces como miedo, miedo a la responsabilidad, miedo a la decepción de los papás, miedo a enfrentarse a todo lo que implica tener un bebé (Central, 19 años).

Por miedo a mis padres, o sea, yo pensaba mucho en qué iba a pasar más adelante y que supuestamente entre comillas me iba a dañar mi vida... **Además fue por miedo a lo que fuera a pasar, miedo a lo que fueran a decir** (Caribe, 17 años).

Yo pensé más que todo que dirá mi familia... **o sea los comentarios de la sociedad...** (Amazonía- Orinoquía, 14 años).

En algunos casos **confluyeron varios de los motivos** de los anteriormente mencionados que determinaron la decisión de interrumpir el embarazo.

[...] primero pensaba que eso iba a truncar esta **independencia** y lo segundo no quería decirle esto a mis papás, creo que eso tenía muchísimo que ver con haberlo interrumpirlo. Lo tercero, esa relación **no era una relación a futuro** y cuarto pues no **estaba lista para ser la mamá** de un bebé (Bogotá, 22 años).

[...] **no cortar mis estudios**, de hacer consciencia que no teníamos cómo responder ante tres hijos y por **cuestiones de salud también**, yo estaba un poco delicada de un problema renal y entonces eso me afectaba (Pacífica, 25 años).

No estaba preparada, mi esposo, mi pareja no tenía esa aspiración, **no estaba ganando mucho**, no quiero vivir así... las condiciones no eran tan cómodas... (Caribe, 21 años).

De otro lado, dentro de los 32 casos de IVE, las causales más enunciadas de las despenalizadas en la Sentencia C-355-06 en su orden son: violencia sexual, peligro para la salud de la mujer (física y mental), malformación fetal, y peligro para la vida de la mujer (tabla 18).

Tabla 18. Razones por las cuales las mujeres interrumpen un embarazo (IVE) – Causales Sentencia C-355-06

Razones	Región					
	Caribe	Oriental	Bogotá	Central	Pacífica	Amazonía-Orinoquía
Violación	0	14,3	0	31,3	14,3	0
Peligro para la salud de la mujer	0	0	6,3	0	28,6	0
Malformación fetal	6,3	0	6,3	6,3	7,1	0
Peligro para la vida de la mujer	6,3	0	0	0	7,1	0

De los casos de **violencia sexual** encontrados, cabe destacar el testimonio de una de las mujeres:

En enero tuve **un acceso carnal violento que fue por eso que tuve la IVE**. Quedé embarazada, esa fue la razón como más fuerte por la que tomé la decisión (Central, 33 años).

Mi embarazo fue porque me violaron (Central, 31 años).

Los casos en que los que la razón fue la **salud física y mental de la mujer**, se evidencian en los siguientes testimonios:

Por mi salud, **absolutamente por mi salud** (Bogotá, 29 años).

Pues la verdad no me sentía... **Mi salud mental no estaba bien**. No dormía, no comía, en el trabajo estaba haciendo como todo mal. Mi salud mental la vi como afectada (Pacífica, 34 años).

Venía con un problema de riñones que me estaba deteriorando, entonces yo sangraba mucho y a veces tenía los periodos demasiado largos y quedé embarazada... **y entonces como estaba con ese problema de salud**... Hubo junta médica, hubo asesoría y hubo consulta a la historia y entonces en el área de salud me autorizaron la interrupción por la EPS (Pacífica, 34 años).

Los casos de las mujeres que interrumpieron el embarazo **por malformaciones incompatibles con la vida extrauterina**, quedan de manifiesto en los siguientes testimonios:

No había ninguna otra razón en la segunda ecografía que me hicieron, encontraron que al bebé no se le había cerrado la pared abdominal, entonces tenía como todo por fuera y el médico, el ginecólogo me dijo que era un embarazo no viable... **Entonces que era un riesgo para mi salud y pues un riesgo... pues también psicológicamente no era como muy chévere**, entonces el médico dijo: no, tenemos que realizar un aborto (Bogotá, 31 años).

Muy complicado también cada vez que tenía una ecografía cuando estaban validando lo que tenía, **entonces las malformaciones que me mencionaban que tenía**... que tenía la frente como una especie de tumor, que no tenía nariz, que venía prácticamente sin cumbamba, entonces una serie de cosas que uno pues identifica como muy complicadas... (Bogotá, 38 años).

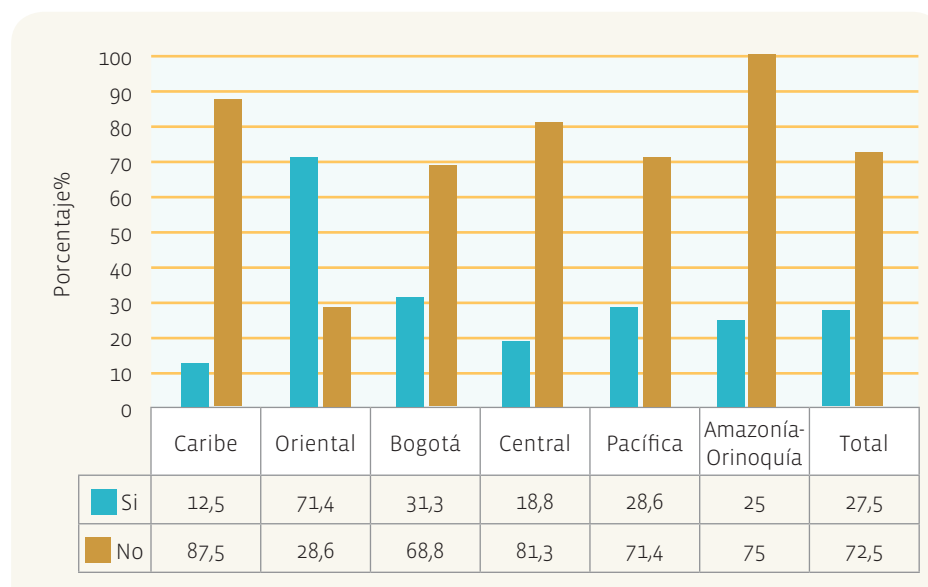
Finalmente, se encontró un caso en donde la razón fue el **peligro para la vida de la mujer**:

Ponía en peligro mi vida (Caribe 30 años).

4.2. Otras opciones

De otra parte, y como complemento de la pregunta referida a las razones que tienen las mujeres para interrumpir un embarazo, se indagó si las mujeres valoraron una opción diferente a la interrupción (gráfica 10). En todas las regiones, a excepción de la Oriental, el mayor porcentaje de mujeres manifestó que NO contempló ninguna opción diferente a la interrupción del embarazo.

Gráfica 10. ¿Valoró una opción diferente a la interrupción? (porcentaje)



El 72,5% de las mujeres entrevistadas, **no consideró otra opción diferente a la interrupción del embarazo,**

[...] en el momento en que salió positiva, **tuve muy claro que no lo iba a tener,** o sea en ningún momento tuve la duda de decir como: ay, pero de pronto... (Bogotá, 28 años).

De ninguna manera, **lo único que me hacía pensar que pudiera seguir en esta situación es que no encontrara a tiempo quien me ayudara** para poder abortar (Central, 20 años).

No, para nada. **Esa fue la decisión cuando supe y la llevamos a cabo...** (Pacífica, 34 años).

No. Yo no dije que es que si lo tengo...no. Para mí era negro y punto. Esa no era ni blanco ni gris no. Era interrupción total (Caribe, 22 años).

El 27% de las mujeres **consideró continuar el embarazo**. Aquellas que consideraron esta opción fueron las que no tuvieron apoyo de su pareja, o que la responsabilidad de un hijo las desbordó o atemorizó, o que tuvieron un embarazo en donde el feto tenía algún tipo de malformación.

Lo consideré dos semanas, el no hacerlo, pero por **ciertas causas él era: no, no, no**. Entonces esa negatividad es frustrante, ¿me entiendes? (Pacífica 20 años).

Consideré tenerlo, pues a mí me gustan mucho los niños y me parece muy bonito, **pero me parece una responsabilidad** y no sabía cómo manejarla (Bogotá 24 años).

Otras mujeres lo pensaron y las opciones que se plantearon fueron solo dos: **continuar el embarazo** o **interrumpirlo**.

Consideré tenerlo, eran las dos opciones. Lo tenía o no lo tenía. Pero la de tenerlo realmente duró muy poquito... (Bogotá 37 años).

De pronto tenerlo, pero era como un 50 y 50. Estaba como en la balanza, tenerlo o no tenerlo (Amazonía-Orinoquía, 19 años).

Yo decía, o una de dos: o lo tengo o no lo tengo. Yo a veces decía: que chévere tenerlo,...pero a la vez se me venía a la mente que no podía... (Oriental, 17 años).

En lo que hay una coincidencia muy grande en la mayoría de mujeres entrevistadas es en el hecho de que, sin preguntarlo en la entrevista explícitamente, manifestaron que **nunca contemplaron la adopción** como una opción diferente a la interrupción, como lo muestran los siguientes testimonios:

Nunca. De tenerlo **y darlo en adopción, no** (Bogotá, 25 años).

No, nunca, nunca. Siempre me ha parecido a mí la adopción como... a mí me parece que sabiendo que está la posibilidad de la adopción, **a mí me parece que la adopción como imposición es un atropello con la mujer**, porque parir un hijo... o sea, no es parirlo es tener un hijo y entregarlo, ¡no! (Central, 32 años).

Cabe destacar que una de las mujeres entrevistadas **consideró el suicidio** como una opción diferente a la interrupción del embarazo:

Era la única opción porque no pensaba que hubiera otra, ¿sí me entiendes? O sea, yo lo que pensaba es que debí haber hecho algo

que no hice, que fue tomarme la pastilla... entonces pues quedo en embarazo y qué opción tengo... o morirme, que era una opción o [...] **sí, yo pensé muchas veces en suicidarme, o sea, lo intenté...** que no era capaz, o sea que lo planeé y no fui capaz (Cundinamarca, 15 años).

Una de las conclusiones que se deriva del análisis de las razones por las cuales las mujeres interrumpen un embarazo no deseado es que —contrario a la literatura estudiada sobre el tema, que dice que una de las razones principales es la falla o ausencia de una planificación sistemática—, el número de hijos y las condiciones económicas son de las más importantes. Los resultados del presente estudio muestran que el proyecto de vida es la razón principal por la cual las mujeres interrumpen un embarazo, sin diferencias importantes a nivel regional, seguida por el factor económico.

Llama la atención el hecho de que en un amplio porcentaje las mujeres hayan manifestado no estar listas para la maternidad o que la maternidad no haga parte de sus proyectos de vida. Lo anterior, dista de la asignación social del rol reproductivo impuesto a las mujeres.

Otro de los elementos que pone en evidencia la ruptura de los roles rígidos de género tiene que ver con el papel de la pareja en la decisión de interrumpir el embarazo. Los hallazgos del presente estudio muestran que la relación de pareja tiene un peso importante en la decisión, principalmente porque la relación es insatisfactoria o inestable, o porque la mujer no quiere un vínculo con esa la pareja. Lo anterior evidencia que el contar con una pareja no es una condición suficiente para tener hijos; así como que las mujeres se plantean unas condiciones mínimas y satisfactorias en la relación para tomar la decisión de tener un hijo/a.

Para finalizar cabe destacar la referencia que hicieron las mujeres, en especial las más jóvenes, al miedo de la reacción social y familiar por el hecho de enfrentarse a un embarazo no deseado, pues evidencia la debilidad de la relación que tienen con sus padres y mayores, quienes podrían acompañarlas y apoyarlas en su decisión y velar porque no se sometan a un procedimiento que ponga en riesgo su vida o su salud.

5. Factores de proceso

Para identificar los factores de proceso que se relacionan con un procedimiento de la IE que se realiza en condiciones de riesgo para las mujeres en Colombia, se hicieron, en primer lugar, preguntas sobre los factores relacionados con el acceso a la información sobre la prestación del servicio de la IE, información sobre el proveedor del servicio, e información sobre el procedimiento y la orientación sobre el mismo.

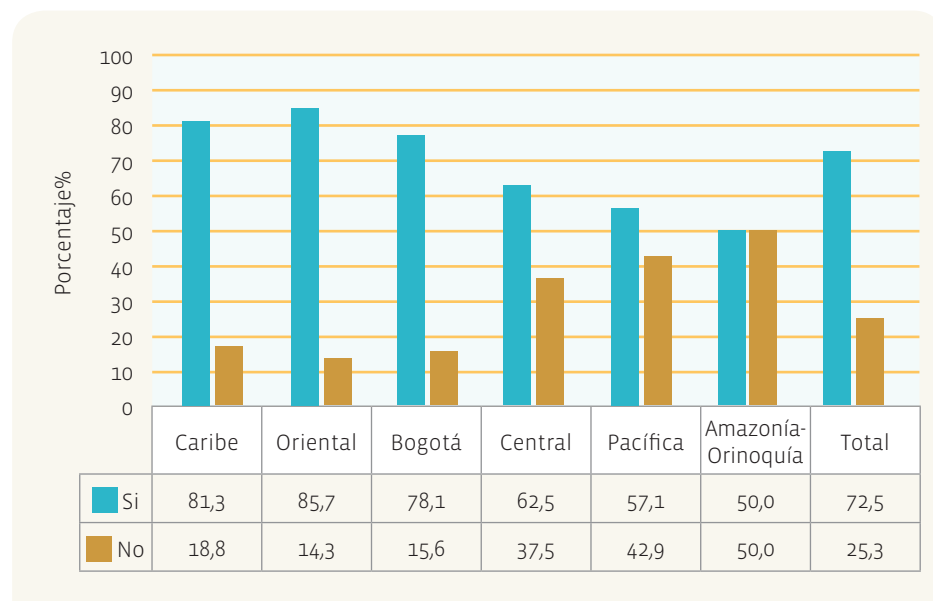
En segundo lugar, se realizaron preguntas sobre el tipo de procedimiento, la descripción del mismo, las redes de apoyo, las complicaciones derivadas del procedimiento y la percepción frente a la atención por cada uno de los tipos de procedimiento.

En tercer lugar, se indagó si las mujeres adoptaron algún método anticonceptivo después de la interrupción; en cuarto lugar, sobre la percepción de la idoneidad de los profesionales que realizaron el procedimiento y, por último, sobre la atención post-procedimiento y el control médico realizado después del mismo.

5.1. Acceso a la información sobre la prestación del servicio

5.1.1. Información sobre el proveedor del servicio

Los hallazgos permiten afirmar que el 72,3% de las mujeres manifestaron que les fue fácil conseguir información sobre dónde hacerse el procedimiento, principalmente, en las regiones Caribe, Oriental y Bogotá (gráfica 11).

Gráfica. 11. ¿Fue fácil obtener información sobre dónde hacerse el procedimiento?

La mayoría de las mujeres manifestaron que obtuvieron la información sobre el proveedor del servicio por medio de una amiga (tabla 19), en otros casos, la obtuvieron por medio de la pareja, un familiar, o el personal de salud o proveedor de servicios de salud. Con menor frecuencia, las mujeres manifestaron que ya sabían a dónde dirigirse, buscaron en Internet o alguien se encargó de buscar la información y el lugar para realizar la interrupción.

Tabla 19. ¿A dónde fue? ¿A quién acudió?

¿A quién acudió?	%
Amiga	40,7
Esposo/compañero/pareja	22
Familiar	13,2
Prestador de servicios de salud	12,1
Otros	11,7
Puesto de salud	8,8
Droguería/farmacia	5,5
Hospital/clínica	4,4

Las mujeres que manifestaron haber conseguido **información a través de una amiga**, coincidieron en que estas ya habían vivido la experiencia, o conocían de alguien que ya había hecho una interrupción.

[...] me acuerdo que también le conté a otra amiga y ella me dijo: Oiga a mi mejor amiga del colegio le pasó lo mismo la voy contactar con ella, **entonces hablé con esta amiga de ella que me habló de [institución privada] y me dijo: A mí me pasó**, se me rompió el condón y pues tuve que hacerlo, y bueno...Entonces hablé con ella y fue muy bonita pues porque compartió eso conmigo (Bogotá, 22 años).

Pues sí, **pues con mis amigas sí**, porque yo no tenía ni idea qué se hacía en esos momentos, también la situación del momento, la preocupación, el desespero, la falta de apoyo que uno que se refugia en quien pueda darle una posible solución (Amazonía - Orinoquía, 19 años).

La **orientación dada por un familiar** fue otra de las fuentes de información referidas por las mujeres.

Le conté a una prima y [...] le pedí pues que me ayudara, que me orientara un poco sobre cómo tenía que hacer las cosas, porque no tenía información clara de cómo se tenía que hacer (Bogotá, 28 años).

“Pues a mí se me facilitó porque **yo le dije pues a mi abuelita y ella me había dado orientación con respecto esto**. Pero yo lo digo porque yo he tenido amigas y ha sido muy difícil y les ha ido muy mal porque ya se van a sitios... mejor dicho, donde las dejan muy mal (Central, 22 años).

En otros casos **la pareja tenía la información** sobre en dónde o cómo hacer el procedimiento, o **se encargó de conseguirla**.

Pues él me dijo como mira: a un amigo, a la novia de un amigo quedo embarazada y pues ellos utilizaron un método y entonces podemos mirar a ver cómo hacemos pues como para conseguirlo y hacerlo (Bogotá, 21 años).

“No, como te digo **esto lo realizó el que era mi compañero, o sea la información de cómo apareció esta chica fue de él**. A través de un amigo, de un amigo, de un amigo eso era una cosa como así. Pero pues así quien le dijo no (Central, 20 años).

En algunos de los casos fue **el personal de la salud** o el mismo **proveedor de servicios de salud quien brindó la información** a las mujeres.

Porque el médico, **pues mi ginecólogo me dijo esto es uno de los tres casos que aprueba la ley** entonces usted va a entrar a la clínica como uno de esos casos y el procedimiento va a ser así, así y así (Bogotá, 31 años).

[...] **Entonces yo le dije: vamos a [proveedor de servicios privado] a ver qué nos dicen.** Cuando llegamos allá nos dijeron que sí, que sí se podía hacer, que eso no era ningún delito (Oriental, 19 años).

Algunas mujeres **manifestaron que sabían a dónde acudir**, o que **buscaron información por internet**, o que **alguien se encargó por ellas de conseguir la información y el lugar**.

Sí yo ya la tenía. Yo pienso que por el medio en que me muevo por mi trabajo me facilita la acceso información, pero sé que usualmente no es tan fácil (Central, 28 años).

Sí, yo encontré información muy fácil... **En Internet aparecen anuncios** (Bogotá, 20 años).

[...] nosotros lo primero que hicimos **fue buscar en las páginas [de internet]**, ahí nos dimos cuenta del [proveedor de servicios privado]. Y cuando vimos que allí se podía hacer, estuvimos leyendo y luego decidimos pasar a preguntar (Pacífica, 27 años).

No tengo ni idea, **ellos fueron los que hicieron toda la vuelta, [los padres] ellos fueron los que buscaron**, me imagino yo, que ellos preguntaron a gente que conocían, algún médico, a sus amigos que también pasaron con sus hijos por eso y ellos solo fueron y me llevaron a ese lugar... un día antes o dos días antes, dijeron conseguimos un lugar seguro, un lugar donde vas a tener alguna orientación y me llevaron a ese lugar (Bogotá, 16 años).

En menor proporción, las mujeres, en especial de las regiones Central y Pacífica, manifestaron **dificultad para obtener información sobre donde hacerse el procedimiento**, en particular, procedimientos realizados hace varios años, antes de la Sentencia.

No, para nada [no fue fácil]. Si en este momento hay un poco más, **en ese momento era todo por debajo de cuerda** (Pacífica, 22 años).

[...] no, **eso fue muy difícil, porque eso era muy clandestino**, se tenía información parcial y decía que la persona que lo hacía era un ginecólogo pero era un negociante, que era una persona que no lo hacía en un sitio. Entonces fue muy difícil, en buscar, en tener la plata y mucho susto por el riesgo (Pacífica, 25 años).

Algunas de las mujeres que manifestaron dificultades para obtener información sobre dónde hacer el procedimiento, fueron las mujeres inmersas en la causal de malformación fetal y mujeres muy jóvenes que no sabían a dónde acudir.

No, acá no hay... **no, eso acá es imposible**, porque si usted lo va a hacer acá para todo el mundo es un escándalo, sea el motivo que sea, acá no hay en donde, así sea porque usted va a una clínica porque la violaron tiene que haber un abogado, tiene que ser que montés una tutela, tiene que ser demostrable que fue una violación, pero acá decidir que por malformaciones como en mi caso, pues no atentaban casi contra mi vida y que según ellos casi que se podía criar... tampoco (Central, 27 años).

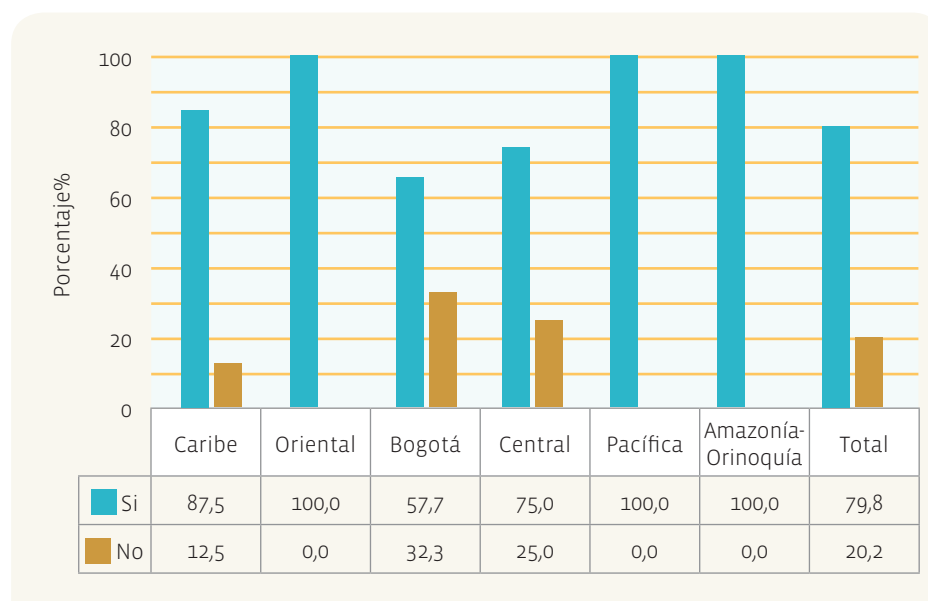
Fue muy complicado, yo me estaba viendo en la [Institución Privada]; allá, con los exámenes que me hizo el ecógrafo, y que él habló de todos los hallazgos que tenía de la bebé, **hicieron una junta e igual me volvieron a citar a otra ecografía** (Bogotá, 38 años).

No, **fue tremendamente difícil**. Porque naturalmente por el asunto que era algo ilegal y yo no me movía en el mundo de la clandestinidad, ni de las cosas ilegales, no. Venía de una familia más o menos religiosa, había acabado de estar por unos tres años o cuatro en un grupo de oración, para mí no era fácil y para quien era mi compañero en esa época tampoco, a pesar de que digamos que, que no fuera una persona que tuviera muchos problemas con lo legal o ilegal, tampoco conocía muchas personas de ese ámbito o ese medio (Central, 20 años).

5.1.2. Orientación sobre el procedimiento

En relación con la orientación dada acerca del procedimiento de interrupción de embarazo, se indagó si a las mujeres les dieron orientación en el primer contacto con el prestador de servicios de salud, qué tipo de información y la percepción frente a la información recibida. La gran mayoría de las mujeres entrevistadas (79,8%) manifestó que recibió orientación sobre el procedimiento (gráfica 12), sin embargo, es claro que la información no fue en todos los casos completa, clara y suficiente, en especial en las Regiones Pacífica y Amazonía-Orinoquía y Oriental.

Gráfica 12. ¿Le dieron orientación sobre el procedimiento? (porcentaje)



En términos generales a las mujeres que realizaron una interrupción en el marco de la Sentencia C-355-06, **les dieron orientación sobre el procedimiento, les explicaron en qué consistía y cómo se hacía.**

Me explicaron absolutamente todo, me explicaron los riesgos, me hicieron una evaluación psicológica, me mostraron todas las diferentes posibilidades. Me preguntaron si era una decisión que tenía, si la había pensado bien (Bogotá, 37 años IVE)²³.

²³ IVE., en el marco de la Sentencia C-355-06

Primero me dieron orientación sobre qué podía hacer. Qué podía pasar si continuaba, las consecuencias, las opciones que tenía. Y pues me dieron un tiempo como para que pensara si quería seguir con el embarazo o si quería volver a buscarlos. Entonces ya después de que yo lo pensé y todo, ya pues me hice una ecografía y todo para saber cuánto tenía (Oriental, 21 años, IVE).

Pues ella me explicó las consecuencias, los riesgos, me explicó qué era, cómo era, cómo se hacía, **todo mejor dicho** (Pacífica, 20 años, IVE).

Las mujeres que manifestaron que **la información recibida fue buena**, son aquellas a quienes se les brindó una información completa sobre el procedimiento, se les trató de forma respetuosa y cálida y se les explicó de manera clara y suficiente.

Me impactaron más positivamente en esa época, **me sentí acogida, me sentí respetada, sentí que fueron claros, que fueron cuidadosos**, te quiero decir que una cosa que yo hice después y no sé es una cosa muy curiosa, yo les escribí una carta y yo les dije que me gustaría trabajar allá y me gustaría apoyar a otras personas que deciden, me impactó mucho el mismo hecho de tener un aborto en mi vida y también me impactó mucho el ser apoyada de esa manera en ese momento (Bogotá, 25 años, IE antes del 2006)²⁴.

[...] **por primera vez me recibe alguien como que con el ánimo correcto** y se puso hablar conmigo y le conté todo y ella solo [decía] es tu decisión... entonces ella me pareció muy buena persona, después que hablé con todos terminé amando el lugar (Bogotá 19 años IVE).

Muy buena porque **me aclaró muchas dudas que yo tenía**. Yo estaba muy asustada, entonces quedé muy tranquila cuando yo hablé con la psicóloga y ella me dejó claro cómo eran los procedimientos (Oriental, 23 años, IVE).

Me dio más seguridad, mucha más confianza. **Al ella explicarme como el procedimiento y la manera en que me trató** (Central, 22 años, IE después del 2006)²⁵.

²⁴ IE antes del 2006, hace referencia a una interrupción del embarazo antes de la Sentencia C-355 del 2006.

²⁵ IE después del 2006, hace referencia a una interrupción del embarazo después de la Sentencia C-355 del 2006

Toda la información necesaria, la verdad es que recibí toda la orientación posible (Caribe, 34 años, IVE).

Se puso en evidencia que en algunos casos, **la información fue insuficiente o errónea.**

Eso y nada era lo mismo... Si eso no se demora nada, eso es con anestesia no sé qué, tú no te preocupes, en fin. Y además era un tipo como... no sé ni siquiera interpretarlo. Es como cuando tú tienes que hacer una cosa y ya... chao, cero compromiso... (Caribe 22 años, IE después del 2006).

Sí, ella me explicó el método y por qué no había posibilidad de que fuera de otra manera, yo me acuerdo que yo en mi desconocimiento de los recursos tenía en la cabeza historias muy, muy, muy terribles, entonces seguramente era para tratar de decirme ese no va ser el método, porque yo tenía en la cabeza, porque obvio en el colegio también nos hablaron del aborto, pero más allá del video famoso del bachillerato, sí tenía historias en la cabeza (Central, 20 años, IE antes del 2006).

En otros casos, **la información estuvo encaminada a culpabilizar a la mujer.**

[...] ella se dirigía a mí, que era la pecadora, entonces ella pues hizo el procedimiento, nos tomó los datos, me explicó, ¿no?, me explicó cómo iban hacer el procedimiento y **lo explicaba de manera doloroso, me dijo que me iban hacer un legrado y que lo hacían con herramientas quirúrgicas y que me desgarraban y pues que prácticamente me podía morir**, que podían pasar muchas cosas (Bogotá, 24 años IVE).

[...] él primero me trató de convencer, me dijo: como que va ser varoncito. Me acuerdo tanto que dijo lo va a poner a cargar pañales, le dijo a mi expareja, de lo que me decía yo no contestaba, me quería pasar por tonta, no, **en la ecografía me dijo mire y yo no, no...** (Amazonia- Orinoquia, 32 años, IE antes del 2006).

Las mujeres que declararon que la **información fue insuficiente**, manifestaron múltiples dudas e inquietudes que tenían sobre el procedimiento, las cuales no fueron resueltas.

No era suficiente, para nada, ignorante por completo. Me decía que comiera muy bien, que tomara caldo de morcilla, que

comiera mucha remolacha, mucho fríjol... (Central, 19 años, IE antes del 2006).

[...] pues una persona de una farmacia no es un profesional, segundo a nadie le interesa sino vender. Y tercero lo que a mí me pasó pues algo... porque yo al final me puse mal, mal, mal, fue de fiebre, o sea yo tenía algo allá como a la semana, y yo no estaba bien, **o sea, algo falló en la indicación...** (Caribe, 27 años, IE antes del 2006).

En algunos casos las mujeres manifestaron **que no recibieron ningún tipo de información, o no recuerdan que hubiera orientación.**

No me dieron ninguna orientación, absolutamente, sino que solo se limitaron al tema del procedimiento y ya (Bogotá, 19 años, IE antes de 2006).

No, simplemente las pastas y ya. **Me dijeron tómese esas pastas, aplíquese dos ahorita, otras dos como a las cuatro o cinco horas y ya** (Amazonia- Orinoquia, 19 años, IE después del 2006).

No, yo no sé. Realmente no sabía qué me iban a hacer... yo no sé si era un médico, yo no sé, alguien te ve y te dice que... **Yo sólo me acuerdo de eso, que me dijo como: usted lo asume porque es muy riesgoso y se puede morir**; o sea, es muy probable que se muera (Bogotá, 15 años, IE antes del 2006).

Nula... ella, la que estaba ahí **me dijo tomate esto y esto y lo otro**. Entonces [esa fue] la información que tuve en el momento de hacerlo (Caribe, 17 años, IE después del 2006).

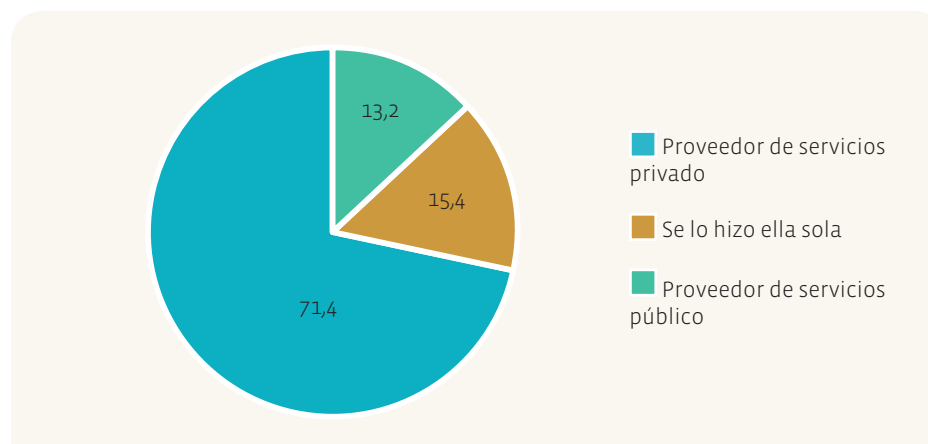
Algunas mujeres consideraron **la información recibida como amenazante.**

[...] entonces **ella me dijo usted tiene que cerrar la boca hasta que se muera**, esa era la primera precaución que no le dijera a nadie y dijo si usted no suelta tiene que ir al hospital, pero usted no va a decir quien le hizo, tiene que morir con eso, un riesgo que ya venía amenaza, **una fuerte amenaza** y hasta el sol de hoy y yo con esa señora hasta el sol de hoy distancia, yo la miro y todo, pero nada... (Amazonia- Orinoquia, 16 años, IE antes del 2006).

5.2. Tipo de procedimiento

En lo que se refiere al tipo de procedimiento para la interrupción del embarazo, se establecieron previamente tres subcategorías (ver gráfica 13): en primer lugar, el procedimiento casero, es decir, aquel que se lo realizó la mujer sola sin haber acudido a ningún tipo de institución de salud; en segundo lugar, el procedimiento realizado con un prestador de servicios privado, tanto antes de la Sentencia como después de la misma; y, en tercer lugar, el procedimiento realizado con un prestador de servicios público en el marco de la Sentencia, es decir una IVE.

Gráfica 13. ¿Dónde se hizo el procedimiento? (porcentaje)



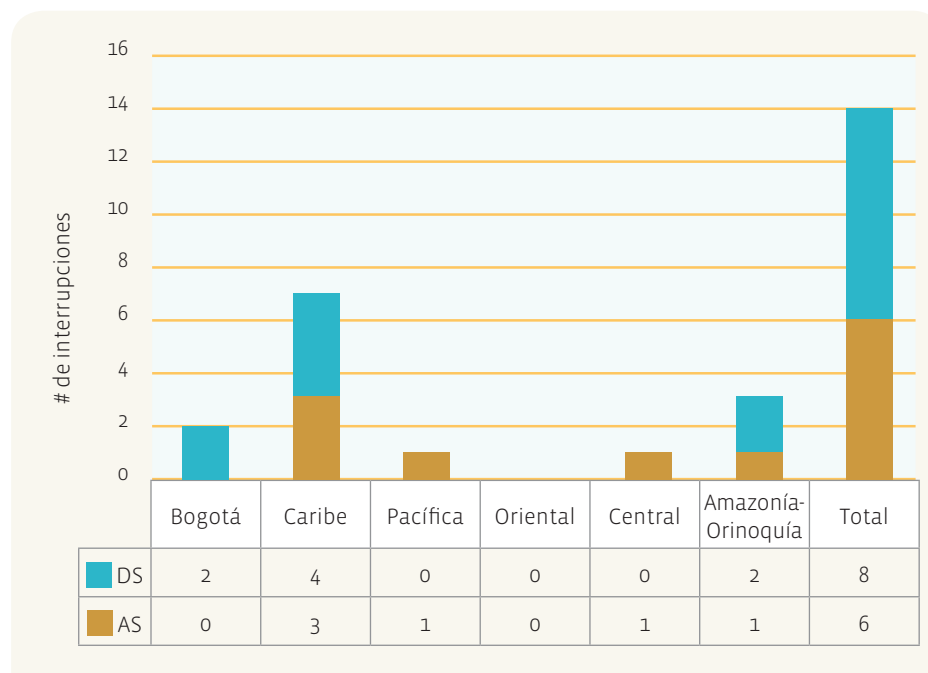
La mayor parte de las mujeres (71,4%), realizaron la interrupción con un proveedor de servicios privado, seguido por el procedimiento casero (15,4%) principalmente en las zonas de Amazonía-Orinoquía, Central y Caribe, y con menor frecuencia, por un proveedor de servicios público (13,2%), cabe anotar que todos los procedimientos que se hicieron por un prestador de servicios público fueron IVE.

5.2.1. Procedimiento casero

De los 14 casos en los cuales las mujeres realizaron ellas mismas el procedimiento, el mayor número se registró en las regiones de Amazonía-Orinoquía y Caribe, seguidos por Pacífica, Bogotá, y Oriental (gráfica 14).

El mayor número de procedimientos (8) se realizaron después de la Sentencia (DS), mientras que 6 de ellos se produjeron antes de la Sentencia (AS). Lo anterior evidencia que en particular en las regiones como el Caribe, la Amazonía y Bogotá, las mujeres siguen poniendo en riesgo su vida y su salud, al practicarse procedimientos sin las técnicas adecuadas y sin supervisión médica.

Gráfica 14. Procedimientos Caseros antes de la sentencia (AS) y después de la Sentencia (DS)



5.2.1.1. Descripción del procedimiento

Las mujeres que manifestaron haber realizado un procedimiento de interrupción casero, en su mayoría lo hicieron con **medicamentos vía oral o vaginal, en algunos casos, combinados con hierbas**, con la indicación general de quien les vendió los medicamentos sobre cómo tomarlos, cómo aplicarlos y en qué dosis.

[...] **las pastillas...** en mi casa, pues en el baño de mi casa me encerré y ya. **Fueron vía vaginal**, ellas dijeron como aplicármelas... ellas me dijeron que con esas pastillas a uno le llegaba el periodo, no me dijeron nada más y yo estaba esperando que me llegara el

periodo, pero yo no esperaba a que todos los días tuviera un sangrado por más de un mes, yo no sabía...tampoco me dijeron que me empezaban a salir coágulos por la vagina y que el cuerpo iba a empezar a botar sangre..., nada, ellas simplemente tómelas... (Amazonía-Orinoquía 19 años).

Yo me tomé las pastillas...a mí me vino la menstruación y creo que ese día descansé aliguito más y me fui a trabajar. Me acuerdo que fueron como dos días quieta, porque a mí no me bajó el mismo día... y al tercer día yo dije: ¡Ah, bueno ya bajó! ¡Y me fui a trabajar! Pero como a los quince días...la barriga era ¡Así! ¡Yo me enfermé horrible! Muy feo. Resulta que fui al médico y que no había botado todo (Caribe 27 años).

Entonces ese mismo día que él compró la prueba [la pareja] yo me la hice allá y ellos [cuñada y hermana de la pajera] ya tenían las pastillas. **Yo me tomé las pastillas... él ya tenía el agua ahí... de hierbas, y unas pastillas que me tomé... creo que fueron dos o una, no me acuerdo bien y me dijeron que me colocara una también intravaginal...**Yo me vine para la casa y después como de tres horas, empecé con unos cólicos horribles... duré como alrededor de unos quince días sangrando (Caribe, 17 años).

[...] **pero después me dijo tómate esta inyección como para acelerarlo... y me dijo cuándo empieces a sangrar desde mañana tienes que tomarte estas pastas... y te tomas estas pastillas y te tomas esta agua, una agua ahí de aborrajá algo así, horrible...** eso era desagradable, yo no me llegué a tomar ese poco de matas, pero no sé si fueron las matas o fueron las pastillas, pero de que me sirvieron me sirvieron. Pero en la noche sentía ese estómago... me sentía mal, sentía que se me abrían las caderas y yo me sentía y no aguantaba más y la mandé a buscar, yo me siento mareada, me siento mal... después fue como venga que te voy a inyectar no sé qué... es horrible (Caribe, 24 años).

[...] **pues yo me acosté en la cama, me bajé los interiores me tomé una pasta... yo no me acuerdo que forma tiene que ser, que forma tiene la que uno se tiene que tomar porque son diferentes y las otras dos me las introducí con el dedo bien bien bien adentro** ¿Y por qué tiene que ser en la noche? Porque si tu estas en el día pues la gravedad hace que se baje la pasta entonces tú tienes que estar acostada. Y bueno pues yo normal... yo no sentía nada. Me dormí y como a eso di tu entre diez y once de la noche empecé con

unos cólicos pero fueron los peores cólicos de mi vida, yo nunca había sentido un dolor como yo sentí esa vez, yo sudaba, yo lloraba (Bogotá 21 años).

[...] la tercera [interrupción] fue la que me dejé llevar por las pastillas. Yo ya sabía que existían unas pastillas pues entonces lo que hice fue llamar a la droguería... Yo dije, tengo un retraso, ¿Usted tiene algo? **Y me dijo: Sí, yo tengo unas pastillas entonces yo se las llevo** (Pacífica, 19 años).

Uno de los casos de interrupción casera que no fue con pastillas **lo realizaron con métodos no modernos:**

Ella **me dijo quédate ahí, ella desinfectó el espejo y todo y tenía de todo ahí** y me decía déjame ver, ábrete y abre las piernas, cuando abrí las piernas me metió un espejo, cuando me metió el espejo eso me apretó y se me abrió el cuello... **entonces me metió una sonda**, era como así de grueso pero era tenso como un palillito, hasta que lo introdujo ahí, lo introdujo con una pera y le echaba el líquido, ese líquido entraba y cuando salía, salía sangre y otra vez me echaba y me comenzaban unos cólicos feos, feos y yo decía no puedo más... y [ella] decía aguanta, aguanta y bueno... me dijo que ya (Caribe, 34 años).

[...] **era tarea de todos los días levantar materos grandes y ejercía fuerza física, la cama. Yo me tiraba fuerte de la cama al piso sentada, levantaba cosas pesadas... No podía decir que iba a comprar hierbas o que iba a comprar algo porque no tenía la forma ni la plata...** me enfermé muchísimo pues con todos los síntomas que da el embarazo y a eso le agregaba todos los esfuerzos físicos que hacía. Iba a cumplir los tres meses cuando se me vino el aborto (Central, 19 años).

5.2.1.2. Red de apoyo Procedimiento Casero

Frente a la red de apoyo durante el procedimiento, la mayoría de las mujeres participantes, manifestaron que **estuvieron solas durante el proceso**, sin compañía de nadie —salvo la mujer que fue atendida por su amiga—; la compañía de un familiar se dio cuando hubo que acudir a un hospital a causa de complicaciones causadas por el procedimiento utilizado.

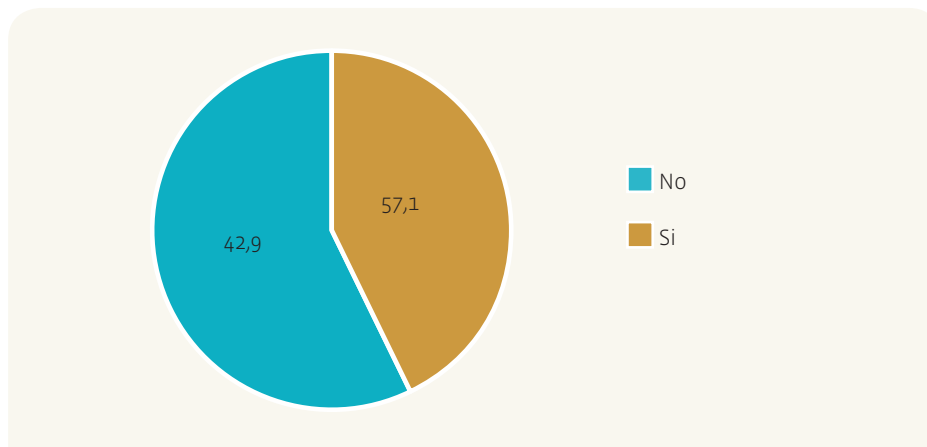
Algunas manifestaron **haber estado acompañadas por su pareja, o por los familiares de esta.**

Mi pareja estuvo ahí todo el tiempo. Yo lo involucraba mucho en esas cosas, yo decía que yo no sola había quedado embarazada y él también tenía conciencia de eso (Caribe, 27 años).

5.2.1.3. Complicaciones

La mayoría de las mujeres que realizaron una interrupción del embarazo casera (57,1%), tuvieron complicaciones posteriores, derivadas del procedimiento (Gráfica 15).

Gráfica 15. Complicaciones posteriores derivadas del procedimiento (porcentaje)



Las complicaciones que relatan las mujeres en las entrevistas están relacionadas con **dolores intensos** y **sangrados** o **fuertes hemorragias**.

A los tres días me di cuenta que **sangraba mucho**, y mucho dolor en el cuerpo, sueño, debilitamiento... es que a raíz de eso empecé a adelgazarme, parecía anoréxica, entonces mi mamá empezó a preocuparse porque me veía muy flaca... pero uno con tanta sangre y con tanto manchado uno va perdiendo hierro en el cuerpo, entonces mi mamá se asustó (Amazonía Orinoquía, 19 años)

Yo al final me puse mal, mal, mal, fue de fiebre, pero como a los quince días o a la semana... la barriga era ¡Así! [señala barriga extendida] o sea, yo lo sentía inflamado, muy inflamado y con fiebre. Yo me enfermé ¡Horrible! Muy feo (Caribe, 27 años).

“... cuando yo vine a la casa yo **me des-tapé en sangre y en sangre, sangre**, duré una hora botando sangre limpia, limpia, limpia, después se me paró y yo le dije al papá de mi hija estoy mal, me siento mal... y me llevaron al Cae [puesto de salud] (Caribe, 34 años)

El 50% de las mujeres que se hicieron un procedimiento casero tuvieron que **asistir a un centro hospitalario o servicio de salud**, en busca de atención ginecológica especializada, después del procedimiento realizado.

[...] yo le dije a mi mamá yo sigo mal entonces... **me volvieron a llevar al hospital... entonces yo no decía nada porque tenía miedo, entonces... el médico me hizo el tacto y me dijo: lo que usted tiene es que se hizo un aborto**, me dijo él, y me dijo: es que usted se está pudriendo por dentro, me dijo él, entonces de una fue que me metieron de nuevo por urgencias y me pusieron suero y todo eso y me hicieron un legrado (Amazonía y Orinoquía, 18 años).

[...] **se dieron cuenta el nombre de las pastillas, porque me encontraron pastillas aquí en el estómago y en la vagina** y me hicieron exámenes de sangre y ya le dijeron a mi mamá que nombre era, le dieron todos los datos y me remitieron... a hacerme el legrado (Amazonía y Orinoquía, 14 años).

[...] **me hicieron el tacto, me dijeron que no tenía nada, me trajeron, me dieron una orden para una ecografía de maternidad...** yo me fui temprano con mi hermana la mayor, ella me llevó allá, me hicieron la ecografía y me dijeron: si

el niño está vivo se mete en control, si el niño está muerto toca hacerle, cómo se llama eso... un legrado... entonces ya, me hicieron el legrado, ya mi hermana me trajo como a las once de la noche (Caribe, 34 años).

[...] yo me desperté ya con la hemorragia. Yo lo que hice fue... **yo no me fui a urgencias, sino que llamé a ver si un médico me podía atender en su consultorio un ginecólogo que fuera de [EPS]...** y llegué a uno que estaba frente a [Institución de Salud] y él emmm... él fue el que me atendió... me trasladó hasta la [Institución de Salud] (Pacífica, 19 años).

Algunas mujeres no fueron al hospital pero **asistieron días después a un médico** por la intensidad del sangrado.

Yo fui desde que seguía sangrando y no sabía qué era lo que pasaba en mi cuerpo, **aproximadamente a los cinco o seis días de eso, fue un viernes, como a los ocho días ya fui al médico y le comenté, casi me pega...** Me dijeron vamos a hacerle una ecografía a ver cómo quedó porque eso quedan residuos en el cuerpo, causa infecciones y se puede morir, así me lo dijo... (Amazonía y Orinoquía, 19 años).

5.2.1.4. Percepción frente a la atención.

Las mujeres que debieron asistir a una institución de salud después del procedimiento realizado, tienen un sentimiento desigual frente al tratamiento recibido. Algunas **sintieron que habían sido bien tratadas** por el personal médico, porque estos no indagaron sobre el hecho.

El **sistema de salud finalmente no indaga mucho sobre eso**. O sea, yo llegué así, dio por sentado que es un embarazo de interrupción involuntaria y pa' delante, **me sanaron** y ya... (Central, 27 años).

Otras manifestaron que **tuvieron la instrucción previa de no contar** que se habían inducido un aborto.

[...] me insistió muchísimo que preguntaran lo que me preguntaran que nunca jamás y por ningún motivo fuera a decir si esto fue algo que yo induje y la persona fue fulano o perana, **ella me hizo una advertencia súper advertida** (Central, 20 años).

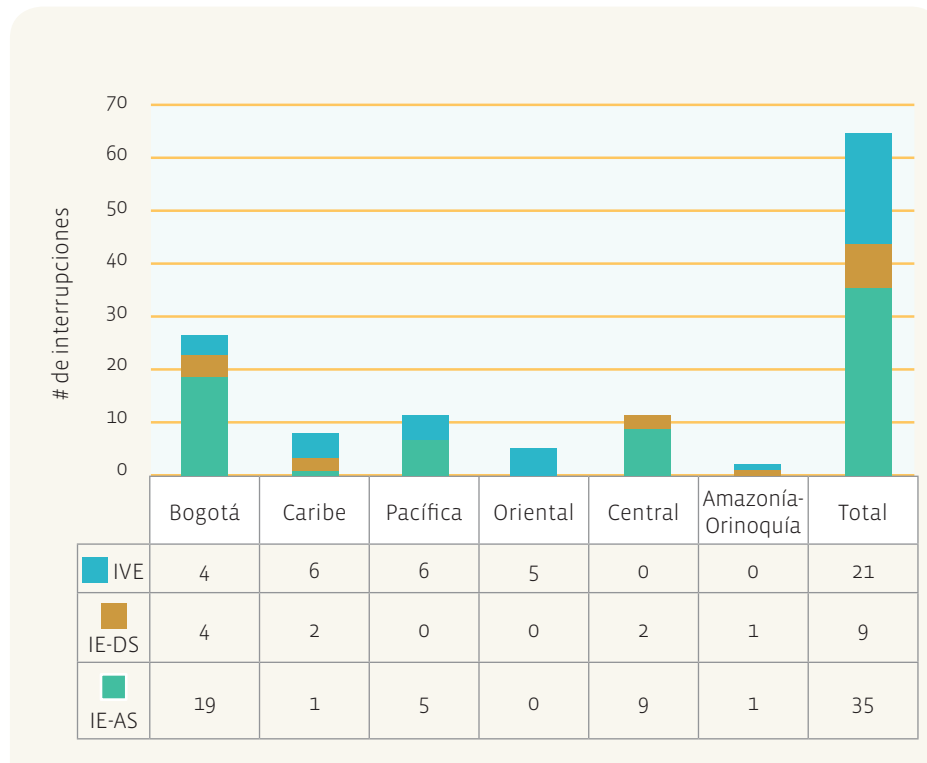
Sí ella me dijo que me tenían que hacer un legrado y me dijo, entonces me dijo que no dijera nada, **simplemente que yo me caí, pero que no dijera nada**, porque ella me dijo que en los exámenes médicos no salía nada y yo me confié en sí de lo que ella me dijo, yo estaba muy convencida (Amazonía y Orinoquía, 14 años).

5.2.2. Procedimiento por un prestador de Servicios Privado

De los 65 procedimientos realizados por un prestador de servicios privado²⁶, el mayor número se registró en Bogotá, seguido por las regiones Pacífica y Central.

Treinta y cinco (35) de los procedimientos fueron realizados antes de que fuera proferida la Sentencia (AS) C-355 de 2006, seguido por 21 IVE y por 9 procedimientos que se produjeron después de la Sentencia (DS) (gráfica 16). Lo anterior muestra que los prestadores de servicios privados son a los que con más frecuencia recurren las mujeres, independientemente de si la interrupción se enmarca o no en la Sentencia.

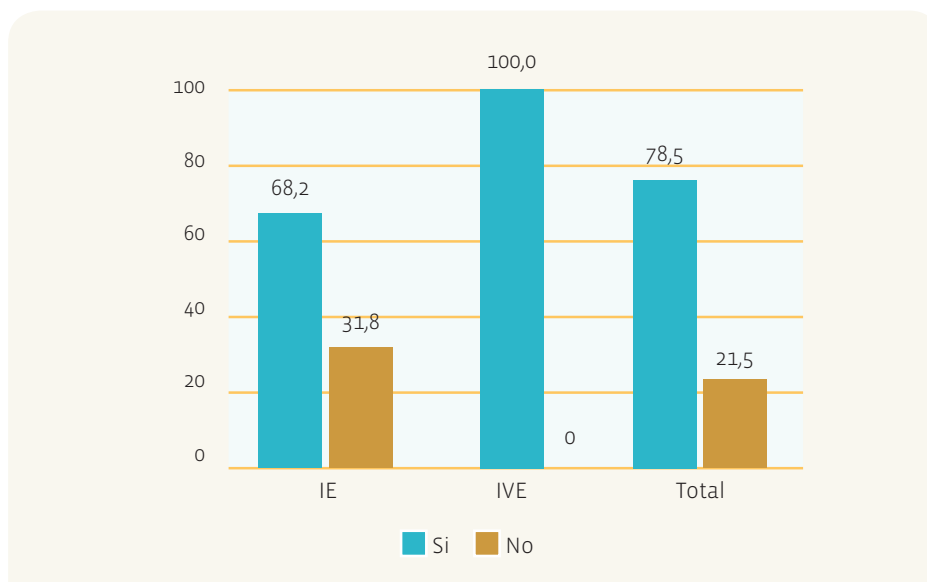
²⁶ Se entiende por prestador de servicio privado, aquel que no hace parte de la red de prestadores de servicios de salud, como por ejemplo: partera, atención en un consultorio médico, en un motel o en una institución prestadora de servicios de salud privada.

Gráfica 16. Procedimientos realizados por un prestador de servicios privado

Las preguntas relacionadas con los prestadores de servicios públicos y privados, se encaminaron a evidenciar la existencia de rutas de atención establecidas, para determinar si los procedimientos son seguros o inseguros. Por lo anterior, a las mujeres se les preguntó si estos les dieron les explicaron sobre el procedimiento que se les iba a realizar, qué tipo de procedimiento les realizarían y si les dieron atención médica después del procedimiento.

5.2.2.1. Acceso a la Información

A las mujeres se les preguntó si les habían explicado en qué consistía el procedimiento y si la explicación había sido clara (Gráfica 17). El 78,5% manifestó que les dio una explicación sobre el procedimiento

Gráfica 17 ¿Le explicaron en qué consistía el procedimiento? (porcentaje)

En cuanto a la claridad de **la explicación**, el 51,6% de las mujeres manifestó que esta **fue clara**. Estas mujeres fueron, en su mayoría, las que se realizaron una interrupción en el marco de la Sentencia (gráficas 18 y 19).

Me lo dijeron por medio de unos folleticos y la doctora me lo explicó... el día que estuve con cita con ella (Caribe, 24 años, IVE).

Sin embargo, dentro de las interrupciones realizadas por fuera del marco de la sentencia, algunas mujeres, manifestaron que **la explicación sobre el procedimiento fue clara**.

Sí, sí, yo creo que sí, yo creo que fue muy importante, ¿sabes?, **y fue muy importante el hecho de haber tenido una orientación psicológica antes** (Bogotá, 16 años, IE antes del 2006).

Si me explicaron, **poco a poco me iba explicando el procedimiento**... tranquilízate, te va a doler porque esto es doloroso y todas esas manifestaciones me las dio (Caribe, 21 años IE antes del 2006).

Algunas mujeres manifestaron que la explicación recibida **fue muy general**.

No, realmente, sí hay **una descripción muy básica** de lo que va a pasar pero en realidad, pues la descripción la hace la psicóloga (Bogotá 33 años, IVE).

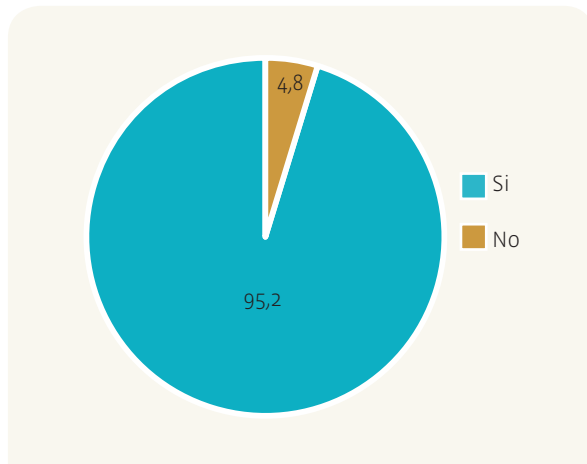
Otras mujeres manifestaron que **no les dieron explicación alguna**.

No. La psicóloga me dijo: ¿Cuántos años tenía? ¿Por qué iba a abortar? Y ya. **Me dijo: pasamos a la salita emmm se pone esta blusita y ya** (Bogotá 17 años, IE antes del 2006).

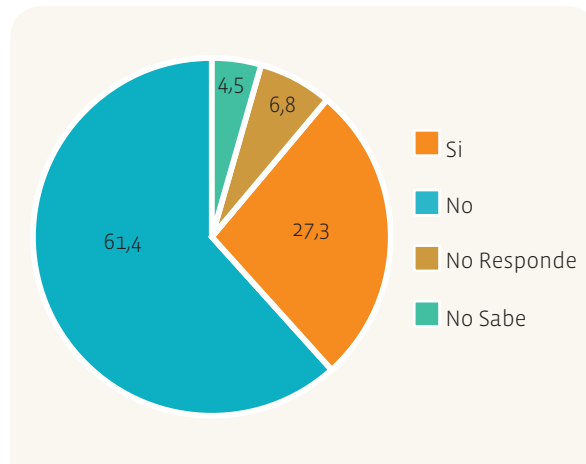
Ella me dijo: Usted está grande que aguante. **Pues ella me hizo que en la cama me tome el agua que me acueste y que de ahí me fuera a la casa** y que al ratico me iba a soltar en hemorragia (Amazonia-Orinoquía, 16 años IE después del 2006).

¿Le hicieron firmar un consentimiento informado?

Gráfica 18. % de IVE con consentimiento



Gráfica 19. % IEs con consentimiento



En el 95% de los procedimientos realizados por un prestador de servicios privado, en el marco de la sentencia IVE, las mujeres manifestaron que firmaron un consentimiento informado. En un porcentaje menor, (27%) de las interrupciones (IE) realizadas por un prestador de servicios privado, fuera del marco de la sentencia, las mujeres manifestaron haber firmado un consentimiento.

5.2.2.2. Descripción del procedimiento

De acuerdo con los testimonios de las mujeres, el 45,3% de los procedimientos se realizaron mediante aspiraciones manuales endouterinas (AMEU), seguidos por la técnica de dilatación y curetaje DyC (17,2%), en el 12,3% se hizo mediante uso de medicamentos y con menor frecuencia (3,1%) por

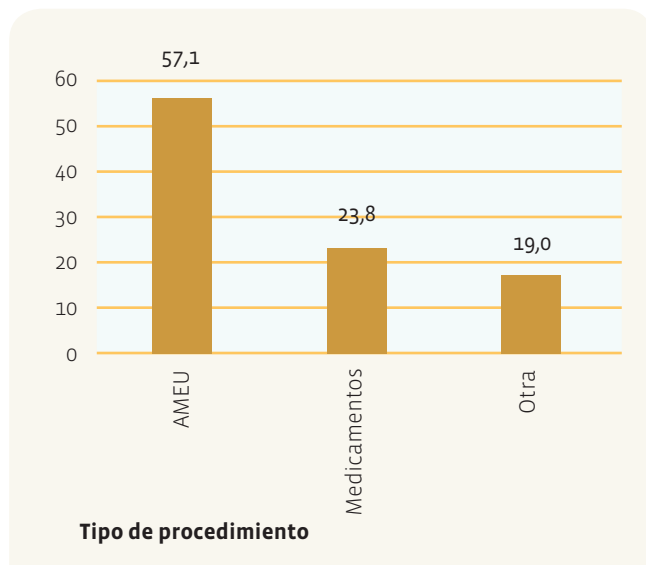
dilatación y evacuación DyE. El 11,2% de las mujeres refieren otros tipos de procedimiento como el uso de bebidas, y el 11% no recuerda.

De esta información se concluye que contrario a la indicación de la OMS, aproximadamente el 20% de los procedimientos se hizo con técnicas inadecuadas. A pesar de que hay un alto porcentaje de procedimientos realizados con AMEU, y medicamentos como lo recomienda la guía técnica de la OMS.

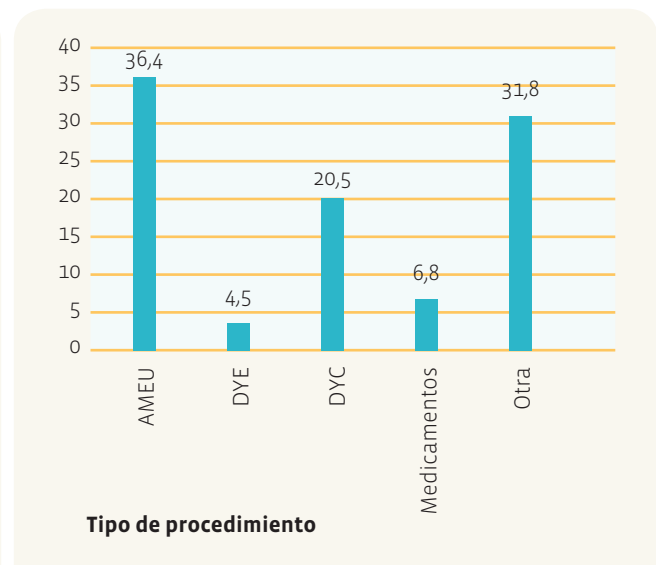
Ahora bien, de acuerdo con la información anterior y según las gráficas 20 y 21, en los procedimientos de IVE se utilizó en mayor porcentaje las técnicas seguras: el AMEU en un 57,1%; y medicamientos 23,8%.

Tipo de procedimiento

Gráfica 20. Tipo de procedimiento realizado IVE (porcentaje)



Gráfica 21. Tipo de procedimiento realizado IE (porcentaje)



Por otra parte luego del ejercicio de memoria realizado por las mujeres sobre el proceso desde el ingreso al servicio privado hasta que se terminó el procedimiento de interrupción, se podrían agrupar las vivencias y recuerdos en tres categorías: (i) **los procedimientos sin dolor o con poco dolor y cuidadosos**; (ii) **los procedimientos muy dolorosos**; (iii) **los procedimientos que generaron miedo, independientemente de lo dolorosos o no que fueron**.

Los procedimientos sobre los que las mujeres manifestaron **no haber tenido mucho dolor** y que fueron **realizados de forma cuidadosa**, se presentaron tanto en las interrupciones realizadas por fuera del marco de la Sentencia, o anterior a esta, como en los casos de IVE. Estas interrupciones se caracterizan porque hay una buena atención y apoyo, y porque se realizó una explicación previa y clara del procedimiento.

Bueno, me atendieron, realmente la atención fue muy buena. **La cosa fue a que a mí me fue muy bien**, para mí eso fue, pues de verdad que me parecía que lo que había vivido era con tanta facilidad y con el apoyo pues de las mujeres (Central, 32 años, IE antes del 2006).

Entonces, el tres de abril yo hago ese aborto... **como te digo en las condiciones más extraordinarias de todos los órdenes**. Me acompaño mi papá, mi mamá, mis hermanos, o sea, esto... (Bogotá 29 años, IE antes del 2006)

[...] me brindaron toda la información necesaria, al pendiente de todo, **no tengo queja alguna, todo fue muy bien**. Conmigo habló mucho la ginecóloga, ella total me sirvió como de psicóloga... Me realizaron el procedimiento luego me pasaron a una sala pues ahí me limpiaron, o sea me hicieron todo. Estuve un rato como una o dos horas mientras ella vio, mientras me estabilizaba y todo eso, me hicieron una toma calentita y eso era para ver si no vomitaba... y me dieron salida a eso de las dos de la tarde, y yo salí... no tengo queja alguna, el trato fue muy bueno (Caribe, 24 años, IVE).

Las mujeres que refirieron **procedimientos muy dolorosos**, fueron quienes realizaron la interrupción por fuera del marco de la sentencia, o antes de esta, en condiciones muy precarias, en lugares clandestinos y sin anestésicos ni analgésicos.

Entonces pasé al consultorio y empezó todo el procedimiento con todos esos aparatos horribles metálicos, espantoso [...] ehh, sí, se siente uno pues hurgado, y ultrajado y de todo, **y pues el procedimiento es horrible, el dolor...** (Bogotá 21 años, IE antes del 2006).

[...] yo no sé qué menjarje harían y me dieron agua y luego me pusieron... un aparato en la vagina, como una cosa que prensa el útero, en ese momento tocaba hacerse lo que fuera, entonces yo empecé a dilatar... **Sentía dolores fuertes en el estómago** y para que mis papis no se dieran cuenta tenía que ir a campo abierto porque no había baño, así en el campo y salir de la casita y con unas ganas de orinar y un empujón fuerte y ahí se vino, pues luego me limpié, luego llamar al que estaba pendiente del bebé. Qué hizo él: envolverlo y enterrarlo. Pues porque tenía que quedar todo oculto y ya con toallas higiénicas al otro día a estudiar, de una, **me seguía doliendo y tomaba más aguas, ella había mandado a decir que tomara agua de panela y eso hice y nada más** (Amazonía-Orinoquía, 16 años, IE antes del 2006).

Eso fue vaginal, entonces me quité la ropa interior... era un alambre muy grueso enrollado y en la parte de arriba tenía una ruedita, bueno, entonces este cosito de acá, lo pasaban por la mitad de la ruedita y cuando ya estaba adentro... ella le ponía en la puntica un algodón no sé con qué. Entonces cuando yo sentía el punzón, como cuando uno siente un clavo que una siente así. **Lo cierto era que ella sí me amarraba de las manos y con una sábana, me amarró aquí en el estómago de la cama.** El punzón lo hacía y se sentía cuando movía así, y ya. Hasta que no saliera sangre no lo sacaba. Generalmente ella me llevaba en la mañana y por la noche ya sobrevenía la hemorragia. Me daba tiempo de llegar a la casa y a prepararme y me venía la hemorragia (Central, 19 años, IE después del 2006).

Yo no sé pero yo lo sentí todo, eso fue horrible, eso fue horrible. El empezó a hacer todo el procedimiento ese y entonces yo le decía que me dolía mucho y me decía: ¿Y cuándo estabas haciéndolo no te dolía? O sea, era como todo prepotente ¡Ay yo no sé...! Me decía una cantidad de cosas como insultándome prácticamente. Y entonces hubo un momento me dijo: ¡Ah! ¿Quieres que te duela? Bueno, entonces te voy a dejar que te duela y se fue a hablar por celular y me dejó ahí. Yo me demoré, ahí eso fue horrible (Caribe, 27 años, IE después del 2006).

[...] **mientras realizaban el procedimiento dolía y yo durante mucho tiempo asumí de que era así,** era una anestesia local y uno iba a sentir parte del procedimiento porque él me lo dijo... que me ponía la anestesia pero que no era que no fuera a sentir nada, que yo iba a sentir molestia, incomodidad, entonces que tratara de estar lo más relajada posible, que estuviera tranquila, que estaba en buenas manos. **Pero siempre asumí que a uno no lo dormían totalmente para que uno estuviera consciente de lo que estaba haciendo y para que no lo volviera a hacer... Siempre lo he pensado de esa manera,** que si uno siente eso es para que uno diga, mejor dicho, antes de volver a pasar por una cosa de estas... eso duele... **Lo que recuerdo es como esta cuestión dolorosa...** (Pacífica, 22 años, IE antes del 2006).

Adicionalmente, para algunas mujeres, primó la **sensación inhóspita del lugar y las condiciones de asepsia del mismo**, frente a recuerdos dolorosos, u otros recuerdos.

Desde el primer día que fui me pareció muy feo el sitio, no me gustaron las instalaciones... No eran bonitas, la asepsia no era la mejor, pero bueno, no tenía como más opción, entonces no tenía opción entonces lo hice, pero a mí sí el tema de la asepsia y del profesionalismo me dejó un poco preocupada. Ya (Bogotá, 19 años, IE después del 2006).

Era un edificio a punto de caerse, el sitio era terrible, era lo más feo que yo había visto en mi vida. El de la droguería había mandado para allá. **Entre, era un sitio muy feo, muy feo, con pocas condiciones de seguridad, la verdad yo pensé que me iba a morir ese día**, no pensé que iba a sobrevivir ese día porque no había nada de higiene y me acosté sobre una mesa con plásticos... El viejito ese que había sido enfermero. Él me dijo que no, que tranquila que él había sido enfermero durante muchos años en su vida pues y que todo iba a salir bien y pues trataba de darme como algo de tranquilidad (Central, 20 años, IE después del 2006).

Esto fue que era en un chuzo, en un centro médico, estaba cerrado. La única loca que estaba ahí era yo. **Me acuerdo que era un cuarto inmundó**, o sea, para lo que uno tiene concebido de... o a lo que estoy acostumbrada de aseo, de higiene, podría que estuviera, pero como en mi mente todo era clandestino para mí esas cosas son sórdida... (Caribe 22 años, IE después del 2006).

5.2.2.3. Red de apoyo procedimiento prestador de Servicios Privado

Algunas mujeres manifestaron que fue **su pareja quien las acompañó** a realizarse el procedimiento de interrupción, le siguen, en orden de frecuencia, **los familiares**, como la prima, o hermana y, en menor proporción, la madre, la abuela y ambos padres. **Las amigas** son una red de apoyo importante, pues muchas mujeres refirieron que fueron acompañadas por alguna amiga. Sin embargo, un importante número de mujeres, manifestó **haber estado sola durante** el procedimiento.

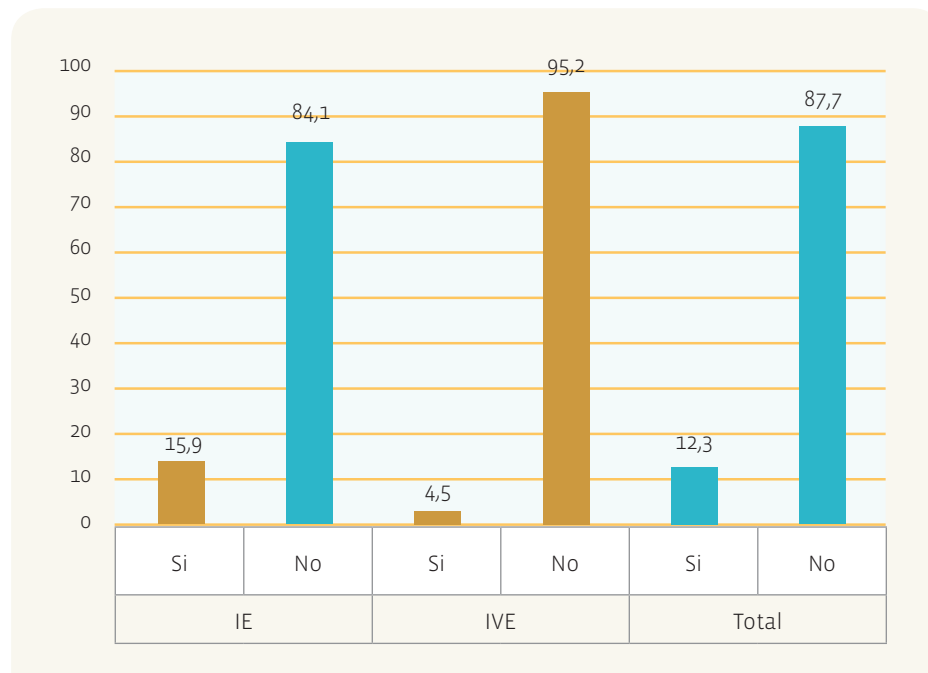
Yo fui sola, el médico estaba solo, no había enfermera, no había ayudante, no había nadie (Bogotá, 17 años).

Conseguí la cita y yo hice todo sola, **nadie me acompañó**, compré mis medicinas, chun... me dejó un ratito ahí y me mandó pa' mi casa. Yo salí, cogí un taxi en la puerta y me fui pa' mi casa. Compré las medicinas y ya (Caribe, 22 años).

5.2.2.4. Complicaciones

Frente a las complicaciones, la gran mayoría de las mujeres (87,7%) (gráfica 22), manifestaron no haber tenido ninguna complicación; las mujeres que refirieron complicaciones coincidieron en que fueron interrupciones por fuera del marco de la Sentencia, que les causaron fuertes sangrados que las obligaron a buscar atención médica.

Gráfica 22. Complicaciones posteriores derivadas del procedimiento (porcentaje)



Es así como el 15,9% de las mujeres que se realizaron la interrupción por fuera del marco de la sentencia (IE) tuvieron complicaciones, frente al 4,8% de las mujeres que realizaron la interrupción en el marco de la misma IVE.

[...] a las veinticuatro horas estuve en hemorragia y estuve siete días de hemorragia en el hospital... pero nunca los médicos pudieron saber que era, yo nunca dije nunca hablé la bocota..., pues me ponían sangre... a lo último el médico le dijo a mi esposo, le dijo le vamos a aplicar una infusión si bien le merma o sino esta mujer se muere... (Amazonía-Orinoquía, 16 años).

Tuve una hemorragia muy fuerte después... **me dejaron una semana [en el hospital]**, me estaba desangrando (Central 19 años).

[...] resulta **que a mí me hacen este procedimiento y me lo hicieron mal... me acuerdo que era un treinta y uno de diciembre, me sentía yo mal, era un dolor, un cólico terrible, terrible**. Era un dolor insoportable. Llegamos a mi casa, yo me acosté y yo decía este dolor a mí me va a matar. Mi amiga se paró, me calentó agua y nada. Y yo dije: llama a un amigo y que venga por mí porque yo no puedo más, vámonos pa' el hospital, yo no puedo más (Caribe 22 años).

Ahora bien, a diferencia de los procedimientos caseros, solo en el 12,3% de los procedimientos realizados por un prestador de servicios público, las mujeres tuvieron que acudir a una institución de salud para atender las complicaciones derivadas del mismo. Estas mujeres manifestaron que habían asistido por **complicaciones posteriores al procedimiento**, como lo demuestran los siguientes testimonios:

Yo llegué ya a la clínica, supongo que vieron que me corría sangre por las piernas entonces yo entré por la parte de urgencias, entonces me entraron a un lugar donde habían varias personas, me pusieron en una camilla. Y mira, maltrato institucional, todo, o sea todo el maltrato institucional, o sea yo pienso que esa gente se dedicó a esperar la hora cero en que eso podía terminar en una muerte, o sea esta gente no hizo ningún esfuerzo por atenderme pronto, por aliviarme, por ayudarme..., fueron horas de sufrimiento.... (Central, 20 años).

[...] Yo estaba tan mal que dije no me importa, ya no puedo ocultar mas esta mierda porque ¿Qué voy a hacer? O sea, ya no puedo... ¿o soy yo, o digo la verdad o como es el asunto? Total fue que hable **con mi mamá y le dije: sí tuve un aborto y me lo hicieron mal. Ella se vino pa' la clínica. Me pusieron una puya pa' el dolor...** (Caribe, 22 años).

5.2.2.5. Percepciones frente a la atención

Se indagó a las participantes que tuvieron que acudir a un servicio médico después de la interrupción si se sintieron bien, o se sintieron irrespetadas.

Quienes manifestaron sentirse irrespetadas fue porque **la atención fue demorada**, a causa de haber practicado una interrupción, o porque **las sometieron a preguntas sobre lo que habían hecho**, o sencillamente por la **sensación de ultraje e incomodidad que implica la atención por una interrupción**.

[...] empezaron a decirme que había indicios de que me había hecho algo. **Y yo decía yo no me hecho nada.** En este último sí me dijeron: si nos damos cuenta que sí fue que usted se hizo algo, usted se puede ir para la cárcel, pero yo les dije: ¡No me he hecho nada! Y no les mostré miedo (Central, 19 años).

[...] **si, se siente uno, pues, hurgado y ultrajado y de todo, y, pues, el procedimiento es horrible, el dolor,** se siente uno además pues obviamente está uno haciendo algo que no debería hacer, no debería... el deber ser por decirlo así [...] entonces todo eso es una mezcla de cosas muy horrible (Bogotá, 21 años).

En la EPS ¡Una mierda! (Caribe, 22 años).

Algunas mujeres manifestaron que en la atención por complicaciones **les indagaron sobre si se indujeron un aborto**, sometiéndolas a fuertes interrogatorios por parte del servicio médico.

[...] **me interrogaron un médico, una enfermera, todos los que pudieran se me acercaban a preguntarme qué había hecho yo para tener,** para que se hubiera venido ese feto. Y yo: no, no, entonces esa era como la cosa dejémosla otro rato, ¿sí me entiendes? Fueron horas de sufrimiento... (Central, 20 años).

[...] yo me acuerdo tanto que el motivo de consulta y les dije que yo estaba en embarazo y les dije que fui a un río y me resbalé y me golpeé, pero les dije que no fue mucho el golpe, entonces les dije que me dolió y ya fue intenso a las cinco de la mañana. **Pero no tuvieron esa sospecha, me dijeron llame a su esposo porque usted perdió a su bebe, lo sentimos mucho. Entonces dije: pues los convencí** (Amazonía-Orinoquía 32 años).

En un caso particular, **la mujer puso en riesgo su vida** para recibir la atención hospitalaria y también dar explicaciones a su pareja.

Sí, dijeron: esto es un aborto. Y yo dije: yo no sé. Me hice la que no sabía nada. Me dejaron hospitalizada ocho días porque estaba muy mal y perdí mucha sangre... Cuando terminé con la interrupción, mi esposo se dio cuenta de que lo había interrumpido porque me vio muy mal, él llegó hasta la clínica y dijo: es que es una perra, es una puta, quién sabe de cuál de todos los mozos le metió ese muchacho y me lo quería meter a mí y vea que tan culpable está que mire lo que hizo. Entonces yo me cerré, y no y que no y que no... que lo que pasaba era que me había caído por las escalas, que estaba trapean-

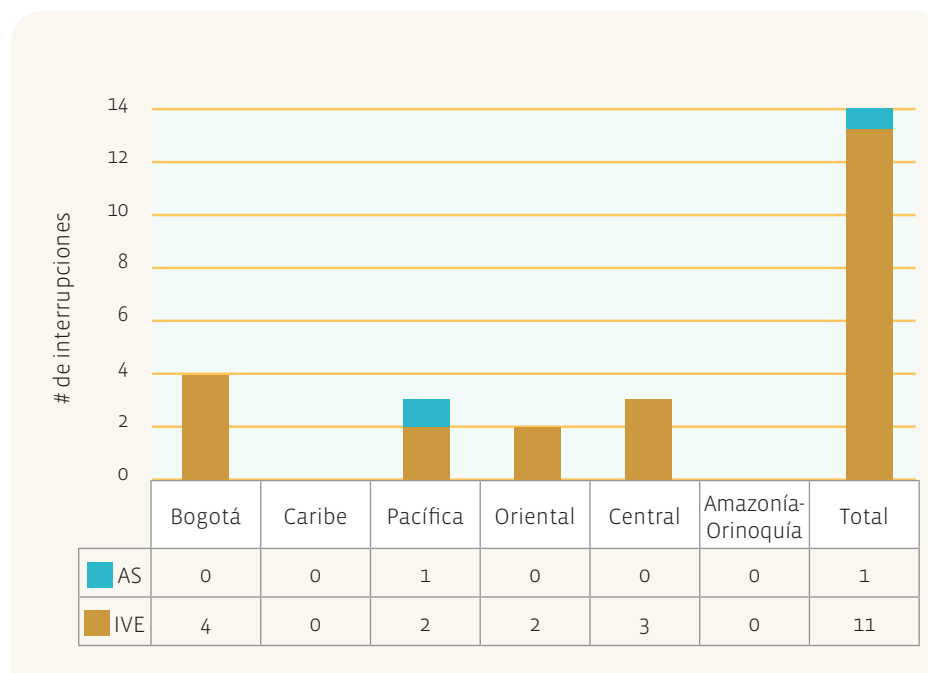
do y como el piso estaba mojado y era con jabón me caí. **Me tocó tirarme de las escalas para mostrar los golpes y afortunadamente pues no me lesioné grave como de fracturarme, pero sí raspones aquí en los brazos y las piernas, me tocó hacer eso para tener qué decir** (Central, 19 años).

5.2.3. Procedimiento por un prestador de Servicios Público

De los 12 procedimientos realizados por un prestador de servicio público²⁷, el mayor número se registró en Bogotá, seguido por las regiones Central, Pacífica y Oriental (gráfica 23).

La mayoría de los procedimientos (11) fueron IVE realizadas en el marco de la Sentencia, y solo uno de los casos se produjo antes de la sentencia (AS) en la región Pacífica.

Gráfica 23. Procedimientos realizados por un prestador de servicios público



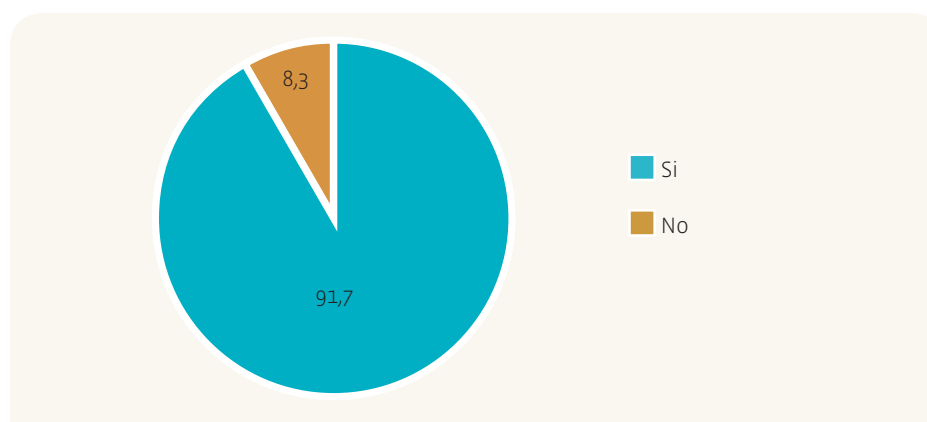
²⁷ Se entiende por prestador de servicio público, un proveedor que hace parte de la red pública de servicios de salud, como por ejemplo hospital, puesto de salud, o un proveedor de servicios privado que también presta servicios para la red de servicios de salud públicos, etc.

Como se planteó en el acápite anterior, con el fin de determinar la seguridad en los procesos, a las mujeres se les preguntó si les dieron explicación sobre el procedimiento que se les iba a realizar, qué tipo de procedimiento les realizaron, y si les dieron atención después de que realizado éste.

5.2.3.1. Acceso a la Información.

A las mujeres se les preguntó si les habían explicado en qué consistía el procedimiento y si la explicación fue clara (gráfica 24). Comparado con el proveedor de servicios de salud privado, un mayor porcentaje de mujeres (91,7%) manifestaron que en el proveedor de servicios de salud de la red pública les fue dada una explicación sobre el procedimiento.

Gráfica 24. ¿Le explicaron en qué consistía el procedimiento? (porcentaje)



El mismo porcentaje (91,7%) manifestó que esta **explicación fue clara**.

Sí, yo tenía clarísimo todo, cómo podía salir mal y cuanto se podía demorar, y cuanto no podía no demorar e incluso tenía clarísimo como me iban a tratar allá, o sea me lo advirtieron muchísimo para que no me asusten para que no me fuera a sentir mal, para todo, o sea superbién me pareció (Bogotá 19 años).

[...]me dicen de que trata el legrado y la limpieza que le hacen y los riesgos que podía tener... nos dijo que había el riesgo como en cualquier operación o cirugía de muerte o que se complicara, pero que no era un procedimiento riesgoso, que me iban a suministrar unos medicamentos que le suministran también a las mujeres embarazadas para que empiecen a dilatar y que luego me empezaban hacer el legrado y ya, **fue claro** (Bogotá 24 años).

Sin embargo, un menor porcentaje de mujeres manifestó que **la explicación no fue suficiente**.

Pues ahí es como a uno le parece. **A mí me pareció bien, pero que de pronto sea un poquito más... o de pronto porque yo sí le pregunté algunas cosas... por eso le digo que después de eso también deberían orientarlo y explicarlo.** Pues si le dicen a uno los cuidados, que por ocho días no vaya a hacer tal cosas. Pero ahí es donde le digo que deberían ayudarlo por algún tiempo (Pacífica, 31 años).

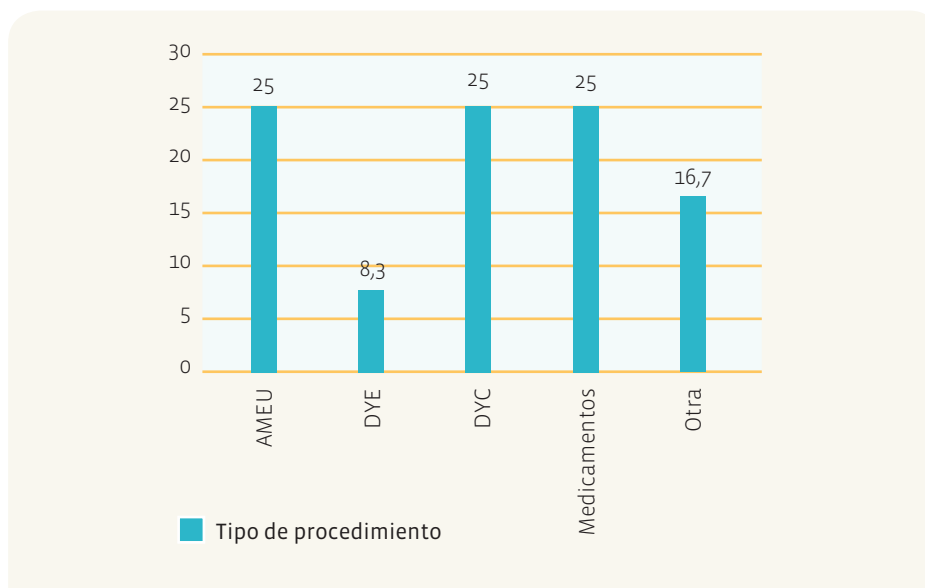
En el mismo porcentaje (91,7%), las mujeres que realizaron el procedimiento de interrupción del embarazo con un prestador de servicios de salud de la red pública, manifestaron haber firmado un consentimiento informado.

5.2.3.2. Descripción del procedimiento

De acuerdo con los testimonios, las técnicas utilizadas en los procedimientos realizados por los proveedores de servicios de salud de la red pública fueron (gráfica 25): aspiraciones manuales endouterinas (AMEU) (25%); dilatación y curetaje DyC, (25%); uso de medicamentos (25%); dilatación y evacuación DyE (8,3%). El 16,7% de las mujeres refirieron otros tipos de procedimiento como la inducción del parto, entre otras.

De esta información se concluye que, contrario a la indicación de la OMS, aproximadamente la tercera parte de los procedimientos (33,3%), realizados por los prestadores públicos, se hicieron con técnicas inadecuadas como DyE y DyC, porcentaje mucho mayor que el presentado por los prestadores de servicios privados.

“...aproximadamente la tercera parte de los procedimientos (33,3%), realizados por los prestadores públicos, se hicieron con técnicas inadecuadas como DyE y DyC, porcentaje mucho mayor que el presentado por los prestadores de servicios privados”.

Gráfica 25. Tipo de procedimiento realizado

Del ejercicio de memoria realizado por las mujeres que buscaron una interrupción del embarazo con un prestador de servicios de salud público, sobre el proceso de interrupción desde el ingreso al servicio, hasta terminado el procedimiento, pueden agruparse sus vivencias y recuerdos en cuatro categorías: (i) **quienes tuvieron una atención hospitalaria sin traumatismos**; (ii) **quienes sufrieron demora en la atención por parte del servicio de salud**, (iii) **quienes vivieron la experiencia con mucho dolor físico**; y (iv) **quienes fueron juzgadas por el personal médico**.

En las regiones del Caribe y de la Amazonía-Orinoquía, no se encontraron mujeres para entrevista que hubieran sido atendidas en la red de servicios públicos que hubieran ingresado a realizar la interrupción allí —salvo las que ingresaron por complicaciones causadas en un servicio privado de las que ya se hizo referencia—.

Las mujeres que manifestaron haber tenido una atención hospitalaria sin mayores traumatismos, refirieron que la atención fue buena, con acompañamiento y sin dolor.

Pues yo llegué... me pasaron con una enfermera, ella me colocó unas pastas, me dijo que... me tocaba esperar dos horas y media, que de ahí ya me llamaban a donde la doctora... Y cuando ya me llamaron para hacerme el procedimiento, me pusieron... suero. Y luego

lo último que me acuerdo fue cuando el doctor me dijo: respire. Yo desperté y pensé que no me habían hecho nada todavía, pero ya. **Y luego esperé media hora más y me dieron las instrucciones y para la casa** (Villavicencio, 30 años, IVE por violación).

Las mujeres que **sufrieron demoras en la atención por parte del centro de salud**, fueron mujeres de la Región Central que acudieron al servicio de salud por una interrupción, por la causal violación.

Yo fui a la fiscalía, allá me dieron un certificado de un médico legista en la tarde. A la mañana siguiente yo fui temprano al hospital, **como a las siete de la mañana y me dejaron esperando como hasta las ocho de la noche y no me atendía nadie** (Central, 31 años IVE por violación).

[...]Había un ginecólogo que me iba a hacer el procedimiento... El doctor resulta que se tuvo que ir, fue una cosa urgente. Entonces él le otorgó la tarea a otra doctora ginecóloga. El caso es que ella... en el momento cuando fue a hacerme el tratamiento ella se quitó. **Dijo que no, que tenía otra cosa más importante y entonces yo me tuve que ir para la casa. ...Yo pienso que la ginecóloga de pronto no sabía que esto era un IVE y cuando se enteró y ya era el momento de hacer el procedimiento ella se quitó. Me tocó esperar hasta el domingo que estaba el doctor** (Central, 33 años, IVE por violación).

Un grupo de mujeres manifestó que vivieron la experiencia con **mucho dolor físico**.

[...] luego vino el médico, me dijo que iban a dar... no recuerdo el nombre de las drogas, que me iban a poner hartos, mejor dicho que me iba a dar hartos para que saliera hoy mismo de eso y terminara eso y listo se fue y no me dijo nada más. **Después yo empecé a vomitar hartísimo y vomitaba** y pedía yo a las enfermeras y no me daban un pato, entonces vomité como muchas veces hacia el piso y en un momento la que me dijo que me dieran un pato que me lo dieran, finalmente era la que realizaba el aseo, ella era la que tenía que limpiar mi vómito varias veces, pero yo ya lo había pedido varias veces y no me lo daban. **Fue muy doloroso, muy doloroso** (Bogotá, 24 años IVE por salud de la mujer).

Otras mujeres manifestaron que, además del dolor físico, **fueron juzgadas por el personal médico que las atendió.**

Después, al día siguiente eran dolores, era horrible y yo hablaba con las enfermeras y decían: eso es lo que pasa por las decisiones que uno toma o si no, no le hubiera pasado eso... Después me desperté y ya como a las diez de la mañana ya estaba bien y las enfermeras eran unas desgraciadas, qué bestias, qué malas personas, cogían y me decían, pues salía primero los bebés y luego las mamás y decían cuídame este bebé un ratico, cuídame, cuídame este bebé hasta que venga la mamá... (Bogotá, 19 años IVE por salud de la mujer).

5.2.3.3. Red de apoyo durante el procedimiento en un Prestador de Servicios Públicos

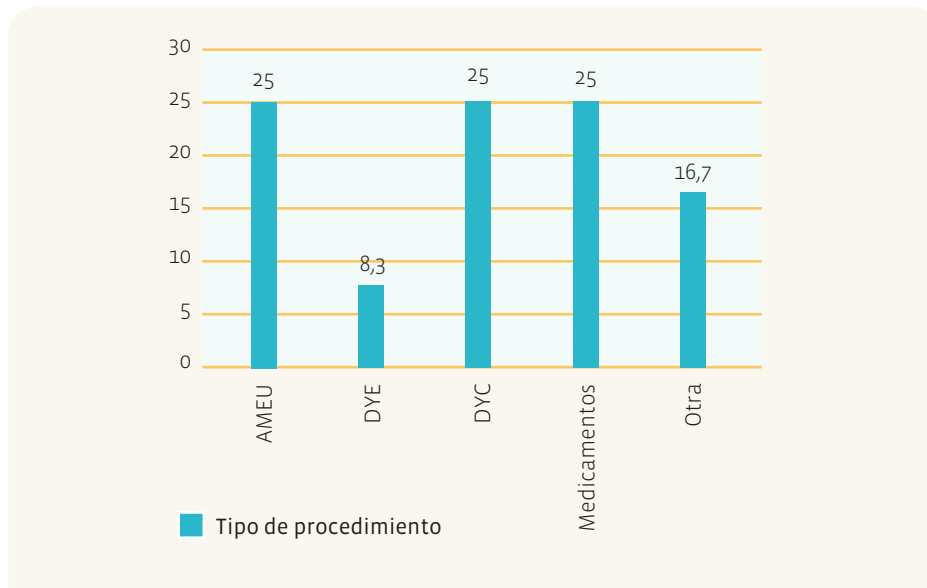
El 91,7% de las mujeres manifestó **haber estado acompañadas** durante el procedimiento (gráfica 26). En la mayoría de los casos fue **la pareja** quien las acompañó y, en otros, **algún familiar**. Le siguen en orden de frecuencia, la madre, la abuela, la hermana, o la prima. En estos casos, y seguramente por ser IVE inmersas en las causales despenalizadas por la Sentencia, aparecen como acompañantes también **las abogadas que han apoyado jurídicamente el cumplimiento de la Sentencia.**

La abogada y con todo y enferma que estaba, la otra abogada... yo nunca estuve sola y luego me llevaron a la casa. Ellas me acompañaron incluso yo en bata desnuda con el médico y ella me dijo: Si quieres te acompaño, si te sentís incomoda o te da pena... Y estuvo todo el tiempo ahí (Central, 33 años, IVE por violación).

“ En la mayoría de los casos fue **la pareja** quien las acompañó y, en otros, **algún familiar**. Le siguen en orden de frecuencia, la madre, la abuela, la hermana, o la prima. En estos casos, y seguramente por ser IVE inmersas en las causales despenalizadas por la Sentencia, aparecen como acompañantes también **las abogadas que han apoyado jurídicamente el cumplimiento de la Sentencia**”.

5.2.3.4. Complicaciones post IVE en un prestador público.

Gráfica 26. Complicaciones posteriores derivadas del procedimiento (porcentaje)



La mayoría de las mujeres (83,3%) manifestaron **no haber tenido ninguna complicación**, dos mujeres en Bogotá refirieron complicaciones asociadas con el procedimiento. Una de las mujeres, refirió **cefalea por la anestesia** y la otra **hemorroides**; ambas fueron atendidas y tratadas en el mismo servicio médico en el que realizó la interrupción.

Sí yo tuve, yo empecé a tener mucho dolor de cabeza y vómito y yo me paraba y vomitaba y el dolor de cabeza era insoportable...

el médico que me atendió me dijo: “Tiene los síntomas de cefalea post-punción...” Entonces volvieron a hospitalizarme, me dieron los medicamentos y ahí duré hospitalizada, eso fue un sábado y domingo y salí el lunes en la tarde. Ahí me atendieron bien (Bogotá 24 años).

Me dieron hemorroides y no más... pues **el doctor me mandó donde un especialista** de eso, y él me mando como lavado y una cremita y ya (Bogotá 31 años).

5.2.3.5. Percepciones frente a la atención.

Respecto a cómo se sintieron las mujeres con el prestador de servicios público, frente al trato y el respeto, durante y después del procedimiento, la mayoría de las mujeres manifestaron **haber sentido buen trato y respeto.**

Adorados, de verdad que impresionante... demasiado humanos, como pues obviamente yo creo que todos sabían en que estaba pues porque entraban a ponerme el este y todo y no... pues no tuve un comentario de: ¡Como está haciendo esto! ¡No para nada! Súper bien todo (Bogotá, 31 años).

Muy bien, fue muy querido, para qué, **una persona muy querida** (Pacífico 31 años).

El doctor [apellido] es un gran ser humano... comprende en absoluto mi sentir, él estaba siempre despertándome: **diciéndome, no importa, yo te apoyo.** Es el hecho de decirle a una, es que yo estoy contigo en esta decisión. Es gran persona... (Central 33 años).

Otras mujeres sintieron que **el servicio fue bueno, pero la información fue insuficiente.**

Sí, las enfermeras son buenas, lo atienden rápido, pero sí, lo que faltó fue que hubiera una persona que **ahí le explicara un poquito más después** (Pacífica 31 años).

Un grupo importante de mujeres manifestó que, a pesar de que el servicio fue bueno y no presentaron complicación alguna, se encontraron con los **prejuicios del personal de salud que las atendió.**

Yo pienso que había gente buena y gente mala también, **las enfermeras eran un poco crueles, pero era de esperarse porque eran enfermeras de maternidad era todo de amar a los bebés, entonces sí fue en un punto un poco molesto...** Después ya cuando aprendía a manejar la situación ya no me pareció grave, ya conocí tres enfermeras que fueron lindas conmigo y ya, eso básicamente. El doctor que me tocó era un malo, el anesthesiólogo era un precioso porque era un viejito precioso. La mayoría de personas no estaban tan de acuerdo (Bogotá, 19 años).

Vea hay gente que lo trata a uno bien, pero es que hay gente que lo discrimina a uno... ¡Ay! Ese es el caso este porque ya también le tenían un nombre al caso, **ya a uno lo llamaban como por números o un nombre muy extraño que entre ellos se entendían,** porque de todo el tiempo que llevaba acá este año, ese era el caso pues que nadie había visto, todo el mundo lo miraba a uno como: “Ayy sí esta es la que tiene el bebé que tiene este problema”. O buscaban en internet un nombre para decirle a ese caso, porque ni siquiera sabían, entonces uno obviamente se siente mal (Central 27 años).

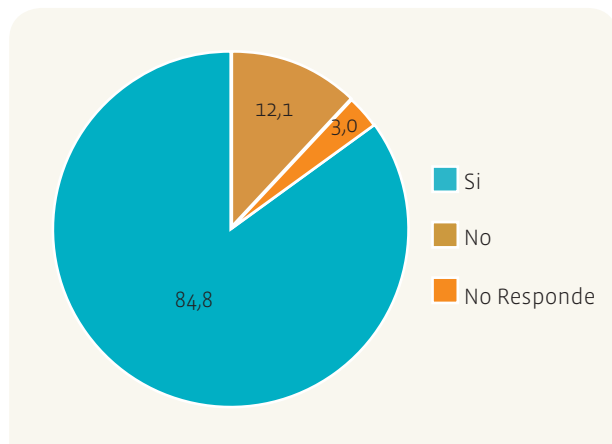
5.3. Anticoncepción posterior al procedimiento de interrupción del embarazo

En relación con la atención post-procedimiento tanto en la red pública como en un prestador de servicios privado, en primer lugar se indagó por la consejería acerca de la anticoncepción. Al respecto se encontró que la mayoría de las mujeres (55,8%) manifestaron haber recibido consejería sobre anticoncepción, post procedimiento en todas las regiones.

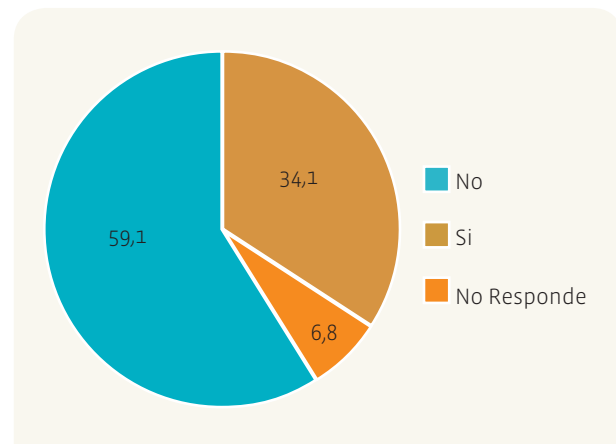
En un porcentaje significativamente mayor (gráficas 27 y 28), recibieron consejería post-procedimiento las mujeres que realizaron una IVE (84,8%) frente a quienes realizaron la interrupción por fuera del marco de la sentencia (34,1%).

¿Recibió consejería sobre anticoncepción, después del procedimiento?

Gráfica 27. Porcentaje de mujeres que recibieron consejería posterior a una IVE



Gráfica 28. Porcentaje de mujeres que recibieron consejería posterior a una IE



El 12,1% de las mujeres que realizaron una IVE y el 59,1% de las que realizaron una IE manifestaron **no haber recibido ningún tipo de consejería**:

No pues... él me dijo: **usa tu condón mija y ¡chao!** (Caribe 22 años).

No, mira, los sistemas de salud no enseñan ¡Un carajo! A menos que tú lo preguntes (Caribe, 27 años).

No, pues **el médico me dijo que tenía que ir a hablar con el jefe** pero la verdad no he tenido tiempo (Pacífica 34 años).

Otras manifestaron que **la información fue general**. Más que sobre la explicación, se les preguntó si les consultaron con qué planificarían si o el médico impuso el método sin mayores explicaciones.

[...] **Antes de que me hicieran el procedimiento la doctora me preguntó con qué iba a planificar** (Oriental 19 años).

Me mandó, **me acuerdo que me mandó el DIU** (Caribe, 21 años).

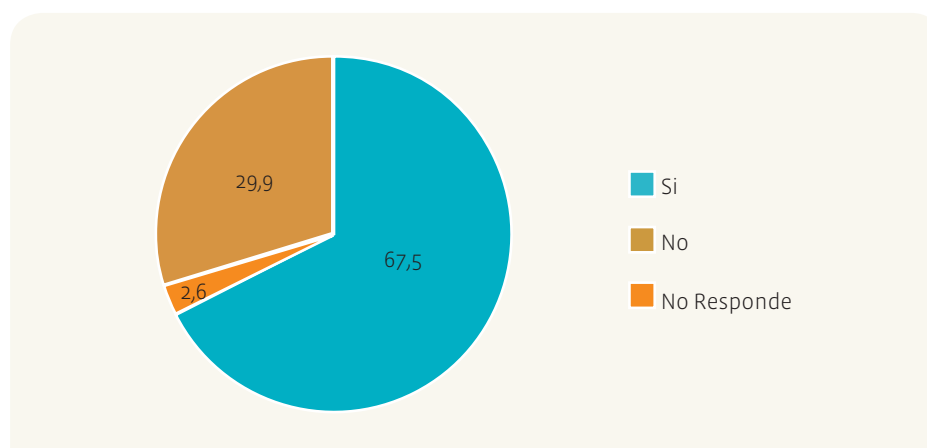
En menor proporción, las mujeres decidieron la anticoncepción por su cuenta sin consejería alguna por parte del prestador del servicio.

Pues yo pedí cita después a la EPS para planificar pero pues yo nunca comento eso en las EPS porque yo no confío (Bogotá, 21 años).

Pues fue **una muchacha de Institución pública que me habló de eso**.... Fue ya después, decisión de uno (Amazonía 14 años).

De otra parte, después de la interrupción, el 67,5% de las mujeres reportaron que estaban utilizando algún método anticonceptivo, como el condón, las pastillas, la “inyección” o el Dispositivo Intrauterino, mientras que las demás, mencionaron que o no los utilizan, o los utilizan de manera inconsistente.

Gráfica 29. ¿Adoptó algún método anticonceptivo después de la interrupción? (porcentaje)



Las razones por las cuales las mujeres manifiestan no utilizar un método anticonceptivo después de la interrupción son de variada índole. Se repiten algunas de las razones manifestadas por las mujeres que no utilizaban un método anticonceptivo antes del embarazo que se interrumpió.

Algunas mujeres manifestaron **dificultad para hablar con la familia o la pareja** sobre cómo planear el uso de métodos anticonceptivos:

No, porque llegar a la casa con mi mamá y que con eso, obviamente **no podía, no podía la verdad** (Pacífica, 21 años)

Pero yo creo que **tenía que ver mucho con que era una relación clandestina entonces no me sentí como tan libre de ir a pedir algún tipo de consejo sobre métodos anticonceptivos...** Entonces creo que no me sentía con la suficiente autoridad para ir donde un médico... Era muy extraño porque me estaba pasando eso pero me daba vergüenza decir que estaba teniendo relaciones... (Bogotá 22 años)

En algunos casos otra de las razones mencionadas, es el hecho de **no querer volver a tener actividad sexual, o no tener pareja**.

No, en ese momento yo no quería saber ni de sexo ni de hombres. Uno queda que no quiere nada. O sea, a uno le hablan de los métodos anticonceptivos pero uno lo que menos quiere es tener sexo (Pacífica, 22 años).

No. Pues **como en ese momento no tenía nada de ninguna pareja** pues tampoco nada (Caribe, 27 años).

O **falta de recursos para adquirir un método anticonceptivo**.

Por eso... **me dio tanta piedra porque quería ser responsable pero económicamente no lo pude ser.** Entonces cuando me separé, no sabía que en el último hijo uno podía exigir a la EPS que me hiciera la ligadura (Bogotá, 34 años).

El dinero. **Yo no tenía dinero estaba bajo la custodia de mi papá y mi mamá,** ellos me daban las toallas higiénicas (Amazonía, 16 años).

El miedo, las falsas creencias o la información insuficiente de los métodos anticonceptivos, fue otra de las razones mencionadas por las mujeres para no utilizarlos, razón manifestada por una mujer de la población indígena.

[...] luego de eso fueron seis meses de que no, porque me daba temor y yo también asustada, pensativa y todo y como que después, aunque él sí planteó como hay esos métodos y busquemos uno que no le afecte tanto a la salud y todo eso, entonces me decía yo sé que usted por su cultura, **usted es indígena, digamos le tienen prohibido eso y yo no, no, no, simplemente no porque a mí me dan miedo las agujas y otra es que yo no quiero meterle nada a mi organismo,** me da miedo, seamos más cuidadosos y sí, ahí fue más cuidadosos, había temor sí... (Amazonia, 32 años).

No,... Voy a ponerme la inyección, pero todavía no lo he hecho. **La verdad no me gustan mucho los métodos anticonceptivos...** (Pacífica, 24 años).

El **no haber encontrado el** método que se ajuste a su cuerpo y sus necesidades en salud.

No porque precisamente una cosa que me dijeron fue que el dispositivo intrauterino con los miomas no la iban, no era conveniente, por eso me daban esas hemorragias tan bárbaras. Entonces yo dejé el dispositivo... **Creo que yo intenté las pastillas y me hacían mucho daño y entonces ahí fue cuando decidí adoptar el método del ritmo, porque yo dije yo siempre he sido regular, muy precisa con esto entonces me funcionaba y me lo salté más bien** (Bogotá, 25 años).

[...]sí, yo seguí con lo de la inyección, creo. **Pero muy rápidamente me la quitan porque las reacciones fueron muy fuertes, entonces seguí con el método del ritmo...** seguimos con lo del ritmo, condón. Creo que estuvimos un tiempo con pastillas pero yo no las he soportado, nunca las soporté (Pacífica 25 años).

Además de los anteriormente mencionados, otros de los motivos, pero con menor frecuencia, tuvieron que ver con que **dejaron la decisión en manos de la pareja.**

Pues digamos que pues que mi compañero se va hacer la vasectomía no sé hace cuánto tiempo, siempre que hablamos del tema es como yo me voy a hacer la vasectomía pero no lo ha hecho (Bogotá, 33 años).

[...] entonces le dije a [esposo] mira a ver qué haces tú porque yo no me voy a poner a preocuparme más por eso. **Entonces ya, como que condón o eyaculación por fuera o lo que fuera, pero no usamos así como nada** (Bogotá, 31 años).

En uno de los casos, la mujer manifestó que **no utiliza métodos anticonceptivos porque es homosexual.**

No, **me decidí por las mujeres.** Porque era lesbiana, ya mi orientación sexual era homosexual (Bogotá, 19 años).

5.4. Atención post procedimiento

En el análisis de la atención post-procedimiento se valoraron dos elementos: el contacto con el prestador de servicios posterior a la interrupción y el control médico realizado a las mujeres por parte de los prestadores de servicios de salud público y privado.

5.4.1. Contacto con el prestador del servicio

Después de realizar la interrupción del embarazo el 44,6% de las mujeres **volvió a tener contacto con el proveedor de servicios**. Este contacto fue, en algunos casos, con el fin de realizar el control después del procedimiento:

Creo que fui a dos citas más que eran como de citología, de hecho empecé a ir a las citologías ahí porque no había ido antes a ninguna citología... y ya después sí empecé ir al médico particular pero sí lo seguí haciendo (Bogotá, 22 años).

Sí claro, **ellos me llamaron para saber cómo estaba y para recordarme que tenía cita de control** (Oriental, 19 años).

Ahh, con la doctora porque después de la interrupción ella dijo que le fuera avisando cómo me iba sintiendo, que si sentía algo mal que le avisara. Cuando yo, como al día siguiente, a mí me empezó a salir como leche de los senos entonces yo me asusté y le dije a mi suegra que la llamara. Ella estuvo muy pendiente (Oriental, 23 años).

Y en varios casos, **por alguna complicación** o **algún evento de urgencia de salud**:

En la segunda [interrupción] yo duré sangrando mucho tiempo, me hice la prueba y me salió positivo entonces yo me cagué del susto y dije: jueputa y ahora que voy a hacer. Fui a donde la señora de la droguería y le dije me pasa esto. **Entonces me dijo: no, no, no, deja pasar más tiempo porque muchas veces emm... como tú te tomas una pasta muchas veces la sangre todavía queda como con... con residuos entonces por eso sale...** (Bogotá 21 años)

En otros casos, las mujeres enfáticamente **mencionan no querer volver a tener ningún contacto posterior con el prestador del servicio** por haber vivido una experiencia dolorosa o traumática:

No. **Yo creo que lo que menos en la vida hubiera querido es volver allá** (Bogotá, 17 años)

No, nunca más, nunca. **Es más ni lo recomiendo...** ¡Terrible! (Caribe, 27 años)

Algunas mujeres afirman que, a pesar de haber contactado nuevamente al proveedor de servicios **no recibieron apoyo**:

¡Yo llamé a este tipo y le dije: oiga usted me hizo esto mal! ¡Me estoy muriendo! Y el tipo dijo: ¡No hija, yo no tengo nada que ver con eso! Y el tipo se me zafó así y le dije hasta del mal del que se iba a morir y luego el me colgó el teléfono, y la verdad fue que ahí sí me sentí miserable, ¡Miserable! (Caribe, 22 años)

En algunos casos, las mujeres **no contactan de nuevo al proveedor del servicio porque no presentaron ninguna molestia posterior**:

No, Nunca... **Me dijo [el médico que la atendió] que si sentía algo volviera, pero que... el médico recuerdo que decía: No, todo salió bien, no le va a pasar nada, este es su antibiótico tran.** Como muy seguros de que no me iba a pasar nada. Pues yo estaba asustadísima... Como a los cuatro días ya fue que más o menos me tranquilicé, ya dije: bueno, como que no pasó nada. Nada, porque yo decía, pues no siento nada pero en cualquier momento pasa algo. Pero no (Bogotá, 21 años).

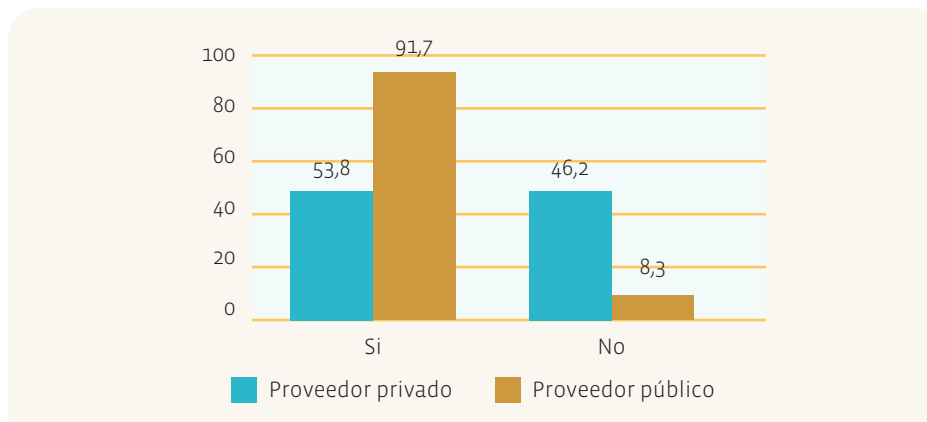
En ocasiones las mujeres **sienten vergüenza o dificultad para establecer nuevamente contacto con la persona que las atendió**:

No, nunca más. **Porque ella es de la alta sociedad ella es de estrato seis,** quién se va a relacionar (Amazonía-Orinoquía, 16 años).

5.4.2. Control médico

Frente al control médico después de realizada la interrupción del embarazo, el 91,7% de las usuarias que realizaron la interrupción con un proveedor de servicios público y el 53,8% que la realizaron con un proveedor privado, manifestaron haber realizado un control médico posterior.

Gráfica 30. Porcentaje de mujeres a las que les hicieron control médico después del procedimiento



La situación descrita por las participantes es muy variable. En algunos casos las mujeres **cuentan con controles próximos y más de un control**, como se desprende de los siguientes testimonios:

Sí, me hicieron dos controles (Bogotá, 16 años).

Pues bien, la doctora me examinó, me hizo un tacto, bien. Porque me advirtieron que si yo no venía me iban a buscar a la casa, porque era importante (Oriental, 30 años).

En otros casos, las mujeres **asisten al control como consecuencia de alguna complicación posterior al procedimiento**:

[...] **Dijo que volviera a ver cómo va y fui a que me revisaran**, el peso que estaba delgada, yo pesaba como cuarenta kilos... (Amazonía-Orinoquía, 19 años)

Las mujeres **deciden realizar el control en lugares diferentes a dónde se han realizado el procedimiento**:

Pues al día siguiente para poner el implante, **pero no fue con la institución pública, sino fue con estas chicas de servicios amigables** (Bogotá, 19 años).

Los hallazgos permiten afirmar que existe un amplio grupo de mujeres que **no tiene acceso a ningún control después de realizado el procedimiento** de la interrupción del embarazo. Es de particular interés el caso de las regiones Central, Caribe, Amazonía- Orinoquía y Pacífica en donde la mayor parte de las mujeres participantes mencionan no haber tenido ningún control posterior:

[...] Yo todavía no me sentía segura y dije: no yo me tengo que hacer una ecografía. **Entonces claro, cuando yo ya fui a donde este médico particular yo no voy a decir porque me pueden denunciar, ¿sí?** Y lo que yo le dije fue: mira, es que me salió... tengo un retraso, me hice dos pruebas de sangre, una me salió positiva y la otra negativa, necesito descartar, entonces por favor hazme la ecografía. Cuando el ya miró la ecografía el ya me dijo: no estás muy bien, no tienes nada. Me dijo que todo estaba perfecto y pues ya con la ecografía pues yo ya me sentí mucho más tranquila (Bogotá, 21 años).

Las **razones** mencionadas por las participantes, por las cuales no tuvieron acceso a control médico son diversas:

Por ejemplo las personas encargadas del procedimiento **no les informan de la necesidad de realizarlo**:

No, no hubo nada, chao y chao, **nunca más volví** (Bogotá, 22 años).

Yo creo que no. Creo que la doctora me dio su teléfono y me dijo: Si le pasa esto me llama, **si le pasa esto me llama, pero no tuve necesidad** (Bogotá, 27 años).

Las mujeres **sienten temor o vergüenza** de volver al mismo lugar:

La tercera vez ya ni más, **me dio tanta vergüenza que no fui ni a controles médicos**, ni nada, o no vuelvo a poner la cara allá, ya era vergüenza (Bogotá, 27 años).

Ahh sí eso quería hacerme un control después pero yo no fui. **Y uno no quiere volver...** (Central, 33 años).

El servicio médico no cubre los servicios requeridos de las pacientes:

Me dijeron que tenía una masita, me dieron más pastas y el médico me dijo que me llamaba pero no me ha llamado, ahí no aparecían llamadas. **Igual la otra ecografía no me la cubre, no creo que me la cubra, porque la última vez que fui la de la caja dijo: este es el último procedimiento que te cubre.** Luego yo le comenté eso al doctor, él dijo: no, yo te llamo y ahí vemos cómo hacemos... Y como encontré el otro trabajo y recién entraba, entonces no puedo pedir permiso ahora (Pacífica, 24 años).

Los resultados permiten mencionar que la falta de información y de controles médicos posteriores a la interrupción del embarazo provoca **múltiples dudas e inquietudes a las mujeres**, las cuales pueden ser interpretadas y manejadas erróneamente:

Por ejemplo cuando yo... después de eso, pues se me empezaron a hinchar muchísimo los senos y me salía mucho líquido de los senos, pero era una cosa terrible que yo tenía que cambiarme de camiseta cada dos segundos, no me podía poner un brassiere. **Yo no entendía por qué eso estaba pasando. Duré como tres días pálida que me moría.** Yo el primer día no me podía parar porque me caía, o sea casi me desmayaba... finalmente yo no hice nada, solo como comprarme los antibióticos con algo de plata que me habían dado de regalo... con la plata que me habían dado de quince pues compré los antibióticos y me los tomé, pero yo nunca entendí por qué me estaba pasando eso que me pasaba. Yo no sé si es normal (Bogotá, 15 años).

Lo que recuerdan las mujeres que tuvieron acceso al control médico, difiere ampliamente entre las participantes. En la mayor parte de los casos, las mujeres **recuerdan que el control se parece a un examen ginecológico rutinario**, el cual incluye tacto vaginal; **otras mujeres hablan de examen de senos o de ecografías**; y otras mujeres, únicamente **recuerdan haber contado con controles médicos verbales sin ningún tipo de examen físico**:

Él mismo me hizo una ecografía. No, quedó bien. “Ahora no puedes tener relaciones porque la matriz te quedó limpia, entonces si tienes relaciones quedas embarazada otra vez. No, ahora no, cuídate”. Me mandó otros medicamentos y ya no me mandó más controles, como me vio bien... (Caribe, 21 años)

Que como estaba, que si tenía dolor, que si tenía el sangrado, que si estaba indispueta, que como me sentía como en general, y ya (Central, 28 años).

A los 15 días, vuelve y le evalúa el médico, te toma otra ecografía y te examina a ver cómo estás, y él me dijo que yo estaba bien, que todos los síntomas eran normales, que no había ningún problema. O sea, el problema es si hubiera seguido con fiebre, ahí sí hubiera sido complicado, pero no, el médico me evaluó y dijo que estaba bien (Pacífica, 34 años).

Algunas participantes en el estudio **recuerdan que las personas que las atendieron en los controles médicos se enfocaron en la cicatrización**, en otros casos, **en el manejo del dolor, fiebre o en descartar alguna infección**.

Respecto a la categoría macro que da cuenta de los procedimientos de interrupción del embarazo de las 73 mujeres que accedieron a dar su testimonio, se puede inferir, en primer lugar, que son otras mujeres — amigas o familiares— el camino más frecuente para acceder a información sobre una técnica para inducir el aborto o a un prestador de servicios público o privado. Por lo tanto resulta indispensable difundir los contenidos de la Sentencia C-355/06, así como las rutas de atención a lo largo de todo el territorio nacional.

Otra de las fuentes consultadas son las páginas de internet, es preciso, entonces, que la información que ofrecen los prestadores de servicio en internet sea clara y suficiente. La forma en la que se entrega información sobre dónde acudir a un servicio de calidad, así como la información respecto al procedimiento y, en especial, sobre las posibles complicaciones

y posibles síntomas post-procedimientos, son algunos de los vacíos encontrados en las rutas de atención que refirieron las mujeres.

Ahora bien, las historias de las mujeres que se indujeron solas el aborto dejan ver que por lo general lo hicieron con métodos no modernos o haciendo un uso inadecuado de los medicamentos, lo que aumentó el riesgo para su vida y salud.

Como se mencionó, la mayoría de los procedimientos tuvieron lugar en una entidad privada, lo que indica que las mujeres acuden, en su mayoría, a este tipo de servicios. No obstante se encontraron importantes falencias en la atención. Si bien la mayoría de las mujeres dijo recibir información suficiente sobre el procedimiento, no ocurrió respecto a la información post-procedimiento, ni tampoco se cumplió en el 55% de los casos con la firma del consentimiento informado.

Si bien los procedimientos por un prestador de servicio privado se hicieron en su mayoría con las técnicas adecuadas (45% AMEU), y se presentaron menos complicaciones (12%) que en los casos de los procedimientos que se practicaron las mujeres solas (50%), los procedimientos de IVE, llevados a cabo en la red de servicios pública fueron más seguros ya que solo dos de las mujeres reportaron una complicación. Podría decirse que la clandestinidad y el temor a resolver dudas en la atención, así como el temor a volverlo a contactar al prestador de servicios, resulta ser otro factor de riesgo para las mujeres que deciden interrumpir un embarazo.

Para terminar, otro de los elementos que llama la atención es la consejería sobre anticoncepción en el marco de la prestación de los servicios. A pesar de que algunas mujeres calificaron como poco clara e insuficiente información, en todos los casos de IVE se dio información sobre anticoncepción, sin embargo, no todas refieren haber adoptado un método.

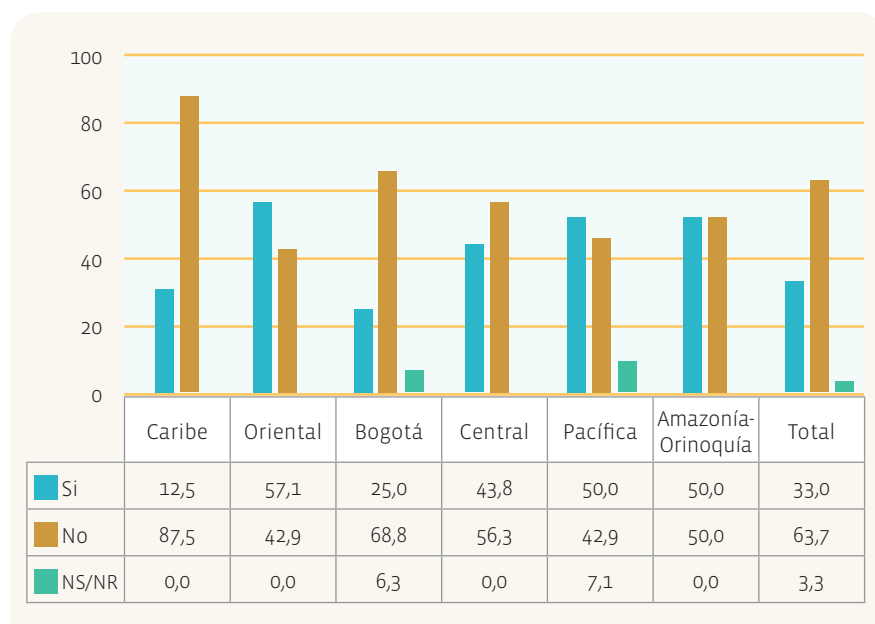
Tanto los controles post-procedimiento, como la consejería en anticoncepción y la adopción de un método son factores protectores para las mujeres, prueba de ello es que las mujeres que refirieron más de una abortos son quienes acudieron a procedimientos por fuera de las causales despenalizadas, y a quienes no se les hizo el seguimiento adecuado ni se les dio orientación sobre anticoncepción.

6. Barreras de acceso

Otro de los objetivos del presente estudio fue identificar las barreras de acceso para la atención en la interrupción voluntaria del embarazo, incluidas las barreras institucionales o derivadas del marco normativo en salud. Para este fin se indagó a las mujeres entrevistadas por el tipo de barreras con las que se encontraron según el procedimiento realizado, si se encontraron con la solicitud de documentos o exámenes específicos en ambos tipos de servicio y si las mujeres conocían la Sentencia C-355 de 2006, con el fin de identificar las barreras derivadas del desconocimiento de la misma (gráfica 31).

En el 33% de las IVE, las mujeres manifestaron que se encontraron con alguna barrera o dificultad al solicitar el procedimiento. Las regiones, Oriental, Pacífica, Orinoquía –Amazonía, con porcentajes mayores al 50%, fueron las que reportaron mayores barreras o dificultades.

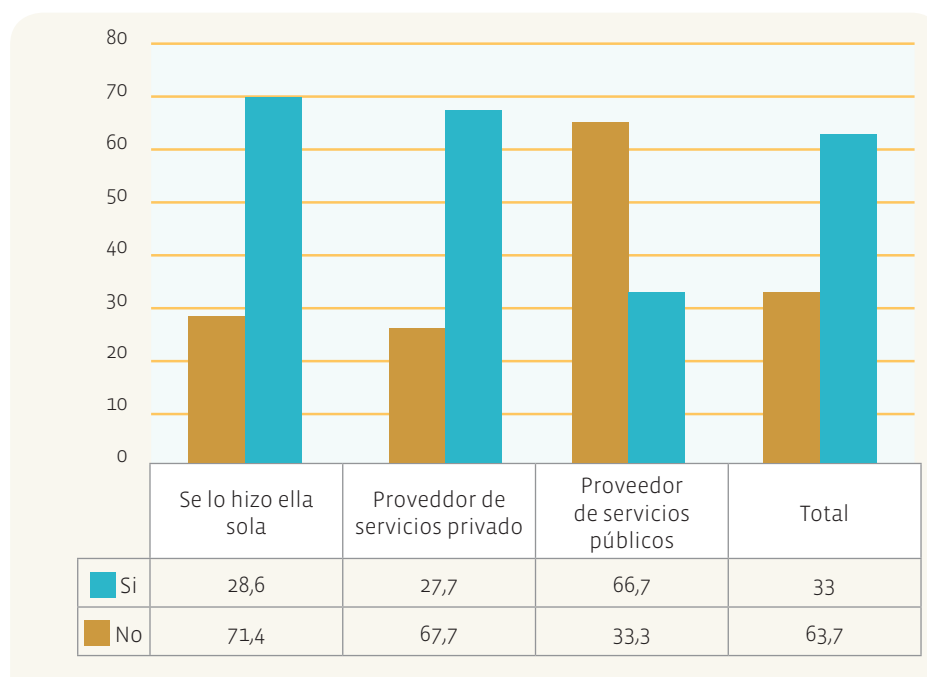
Gráfica 31. ¿Encontró alguna dificultad para interrumpir el embarazo? (porcentaje)



6.1. Barreras y dificultades por tipo de procedimiento

Ahora bien, por tipo de procedimiento, llama la atención que en el 66,7% de IVE (gráfica 32), las mujeres que acudieron a un proveedor de servicios público, manifestaron haber encontrado alguna barrera (gráfica 32). Por su parte, solo el 28,6% de los casos en que la interrupción la realizaron ellas solas, el 27,7% de los casos en donde acudieron a un proveedor de servicios privado para interrumpir el embarazo, las mujeres manifestaron haber encontrado alguna barrera.

Gráfica 32. Porcentaje de casos en los que las mujeres SI encontraron algún tipo de barrera o dificultad, por tipo de procedimiento (porcentaje)



6.1.1. Barreras de acceso a la IVE

De las mujeres que realizaron una interrupción en el marco de la Sentencia, en un proveedor de servicios público, se identificaron barreras referidas a la **negación del servicio por objeción de conciencia por parte del personal médico**:

En el hospital, en el momento la ginecóloga que quedó de hacer el proceso yo sentí que ella no quería hacerlo y se quitó. Igual mira, esta es la situación: supónete que estás desnuda y que estás sangrando porque estás abortando y tenés una mujer que te va a hacer un lavado porque estás abortando. La mujer había dicho que sí, pero apenas se da cuenta que es que yo estoy abortando y que vio a las abogadas que están protegiendo mis derechos, ella me mira, me va a pasar a la sala, me pasa la sala me mira y dice: ¿Esto es un aborto? Y digo sí. Y me dice: **haceme el favor y esperame afuera. Me dijo: vístase y váyase para la casa porque yo no lo puedo hacer...** (Central, 33 años. IVE por la causal violación).

Y ella de una vez dijo: no, yo estoy en contra de eso, la clínica está certificada anti aborto y entonces no te podemos apoyar. Entonces le dije: pero es un tema de decisión mía, que es un tema emocional bastante complicado de manejar. Y me dijo que no, que no y que no y que mirara otras opciones y que igual, en fin; e inclusive mencionó que hoy en día los niños especiales podían inclusive aprender a escribir y otro tipo de situaciones; y yo: sí, pues si tu no lo estás viviendo es muy fácil hablarlo, otra cosa es que lo vivas, ¿sí...? Entonces me tuvieron ese día hasta las 10 de la noche, espérese afuera, espérese afuera, espérese a fuera a ver si la atendemos. Mejor dicho, eso fue horrible, como mendigando una atención (Bogotá, 38 años, IVE por la causal malformaciones fetales).

Las trabas o demoras para la prestación del servicio en los casos de IVE fueron otra de las barreras identificadas por las mujeres.

[...]o no estaba del todo bien todavía, le tenía miedo a la gente. Después de que en la **Fiscalía me dieron el certificado del médico yo me fui al hospital y allá estuve de siete de la mañana hasta las ocho de la noche y no me atendían.** Yo me puse muy nerviosa y me puse a llorar (Central, 31 años, IVE por la causal violación).

[...]que nosotros buscamos todos los métodos, nosotros pusimos una tutela al seguro, que supuestamente la tutela si iba a resolver en cinco días, **pasaron seis días nada, pasaron siete días y nada...** (Central, 27 años IVE por la causal malformaciones fetales).

Que tenía que ir a la fiscalía, que tenía que firmar papeles, **me llamaban un día, me llamaban al otro día; que tenía que traer esto, lo otro;** entonces sí se me dificultó entonces ahí tuve una

alteración porque yo quería que las cosas se hicieran rápido y sin tanta cosa (Pacífica, 26 años, IVE por violación).

En otros casos las mujeres manifestaron que **no se les respetó su derecho a la privacidad**, pues se hizo público que su procedimiento era una IVE y la razón de la misma.

No, eso es muy difícil. Inclusive cuando estaba entrando al hospital, una enfermera que estaba tomándome los datos vio los papeles **y vio que estaba una orden de fiscalía para el IVE, y fue una cosa muy desagradable porque empezó a preguntarme que cómo había sido, que en dónde, que a qué horas**. ¡Y era ataque, ataque... yo no sabía ni qué decir, yo quería como pegarle de verdad, siente una esa sensación de cállese! Es tremendo, la gente muy... pues que para trabajar le falta como esa sutileza y esa ética para tratar a la gente. Entonces ella muy normal hablando delante de otro enfermero ahhh ella se va a hacer un IVE, que cómo así que qué pesar, que pobrecito y es que la violaron y que no sé qué (Central, 33 años).

[...]cuando me pidieron la autorización de la EPS me tocó ir a hablar y ahí sí hubo un poquito de eso, **porque allá ellos se pusieron a hablar y un señor me decía que eso era ilegal, que le lleve los papeles de un juez**, de tanta cosa, que tenía que presentar tantos papeles. Ahí sí lo hacen sentir algo a uno (Pacífica, 31 años).

[...] **entonces todos vieron mi historia, en ese momento sentí que me invadían mi intimidad**, me estaban vulnerando y que todas esas cinco personas ahí me estaban juzgando, quería que se fueran y me dejaran en paz y que no me dejaran la cortina abierta (Bogotá, 24 años).

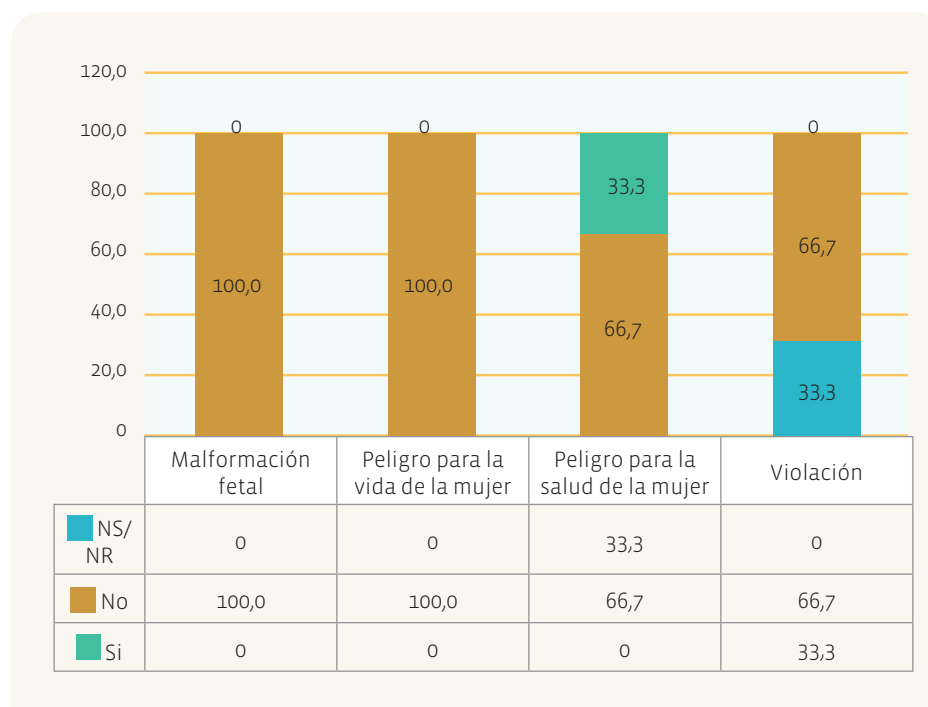
Algunas mujeres **no intentaron solicitar el servicio ante su EPS**, por desconocimiento de la Sentencia, o por las trabas impuestas por los prestadores de salud y tomaron la decisión de realizar la interrupción de manera clandestina, incluso, encontrándose inmersas en una de las causales despenalizadas.

O sea, eso por la vía legal.... **¡En el dos mil siete eso ni pa' que! ¡Ni pa' que! Todos sabemos que es imposible, entonces en ese momento tenía que ser clandestina mijita porque no vayas a tu EPS porque van a decir ¿que qué? ¿Que cómo? ¡Que chun! Que un adulto mayor y entonces que tu eres, veintidós años, frágil, loca...** (Caribe 22 años, IVE por salud).

En lo que respecta a las **barreras por la solicitud de documentos adicionales**, las diferencias entre los proveedores de servicios público y privado son evidentes. Al 75% de las mujeres que acudieron a solicitar una interrupción por la causal violación les solicitaron documentos adicionales en el servicio público, mientras que, en el sector privado, al 33,3%.

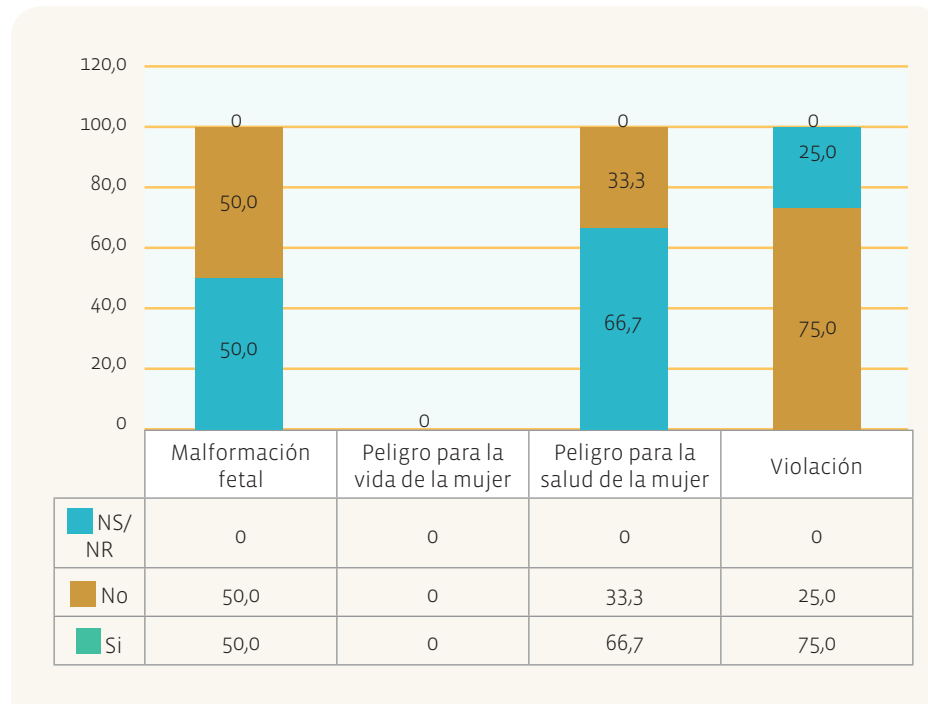
Por la causal peligro para la salud de la mujer, fueron solicitados documentos adicionales en el 66,7% de los casos, y por la causal malformación fetal (gráfica 33), fueron solicitados documentos adicionales en el 50% de los casos por parte del proveedor de servicios público, mientras que por el privado no fueron solicitados documentos adicionales (gráfica 34).

Gráfica 33. Porcentaje de casos en los que se solicitaron documentos adicionales para la interrupción por parte del proveedor de servicios privado



Al 75% de las mujeres que acudieron a solicitar una interrupción por la causal violación les solicitaron documentos adicionales en el servicio público, mientras que, en el sector privado, al 33,3%”.

Gráfica 34. Porcentaje de casos en los que se solicitaron documentos adicionales para la interrupción por parte del proveedor de servicios público.



A las mujeres que realizaron una interrupción en un proveedor de servicios privado, les solicitaron exámenes como **análisis de sangre, ecografías y prueba de embarazo**; en un caso la mujer manifestó que le solicitaron **prueba de VIH** y a otra mujer **menor de edad le solicitaron el consentimiento de una persona mayor edad**.

Para las mujeres que buscaron una IVE con un prestador de servicios público, hubo **solicitud de exámenes médicos que mostraran el embarazo, ecografías, cartas y certificados médicos, historias clínicas y juntas médicas** en los casos de salud de la mujer o malformación fetal; y **denuncias ante la Fiscalía o dictámenes de un médico legista**, en los casos de violación.

Creo que me pidieron la denuncia de la fiscalía y creo que una cosa firmada por el médico de la fiscalía que es el médico legista (Central, 33 años).

Los documentos, toda la historia. **A mí me pidieron todo**, que yo demostrara por ecografía que el bebé que tenía, cual era todo el pasado desde que está en embarazo, que porque más o menos porque se iba dando el aborto (Central, 27 años).

Una aprobación del doctor, **pues como el certificado que dijera que era por incompatibilidad con la vida** (Bogotá, 31 años).

Papeles, lo de la fiscalía, **que tenía que decir todo lo que me había pasado, que eso era una obligación**, entonces eso: hacerme una ecografía (Pacífica, 26 años).

6.1.2. Dificultades en el acceso a la Interrupción del Embarazo

Las mujeres que realizaron una interrupción por fuera del marco de la Sentencia o antes del año 2006, manifestaron **dificultades para interrumpir el embarazo referidas al costo del procedimiento, al juzgamiento por la decisión tomada, a la falta de información sobre a dónde acudir para hacer una interrupción, a la dificultad para conseguir los medicamentos para el procedimiento, al miedo por la clandestinidad del mismo y a la edad, en los casos de las mujeres menores.**

El costo del procedimiento fue la dificultad más frecuente en los casos de interrupciones por fuera del marco de la Sentencia.

[...] **me hubiera gustado por ejemplo que fuera en la EPS por el tema de los costos**, y que si yo no hubiera tenido esa plata... (Bogotá, 33 años).

Sencillamente uno llegaba... **Yo sentí que lo importante era tener la plata** para poder hacérselo [...] punto... (Bogotá, 19 años).

“Pues lo del costo, porque pues mi novio y yo no trabajamos, los dos estudiamos. Entonces nosotros no tenemos otro ingreso ni nada y pues yo no quería que mi familia se enterara para ese entonces (Oriental, 17 años).

[...] **una de las barreras grandotas fue el dinero, que en su momento no fue poquito, fueron \$400.000 pesos** y si no hubiéramos tenido ese dinero... o sea, si cuatrocientos mil pesos ahorita es mucho dinero, hace quince años era muchísimo más dinero (Pacífica 22 años).

El juzgamiento por parte de los prestadores del servicio, fue la segunda dificultad en orden de frecuencia, identificada.

La actitud del médico... fue un poco como... como que el médico sentía la obligación moral de hacerme desistir, pero pues yo no le di como el quiebre... **si él lo que quería era que yo me arrepintiera, eso era lo que tenía que hacer...** (Central, 19 años).

Bueno, ya después cuando estaba en sala de cirugía, cuando me iban a hacer el procedimiento este, **la que estaba acompañando al doctor, la auxiliar del doctor, me trató horrible, horrible...** (Caribe, 21 años).

[...] a mí me pareció una falta de respeto del médico después a los años, **pero en ese momento me sentí juzgada, como observada, como mirada mal...** (Pacífica, 19 años).

La falta de información sobre a dónde acudir para realizar la interrupción fue otra de dificultad identificada por las mujeres.

Yo creo que una vez uno tiene esa información, no hay una mayor barrera, pero si yo no hubiera tenido el acceso a esa persona que le había pasado eso, **si yo no hubiera podido hablar con esa amiga que se había practicado un aborto, hubiera sido terrible porque a quién le voy a preguntar ese tipo de pregunta** (Bogotá, 22 años).

Pues que yo no sabía tranquilamente donde obtener una ayuda para interrumpir un embarazo, ¿cierto? No tenía la menor idea (Central, 20 años).

Una de las barreras grandísimas... uno, conseguir información. Después que sí le hagan el procedimiento (Pacífica, 22 años).

Dos elementos llaman la atención dentro de las dificultades identificadas por las mujeres: La **dificultad para conseguir los medicamentos para la interrupción y la clandestinidad del procedimiento**, ambos en los casos

en que este se realizó por fuera del marco de la sentencia. Dificultades con las que se han encontrado las mujeres en el momento en que han tomado la decisión de interrumpir un embarazo y no se encuentran dentro de las causales despenalizadas por la Sentencia C-355-06.

Frente a la **dificultad para la consecución de los medicamentos**, esta fue identificada por las mujeres principalmente en la zona de la Amazonía y Orinoquía en donde todos los procedimientos se realizaron por fuera de marco de la Sentencia.

“ Dos elementos llaman la atención dentro de las dificultades identificadas por las mujeres: La **dificultad para conseguir los medicamentos para la interrupción y la clandestinidad del procedimiento**, ambos en los casos en que este se realizó por fuera del marco de la sentencia”.

Digamos porque no eran fáciles de conseguir, ¿sí? **Y además cuando los conseguías era como si estuvieras comprando drogas**, o sea es como sentir que no estás comprando algo como normalmente: deme un paquete de papas, por ejemplo,-Sí vecina ¡No! Es: vengo por las pastas [baja la voz] y todo bajo cuerda (Amazonía-Orinoquía, 21 años).

[...] yo me acuerdo que era día domingo en la mañana y si deían en las farmacias que no lo tenemos, lo miraban y no, eso había como el temor de la gente, de pronto por lo que él es periodista,

entonces la gente creía que este anda como probando, entonces llegamos otra vez y dijimos que parece que no lo quieren vender, **entonces él con una fórmula se arriesgó y ahí sí, para que nos lo vendieran** (Amazonía-Orinoquía, 32 años).

En cuanto al **miedo a la clandestinidad**,

[...] no me encontré con ninguna dificultad pero sí me daba un poco de... o sea, yo no dejaba de pensar como: **¿Y si llega la policía o algo en el momento en el que a mí me estén haciendo...? ¿Si me entiendes? Porque de todas maneras tú sientes que estás haciendo algo que no es correcto**, que es ilegal, entonces ese susto sí me daba (Bogotá, 28 años).

Se tuvo que hacer en un lugar donde una va asustada no como que llegue acá a una de las entidades que tiene que prestar hoy en día la atención y pues que yo llegué tranquila porque es una institución hospitalaria y todo esto, ¿no? (Central, 20 años).

El miedo a la clandestinidad está relacionado con el **ambiente hostil** que sintieron las mujeres que se realizaron interrupciones por fuera del marco de la sentencia.

No, yo me acuerdo que allá en [institución. privada] yo sentí un ambiente muy frío, gélido. Pero después fue peor porque la doctora que me lo hizo en su pequeña clínica... era una doctora que yo creía que había trabajado... allá y se había salido con un equipo a ensayar a abrir otro sitio. Algo así y me pareció más fría, más rara y más... **tengo un recuerdo de ella como de un pequeño monstruo** (Bogotá, 27 años).

[...] digamos como la preocupación de **que no fuese en un sitio seguro**... (Pacífica 25 años).

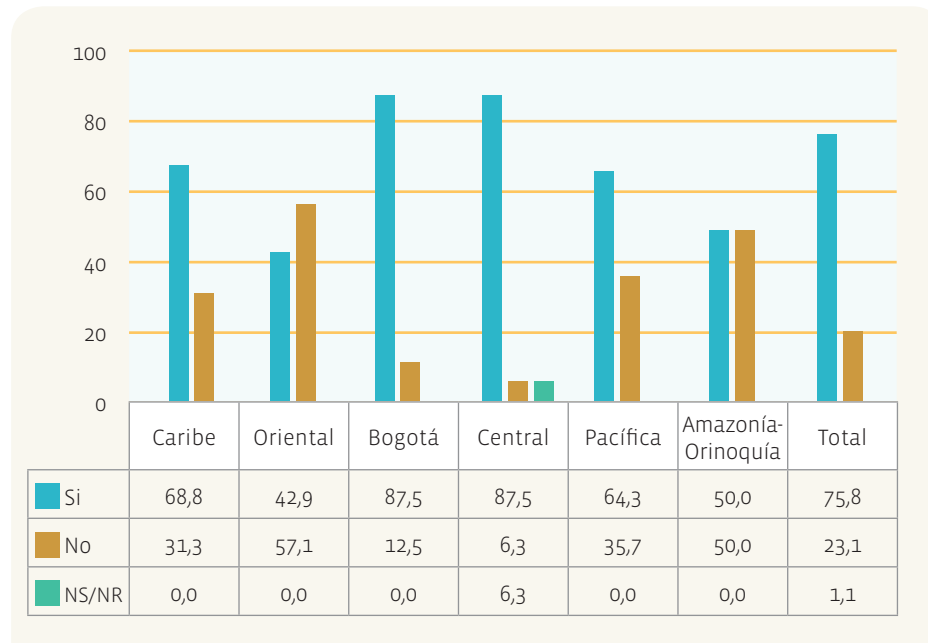
En menor frecuencia, **la edad**, fue una de las barreras identificadas por las mujeres menores de 18 años:

Pues la dificultad de la edad. Que me dijeran que... por ser menor de edad, necesitaban un acudiente o una persona responsable que me autorizara el procedimiento (Bogotá, 16 años).

6.2. Barreras por desconocimiento de la Sentencia

Para terminar, se indagó a las mujeres entrevistadas sobre el conocimiento de la Sentencia C-355 del 2006, como una barrera de acceso al derecho de la IVE en condiciones de seguridad para la vida y la salud de las mujeres. El 75,8% de las mujeres entrevistadas manifestó conocerla, en una mayor proporción en Bogotá y en la Región Central, seguidas por Amazonía-Orinoquía, Pacífica y Caribe. Las mujeres en la región Oriental, manifestaron, en un porcentaje mayor, no conocerla.

Gráfica 35. Porcentaje de mujeres que manifestaron conocer la Sentencia por región



Los hallazgos muestran que, a pesar del alto porcentaje de mujeres que manifiestan conocer la Sentencia, tienen una **información muy general o, en algunos casos, fragmentados**; adicionalmente, existe una falsa creencia de que solo es posible la IVE para casos de violencia sexual. Cabe aclarar que esta pregunta se realizó a todas las mujeres y las edades que identifican los testimonios son las edades actuales de las mujeres que participaron en el estudio.

Cuando son violadas, más o menos si no estoy bien enfocada (Amazonía-Orinoquía, 42 años).

Sí, **escuché algo pero solo cuando los bebés tienen problemas médicos** y cuando son producto de una violación (Central 32 años).

No, o sea, yo de alguna manera sabía que era ilegal y que se podía en tres casos distintos **pero no sabía cómo que la sentencia y tal, no** (Bogotá, 23 años).

Las mujeres que dijeron conocer la Sentencia, manifestaron que conocieron la información **a través de los medios de comunicación**, incluido Internet, y algunas porque intencionalmente **buscaron la información debido a su caso particular**.

Porque yo sigo los temas, a mí me encanta. **Lo celebré un montón... me enteré por los medios...** (Caribe 38 años)

Los hallazgos muestran que, a pesar del alto porcentaje de mujeres que manifiestan conocer la Sentencia, tienen una **información muy general o, en algunos casos, fragmentados**; adicionalmente, existe una falsa creencia de que solo es posible la IVE para casos de violencia sexual. Cabe aclarar que esta pregunta se realizó a todas las mujeres y las edades que identifican los testimonios son las edades actuales de las mujeres que participaron en el estudio”.

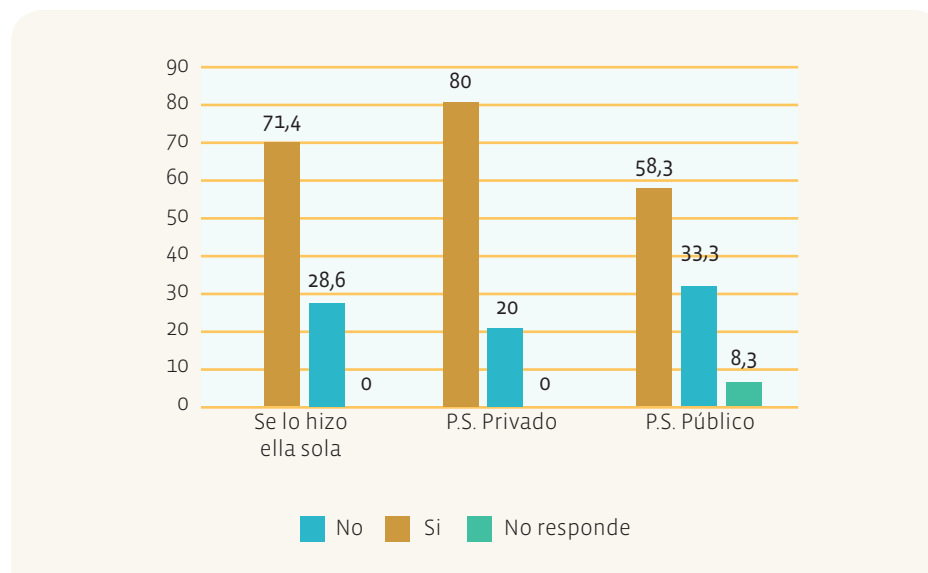
Más o menos, lo que han pasado en los medios de comunicación que es lo que le cuentan a uno, pero no he leído la sentencia... no. **Pero como que lo que uno oye en los noticieros que son como las tres causales de aborto legales que son deformidad en el feto, violación y.... ¿qué es lo otro? Peligro físico para la mamá.** Pues no he leído la sentencia (Central, 38 años).

Sí, aunque uno escucha también en televisión. **Pero de ese tema yo no sabía mucho, yo vine fue a leer y a mirar en internet, pues ya cuando me estaba pasando** (Central 27 años).

Por las noticias, por amigos. Es un tema que dentro de mi grupo de amigos se habla sobre eso (Bogotá, 39 años).

Ahora bien, por tipo de procedimiento, el porcentaje más bajo de mujeres que conoce la Sentencia (gráfica 36), fue el de aquellas que realizaron el procedimiento de interrupción con un prestador de servicios público (58,3%) y el porcentaje más alto por un prestador de servicios privado (80%).

Gráfica 36. Porcentaje de mujeres que manifestaron conocer la Sentencia por tipo de procedimiento



Lo anterior se evidencia en el hecho de que algunas mujeres manifestaron que **la conocieron por las instituciones privadas en donde se realizaron el procedimiento**:

Pues ahí en el formato que me dieron para diligenciar y eso, el consentimiento, hablaba sobre eso y los tres casos por los cuales no era un delito realizar un aborto, o una interrupción del embarazo (Oriental, 17 años).

Yo no conocía, pero lo que me hablaron en [proveedor de servicios privado] de que había tres razones (Pacífica 31 años).

Pero... No, yo no sabía cuáles eran los casos ni nada... no. Cuando él me dijo esto es un aborto y está aprobado ahí fue que me enteré (Bogotá, 34 años).

Llama la atención la afirmación de mujeres que manifestaron **no tener interés en el conocimiento de la Sentencia pues acudirían a una interrupción sin tenerla en cuenta**.

La verdad no la conozco porque no me importa, porque si mi hija mañana me dice mamá quiero hacerme un aborto, pues vamos y se hace un aborto y punto, ¿sí me entiende?, es que eso no debería haber Sentencia, es que eso es un derecho, como tener uno o siete hijos (Bogotá, 41 años).

En otros casos, llama la atención que **las mujeres no quieran estar enteradas por el hecho de haber realizado una interrupción.**

Pues uno escucha noticias, que allá en la iglesia está en contra, que allá en el senado entonces sí, entonces controversias, **pero como es algo que me afecta a mí, entonces trato de evitar ese tema, algo así que por allá, trato de hacerme la desentendida prácticamente** (Amazonia-Orinoquía, 32 años).

En contraste con lo anterior, algunas mujeres manifestaron que **conocen la Sentencia porque les atañe y deben tener toda la información.**

Pues en prensa principalmente **y yo he seguido la cosa pues siempre he estado muy pendiente porque creo que es un espacio muy importante de los derechos civiles. Sí, digamos que es lo mínimo que debería tener acceso de algo muy puntual y concreto.** Sí he seguido la discusión en relación al aborto (Bogotá 33 años).

Porque se convirtió en un tema mediático claramente y **porque como estoy a favor y es un tema que me interesa pues se conversa entre amigos y se conversa** con... y no solo con el amigo cercano sino que también con el amigo que está a favor con la ley. (Caribe, 28 años).

En gran número de casos las mujeres **no la conocen o no recuerdan la información.**

Me hablaron, **pero no me acuerdo** (Oriental, 18 años).

Ay, **esta muchacha me la dijo, pero no me acuerdo** Sé que fue aprobada ¿en el año 2006? (Oriental, 19 años).

Sé que hay uno que fue concejal aquí de [ciudad] que está en contra del aborto. Sé que hay unos en contra y otros a favor. Que uno puede ir a la cárcel también y la iglesia católica que no está de acuerdo, **pero así que sepa mucho, no** (Pacífico, 34 años).

Sobre las barreras de acceso a la IVE se destacan los relatos sobre objeción de conciencia. Es evidente que esta no solo es ejercida por el personal médico, sino también, por las instituciones. Tal y como se mencionó en el apartado sobre los desarrollos jurisprudenciales, en Sentencia **T-209 de 2008**, la Corte enfatiza en que la objeción de conciencia solo puede fundamentarse en convicciones religiosas y no en la opinión del médico tratante; así mismo ha referido que la objeción de conciencia

no puede ser ejercida por las instituciones y que, por lo tanto, el médico que se abstenga de practicar un aborto con fundamento en la objeción de conciencia, tiene la obligación de remitir inmediatamente a la mujer a otro médico que si pueda llevar a cabo el procedimiento.

Es evidente que se siguen presentando otro tipo de barreras como las demoras en la atención y la solicitud de documentos adicionales, pero preocupa en especial los requisitos que se piden en los casos de violencia sexual y el trato que recibieron las mujeres que solicitaron una interrupción del embarazo por esta causal, en particular en el marco de la prestación de los servicios de la red pública de salud.

Lo anterior demuestra que no solo se está incumpliendo con los protocolos de atención para la IVE, sino también con los protocolos de atención integral para las víctimas de violencia sexual. En el capítulo anterior se hacía referencia a la adecuada entrega de información y al bajo porcentaje de complicaciones que presentaron los procedimientos que se hicieron en un servicio público, sin embargo, estos resultados ponen en evidencia que el trato en la atención es deshumanizada y que es preciso, entonces, adelantar acciones no solo de capacitación sobre la Sentencia y posteriores desarrollos jurisprudenciales y normativos sino también de sensibilización frente al tema.

Por último vale la pena decir que los resultados hacen referencia a la necesidad de difundir los contenidos de la Sentencia, este es el mecanismo base para la exigibilidad del derecho por parte de las mujeres. La difusión de así mismo trascender el escenario de la prestación de los servicios de salud.

7. Factores posteriores a la IE e IVE

Otro de los objetivos del presente estudio era identificar los factores posteriores a la IE e IVE relacionados con el aborto inseguro en Colombia, para lo cual se analizaron los factores emocionales posteriores a la interrupción del embarazo, el juicio social e institucional que vivieron algunas mujeres, los sentimientos de sus parejas, la comunicación de la experiencia a otras personas y los imaginarios propios y sociales frente a la terminación de un embarazo.

7.1. Factores emocionales posteriores a la interrupción del embarazo

Los sentimientos que expresan las mujeres después de realizada la interrupción del embarazo son diversos, van desde la **tristeza, la culpa**, hasta **el alivio y la felicidad**.

Algunas mujeres experimentan **tristeza, culpa y sentimientos contradictorios** respecto a la decisión tomada:

[...] Me sentí terrible varios días... posterior a eso además terminé con él porque pues no quería nada que ver con él [risas], **pero sí recuerdo que me sentí terrible. Moralmente me sentía terrible, físicamente estaba muy bien**. Pero moralmente sí me sentí muy mal (Bogotá, 21 años).

Mal, porque es un pecado lo que yo he cometido, **según la religión es un pecado lo que cometí** y uno se queda con ese pecado para poder borrar eso mi dios tiene que castigarlo y uno también hacer parte de ese proceso. Pues ante mi dios mal y ante la sociedad no sé porque a mí nunca se me notó ni nada (Amazonia-Orinoquía, 16 años).

Yo me sentí mal, **porque sentía que las caderas se me iban a abrir, un dolor, me sentía mal, de pronto que dios me está castigando, pensaba tantas cosas**, dios mío yo sé que yo no tenía el derecho de quitarle la vida pero, ajá, Yo, dios mío, yo me sentía mal, pero ahora que yo lo veo sí, nadie le puede quitar la vida a nadie porque el único que nos la da es dios, ¿sí me entiendes? Pero también depende de las circunstancias, pues porque si es una circunstancia como la que yo tuve es difícil, aún no sabe cuál es la decisión que va a tomar esa persona y que uno no sabe, que uno siempre trata de ir pasándola pero hay cosas que uno no cicatriza por completo [silencio] (Caribe, 24 años).

Como te dije, como si me hubiera muerto. Como si solamente hubiese en mi vida oscuridad. No sé, de pronto si mi mamá y él no me hubieran presionado de pronto hasta yo hubiera llegado a la misma conclusión de que no iba a tener el bebé. Pero todas las circunstancias horribles alrededor, o sea, el tipo este horrible, el sitio horrible, lo de mi familia. El hecho de que mi familia es extremadamente católica como que hizo que la situación fuera más agresiva de lo que podía haber sido en otra circunstancia... (Central, 20 años).

Físicamente me sentí bien, pero emocionalmente uno, pues, aunque no me arrepienta de la decisión que tomé, siempre va a estar ahí como la... como el remordimiento. Porque siempre a uno le dicen: Ay, es que usted va a matar una vida. Entonces, no me arrepiento y siento que fue lo mejor pero uno queda con la conciencia que lo hizo (Oriental, 21 años).

Además fue una serie de problemas porque fue cuando empezamos con mis problemas, fue cuando empezaron los problemas con él, fue cuando se acabó la relación. No me llegaba nada bueno, no me llegaba la respuesta a la entrevista que había presentado hacía ya tres meses. **Bajé mucho en el estudio, perdí mucha clase, bajé mi promedio, entonces todo, todo se opacó. Entonces no, como que uno se siente mal** (Pacífica, 20 años IVE).

Otras mujeres experimentan **alivio y tranquilidad** después de realizada la interrupción:

Ay, **descansé, te cuento.** Pues yo ya me sentí muy tranquila porque pues sencillamente yo había logrado el objetivo, y pues eso sí había aprendido la lección, **que hay que usar anticonceptivos (risas), que no me podía volver a equivocar** (Bogotá, 19 años).

[...] Yo estaba muy tranquila, no sé si serían las hormonas del embarazo, **pero si me sentía muy tranquila...** y muchas veces le preguntan a uno qué hacer un duelo con ese tema ahí... **yo nunca sentí que tuviera que hacer ningún tipo de duelo con ese respecto** (Bogotá, 22 años).

Ay bien, la verdad puede sonar feo **pero me quité un peso de encima** (Pacífica, 24 años).

Bueno ahora que estoy conociendo de los procesos y de los derechos de las mujeres y los derechos sexuales y reproductivos, de pronto para ese momento para no tener todo ese conocimiento decidí y tomé una buena decisión e hice lo correcto. **Entonces creo que no, no me arrepiento de eso**, si lo hubiera hecho, si lo hubiera tenido a ese hijo, lo hubiera tenido enfermo, tendría ese sufrimiento todavía y todavía. No, yo creo que lo hice bien, me sentí tranquila (Caribe, 21 años).

Emocionalmente [...] cargo de conciencia no tengo... Pero yo le dije a la doctora que me mostrara lo que me había sacado y me mostró en un vasito como el agua de la placenta y coágulos de sangre y ya. Entonces no tengo cargo de conciencia porque sé que no dañé un bebé ya formado (Oriental, 19 años).

También, algunas de las mujeres expresan **alegría, felicidad, e incluso, estar tranquilas con su decisión** de haber podido enfrentar una experiencia tan difícil:

Es como si hubiera estado debajo del agua por dos horas y que ya hubiera estado a punto de morir y que de repente me hubieran sacado.... **es respirar, es como... la vida que vuelve uno a empezar, es como soltar una piedra enorme, es un alivio, un descanso, un respiro**. Mi cerebro no encuentra la palabra (Central, 33 años).

¡Feliz! Yo me sentía muy feliz, **en ningún momento yo llegué a sentir remordimiento, menos culpa**. Yo me siento realizada cien por ciento, pues tanto que por eso lo trabajo, pregonó ante las mujeres por sus derechos sexuales y reproductivos porque mi misión es esa que ninguna mujer vuelva a vivir lo que a mí me tocó (Central, 19 años).

Los hallazgos permiten observar que cuando las mujeres no tienen la oportunidad de tomar una decisión de manera autónoma suelen experimentar culpa, malestar o depresión en el momento o años después

de practicar la IE, mientras que cuando la decisión es tomada de manera autónoma y completamente segura, las participantes no reportan sentimientos de culpa o tristeza posterior.

Es significativo el hecho de que las mujeres, **a pesar de no contar con apoyo, deben reasumir sus múltiples responsabilidades domésticas, de pareja, maternas, laborales y sociales inmediatamente después del procedimiento:**

Yo me sentí muy mal. Lloré tres semanas, mañana, tarde y noche. No dormía. Es un tema bien difícil. Pero nada, ya llega un punto que uno dice: tengo que salir adelante porque no puedo seguir así. **Llego al trabajo y no voy a encontrar trabajo, mi hija me necesita, ella no puede ver a la mamá demacrada todo el tiempo...** Inmediatamente cuando yo pienso en su calidad de vida se me acaban las ganas de llorar, inmediatamente digo: fue la mejor decisión. Entonces ya como que empecé a enfocarme en cambiar mi sentimiento y mi dolor por pensar en las opciones sobre cómo hubiera sido, eso me ayuda en el proceso (Bogotá, 38 años).

Cuando las mujeres tienen la oportunidad de hablar de la experiencia con personas significativas para ellas, sin que sean juzgadas, esto contribuye a **superar sus sentimientos de tristeza, vergüenza y culpa:**

[...] Ya cuando yo le dije a mi mamá, pues sí, empezó como a tranquilizarse todo, a poder hablar de eso, **por ejemplo poder hablar de eso ahora en relación con mi trabajo, a poder hablar que viví esa experiencia, que hace parte de lo que soy, y pues de lo que creo y de las apuestas personales que tengo en este momento... Ya de ahí en adelante se movilizaron muchísimas cosas, a raíz también de contarle a mi mamá...** Mi mamá me dijo: no, ¿por qué tenías que vivir todo eso sola?, ¿cómo lo hiciste?, o sea, me hubieras dicho, si era tu decisión yo nunca te hubiera dejado sola; pues diferente a lo que yo pensaba. Pero pues ahí ya se empezó a calmar, al principio sí era como muy [...] pesado (Bogotá, 15 años).

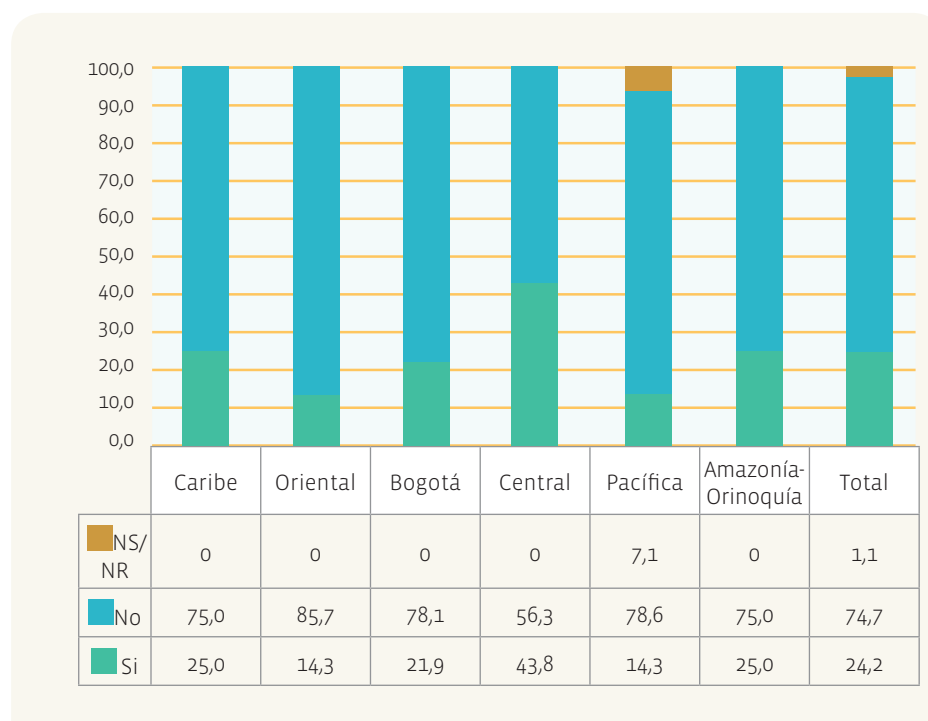
Algunas de las respuestas evidencian la **necesidad que las mujeres tienen de recibir apoyo adicional que se presta en los controles después de la interrupción del embarazo:**

[...] Pues no había opción por mí, pues dolió un poco pero por el otro lado como nada está bien y yo siento que fue la decisión más adecuada porque un bebé no es el embarazo, es una cosa mucho más difícil y en ese sentido está bien, me siento bien... y también en ese sentido las cartillas son útiles que no sea solo el cosito de te regalo una **citología, sino que sea como: venga lea esto, como un material que la gente pueda llevarse, de pronto para leer después, unas páginas web recomendadas, unas lecturas recomendadas, no es solamente vaya donde alguien, sino como que es un aspecto que también para mí fue central hacer algo con eso** (Bogotá, 33 años).

7.1.1. Juicio social

Con respecto al juicio social sobre la interrupción del embarazo, el 24,2% de las mujeres manifestaron **haber sido juzgadas** (gráfica 37), superando ampliamente este porcentaje las mujeres de la región Central con el 43,8%. El porcentaje más bajo lo presentó la región Oriental con el 14,3%.

Gráfica 37. ¿Alguien la juzgó? Distribución por región (porcentaje)



Del grupo de mujeres que mencionaron que fueron juzgadas, la **sanción provino de parte de amigas, familiares, la pareja**, entre otras personas:

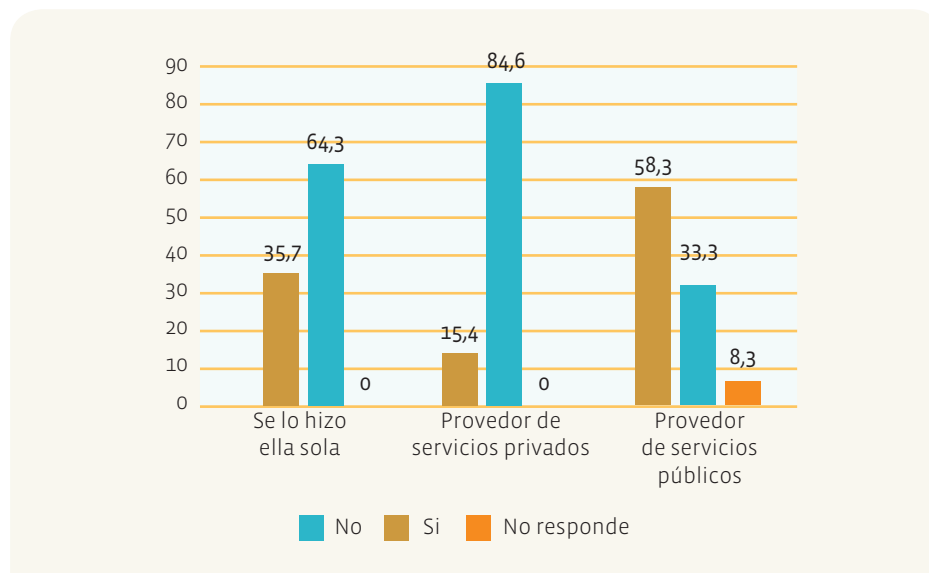
El man con el que tenía la relación (Bogotá, 33 años).

Pues lo sentí como así de alguien del trabajo. Pues ella no me lo dijo a forma de mal, ¿no? **Pues como en el trabajo se dieron cuenta por la incapacidad y eso, ella me dijo: no haga eso, él es un ser humano, no tiene la culpa de nada**, hay muchas personas que quieren tener hijos y no pueden tener, o sea, me sentí como mal (Oriental, 30 años).

Un poquito mi hermana, pero cuando yo estaba allá todavía, **el resto me juzgaron por medio de otros, no diciéndome a mí, si no diciéndole a mi abuela, a mi tía, a todas**, pero pues era algo que yo estaba un poco preparada psicológicamente (Bogotá, 19 años).

Ahora bien, esta misma pregunta analizada por tipo de proveedor de servicio arroja datos interesantes, pues el 58,3% de las mujeres que realizaron la interrupción con un prestador de servicios de salud público (gráfica 38), manifestó haber sido juzgada, frente al 15,4% de las mujeres que realizaron una interrupción en un prestador de servicios privados. El 35,7% de las mujeres que realizaron solas la interrupción, manifestó haber sido juzgadas por quienes participaron o conocieron de la interrupción.

Gráfica 38. ¿Alguien la juzgó? Distribución por prestador de servicio (porcentaje)



Por causal, fueron juzgadas en mayor porcentaje las mujeres que buscaron una IVE por violación (8,8%), y por peligro para la salud de la mujer (6,6%) y en menores proporciones por malformaciones fetales y peligro para la vida de la mujer (5,5% y 2,2% respectivamente)

Varias de las mujeres mencionaron que fueron **juzgadas por los funcionarios del prestador de servicios**.

Sí, me sentí juzgada por los médicos de [institución privada diferente a donde se realizó el procedimiento] **y lo hicieron porque cambió completamente la actitud y el relacionamiento de ellos hacia mí, completamente**(Bogotá, 29 años).

La gente del hospital, me miraban como si estuviera haciendo quién sabe qué o esta qué" (Central, 31 años)

Mis padrinos y **el médico, ese sí todo el tiempo desde que yo entré**, desde que empezó a hacerme las cosas empezó él con su vaina (Caribe, 27 años).

7.2. Imaginarios y creencias sobre la Interrupción del embarazo

Los resultados de la investigación permiten identificar las creencias de las participantes acerca de la interrupción del embarazo, las cuales están relacionadas con el aborto inseguro en Colombia.

Dentro de los factores posteriores a la interrupción del embarazo, se indagó por las creencias que las mujeres recuerdan que tenían acerca del aborto antes de realizar la IE, así como las razones que ellas consideran que podrían haberlas hecho cambiar de opinión.

De otra parte, se examinaron las creencias que las participantes tienen actualmente sobre: a) la interrupción del embarazo y la autonomía de la mujer para decidirlo; b) las actitudes frente a las mujeres que se practican un aborto; c) las creencias sobre lo que piensa la sociedad del aborto y de las mujeres que han abortado; d) el conocimiento de otras mujeres que han interrumpido embarazos; e) la posibilidad de volver a interrumpir un embarazo. A continuación se describen los principales hallazgos relacionados con dichas creencias y actitudes.

“...el 58,3% de las mujeres que realizaron la interrupción con un prestador de servicios de salud público (gráfica 38), manifestó haber sido juzgada, frente al 15,4% de las mujeres que realizaron una interrupción en un prestador de servicios privado. El 35,7% de las mujeres que realizaron solas la interrupción, manifestó haber sido juzgadas por quienes participaron o conocieron de la interrupción”.

7.2.1. Creencias acerca del aborto antes de realizar la interrupción del embarazo

Al indagar sobre los imaginarios y las creencias que tenían las mujeres acerca del aborto antes de pasar por dicha experiencia, se identificaron varios tipos de creencias. A continuación, se mencionan cada una de ellos:

El aborto es un derecho, una opción o una decisión personal para evitar un embarazo no deseado:

[...] Pues que opinaba que creo que era la mejor salida, yo por eso lo hice. Si hubiera opinado lo contrario seguramente no lo hubiera hecho, **pero sí opinaba que era la mejor opción** (Bogotá, 41 años).

Pues obviamente yo era una de las personas que pensaba que... **pues yo siempre he pensado que uno tiene la libertad de hacer con la vida de uno...** pues tampoco lo que quiera, obviamente, porque eso se llama libertinaje, pero sí tomar decisiones trascendentales (Pacífica, 21 años).

El aborto ***no es la opción ideal, pero si es una posibilidad en caso de no tener más opciones***. Las mujeres recuerdan ser conscientes tanto de la sanción social que implicaba pensar de esta manera, como de las dificultades que significaba decidir interrumpir un embarazo:

Que... pues que **digamos que no era la mejor opción** pero pues que existía esa posibilidad en caso de que eso llegara a suceder eh... pues uno pudiera pues hacerlo. Obviamente uno sabe o sabía que eso iba en contra de todo (Bogotá, 33 años).

[...] Siempre he estado muy del lado de esa posibilidad de decidir en todos los aspectos de la vida y creo que en esta en particular, **pues no es pro-aborto pero sí es pro-decisión** (Bogotá, 33 años).

El aborto ***es algo terrible, malo y pecaminoso***:

Estaba **totalmente en desacuerdo** (Amazonía-Orinoquía, 26-19 años).

No sé, pues estaba un poco traumatizada porque lo que te decía, mi colegio era católico y sí vimos el video de que descuartizan y era una cosa muy, muy terrible, todas lloramos, fue horrible. Y entonces mi idea del aborto era esa. **Entonces finalmente sí, era como des-**

cuartizar a una persona y creo que esa era la única idea que yo tenía del aborto (Bogotá, 23 años).

No tenía conocimiento sobre el aborto y, aunque habían escuchado la palabra o algún comentario sobre el tema, **no tenían ningún juicio a favor o en contra de éste:**

Primero no sabía nada mujer, nada, nada. O sea, yo había oído a mis amigas, muy reservadamente, no las más cercanas sino: fulana se hizo un aborto [baja la voz] pero no se decía más. **No estaba ni en favor ni en contra, ni nada porque no sabía nada...**y por supuesto sin querer queriendo terminé conociendo una situación de la que solo empecé a conocer y a entender quince años después, que eran los abortos clandestinos, ¿sí? (Bogotá, 54 años)

Pues la verdad **es yo ni sí, ni no** (Caribe, 19 años)

Todas las mujeres coinciden, independientemente de sus creencias, con que interrumpir un embarazo no es un evento premeditado o que se planea con anticipación; solo cuando se deben enfrentar a un embarazo no deseado con todas sus implicaciones físicas, psicológicas, familiares, sociales, económicas y legales, las mujeres asumen el aborto como una opción real y concreta para sí mismas.

7.2.2. Creencias acerca del aborto después de realizar la interrupción del embarazo

Aunque las mujeres coinciden en considerar el aborto como una experiencia difícil y a la que ninguna mujer llega sin tener una razón, la mayor parte de las mujeres entrevistadas después de pasar por esta experiencia, considera que el aborto es:

Un derecho que deben tener todas las mujeres sin ningún tipo de restricciones:

Pienso que eso es un derecho, un derecho que debemos tener todas las mujeres sea por lo que sea, porque se le dio la gana, más porque la violaron, porque la abusaron, pienso que es un derecho, que todos tenemos, que todas tenemos (Bogotá, 41 años).

Que es una decisión que sí deberían dejárselo a las mujeres, que si uno no está preparado sí debería tenerse en cuenta esa opinión (Pacífica, 34 años).

Una opción con la que deben contar las mujeres en algunas condiciones:

Yo creo que puede ser una solución que pueden encontrar las mujeres a su embarazo no deseado, como última instancia, yo creo que debería legalizarse para que se hagan en mejores condiciones, para que las mujeres no tengamos que pasar por procedimientos tan feos, como el que yo tuve que pasar la primera vez (Bogotá, 22 años).

El aborto, **pues debería de contemplarse otras opciones para la mujer para que tuviera más opciones para poder decidir ya a raíz de eso,** yo antes era la que recomendaba que el aborto no, que el aborto no, pero ya con la experiencia de vida uno ya cambia (Amazonía-Orinoquía, 26 años).

Un problema de salud pública que debe ser abordado adecuadamente:

Yo creo que en este país es un problema de salud pública el hecho de que las mujeres... digamos la falta de educación sexual, la falta de una preparación para esto. Ayer por ejemplo salió el estudio del ICBF que dice que no sé cuántas mujeres menores de 14 años ya tienen hijos, ¡eso es ridículo! **Entonces yo estoy de acuerdo con el aborto, creo que es una decisión de las mujeres** (Bogotá, 33 años).

Una opción que puede evitarse si se dan las condiciones necesarias para ello:

Yo pienso que antes de hacerlo hay que pensarlo primero porque hay bastante métodos para uno cuidarse, ya en ese tiempo sabía pero no lo practicaba entonces yo pienso que hay que informarle más a los jóvenes, porque tienen ahora doce años y ya están así en la calle, tienen mucho libertinaje (Caribe, 29 años).

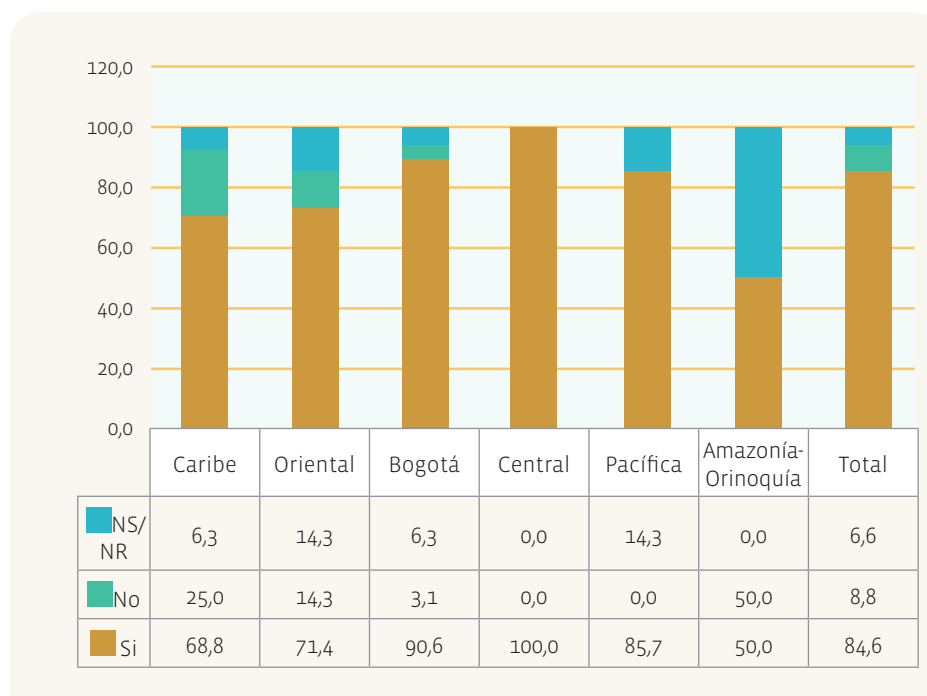
[...] creo que es algo, que es una herramienta que está ahí, que es justificable en todo este cuento de las violaciones, si de los tres casos estos que hay, son justificables. En mi caso que no era violación, sino que era de pura ignorancia, creo que el ser humano no debería llegar a eso. **Yo creo que la educación debería ser extremadamente particular y honda para que nunca nadie, nadie, nadie llegara a ese punto,** porque es un acto de mucho dolor y de mucha carga espiritual y trascendental y biocelular [risas], que vas a cargar para ti y para tu generación... (Bogotá, 49 años)

7.2.3. Creencias respecto a la autonomía de la mujer para decidir interrumpir un embarazo

Al preguntar a las participantes si consideraban la decisión de interrumpir el embarazo un derecho que como mujer les correspondía, solo el 8,8% de las mujeres manifestó que no, y el 6,6% no supo qué responder.

El mayor porcentaje de las mujeres que consideraron que no era un derecho (gráfica 39), se encontró en la región de la Amazonía-Orinoquía (50%) seguida por la Región Caribe (25%), la Oriental (14%).

Gráfica 39. ¿Cree que la decisión de interrumpir un embarazo, es un derecho que como mujer le corresponde? (porcentaje)



El 84,6% de las mujeres entrevistadas **considera el aborto un derecho independientemente de cualquier condición:**

Yo pienso que una mujer a cualquier **edad debería tener la opción de tener un procedimiento sin prejuicios ni propios ni ajenos para poder tomar esa decisión** (Bogotá, 50 años).

Total... es que eso no debería de cuestionarse, ni preguntarse, ni absolutamente nada. Uno debería de ir a una clínica y decir vengo a interrumpir mi embarazo independientemente de la edad que tenga y de la condición económica, social, o sea... no hay derecho a que decidan por uno o a que le digan a uno, no es que usted no lo puede tener... **Es que es la vida de uno, el cuerpo de uno y es la decisión de uno** (Bogotá, 41 años).

Las razones que expresaron las participantes para considerar el aborto un derecho de las mujeres son:

Porque la responsabilidad de los hijos siempre recae sobre las mujeres:

[...] Porque yo pienso que primero es el cuerpo de la mujer que se ve afectado, es la mujer la que aguanta los nueve meses de embarazo, aguanta los dolores en el parto, aguanta todo. Además, la mujer junto con su pareja, sobre todo la mujer que va a tener su hijo va hacerse responsable por el resto de su vida, o sea pueda que ya sea solo cuando uno sea adulto y pueda convivir por sí mismo, pero si uno mira a las mamás están pendiente toda su vida del hijo, **entonces es una responsabilidad por el resto de la vida, es algo que uno debería planear o decidir si quiere o no quiere, como un derecho es una decisión personal** (Bogotá, 24 años).

Porque las mujeres no se hacen un aborto porque sí, siempre hay una razón:

[...] las mujeres no se hacen un aborto porque sí. **Siempre hay unas razones de peso, siempre. O su proyecto de vida, o su salud, o maltrato en el caso que haya sido consecuencia de una violación o de un acto... ¿sí?** Pero yo pienso que las mujeres deben tener esa opción de si tienen o no tienen un hijo (Bogotá, 50 años).

Porque se debe garantizar la salud de las mujeres:

Sí, debe ser un derecho para que se garantice las adecuadas atenciones del procedimiento que se realiza. Debe ser un derecho porque no todos los métodos anticonceptivos funcionan un cien por ciento... **pero más que todo porque se debe garantizar la salud de las mujeres, hasta que ese no sea un derecho, la salud de las mujeres siempre va estar en riesgo** (Bogotá, 22 años).

Depende de las circunstancias por las que se dé... Y si como en el caso como a mí... **si uno está usando un método anticonceptivo y hace todo lo posible por no quedar embarazado y sin embargo queda...** A este momento yo tendría una hija adolescente, no puedo trabajar, no puedo hacer mucho por mí misma, mucho menos volver a levantar a otra persona no podría (Bogotá, 47 años).

Hay **algunas mujeres** que aunque también consideran que el aborto debe ser un derecho de las mujeres, **lo limitan a ciertas condiciones:**

[...] creo que uno sí puede tomar... **creo que la mujer debería de tener la opción y el derecho, creo que es totalmente válido en circunstancias como la violación, como si el niño viene enfermo,** claro cuando uno está muy joven, no es que lo promueva, pero pues comprendo por qué, pues porque a mi igual me pasó... (Bogotá, 37 años).

[...] yo soy un ser y **mientras no le duela a este bebé, mientras no exista,** yo tengo la oportunidad de decidir si le puedo dar una buena vida o no. ¿Me entiendes? (Bogotá, 19 años).

Al preguntar a las mujeres si consideraban que alguien más, además de la mujer debería tener el poder de intervenir (injerencia) en la decisión de abortar, la gran mayoría de las participantes consideran que **nadie, además de la mujer que vive la experiencia, debe tener el poder de intervenir en esta decisión:**

No, ni el novio, ni el tutor, ni el papá, ni nadie, o sea, esa es una decisión muy de la mujer y si lo tengo, si alguien más tomara esa decisión me parecería súper cruel contigo y con todo, porque no es un proceso no doloroso. Nadie puede decidir lastimarte así, creyendo que es por tu bien. No, la decisión tiene que ser de vos (Bogotá, 19 años).

No sé, si digamos mi mamá o mi papá hubieran tenido el poder de decidir sobre mí, hubiera tenido mucha rabia y hubiera sido muy frustrante, **no veo como alguien pudiera tomar una decisión de ese estilo por mí, o sea, no, no lo veo posible** (Bogotá, 35 años).

Yo pensaría que no, **que es una decisión como individual de la mujer** (Central, 36 años).

Con menor frecuencia, algunas de las mujeres consideran que **cuando hay una relación de pareja estable y el padre asume en todas sus dimensiones su paternidad, podría participar en la decisión;** y otras participantes consideran que **las madres y los padres de familia podrían participar cuando se trata de una menor de edad,** en este último caso, más que para decidir, para ofrecerle las condiciones para que tome una decisión informada:

Cuando es una pareja sólida y deciden que no, que por cualquier circunstancia, no quieren tenerlo, puede ser. Sin embargo, creo que sí lo ponemos en porcentaje, sería 80/20, por lo que te

digo, **se afecta más la vida de uno, el cuerpo de uno, que el papá** (Bogotá, 33 años).

No sé en el caso de los menores de edad, no sé ahí cómo funcionaría la cosa porque a veces sí podría ser importante, digamos no injerencia en la decisión sino acompañamiento en la decisión como que a veces creo que sí es importante, **porque uno no tiene claro de qué está hablando entonces no injerencia pero sí a veces un acompañamiento no un poder** (Bogotá, 33 años).

7.2.4. Cómo asumir una experiencia de interrupción del embarazo

Al indagar sobre qué les dirían a las mujeres que van a interrumpir un embarazo después de su experiencia, la mayor parte coincide en que **solo cada mujer puede tomar su decisión, y debe hacerlo sin influencias externas**. También, mencionan la **importancia de recordarles que deben buscar un lugar seguro para hacerlo**; y algunas piensan que **es mejor no decirles nada para no influir en su decisión**. A continuación, algunos testimonios relacionados con cada una de las respuestas encontradas:

Solo ella puede tomar la decisión y nadie más:

Pues pienso que hay dos cosas clave. **Una que evalúe sus opciones desde su proyecto de vida**, que es una decisión que solo puede tomar ella y que con menos gente lo consulte mejor, porque mientras más opiniones tenga más confundida va a estar. **Que busque alguien que para ella sea de confianza** y que le permita como evaluar sus alternativas... (Central, 36 años).

Al indagar sobre qué les dirían a las mujeres que van a interrumpir un embarazo después de su experiencia, la mayor parte coincide en que **solo cada mujer puede tomar su decisión, y debe hacerlo sin influencias externas**. También, mencionan la **importancia de recordarles que deben buscar un lugar seguro para hacerlo**; y algunas piensan que **es mejor no decirles nada para no influir en su decisión**.

Que es una experiencia... es decir, eso. **Que es una decisión extrema finalmente pero que es un derecho** y que la única razón que debe existir para que ella lo haga está dentro de ella, o sea, es porque ella quiere o no quiere. No por el estudio, no por la pareja, no por el trabajo, no por lo que nadie más piense, porque eso es lo que al final lleva a tener culpa y lleva a tener cosas que uno no puede resolver (Bogotá, 23 años).

Que busque un lugar seguro:

Pues yo creo que la acompañaría mucho, hablaría mucho con ella, **la informaría, también le daría tranquilidad**, de que ni es un pecado ni que es un alto riesgo siempre y cuando esté en un sitio seguro, **de que debe luchar por buscar dónde hacérselo bien**: que debe buscar acompañamiento, de la pareja por lo menos y si no por lo menos, que no quede sola, o sea, que debe verbalizar eso, esa decisión (Pacífica, 60 años).

Yo no sé qué le diría... lo que sí trataría es que, no sé, **buscara otro sitio, un sitio menos denigrante**, ¿no? Donde yo estuve, eso es una cosa muy tenaz, un garaje, muy terrible (Bogotá, 36 años).

Que exija al sistema de salud el derecho que tiene de interrumpir un embarazo:

Le diría que lo exigiera al sistema de salud, aludiendo a algunas de las tres causales (Bogotá, 56 años).

Algunas **le contarían su propia experiencia**, mientras que otras **preferirían no decirle nada**. En cualquiera de los dos casos, la mayor parte de las mujeres entrevistadas son enfáticas en que **es una decisión que solo cada mujer debe tomar**.

[...] yo le contaría como fue mi experiencia, desde la parte física. **Le recomendaría que esté segura de su decisión**, le recomendaría que fuera en un lugar adecuado (Bogotá, 22 años).

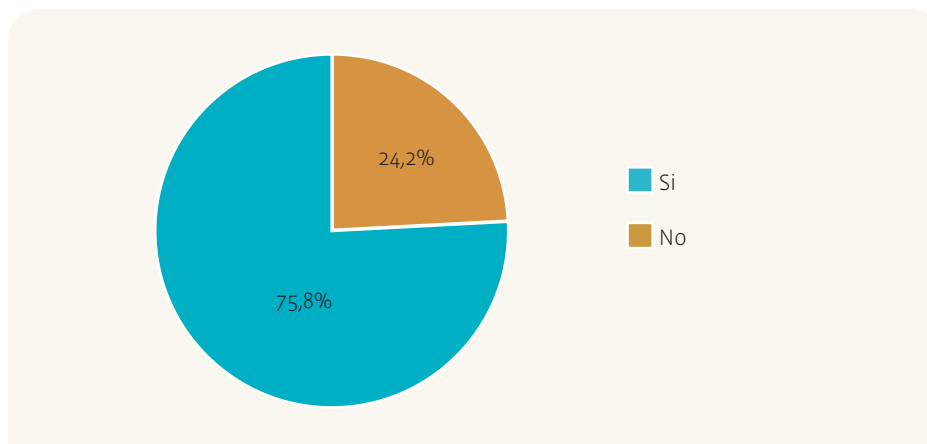
Lo primero que fue lo que yo reevalúe totalmente y es que tú puedes vivir y seguir viviendo con la frente en alto después de un aborto. **Es mentira que no te recuperas. ¡Es mentira!** (Caribe, 38 años).

Nada. Porque es una decisión muy dura, porque cualquier palabra influye en una decisión que no le pertenece a uno y que es para toda la vida (Bogotá, 49 años).

7.2.5. Otras mujeres que han realizado interrupciones del embarazo

El 75,8% de las mujeres entrevistadas (gráfica 40) conocía a otras mujeres cercanas que se han practicado una o más interrupciones del embarazo (generalmente familiares o amigas).

Gráfica 40. ¿Conoce otras mujeres que se hayan realizado un aborto?



Por otra parte, frente a la muerte por aborto, el 76,9% de las mujeres, afirmaron que no conocen mujeres que hayan muerto por practicarse una IE:

Así que sepa, que lo haya vivido así de cerca, no. Pero, pues, uno a veces lo ve en alguna noticia o lo escucha en alguna parte. Pero de resto, no (Pacífica, 31 años).

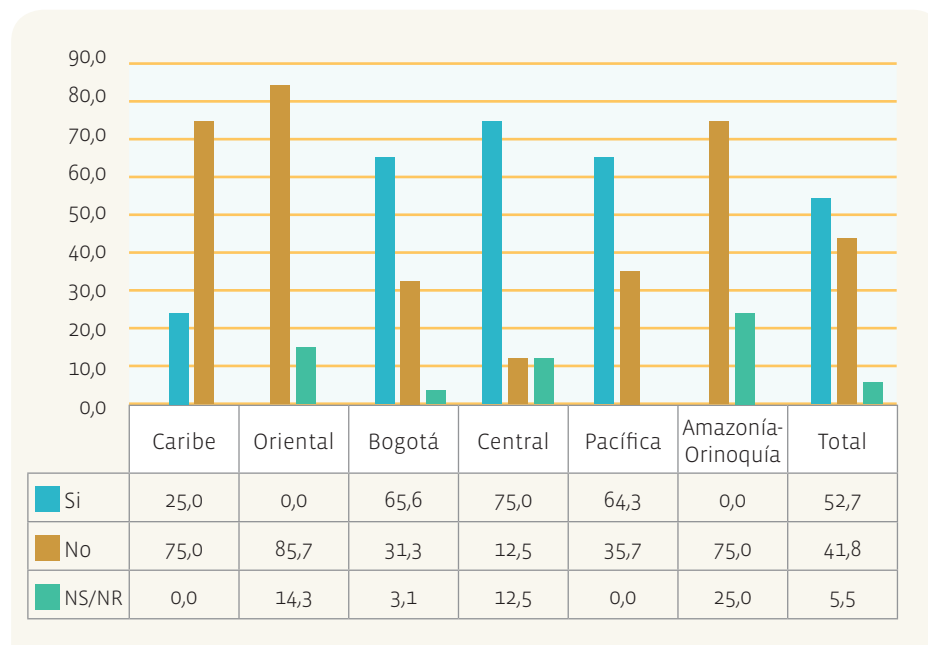
No. Sé de casos de mujeres que han muerto por no habérselo hecho (Bogotá, 40 años).

Las pocas mujeres entrevistadas que afirman conocer casos de otras mujeres que han fallecido después de practicarse un aborto, mencionan en algunos casos que conocieron dichos casos antes de que ellas decidieran interrumpir su embarazo.

7.2.6. Posibilidad de decidir interrumpir un embarazo en el futuro

El 52,7% de las mujeres entrevistadas afirman que Sí volverían a interrumpir un embarazo (gráfica 41); con porcentajes que superan el promedio nacional, están las regiones Central (75%), Bogotá (65,6%) y Pacífica (64,3%). Se presentaron porcentajes significativos de mujeres que no respondieron a la pregunta en las regiones de la Amazonía-Orinoquía, Oriental y Central (25%; 14,3%; 2,5% respectivamente).

Gráfica 41. ¿Volvería a interrumpir un embarazo?, según región (porcentaje)



Algunas mujeres manifestaron que **volverían a interrumpir un embarazo, en caso de encontrarse en las mismas condiciones:**

Sí, con más culillo ya en este momento, pero sí. Incluso después de eso yo estuve muy precavida y muy, muy, asustada y con todo y que después tuve relaciones con protección y que me cuidaba... Claro quedé muy vulnerable de ¡voy a quedar embarazada otra vez! (Caribe, 28 años).

Sí. Porque no está entre mis planes ser madre, incluso estoy esperando a que me llegue la edad, veinticinco años creo, para hacerme la ligadura de trompas, porque yo ya estoy muy agotada

con este dispositivo, sangrados muy fuertes, me llegan cólicos muy fuertes (Bogotá, 22 años).

[...] yo le dije al médico que yo voy a buscar bebé el próximo año, que yo necesito saber que mi bebé va a salir bien. **Y si vuelvo a tener la misma situación, que espero que no sea así, pues obviamente tomaría la misma decisión.** Igual si vuelve a pasar yo creo que pararía el tema porque tampoco quiero seguir exponiendo mi salud (Bogotá, 38 años).

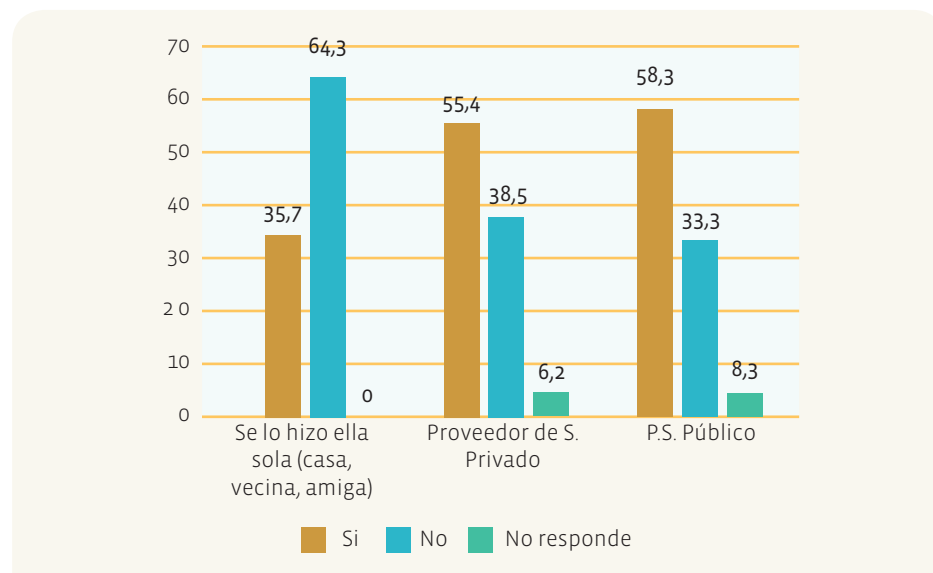
Las pocas personas que mencionan que no se practicarían una interrupción del embarazo de nuevo, expresan como principal razón el que sus condiciones actuales son diferentes. **Consideran que no lo harían porque: a) ya pueden planificar un embarazo cuando ellas lo deseen; b) actualmente tienen la edad o experiencia que no tenían antes para ser madres; c) tienen una pareja estable; d) tienen las condiciones económicas para brindarle una vida digna a sus hijos:**

[...] yo ahorita tengo una relación estable eh, que si llegara a **quedar embarazada, muy seguramente diría: tengámoslo**, yo soy ya una vieja de treinta y tres años, ya puedo mantenerme yo sola. Entonces digamos que las circunstancias han cambiado mucho a lo que vivía en ese momento. Entonces no sé si realmente lo volvería a hacer (Bogotá, 33 años).

[...] **ahora no lo haría, esté con pareja o no esté con pareja, no lo haría.** Y por eso yo me cuido tanto porque el día que quiera tener hijos es porque yo lo planeo que no sea por equivocación, que no sea por no planearlo (Bogotá, 37 años).

Del análisis de las respuestas dadas por las mujeres sobre la posibilidad de interrumpir un embarazo en el futuro, según el proveedor de servicios con quien realizaron la interrupción (gráfica 42), llama la atención que **no repetirían la experiencia** en un alto porcentaje **quienes se realizaron el procedimiento ellas mismas** (64,3%). **Lo volverían a hacer, quienes realizaron la interrupción con un prestador de servicios privado** (55,4%) **y, en mayor porcentaje, quienes la realizaron con un prestador de servicios de salud de la red pública** (58,3%).

Gráfica 42. ¿Volvería a interrumpir un embarazo, según prestador de servicios? (porcentaje)



7.3. Recomendaciones de las mujeres participantes

Frente a la pregunta, ¿Cómo evitar la mortalidad y morbilidad de las mujeres que se practican abortos?, las participantes en el presente estudio, hacen referencia a varios de los criterios establecidos para una interrupción del embarazo sin riesgos, principalmente a lo referente al **marco normativo, al acceso a métodos anticonceptivos, acceso a la información en salud sexual y reproductiva, acceso a servicios de salud y la atención post-aborto**; planteando que es necesario:

Desmoralizar el tema y abrir el debate con argumentos:

[...] **Habría que desmoralizar mucho ese tema... Yo pienso que habría que hacer un trabajo de comunicación y de debate muy grande... con argumentos con posiciones críticas... que la gente tenga opciones para ver criticar y tomar posiciones más solidas que no sean sustentadas sobre el castigo de mi dios** (Bogotá, 49 años).

Legalizar y crear jurisprudencia para garantizar la salud de las mujeres (marco normativo):

[...] **despenalizar el aborto cien por ciento... pues obviamente tendría que haber una política pública que contemple digamos esos eventos.** Lo que pasa es que... pasa lo mismo que está pasando ahorita, con la despenalización de los tres casos. La mujer va, o una niña que ha sido violada queda en embarazo y quiere interrumpir su embarazo y llega donde un médico y el médico objeta conciencia, entonces no le pueden practicar la interrupción y la china queda jodida (Bogotá, 33 años).

Acceso a métodos anticonceptivos:

[...] creo que la orientación... **la orientación en el tema de la sexualidad tiene que exceder el tema de los métodos anticonceptivos,** o sea, ese es un tema que para mí es clarísimo y que debe ir más allá de un tema de lectura, sino un tema más de conversación, de mirar casos de examinar: muestre a ver miremos este caso qué pasó, qué piensa usted de eso... para que si llega ese momento no sea una sorpresa y que tienes que decidir ya mismo. Sino que haya un análisis detrás de las cosas... puede que llegue ese momento y decidas diferente pero por lo menos lo has pensado (Bogotá, 35 años).

[...] creo que las mujeres no somos la únicas que tenemos que planificar, ¿sí? Por ejemplo ahorita en otros países han avanzado en métodos de planificación para hombres, ¿sí? Y creo que partiendo de ahí se arreglan muchas otras cosas, **creo que los métodos de planificación son necesarios pero no sólo para nosotras las mujeres sino también para los hombres** (Bogotá, 23 años).

[...] hay que hacer un trabajo con los docentes, hay que hacer un trabajo con los médicos y médicas, pero así muy fuerte... dentro del sistema de salud y por supuesto con la sociedad en general, en donde se despoje de la carga negativa, el derecho que tenemos las mujeres a decidir sobre nuestras vidas (Bogotá, 50 años).

Si yo pudiera decir que se cuidaran, que tuvieran mucho cuidado con los días en los que van a tener su relación sexual, que planificaran, porque estar en esa situación no es nada fácil. Eso no es tan fácil como dice todo el mundo, que es simplemente entrar allá y que le saquen y ya. Eso también carga muchas cosas psicológicas, no solo que se me pasó el dolor y ya [...] (Oriental, 17 años).

Educación sexual y reproductiva para jóvenes (Acceso a la información)

[...] hay adolescentes que no conocen del tema, que no saben qué métodos, no saben nada, **por falta de información comenten muchos errores... que promulguen los métodos de planificación, de protección, que haya trabajo de uso del condón para protegerse de una enfermedad y de un hijo no deseado y también** [...] (Amazonía-Orinoquía, 26 años).

[...] yo estoy joven pero las adolescentes que tienen que **tener más conocimientos porque en los colegios de pronto sí pueden tener conocimiento pero no lo tienen tan avanzado...** (Caribe, 31 años).

Establecer protocolos específicos para la atención (acceso a servicios de salud):

Hoy en día existe la sentencia, pero así como nos pasó a nosotros había un desconocimiento de los alcances de la sentencia, pienso que hoy las entidades de salud no lo tienen claro **No hay protocolos establecidos o estandarizados para este tipo de situaciones**. Así como me pasó a mí que llegué a un sitio que no tenía nada, llegué a otro sitio que sí los tenía, y ese debería ser el común de ser. Llega una sentencia y que todos estemos preparados (Bogotá, 38 años).

[...] independientemente de que la ley lo penalice, independientemente de que la iglesia lo sancione, la sociedad piense que no sea un derecho, las mujeres abortan, eso es un secreto a voces, como dicen. Eso no limita, obstaculiza el acceso y lo vuelve más tortuoso, más angustioso, pero no impide que una mujer aborte. **Entonces si lo que se busca es evitar ese aborto inseguro, habrá que generar procesos de salud más adecuados y más sencillos y obviamente procesos de educación en salud sexual, de auto-cuidado y empoderamiento de las mujeres que refuercen ese proceso** [...] (Central, 36 años).

Ofrecer acompañamiento psicológico a las mujeres que han realizado una interrupción del embarazo (atención post aborto):

[...] que le presten atención psicológica, que le puedan brindar a la mujer de todos los estratos... que antes que la atienda el médico y después, una atención oportuna y eficiente, **que sepa del tema, si porque ya con la atención personal la persona no lo va a sentir tanto y también a futuro no va a volver a cometer la misma conducta**, porque es una cosa de salud pública (Amazonía-Orinoquía, 26 años).

Que se haga acompañamiento, que no lo dejen solo a uno y también esa privacidad porque eso lo mata a uno y capacitaciones (Amazonía-Orinoquía, 42 años).

Yo pienso que mientras que llegamos a que sea legal o un procedimiento normal, **parte de esa orientación tiene que ser como lo emocional, lo afectivo porque desligarse de su formación religiosa y de su formación moral es muy duro...** Eso fue lo que me hizo querer participar en este estudio... Si tú tienes la posibilidad de que no les pase o de que les pase de manera diferente, pues no habrá sido tan sin sentido. Ya lo hecho, hecho está y no se puede devolver el tiempo, pero estar ahí para colaborar y en los dos sentidos. Me sirve a mí hablarlo y sirve para otros (Central, 32 años).

Finalmente, las mujeres validan el hecho de conocer la experiencia desde la perspectiva de ellas mismas:

Me parece muy chévere que además se esté hablando y hablando de eso, y que además se salga de la crítica del que no lo aprueba y se centre como en las mujeres que lo están viviendo, ¿sí? Como en validar esa experiencia de ellas que están ahí... **En mi vida impactó mucho, muchísimo, yo creo que si yo no hubiera abortado en mi vida nunca hubiera pensado en los derechos de las mujeres, nunca hubiera pensado como en la importancia de ser dueño del cuerpo de uno [...]** (Bogotá, 23 años).

En relación con los factores posteriores a la interrupción del embarazo cabe resaltar el cambio en la percepción sobre el aborto, antes y después del procedimiento. Antes de haber pasado por esta experiencia las mujeres en general expresan sentimientos de miedo y de rechazo; pero los sentimientos posteriores hacen referencia al aborto como una opción o como un derecho.

Vale la pena destacar que los testimonios reafirman las referencias sobre el juzgamiento al interior de los servicios de salud, en especial por los prestadores de servicios de salud de la red pública, pues casi el 60% de las mujeres que acudió a una IVE expresó haberse sentido juzgada. Así mismo, reiteran la necesidad del seguimiento, control y acompañamiento post-procedimiento.

De igual manera los testimonios de las mujeres confirman la necesidad de un mayor acompañamiento a lo largo de todo el proceso. Tal y como lo afirmaron algunas de las mujeres, la orientación previa al procedimiento debe trascender la explicaciones sobre las causales y sobre el procedimientos, debe hacerse énfasis en los proyectos de vida de las mujeres y en el hecho de que están ejerciendo un derecho.

En la tensión post-procedimiento, el seguimiento no se puede circunscribir al control de los síntomas físicos, sino que hay que hacer un acompañamiento psicológico y emocional que le permita a la mujer tomar decisiones informadas frente a su sexualidad y reproducción para que no tengan que pasar por otra experiencia de aborto, tal y como lo evidencian los datos; pues cabe recordar que las 73 mujeres que accedieron ser entrevistadas reportaron 91 abortos, es decir, un promedio de 1,2 abortos por mujer; y que más del 50% dijo que, de ser necesario, volvería a practicarse un aborto.

8. Índice: nivel de seguridad de la IE y la IVE

Con el fin de ahondar en los efectos de las condiciones socio-económicas de las mujeres sobre el fenómeno del aborto inseguro, se incluyó una serie de preguntas cerradas en la entrevista para construir un índice que revelara el nivel de seguridad de las interrupciones reportadas por las 73 mujeres entrevistadas.

Para la construcción del índice de seguridad del aborto, se consideraron los 9 criterios constitutivos de la definición de Aborto Sin Riesgos adoptados por la presente investigación: i) Marco Normativo; ii) Voluntariedad y autonomía en la toma de decisiones; iii) Acceso a la información; iv) Acceso a servicios de salud; Mejores técnicas y prácticas; v) Acceso a profesional médico capacitado y a recintos que cuenten con los estándares higiénicos y técnicos para la prestación del servicio en condiciones óptimas; vi) confidencialidad y privacidad; vii) Atención post aborto; y ix) protección a las personas con algún tipo de vulnerabilidad.

A continuación se presentan los resultados de la aplicación del índice cruzado con las variables socio-económicas seleccionadas: a) región donde tuvo lugar el procedimiento; b) tipo de procedimiento; c) nivel educativo de las mujeres en el momento de la interrupción; d) actividad económica en el momento de la interrupción; e) étnia; f) vivencia en pareja en el momento de la interrupción; y g) número de hijos/as antes de la interrupción.

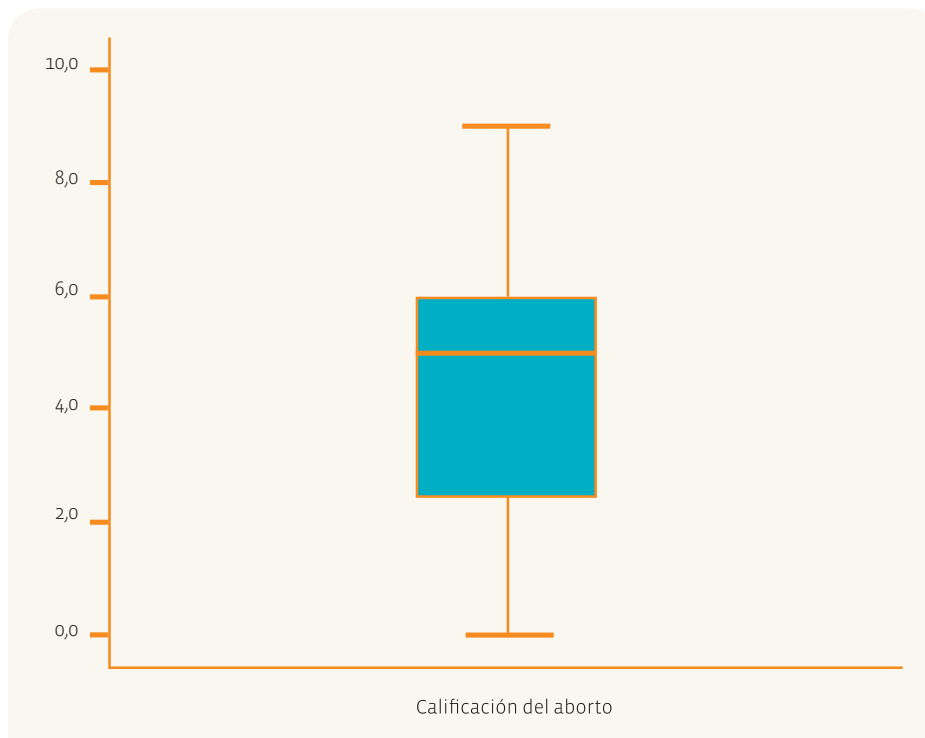
Adicionalmente se tuvieron en cuenta otras variables que a lo largo del estudio resultaron ser de vital importancia para la prevención de un aborto inseguro (tabla 20): h) información sobre salud sexual y salud reproductiva antes de la interrupción; i) uso de método anticonceptivo antes de la interrupción; y j) conocimiento de la sentencia C-355 de 2006 antes de la interrupción. A continuación se exponen los resultados de la aplicación del índice:

Tabla 20. Calificación del nivel de seguridad del aborto

Variables	Categorías	Medida estadística		
		Media ¹	Mediana ²	# casos
Región donde tuvo lugar el procedimiento	Caribe	3,9	3	16
	Oriental	7,4	8	7
	Bogotá	4,4	5	32
	Central	3,3	4	16
	Pacífica	5,0	5	14
	Amazonía-Orinoquía	1,5	1	4
	Otro país	5,0	5	2
Etnia (*)	Indígena	2,4	0	7
	Negra/mulata/ afrodescendiente	2,7	2	6
	Ninguna de las anteriores	4,6	5	78
Nivel educativo en el momento de la interrupción**	Secundaria o menos	3,0	2	33
	Técnica y superior incompleto	4,7	5	38
	Superior completo o más	5,9	6	20
Actividad económica en el momento de la interrupción	Trabajó	4,8	5	42
	Estudió	4,1	4	35
	Hogar/sin actividad	3,6	5	14
Vivencia en pareja en el momento de la interrupción	Vivía en pareja	3,8	5	25
	No vivía en pareja	4,6	5	66
Hijos antes de la interrupción	Tenía hijos	4,6	5	58
	No tenía hijos	4,0	4	33
Información sobre SSR antes de la interrupción (*)	Tenía información	4,5	5	80
	No tenía información	3,1	3	11
Uso de método anticonceptivo antes de la interrupción	Estaba usando método	4,1	5	30
	No estaba usando método	4,5	5	61
Conocimiento de la sentencia C-355 de 2006	Conoce la sentencia	4,2	4	69
	No conoce la sentencia	4,9	5	22
* diferencia significativa 95% ** diferencia significativa 99%	Total	4,3	5	91

Debido a que la escala de seguridad varía entre 0 y 9; de acuerdo con los resultados obtenidos, el conjunto de procedimientos investigados (91), cumple, en promedio, con cuatro de los 9 criterios considerados en la escala. Como se puede apreciar en la gráfica 43, hay una mayor variabilidad por debajo del valor central de la escala o mediana (5 criterios)²⁸, tal y como se observa en la siguiente gráfica.

Gráfica 43. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto



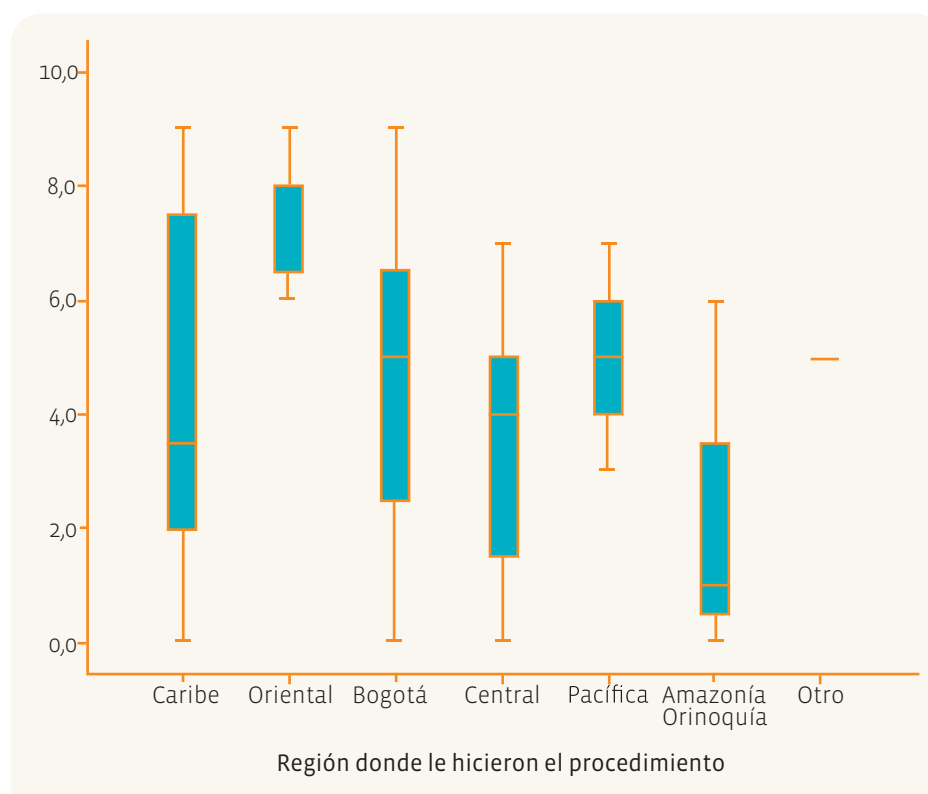
De acuerdo con las variables establecidas, el comportamiento del indicador es el que se describe a continuación. Por Región se encontró que, en promedio, los 7 procedimientos realizados en la Región Oriental cumplen con un mayor número de criterios (7) de seguridad y que el procedimiento menos seguro cumplió 6 de los criterios; mientras que los 4 procedimientos realizados en la Amazonía y la Orinoquía solo cumplen con 2 de los 9 criterios. Es de anotar que todos los procedimientos hechos

²⁸ En los gráficos de caja, a continuación, se puede apreciar la distribución del indicador; la lectura del gráfico es vertical, el ancho de la caja es arbitrario; las líneas horizontales que delimitan la caja corresponden, en su orden, al valor por debajo del cual se encuentra el 25% de los datos y al valor por debajo del cual se encuentra el 75% de los casos; el valor central, es la mediana.

en la Región Oriental fueron IVE, mientras todos los procedimientos de la Amazonía y la Orinoquía fueron inducidos por las mismas mujeres.

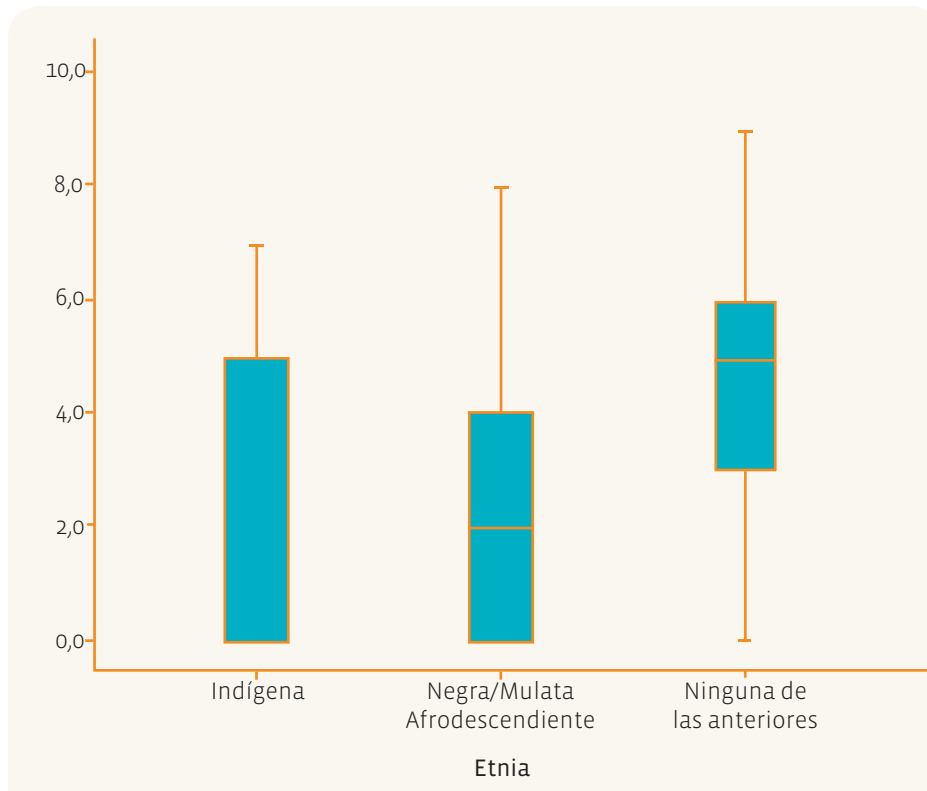
En la gráfica 44 se puede apreciar que el nivel de seguridad de los procedimientos es más homogéneo en las regiones Oriental (varía entre 6 y 8 criterios cumplidos) y Pacífica (entre 3 y 7 criterios cumplidos), y que la mayor heterogeneidad en la seguridad de los procedimientos se encuentra en la Región Caribe, (el 50% de los procedimientos varía entre 2 y 7,5).

Gráfica 44. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto según región en la que tuvo lugar el procedimiento



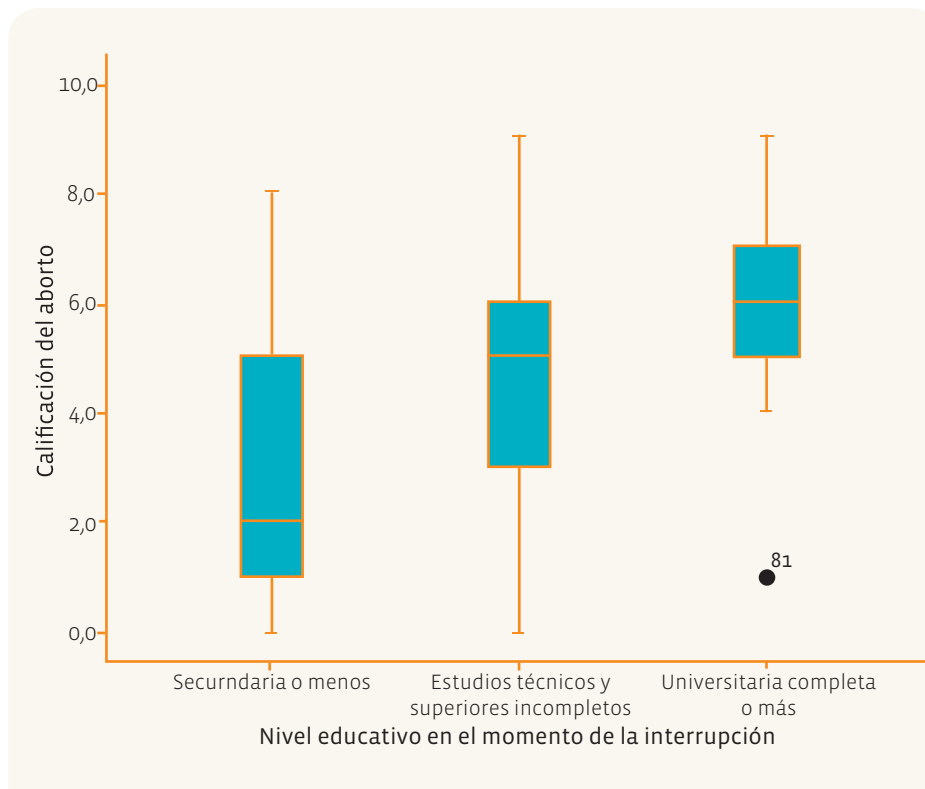
En la gráfica 45 se destaca el menor nivel de seguridad de los procedimientos a que tuvieron acceso las 7 mujeres indígenas y las 6 afrodescendientes (menos de 3 criterios) entre las mujeres que no pertenecen a minorías étnicas los procedimientos cumplieron, en promedio, cerca de 5 criterios. Lo anterior indica que la pertenencia étnica es una variable de alto riesgo para el acceso a abortos inseguros.

Gráfica 45. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto según etnia



En la gráfica 46 se puede ver el efecto protector de la educación al verificar que a mayor nivel educativo, mayor nivel de seguridad en los procedimientos. Las mujeres que tenían menor nivel educativo tuvieron acceso a procedimientos menos seguros (cumplimiento solo 3 de los criterios), y que las mujeres con mayor nivel educativo tuvieron acceso a procedimientos más seguros (cumplimiento de 6 criterios).

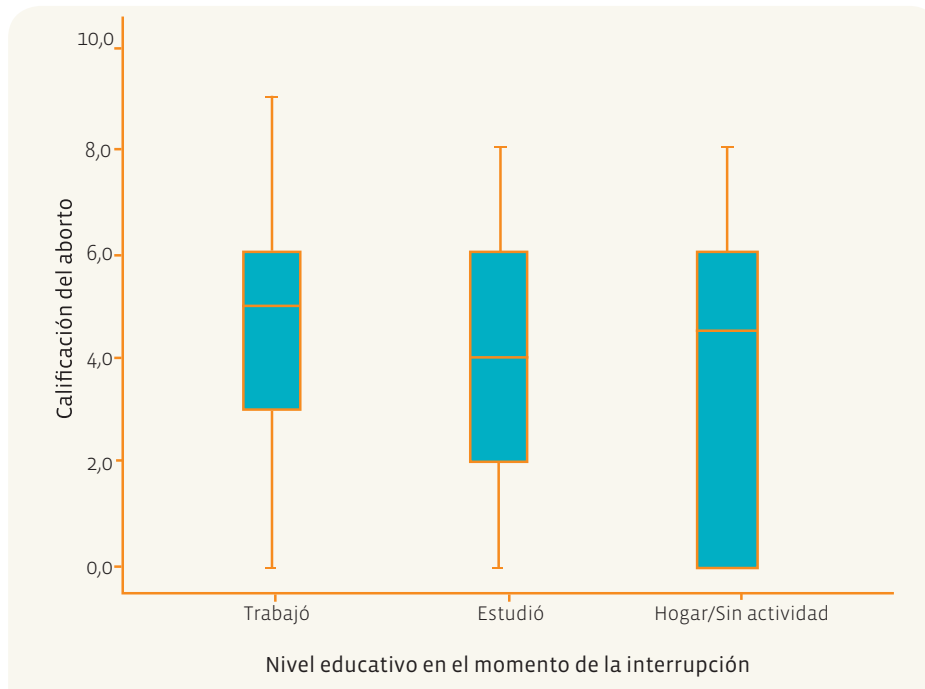
Gráfica 46. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto según nivel educativo aprobado en el momento del procedimiento



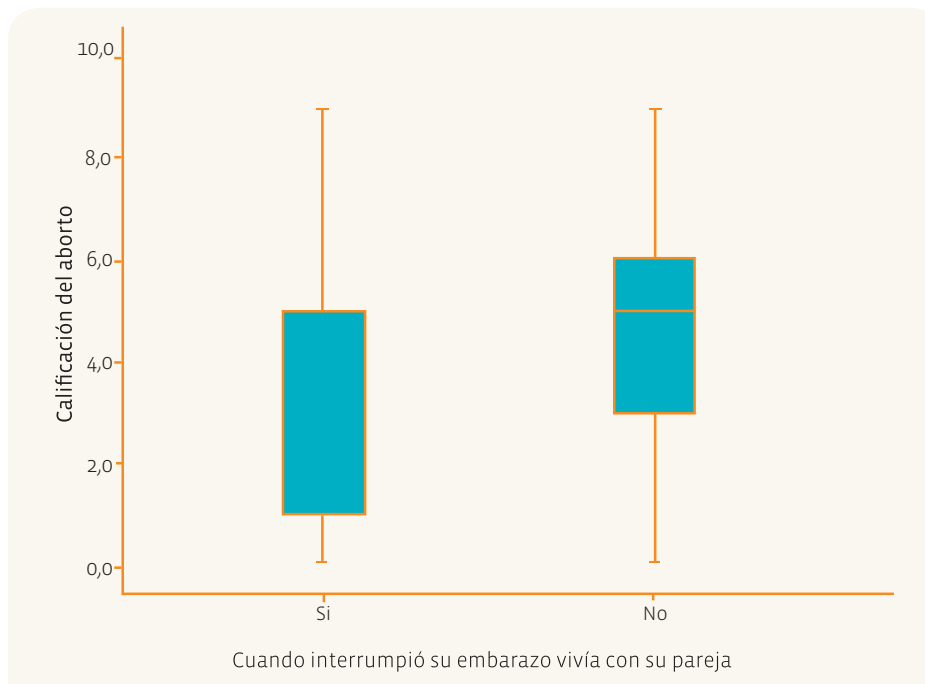
Con relación a la actividad económica en el momento del procedimiento (gráfica 47) se encontró que las mujeres que estaban trabajando tuvieron acceso a procedimientos más seguros (cumpliendo cerca de 5 criterios); las mujeres que estaban estudiando cumplieron con 4 criterios; y que las que se dedicaban al trabajo del hogar alcanzaron 3,6 criterios. El contar con recursos para acceder a prestadores de servicios calificados resulta ser un factor protector para la vida y la salud de las mujeres.

No se encontró evidencia de asociación entre el nivel de seguridad de los procedimientos y la convivencia en pareja; las mujeres que vivían en pareja en el momento del procedimiento tuvieron acceso a procedimientos que, en promedio, cumplieron con 4 de los 9 criterios; mientras que entre las mujeres que no vivían en pareja el nivel de seguridad fue un poco mayor, pero la diferencia no fue significativa. Sin embargo, en la gráfica 48 se puede apreciar que hay una mayor variabilidad en el nivel de seguridad del procedimiento entre las mujeres que vivían en pareja.

Gráfica 47. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto según actividad económica en el momento del procedimiento

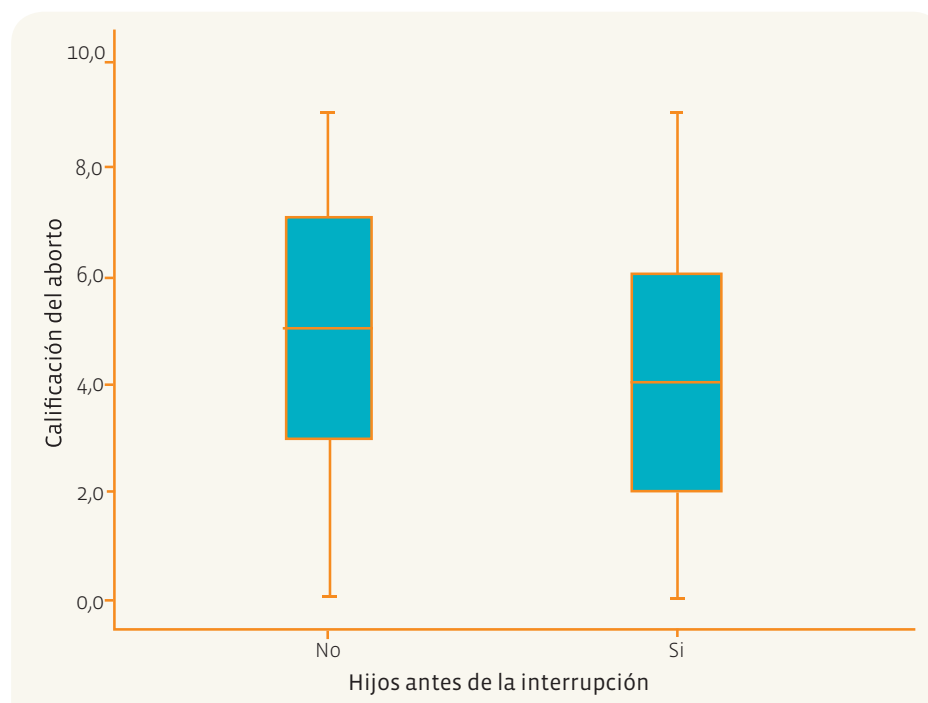


Gráfica 48. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto según vivencia en pareja en el momento del procedimiento



De igual manera, en la gráfica 49 se aprecia que no hay diferencias relevantes en el nivel de seguridad de los procedimientos entre las mujeres que tenían hijos y las mujeres que no tenían hijos antes de la interrupción.

Gráfica 49. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto según la tenencia de hijos en el momento del procedimiento



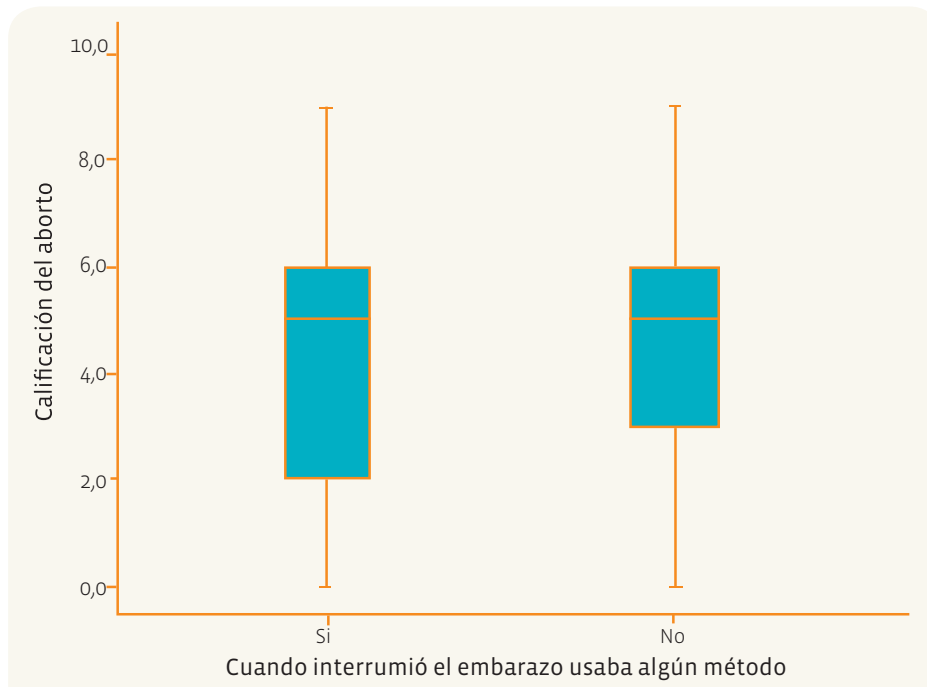
Se pudo establecer que un diferenciador importante es el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva. En la gráfica 50 se confirma que el nivel promedio de seguridad de los procedimientos fue más alto entre las mujeres que tenían información en SSR (cerca a 5 criterios cumplidos) que entre las mujeres sin información (3 criterios).

Por su parte, el uso de métodos anticonceptivos previo al embarazo no es un diferenciador del nivel de seguridad en los procedimientos (gráfica 51); tanto para las mujeres que estaban usando un método, como para las que no, el valor se mantuvo alrededor del promedio general (4 criterios).

Gráfica 50. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto según información recibida sobre salud sexual y reproductiva antes del procedimiento

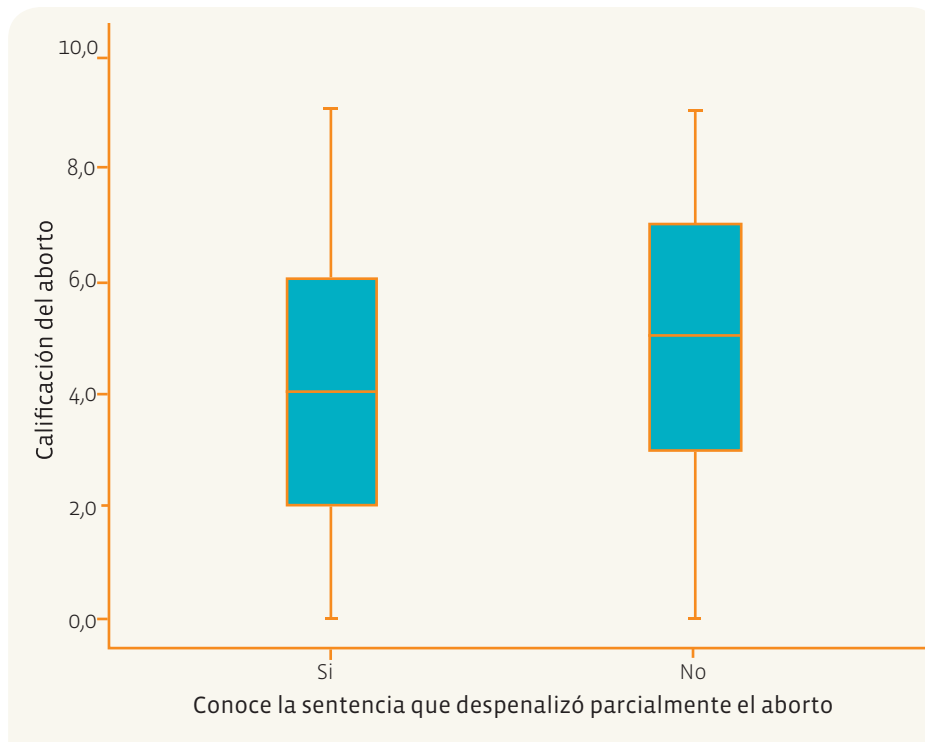


Gráfica 51. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto según uso del método anticonceptivo en el momento del procedimiento



Para concluir esta parte del análisis tampoco se encontró diferencia significativa en los niveles de seguridad de los abortos entre las mujeres que conocen la sentencia que despenalizó parcialmente el aborto (4,2 criterios) y las que no la conocen (4,9) (gráfica 52). Esto debido a que el conocimiento sobre la misma es muy poco.

Gráfica 52. Distribución de la calificación del nivel de seguridad del aborto según conocimiento de la sentencia C-355 de 2006



PARTE

III

Conclusiones y
recomendaciones

1. Conclusiones y recomendaciones

A través de las historias de vida de las mujeres, este estudio ha identificado y descrito los factores que anteceden una interrupción del embarazo, los factores de proceso, las barreras de acceso, así como los factores posteriores a un procedimiento de aborto (IE o IVE). Esto, con el fin de dar contenido al objetivo general de la investigación que busca identificar los determinantes del aborto inseguro y las barreras de acceso para la atención a la IVE.

Para efectos de las conclusiones y recomendaciones, en primer lugar se presentan una serie de consideraciones generales relacionadas con las características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas, y sobre sus conocimientos y prácticas en salud sexual y salud reproductiva al momento de la IE o de la IVE; así como de la red de apoyo con la que contó para acceder al procedimiento de aborto.

En segundo lugar se presentan las conclusiones y recomendaciones para cada uno de los criterios de la definición sobre aborto inseguro adoptado para el presente estudio. Dichos criterios son: i) marco normativo; ii) voluntariedad y autonomía en la toma de la decisión; iii) acceso a la información, iv) acceso a los servicios de salud; v) mejores técnicas y prácticas;) acceso a profesional médico capacitado y a recintos que cuenten con todos los estándares higiénicos como técnicos para la prestación de los servicios en condiciones óptimas; vii) confidencialidad y privacidad, viii) atención postaborto; y ix) protección de las personas con algún tipo de vulnerabilidad.

1.1. Conclusiones y recomendaciones generales

Si bien es cierto que los estudios cualitativos no permiten hacer inferencia para la totalidad de la población, sí entregan evidencia sobre el porqué del comportamiento de un fenómeno. Este estudio arroja información sobre 91 casos de interrupción del embarazo de 73 mujeres de todas las regiones del país.

1. El primer hallazgo tiene que ver con la caracterización de las mujeres entrevistadas, quienes en su mayoría se hicieron un aborto cuando tenían pareja, siendo mayores de edad, habiendo cursado estudios de secundaria o universitarios, estando empleadas y profesando la religión católica. Así mismo, se pudo establecer que la exposición al riesgo de embarazo temprano es mayor en las mujeres de la Amazonía y la Orinoquía, ya que la edad promedio en la que tuvieron su primer embarazo fue a los 15,5 años, es decir casi cinco años menos que el promedio de todas las mujeres del estudio.
2. Respecto al uso de métodos anticonceptivos, se estableció que el 33% de las mujeres usaba un método antes de interrumpir el embarazo; y que adicionalmente no había adherencia al método.
3. Los hallazgos evidencian que las mujeres que no cuentan con apoyo social, o que dicho apoyo es muy frágil; se convierten en un grupo vulnerable frente al aborto inseguro, en la medida en que no cuentan con información rigurosa para acceder a servicios de salud idóneos.
4. Las mujeres sin apoyo social se ven enfrentadas a situaciones de extremo riesgo, como el abuso por parte de supuestos prestadores del servicio, elección de lugares clandestinos para interrumpir el embarazo, situaciones de extrema ansiedad y estrés, que ponen en riesgo su salud y, algunas veces, su vida. Es de especial atención el caso de las mujeres de la Amazonía y la Orinoquía, quienes en su mayoría no contaron con apoyo durante el evento de interrupción del embarazo.
5. Merece especial atención el hecho de que no importa la edad, procedencia o condición social de las mujeres, estas no consideran a sus madres y padres como un apoyo. El estudio pone en evidencia que no solo no hay acompañamiento de padres y familiares en estos eventos,

sino que no se dio información sobre salud sexual y reproductiva y en especial sobre el uso de métodos anticonceptivos en los hogares de las mujeres entrevistadas.

6. Los resultados ponen de relieve que el principal apoyo de las mujeres son otras mujeres, sin embargo, en algunos contextos, no cuentan con este apoyo y esta situación aumenta su vulnerabilidad frente a prácticas riesgosas.
7. Los resultados permiten concluir que solo las mujeres que refieren relaciones caracterizadas por la confianza y el afecto con sus padres y parejas, los consideran un apoyo significativo para poder tomar de manera voluntaria y autónoma la decisión y llevarla a cabo sin culpa y en condiciones de seguridad.

Recomendaciones:

1. En el marco de la orientación en salud que prestan las IPS, en particular a través de los Servicios de Salud Amigables para Jóvenes, y de la implementación del Proyecto Institucional para la Sexualidad y la Construcción de Ciudadanía (PESCC) fortalecer acciones para generar conciencia en hombres y mujeres sobre el ejercicio autónomo de la sexualidad y la reproducción, así como sobre la maternidad y paternidad responsable y deseada.
2. Fomentar redes de apoyo de fácil acceso a través de las organizaciones sociales que trabajan por los derechos de las mujeres, especialmente en las áreas más distantes, donde las mujeres puedan encontrar información idónea sobre la IVE, así como direccionamiento a la ruta de atención y acompañamiento durante el proceso.
3. Es de suma importancia que dentro del protocolo de orientación pre y post IVE del MSPS, se promueva la participación de las parejas de las mujeres que solicitan una interrupción del embarazo y se los invite a estar presentes a lo largo del toda la ruta de atención.

1.2. Conclusiones de acuerdo a los criterios de Aborto Sin Riesgo

Al analizar los nueve criterios que conforman el índice de calidad para determinar si un aborto se produce o no en condiciones de riesgo para la vida y/o la salud de mujer, se pudo establecer que ninguno de los 91 procedimientos identificados cumplió la totalidad de los criterios mencionados. De igual manera, es posible afirmar, que si bien la clandestinidad es la primera condición de un aborto inseguro, las interrupciones hechas en el marco de la Sentencia C-355/06 tampoco cumplieron con todos los requisitos.

1.2.1. Marco Normativo:

De acuerdo con la OMS (2012) las leyes y políticas referidas al aborto deben proteger la salud y los derechos humanos de las mujeres. Es por ello que es necesario eliminar las barreras regulatorias, políticas y programáticas que obstaculizan el acceso a la atención para un aborto sin riesgos y su prestación oportuna. Al respecto se puede concluir:

1. Solo 32 de los 91 casos, es decir el 35,16% de las interrupciones, cumplen con esta condición, ya que las restantes no se hicieron en el marco de la de las causales despenalizadas en la Sentencia C-355 de 2006.
2. Por fuera del marco de la Sentencia se identificaron 59 interrupciones y, de estas, 18 ocurrieron después del año 2006. Respecto a estos últimos casos preocupa que dos de las mujeres adujeron como razón para interrumpir el embarazo una de las causales despenalizadas, la violencia sexual. Es decir, estos dos casos pudieron haber sido una interrupción voluntaria del embarazo y ser atendidos por el sistema de salud.
3. Para los otros 16 casos restantes, la razón principal por la cual interrumpieron el embarazo por fuera del marco de la sentencia, fue porque este alteraba su proyecto de vida, seguida por la situación económica y por no querer ser madres en ese momento o no quererlo ser nunca.
4. Sobre el criterio del marco normativo también es preciso referirse al conocimiento de la Sentencia, ya que las mujeres que desconocen el

derecho a interrumpir voluntariamente el embarazo, recurrirán a un aborto en condiciones inseguras. Al respecto se encontró que casi el 76% de las mujeres han oído hablar sobre la Sentencia, y que las regiones donde hay mayor desconocimiento son la Amazonía-Orinoquía, Oriental y la Pacífica. En la Amazonía y Orinoquía, no se identificaron casos de IVE.

5. El 16,7% de las mujeres que interrumpió el embarazo después del 2006, desconoce la sentencia. También se pudo establecer que las mujeres que se hicieron el procedimiento en un servicio de salud público tienen menos conocimiento sobre la sentencia respecto a las mujeres que acudieron a un prestador de servicio privado.
6. Respecto al primer criterio para la identificación de un Aborto sin Riesgos se puede concluir que hay vacíos de información sobre los contenidos de la Sentencia, en especial, sobre sus alcances y los derechos que protege.
7. El estudio deja en evidencia que el marco normativo no responde de manera integral al fenómeno del aborto inseguro. Tanto el proyecto de vida, como las diferentes visiones sobre la maternidad, o no tener buenas condiciones socioeconómicas, ponen de manifiesto que lo que está de fondo, es el embarazo no planeado y/o no deseado.
8. De la evidencia recabada, se puede concluir además que cuando una mujer se ve enfrentada a un embarazo no deseado, acudirá en primer lugar a un aborto, independientemente de los riesgos que esto implique, y descartará otras opciones como lo es continuar con el embarazo, ya que en ninguno de los casos estudiados apareció la opción de dar en adopción al hijo.

Recomendaciones:

- * En cuanto al criterio del Marco Normativo, y para dar cumplimiento a las órdenes proferidas por la Corte Constitucional en Sentencia C-355 de 2006 y sus posteriores desarrollos jurisprudenciales, se recomienda:
- * Fortalecer el Sistema de Información de Prestaciones de Salud (RIPS) con el fin de monitorear el cumplimiento de la Sentencia. Se requiere información periódica del orden nacional y territorial, así como por cada una de las causales despenalizadas.

- * Implementar acciones de información y orientación para mujeres y hombres, sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo para las tres causales despenalizadas por la Corte constitucional, en el marco de la prestación de los servicios de salud sexual y salud reproductiva.
- * El Ministerio debe dar continuidad a las acciones de formación y sensibilización sobre el derecho a la IVE, dirigidas a todas las instancias que componen el SGSSS, con énfasis en los profesionales de la salud.
- * Debe incluirse información sobre las rutas de atención y los requisitos para acceder a los servicios para cada una de las causales previstas por la Sentencia. Las rutas deben responder a las especificidades de los territorios.

1.2.2. Voluntariedad y Autonomía en la toma de decisión:

Se considera como requisito indispensable en el marco de un Aborto Sin Riesgo, garantizar el respeto a la voluntad y la autonomía de la mujer para tomar la decisión de interrumpir un embarazo.

Como ya se mencionó, los proveedores de servicios de salud deben estar capacitados para respaldar la toma de la decisión voluntaria de la mujer, basada en información rigurosa y objetiva. Adicionalmente, la autonomía implica la no intervención de un tercero en dicha decisión.

La exigencia de la voluntariedad y autonomía se traduce en el respeto por su decisión, y en no requerir autorización de un tercero como el esposo, la pareja, el padre, la madre, entre otros, para llevar a cabo su decisión. En el caso de las menores de 14 años, al igual que las mujeres adultas deben recibir información suficiente y de calidad para la toma de decisiones voluntarias. Teniendo en cuenta lo anterior, los resultados del presente estudio permiten concluir que:

1. De acuerdo con los relatos de la mayoría de las mujeres, la decisión de interrumpir el embarazo fue autónoma.
2. Los casos en los que la decisión no fue autónoma, esta fue influida por alguno de los padres, la pareja o los amigos. Los resultados permiten afirmar que cuando las mujeres no deciden de manera autónoma, expresan su insatisfacción o malestar con la decisión tomada tiempo después.

3. La mayor parte de las mujeres manifestó no haber contemplado ninguna opción diferente a la interrupción, como por ejemplo, la adopción o llevar a término el embarazo.
4. Los resultados revelan que la influencia de la pareja en la decisión de las mujeres se limita a dos instancias: a) cuando se sienten apoyadas por la pareja para interrumpir el embarazo; b) cuando la pareja muestra desinterés o irresponsabilidad frente al embarazo, y de ésta manera la mujer refirma que su decisión es acertada.
5. Los resultados permiten afirmar que con frecuencia, los familiares, los profesionales de la salud, los amigos o los compañeros de trabajo, vulneran el derecho a una decisión autónoma por parte de las mujeres. En muchos de estos casos, se asume que todas las mujeres desean ser madres; en otros, se le insiste y presiona para que cambie de opinión; y en otros casos se les juzga y sanciona duramente por la decisión tomada.
6. Cabe destacar la referencia que hicieron las mujeres, en especial las más jóvenes, sobre el miedo a la reacción social y familiar por el hecho de enfrentarse a un embarazo no deseado.

Recomendaciones:

1. Desde el nivel central, diseñar estrategias que permitan divulgar en entornos familiares, escolares, de salud, laborales y mediáticos, el derecho que tienen las mujeres a tomar la decisión de interrumpir un embarazo en el marco de la Sentencia C-355 de 2006, de manera voluntaria y autónoma.
2. El MSPS debe diseñar e implementar estrategias educativas que promuevan habilidades en el personal de salud para brindar apoyo a las mujeres en su decisión, sin ningún tipo de presión o sanción.
3. Se recomienda al Ministerio de Educación Nacional (MEN) a diseñar e implementar estrategias educativas a través de los medios de comunicación, dirigidas a la familia y la escuela, que permitan promover habilidades para brindar apoyo y respeto a la mujer en su decisión, sin presión ni sanción.

1.2.3. Acceso a la información:

El acceso a la información es un elemento fundamental de los servicios de interrupción del embarazo seguro y de buena calidad. La información debe ser suministrada a todas las mujeres independientemente de su edad o circunstancias, debe ser clara y debe permitir la toma de una decisión informada.

Esta información debe incluir por lo menos tres componentes: en primer lugar, asesoría previa al procedimiento, para ayudar a la mujer a considerar opciones y asegurar que puede tomar una decisión sin ningún tipo de presión; en segundo lugar, información sobre el procedimiento mismo que puede evitar complicaciones que pongan en riesgo la vida o la salud de las mujeres; y en tercer lugar, asesoría en anticoncepción, información sobre métodos y servicios relacionados que ayuden a las mujeres a evitar nuevos embarazos no planeados y/o no deseados. Las mujeres deben recibir información precisa para elegir el método anticonceptivo más apropiado a sus necesidades. Los resultados mostraron que:

1. El hecho mismo de buscar información sobre el lugar en donde hacerse el procedimiento, se convierte en un factor de riesgo para la vida y la salud de las mujeres. Solo la cuarta parte de las mujeres entrevistadas (25%) consiguieron la información sobre en donde hacerse el procedimiento, a través de un prestador de servicios de salud, puesto de salud, clínica u hospital. El 75% restante la consiguieron por medio de una amiga, la pareja, un familiar, o alguien se encargó de buscar la información y/o el lugar en donde realizar la interrupción, por ellas.
2. En cuanto a la asesoría previa al procedimiento, primer componente de una buena información, los hallazgos permiten afirmar que, si bien el 79.8% de las mujeres manifestó haber recibido orientación sobre el mismo, no fue en todos los casos la información fue completa, clara y suficiente; en algunos casos, fue errónea o encaminada a culpabilizar a la mujer; en otros, las mujeres manifestaron que no fueron resueltas las dudas e inquietudes que tenían sobre el procedimiento; y en otros casos (20.2%), las mujeres manifestaron no haber recibido ningún tipo de orientación. La orientación previa al procedimiento es de vital importancia pues asegura que la mujer tome una decisión libre e informada.

3. Sobre el segundo componente de una buena información, esto es, sobre el procedimiento mismo, el 78,5% de las mujeres que realizaron la interrupción con un prestador de servicios de salud privado y el 91,7% de las mujeres que la realizaron con un prestador de servicios de la red pública, manifestaron que les fue dada una explicación sobre el procedimiento y el 51,6% y 91,7% respectivamente, manifestó que esta información fue clara. Este 51% está compuesto tanto por mujeres que realizaron la interrupción en el marco de la Sentencia como fuera de ella. La información sobre el procedimiento es clave para la seguridad y tranquilidad de las mujeres.
4. En lo referente al tercer componente, la información y asesoría en anticoncepción posterior al procedimiento de interrupción del embarazo, el 55,8% de las mujeres manifestó haber recibido consejería sobre anticoncepción postprocedimiento, pero sobre esta algunas manifestaron que la información fue general más que explicativa, y el 39% manifestó no haber recibido ningún tipo de consejería.
5. Se puede inferir que una mala información y asesoría anticonceptiva es un factor de riesgo, pues es muy probable que las mujeres se vean avocadas a un embarazo no planeado o deseado nuevamente, tal y como lo pone en evidencia el hecho que 73 mujeres entrevistadas den cuenta de 91 abortos. Lo anterior se agrava con el hecho de que el 30% de las mujeres manifestó no haber adoptado método anticonceptivo alguno, después de la interrupción.
6. Las razones aducidas por las mujeres para no utilizar un método anticonceptivo después de la interrupción son: a) la dificultad para hablar con la familia o la pareja sobre cómo planear el uso de métodos anticonceptivos; b) no haber recibido la información suficiente; c) la falta de recursos para adquirir un método anticonceptivo; d) las falsas creencias; y e) el no haber encontrado el método que se ajuste a su cuerpo y sus necesidades en salud.
7. En el 35% de los procedimientos realizados por un prestador de servicios privado y en el 91,7% de los procedimientos realizados por un prestador de servicios público, las mujeres manifestaron que firmaron un consentimiento informado.
8. Si bien la mayoría de las mujeres que acudieron a los servicios de salud dijeron haber recibido información sobre el procedimientos, los testimonios

evidencian que dicha información es poca e incompleta, y se limita a tecnicismos médicos, sin que se trascienda la prestación del servicio, dejando de lado el principio fundamental de la entrega de información que es la toma de decisiones voluntaria e informada, el acompañamiento permanente a las mujeres y respaldo frente a su decisión.

Recomendaciones:

1. En el marco de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, debe evaluarse la forma como se está dando la información, pues se evidencia que no accedieron a orientación precisa y clara sobre anticoncepción, que permita a las mujeres elegir lo más conveniente para regular su reproducción de acuerdo con circunstancias propias como la edad, la frecuencia de relaciones, etc.
2. Todos los procedimientos deben hacerse bajo el marco del consentimiento informado, que se constituye en la manifestación libre y voluntaria de las mujeres que solicitan someterse a una interrupción voluntaria del embarazo. En este consentimiento se debe brindar información clara, real y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida (OMS, 2012).
3. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas deben desarrollar e incorporar protocolos que incluyan la entrega de información, la asesoría y orientación a las mujeres, de fácil comprensión y recordación, que les permita tomar una decisión frente a la interrupción del embarazo, libre de inducción, coerción o discriminación. Estos protocolos deben tener en cuenta que las mujeres que se enfrentan a una decisión de IVE, en muchas ocasiones se encuentran en una posición de vulnerabilidad, especialmente frente a los servicios de salud y necesitan ser tratadas con respeto y comprensión (OMS, 2012). Los proveedores de servicios de salud, deben ser un apoyo para la mujer en este proceso.
4. La mínima información que la mujer debe recibir por parte de los prestadores de servicios de salud es: (i) qué se hará durante y después del procedimiento (ii) qué es probable que sienta (dolores cólicos tipo menstrual y sangrado) a lo largo del procedimiento; (iii) cuánto tiempo llevará el procedimiento; (iv) qué se puede hacer para el manejo del dolor; (v) los riesgos y complicaciones asociadas con el método; (vi) cuando

podrá retomar su actividad normal, incluso las relaciones sexuales; (vii) los cuidados de seguimiento; y (viii) información sobre anticoncepción (OMS, 2012). Adicionalmente, los profesionales deberán estar capacitados para dar a la mujer información clara sobre las técnicas más apropiadas basándose en la edad gestacional, la condición médica de la mujer y los potenciales factores de riesgo.

5. Debe hacerse énfasis en la prestación de los servicios acerca de lo fundamental de la información y asesoría sobre anticoncepción después de la interrupción, para evitar el embarazo no deseado. Por esto, la recomendación principal está dirigida a mejorar los procesos de información en salud sexual y reproductiva por parte del personal médico, información confiable y fácil de entender y facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos.
6. Debe mejorarse la práctica anticonceptiva y, en este sentido, se constituye en un reto grande facilitar el diálogo con las mujeres para planear el uso de métodos. Para esto, es importante diversificar la oferta de métodos seguros que se proponen a las mujeres de acuerdo con sus necesidades, desestimular el uso de métodos tradicionales inseguros (ritmo, retiro), y aminorar la resistencia de las mujeres a su empleo.
7. En cuanto a los contenidos del consentimiento no deben ser extensos pero la información sí debe ser completa y clara. El objetivo último del consentimiento es la toma de decisiones informadas y la verificación de la voluntad. El consentimiento debe buscar que se respete la dignidad de las mujeres, se garantice la confidencialidad y que sea sensible a las necesidades y perspectivas de las usuarias (OMS, 2012).
8. Capacitar y sensibilizar a los prestadores de servicios de salud sobre respeto por los derechos de los pacientes y la garantía de la confidencialidad a lo largo de toda la atención.

1.2.4. Acceso a servicios de salud

El acceso debe ser entendido como las posibilidades para hacer uso de los servicios de salud. Dicho uso debe ajustarse a las características y necesidades de la población, a los recursos y a la oferta de servicios disponibles.

1. Los resultados de la presente investigación permiten concluir que el acceso a los servicios de salud por parte de las mujeres aún es limitado. Es así como muchas mujeres refieren que no tuvieron acceso a un servicio de salud o no acudieron a este para obtener información rápida y clara sobre métodos anticonceptivos que evitaran un embarazo no deseado o no planeado.
2. En segundo lugar, las mujeres que utilizan métodos de anticoncepción no cuentan con un seguimiento adecuado por parte de los servicios de salud. La mayor parte de ellas expresan que, aunque conocen la teoría sobre los métodos de anticoncepción, no saben cómo utilizarlos, los utilizan inadecuadamente, tienen dudas y temores sobre su uso o presentan efectos secundarios en su salud al usarlos.
3. Es relevante mencionar que, incluso después de haberse realizado una IVE, las mujeres no cuentan con acceso oportuno y continuo para dar seguimiento a su plan de anticoncepción en los servicios de salud. Como ya se mencionó esto aumenta el riesgo no solo de un nuevo embarazo no deseado, sino de una nueva interrupción del embarazo.
4. Se evidencia que las mujeres no acuden a los servicios de salud apenas toman su decisión de interrumpir el embarazo con el fin de ser atendidas. Algunas no saben que pueden hacerlo y otras evitan la sanción pública de la que pueden ser objeto si van al servicio de salud. Especial atención merece la región de la Amazonía-Orinoquía donde no se encontró ninguna mujer que hubiera sido atendida para la realización de una IVE en la red de servicios públicos, aunque sí se encontraron mujeres que ingresaron por complicaciones derivadas del procedimiento.
5. Los hallazgos permiten concluir que, al menos una tercera parte de las mujeres, encuentran barreras para acceder a una interrupción del embarazo, especialmente, en el proveedor de servicios público (proveedor que prestó la mayoría de las atenciones de IVE). Las barreras llegan al 50% de los casos en las regiones Caribe, Amazonía-Orinoquía y Pacífica.
6. Se pudo establecer que las barreras con las que se más frecuentemente se encuentran las mujeres son: a) negación del servicio, b) juzgamiento, c) objeción de conciencia por parte del personal médico, d) demoras para la prestación del servicio, e) irrespeto a su derecho de mantener su decisión en privado, y f) solicitud de documentos adicionales.

7. En los casos de violación y de riesgo para la salud de la mujer, algunos servicios públicos solicitan documentos adicionales como prueba de VIH, consentimiento de una persona mayor de edad, certificados médicos y juntas médicas, entre otros que no son necesarios, aumentan la demora de atención y el riesgo para la vida y la salud de la mujer. Cabe resaltar que en los casos de violencia sexual se está incumpliendo con el protocolo de atención integral a las víctimas de violencia sexual.
8. Otras dificultades identificadas para interrumpir el embarazo, son la falta de información sobre a dónde acudir, el juzgamiento por parte de los prestadores del servicio, ser menor de 18 años, la dificultad para conseguir algunos medicamentos y la clandestinidad del procedimiento.

Recomendaciones:

1. Implementar en todo el territorio nacional los servicios para la interrupción voluntaria del embarazo en el nivel de baja complejidad.
2. Diseñar estrategias de descentralización para el acceso a los servicios de anticoncepción que ofrece la red pública de salud.
3. Dar a conocer a mujeres y hombres, que todos los tipos de métodos temporales y definitivos están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y garantizar que en los servicios de salud se encuentren disponibles para la prestación integral de la atención en SSR.
4. Elaborar protocolos de seguimiento para garantizar el uso adecuado y la adherencia a métodos anticonceptivos. Se debe garantizar información sobre todos los métodos y seguimiento sistemático de calidad sobre su uso, a mujeres jóvenes y adultas.
5. Al MSPS, diseñar e implementar un sistema de reporte nacional y territorial, que de cuenta de las barreras que enfrentan las mujeres para el acceso a los servicios de IVE.
6. A nivel de las IPS diseñar, divulgar y visibilizar la ruta de atención para el servicio de IVE, de acuerdo al nivel de complejidad.

1.2.5. Mejores técnicas y prácticas

Tal y como se mencionó, una parte de la definición de Aborto sin Riesgos de la OMS está centrada en el tipo de procedimiento que se practica a una mujer que decide interrumpir el embarazo. Respecto a las técnicas y prácticas se puede concluir que:

1. Respecto al uso de medicamentos para la interrupción voluntaria del embarazo, preocupa en especial la información sobre las vías de administración y las dosis de los medicamentos, ya que en los casos de procedimientos caseros, solo el 8,8% de las recomendaciones en este sentido fueron suministradas en un puesto de salud y en el 5,5% de los casos en una farmacia, lo que pone en riesgo la vida y la salud de las mujeres. Prueba de ello, el porcentaje de mujeres (57,1%) en este estudio cualitativo, que manifestó haber tenido complicaciones producto de la interrupción del embarazo.
2. En el caso de las mujeres de la Amazonía y la Orinoquía, quienes en su totalidad se practicaron los abortos ellas mismas o fueron asistidas por personas ajenas a los servicios de salud, llama la atención las dificultades en el acceso en esta región a un prestador de servicios capacitado; así como los obstáculos para acceder a medicamentos de calidad. Adicionalmente, en los casos de la Amazonía y la Orinoquía, así como algunos registrados en la región Pacífica y en el Caribe, se hace referencia a prácticas no científicas para la interrupción de un embarazo, tales como golpearse en la zona abdominal, cargar elementos pesados o consumir altas dosis de infusiones de hierbas, entre otros. Es de recalcar que a pesar de que las mujeres saben que estas son prácticas inseguras, no desisten de su decisión de interrumpir el embarazo.
3. En cuanto a los procedimientos realizados por prestadores de servicios de salud, se encontró que el uso de técnicas adecuadas es mayor en el sector privado (45,5% de los procedimientos se hicieron con AMEU); en el sector público solo el 25% de los procedimientos se hicieron con AMEU, la mayoría fueron por dilatación y evacuación a través de cureta fenestrada cortante, técnica no recomendada por la OMS, para embarazos menores 10 semanas de edad gestacional²⁹. Cabe anotar que todos los procedimientos hechos

²⁹ De acuerdo con la OMS, La DyC es menos segura que la aspiración de vacío y es considerablemente más dolorosa para la mujer. Por lo tanto, la aspiración de vacío debe reemplazar la DyC. Los índices de complicaciones importantes con la DyC son entre dos y tres veces más altos que con la aspiración

en el sector público fue de IVE, es decir interrupciones del embarazo en el marco constitucional, razón por la cual se destaca que no se está dando cumplimiento a la **lex Artis** o adopción de las técnicas más adecuadas, principio básico de la práctica médica y clínica.

Recomendaciones:

1. Por parte del MSPS, continuar con las acciones de sensibilización en el tema de IVE y capacitación para la red pública de servicios de salud en el uso de AMEU como método quirúrgico para la prestación de los servicios de IVE.
2. Así mismo la red de prestadores de servicios de salud debe contar con un Protocolo único sobre el uso de dichas técnicas a través del diseño e implementación de un mecanismo de capacitación permanente.
3. Difundir la ruta de atención para la IVE en todos los servicios de salud (no solo en los servicios de salud sexual y salud reproductiva) y hacer acuerdos de cooperación con la red de farmacias para que direccionen a las mujeres a **prestadores** de servicios públicos o privados, pero con capacidad técnica.
4. Elaborar un mapeo nacional y territorial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas para la prestación de los servicios de IVE. El mapeo debe servir de insumo tanto para la construcción de las rutas de atención nacional y territorial, como para la identificación de las IPS que no están capacitadas en la técnica del AMEU y que no cuentan con los suministros necesarios.
5. Para el mejoramiento de los procedimientos, y de acuerdo con guía de práctica clínica de la OMS de 2012, se requiere contar con el registro sanitario por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) de la mifepristona en el país, ya que la asociación entre mifepristona y misoprostol reduce considerablemente las fallas del aborto médico. La efectividad de la asociación de las dos moléculas es del 98%, mientras que la eficacia del uso del misoprostol solo es del 75 al 90% máximo (OMS; 2012; Kulier et al., 2011).

.....
de vacío. Un ensayo controlado aleatorizado que comparó la DyC con la aspiración de vacío reveló que, hasta las 10 semanas desde la FUM, la aspiración de vacío es más rápida y está asociada con menor pérdida de sangre que la DyC.

6. La red pública de servicios de salud debe tener disponibilidad permanente de todos los insumos que se requieren para la práctica del AMEU: bombas de vacío, cánulas y dilatadores flexibles.

1.2.6. Acceso a profesional médico capacitado y a recintos que cuenten con todos los estándares higiénicos y técnicos para la prestación de los servicios en condiciones óptimas

El acceso a los servicios de salud y a profesionales competentes, capacitados que utilicen las técnicas adecuadas y expertos en el manejo de interrupciones del embarazo, además los espacios idóneos para la prestación de los servicios, indudablemente son elementos indispensables para la realización de un aborto sin riesgos.

1. El estudio mostró que el 89,6% de las mujeres en todas las regiones, consideró que las personas o profesionales que realizaron el procedimiento estaban capacitadas para hacerlo. Dicha percepción se debe al trato que recibieron, al hecho de que se les respetó el derecho a la privacidad y a que no se sintieron juzgadas.
2. El 10,8% de las mujeres que acudieron a un proveedor de servicios de salud privado, consideró que las personas o profesionales que realizaron el procedimiento NO estaban capacitadas para hacerlo. Estas mujeres en su mayoría realizaron la interrupción por fuera del marco de la Sentencia y tuvieron complicaciones, o estuvieron en lugares riesgosos en materia de higiene y asepsia.
3. El 57,1% de las mujeres que realizaron una interrupción del embarazo casera tuvieron complicaciones posteriores derivadas del procedimiento; este evento se presentó en el 12,3% de las mujeres que realizaron la interrupción con un proveedor de servicios privado y en el 16,7% de las mujeres que lo realizaron con un proveedor de servicios público.
4. Si se tiene presente que todas las interrupciones caseras y el 67,7% de las interrupciones realizadas con un proveedor de servicios privado fueron por fuera del marco de la Sentencia, se puede concluir que la legalidad y las condiciones de seguridad están íntimamente ligadas, y que las complicaciones en su mayoría, llegan a los servicios de salud tanto públicos como privados; no sobra reiterar que estas mujeres

deben recibir atención inmediata y de calidad, en cualquier entidad a la que acudan.

Recomendaciones:

- 1.** El MSPS, tiene la responsabilidad de garantizar que los sistemas se encuentren preparados para la adquisición y la distribución continua y oportuna de los medicamentos y suministros necesarios para la prestación segura de los servicios. Además, el MSPS, las Entidades Territoriales de Salud y las entidades de vigilancia y control, deben garantizar que los proveedores de servicios de salud cuenten con instalaciones adecuadas y equipadas para proporcionar una atención sin riesgos.
- 2.** Capacitar al personal médico para la atención de mujeres que llegan con complicaciones derivadas de procedimientos inseguros, ya que estas deben recibir tratamiento de manera urgente y respetuosa, como cualquier otro paciente de urgencia, sin comportamientos punitivos, prejuiciosos o tendenciosos, tal como lo plantea la OMS (2012).
- 3.** El Sistema de Información de Prestaciones de Salud (RIPS) debe dar cuenta de la asociación entre el tipo de prestador de servicios (público o privado), la técnica utilizada para el procedimiento y las complicaciones derivadas el mismo.

1.2.7. Confidencialidad y privacidad

De acuerdo con la OMS (2012), la confidencialidad es un principio básico de la ética médica y un aspecto fundamental del derecho a la privacidad. Los servicios y la información que se brinda a las mujeres que acuden a realizar una interrupción del embarazo, se deben manejar bajo absoluta confidencialidad. La privacidad y la confidencialidad son principios básicos de un Aborto sin Riesgos.

- 1.** De los resultados del estudio es posible concluir que el 87% de mujeres que realizaron la interrupción con un proveedor de servicios de salud privado, y en un porcentaje menor, el 58,3% que la realizaron con un proveedor de servicios de salud de la red pública, manifestaron que se respetó su derecho a la privacidad.

2. Las mujeres que dijeron que su privacidad fue respetada, la entendieron como discreción, confidencialidad, secreto sobre su procedimiento. Otra de las percepciones sobre el derecho a la privacidad estuvo relacionada con el hecho de no haber sido juzgadas, y con el respeto con el que fueron tratadas.
3. Preocupa profundamente el hecho de que el 41,7% de los casos en que las mujeres manifestaron que no se les respetó su derecho a la privacidad, fueron interrupciones realizadas por un proveedor de servicios de salud de la red pública, y los hechos se dieron principalmente porque se hizo público que su procedimiento era una IVE y la razón de la misma.
4. Se pudo establecer que el temor de las mujeres a que no se mantenga la confidencialidad de su procedimiento, disuade a muchas de buscar servicios de aborto legal y sin riesgos y puede conducir las a proveedores clandestinos de aborto inseguro o a prácticas de lo que hemos llamado aborto casero o autoinducción del aborto.

Recomendaciones:

1. Tener en cuenta que la confidencialidad y la privacidad, son principios de la ética médica que se deben garantizar. Por esto, los proveedores de servicios de salud, principalmente de la red pública, deben proteger la información médica y no divulgarla sin autorización (OMS, 2012).
2. Igualmente, se recomienda tomar las medidas que sean necesarias para salvaguardar la privacidad y confidencialidad de las mujeres, atendiendo de manera especial las necesidades de las mujeres adolescentes, de las víctimas de violencia sexual y de aquellas que puedan ser vulnerables por otros motivos.
3. Las instancias encargadas de vigilar y controlar la calidad en la atención en salud deber dar cuenta de este componente en el proceso de garantía de la calidad.

1.2.8. Atención postaborto

Como ya se había mencionado, de acuerdo con los protocolos de la OMS, las mujeres deben recibir atención adecuada posterior al aborto. La atención posaborto debe incluir información sobre cómo y cuándo procurar atención debido a complicaciones e información que cubra sus necesidades anticonceptivas.

1. Los resultados permiten concluir que al menos la mitad de los casos de las mujeres sometidas a abortos no ajustados a la Sentencia, tuvieron complicaciones posteriores que requirieron la asistencia a un centro hospitalario público o privado.
2. Los resultados permiten concluir que la mayor parte de las mujeres que realizan la interrupción del embarazo en una institución de salud pública acude, al menos, a un control médico posterior, en comparación con las que lo realizan en una institución de salud privada, quienes lo realizan con menor frecuencia.
3. La mayor parte de las mujeres que se realizan el procedimiento en instituciones de salud privada no reciben información adecuada sobre cuándo procurar atención debido a posibles complicaciones. Merecen especial atención las regiones Caribe, Amazonía-Orinoquía y Pacífica, donde gran parte de las mujeres menciona no haber tenido ningún control posterior.
4. Se encontró que en el 39% del total de casos, las mujeres no reciben ningún tipo de información o seguimiento sobre métodos anticonceptivos. Y cuando se recibe, tal y como ya se mencionó, es información general sin ninguna garantía de que la persona haya comprendido o tenga claridad sobre la importancia de la adherencia al métodos y los efectos secundarios que pueden derivarse de su uso.
5. Los hallazgos permiten concluir que las mujeres no realizan un contacto posterior con el proveedor del servicio con el fin de recibir atención postaborto, como consecuencia de: a) el maltrato recibido durante el procedimiento; b) las dificultades para contactarlo nuevamente; c) la vergüenza por la sanción social de volver a contactarlo; d) la negativa del prestador del servicio a brindar atención posterior; e) el servicio médico no cubre los servicios requeridos de las pacientes, como por ejemplo

el método que desean adoptar; y f) la no presencia de complicaciones posteriores.

Finalmente se puede concluir que no se evidencian protocolos específicos de atención postaborto de acuerdo a lo relatado por las mujeres, los controles van desde tacto vaginal hasta cita verbal sin ningún tipo de examen físico, igualmente difieren en el tiempo transcurrido desde el mismo día del procedimiento hasta 6 meses después.

Recomendaciones:

Diseñar protocolos de atención postaborto estandarizados y generar sistemas de seguimiento. Estos protocolos no solo deben incluir la atención médica, asesoría y seguimiento en métodos anticonceptivos, sino también, atención psicológica. El acompañamiento post-aborto es de vital importancia para el empoderamiento de las mujeres, la prevención de otros(s) embarazo no planeado o no deseado y para la reducción de la ocurrencia de otros abortos.

Por parte de las IPS, diseñar e implementar estrategias de contacto post-procedimiento con las mujeres que permitan hacer frente a las razones que impiden a las mujeres volver a establecer contacto con sus proveedores de salud, y así garantizar controles médicos oportunos para disminuir la morbi-mortalidad por complicaciones.

1.2.9. Protección de las personas con algún tipo de vulnerabilidad

El último componente que se consideró para determinar si los abortos referidos por las 73 mujeres entrevistadas se produjeron en condiciones de riesgo, es la prestación de servicios con enfoque diferencial, es decir, dando respuesta a las particularidades y las necesidades de las usuarias o atendiendo a algún tipo de vulnerabilidad.

A lo largo de la investigación se identificaron dos factores de vulnerabilidad que aumentan el riesgo para la vida o la salud de las mujeres que deciden practicarse una interrupción del embarazo. Dichos factores son: ser víctima de violencia sexual; y las condiciones socio demográficas, estas facilitan o dificultan el acceso a información y servicios de calidad.

Respecto a las mujeres víctimas de violencia sexual:

1. Los resultados mostraron que la tercera parte de las mujeres entrevistadas, habían sido obligadas a tener relaciones sexuales en algún momento de su vida, el 18,5% antes de los 18 años y el 81,5% después de los 18 años. Es de resaltar que en el 85,2% de los casos, la persona que las agredió sexualmente fue alguien conocido y en el 70,4% de los casos no se puso el denuncia.
2. Los datos también mostraron que de los casos de interrupción del embarazo, el 59,9% de IVE fue por violación, siendo la causal de mayor peso frente a las otras.
3. Adicionalmente, las barreras identificadas para la prestación del servicio de IVE por parte de los proveedores de servicios de salud de la red pública, estuvieron referidas a la negación del servicio, al juzgamiento y a la objeción de conciencia; así como las trabas o demoras para la prestación del servicio en estos mismos casos.
4. En cuanto a las barreras por la solicitud de documentos adicionales, las diferencias entre los proveedores de servicios público y privado fueron contundentes: en el 75% de los casos, a las mujeres que acudieron a solicitar una interrupción por la causal violación en un proveedor de servicios de salud de la red pública, les fueron solicitados documentos adicionales, mientras que quienes fueron a un proveedor de servicios de salud privado, les fueron solicitados en el 33,3% de los casos.
5. En cuanto al juzgamiento, en mayor porcentaje frente a las demás causales, el 8,8% de mujeres víctimas de violencia sexual fueron juzgadas en el marco de la prestación de los servicios de IVE.
6. Los anteriores hallazgos, permiten concluir que las mujeres que han sido violadas, son revictimizadas cuando solicitan una IVE, principalmente, cuando lo hacen ante un proveedor de servicios de salud de la red pública. Dicho de otra manera, en el marco de la prestación de un servicio para la garantía del derecho a la IVE, se están vulnerando los derechos de las víctimas de violencia de género consignados en la Ley 1257 de 2008.

Recomendaciones:

Se insta a prestadores de servicios de salud, públicos y privados, a brindar un tratamiento diferencial y humanizado, cuidado y apoyo apropiados, a las mujeres que acuden a buscar una IVE por violación.

Remover las barreras de acceso que impiden o dificultan que las mujeres víctimas de violencia sexual accedan a los servicios de IVE. Las barreras identificadas sobre las que se deben tomar acciones, incluyen la negación del servicio, lo que se constituye en un delito; el juzgamiento, que re victimiza a la mujer; y a la objeción de conciencia por parte del personal médico, que debe ser resuelta por parte de la institución. Finalmente, las trabas y demoras para la prestación del servicio ponen en riesgo la vida y la salud de la mujer, pues avanza la edad gestacional y se complejiza la interrupción. Finalmente las mujeres pueden recurrir a un aborto clandestino a pesar de que la interrupción del embarazo en los casos de violación es un derecho.

Respecto a las condiciones socioeconómicas y diferencias regionales:

1. Si bien la caracterización de las mujeres entrevistadas encontró que en el momento de la interrupción del embarazo pertenecían en su mayoría a los estratos socioeconómicos medio (2, 3 y 4), y vivían en zonas urbanas (93,4%), algunas mujeres refieren dificultades en el acceso a la interrupción del embarazo por sus condiciones de vida o el lugar de residencia. El 6,6% restante procedente de áreas rurales se tuvo que desplazar a la cabecera municipal para acceder a los servicios de interrupción del embarazo. Adicionalmente, las mujeres rurales manifestaron que tuvieron dificultades para el acceso a medicamentos y a la atención por complicaciones ya que incurrieron en desplazamientos y gastos adicionales.
2. En los relatos de las mujeres que declararon su pertenencia étnica a una comunidad indígena (7,7%), se hicieron evidentes las dificultades para contar con una red de apoyo. La mayoría de estas mujeres pasó por la experiencia de un aborto sola, y cuando alguien tuvo conocimiento sobre los hechos, como por ejemplo su pareja, fue juzgada y en algunos casos hubo sanción social.

3. También se encontraron diferencias regionales importantes. El primer gran hallazgo es la evidente falta de prestadores de servicios de aborto en la región de la Amazonia y la Orinoquía; si bien en el sistema RIPS hay registrados procedimientos de IVE en la región, no fue posible acceder a las historias de vida de estas mujeres ya que se negaron a dar su testimonio por miedo a ser revictimizadas y juzgadas nuevamente.
4. Ante la dificultad para conseguir testimonios, no se puede dar cuenta de las dificultades para la garantía del derecho a la IVE en la Amazonía y la Orinoquía. Así mismo, no se recogió información suficiente sobre las interrupciones del embarazo por fuera del marco de la Sentencia en la región Oriental, pues varias de las mujeres contactadas que acudieron a un aborto clandestino, no aceptaron la entrevista por miedo a que sus parejas o familiares se enteraran.
5. En la región Caribe, en la que ninguna de las participantes acudió a un prestador de servicios de salud público, la consecución de las entrevistas fue más compleja. Adicionalmente, tanto las mujeres entrevistadas como las organizaciones de contacto, hicieron referencia a la poca oferta de servicios y a las condiciones de clandestinidad de dichos prestadores de servicio. Por el contrario, en Bogotá, en la que la oferta de servicios y de información sobre la interrupción del embarazo es mucho más amplia, la búsqueda de testimonios fue más fácil y se pudo obtener información de mujeres de diferentes condiciones socio-económicas.
6. Finalmente, se puede concluir que la posibilidad para identificar mujeres que quieran dar su testimonio está asociada a las dificultades o facilidades para acceder a la prestación de los servicios de interrupción del embarazo, así como a la forma en la que las mujeres enfrentaron la experiencia. Por lo tanto, la identificación de acciones que propendan por la práctica de Aborto sin Riesgos, debe hacerse atendiendo a las particularidades regionales y sociales de las mujeres.

Recomendaciones:

1. En cuanto a las condiciones sociodemográficas, es preciso implementar protocolos, rutas de atención y estrategias de educación y campañas de difusión del derecho a la IVE, con enfoque territorial, es decir que

respondan a las particularidades de las regiones y a la oferta institucional de las mismas.

2. Es preciso priorizar los territorios con mayores desigualdades sociales y económicas, la implementación de la atención en IVE en los servicios de baja complejidad.
3. Las acciones que se adelanten deben ser intersectoriales, es preciso que, al menos, los sectores de salud y educación se articulen para dar respuesta efectiva al fenómeno del aborto inseguro.
4. **Las acciones para la reducción de la morbi-mortalidad materna y el acceso a los servicios de IVE** deben tener enfoque diferencial por etnia. Es evidente que quienes tienen menos información y menor acceso a servicios de salud de calidad son las mujeres indígenas y afro.
5. Es preciso consolidar redes de apoyo, información y direccionamiento a las rutas de atención para mujeres indígenas y afro. Cabe anotar que dichas rutas de atención igualmente deben responder al enfoque diferencial.
6. **Con el fin de ahondar en la caracterización del aborto inseguro y de la IVE** es preciso adelantar estudios con enfoque diferencial por edad, etnia, discapacidad y otros tipos de vulnerabilidades como la violencia sexual y el ser víctimas del conflicto armado.
7. Dar a conocer los resultados de la presente investigación a los prestadores de servicios públicos y a la comunidad en general, con el fin de contribuir a la toma de decisiones informadas sobre los factores determinantes del aborto inseguro y las barreras de acceso a la IVE. Debe involucrarse también al sector educativo.

Para fortalecer la información sobre la prestación de servicios de IVE por parte de la red pública, el MSPS, así como los organismos de control y vigilancia, deben instar a las IPS a participar de los proyectos de investigación que se adelanten.

Como ya se mencionó, a partir de las narraciones de 73 mujeres entrevistadas se pudo identificar y describir los diferentes escenarios y razones que llevan a una mujer a tomar la decisión de interrumpir un embarazo. Así mismo, esta investigación da cuenta de las diferentes formas a través de las cuales las mujeres se practican un aborto, ya sea acudiendo

a métodos tradicionales o través de prestadores de servicios de salud que pueden o no estar calificados.

Al describir los procedimientos hechos por un prestador de servicios de salud, tanto público como privado, se pudo identificar las diferentes rutas de atención, en particular algunas de las dificultades que presentan especialmente en la adopción de técnicas adecuadas y la atención y seguimiento post-procedimiento.

Las historias sobre los eventos de interrupción del embarazo también permitieron describir las percepciones que tienen las mujeres sobre el aborto, al mismo tiempo que describir cómo ven ellas que la sociedad percibe dicho fenómeno. Por último, el estudio reseña las recomendaciones para la reducción del aborto inseguro de la voz de las mujeres que han pasado por una experiencia de interrupción del embarazo. Y se da cuenta del cumplimiento de los nueve criterios que constituyen un aborto en condiciones seguras para la vida y/o salud de las mujeres.

Al llegar a este punto, y en ese orden de ideas, esta investigación es un importante aporte para el estudio y reducción del aborto inseguro ya que, en primer lugar, prioriza como fuente de información a las mujeres; y, en segundo lugar, no circunscribe el riesgo a las técnicas para la realización de los procedimientos de interrupción del embarazo, sino que abarca otros aspectos que son de igual importancia, como el marco normativo, la voluntariedad en la toma de decisión y el respeto por la misma por parte del personal médico, así como la atención post-procedimiento que incide de manera relevante en la reducción de las complicaciones, además del acompañamiento, que resultó ser una de las necesidades más sentidas de las mujeres entrevistadas.

En lo que respecta a las técnicas de investigación, cabe resaltar el uso de metodologías cualitativas que se acompañan de datos cualitativos, los cuales permitieron la construcción del indicador del Nivel de Seguridad. También es de resaltar el Código de Ética que se requirió para el desarrollo de la investigación, el cual constituye una pauta para futuras investigaciones en este y otros campos en los que la confidencialidad y salvaguarda son principios fundamentales del proceso de recolección y análisis de la información.

Para concluir la teoría fundamentada permitió dar respuesta a interrogantes no resueltos a partir de técnicas cuantitativas centradas en las estimaciones del aborto inseguro a partir de los registros administrativos; y generó otra serie de necesidades en investigación en las que hay que ahondar, como el papel de la pareja y las familias en los procesos de interrupción del embarazo; y el papel de la educación sexual y en la toma de decisiones tanto en el momento de interrumpir un embarazo como en cualquier decisión que respete a la sexualidad y la reproducción.

Para finalizar también se identificó la necesidad de hacer estudios de caso regionales que permitan caracterizar a fondo el fenómeno del aborto inseguro para dar respuestas ajustadas a las diferentes necesidades y de acuerdo a la oferta institucional; y la necesidad de fortalecer los sistemas de información y fuentes (primarias y secundarias) para el estudio del aborto inseguro.

Bibliografía

- Allan Guttmacher Institute (AGI). (2010). ***Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia. Causas y consecuencias***. Nueva York: Asociación Probienestar de la Familia Colombina (Profamilia) y Ministerio de Protección Social. (2010).
- Billings, D., Hessini, L. y Andresen Clark, K. (2010). ***Guía de grupos focales para explorar el estigma con relación al aborto***. IPAS. Estados Unidos. p 3
- Corte Constitucional, Sentencia C-355 de 2006, m, p.: Jaime Araujo Rentería. [República de Colombia].
- Corte Constitucional, Sentencia T-009 de 2009, m, p.: Manuel José Cepeda Espinosa. [República de Colombia].
- Corte Constitucional, Sentencia T-209 de 2008, m, p.: Clara Inés Vargas Hernández. [República de Colombia].
- Corte Constitucional, Sentencia T-636 de 2011, m, p.: Luis Ernesto Vargas Silva. [República de Colombia].
- Corte Constitucional, Sentencia T-841 de 2011, m, p.: Humberto Sierra Porto. [República de Colombia].
- Corte Constitucional, Sentencia T-585 de 2010, m, p.: Humberto Sierra Porto. [República de Colombia].
- Corte Constitucional, Sentencia T-388 de 2009, m, p.: Humberto Sierra Porto. [República de Colombia].
- Corte Constitucional, Sentencia T-946 de 2008, m, p.: Jaime Córdoba Triviño. [República de Colombia].
- Corte Constitucional, Sentencia T-988 de 2007, m, p.: Humberto Sierra Porto. [República de Colombia].
- Corte Constitucional, Sentencia C-355 de 2006, m, p.: Clara Inés Vargas Hernández y Jaime Araujo Rentería. [República de Colombia].

- Cook, R., Dickens, B. M. y Fathalla, M. F. (2003). **Salud reproductiva y derechos humanos**. Bogotá: Oxford University y Profamilia.
- Díaz G. y Ortiz R. (2005) **La entrevista Cualitativa**. **Universidad Mesoamericana**, México. Recuperado de: <http://pochicasta.files.wordpress.com/2009/04/entrevista.pdf>.
- Faúndes, A., Barzelatto J. (2007). El Drama del Aborto. El significado de las palabras. Santiago de Chile.
- Geertz, C. (1983). **Conocimiento local: Ensayos sobre la interpretación de las culturas**. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Gerdts, C., Vohra, D. y Ahern, J. (2013). Measuring Unsafe Abortion-Related Mortality: A Systematic Review of the Existing Methods. California. **PLoS ONE**, **8** (1), doi: 10.1371
- Glaser B. G. y Strauss, A. L. (1967). **The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research**. New York: Aldine.
- Kumar A., Hessini L. y Mitchell E. (2009). Conceptualizing abortion stigma. **Culture, Health & Sexuality**, (11). Recuperado de: <http://www.news-medical.net/news/20110630/17048/Spanish.aspx>
- Ministerio de la Protección Social. (2004). **Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna**. Bogotá: Autor. [República de Colombia].
- Ministerio de la Protección Social. (2004). **Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna**. Bogotá: Autor. [República de Colombia].
- Ministerio de la Protección Social. (2012). **Sistema de Seguimiento y Monitoreo de la Interrupción Voluntaria del Embarazo -SSIVE- Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimientos Nacionales**. Bogotá: Autor. [República de Colombia].
- Ministerio de Salud, Resolución 8430 de 1993. “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”. [República de Colombia].
- Naciones Unidas. (septiembre, 1994). **Informe de la Conferencia Internacional sobre la población y el Desarrollo**. El Cairo: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (1995). **Complicaciones del aborto, Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento**. Ginebra: Autor.

- Organización Mundial de la Salud. (2003). **Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de Salud**. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). **Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud**. Montevideo. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). **Unsafe Abortion, Global and Regional estimates of the incidence of unsafe Abortion and associated mortality in 2000**. 4ª Edición, Ginebra. Recuperado de: www.who.int/reproductiva-health
- Prada Salas E., Mora, M. y Mejía, J. (1998). **Factores condicionantes y estrategias de intervención para la prevención del embarazo no planeado y el aborto inducido en Santafé de Bogotá**. Bogotá: Fundación Oriéntame.
- Prada, E., Biddlecom, A. y Singh, S. (2011). Induced abortion in Colombia: New Estimates and change between 1989 and 2008. **International Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, 37 (3), 114-124.
- Procuraduría General de la Nación. (mayo, 2008). **Procurando la equidad, Boletín 2**.
- Rasch, V. y Rose, K. (2009). Unsafe abortion in urban and rural Tanzania: method, provider and consequences. **Tropical medicine and international health**, 14 (9), 1128-1133.
- Rasch, V., Massawe, S., Yambesi, F. y Bergstrom, S. (2004). Acceptance of contraceptives among women who had an unsafe abortion in Dar es Salaam. **Tropical Medicine and International Health**, 9 (3), 399-405.
- Secretaría de Salud de Bogotá Circular 004 del 05 de marzo de 2007. Asunto. Cumplimiento de lo dispuesto en la Sentencia C-355 de 2006.
- Secretaría Departamental de Antioquía. Circular 089 del 07 de abril de 2009. Asunto: Seguimiento al cumplimiento de la Sentencia C-355 de 2006, Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (agosto, 2003). **Prevalencia de aborto inducido y embarazo no planeado en las localidades de Santa Fe, Usme y Ciudad Bolívar en Bogotá**. Bogotá. Secretaría Municipal de Pasto. Circular externa # 17 del 25 de agosto de 2008.

- Shahbazi, S. (2012). The consequences of unsafe abortion: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, **68** (6), 1247-1255.
- Singh, S. (2006). Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. (G. Institute, Ed.). *The Lancet*, **368**, 1887-1892.
- Singh, S., Prada, E. y Kestler, E. (2006). Induced abortion and unintended pregnancy in Guatemala. *International family planning perspectives*, **32** (3), 136-145.
- Stanley, K., Henshaw, I., Adewole, S., Singh, A. y Bankole, B. (2008). Severity and cost of unsafe abortion complications treated in Nigerian Hospitals. *International Family Planning Perspectives*, **24** (1), 40-50.
- Superintendencia Nacional de Salud. Circular Externa 000003 del 26 de abril de 2013
- Universidad Externado de Colombia y Organización Mundial de la Salud (OMS). El aborto inducido en Colombia: Características demográficas y socio-culturales. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Universidad Externado de Colombia (noviembre, 1994). Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América latina y el Caribe. Determinantes del aborto y factores asociados. Bogotá : Universidad Externado de Colombia.
- Vlassoff, M., Walke, D., Shearer, J., Newlands, D. y Singh, S. (2009). Estimates of Health Care System Costs of Unsafe Abortion in Africa and Latin America. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, **35** (3), 114-121.
- World Health Organization (WHO). HRP Biennial report 2000-2001. Chapter 4. Preventing unsafe abortion. Research on Reproductive Health.
- Zamberlin, N., Romero, M. y Ramos, S. (2012). Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. Argentina. *Reproductive Health*, **9** (34), doi: 10.1186/1742-4755-9-34.

Anexos

<p>109. Según el recibo de energía, ¿qué estrato es su vivienda?</p> <p>SILA VIVENDA NO TENE ESTRATO MARQUE '0'</p> <p>SINO SABE ELESTRATO MARQUE '9'</p> <p>ESTRATO</p>	<p>110. Según el recibo de energía, ¿qué estrato tenía su vivienda cuando interrumpió el embarazo?</p> <p>SILA VIVENDA NO TENÍA ESTRATO MARQUE '0'</p> <p>SINO SABE ELESTRATO MARQUE '9'</p> <p>ESTRATO</p>
<p>111. Su vivienda es:</p> <p>PROPIA PAGADA..... 1</p> <p>PROPIA PAGANDO..... 2</p> <p>EN ARRENDO..... 3</p> <p>OTRO ¿Cuál?..... 6</p>	<p>112. Cuando interrumpió el embarazo, su vivienda era:</p> <p>PROPIA PAGADA..... 1</p> <p>PROPIA PAGANDO..... 2</p> <p>EN ARRENDO..... 3</p> <p>OTRO ¿Cuál?..... 6</p>
<p>113. ¿Usted es jefe de hogar en este momento?</p> <p>SI..... 1 → 114</p> <p>NO..... 2</p> <p>COMPARTIA GASTOS..... 3</p>	<p>113A. ¿Cuál es su parentesco en la actualidad con el jefe(a) del hogar?</p> <p>CÓNYUGE..... 01 HUAÑO BIOLÓGICA..... 09</p> <p>HUJA..... 02 OTRO FAMILIAR..... 10</p> <p>NUERA..... 03 NO PARIENTE..... 11</p> <p>NETA..... 04 EMPLEADA DOMÉSTICA..... 12</p> <p>MADRE..... 05 PARIENTE EMPLEADA..... 13</p> <p>SUEGRA..... 06 DOMÉSTICA..... 13</p> <p>HERMANA..... 07 PENSIONISTA..... 14</p> <p>CUÑADA..... 08</p>
<p>114. ¿Usted era jefe de hogar cuando interrumpió el embarazo?</p> <p>SI..... 1 → 115</p> <p>NO..... 2</p> <p>COMPARTIA GASTOS..... 3</p>	<p>114A. ¿Cuál era su parentesco con el jefe(a) del hogar cuando interrumpió el embarazo?</p> <p>CÓNYUGE..... 01 HUAÑO BIOLÓGICA..... 09</p> <p>HUJA..... 02 OTRO FAMILIAR..... 10</p> <p>NUERA..... 03 NO PARIENTE..... 11</p> <p>NETA..... 04 EMPLEADA DOMÉSTICA..... 12</p> <p>MADRE..... 05 PARIENTE EMPLEADA..... 13</p> <p>SUEGRA..... 06 DOMÉSTICA..... 13</p> <p>HERMANA..... 07 PENSIONISTA..... 14</p> <p>CUÑADA..... 08</p>
<p>115. ¿Pertenece a alguna religión actualmente?</p> <p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 117</p> <p>NO RESPONDE..... 9</p>	<p>116. ¿A cuál religión pertenece?</p> <p>CATÓLICA ROMANA..... 01 HINDÚ..... 06</p> <p>CRISTIANA..... 02 MUSULMANA..... 07</p> <p>EVANGÉLICA..... 03 BUDISTA..... 08</p> <p>JUDÍA..... 04 OTRA ¿Cuál?..... 96</p> <p>PROTESTANTE..... 05 NO RESPONDE..... 99</p>
<p>117. ¿Pertenece a alguna religión cuando interrumpió el embarazo?</p> <p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 119</p> <p>NO RESPONDE..... 9</p>	<p>118. ¿A qué religión pertenecía?</p> <p>CATÓLICA ROMANA..... 01 HINDÚ..... 06</p> <p>CRISTIANA..... 02 MUSULMANA..... 07</p> <p>EVANGÉLICA..... 03 BUDISTA..... 08</p> <p>JUDÍA..... 04 OTRA ¿Cuál?..... 96</p> <p>PROTESTANTE..... 05 NO RESPONDE..... 99</p>
<p>119. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, usted se reconoce como:</p>	<p>INDÍGENA..... 1</p> <p>GITANO(A)/ROM..... 2</p> <p>RAZAL DEL ARCHPIÉLAGO..... 3</p> <p>PALENGUERO(A) DE SAN BASILIO..... 4</p> <p>NEGRO(A)/MULATO(A)/AFROCOLOMBIANO(A)/AFRODESCENDENTE..... 5</p> <p>OTRA ¿Cuál?..... 6</p> <p>NINGUNA DE LAS ANTERIORES..... 7</p>

NUPCIALIDAD Y CONYUGALIDAD		Ahora le voy a leer algunas preguntas sobre sus relaciones y su vida en pareja	
301. En la actualidad usted se encuentra:		302. Cuándo interrumpió el embarazo usted se encontraba:	
SOLTERA CON PAREJA.....	1	SOLTERA CON PAREJA.....	1
SOLTERA SIN PAREJA.....	2	SOLTERA SIN PAREJA.....	2
CASADA.....	3	CASADA.....	3
UNDA.....	4	UNDA.....	4
SEPARADA/DIVORCIADA.....	5	SEPARADA/DIVORCIADA.....	5
VIUDA.....	6	VIUDA.....	6
NO SABE.....	8	NO SABE.....	8
303. ¿Actualmente vive con su pareja?		304. Su pareja es:	
SI.....	1	HOMBRE.....	1
NO.....	2	MUJER.....	2
NO RESPONDE.....	9 → 305		
305. ¿Cuándo interrumpió el embarazo vivía con su pareja?		306. Su pareja era:	
SI.....	1	HOMBRE.....	1
NO.....	2	MUJER.....	2
NO RESPONDE.....	9 → 401		
ACTIVIDAD SEXUAL Y USO DE METODOS DE ANTICONCEPCIÓN		Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre su sexualidad	
401. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera relación sexual?		EDAD.....	□□
402. Esa relación fue:		VOLUNTARIA O CONSENTIDA.....	1
		EN CONTRA DE SU VOLUNTAD.....	2
		NO RESPONDE.....	9
403. ¿Qué edad tenía la persona con la que tuvo su primera relación sexual?		EDAD.....	□□
404. ¿Cuándo tuvo su primera relación sexual, usted tenía conocimiento sobre métodos anticonceptivos?		SI.....	1
		NO.....	2 → 406
405. ¿Qué métodos conocía?		E.FEMENNA.....	1
		E.MASCULNA.....	1
		DIJ.....	1
		MP LANTES.....	1
		PÍLDORA.....	1
		NYECCIÓN.....	1
		CONDÓN.....	1
		VAGNALES.....	1
		ABS.PERÍODICA (RITMO).....	1
		RETRO.....	1
		ANILLO VAGINAL.....	1
		OTRO:.....	1
406. ¿En su primera relación sexual, usted usó algún método anticonceptivo?		SI.....	1
		NO.....	2 → 408
407. ¿Cuál método usó?		E.FEMENNA.....	01
		E.MASCULNA.....	02
		DIJ.....	03
		MP LANTES.....	04
		PÍLDORA.....	05
		NYECCIÓN.....	06
		CONDÓN.....	07
		VAGNALES.....	08
		ABS.PERÍODICA (RITMO).....	09
		RETRO.....	10
		ANILLO VAGINAL.....	11
		OTRO:.....	96
408. ¿Alguna vez, ha sido obligada a tener una relación sexual?		SI.....	1
		NO.....	2
		NO RESPONDE.....	9 → 413
409. ¿Cuántos años tenía cuando eso sucedió?		EDAD.....	□□
410. ¿El agresor fue una persona conocida o desconocida?		CONOCIDA.....	1
		DESCONOCIDA.....	2
		NO RESPONDE.....	9
411. ¿Puso el denuncia?		SI.....	1
		NO.....	2
		NO RESPONDE.....	9
412. ¿Recibió alguna orientación?		SI.....	1
		NO.....	2
		NO RESPONDE.....	9

Ahora le voy a hacer preguntas sobre su uso actual de métodos anticonceptivos y en el momento de la interrupción del embarazo		
413. ¿En la actualidad usted usa algún método anticonceptivo?	SI..... 1 NO..... 2	→ 415
414. ¿Cuál método usa?	E.FEMENNA.....01 E.MASCULNA.....02 DIJ.....03 MPLANTES.....04 PÍLDORA.....05 NYECCIÓN.....06	CONDÓN.....07 VAGNALES.....08 ABS.PERÍODICA(RITMO).....09 RETRO.....10 ANILLO VAGINAL.....11 OTRO:.....06
415. ¿Cuál es la principal razón por la cual no usa un método anticonceptivo?		
416. ¿Cuando usted interrumpió el embarazo, usted utilizaba algún método anticonceptivo?	SI..... 1 NO..... 2	→ 418
417. ¿Cuál método usaba?	E.FEMENNA.....01 E.MASCULNA.....02 DIJ.....03 MPLANTES.....04 PÍLDORA.....05 NYECCIÓN.....06	CONDÓN.....07 VAGNALES.....08 ABS.PERÍODICA(RITMO).....09 RETRO.....10 ANILLO VAGINAL.....11 OTRO:.....06
418. ¿Cuál fue la principal razón por la cual no usaba un método anticonceptivo?		
419. ¿Ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9	→ 422
420. ¿Cuál fue la fuente de información?	CASA..... 1 COLEGIO/ESCUELA..... 1 SERVICIO DE SALUD..... 1 MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... 1 OTRA ¿Cuál?..... 1	
421. Recibió información sobre:	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS..... 1 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA..... 1 CITOLOGÍA VAGINAL..... 1 VRUS DEL PAPANOMA HUMANO..... 1 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL..... 1 VH/Sida..... 1 INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO..... 1 ORIENTACIÓN SEXUAL..... 1 VOLUNTARIEDAD DE LA RELACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA..... 1 NEGOCIACIÓN DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CON LAS PAREJAS SEXUALES..... 1 OTRO ¿Cuál?..... 1	
422. ¿Cuando interrumpió el embarazo, ya había recibido información sobre salud sexual y reproductiva?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9	→ 501
423. ¿Cuál fue la fuente de información?	CASA..... 1 COLEGIO/ESCUELA..... 1 SERVICIO DE SALUD..... 1 MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... 1 OTRA ¿Cuál?..... 1	
424. Recibió información sobre:	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS..... 1 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA..... 1 CITOLOGÍA VAGINAL..... 1 VRUS DEL PAPANOMA HUMANO..... 1 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL..... 1 VH/Sida..... 1 INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO..... 1 ORIENTACIÓN SEXUAL..... 1 VOLUNTARIEDAD DE LA RELACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA..... 1 NEGOCIACIÓN DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CON LAS PAREJAS SEXUALES..... 1 OTRO ¿Cuál?..... 1	

REPRODUCCION		Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre temas relacionados con la reproducción				
501. ¿Cuántas veces ha estado embarazada (incluyendo pérdidas o interrupciones)?	No. DE VECES.....	[][]				
502. ¿Qué edad tenía cuando quedo embarazada por primera vez?	EDAD.....	[][]				
503. ¿Cuántos hijos o hijas tiene usted?	TOTAL [][] HOMBRES [][] MUJERES [][]	SI LA RESPUESTA ES "00" PASE A PREG. 505				
504. Cuando usted quedo embarazada de cada uno de sus hijos/as ¿quería quedar embarazada en ese momento?, quería esperar hasta más adelante?, o no quería tener más hijos?		HUO/A	HUO/A	HUO/A	HUO/A	HUO/A
		1	2	3	4	5
	EN ESE MOMENTO.....	1	1	1	1	1
	MÁS TARDE.....	2	2	2	2	2
	NO QUERÍA MÁS HIJOS/AS..	3	3	3	3	3
	OTRO ¿Cuál?.....	8	8	8	8	8
	NO RECUERDA/NO RESPON	9	9	9	9	9
505. ¿Perdió alguno/s de sus embarazos (antes de que terminara)?	SI.....	1				
	NO.....	2				
	NO RESPONDE.....	9 → 601				
506. ¿Cuántas pérdidas tuvo?	No. DE PÉRDIDAS.....	[][]				
507. La pérdida fue:		PÉRDIDA 1	PÉRDIDA 2	PÉRDIDA 3	PÉRDIDA 4	
	PROVOCADA/INDUCIDA	1	1	1	1	
	ESPONTÁNEA.....	2	2	2	2	
	NO SABE.....	8	8	8	8	
	NO RESPONDE.....	9	9	9	9	
	EDAD CUANDO OCURRIÓ	[][]	[][]	[][]	[][]	
	LAS PREGUNTAS SE DEBEN HACER PARA CADA UNA DE LAS PÉRDIDAS					
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO		Ahora le voy a leer algunas preguntas sobre la interrupción del embarazo				
601. Cuando ocurrió la interrupción del embarazo ¿en dónde vivía?	DEPARTAMENTO.....	[][]				
	MUNICIPIO.....	[][][]				
	ZONA URBANA...1 RURAL...2	[]				
602. ¿Cuando ocurrió la interrupción del embarazo ¿en dónde se hizo el procedimiento?	DEPARTAMENTO.....	[][]				
	MUNICIPIO.....	[][][]				
	ZONA URBANA...1 RURAL...2	[]				
603. Por favor recuérdeme ¿cuántos hijos/as tenía en ese momento?	TOTAL [][] HOMBRES [][] MUJERES [][]					
Embarazo						
604. ¿Cuénteme como era su vida en ese momento, con quién vivía?, qué hacía?	<hr/> <hr/> <hr/>					
605. ¿Cómo se enteró que estaba embarazada? (INDAGAR SI FUE UNA PRUEBA DE EMBARAZO CASERA, DE SANGRE O LAS DOS)	<hr/> <hr/>					
	SI NO SE HIZO PRUEBA DE EMBARAZO PASE A PREGUNTA 610					
606. SI FUE UNA PRUEBA DE EMBARAZO CASERA ¿Dónde consiguió la prueba?	<hr/> <hr/>					

607. ¿Fue fácil conseguirla?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9																												
608. SI FUE UNA PRUEBA DE SANGRE ¿Quién le hizo la prueba de sangre?																													
609. ¿Fue fácil acceder a que se la hicieran?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9																												
610. ¿Cuál fue su reacción frente a la prueba (embarazo) positiva? (Al saber que estaba embarazada?)																													
611. ¿Tenía pareja en ese momento?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9																												
612. ¿Después de que se dio cuenta que estaba embarazada, le contó a su pareja? (o la persona con la que tuvo relaciones?) Tener en cuenta esta respuesta en la pregunta 626	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9 → 614																												
613. ¿Por qué?																													
614. ¿Le contó a alguno de sus padres?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9 → 616																												
615. ¿Por qué?																													
616. ¿Le contó a alguien más?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9 → 618																												
617. ¿A quién?																													
Toma de decisión Ahora le voy a leer algunas preguntas sobre cómo tomo la decisión de interrumpir el embarazo																													
618. Cuál(es) fue(ron) la razón(es) para que usted tomara la decisión de interrumpir el embarazo?	<table border="0"> <tr><td colspan="2">TABLA DE APOYO</td></tr> <tr><td>MALFORMACIÓN FETAL.....</td><td>1</td></tr> <tr><td>PELIGRO PARA LA VIDA DE LA MUJER.....</td><td>1</td></tr> <tr><td>PELIGRO PARA LA SALUD DE LA MUJER.....</td><td>1</td></tr> <tr><td>VIOLACIÓN.....</td><td>1</td></tr> <tr><td>INCESTO.....</td><td>1</td></tr> <tr><td>NÚMERO DE HIJOS.....</td><td>1</td></tr> <tr><td>SITUACIÓN ECONÓMICA.....</td><td>1</td></tr> <tr><td>FALLA DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO.....</td><td>1</td></tr> <tr><td>INTERFERENCIA CON EL PROYECTO DE VIDA.....</td><td>1</td></tr> <tr><td>AUSENCIA DE PAREJA.....</td><td>1</td></tr> <tr><td>EDAD (MUY JOVEN).....</td><td>1</td></tr> <tr><td>EDAD (MAYOR PARA UN EMBARAZO).....</td><td>1</td></tr> <tr><td>OTRAS.....</td><td>1</td></tr> </table>	TABLA DE APOYO		MALFORMACIÓN FETAL.....	1	PELIGRO PARA LA VIDA DE LA MUJER.....	1	PELIGRO PARA LA SALUD DE LA MUJER.....	1	VIOLACIÓN.....	1	INCESTO.....	1	NÚMERO DE HIJOS.....	1	SITUACIÓN ECONÓMICA.....	1	FALLA DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO.....	1	INTERFERENCIA CON EL PROYECTO DE VIDA.....	1	AUSENCIA DE PAREJA.....	1	EDAD (MUY JOVEN).....	1	EDAD (MAYOR PARA UN EMBARAZO).....	1	OTRAS.....	1
TABLA DE APOYO																													
MALFORMACIÓN FETAL.....	1																												
PELIGRO PARA LA VIDA DE LA MUJER.....	1																												
PELIGRO PARA LA SALUD DE LA MUJER.....	1																												
VIOLACIÓN.....	1																												
INCESTO.....	1																												
NÚMERO DE HIJOS.....	1																												
SITUACIÓN ECONÓMICA.....	1																												
FALLA DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO.....	1																												
INTERFERENCIA CON EL PROYECTO DE VIDA.....	1																												
AUSENCIA DE PAREJA.....	1																												
EDAD (MUY JOVEN).....	1																												
EDAD (MAYOR PARA UN EMBARAZO).....	1																												
OTRAS.....	1																												
619. ¿Consideró alguna otra opción en ese momento?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9 → 621																												
620. ¿Cuál?																													

621. ¿Habló con alguien para tomar la decisión?	SI..... 1 NO 2 NO RESPONDE 9	→ 625
622. ¿Con quién(es)?		
623. ¿Qué le dijo(eron) esa(s) persona(s)?		
624. ¿Lo que le dijo/dijeron esa(s) persona(s) influyó en su decisión?	SI..... 1 NO 2 NO RESPONDE 9	→ 626
625. ¿Por qué?		
SOLO SI TENÍA PAREJA VERIFIQUE RESPUESTA DE LA PREGUNTA 612		
626. ¿Cuál fue la reacción de su pareja cuando le contó su decisión de interrumpir el embarazo?, en caso de que le haya contado		
627. ¿Influyó en su decisión?	SI..... 1 NO 2 NO RESPONDE 9	
628. ¿Cree usted que la decisión de interrumpir el embarazo es un derecho de las mujeres?	SI..... 1 NO 2 NO RESPONDE 9	→ 630
629. ¿Por qué?		
630. ¿Cree que alguien más debería tener el poder de intervenir (injerencia) en esa decisión?	SI..... 1 NO 2 NO RESPONDE 9	→ 632 → 633
631. ¿Quién?		
632. ¿Por qué?		
633. ¿Qué la hubiera hecho cambiar de opinión?		
634. ¿En ese momento usted que pensaba acerca del aborto?		
635. ¿Por qué?		
Acceso a la interrupción del embarazo Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre el acceso al servicio de interrupción del embarazo		
636. Cuando decidió interrumpir el embarazo, ¿fue fácil obtener información sobre donde hacerse el procedimiento?	SI..... 1 NO 2 NO SABE 8 NO RESPONDE 9	

637. ¿A dónde fue (A quien se dirigió) para obtener información?	TABLA DE APOYO		
	AMIGO/A.....	1	
	FAMILIAR.....	1	
	ESPOSO/COMPÑERO/PAREJA.....	1	
	DROGUERÍA/FARMACIA.....	1	
	HOSPITAL/CLÍNICA.....	1	
	PUESTO DE SALUD.....	1	
	PESTADOR DE SERVICIOS PRIVADO.....	1	
	OTRAS.....	1	
638. ¿Cómo supo de ese lugar/persona?			
639. ¿Cómo hizo el contacto con la persona o servicio que hizo el procedimiento?			
640. ¿Le dieron orientación sobre el procedimiento?	SI.....	1	
	NO.....	2	
	NO RESPONDE.....	9	→ 644
641. ¿Qué le dijeron en la orientación?			
642. ¿Cómo le pareció esa orientación?			
643. ¿Por qué?			
644. ¿Al solicitar el procedimiento se encontró con alguna dificultad (barrera)?	SI.....	1	
	NO.....	2	
	NO RESPONDE.....	9	→ 646
645. ¿Cuál?			
Procedimiento de la interrupción del embarazo			
Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre el procedimiento de interrupción del embarazo			
646. ¿Cuántas semanas de gestación tenía al momento de la solicitud?	No. DE SEMANAS.....		<input type="text"/>
647. ¿Cuántas semanas de gestación tenía al momento de la interrupción?	No. DE SEMANAS.....		<input type="text"/>
648. ¿Dónde le hicieron el procedimiento?	SE LO HIZO ELLA SOLA (CASA, VECINA, AMIGA).....	1	
	PROVEEDOR DE SERVICIOS PRIVADO.....	2	→ 659
	PROVEEDOR DE SERVICIOS PÚBLICO.....	3	→ 677
PROCEDIMIENTO CASERO (SE LO HIZO ELLA SOLA)			
649. ¿Cómo se hizo el procedimiento? (Cuénteme todo el proceso desde el principio hasta el final)			
650. ¿Alguien la acompañó en ese proceso?	SI.....	1	
	NO.....	2	
	NO RESPONDE.....	9	→ 652
651. ¿Quién?			
652. ¿Cuánto le costó?	NO SABE.....		<input type="text"/> 9999998
653. ¿Tuvo alguna complicación?	SI.....	1	
	NO.....	2	
	NO RESPONDE.....	9	→ 655
654. ¿Cual complicación?			

655. En algún momento, por el procedimiento, ¿tuvo que ir a una institución de salud?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9	→ 701
656. ¿Qué le hicieron?		
657. ¿Le preguntaron si se había inducido el aborto?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9	
658. ¿Cómo se sintió cuando la atendieron (la trataron bien o se sintió irrespetada)?		
PASE A PREGUNTA 701		
SIMENCIONA A UN PROVEEDOR DE SERVICIOS PRIVADO , QUE NO HACE PARTE DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, EJEMPLO: PARTERA, ATENCIÓN EN CASA, ATENCIÓN EN MOTEL, CONSULTORIO MÉDICO, ETC.		
659. ¿Le explicaron en qué consistía el procedimiento?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9	→ 661
660. ¿Fue clara la explicación?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9	
661. ¿La hicieron firmar un consentimiento informado o algún documento? (E: explicar que es un consentimiento informado)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 NO RESPONDE..... 9	
662. ¿Para hacerle el procedimiento le solicitaron algo? (exámenes médicos, denuncias, autorizaciones, junta médica, consentimiento esposo...)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 NO RESPONDE..... 9	→ 664
663. ¿Qué le solicitaron?		
664. ¿Qué tipo de procedimiento le realizaron?	TABLA DE APOYO AMEU..... 1 DYE..... 2 DYC..... 3 MEDICAMENTOS..... 4 OTRA..... 8	
665. Cuénteme el proceso desde que ingreso al servicio, hasta que se temino el procedimiento de interrupción		
666. ¿Alguien la acompañó a hacerse el procedimiento?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9	→ 669
667. ¿Quién?		
668. ¿Cuánto le costó?	NO SABE.....	9999998
669. ¿Tuvo alguna complicación?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9	→ 671
670. ¿Cual complicación?		

671. ¿Le dijeron que en caso de tener que acudir a un servicio de salud, no contara que se había inducido un aborto?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9
672. En algún momento, a causa del procedimiento, ¿tuvo que ir a una institución de salud?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9 → 676
673. ¿Qué le hicieron?	
674. ¿En el servicio médico le preguntaron si se había inducido el aborto?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9
675. ¿Cómo se sintió cuando la atendieron (la trataron bien o se sintió irrespetada)?	
676. ¿Después del procedimiento volvió a hacer contacto con esta(s) persona(s)/proveedor?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9
PASE A PREGUNTA 691	
SIMENCIONA UN PROVEEDOR DE SERVICIOS QUE HACE PARTE DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EJEMPLO: HOSPITAL, PUESTO DE SALUD, O UN PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD PRIVADO, CLÍNICA PRIVADA...SALUD,	
677. ¿Le explicaron en qué consistía el procedimiento?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9
678. ¿Fue clara la explicación?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9
679. ¿La hicieron firmar un consentimiento informado? (E: explicar que es un consentimiento informado)	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9
680. ¿Para hacerle el procedimiento le solicitaron algo? (exámenes médicos, denuncias, autorizaciones, junta médica, consentimiento esposo...)	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9 → 682
681. ¿Qué le solicitaron?	
682. ¿Qué tipo de procedimiento le realizaron?	TABLA DE APOYO AMEU..... 1 DYE..... 2 DYC..... 3 MEDICAMENTOS..... 4 OTRA..... 6
683. Cuénteme el proceso desde que ingreso al servicio hasta que se terminó el procedimiento de interrupción	
684. ¿Alguien la acompañó a hacerse el procedimiento?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 9
685. ¿Quién?	
686. ¿Cuánto le costó?	NO SABE..... 9999998

687. ¿Cómo se sintió cuando la atendieron (la trataron bien o se sintió irrespetada)?		_____	
688. ¿Tuvo alguna complicación?		SI..... 1	
		NO 2	
		NO RESPONDE 9	→ 691
689. ¿Cual complicación?		_____	
690. ¿Qué le hicieron?		_____	
691. ¿Le hicieron control médico después del procedimiento? persona(s)/proveedor?		SI..... 1	
		NO 2	
		NO RESPONDE 9	→ 694
692. ¿Cuánto tiempo después?		DIAS..... 1	□ □
		SEMANAS..... 2	□ □
		MESES..... 3	□ □
693. ¿Cómo fue ese control?		_____	
694. ¿Recibió consejería sobre anticoncepción?		SI..... 1	
		NO 2	
		NO RESPONDE 9	
695. ¿Adoptó algún método anticonceptivo después de la interrupción?		SI..... 1	→ 697
		NO 2	
		NO RESPONDE 9	→ 697
696. ¿Por qué?		_____	
697. ¿Usted considera que las personas (o profesionales) que le realizaron el procedimiento estaban capacitados para hacerlo?		SI..... 1	
		NO 2	
		NO RESPONDE 9	→ 698
697A. ¿Por qué?		_____	
698. ¿Usted considera que en todo momento se respetó su derecho a la privacidad?		SI..... 1	
		NO 2	
		NO RESPONDE 9	→ 701
698A. ¿Por qué?		_____	
PREGUNTAS CIERRE DE LA ENTREVISTA			
701. ¿Cómo se sintió después de realizado el procedimiento?		_____	
702. ¿Alguien la juzgo?		SI..... 1	
		NO 2	
		NO RESPONDE 9	→ 704
703. ¿Quién?		_____	
704. ¿Como se sintio su pareja? (en caso de que se haya involucrado)		_____	
705. Después de haberse realizado el procedimiento, ¿Qué piensa del aborto?		_____	

706. ¿Qué piensa de las mujeres que se practican un aborto?		

707. ¿Conoce la sentencia que despenalizó parcialmente el aborto?		
SI.....	1	
NO	2	→
NO RESPONDE	9	→ 709
708. ¿Dónde obtuvo la información?		

709. ¿Conoce otras mujeres que se hayan realizado un aborto?		
SI.....	1	
NO	2	
NO RESPONDE	9	
710. ¿Si lo considerara necesario, volvería a interrumpir un embarazo?		
SI.....	1	
NO	2	
NO RESPONDE	9	
711. ¿Qué le diría a una mujer que va a interrumpirse un embarazo, después de su experiencia?		

712. ¿Sabe de algún caso de una mujer que haya fallecido por haberse realizado un aborto?		
SI.....	1	
NO	2	→
NO RESPONDE	9	→ 714
713. ¿Supo de este caso antes o después de su procedimiento?		
ANTES.....	1	
DESP UÉS.....	2	
714. ¿Qué cree que piensa la gente sobre el aborto?		

715. ¿Qué cree que piensa la gente sobre las mujeres que se practican un aborto?		

716. ¿Qué cree usted que debería hacerse para que las mujeres que se practican una interrupción no mueran o queden con alguna secuela?		

717. ¿Antes de haber hablado conmigo sobre esto, había hablado de este tema con alguien más?		

718. ¿Cómo se sintió?		

719. ¿Quiere decirnos algo más relacionado con el tema?		

Recuerde que si lo desea puede conocer los resultados finales de la investigación poniéndose en contacto con Profamilia hacia mediados del año entrante.

Muchas gracias por su tiempo y colaboración. Su aporte es muy importante para sugerir políticas públicas que contribuyan con la salud de las mujeres en Colombia

ANEXO 2. Código de Ética: Sistema de salvaguarda y confidencialidad

Comité de Ética en Investigación de Profamilia

Una de las líneas estratégicas de Profamilia a 2015 es la generación y difusión del conocimiento científico para el fortalecimiento institucional a partir de la toma de decisiones basadas en la evidencia; y para la producción de información que contribuya a la formulación de planes, programas y políticas locales, departamentales y nacionales para la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población colombiana.

Con el fin de verificar la rigurosidad y la calidad de los estudios de investigación se cuenta con un Comité de Ética en Investigación que evalúa y monitorea las investigaciones desde el punto de vista ético, garantizando los propósitos institucionales y la normatividad nacional e internacional aplicable; así como el respeto de los derechos de los individuos o grupos objeto de las investigaciones.

El propósito del Comité de Ética en Investigación de Profamilia (CEIP) es asegurar la pertinencia y calidad de los estudios de investigación a desarrollar y velar por la dignidad, derechos, seguridad y bienestar de todos los participantes actuales y potenciales de las investigaciones que desarrollan Profamilia. El CEIP es independiente, secular, plural, e interdisciplinario. Se constituye como un espacio de reflexión libre de influencias políticas, profesionales, comerciales y religiosas, para orientar y dar opinión sobre la ética en la investigación con seres humanos. El CEIP opera de manera permanente y da respuesta oportuna y competente a las solicitudes de investigación que se llevan a cabo en o por la institución.

La investigación en Profamilia se rige bajo la normativa nacional. De acuerdo con la resolución 2378 de 2008 expedida por el Ministerio de la Protección Social, toda investigación en seres humanos y en especial aquella que involucre investigación con medicamentos, deberá acogerse a las Buenas Prácticas Clínicas (BPC).

Así mismo, el CEIP vela por el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 la cual tiene por objeto **“desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma”**. Así como por el cumplimiento de la Ley 79 de 1993 **“por la cual se regula la realización de los Censos de Población y Vivienda en todo el territorio nacional”**. Adicionalmente, el CEIP vela por que se cumplan los Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales de Naciones Unidas

Para salvaguardar los derechos de los sujetos de investigación, así como la confidencialidad en el uso y difusión de la información el CEIP: a) emite conceptos técnicos y éticos sobre los protocolos de investigación y correspondientes consentimientos informados; b) hace seguimiento al desarrollo de las investigaciones; y c) avala los mecanismos de protección de la información.

Respecto a la investigación titulada: **“Estudio exploratorio. Factores determinantes para la práctica de abortos inseguros”**, el pasado 3 de mayo del año en curso, el CEIP, después de una revisión por parte de los pares evaluadores, avaló el protocolo de investigación, así como los mecanismos para la salvaguarda y confidencialidad de la información, los cuales se exponen a continuación.

Código de Ética: Sistema de salvaguarda y confidencialidad. “Estudio exploratorio Factores determinantes para la práctica de abortos inseguros en Colombia”¹

De acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, a través de la cual establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, el **Estudio exploratorio sobre los factores determinantes para la práctica de aborto inducido**, es una investigación sin riesgo. Estas son aquellas **“que emplean técnicas y métodos de**

¹ El presente sistema de salvaguarda y confidencialidad de la información está basado en los principios éticos que rigen la investigación en Profamilia, consignados en la Guía Operativa del Comité de Ética en Investigación, y en el sistema de salvaguardas para la construcción de memoria de personas con experiencias de vida trans de la investigación: **“¡A mí me sacaron volada de allá!: Relatos de vida de mujeres trans desplazadas forzosamente hacia Bogotá”**, de las investigadoras Nancy Prada Prada, Susan Herrera Galvis, Lina Tatiana Lozano Ruiz y Ana María Ortiz Gomes. Universidad Nacional de Colombia y Alcaldía Mayor de Bogotá, Bogotá, abril de 2012.

investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

Si bien la presente estudio es una investigación sin riesgos, se ha considerado un sistema de salvaguardas compuesto por cinco mecanismos para la seguridad del proceso investigativo y de la información recabada, así como para la garantía de los derechos de las personas e instituciones que participan del estudio.

Mecanismo I. Respecto a la confidencialidad:

- 1.** La confidencialidad se refiere a la obligación ética y legal que surge de una relación en la que una persona recibe una información de otra. Quien que la recibe tiene la obligación de no usar dicha información para ningún propósito que no sea el originalmente dado. Para la salvaguarda de la confidencialidad se contará con los siguientes instrumentos:
- 2.** El equipo investigador estará dispuesto a informar sobre los objetivos, alcances e impactos potenciales de la investigación, tanto a las instancias patrocinadoras (Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas) como a las organizaciones, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y personas que participen del proceso, siempre y cuando los tiempos y contenidos de dicha información no contravengan las disposiciones establecidas en el presente sistema de salvaguardas y confidencialidad.
- 3.** Se contará con un consentimiento informado verbal en el que se le dará a conocer a las participantes los objetivos de la investigación, así como el uso de la información que nos provea. El Consentimiento se fundamenta los artículos 8, 15 (numerales a, b, c, f, g y h) y 16 (párrafo primero) de la Resolución 8430 de 1993 (ver instrumento 1):

ARTÍCULO 8. “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice”.

ARTÍCULO 15. “El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla”.

- a) La justificación y los objetivos de la investigación.
- b) Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c) Las molestias o los riesgos esperados.
- f) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h) La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información

ARTICULO 16. Parágrafo Primero. “En el caso de investigaciones sin riesgo, el Comité de Ética en Investigación de la institución investigadora, por razones justificadas, podrá autorizar que el Consentimiento Informado se obtenga sin formularse por escrito y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador de la obtención del mismo”.

De acuerdo con el Acta # 19 de 5 de julio de 2013, el Comité de Ética en Investigación de Profamilia considera que el estudio no representa riesgos para los sujetos de investigación y que debido a que la información que se va a recolectar se refiere a la vida privada de las participantes, es recomendable que se tomen todas las medidas para proteger la confidencialidad de los datos, conforme lo dispone el literal h) del artículo 15 de la Resolución 8430 de 1993.

- 4. Se contará con un sistema de anonimización de la información a través de un sistema de códigos que remplace los datos personales de las participantes, las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las organizaciones sociales que apoyen el contacto con las mujeres. El equipo investigador no podrá hacer uso a nombre individual, del material durante el trabajo decampo, ni en espacios que excedan los alcances de la presente investigación.

Mecanismo II: Respeto a la privacidad:

1. La privacidad se refiere a la información de una persona en el ámbito de su intimidad y en principio nadie tiene derecho a acceder a ella sin su consentimiento. Es el espacio personal que cada uno tiene como límite entre mi yo y otro, lo cual estimula a promover la dignidad de las personas, brindándole un espacio seguro donde la información no se filtre. El derecho y ejercicio de la privacidad siempre va de la mano de la confidencialidad. Para la salvaguarda de la privacidad se contará con los siguientes mecanismos:
2. Las personas a entrevistar serán ubicadas a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los municipios priorizados para el estudio, y de organizaciones sociales. La ruta para entablar la comunicación con las mujeres a entrevistar será la siguiente:
 - ~ Carta de presentación del estudio y de Profamilia como ejecutor del mismo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. A la carta de adjuntará un instructivo para el proceso de convocatoria de las posibles mujeres a entrevistar (ver instrumento 2).
 - ~ Carta de presentación del estudio y por parte de Profamilia para las organizaciones sociales que apoyaran el contacto con las mujeres a entrevistar. A la carta de adjuntará un instructivo para el proceso de convocatoria de las posibles mujeres a entrevistar (ver instrumento 3).
 - ~ Contacto telefónico por parte del equipo de investigación con cada director/a de las IPS y organizaciones, dando alcance a la comunicación inicial, con el fin de ampliar la información sobre el estudio y ofrecer el apoyo que se requiera para la ubicación de los casos.
 - ~ Contacto telefónico o virtual por parte del equipo de investigación con las personas referenciadas, para explicarles de que se trata el estudio y explorar la posibilidad de hacer con ellas la entrevista. En ese momento se pactará la fecha y lugar para aplicar el instrumento de investigación.
3. Las entrevistas se harán únicamente si las mujeres aceptan el consentimiento informado. Las entrevistas deben hacerse en condiciones de privacidad y solo se grabaran las entrevistas si la participante acepta.

4. Antes de comenzar la entrevista, se informará ampliamente a la persona que va a ofrecer su testimonio sobre los objetivos y alcances de la investigación, puntualizando que:
 - ~ El equipo investigador no constituye un puente entre las personas entrevistadas y las instituciones, por lo cual no podrá atender solicitudes de bienes y servicios.
 - ~ El equipo realizará una labor de investigación, orientada a la producción de conocimiento. Por lo tanto no está en la capacidad de incidir en el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas entrevistadas.
 - ~ En el momento previo a la entrevista se aclarará a cada persona tanto los objetivos, como las condiciones bajo las cuales se hará el levantamiento de la información, las cuales están consignadas los diferentes mecanismos del presente código de ética.
5. A lo largo de la entrevista quien la está realizando no presupondrá ninguna información que le haya sido previamente entregada, pues al hacerlo puede poner en juego prejuicios propios que contradigan las experiencias particulares de los eventos de interrupción del embarazo. En el mismo sentido, se optará siempre por creer en el testimonio de la persona entrevistada, sin contradecirle.
6. Ninguna persona entrevistada será forzada a hablar sobre temas que no desee o a entregar información que prefiera mantener en secreto.
7. En el contrato de prestación de servicios de las personas que conformarán el equipo de investigación debe existir una cláusula sobre la confidencialidad y reserva de la información.

Mecanismo III: Respeto a la seguridad y reserva de la información

Los elementos a considerar en este mecanismo son almacenamiento, seguridad, retención y eliminación de los datos, a saber:

1. **Seguridad:** Los datos deben ser almacenados en forma segura y protegida durante y posterior a la terminación de un proyecto de investigación. De acuerdo a la recomendación del CEIP, Los datos de contacto de las mujeres a entrevistar se irán consignando en una única base de datos que será de manejo exclusivo del equipo de investigación.

2. **Anonimización:** Los datos deben estar protegidos durante la investigación, en el transcurso de análisis o en reposo cumpliendo tres objetivos: confidencialidad, integridad y disponibilidad. Para ello no se consignaran datos personales en los formatos de encuesta ni entrevista. Adicionalmente en las transcripciones de las entrevistas no se consignarán datos personales ni de ubicación de las entrevistadas. De igual manera no se transcribirá información sobre el prestador de los servicios de aborto inducido, así como de la IPS o la organización social a través de la cual se hizo el contacto con la entrevistada.
3. **Reserva:** Los datos tienen un tiempo de conservación luego de finalizado el proyecto, la retención de archivos de papel y medios electrónicos durante mucho tiempo puede aumentar las posibilidades de acceso no autorizado. Por lo tanto, se conservarán única y exclusivamente los micro-datos y las transcripciones anonimizadas. Las partes involucradas en el desarrollo del proyecto (Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de Naciones Unidas y Profamilia) acuerdan que al cierre del convenio, la destrucción de cualquier otra fuente de información que permita identificar a las personas, IPS u organizaciones que participen del estudio.

Mecanismo IV. Respeto a la divulgación de resultados

1. En todos los productos de la presente investigación, los datos en ningún momento incluirá nombres propios, datos personales o datos de ubicación de las mujeres entrevistadas, así como de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y organizaciones sociales que faciliten el contacto con las participantes del estudio.
2. Debido a que la investigación social ofrece resultados complejos, susceptibles de múltiples interpretaciones, el equipo investigador pondrá todas sus capacidades profesionales para construir análisis consecuentes con el marco teórico y metodológico plateado, así como con la información obtenida a través del instrumento de investigación
3. Ya que el conocimiento generado tiene implicaciones sociales y políticas, los mecanismos de divulgación deben ser claros, contextualizados y fundados en los datos obtenidos en el trabajo de campo.

4. El equipo de investigación, la entidad ejecutora y las instancias patrocinadoras del estudio son consientes de que los resultados de la investigación serán insumo para la formulación de políticas públicas para la reducción de la morbi-mortalidad materna y para el ejercicio del derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, reconocido por la Corte Constitucional de Colombia en Sentencia C-355 de 2006.

Mecanismo V. Respecto al beneficio favorable para los sujetos, grupos o comunidades de las cuales derivará la información proporcionada, así como del equipo de investigación:

1. La razón riesgo-beneficio favorable es una de los axiomas éticos clave de la investigación, presente en el código de Nuremberg y en la Declaración de Helsinki. Esto significa en primer lugar, preguntarse si el conocimiento que se busca puede obtenerse de una manera que evite el uso de seres humanos como sujetos de investigación. Para la salvaguarda del beneficio favorable se contará con los siguientes mecanismos:
 - * El levantamiento de la información estará a cargo de un equipo de profesionales (psicólogas/os graduadas/os) quienes deberán cumplir a cabalidad con el presente sistema de salvaguarda y confidencialidad, procurando:
 - ~ Respetar el bienestar de las personas que participan de la investigación.
 - ~ Consultar con el equipo todas las decisiones de índole metodológica que deban tomarse, y con las personas que ofrecen sus testimonios sobre el uso que se hará de la información proporcionada.
 - ~ Asegurar que la divulgación de los resultados obtenidos comprenda la seguridad, dignidad e intimidad de todas las personas y entidades participantes.
2. El equipo de investigación contará con un seguro de vida a lo largo del todo el proceso de recolección de la información.

**Determinantes del aborto inseguro
y barreras de acceso para la atención de la interrupción
voluntaria del embarazo en mujeres colombianas**



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**