

Limitaciones en el acceso a la interrupción  
voluntaria del embarazo en Colombia

# Aborto no seguro, mujeres en riesgo





<b>Resumen ejecutivo</b>	<b>4</b>
<b>Introducción</b>	<b>7</b>
<b>Consecuencias médicas del aborto no seguro</b>	<b>10</b>
1 Contexto mundial del aborto no seguro	10
2 Posicionamiento internacional de MSF	10
3 Situación en Colombia	11
3.1 Contexto	11
3.2 Marco legal	12
<b>MSF y la intervención de IVE en Colombia</b>	<b>14</b>
Incorporación del componente de IVE en nuestros programas en Colombia	14
Estrategia de implementación	15
<b>Solicitudes de IVE en los proyectos de MSF</b>	<b>16</b>
Perfil de las solicitantes de IVE	17
<b>Barreras para el acceso a la IVE</b>	<b>18</b>
Tipos de barreras encontradas	19
Relación de las barreras con factores socioeconómicos	25
<b>Recomendaciones</b>	<b>27</b>
<b>Anexos</b>	<b>29</b>

# Resumen ejecutivo

**El aborto no seguro<sup>1</sup> es una de las cinco principales causas de mortalidad materna en todo el mundo, junto con las hemorragias posparto, la sepsis, las complicaciones en el parto y los trastornos hipertensivos. De todas ellas, el aborto no seguro es la única causa que se puede prevenir por completo.**

Colombia no es una excepción. En el año 2006, la Corte Constitucional despenalizó significativamente el aborto<sup>2</sup> y, desde entonces, según la normativa colombiana, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), de carácter público o privado, laico o confesional, están obligadas a prestar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a las mujeres incluidas en cualquiera de las causales establecidas.



1 Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera aborto no seguro "cuando una persona carente de la capacitación necesaria pone fin a un embarazo, o se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se combinan ambas circunstancias".

2 Sentencia C-355/06.

Sin embargo, aunque no existen datos concretos de la situación en Colombia, según el Instituto Guttmacher<sup>3</sup>, a pesar de la mencionada sentencia y de la normativa, se estima que, **de los 400.000 abortos que se realizan en el país cada año, solo entre el 8 y el 10% son llevados a cabo en instituciones sanitarias con garantías de calidad**, por lo que el aborto no seguro causa aún el **10% de las muertes maternas y cerca de 130.000 complicaciones anuales**.

**Las consecuencias del aborto no seguro son un problema y una emergencia médica.** Por ello, como organización médica y humanitaria, desde 2016 Médicos Sin Fronteras (MSF) decidió proporcionar el servicio de aborto seguro<sup>4</sup> en sus proyectos de Tumaco y Buenaventura, así como en las actividades del Equipo de Respuesta a Emergencias (MERT), con el fin de reducir la mortalidad y el sufrimiento derivados de los embarazos no deseados y los abortos no seguros.

Los resultados de este informe están basados en la información recogida sistemáticamente durante la implementación del servicio de aborto seguro en los años 2017 y 2018 –periodo en el cual fueron atendidas 428 mujeres y niñas que solicitaron la interrupción de su embarazo–, así como en testimonios de pacientes que experimentaron obstáculos durante la búsqueda y acceso a la IVE, y en las experiencias de profesionales de MSF que estuvieron implicados en su acompañamiento.

Los datos que aparecen en el reporte no pueden ser extrapolados directamente a la situación global del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia, pero nos dan una fotografía representativa de lo que les ocurre a las poblaciones asistidas por MSF en el país. De la información obtenida por MSF se desprende que **el acceso a un aborto seguro en Colombia sigue siendo muy limitado**.

- **El 88% de nuestras pacientes mujeres** y niñas reportaron haber enfrentado al **menos una barrera para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo**.
- **El 53% de las mujeres y niñas enfrentaron barreras sociales** relacionadas con acoso o estigma social y/o de su entorno más cercano, con dificultades económicas o de acceso geográfico o con falta de información o desconocimiento del marco legal.
- De igual manera, a un **27% se les negó el acceso a un aborto seguro al solicitarlo en estructuras de salud** y se vieron además expuestas a situaciones como maltrato, prejuicios, ruptura de la confidencialidad, desinformación sobre el marco legal o tergiversación del mismo,

---

3 The Guttmacher Institute. Induced abortion worldwide: *Global incidence and trends. Factsheet. 2018 March [cited 2019 Feb 19]*. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>

4 La atención segura del aborto es un conjunto de servicios de salud esenciales, que incluyen el manejo de las complicaciones posaborto, la interrupción segura del embarazo y el suministro de métodos anticonceptivos.

objeción de conciencia personal e institucional, trabas y demoras múltiples y fallos del sistema debidos a déficits de formación del personal o a la falta de *stocks*.

- **Un 3% de las mujeres que buscaron una IVE a través de MSF reconocieron haber intentado un método alternativo no seguro antes de llegar a nuestro servicio**, como la ingestión de hierbas, la automedicación e incluso la introducción de objetos o los golpes.

**Por todo ello, Médicos Sin Fronteras hace un llamado a las instituciones de salud para que:**

- Se asegure la **prevención de embarazos no deseados**, incrementando y **simplificando el acceso** a servicios eficientes de **planificación familiar**, con énfasis en la población adolescente, en situación de pobreza o de entorno rural.
- Se **prevengan muertes y secuelas debidas a abortos no seguros**, **asegurando la disponibilidad y el acceso** de toda la población que lo requiera a **servicios integrales de aborto seguro**.
- **Se fortalezcan los servicios de promoción y prevención de la salud**, incorporando de forma transparente los derechos de mujeres y niñas en relación a la interrupción voluntaria del embarazo.

# Introducción

El aborto no seguro es una de las cinco causas principales de mortalidad materna, junto con las hemorragias posparto, la sepsis, las complicaciones en el parto y los trastornos de la presión arterial.

Se han conseguido grandes avances en la reducción drástica de la morbilidad y la mortalidad relacionadas con estas causas directas, con la gran excepción del aborto no seguro, que es la que menos se ha reducido desde 1990<sup>5</sup>. El aborto no seguro, a pesar de ser la única causa totalmente prevenible, continúa siendo un problema de salud pública en la mayoría de los lugares donde MSF trabaja.

El Instituto Guttmacher<sup>6</sup> estima que, entre 2010 y 2014, se realizaron alrededor de 56 millones de abortos al año.<sup>7</sup> De este dato, se deduce pues que uno de cada cuatro embarazos termina en un aborto inducido.<sup>8</sup>

El 45% de los abortos en todo el mundo se consideran no seguros y más de 22.000 mujeres y niñas mueren cada año por esta causa. Además, se calcula que aproximadamente 7 millones de mujeres tienen que ser hospitalizadas como resultado de abortos no seguros en países en desarrollo.

Sin embargo, no se conoce el panorama completo de las consecuencias del aborto no seguro, pues muchas mujeres y niñas no buscan atención médica después de someterse a un procedimiento de estas características, posiblemente por temor a las repercusiones o por la dificultad de acceder a la atención médica.

De lo que sí se tiene evidencia es de que, cuando una mujer o niña está decidida a terminar su embarazo, generalmente lo hará, independientemente de la seguridad y legalidad del procedimiento. Si no dispone de servicios de aborto seguro, es probable que arriesgue su vida con un aborto por cualquier medio, siendo las formas más comunes consultar a alguien no cualificado o intentarlo por sí misma.

---

5 Graham W., Woodd S., Byass P., Filippi V., Gon G., Virgo S., Chou D., Hounton S., Lozano R., Pattinson R., Singh S. Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *The Lancet*. 2016 Oct 29;388(10056):2164-75. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2931533-1>

6 El Instituto Guttmacher es una organización líder en investigación y desarrollo de políticas para el progreso de los derechos de salud sexual y reproductiva en Estados Unidos y en el mundo.

7 *The Guttmacher Institute. Induced abortion worldwide: Global incidence and trends. Factsheet. 2018 March [cited 2019 Feb 19]*. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>

8 *Ibidem*.

“ La situación mía (es que) no tengo entrada económica ni trabajo. Estoy con mi mamá y las presiones... El niño lo tuve que mandar donde la abuela. Yo lo iba a hacer, en mi situación, créalo: lo iba a hacer, yo no iba a tener otro hijo. Iba a conseguir las pastillas. Me podía haber pasado algo”.

Testimonio de una paciente de Buenaventura.

El historial de abortos no seguros se caracteriza por métodos peligrosos como introducir barras afiladas por la vagina y el cuello uterino hasta el útero; ingerir sustancias tóxicas como el cloro; insertar preparaciones de hierbas en la vagina; e infligir daños, como golpear el abdomen. Muchos de estos métodos ni siquiera son efectivos, pero pueden dejar un daño duradero.

Alrededor del 97% de los abortos no seguros<sup>9</sup> y las muertes relacionadas se producen en África, América Latina y el sur y el oeste de Asia, regiones donde MSF ofrece asistencia médica.

El embarazo no deseado y el aborto no seguro tienen un grave impacto médico en mujeres y niñas de muchos países de bajos ingresos y afectados por conflictos. Sus familias y amistades, las personas que las cuidan (incluyendo el personal de MSF) y su comunidad en general también sienten las consecuencias.

En 2017, MSF trató a más de 23.000 pacientes con complicaciones posaborto. Nuestro personal se enfrenta diariamente a las complicaciones derivadas de procedimientos no seguros.

Las consecuencias potencialmente mortales del aborto no seguro que tratamos con mayor frecuencia incluyen la hemorragia severa, la infección general grave, la perforación uterina y daños de otros órganos internos, y la intoxicación. Las mujeres y niñas afectadas pueden requerir una transfusión de sangre, cirugía reparadora mayor o incluso la histerectomía (extracción del útero).

Las secuelas a largo plazo incluyen dolor crónico, anemia e infertilidad, a las que hay que sumar los impactos sociales y económicos relacionados.

Teniendo en cuenta que MSF tiene como objetivo reducir la mortalidad y el sufrimiento de las personas a las que atendemos, es fundamental aliviar el sufrimiento derivado de los embarazos no deseados y los abortos no seguros en los proyectos que la organización desarrolla en todo el mundo, incluyendo los de Colombia.

---

9 Según la OMS, en todo el mundo se producen unos 25 millones de abortos peligrosos al año. Comunicado de prensa del 28 de septiembre de 2017 [citado el 19 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortion-occur-each-year>



La práctica del aborto seguro incluye un paquete de servicios de salud esenciales: manejo de las complicaciones relacionadas con el aborto –como puede ser la atención médica a mujeres y niñas en riesgo de morir debido a las consecuencias de procedimientos no seguros–, la interrupción segura del embarazo y el suministro de anticonceptivos dentro de la atención posterior al aborto.

Estos servicios deben ser oportunos, confiables, confidenciales y compasivos, y ser proporcionados por personas que hayan sido debidamente capacitadas.

La anticoncepción y los servicios de aborto seguro van de la mano en la estrategia para reducir los embarazos no deseados y las muertes maternas. Aumentar el acceso a la anticoncepción es un componente esencial para reducir los embarazos no deseados y los subsiguientes abortos o nacimientos no planeados. Sin embargo, la anticoncepción por sí misma no es suficiente como solución.

En Colombia, hace más de 10 años se logró una despenalización significativa de la interrupción voluntaria del embarazo. A pesar de ello, en ciudades como Buenaventura o Tumaco, donde MSF ha trabajado en los últimos años, hemos encontrado barreras sistemáticas que aún impiden el acceso al aborto seguro.

Dentro del marco de atención psicosocial a víctimas de la violencia, nuestros equipos de atención psicológica encontraban frecuentemente casos de mujeres para las cuales la idea de continuar con su embarazo causaba afectaciones graves en su salud mental, hasta el punto de que algunas de ellas estaban dispuestas a atentar contra su salud con tal de no seguir con su embarazo. Ante la preocupación de que estos embarazos no deseados terminaran en un aborto en condiciones peligrosas y con graves consecuencias para la mujer, en 2016, MSF incluyó en sus programas el apoyo a las mujeres que solicitaran la IVE.

Con este informe, Médicos Sin Fronteras espera contribuir a visibilizar las barreras de acceso al aborto seguro existentes en Colombia. Con tal fin, presentamos información recogida por los equipos médicos y testimonios de pacientes que experimentaron obstáculos en su búsqueda y acceso a la IVE, así como experiencias de profesionales de MSF que se implicaron en su acompañamiento. Finalmente, se describen las intervenciones realizadas y el tipo de apoyo prestado a las pacientes, como la sensibilización en los equipos de MSF, el trabajo comunitario, el fortalecimiento de la prestación del servicio y el establecimiento de una ruta de apoyo integral.

# Consecuencias médicas del aborto no seguro

## 1 CONTEXTO MUNDIAL DEL ABORTO NO SEGURO

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2017, de 56 millones de abortos realizados en el mundo, aproximadamente 25 millones se practicaron de forma no segura, el 97% de estos últimos en países en desarrollo.<sup>10</sup>

**A pesar de ser una causa de muerte materna completamente evitable** mediante prácticas seguras, planificación familiar y tratamiento oportuno de las complicaciones, el aborto no seguro **sigue suponiendo alrededor del 10% de las muertes maternas**, lo que se traduce en que 30.000 mujeres y niñas mueren anualmente como consecuencia de un aborto.<sup>11</sup> Muchas **más terminan heridas o mutiladas**: cada año, unos siete millones de mujeres y niñas sufren secuelas importantes como resultado de abortos no seguros.

## 2 POSICIONAMIENTO INTERNACIONAL DE MSF



10 Organización Mundial de la Salud (OMS). En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. Comunicado de prensa. 28/Sep/17 [citado el 19/Feb/19]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortion-occur-each-year>

11 Singh S et al. *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. New York, Guttmacher Institute, 2018.

“MSF responde a las necesidades de interrupción del embarazo, incluyendo la voluntaria (IVE); forma parte del trabajo que la organización realiza para reducir la mortalidad y el sufrimiento de las mujeres, así como para prevenir los abortos no seguros en los países donde trabajamos”.<sup>12</sup>

### 3 SITUACIÓN EN COLOMBIA

#### 3.1 Contexto

El aborto no seguro, que se realiza en condiciones insalubres e inadecuadas, sin los equipos o el personal médico necesarios o con la suficiente cualificación, así como el estigma que provoca el aborto, representan un serio problema de salud pública en Colombia.

**Se estima que anualmente 400.412 mujeres y niñas se someten a un aborto inducido en Colombia y aproximadamente un tercio de ellas, es decir 130.000, sufren alguna complicación.** Las mujeres más pobres y las que viven en zonas rurales son las más vulnerables. A pesar de que el aborto no seguro pasó a ser la cuarta causa de mortalidad materna en el país (según datos de 2017)<sup>13</sup>, el sistema de Salud no ofrece servicios accesibles de prevención e interrupción voluntaria del embarazo. Cerca de 70 mujeres y niñas mueren cada año por este motivo.<sup>14</sup>

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, **el 50% de los embarazos son no deseados**, lo que pone en evidencia un primer problema relacionado con la falta de una adecuada educación sexual y reproductiva o con las dificultades de acceso a métodos anticonceptivos.<sup>15</sup> Por otro lado, **en demasiados casos, las mujeres no pueden decidir sobre su sexualidad**, y son coaccionadas y a menudo forzadas, especialmente en el contexto de prolongado conflicto armado y violencia que sigue afectando a millones de personas por todo el país. Durante 2017, el Instituto de Medicina Legal registró 20.419 casos de violencia sexual contra las mujeres, con una tasa global de 81,8 víctimas por cada 100.000 mujeres.<sup>16</sup>

**Hasta un 3% de las mujeres que acudieron a MSF para solicitar una IVE reconocieron haber intentado un método alternativo no seguro antes de llegar a nuestro servicio**, como la ingestión de hierbas, la automedicación e incluso la introducción de objetos o los golpes.

---

12 Schulte-Hillen C., Staderini N., Saint-Sauveur J.F. Why Médecins Sans Frontières (MSF) provides safe abortion care and what that involves. *Conflict and Health*, 2016; 10(1):1-4.

13 Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2017. Bogotá, Dirección de Epidemiología y Demografía, 2018.

14 Prada E. et al. *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias*. Nueva York, Guttmacher Institute, 2011.

15 Profamilia y Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) Colombia, 2015. Bogotá, Profamilia y Minsalud, 2015.

16 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis 2017. Datos para la Vida*. Bogotá, Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, 2018.

**La región del Pacífico** (Nariño, Chocó, Valle del Cauca y Cauca) enfrenta importantes desafíos en materia de salud sexual y reproductiva. Es la región del país **donde se hace el mayor uso de métodos alternativos** para terminar un embarazo (**un 12% de las interrupciones**), y donde las mujeres sufren más complicaciones después de un aborto no seguro (un 40%).<sup>17</sup>

### 3.2 Marco legal



En el año 2006, la Corte Constitucional de Colombia reconoció, mediante la **Sentencia C-355**, que la interrupción voluntaria del embarazo es un derecho de las mujeres y las niñas dentro del territorio nacional, que debe ser respetado y garantizado siempre, sin límites de edad gestacional y cuando se encuentren amparadas por alguna de las **causales** de despenalización del aborto:

- **Peligro para la vida o la salud de la mujer.**
- **Malformaciones del feto incompatibles con la vida.**
- **Acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o incesto.**

La sentencia también precisa los **lineamientos para ejercer el derecho a la objeción de conciencia**: establece que únicamente pueden ejercerlo las personas naturales que estén involucradas directamente en la

<sup>17</sup> Prada E. et al. *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias*. Nueva York, Guttmacher Institute, 2011.

prestación del servicio de interrupción voluntaria del embarazo. Por tanto, **queda excluido** el personal administrativo, de enfermería o judicial, y tampoco se aplica a las **instituciones ni puede ejercerse de forma colectiva**. Además, la sentencia **obliga a los centros públicos y privados a garantizar los servicios de IVE de manera oportuna**.

A pesar de los estándares definidos por la sentencia, las mujeres que buscan un aborto seguro siguen encontrando múltiples obstáculos, que se presentan de forma sistemática. Organizaciones como La Mesa por la Vida y la Salud de la Mujer (La Mesa) o Women's Link Worldwide (WLWW) han avanzado en la tipificación de estas barreras en Colombia. En respuesta a estos obstáculos, diversas organizaciones feministas denunciaron las irregularidades, lo cual llevó a la Corte Constitucional a desarrollar sentencias específicas en torno a la objeción de conciencia, el respeto a la decisión de las menores de 14 años y el tiempo estipulado para la respuesta de las instituciones (máximo cinco días), entre otras.<sup>18</sup>

A pesar del marco legal y las posteriores disposiciones, la implementación de la sentencia de 2006 sigue siendo deficiente. En 2015, solo el 28,5% de las interrupciones voluntarias se realizaron en instituciones de salud de la red pública y el 13,3% en Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) de Salud.

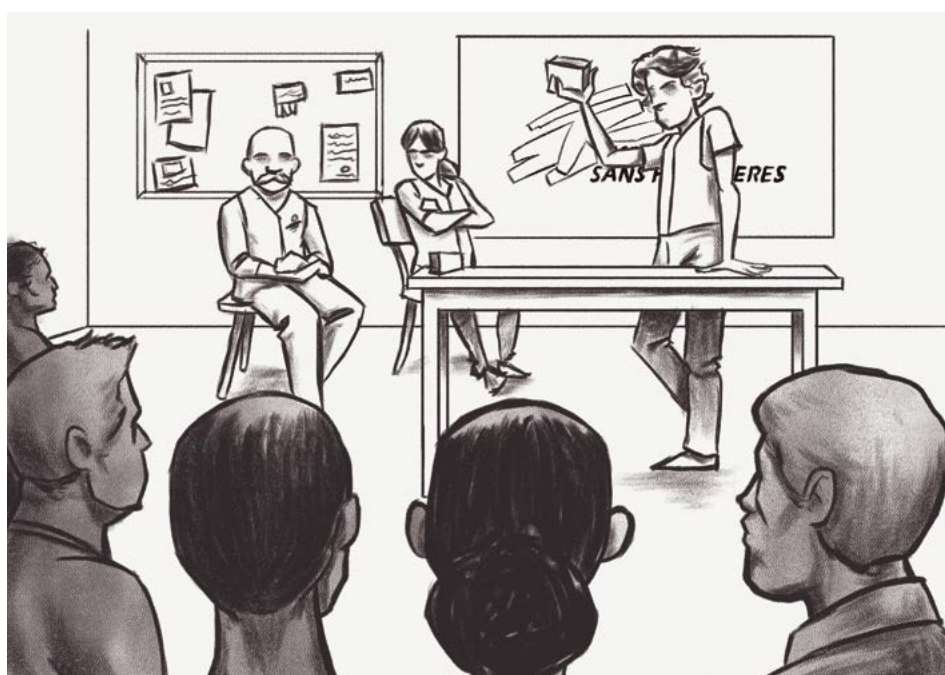
---

18 Sentencia T-009 del 2009 y sentencia T-841 del 2011.

# MSF y la intervención de IVE en Colombia

## INCORPORACIÓN DEL COMPONENTE DE IVE EN NUESTROS PROGRAMAS EN COLOMBIA

La principal motivación para incorporar los servicios de aborto seguro fueron los casos de mujeres atendidas en el marco de los programas de atención psicosocial en nuestros centros. Allí empezamos a identificar a mujeres que buscaban ayuda porque tenían un embarazo no deseado y este generaba afectaciones graves en su salud mental, caracterizadas por reacciones asociadas a la depresión y la ansiedad. Además, algunas estaban dispuestas a poner en riesgo su salud con tal de no tener otro hijo más. Asimismo, muchas desconocían la ruta de atención o contaban con escaso apoyo de sus familias. Ante la preocupación de que estos embarazos no deseados terminaran en un aborto en condiciones insalubres, con graves consecuencias para la salud, en 2016, MSF incluyó en sus programas el apoyo a las mujeres que solicitaran la IVE, en línea también con el compromiso internacional adoptado por la organización en 2004.



## ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN

La implementación fue progresiva e incluyó:

- **Sensibilización y capacitación en el equipo de MSF:** se han organizado sesiones informativas periódicas que, más allá de explicar los aspectos técnicos de la IVE, ofrecen una visión más amplia del alcance que tiene este servicio en la vida de las mujeres y las niñas atendidas. Además, se ha participado en los talleres de Evaluación de Valores y Actitudes (EVA), organizados en diferentes países aparte de Colombia.
- **Trabajo con la comunidad:** el equipo de promoción ha establecido diversas estrategias para introducir el tema y proteger a las mujeres del estigma que rodea al aborto.
- **Fortalecimiento de la prestación del servicio:** se han establecido relaciones con las entidades públicas para definir rutas de atención y donación de medicamentos, así como alianzas con otras organizaciones para llevar a cabo acciones conjuntas de incidencia y resolver los casos de mayor complejidad.
- **Establecimiento de una ruta de apoyo integral de principio a fin:** dado que la política de atención de IVE pretende responder a las necesidades de la mujer durante el proceso de búsqueda y acceso, se ha creado un equipo multidisciplinario que hace acompañamiento, ofrece apoyo en transporte, hospedaje y alimentación cuando se requiere, y garantiza el seguimiento telefónico o en persona a través de un médico, un psicólogo o una persona clave.

## Solicitudes de IVE en los proyectos de MSF

A continuación, se presenta el resultado del registro de los casos de solicitud de IVE durante 2017 y 2018 en los proyectos de Médicos Sin Fronteras en Tumaco y Buenaventura y, a partir de enero de 2018, en diversos puntos de atención del Equipo de Respuesta a Emergencias (MERT) en los departamentos de Arauca, Chocó y Norte de Santander.

En este periodo, MSF recibió 428 solicitudes de interrupción del embarazo: 129 en 2017 y 299 en 2018. Del total de las solicitudes, 17 mujeres resultaron no estar embarazadas. De las restantes 411, MSF atendió 200 casos (49%) por medio de IVE farmacológica y remitió 143 (35%)<sup>19</sup> a otros servicios de ONG o fundaciones o a estructuras públicas o privadas de salud. Estas referencias fueron principalmente casos que requerían método quirúrgico debido a la edad gestacional (71%) o que elegían la aspiración manual endouterina (AMEU, un 18%). Solo un 4% fueron remitidas por abortos incompletos tras una IVE farmacológica. Finalmente, 37 mujeres (9%) decidieron continuar con su embarazo, 29 (7%) no acudieron al seguimiento programado y 2 tuvieron un aborto espontáneo.

La demanda de servicios se incrementó en el tiempo: 129 pacientes (30%) en 2017 frente a las 299 (70%) de 2018, probablemente debido a la divulgación de la IVE en los medios de difusión de MSF y el voz a voz.

Desenlace de las solicitudes de IVE	2017	% sobre el total de embarazadas	2018	% sobre el total de embarazadas	Total	% sobre el total de embarazadas
<b>TOTAL DE SOLICITUDES</b>	129		299		<b>428</b>	
No estaban embarazadas	5	n/a	12	n/a	<b>17</b>	n/a
IVE realizada por MSF	49	40%	151	53%	<b>200</b>	49%
IVE tras remisión a otras instituciones	55	44%	88	31%	<b>143</b>	35%
Abortos espontáneos	0	0%	2	1%	<b>2</b>	0%
Continúan con el embarazo	12	10%	25	9%	<b>37</b>	9%
Abandonan el proceso / ilocalizables	8	6%	21	7%	<b>29</b>	7%

<sup>19</sup> Ver tabla 9 del anexo.



## PERFIL DE LAS SOLICITANTES DE IVE

La edad de las solicitantes iba de los 12 a los 46 años, con un 83% menores de 30 años; destaca el hecho de que el **34% eran niñas y adolescentes de entre 12 y 19 años**. Ver figura 1

En términos de la afiliación a la Seguridad Social, el **66% pertenecía al régimen subsidiado**, 14% al contributivo y 7% eran pacientes vinculadas o, en otros términos, sin aseguramiento. Ver figura 2

En cuanto a la edad gestacional, el **67% de las mujeres se encontraban en el primer trimestre** de embarazo, el 26% en el segundo y un 2% en el tercero. Ver figura 3

Figura 1  
Distribución de pacientes según grupo de edad (2017-2018)

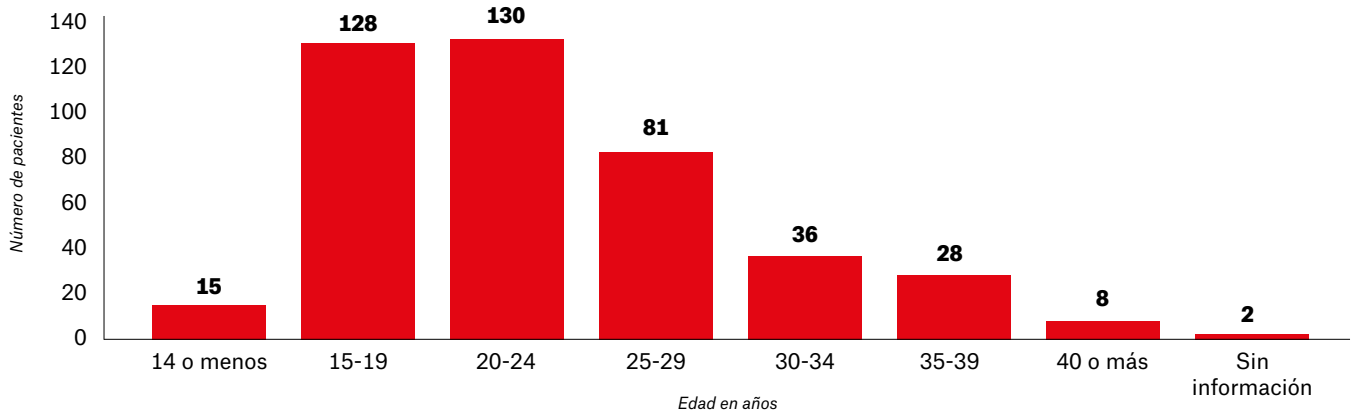


Figura 2  
Afiliación al sistema de Salud (2017-2018)

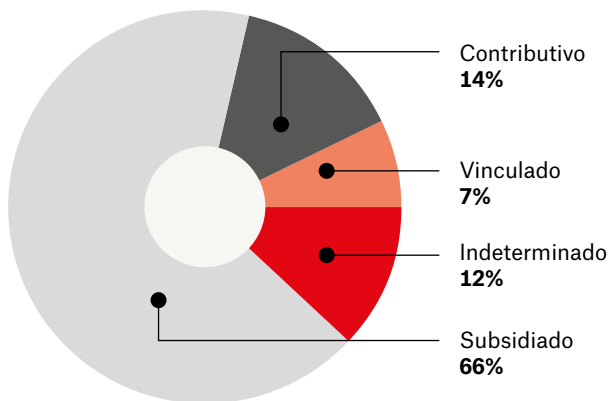
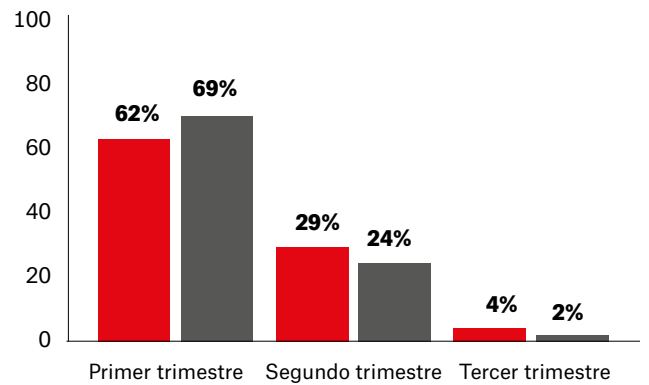


Figura 3  
Solicitudes atendidas según edad gestacional (2017-2018)

● 2017 ● 2018



## Barreras para el acceso a la IVE



Dentro del marco de ejecución de los proyectos de Médicos Sin Fronteras en Colombia, y con total garantía de confidencialidad, se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y relacionados con los obstáculos que las 428 mujeres y niñas habían enfrentado cuando, antes de consultar a MSF, buscaron ayuda para la interrupción de su embarazo no deseado.

**El 88% de nuestras pacientes reportaron haber enfrentado al menos una barrera para acceder a la IVE. *Ver figura 4***

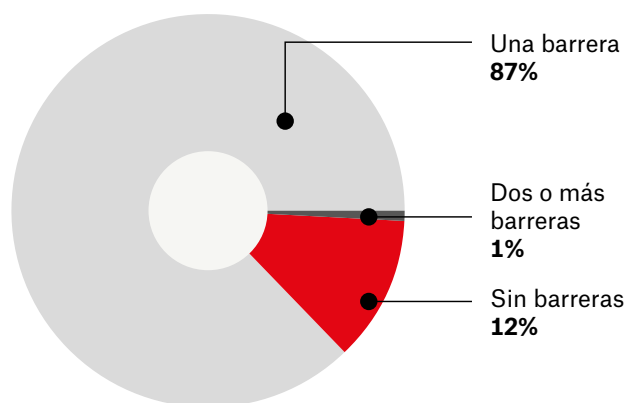
Además, este informe presenta testimonios de pacientes que experimentaron obstáculos durante la búsqueda y acceso a un aborto seguro, así como de los profesionales de MSF que estuvieron implicados en la ruta de atención de la IVE desde el acompañamiento de las mujeres que habían encontrado estas barreras.

## TIPOS DE BARRERAS ENCONTRADAS

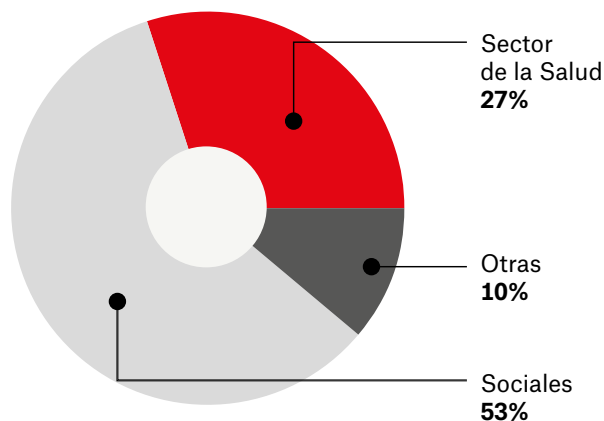
Las mujeres que han accedido a nuestros servicios encontraron barreras de acceso de diferente tipo. La mayoría desconocían que el aborto seguro es legal en Colombia, muchas habían sufrido rechazo o dificultades en su entorno e incluso habían sido maltratadas al acercarse a los servicios de salud a pedir ayuda ante un embarazo no deseado.

Para el análisis, se han clasificado las barreras para el acceso a la IVE en dos grandes grupos según el principal determinante: barreras sociales y barreras sistémicas del sector de la Salud. *Ver figura 5*

**Figura 4**  
Número de darreras en el acceso a la IVE en las pacientes de MSF (2017-2018)



**Figura 5**  
Tipo de barreras en el acceso a la IVE en las pacientes de MSF (2017-2018)



**Barreras sociales:** todas las relacionadas con la familia y el entorno social y los factores económicos y geográficos, así como el desconocimiento sobre el marco legal del aborto en Colombia, que consideramos esconde otros factores sociales (falta de acceso a la información por creencias culturales y religiosas, falta de acceso a la salud por régimen de afiliación, nivel educativo, etc.).

**Barreras sistémicas del sector de la Salud:** todas las relacionadas con obstáculos en las instituciones de salud, desde la objeción sin dar alternativa, al estigma y el maltrato, pasando por la falta de confidencialidad, la multiplicación de trabas que demoran la atención y la desinformación sobre el marco legal o su tergiversación.

## Barreras encontradas antes de consultar con MSF (2017-2018)<sup>20</sup>

<b>SOCIALES</b>	<b>226</b>	<b>53%</b>
Estigma y falta de apoyo social o familiar	22	5%
Desconocimiento sobre el marco legal por parte de la mujer	201	47%
Razones económicas o geográficas	3	1%
<b>DEL SECTOR DE LA SALUD</b>	<b>117</b>	<b>27%</b>
Desinformación sobre el marco legal o tergiversación del mismo	34	8%
Objeción de conciencia	3	1%
Falta de confidencialidad	70	16%
Estigma o maltrato	3	1%
Otras trabas	7	2%
<b>INDEFINIDAS (otras)</b>	<b>41</b>	<b>10%</b>

En el camino, tres muchachos la agarraron. La violaron. Poco después, empezó a asquearse con la comida.

“ Mi tía me hizo la prueba y se confirmó”. Se preocuparon, porque les dijeron que **comprar las pastillas abortivas en la farmacia les iba a costar 200.000 pesos. “Probamos remedios caseros también, probaron metiendo un palo de yuca, pero dolía y no pudo ser, no funcionó”.**

A partir del testimonio de una paciente de Buenaventura.

Además, a nivel global, los intentos para imponer barreras a la prestación de la IVE en Colombia han escalado al sector jurídico. Es así como en septiembre de 2018 el caso de la negación de una IVE a una mujer con 26 semanas de embarazo llevó a que una de las magistradas de la Corte Constitucional reabriera el debate sobre limitar el acceso a la interrupción legal del embarazo a las 24 semanas. En respuesta a esto, diversas organizaciones solicitamos la intervención en el proceso para impedir que se impongan más obstáculos para acceder a una IVE. Desde MSF hicimos hincapié en que todas las barreras adicionales que enfrenten las mujeres que buscan acceder a una IVE aumentan el riesgo de abortos no seguros que es lo que queremos evitar.

20 En concreto, 5 de las 428 mujeres y niñas que acudieron a los servicios de MSF experimentaron más de una barrera. Los porcentajes de mujeres expuestas a las diferentes barreras se obtienen a partir del total de las mujeres y niñas que acudieron a los servicios de MSF.

## BARRERAS SOCIALES

Los fundamentos **culturales, religiosos y sociales** en contra del aborto, así como la **falta de información sobre el marco legal**, configuran un entorno que convierte a las mujeres y niñas en **víctimas de estigma, además de hacerles buscar alternativas no seguras.**

**El 53% de las mujeres y niñas habían encontrado barreras sociales** relacionadas con acoso o estigma social y/o de su entorno más cercano, con dificultades económicas o de acceso geográfico o con falta de información o desconocimiento del marco legal.

El 47% desconocían que podían acceder a una interrupción libre y segura y lo consideraban un delito; un 5% habían sufrido rechazo social o en su entorno cercano y alrededor del 1% se habían visto seriamente afectadas por obstáculos socioeconómicos.

**Casi la mitad de las mujeres y niñas pensaban que el aborto es ilegal en Colombia**, lo que les llevó a manejar su deseo de no continuar con el embarazo como algo prohibido, vergonzoso y muchas veces imposible de compartir con su entorno.



Las mujeres tienen temor de solicitar los servicios al sistema público. La barrera más frecuente es el **desconocimiento** de las propias mujeres de sus derechos. **Piensan que están haciendo algo ilegal”.**

Testimonio de la gestora médica de MSF en Buenaventura.

La **falta de apoyo emocional**, sumada al **rechazo o castigo del entorno cercano**, obliga a muchas mujeres a afrontar este proceso en soledad y aislamiento.

“ Hay mucho estigma social, hay tabúes y mitos; es un contexto de arraigo religioso. Hay prejuicios frente a mujeres que han tenido abortos previos. Cuando se habla de IVE con la comunidad, hay resistencia. Cuando se habla de forma individual, las reacciones son distintas. Hay temor a hablarlo en grupo, a que otros sepan que están de acuerdo con la IVE. No hay confidencialidad en la comunidad ni en las instituciones: una mujer aborta y todo el pueblo se entera”.

A partir del testimonio de varias promotoras de salud en Buenaventura.

“ Con las comunidades indígenas del Chocó, fueron cinco mujeres que solicitaron y solo una pudo salir, y no por temas logísticos de la organización. De las otras cuatro personas, una **le cuenta a su pareja que tiene que salir para el procedimiento y él abiertamente le dice: ‘Tú no vas a ningún lado o nos separamos’**. Otra decide no salir, porque **si sale y regresa sin el embarazo, las consecuencias en la comunidad, desde el líder de su comunidad, son complejas”**.

Testimonio de una médica del equipo de emergencias de MSF.

Las **barreras geográficas y las condiciones socioeconómicas** operan en muchos casos como una barrera de acceso. Las mujeres son más vulnerables si tienen un bajo nivel educativo o si residen en zonas rurales distantes, ya que esto no solo implica largos desplazamientos, sino también gastos adicionales difíciles de asumir. Adicionalmente, la presencia de actores armados representa un riesgo añadido para salir del territorio. De las 143 mujeres derivadas por MSF a otras instituciones, 103 (70%) se vieron obligadas a trasladarse a ciudades como Cali, Medellín, Pasto o Villavicencio para acceder a la IVE.

“ No tengo EPS. No tengo un médico que me atienda. Si me enfermo, **no tengo carné de salud, no tengo salud**. Me separé del papá de la niña y él me sacó de su seguro médico. Me quedé a la deriva. Mi situación fue por la parte económica. Tengo una niña; con la niña paso trabajo. Otro hijo, más gastos, más trabajo... Todo eso me trajo hasta aquí. Me gustó MSF”.

Testimonio de una paciente de Buenaventura.

“ Hay personas que sí han ido a farmacias y lo hacen de forma ilegal, porque no se pueden vender a cualquiera, pero hay **farmacias que las venden a cualquiera**, y una amiga me dijo que las podía conseguir. Algo me decía que no, que igual me iba a pasar algo, porque la barriga mía sí estaba grande. Las farmacias no deberían vender esos medicamentos y eso pone en riesgo la vida. Quién sabe dónde estaría yo, si estaría aquí explicando mi historia. Aquí **se intenta también abortar con hierbas**. Pero eso es un fracaso total, porque al final tienen que ir al hospital, porque no funciona”.

Testimonio de una paciente de Buenaventura.

## **BARRERAS DEL SECTOR DE LA SALUD**

**Muchas veces, las barreras dentro del sistema de Salud son mixtas: una mezcla de objeción de conciencia, estigma y desconocimiento del marco legal o de los procedimientos y protocolos.**

**A un 27% de las mujeres que acudieron a MSF se les había negado antes el acceso a un aborto seguro en otras estructuras de salud,** y además se vieron expuestas a situaciones de maltrato, prejuicios, ruptura de la confidencialidad, desinformación sobre el marco legal o tergiversación del mismo, objeción de conciencia personal e institucional, trabas y demoras múltiples y fallos del sistema debidos a déficits de formación del personal o a la falta de *stocks*.

El 16% de las pacientes expresaron desconfianza y temor a la violación de la confidencialidad en las instituciones de salud, lo que para ellas era un factor limitante para continuar con el proceso. Al 8% se les negó el servicio de IVE al alegar el personal de salud que era un procedimiento ilegal o que la mujer no se encontraba dentro de una causal como violación o malformación. Al 1% de las mujeres el servicio les fue negado por objeción de conciencia, sin que se les ofreciera información adicional o alternativas viables. Otro 1% dijeron haber sufrido maltrato y estigma por parte del personal de las instituciones. El 2% referían auténticas odiseas, con múltiples trabas administrativas, petición de pruebas extraordinarias o permisos especiales.

“ Cuando la mujer manifiesta su deseo de no continuar, **los médicos intentan disuadirlas**, las envían a MSF o las envían directamente a los controles prenatales sin preguntar si desean continuar con el embarazo”.

Testimonio de una médica de MSF en Buenaventura.

**El maltrato** sufrido por mujeres y niñas es una de las situaciones más evidenciadas por nuestro equipo en el acompañamiento a las mujeres que acceden a una IVE. Este maltrato tiene diversas manifestaciones: prolongados tiempos de espera al darse prioridad a otras pacientes, ingreso de un mínimo de 12 horas independientemente de la edad gestacional (lo que las expone a comentarios desagradables y atenta contra su intimidad), desatención, indiferencia e incluso negación de analgesia.

“ Dos de las mujeres que se pudieron trasladar a Villavicencio sufrieron bastante. Cuando ingresaron en el hospital, no aceptaron el certificado médico expedido por MSF. **A una de ellas le dijeron que ‘si el bebé sobrevivía, ella debía hacerse cargo’**. Durante la **ecografía, les mostraron las partes del feto en detalle**. Después **las ubicaron en la sala de partos y les comentaron que ‘debían hacerse cargo del producto y verlo’**. Además, **las amenazaron con la reanimación del mismo**. Una vez **terminado el procedimiento, les informaron del sexo**”.

Testimonio de la asistente de coordinación médica MSF.

En cuanto al mal uso de la **objeción de conciencia**, el común denominador en las instituciones de las ciudades en las que MSF presta servicios de IVE es que la totalidad o la mayoría de los médicos sean objetores y se **nieguen incluso a atender complicaciones posaborto** o a brindar información adicional sobre el derecho de la mujer al aborto seguro o sobre dónde puede acudir para tener atención.

MSF ha recibido negativas de las entidades prestadoras en el momento de remitir a pacientes que tienen alguna afectación de su salud mental, ya que consideran que la **afectación física es la única válida para acceder a la IVE**. Esta desaprobación también ha sido identificada durante reuniones con EPS y funcionarios de instituciones públicas, en las que se ha cuestionado a MSF por ofrecer este servicio.

Otro de los obstáculos que hemos identificado es la **dilatación en la atención médica** al exigirse pruebas innecesarias o la valoración e incluso autorización exclusiva del especialista.



“ Una paciente que tenía 18 semanas de gestación fue remitida a Cúcuta con el certificado médico y psicológico. **El médico general la remitió al ginecólogo**, alegando que este era quien autorizaba el procedimiento; además **solicitó una ecografía de detalle y valoración por psiquiatría**. Después, **el ginecólogo no autorizó la IVE, porque no se trataba de una violación** ni había evidencia de malformación fetal por ecografía de detalle, por lo que la paciente tuvo que volver una semana más tarde para que Profamilia le realizara el procedimiento”.

Testimonio de la coordinadora médica de MSF.

También se han dado casos en los que los médicos **desconocían el protocolo** y se prolongaban los periodos de espera hasta el cambio de turno, o las pacientes debían esperar a que hubiera una cama libre o **el centro no contaba con los medicamentos**, lo que ocasionaba que **muchas de ellas desistieran**.

“ Una niña de 14 años. **Violencia sexual** por su padrastro. La trajeron al hospital, donde se hizo la atención en violencia sexual y se dieron cuenta de que estaba embarazada de ocho semanas. **Se comunicaron con nosotros para que le hiciéramos la IVE, siendo este un hospital de tercer nivel, con profesionales y medicamentos disponibles**. Le brindamos los medicamentos y le explicamos detalladamente el protocolo. **En el hospital no le hicieron seguimiento y algunas dosis se las dieron fuera de horario**. Además no había camas, por lo que **estuvo en una silla dos días** mientras se hacía la interrupción. **Los médicos generales no la valoraron**, porque esto era una función del ginecólogo de turno, quien finalmente nunca la valoró”.

Testimonio de una médica de MSF en Buenaventura.

## RELACIÓN DE LAS BARRERAS CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS

### Barreras por grupo de edad

No existen diferencias importantes entre las barreras que se enfrentan según la edad: las barreras sociales las sufrieron más de la mitad de las mujeres y niñas en todos los grupos de edad (sobre todo el estigma y la creencia de que el aborto es ilegal). En el sector de la Salud, en todos los grupos de edad el problema mayoritario fue la falta de confidencialidad.

*Ver figura 6*

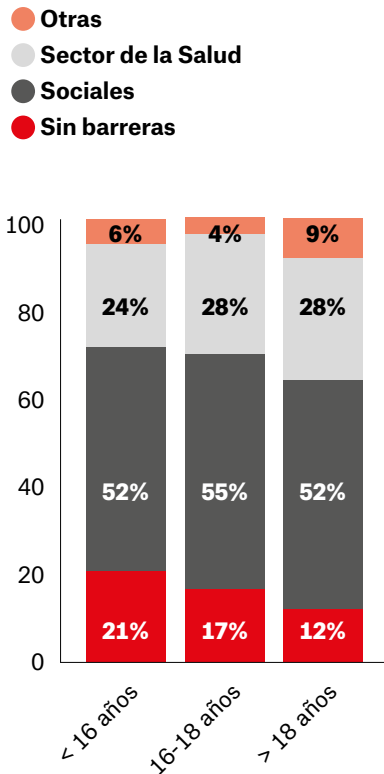
## Barreras según régimen de afiliación al sistema de Salud

Entre los regímenes de aseguramiento contributivo, subsidiado y vinculado, no se encuentran grandes diferencias en las barreras encontradas por las mujeres, aunque las de régimen contributivo son las que menor desinformación sobre el marco legal presentan (44% frente al 54% del subsidiado) y las que más reclaman haber sufrido falta de confidencialidad (21%) y objeción institucional (3%) en el sector de la Salud. *Ver figura 7*

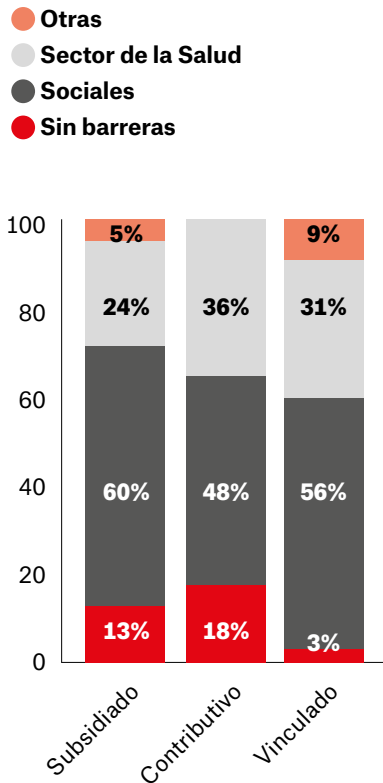
## Barreras por edad gestacional

Las barreras que encontramos en las pacientes según la edad gestacional tienen la misma tendencia: independientemente del trimestre de embarazo en el que se encuentren, más de la mitad sufrieron barreras sociales, principalmente debidas al desconocimiento sobre su derecho a solicitar un aborto seguro. En el caso de las mujeres en el tercer trimestre de embarazo, el 75% desconocían que podían solicitar un aborto seguro, por lo que algunas de ellas ya se habían puesto en riesgo intentando abortar por otros medios. *Ver figura 8*

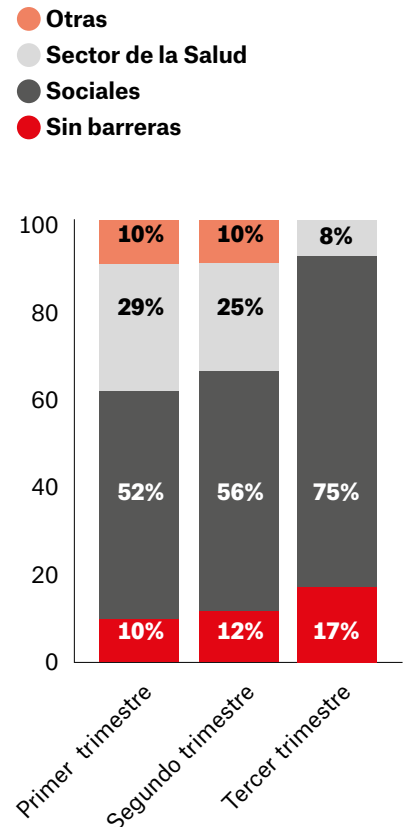
**Figura 6**  
Distribución de barreras por grupo de edad (2017-2018)



**Figura 7**  
Distribución de barreras según régimen de afiliación (2017-2018)



**Figura 8**  
Distribución de barreras según edad gestacional (2017-2018)



# Recomendaciones

En Colombia, el aborto no seguro continúa siendo un problema de salud pública.

Desde la inclusión de la atención de servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los programas de MSF en el año 2016, nuestros datos y testimonios muestran que siguen existiendo múltiples barreras de acceso a la IVE, tanto sociales como en el propio sector de la Salud.

En estos dos años de intervención, mediante la intervención de MSF, con el establecimiento de una ruta de apoyo a la mujer desde el momento en que toma la decisión de interrumpir su embarazo hasta el final de la atención, que incluye apoyo social, emocional y económico, se han evitado 343 abortos no seguros y sus posibles consecuencias.



En vista de que los embarazos no deseados continúan teniendo un gran impacto en la mortalidad y morbilidad en mujeres y niñas, Médicos Sin Fronteras recomienda al Estado colombiano:

- **Prevenir los embarazos no deseados**, con énfasis en la población adolescente, en situación de pobreza o de entorno rural, asegurando una mejora del acceso fácil a métodos anticonceptivos eficaces y promoviendo una educación sexual adaptada a las características del contexto y que permita la toma de decisiones informadas.
- **Asegurar la disponibilidad de servicios oportunos de aborto seguro** en la red de servicios de salud, en términos de insumos, instalaciones adecuadas y personal sensibilizado y entrenado en procedimientos actualizados.
- **Fortalecer los servicios de promoción y prevención de la salud**, incorporando de forma transparente los derechos de mujeres y niñas en relación a la interrupción voluntaria del embarazo.
- **Establecer rutas claras** para el traslado de las pacientes **desde zonas rurales y periféricas** y asegurar la cobertura de sus gastos de traslado, hospedaje y manutención.
- **Mitigar las consecuencias del aborto no seguro, asegurando atención posaborto de calidad** en todo el territorio nacional y priorizando aquellas zonas con escasa presencia institucional.

**ANEXO 1  
PERFIL DE LAS SOLICITANTES DE IVE  
EN LOS PROYECTOS DE MSF**

*Tabla 1*  
**Distribución de solicitudes de IVE según área de atención**

	2017		2018		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
<b>BUENAVENTURA</b>	75	58%	157	53%	232	54%
<b>TUMACO</b>	54	42%	109	36%	163	38%
<b>EQUIPO DE EMERGENCIAS</b>	0	0%	33	11%	33	8%
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>	<b>299</b>	<b>100%</b>	<b>428</b>	<b>100%</b>

*Tabla 2*  
**Distribución de solicitudes de IVE por grupos de edad**

	2017		2018		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
<b>≤ 14 años</b>	10	8%	5	2%	15	4%
<b>15-19 años</b>	40	31%	88	29%	128	30%
<b>20-24 años</b>	35	27%	95	32%	130	30%
<b>25-29 años</b>	22	17%	59	20%	81	19%
<b>30-34 años</b>	11	9%	25	8%	36	8%
<b>35-39 años</b>	7	5%	21	7%	28	7%
<b>≥ 40 años</b>	4	3%	4	1%	8	2%
<b>Sin información</b>	0	0%	2	1%	2	0%
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>	<b>299</b>	<b>100%</b>	<b>428</b>	<b>100%</b>

Tabla 3

**Distribución de las solicitudes de IVE según afiliación al sistema de Salud**

	2017		2018		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
<b>Subsidiado</b>	99	77%	184	62%	283	66%
<b>Contributivo</b>	18	14%	43	14%	61	14%
<b>Vinculado</b>	12	9%	20	7%	32	7%
<b>Indeterminado</b>	0	0%	52	17%	52	12%
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>	<b>299</b>	<b>100%</b>	<b>428</b>	<b>100%</b>

Tabla 4

**Distribución de las solicitudes de IVE según edad gestacional**

	2017		2018		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
<b>Primer trimestre (semanas 1 a 13)</b>	80	62%	207	69%	287	67%
<b>Segundo trimestre (semanas 14 a 26)</b>	38	29%	72	24%	110	26%
<b>Tercer trimestre (semanas 27 a 40/41)</b>	5	4%	7	2%	12	3%
<b>No estaban embarazadas</b>	5	4%	12	4%	17	4%
<b>Sin información</b>	0	0%	1	0%	1	0%
<b>Embarazo ectópico</b>	1	1%	0	0%	1	0%
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>	<b>299</b>	<b>100%</b>	<b>428</b>	<b>100%</b>

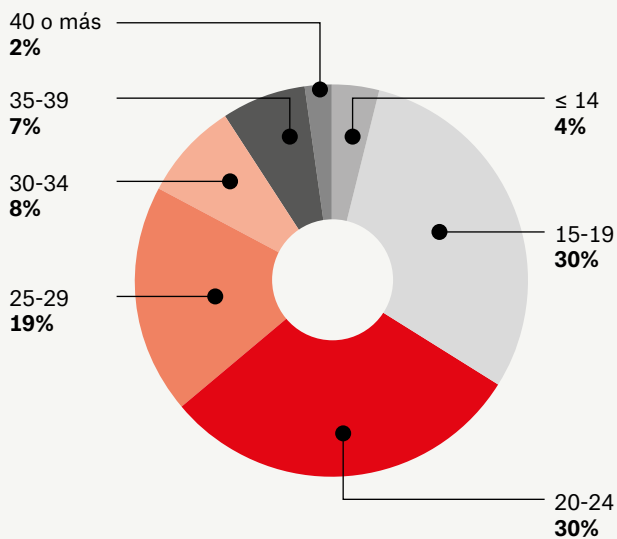
Tabla 5

**Distribución de solicitudes de IVE según origen de la paciente y área de atención (2017-2018)**

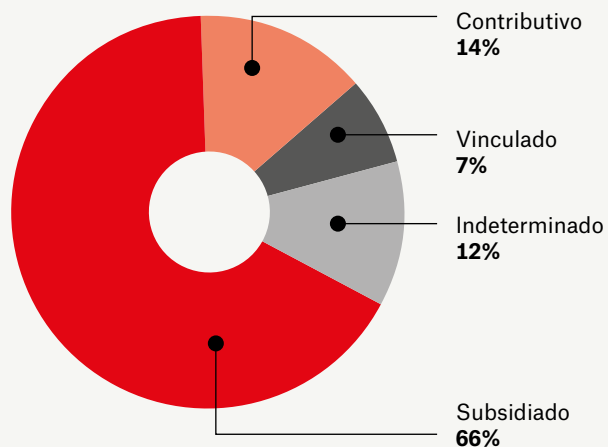
	Tumaco		Buenaventura		Equipo de Emergencias	
	Número	%	Número	%	Número	%
<b>Autorreferencia / voz a voz</b>	119	73%	18	8%	31	94%
<b>Centro de llamadas</b>	0	0%	161	69%	0	0%
<b>Referencia del equipo comunitario</b>	22	13%	4	2%	1	3%
<b>Referencia del Ministerio de Salud (CS, H, EPS)*</b>	3	2%	4	2%	0	0%
<b>Otra fuente</b>	15	9%	45	19%	1	3%
<b>Sin información</b>	4	2%	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>163</b>	<b>100%</b>	<b>232</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

\* CS: centro de salud; H: hospital; EPS: Entidad Promotora de Salud.

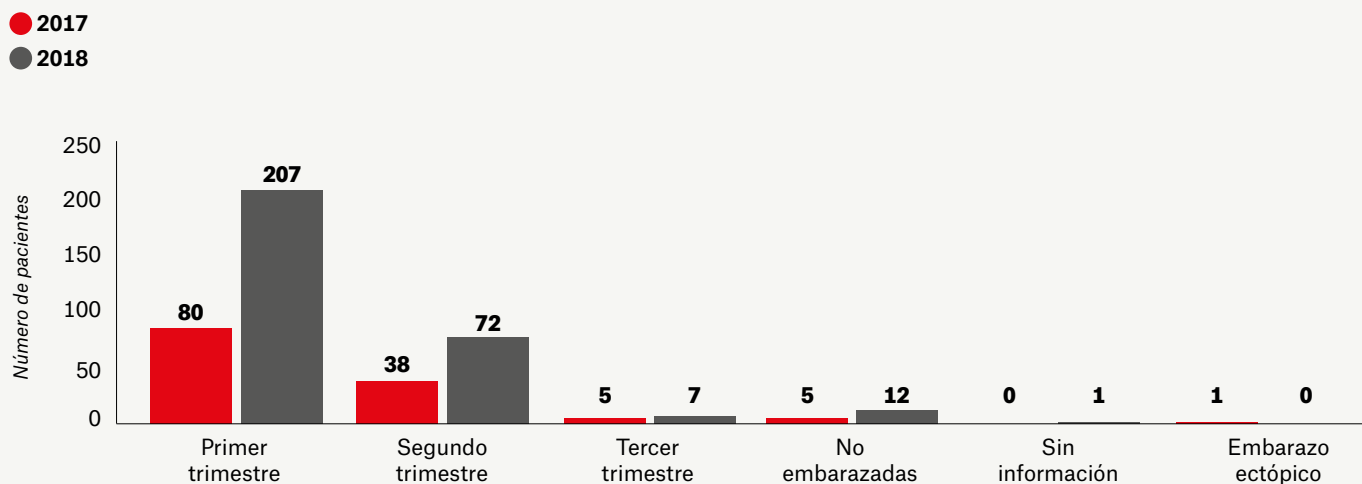
**Figura 9**  
Solicitudes de IVE por grupos de edad (2017-2018)



**Figura 10**  
Solicitudes de IVE según afiliación al sistema de Salud (2017-2018)



**Figura 11**  
Solicitudes de IVE según edad gestacional (2017-2018)



**Tabla 6**  
Intento previo de interrupción del embarazo (2017-2018)\*

	Número de pacientes	%
Sí	60	15%
No	351	85%
<b>Total</b>	<b>411</b>	<b>100%</b>

\* Solo pacientes embarazadas.

## ANEXO 2 IVE REALIZADAS

Tabla 7

### Desenlace tras consulta con MSF

	2017		2018		TOTAL	%
	Número	% sobre el total de embarazadas	Número	% sobre el total de embarazadas		
No estaban embarazadas	5	n/a	12	n/a	17	n/a
IVE realizada por MSF	49	40%	151	53%	200	49%
IVE tras remisión a otras instituciones	55	44%	88	31%	143	35%
Abortos espontáneos	0	0%	2	1%	2	0%
Continúan con el embarazo	12	10%	25	9%	38	9%
Abandonan el proceso / ilocalizables	8	6%	21	7%	28	7%
<b>Total de solicitudes</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>	<b>299</b>	<b>100%</b>	<b>428</b>	<b>100%</b>
<b>Total de embarazadas</b>	<b>124</b>		<b>287</b>		<b>411</b>	
<b>Total de IVE y % sobre total de embarazadas</b>	<b>104</b>	<b>84%</b>	<b>239</b>	<b>83%</b>	<b>343</b>	<b>83%</b>

Tabla 8

### IVE realizadas por año y área de atención

	2017		2018	
	Número	%	Número	%
<b>IVE realizadas por MSF</b>				
Tumaco	31	30%	53	22%
Buenaventura	18	17%	82	34%
Equipo de Emergencias	0	0%	16	7%
<b>IVE realizadas tras remisión a otras instituciones</b>				
Tumaco	12	12%	27	12%
Buenaventura	43	41%	54	22%
Equipo de Emergencias	0	0%	7	3%
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>	<b>239</b>	<b>100%</b>



Tabla 9

**IVE remitidas según el método administrado y el tipo de institución (2017-2018)**

	ONG o fundación		Hospital público		Hospital privado		Total según método	
<b>Farmacológico</b>	6	15%	3	3%	0	0%	9	<b>6%</b>
<b>Mixto: farmacológico + AMEU*</b>	1	3%	3	3%	0	0%	4	<b>3%</b>
<b>Mixto: farmacológico + quirúrgico</b>	0	0%	2	2%	0	0%	2	<b>1%</b>
<b>AMEU</b>	19	48%	2	2%	5	38%	26	<b>18%</b>
<b>Quirúrgico</b>	14	35%	80	89%	8	62%	102	<b>71%</b>
<b>Total según institución</b>	40	100%	90	100%	13	100%	143	<b>100%</b>
<b>% según institución</b>	<b>28%</b>		<b>63%</b>		<b>9%</b>			

\* Aspiración manual endouterina.

**ANEXO 3  
BARRERAS ENCONTRADAS**

Tabla 10

**Barreras encontradas (2017-2018)**

	Número de mujeres	%
<b>Sin barreras</b>	50	12%
<b>Una barrera</b>	373	87%
<b>Dos o más barreras</b>	5	1%
<b>Total</b>	<b>428</b>	<b>100%</b>

Tabla 11

**Barreras encontradas antes de consultar con MSF (2017-2018)**

	Número	%
<b>SOCIALES</b>	226	53%
Estigma y falta de apoyo social y/o familiar	22	5%
Desconocimiento del marco legal por parte de la mujer	201	47%
Económica o geográfica	3	1%
<b>SECTOR DE LA SALUD</b>	117	27%
Desinformación sobre el marco legal o tergiversación	34	8%
Objeción de conciencia	3	1%
Falta de confidencialidad	70	16%
Estigma o maltrato	3	1%
Otras trabas	7	2%
<b>INDEFINIDAS (otras)</b>	41	10%
<b>SIN BARRERAS</b>	50	12%
<b>Total de mujeres</b>	<b>428</b>	<b>100%</b>

Tabla 12

**Barreras según grupo de edad (2017-2018)**

	< 16 años		16-18 años		> 18 años		Indeterminado	Total de barreras
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	
<b>SOCIALES</b>	17	52%	46	55%	161	52%	2	226
Estigma y falta de apoyo social y/o familiar	0	0%	5	6%	16	5%	0	21
Desconocimiento del marco legal por parte de la mujer	16	48%	40	48%	143	46%	2	201
Económica o geográfica	1	3%	1	1%	2	1%	0	4
<b>SECTOR DE LA SALUD</b>	8	24%	23	28%	86	28%	0	117
Desinformación sobre el marco legal o tergiversación	3	9%	10	12%	21	7%	0	34
Objeción de conciencia	2	6%	0	0%	1	0%	0	3
Falta de confidencialidad	3	9%	10	12%	57	18%	0	70
Estigma o maltrato	0	0%	1	1%	2	1%	0	3
Otras trabas	0	0%	2	2%	5	2%	0	7
<b>INDEFINIDAS (otras)</b>	2	6%	3	4%	36	12%	0	41
<b>SIN BARRERAS</b>	7	21%	14	17%	29	9%	0	50
<b>TOTAL DE MUJERES</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>	<b>310</b>	<b>100%</b>	<b>2</b>	<b>428</b>

Tabla 13

Barreras según el tipo de afiliación al sistema de Salud (2017-2018)

	Subsidiado		Contributivo		Vinculado		Indeterminado	Total de barreras
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	
<b>SOCIALES</b>	171	60%	29	48%	18	56%	8	226
Estigma y falta apoyo social y/o familiar	15	5%	3	5%	1	3%	3	22
Desconocimiento del marco legal por parte de la mujer	155	55%	26	43%	15	47%	5	201
Económica o geográfica	1	0%	0	0%	2	6%	0	3
<b>SECTOR DE LA SALUD</b>	68	24%	22	36%	10	31%	17	117
Desinformación sobre el marco legal o tergiversación	21	7%	6	10%	6	19%	1	34
Objeción de conciencia	1	0%	2	3%	0	0%	0	3
Falta de confidencialidad	37	13%	13	21%	4	13%	16	70
Estigma o maltrato	2	1%	1	2%	0	0%	0	3
Otras trabas	7	2%	0	0%	0	0%	0	7
<b>INDEFINIDAS (otras)</b>	13	5%	0	0%	3	9%	25	41
<b>SIN BARRERAS</b>	36	13%	11	18%	1	3%	2	50
<b>TOTAL DE MUJERES</b>	<b>283</b>		<b>61</b>		<b>32</b>		<b>52</b>	<b>428</b>

Tabla 14

Barreras según edad gestacional (2017-2018)

	Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre		Indeterminado	Embarazo ectópico	No estaba embarazada	Total de barreras
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	Número	Número	
<b>SOCIALES</b>	149	52%	62	56%	9	75%	0	0	6	226
Estigma y falta apoyo social y/o familiar	11	4%	11	10%	0	0%	0	0	0	22
Desconocimiento del marco legal por parte de la mujer	138	48%	48	44%	9	75%	0	0	6	201
Económica o geográfica	0	0%	3	3%	0	0%	0	0	0	3
<b>SECTOR DE LA SALUD</b>	82	29%	27	25%	1	8%	1	1	5	117
Desinformación sobre el marco legal o tergiversación	20	7%	13	12%	1	8%	0	0	0	34
Objeción de conciencia	2	1%	1	1%	0	0%	0	0	0	3
Falta de confidencialidad	55	19%	8	7%	0	0%	1	1	5	71
Estigma o maltrato	2	1%	1	1%	0	0%	0	0	0	3
Otras trabas	3	1%	4	4%	0	0%	0	0	0	7
<b>INDEFINIDAS (otras)</b>	29	10%	11	10%	0	0%	0	0	1	41
<b>SIN BARRERAS</b>	30	10%	13	12%	2	17%	0	0	5	50
<b>TOTAL DE MUJERES</b>	<b>287</b>		<b>110</b>		<b>12</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>428</b>

Para más información:

[msfe-bogota-hom@barcelona.msf.org](mailto:msfe-bogota-hom@barcelona.msf.org)

[msfe-bogota-hao@barcelona.msf.org](mailto:msfe-bogota-hao@barcelona.msf.org)

[www.msf.es](http://www.msf.es)

