

IVE desde el margen

Análisis de limitaciones socio jurídicas de las mujeres negras afrodescendientes para el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia



**IVE desde el margen: Análisis de las limitaciones socio
jurídicas de las mujeres negras afrodescendientes**

ILEX Acción Jurídica

Título original: IVE desde el margen: Análisis de limitaciones socio jurídicas de las mujeres negras afrodescendientes para el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia.

ISBN: 978-958-52847-8-4

Primera edición: febrero de 2023
©Ilex Acción Jurídica

Ilex Acción Jurídica es una organización de la sociedad civil liderada por abogadas afrodescendientes, dirigida a impulsar estrategias de acción jurídica, comunicaciones e investigación social con enfoque interseccional, para contribuir al goce efectivo de los derechos de las comunidades y personas afrodescendientes en Colombia. Nuestro propósito es brindar apoyo técnico-jurídico a personas, comunidades y organizaciones afrodescendientes para lograr el acceso a sus derechos y para combatir la discriminación racial.

Página: <https://www.ilexaccionjuridica.org>

Correo electrónico de contacto: info@ilex.com.co

Facebook: <https://www.facebook.com/ilexAJ/> **Twitter:** @IlexAJ

Directora General: Dayana Blanco Acendra

Dirección General:

Dayana Blanco Acendra

Investigadores (as):

Eliana Robles-Pallares

Carolina Garcés Murillo

Abraham Caraballo

Editora y correctora de estilo:

Cindy Herrera Estrada

Ilustración de cubierta, diseño y diagramación:

Maria José Porras Sepúlveda

Esta publicación debe citarse como: ILEX Acción Jurídica (2024). IVE desde el margen: Análisis de limitaciones socio jurídicas de las mujeres negras afrodescendientes para el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia.

- - (o) - -

Índice de contenido

Índice de contenido	3
Agradecimientos	7
Introducción	8
Descripción metodológica	14
Capítulo 1. Cumplimiento de fallos en contextos políticos y socialmente complejos	21
1.1 Comprensión de los sujetos políticos que protege el derecho al aborto	24
Capítulo 2. En los márgenes de las sentencias y el marco legal están las condiciones de existencia de las mujeres negras afrodescendientes que configuran barreras y brechas	29
2.1 Condiciones de pobreza de la población afrodescendiente	29
2.2 Feminización racial de la pobreza: Contexto demográfico y social de las mujeres negras afrodescendientes en Colombia	38
2.3 Fallas en la disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva	46
2.4 Características territoriales como desafíos a la movilidad, seguridad y libertad personal	51
Capítulo 3. Factores que inciden en las necesidades de aborto en las mujeres negras afrodescendientes	60
3.1 El cuerpo de las mujeres negras afrodescendientes como un espacio de dominación y explotación sexual desde la esclavitud hasta la modernidad	60
3.2 Situación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres negras afrodescendientes en Colombia	68
3.2.1. Mortalidad materna en Colombia y la pertenencia étnico-racial	75
3.2.2 Embarazo en adolescentes y planificación familiar	79
Capítulo 4. Estándares para la garantía del derecho al aborto y aproximaciones a las brechas que las mujeres negras afrodescendientes enfrentan aún bajo ese marco legal	80
4.1 Estándares constitucionales	80
4.2 Marco establecido por la Resolución 051 de 2023, como medida de política pública que desarrolla la Sentencia C-055 de 2022	86
4.3 Estándares internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre atención del aborto seguro	92
4.4 Recomendaciones sobre el personal asistencial de salud	95
Capítulo 5. Hallazgos	98
5.1 Características sociodemográficas de las mujeres con experiencia de aborto	99
5.2 Brechas en el acceso al aborto identificadas en la investigación	105
A. Falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva	108
B. Poca disponibilidad de IPS para el acceso al aborto	113
C. Falta de conocimiento de profesionales de la salud sobre técnicas más costo efectivas y seguras	122
D. Imposibilidad de transporte, viáticos o servicios privados	124
E. Barreras administrativas	126
F. Barreras para interrupción en el tercer trimestre	126
G. Falencias en el acceso a información sobre el estatus legal del aborto	127
H. Falta de conocimiento del marco legal entre los actores responsables de garantizar el aborto	128
I. Insuficiente difusión y comunicación apropiada sobre el estatus legal del aborto y las condiciones para el acceso	129
J. Barreras por incumplimiento de lineamientos de salud del Ministerio de Salud y los estándares de la OMS	135
K. La influencia de las normas culturales y el control físico y moral ejercida por actores armados	139
L. Discriminación racial y tratos crueles y degradantes	147
Capítulo 6. Recomendaciones	154
6.1 Recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social	157
6.2 Recomendaciones a las entidades territoriales	162
6.3 Procuraduría General de la Nación, Defensoría del Pueblo y personerías	163
6.4 Recomendaciones al Ministerio de Educación	164
6.5 Recomendaciones al Consejo Superior de la Judicatura y la Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla	165
6.6 Recomendaciones a las organizaciones feministas	165
Referencias bibliográficas	167



Índice de tablas

Tabla 1. Distribución geográfica según enfoque cuantitativo, 2023	15
Tabla 2. Entidades consultadas para el enfoque cualitativo, según tipo de respuesta, 2023.	18
Tabla 3. Módulos de la encuesta realizada a las mujeres participantes en los grupos focales	19
Tabla 4. IPM relacionados con educación, trabajo y salud en personas afrodescendientes y personas sin ningún grupo étnico racial	31
Tabla 5. Diferencias en IPM relacionados con educación, trabajo y salud en hombres y mujeres negras afrodescendientes	32
Tabla 6. Pobreza general total en población afrocolombiana en territorio urbano y rural	34
Tabla 7. Pobreza extrema total de personas afrocolombianas en territorio urbano y rural	34
Tabla 8. Acceso a aborto por telemedicina según datos de la IPS Profamilia	42
Tabla 9. Número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos	44
Tabla 10. Componentes centrales de un entorno propicio para la atención del aborto	94
Tabla 11. Recomendación del manejo médico del aborto, según tipo de trabajador de la salud	97
Tabla 12. Número y porcentaje de mujeres encuestadas con experiencia de aborto, según municipios	101
Tabla 13. Nivel educativo de las mujeres con experiencia de aborto (porcentaje)	102
Tabla 14. IPS que efectivamente brindan servicios de aborto en el departamento de Bolívar	116
Tabla 15. IPS que efectivamente brindan servicios de aborto en el Valle del Cauca	118
Tabla 16. IPS que efectivamente brindan servicios de aborto en el departamento de Chocó	120



Índice de gráficas

Gráfica 1. IPM relacionados con educación, trabajo y salud en personas afrodescendientes y personas sin grupo étnico racial	31
Gráfica 2. IPM relacionados con educación, trabajo y salud en hombres y mujeres negras afrodescendientes	33
Gráfica 3. Pobreza general en personas afrodescendientes	35
Gráfica 4. Pobreza extrema en personas afrodescendientes	35
Gráfica 5. Cobertura de servicios públicos domiciliarios según pertenencia étnico-racial	37
Gráfica 6. Cobertura de servicios públicos domiciliarios por sexo	39
Gráfica 7. Nivel educativo por sexo y pertenencia étnico-racial	40
Gráfica 8. Tasa de abortos en Colombia	54
Gráfica 9. ¿Cuándo interrumpió el embarazo, había recibido información sobre salud sexual y reproductiva?	69
Gráfica 10. ¿Al momento de su primera relación sexual usó algún método anticonceptivo?	70
Gráfica 11. ¿El embarazo que decidió interrumpir fue deseado o planificado?	71
Gráfica 12. Embarazo deseado o planificado, según tipo de aborto	71
Gráfica 13. Comportamiento de las razones de mortalidad materna según pertenencia étnica, Colombia 2008-2020	76
Gráfica 14. Razón de mortalidad para personas afrodescendientes, con variación porcentual anual estimado a partir de modelos de regresión Joinpoint, Colombia, 2008-2020	76
Gráfica 15. Morbilidad materna extrema asociada a complicaciones de aborto según entidad territorial	78
Gráfica 17. Porcentaje de mujeres por tipo de aborto, según departamento de residencia	101
Gráfica 18. Razones por las cuáles las mujeres interrumpen el embarazo	103
Razones por las cuáles las mujeres interrumpen el embarazo	104
Gráfica 19. Tipo de religión, según tipo de aborto (porcentaje)	105
Gráfica 20. ¿Cuáles de las siguientes barreras considera más importantes a la hora de acceder a un aborto/ interrupción del embarazo?	107
¿Cuáles de las siguientes barreras considera más importantes a la hora de acceder a un aborto/ interrupción del embarazo?	108
Gráfica 21. ¿Sabe que el aborto es legal en Colombia hasta la semana 24?	130
Gráfica 22. ¿Conoce usted la sentencia C-355 de 2006?	130
Gráfica 23. ¿Sabe que el aborto es legal en Colombia hasta la semana 24?	131
Gráfica 24. ¿Dónde se realizó el procedimiento?	132
Gráfica 25. ¿Alguna vez ha sido obligada a tener una relación sexual?	141
Gráfica 26. ¿Usted es víctima del conflicto armado?	141
Gráfica 27. ¿Cuál es el aspecto que más influye en su percepción sobre la calidad del servicio de su EPS o de la entidad de seguridad social en salud en la cual está afiliado(a)?	153



Resumen

Este estudio tiene como objetivo principal identificar, describir y analizar las barreras que las mujeres negras afrodescendientes enfrentan con relación al acceso al aborto en los departamentos de Bolívar, Chocó y Valle del Cauca. Se centra en explorar los factores que inciden en la reducción del acceso al aborto para estas mujeres, lo que afecta la plena realización de las sentencias emitidas por la Corte Constitucional que reconocen el aborto como un derecho y permiten su despenalización hasta la semana 24 de gestación. Además, se busca identificar los factores protectores que puedan contribuir a que las políticas públicas de acceso al aborto se ajusten a las necesidades y circunstancias materiales de vida de las mujeres negras afrodescendientes subordinadas y sus contextos.

En un principio, se lleva a cabo un análisis socio-jurídico enfocado en el cumplimiento de los fallos sobre aborto en contextos políticos y socialmente complejos, los cuales están determinados por el racismo estructural que afecta de manera directa a las mujeres beneficiarias de dichas sentencias. Luego, se realiza un análisis de las condiciones de desigualdad que experimentan las mujeres negras afrodescendientes debido a su identidad racial-étnica, y se investiga cómo este contexto influye directamente en la formación de brechas en el acceso al aborto. A continuación, se abordan los factores que impactan en las necesidades de aborto en las mujeres negras afrodescendientes. Seguido a esto, se presenta la situación de la salud sexual y reproductiva de este grupo de mujeres en Colombia y se examinan los factores que contribuyen a la incidencia del aborto inseguro en este grupo.

Finalmente, se lleva a cabo un estudio socio-jurídico que se enfoca en el marco legal establecido por la Corte Constitucional en sus recientes sentencias sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo y en los estándares internacionales sobre aborto. Además, se lleva a cabo un análisis de los estándares internacionales para la atención del aborto seguro y oportuno, con el fin de revisar las barreras específicas identificadas en la investigación en los departamentos de Bolívar, Chocó y Valle del Cauca. El propósito es analizar las barreras y brechas que enfrentan las mujeres negras afrodescendientes, de acuerdo con los hallazgos obtenidos en la investigación. Al cierre del documento, se presentan conclusiones y recomendaciones que proponen medidas específicas para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, al movimiento feminista y otros sectores afines.

Agradecimientos

Es relevante destacar que la Red Interétnica de Parteras y Parteros del Chocó, conocida como ASOREDIPAR Chocó, desempeñó un papel fundamental en todo el proceso de investigación, desde la fase de conceptualización hasta la definición de categorías, el diseño de instrumentos de recolección, el análisis de datos y la divulgación de resultados. Asimismo, en el desarrollo de los grupos focales con las parteras, ASOREDIPAR fue la encargada de facilitar, junto con Ilex Acción Jurídica, dichos espacios y hacer la traducción cultural de los términos empleados.

De igual manera, Danny Ramírez Torres revisó los instrumentos de recolección de información y retroalimentó diferentes fases del proceso de investigación. A su vez, Mariana Ardila Trujillo y Lilian Paola Osorio retroalimentaron y comentaron versiones preliminares de este estudio. A ellas agradecemos sus contribuciones y reflexiones, este estudio se nutre de su experticia y conocimiento de los contextos como mujeres negras afrodescendientes y en derechos sexuales y reproductivos.

Agradecemos, especialmente, a las organizaciones de mujeres negras afrodescendientes que participaron en esta investigación. En el Chocó, queremos reconocer la contribución invaluable de Asomulecho, la Escuela Cultural Mojiganga, Lunas Verdes, la Red Juvenil de Mujeres Chocoanas, la Fundación Creciendo con Mamá y la Fundación Mareia. Asimismo, expresamos nuestro profundo agradecimiento a Mujeres al Derecho, Te Apoyo Y Perla Gómez, en representación de Poderosas en Bolívar, así como a Red Mariposas de Alas Nuevas en el Valle del Cauca. La justicia testimonial que se recoge en este estudio se cimienta en la confianza que estas organizaciones han forjado a través de su dedicación al trabajo comunitario. Esta confianza ha sido fundamental para posibilitar el cuidado y la generación de conocimiento contextualizado, ofreciendo así una comprensión más profunda de las diversas realidades que enfrentan las mujeres negras afrodescendientes en estos municipios. Su participación ha enriquecido significativamente esta investigación.

Por último, agradecemos al equipo de trabajo que nos apoyó en el diseño metodológico de la investigación y en las actividades de recolección de la información. Especialmente a Eliana Alcalá de Ávila, Vanessa Castro y Audrey Mena.

Introducción

En el mundo cada año se realizan 73 millones de abortos, según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta cifra refleja una paradoja: mientras el aborto es uno de los procedimientos más comunes, también figura como una de las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad materna, aunque tiene la mayor posibilidad de ser intervenida (Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014)

A nivel mundial, el aborto es un procedimiento habitual en el que terminan 3 de cada 10 embarazos de manera espontánea y 6 de cada 10 embarazos no planeados por una interrupción voluntaria (Kim et al., 2022). Según señala la OMS, la eliminación completa de los abortos inseguros y las muertes relacionadas podría lograrse mediante los avances médicos y tecnológicos que permiten la realización de abortos inducidos de manera segura y eficaz, siempre y cuando se garantice un acceso universal a estos servicios (2012).

Aunque habitual y seguro, cuando se realiza en las condiciones recomendadas por la OMS, cerca del 45% de los abortos en el mundo se realizan en condiciones peligrosas. El 97% de esos abortos inseguros se practican en las regiones de África, Asia y América Latina (J. M. Bearak et al., 2022). Los abortos inseguros representan una grave preocupación para la salud y los derechos de las mujeres, siendo la causa de alrededor de 39,000 fallecimientos anuales, según la OMS (2022). En Colombia, según una investigación del Instituto Allan Guttmacher (AGI) realizada en 2010, se estima que alrededor del 44% de los embarazos no deseados resultan en abortos voluntarios, lo que equivale a aproximadamente 400.400 abortos al año. La OMS estimó que en el año 2008 se presentaron en Colombia 780 muertes maternas, de las cuales 70 se debieron a abortos inseguros y cerca de 132.000 sufrieron complicaciones. En el período comprendido entre 2009 y 2020, el 6% de las muertes maternas en Colombia se relacionaron con abortos (DANE, 2021b), aunque no existen datos específicos sobre cuántos de estos casos corresponden a abortos inseguros.

La falta de acceso a servicios médicos adecuados, de medicamentos disponibles para la autogestión del aborto y la prohibición legal en muchos casos empujan a las mujeres a recurrir a métodos riesgosos y no regulados, lo que puede resultar en complicaciones de salud graves e incluso la pérdida de vidas. Además, el desconocimiento sobre el marco legal, las condiciones socio-económicas y el estigma social asociados con el aborto a menudo dificultan que las mujeres acudan al Sistema de Salud para la práctica de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, que busquen atención médica de emergencia o apoyo psicológico, exacerbando aún más los riesgos.

En los países donde el aborto está muy restringido por la ley o no está disponible por otras barreras, el aborto seguro se ha convertido en un privilegio para las personas con mayores ingresos, mientras que quienes tienen menos ingresos les resulta difícil o imposible acceder a una atención para el aborto de calidad; situación que les obliga a utilizar métodos inseguros y/o recurrir a proveedores no cualificados. Los organismos de derechos humanos han condenado reiteradamente las leyes restrictivas sobre el aborto por ser incompatibles con las normas de derechos humanos (Comisión de Derechos Humanos, ONU, 2019)

El aborto inseguro representa una de las principales fuentes de morbilidad y mortalidad materna, con el potencial de desencadenar complicaciones tanto físicas como psicológicas*. Además de los daños a la salud, esta situación acarrea consecuencias sociales y económicas negativas para las mujeres, sus comunidades y los sistemas de atención médica. La falta de acceso a servicios de aborto seguros, oportunos, asequibles y respetuosos no solo se configura como un serio problema de salud pública, sino también como una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres (OMS, 2012).

El impacto del aborto y las consecuencias de su penalización en la vida de las mujeres que enfrentan esta situación son de tal magnitud que llevaron gradualmente a la Corte Constitucional a expandir el marco legal. A través de un proceso evolutivo, la Corte emitió la sentencia C-355 de 2006, estableciendo un sistema de causales que permitía el acceso legal al aborto en tres circunstancias específicas. Posteriormente, en un hito de gran alcance, la sentencia C-055 de 2022 despenalizó el aborto en todas las circunstancias hasta la semana 24 de gestación. Esta última decisión se fundamentó, en parte, sobre la necesidad de salvaguardar a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad, que experimentaban los impactos más profundos de un sistema que penalizaba la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

Sin embargo, los avances del marco legal establecido, más allá de la igualdad formal en el reconocimiento del derecho al aborto, no han profundizado en incorporar en el análisis las condiciones sociales, culturales, económicas y de racismo estructural que atraviesan a las mujeres más vulnerables, aquellas con pertenencia étnico-racial y las que viven en la ruralidad. La sentencia C-055 de 2022 dispuso que, más allá de la penalización, el Estado debía promover y garantizar una política con un enfoque de género y un alcance interseccional, en el sentido de que pueda proteger específicamente a quienes están expuestas a más de un factor de vulnerabilidad.

Este mandato relativo a superar las condiciones de desigualdad implica reflexionar que incluso con la despenalización del aborto no se garantiza automáticamente el acceso de todas las mujeres a un servicio de interrupción del embarazo, porque hay condiciones de desigualdad que impactan de manera diferencial a algunos grupos, en específico cuando se conectan distintas categorías sociales, como la pertenencia étnico-racial. A pesar de las diversas teorías y enfoques críticos que han surgido en el ámbito jurídico y social, existe una

* Las consecuencias surgidas de abortos que carecen de seguridad pueden englobar el aborto incompleto (cuando no se elimina por completo el tejido del embarazo del útero), hemorragias, daños en la zona vaginal, cervical y uterina, así como infecciones.

notable ausencia de sentencias y políticas públicas que diagnostiquen de manera efectiva las condiciones de vida específicas de las mujeres negras afrodescendientes y analicen cómo la intersección de múltiples matrices de opresión contribuye a restringir su acceso al derecho al aborto.

Por otro lado, se mantienen unos marcos generales, universales y liberales que no mitigan los riesgos de que las políticas públicas que se desarrollen para el cumplimiento de los estándares establecidos en las sentencias sean insuficientes para alcanzar a todas las mujeres en su diversidad, especialmente a aquellas que ya la Corte anticipa son las más afectadas por los marcos legales restrictivos en materia de acceso al aborto. Dichos marcos definen unos márgenes en los que se sitúan las realidades de las mujeres que viven en contextos políticos y socialmente complejos, donde la pertenencia étnico-racial es determinante a la hora de definir quien goza o no de ese derecho.

El estudio realizado por el Instituto Guttmacher en 2011 revela que la precariedad y las restricciones impuestas por entornos empobrecidos y rurales tienen un impacto profundamente negativo en la autonomía reproductiva de las mujeres. A pesar de que habían transcurrido cinco años desde la aprobación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en las tres causales establecidas por la Corte, Guttmacher identificó que muchas mujeres aún no podían acceder a un aborto seguro debido a barreras tanto institucionales como sociales (Prada et al., 2011). Estas dificultades se amplifican por factores como prejuicios sociales, barreras geográficas o territoriales, contextos restrictivos y trámites burocráticos impuestos por profesionales de la salud encargados de brindar el servicio. La falta de información precisa y los obstáculos estructurales y sistémicos resultan en un desconocimiento de los derechos.

Es necesario visibilizar las barreras específicas, sistémicas y estructurales que viven las mujeres negras afrodescendientes para que estas puedan ser debidamente entendidas y atendidas. Este diagnóstico busca contribuir a subsanar el vacío investigativo actual sobre este tema, al analizar las experiencias y barreras que enfrentan las mujeres negras afrodescendientes en relación con el acceso al aborto. Al implementar un enfoque de naturaleza socio-jurídica, la investigación se apoya en entrevistas para conectar las vivencias de las mujeres negras afrodescendientes, utiliza registros de abortos atendidos por el sistema de salud y lleva a cabo un análisis de los factores que dan origen a obstáculos en el acceso a una interrupción del embarazo legal y segura, todo ello con el fin de comprender las dinámicas subyacentes en la práctica del aborto en este grupo demográfico.

Es preciso advertir que este estudio representa una aproximación inicial hacia la dimensión étnico-racial en relación a las barreras de acceso al aborto, la incidencia del aborto inseguro y los elementos protectores que pueden fomentar un entorno propicio para que las mujeres negras afrodescendientes accedan de manera más equitativa y segura a los servicios de interrupción del embarazo. Por tanto, deben desarrollarse esfuerzos posteriores con mejores y más confiables datos disponibles que permitan analizar adecuadamente la información desagregada por perfil étnico-racial. Lo anterior puede contribuir a que se

adelanten diagnósticos demográficos y epidemiológicos en torno a cómo pueden mitigarse las barreras que enfrentan las mujeres negras afrodescendientes en razón de su contexto social y el racismo estructural como un factor condicionante de la reducción de acceso al aborto seguro.

Es fundamental destacar que este texto ha sido elaborado dentro de las limitaciones inherentes a la información oficial disponible, así como a la dificultad de encontrar estadísticas relevantes en relación con la salud sexual y reproductiva de las mujeres negras afrodescendientes en general y, más específicamente, con respecto a la incidencia del aborto inseguro y el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Tal como ha sido señalado por Ilex Acción Jurídica en investigaciones previas, y respaldado por la literatura académica, abordar aspectos de la dinámica social relacionados con este grupo poblacional implica considerar dos desafíos centrales: la falta de información de calidad y desagregada en términos étnico-raciales y la imposibilidad de trabajar con datos confiables debido a las deficiencias de los registros administrativos respecto a la forma en cómo registran la variable étnico-racial en el SISPRO y su interoperabilidad con el RIPS. Además, se suman a estas dos problemáticas las dificultades para identificar a los miembros de esta comunidad en un contexto social, político y cultural caracterizado por el fenómeno del blanqueamiento de las poblaciones afrodescendientes, producto de los efectos del proceso de mestizaje en la región. A esta dificultad se suma la falta de datos desagregados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre abortos, lo que dificulta identificar entre ellos los que corresponden a interrupciones voluntarias del embarazo y aquellos espontáneos o derivados de otras complicaciones obstétricas.

El propósito de este documento es indagar sobre las barreras específicas y factores sociales, políticos y culturales que determinan la incidencia del aborto inseguro y la reducción en el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en las mujeres negras afrodescendientes. A pesar de que existen investigaciones previas que abordan la situación y los desafíos enfrentados por las mujeres que interrumpen su embarazo, éstas no están enfocadas en las condiciones específicas y especiales que enfrentan este grupo de mujeres en los territorios mayormente habitados por población afrodescendiente. Adicionalmente, las pocas investigaciones que sí indagan por esas barreras específicas que impactan el acceso a la IVE de las mujeres negras afrodescendientes develan un vacío en la información sobre este tema.

Si bien la jurisprudencia de la Corte Constitucional Colombiana ha subrayado el derecho de las mujeres a una Interrupción Voluntaria del Embarazo (*Sentencia C-355 de 2006*) y ha establecido la necesidad de una política pública de acceso al aborto que asegure la IVE en condiciones de igualdad y sin discriminación (*Sentencia C-055 de 2022*), todavía persiste la carencia de un análisis exhaustivo sobre las barreras específicas que repercuten en las mujeres negras afrodescendientes en lo concerniente al aborto seguro. La identificación y análisis de los factores determinantes que contribuyen a la reducción del acceso al aborto entre las mujeres negras afrodescendientes, así como aquellos que influyen en la práctica de abortos inseguros, aún no se ha abordado en profundidad. De manera similar, tampoco

se ha tratado la identificación y análisis de los obstáculos en el acceso a la atención del aborto desde la perspectiva de las mujeres negras afrodescendientes, la perspectiva de las parteras y los parteros tradicionales, ni los profesionales de la salud que trabajan en los territorios donde se concentra la población afrodescendiente.

Teniendo en cuenta lo anterior, para esta investigación fue crucial contar con la participación de las parteras y sus asociaciones porque Ilex Acción Jurídica es consciente del rol comunitario que juegan en el ecosistema de salud en la población afrocolombiana que enfrenta reducción en el acceso al sistema de salud debido a la ausencia o débil presencia estatal. En consecuencia, en este documento se exponen algunos de los hallazgos y perspectivas recogidas en el documento “Partería tradicional e Interrupción Voluntaria del Embarazo - IVE ‘una mirada territorial’ en Chocó, Bolívar y Valle del Cauca”.

Desde esta perspectiva, la investigación subraya el papel fundamental de las parteras y parteros como pilares indispensables en el panorama de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres negras. Como parte del trabajo de análisis previo contextual, se reconoció la importancia de incorporar la perspectiva y el conocimiento de la partería tradicional afrocolombiana y sus asociaciones para comprender plenamente su función, así como la de la medicina tradicional, en la provisión de servicios relacionados con el aborto. Desde una óptica territorial, las parteras y parteros emergen como actores esenciales en el tejido de la salud sexual y reproductiva en sus respectivas comunidades, ya sean estas semi urbanas como en el caso de Quibdó y Buenaventura, o rurales, desempeñando un papel crucial en la mitigación de riesgos y en la facilitación del acceso a información crucial.

En entornos donde el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva es limitado, la partería tradicional asume una relevancia crítica, siendo capaz de contribuir significativamente a la reducción de los peligros asociados al aborto inseguro. Sus acciones abarcan desde la difusión de información sobre la legislación en torno al aborto hasta la identificación de señales de alerta y la conexión de individuos con necesidades de aborto con los recursos disponibles en el sistema de salud.

Por consiguiente, este estudio se propone documentar información sobre la práctica del aborto inseguro y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) a través de la exploración de las vivencias de las mujeres, integrando la perspectiva de las parteras y parteros, y analizando los datos disponibles con el fin de formular recomendaciones dirigidas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y otros sectores pertinentes.

Del mismo modo, este texto pretende ofrecer un análisis sobre algunas condiciones de vulnerabilidad estructural en personas o territorios afrocolombianos que limitan los mecanismos para mitigar las barreras de acceso al aborto. Esto tiene como objetivo de identificar qué presupuestos deben desarrollar las políticas públicas que se formulen en materia de acceso al aborto.

Igualmente, este documento tiene la finalidad de proponer una serie de recomendaciones para las autoridades públicas sobre factores protectores que pueden contribuir a mitigar las barreras que enfrentan debido a su contexto social, político y racial y que deben contemplarse en las medidas de política pública que desarrollen los estándares establecidos por la Corte Constitucional.



Descripción metodológica

Este estudio adopta una metodología de naturaleza cualitativa y descriptiva, focalizada en las vivencias y experiencias de mujeres afrodescendientes y/o personas negras en estado gestacional que han experimentado o buscado activamente una o más Interrupciones del Embarazo (IE) o Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE). La principal fuente de datos reside en las historias de vida o testimonios de estas mujeres entre los 18 y 49 años, proporcionando una perspectiva amplia y contextualizada de sus experiencias. En aras de una comprensión más integral, este enfoque cualitativo se ve complementado con un análisis cuantitativo exploratorio, que aporta datos objetivos e información demográfica y social, con el fin de contextualizar y profundizar las narrativas personales de la población objetivo a través de una encuesta digital. La combinación de métodos cualitativos y cuantitativos permite una exploración íntegra de los diversos aspectos relacionados con la toma de decisiones reproductivas de las mujeres afrodescendientes, mejorando así la comprensión de este fenómeno. Así mismo, la metodología empleada en la elaboración de este informe se fundamenta en un proceso de investigación-acción con un enfoque comunitario robusto.

El estudio se desarrolló en los departamentos de Bolívar, Chocó y Valle del Cauca debido a que cumplen con dos criterios necesarios para los propósitos de esta investigación. El primero de ellos es su composición demográfica, que, según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, las proyecciones de población y los ejercicios poblaciones desde la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, muestra tener una población considerable de personas afrodescendientes en el país, lo que proporciona un contexto diferencial al abarcar dos regiones del país. El segundo, es la pluralidad geográfica de estos departamentos, que abarca desde áreas urbanas hasta zonas rurales, dispersas y también de difícil acceso. Lo anterior permite una exploración integral de las distintas realidades y desafíos que enfrentan las mujeres en diferentes entornos.

Estas dinámicas sociales y demográficas heterogéneas presentes en los tres departamentos mencionados anteriormente ofrecen un panorama adecuado para comprender de manera profunda y matizada las intersecciones de factores que influyen en las decisiones reproductivas de esta población, mejorando así la validez y la aplicabilidad de los hallazgos obtenidos. Adicionalmente, en estos departamentos se identificaron organizaciones conformadas por mujeres afrodescendientes que se dedican a promover los derechos de las mujeres, especialmente en municipios donde la mayoría de la población pertenece al grupo de edades entre 18 y 49 años. Este aspecto reviste gran importancia, puesto que el estudio se enmarca en un enfoque cualitativo, donde la principal fuente de

información son las experiencias y testimonios de las mujeres afrodescendientes que han experimentado o intentado acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Entre los municipios seleccionados, se optó por tres en cada departamento, tomando en consideración la significativa presencia de población afrodescendiente y la existencia de organizaciones comunitarias de mujeres, así como de la presencia de las asociaciones de partería tradicional afrocolombiana. Las organizaciones sociales identificadas en Bolívar (Barú-Cartagena y María La Baja), Chocó (Atrato, Istmina y Quibdó), y Valle del Cauca (Cali, Buenaventura y Jamundí), como se detalla en la tabla 1, se convirtieron en puntos de referencia para establecer contacto con las mujeres afrodescendientes participantes en lo que denominamos “nichos de aprendizaje”. Estos nichos se configuraron como nodos estratégicos para facilitar el establecimiento de vínculos con las mujeres afrodescendientes y las parteras tradicionales que participaron en el estudio. Es decir, fueron concebidos como entornos cuidadosamente diseñados con la finalidad de constituir espacios seguros, propiciadores de confianza, destinados a la implementación de las tres modalidades de recolección de datos: grupos focales, encuestas y entrevistas en profundidad. En todos se priorizó la inclusión de mujeres que habían experimentado al menos un aborto.

Tabla 1. Distribución geográfica según enfoque cuantitativo, 2023

Focalización de la investigación		Lugar grupo focal y entrevista	Enfoque cualitativo		Enfoque cuantitativo
Departamento	Municipio		Número de participantes	Número de entrevistas a profundidad con mujeres con experiencia de aborto	Número de encuestas*
Bolívar	Barú		2	2	1
	Cartagena	Cartagena	6	1	2
	María La Baja		11	0	3
Chocó	Atrato		5	0	2
	Condoto		4	0	3
	Istmina	Quibdó	2	2	2
	Quibdó		23	1	7
	Tadó		2	0	1
Valle del Cauca	Cali		0	0	0
	Buenaventura	Buenaventura	26	2	4
	Jamundí		0	0	0
TOTAL			81	8	25

* Número de mujeres encuestadas con experiencia de aborto, según encuesta aplicada, en esta en total fueron 81 personas encuestadas

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. DANE. Procesado con Redatam WebServer | CEPAL/CELADE | 2007-2020.

Para identificar y comprender las barreras de acceso al aborto, se implementaron diversas técnicas de investigación, entre las cuales se destacan los nichos de aprendizaje o grupos focales como herramienta clave. En primera instancia, se llevaron a cabo seis (6) grupos focales, dos en cada ciudad (Quibdó, Cartagena y Buenaventura). Cada ciudad albergó dos grupos focales: uno dirigido a las mujeres identificadas en los nichos de aprendizaje y otro a las parteras afrocolombianas. Los grupos focales tuvieron como objetivo principal identificar y comprender las barreras de acceso al aborto desde su propia perspectiva y vivencias. Por otro lado, los grupos focales conformados por las parteras afrocolombianas se llevaron a cabo con el propósito de profundizar en su percepción sobre los derechos sexuales y reproductivos, así como en su función como cuidadoras en el territorio y su visión respecto al aborto.

Es importante destacar que estos grupos focales se realizaron de manera separada debido a la naturaleza diferenciada de las participantes. Las parteras representan un sujeto de análisis particular para los fines de este estudio, dada su relevancia como actores comunitarios en salud que desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de sistemas de cuidados propios en las comunidades afrocolombianas. Por lo tanto, se reconoció la importancia de abordar sus perspectivas de manera específica y detallada en relación con el tema del aborto y los derechos sexuales y reproductivos en el contexto territorial comunitario.

Además, se aplicaron un total de 81 encuestas, a las mujeres y parteras tradicionales que participaron en los grupos focales. Dentro de ese grupo se identificaron a 25 mujeres que habían experimentado abortos, de las cuales 11 habían tenido interrupciones espontáneas y 14 habían optado por la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Además, se llevaron a cabo ocho entrevistas en profundidad con mujeres que habían vivido experiencias de aborto.

La elección de estas técnicas de investigación se basó en la búsqueda de una mayor cercanía con las vivencias, percepciones y testimonios de las mujeres afrodescendientes en relación con el aborto. Estas herramientas permitieron abordar la conversación sobre el aborto de manera más efectiva, al tiempo que ayudaron a mitigar los efectos del estigma social y los prejuicios culturales que a menudo rodean las experiencias de interrupción del embarazo.

Para identificar y analizar las barreras de acceso en la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo para mujeres afrodescendientes, el equipo de investigación envió peticiones a entidades públicas y a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Estas solicitudes incluyeron la solicitud de datos desagregados por pertenencia étnico-racial sobre interrupciones voluntarias del embarazo realizadas, estudios diagnósticos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos de estas poblaciones, identificación de las IPS habilitadas para brindar estos servicios, detalles sobre medidas implementadas desde un enfoque étnico-racial, así como actividades relacionadas con la implementación del marco legal del aborto.

Adicionalmente, con el objetivo de identificar de manera integral las barreras y las condiciones en la prestación de servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en todos los niveles de complejidad, se llevaron a cabo un total de 17 entrevistas con profesionales de la salud de diversos perfiles. Este grupo incluyó a enfermeras (3), auxiliares de enfermería (3), psicólogos (2), médicos generales (4), especialistas en ginecología y obstetricia (3), así como especialistas en epidemiología (2).

La selección de estos profesionales de la salud se basó en un criterio específico que consistió en verificar que estuvieran o hubieran estado directamente involucrados en la atención de servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo o que contaran con experiencia en roles tanto administrativos como asistenciales dentro de los servicios de salud sexual y reproductiva en todos los niveles de atención. Esta diversidad de perfiles permitió obtener una perspectiva completa y detallada de los desafíos y obstáculos que enfrentan las mujeres afrodescendientes al acceder a estos servicios.

La recolección de información se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas, una herramienta cualitativa que facilita la exposición detallada de las experiencias de las mujeres participantes y permite una interpretación significativa de su vivencia. Esta metodología también posibilita la inclusión de categorías generales que abarcan una amplia gama de información en un período de tiempo relativamente breve. Este enfoque de investigación, que es abierto, flexible y adaptable a diversos contextos empíricos, permitió una caracterización profunda de las experiencias de las mujeres entrevistadas y del personal de salud. Las entrevistas individuales y los grupos focales fueron registrados en formato de audio, posteriormente transcritos y analizados mediante un enfoque de análisis temático.

Por otro lado, el equipo de investigación también llevó a cabo una revisión de estándares internacionales del sistema universal y del sistema regional de derechos humanos relacionados con derechos sexuales y reproductivos, y de jurisprudencia constitucional sobre el derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos, y el derecho al aborto. Además, se realizaron búsquedas de investigaciones e informes sobre las barreras que enfrentan las mujeres afrodescendientes en el acceso al aborto en Colombia y América Latina. Se identificaron 8 documentos específicos sobre esta temática, mientras que los demás documentos identificados abordaban las barreras de acceso al aborto de manera general y otros están centrados en mujeres rurales, mujeres empobrecidas, en contextos de conflicto armado y en la región del Caribe colombiano.

Finalmente, se enviaron solicitudes de información al Ministerio de Salud y Protección social, el Instituto Nacional de Salud, la Secretaría de Salud del departamento del Chocó, la Secretaría de Salud de Bolívar, la Secretaría de Salud del Valle del Cauca, la Secretaría de Salud del Municipio Quibdó, el Departamento de Salud de Cartagena, la Secretaría de Salud del Municipio de Buenaventura, Profamilia y a 4 Instituciones Prestadoras de Servicios de salud donde laboran las y los profesionales de la salud entrevistados. Del total de instituciones a las cuales solicitamos información, solo recibimos respuesta de cinco. En general los tiempos de respuesta oscilaron entre 20 días y 2 meses.

Particularmente, se solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social los indicadores de resultados para evaluar los avances en la implementación de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal con base en la resolución 3280, a saber: 1) proporción de personas con conocimientos y prácticas de sus derechos sexuales y reproductivos; 2) proporción de personas que conocen métodos anticonceptivos; 3) tasa de fecundidad en niñas afrodescendientes de 10 a 14 años; 4) tasa de fecundidad en mujeres afrodescendientes de 15 a 19 años; 5) Tasa de fecundidad general en mujeres afrodescendientes; 6) proporción de personas con asesoría en anticoncepción; 7) personas, familias o comunidades que hacen parte de redes comunitarias y sociales para la promoción de la salud; 8) trabajadores informales abordados desde el PIC que se organizan o hacen parte de una red social o agremiación; 9) proporción de personas atendidas en los servicios de salud con suministro de anticonceptivos pro tipo de método y 10) proporción de mujeres entre 25 y 65 años que se realizan las pruebas de tamización para el cáncer de cuello uterino y reclaman el resultado. Tanto las fuentes tanto primarias como secundarias se recolectaron y validaron entre marzo y agosto de 2023.

Tabla 2. Entidades consultadas para el enfoque cualitativo, según tipo de respuesta, 2023.

Entidad	Petición	Respuesta
Ministerio de Salud y Protección Social	3 peticiones sobre número de IVE desagregados por identidad étnico racial, estudios y medidas adoptadas con enfoque étnico racial en aborto; indicadores sobre salud sexual y reproductiva, entre otros.	Sin respuesta
Instituto Nacional de Salud	Una petición sobre la razón de mortalidad materna por departamentos, según pertenencia étnica; la razón de mortalidad materna específica por abortos por departamentos, según pertenencia étnica; la razón de morbilidad materna extrema relacionada al aborto, según pertenencia étnico-racial; y probabilidad de enfermarse gravemente o sufrir una complicación asociado al evento de aborto, entre otros temas.	Respuesta parcial
Secretaría de salud del Departamento de Chocó	Ibid.	Respuesta parcial
Secretaría de Salud del Bolívar	Ibid.	Respuesta parcial
Secretaría de salud del Valle del Cauca	Ibid.	Respuesta parcial
Secretaría de Salud del Municipio Quibdó	Ibid.	Sin respuesta
Departamento de Salud de Cartagena	Ibid.	Sin respuesta
Secretaría de Salud del Municipio de Buenaventura	Ibid.	Sin respuesta
Profamilia	Dos peticiones sobre número de IVE realizadas en los 3 departamentos de la investigación desagregados por identidad étnico-racial, investigaciones sobre interrupción voluntaria del embarazo de mujeres en Colombia desagregado por identidad étnico racial, entre otros.	Respuesta de fondo

4 Instituciones Prestadoras de Servicios de salud donde laboran las y los profesionales de la salud entrevistados	4 peticiones sobre (i) número de IVE realizadas en cada IPS (clínica y hospital) desagregados por identidad étnico-racial; (ii) estudios de diagnósticos sobre el goce de derechos sexuales y reproductivos de mujeres afrodescendientes, especialmente sobre el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, incluidos los hombres trans; (iii) si cuentan con los recursos logísticos, técnicos y tecnológicos para la realización del Aspiración Manual Entra Uterina -AMEU- y dilatación y curetaje, e (iv) información sobre el protocolo de atención de la IVE.	Sin respuesta
---	--	---------------

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Para la sistematización de la información y enfoque cuantitativo de la encuesta se diseñó un cuestionario de captura en 'QuestionPro', el cual facilitó la creación de pantallas de captura y verificación de digitación, detección de errores y tabulaciones rápidas para el análisis de los datos. Esta encuesta consto de 7 módulos distribuidos desde los aspectos sociodemográficos de las mujeres hasta los conocimientos y mitos entorno al aborto (ver tabla 3). La digitación de la información se realizó de manera simultánea al trabajo de campo y, posteriormente, se realizó un ejercicio de revisión y ajuste de las inconsistencias. La información se procesó en 'Rstudio', generando tablas, gráficas, mapas para las preguntas cerradas por departamento, a escala municipal y por tipo de aborto, de acuerdo con la naturaleza de las variables.

Tabla 3. Módulos de la encuesta realizada a las mujeres participantes en los grupos focales

Módulo	Número de preguntas	Generalidad
Sociodemográfico	25	Aspectos sociodemográficos de las mujeres.
Entidad prestadora de salud	1	En qué entidad prestadora de salud se encuentra afiliada.
Antecedentes de la interrupción	5	Planificación, y razones por las cuales las mujeres interrumpen el embarazo.
Relaciones sexuales e información	13	Conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva.
Procedimiento	8	Conocimiento sobre lugar e información adicional de la interrupción.
Barreras de acceso a el servicio	6	Conocimiento sobre si encontró o no dificultad o barreras para interrumpir el embarazo
Conocimiento de las sentencias (C-355-06; C-055-22)	3	Conocimiento de las mujeres sobre algunas sentencias relacionadas con el aborto.
Otras consideraciones relacionadas a la interrupción	3	Conocimiento sobre insumos, plantas u otros elementos que tiene propiedades abortivas.

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Aunque los resultados representan una valiosa contribución para la comprensión de las experiencias reproductivas y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo de mujeres afrodescendientes en el contexto específico de los tres departamentos en cuestión. Es necesario, reconocer las limitaciones inherentes a la muestra de las 25 mujeres que habían experimentado situaciones de aborto (inmersas en la encuesta cuantitativa). Esta muestra, relativamente baja, puede afectar la generalización de los resultados. Además, la diversidad de opiniones, experiencias y perspectivas dentro de este grupo podría no capturar completamente la complejidad y variabilidad de las vivencias relacionadas con los abortos en las mujeres afrodescendientes. Estas limitaciones destacan la necesidad de interpretar los resultados con cautela y resaltar la importancia de futuras investigaciones que puedan ampliar y nutrir la comprensión de este fenómeno en contextos similares. No obstante, la complejidad y desafíos de realizar una encuesta directa e inmersa en esta temática es alta. Factores sociales y culturales, como el estigma asociado al aborto, la falta de confianza en las instituciones nacionales y el miedo a ser juzgadas, pueden generar un obstáculo en la divulgación de información precisa y detallada en encuestas cuantitativas, así como en la receptividad de realizar este tipo de instrumentos.

Por último, mediante estadísticas descriptivas el equipo de investigación analiza las condiciones de vulnerabilidad de la población afrodescendiente, con énfasis en la que enfrentan las mujeres negras afrodescendientes. Este análisis se realizó desde un enfoque descriptivo con el fin de evidenciar las diferencias entre las mujeres afrodescendientes y mujeres sin ningún grupo étnico-racial en diferentes ámbitos sociales, como la pobreza, acceso a servicios básicos, educación y percepción del servicio de salud.

Para este segmento se utilizaron tres fuentes de información, el primero de ellos es el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (pese a las dificultades que tuvo). Para dicho ejercicio se tuvo en cuenta herramientas como la plataforma 'RedAtam Webserver'; así mismo, se utilizó la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2022. En esta última se utilizaron los microdatos para determinar algunos análisis más específicos, como los departamentales y la agrupación de categorías de variables como la calidad del servicio de salud y el aspecto que más influye en su percepción sobre la calidad de dicho servicio. En esta misma línea, para el aspecto de pobreza anual, se utilizó la base de encuestas de hogares de los países de la región con información disponible (BADEHOG) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Capítulo I

Cumplimiento de fallos en contextos políticos y socialmente complejos



El logro de la despenalización del aborto hasta la semana 24 de gestación en todas las circunstancias representa un hito en el movimiento social de mujeres, un paso hacia la devolución de la autonomía sobre sus cuerpos y decisiones reproductivas a las mujeres, hombres trans y personas no binarias asignadas femenino al nacer. Sin embargo, es esencial reconocer que este avance legal enfrenta desafíos significativos al aplicarse en la vida de aquellas que se sitúan en los márgenes del marco jurídico delineado por las sentencias de la Corte Constitucional en sus sentencias y en la política pública que desarrolla sus directrices.

En la sentencia C-055 de 2022, la Corte Constitucional reconoció la ineficacia, la injusticia y la naturaleza discriminatoria del delito de aborto. Esta decisión se basa, en parte, en la comprensión de que dicho delito crea una barrera para el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) que afecta de manera desproporcionada a mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad. Además, se constató que esta penalización no logra disuadir a las mujeres de buscar abortos clandestinos.

Esta decisión es histórica pues amplió el derecho al aborto establecido en la Sentencia C-355 de 2006, permitiendo que mujeres, niñas, personas no binarias y hombres trans puedan interrumpir su embarazo según sus propias razones y sin la amenaza de cárcel, durante las primeras 24 semanas de gestación y, después de este plazo, bajo las causales establecidas desde el año 2006 en la Sentencia C-355, sin límite de edad gestacional.

Sin embargo, el ejercicio del derecho a interrumpir el embarazo de las mujeres, niñas, hombres trans y personas no binarias se ve obstaculizado por múltiples barreras. Entre estas barreras se encuentran la estigmatización y discriminación social, la influencia de las creencias religiosas, y la presión familiar y/o comunitaria para procrearse, y la limitada información y orientación sobre sus derechos sexuales y reproductivos, entre otras.

Estas condiciones afectan de manera desproporcionada a las mujeres negras afrodescendientes, cuyo lugar en su entorno social/comunitario se asocia a la maternidad obligatoria. Por lo tanto, es fundamental que las políticas públicas que se diseñen para garantizar el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo tengan en cuenta las realidades específicas de las mujeres negras afrodescendientes que se encuentran en los márgenes de las sentencias judiciales. Así, se podrá lograr que la reforma legislativa que introdujo la sentencia de la Corte Constitucional de Colombia tenga un impacto distributivo diferencial para las mujeres negras afrodescendientes, lo que se constituye en un gran reto social e institucional.

El impacto distributivo de las sentencias que despenalizan el aborto aborda cómo estas reformas legales afectan a diferentes grupos de la población en términos de acceso y ejercicio efectivo de este derecho. Es decir, se analiza cómo se distribuye el impacto de la despenalización del aborto entre diferentes grupos de mujeres, considerando aspectos como la pertenencia étnico-racial, la clase social, la ubicación geográfica, la capacidad del sistema de salud y otros factores influyentes en la capacidad de las personas para acceder y ejercer este derecho.

Desde una perspectiva de cumplimiento de fallos en contextos políticos y socialmente complejos, las sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022, aunque representativas de avances significativos en el reconocimiento del derecho al aborto, resultan insuficientes para la consecución efectiva de este derecho para las mujeres negras afrodescendientes. La complejidad radica en que, en contextos donde factores políticos, sociales y raciales interactúan de manera intrincada, la sola promulgación de fallos judiciales no es suficiente para garantizar un acceso equitativo a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Para garantizar que el derecho al aborto sea efectivamente accesible, es esencial adoptar un enfoque multidimensional. En este sentido, la aplicación de un enfoque étnico-racial es fundamental. La exclusión sistemática de las mujeres negras afrodescendientes de oportunidades educativas y laborales, junto con las deficiencias del sistema de salud en las áreas densamente pobladas por ellas, podría perpetuar barreras a la interrupción segura del embarazo. Por ejemplo, la falta de conocimiento sobre el estatus legal del aborto, los costos involucrados y la disponibilidad en el sistema de salud, así como la ausencia de información veraz y oportuna sobre las técnicas de la IVE, configuran una barrera de acceso que interactúa o se profundiza en el caso de las mujeres negras afrodescendientes debido a sus peores resultados en educación, participación en el mercado laboral y pobreza. Estos factores pueden resultar en demoras para que una mujer busque los servicios de salud necesarios y, en última instancia, llevar a la adopción de métodos inseguros para interrumpir el embarazo. Esta problemática persiste en diferentes contextos, pero al observar las estadísticas de baja escolaridad y el empobrecimiento de las mujeres negras afrodescendientes, podemos identificar una profundización aún mayor de esta barrera en su caso.

Además, un enfoque basado en la justicia reproductiva crítica es necesario para abordar las complejidades en torno al acceso al aborto en estos contextos. Esto implica considerar

no solo la legalidad y disponibilidad general del procedimiento, sino también factores como las limitaciones del sistema de salud para proteger a las mujeres de los riesgos asociados a la maternidad en territorios densamente poblados por personas afrocolombianas. Así como la ausencia de un enfoque étnico-racial en la atención de estas mujeres por parte del personal asistencial en salud. También es importante abordar las prácticas médicas que vuelven restrictiva la aplicación de las sentencias, como el uso predominante de técnicas de aborto que requieren profesionales de la salud especializados que solo están disponibles en ciertas ciudades o instituciones de salud de alta complejidad o la falta de disponibilidad de medicamentos como el Misoprostol. Esto limita el acceso al aborto en áreas donde la infraestructura de salud y la disponibilidad de especialistas es precaria, lo que puede resultar en denegación del servicio o la necesidad de traslados para las mujeres. Esto implica que, además del recorrido institucional para llegar a la atención médica, deben asumir las demoras del trámite y los costos de traslado que muchas veces no son cubiertos por las EPS.

A la luz de lo anterior, resulta crucial que las órdenes de las futuras sentencias y las políticas públicas consiguientes establezcan la obligación de realizar un diagnóstico exhaustivo, así como la adopción de medidas concretas que fomenten la implementación del enfoque étnico-racial, trascendiendo su mera inclusión en el repertorio de enfoques que guían las políticas de salud. Este diagnóstico debe basarse en la producción y recopilación de datos estadísticos sobre abortos inducidos. Además, estos datos deberían estar desagregados por componente étnico-racial, de tal manera que permitan comprender en profundidad los factores que influyen en la disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva, las prácticas médicas que generan la disminución del acceso al aborto y la incidencia del aborto inseguro en las mujeres negras afrodescendientes. La implementación del enfoque étnico-racial debe orientar la atención en salud de las IPS y la labor de inspección y vigilancia que desarrollan las secretarías de salud municipales y departamentales para la adecuada implementación del marco legal de la IVE. Esto es, particularmente, apremiante si se tiene en cuenta que son quienes menor acceso tienen a servicios de salud sexual y reproductiva (Brinkman et al., 2019) y son quienes más están expuestas a los riesgos de morbilidad y mortalidad materna asociados con abortos inseguros.

Explorar y analizar las sentencias que despenalizan el aborto junto con las políticas públicas que se derivan de ellas, en términos de su efectividad en la consecución de una distribución equitativa de impacto, puede arrojar luz sobre las medidas concretas necesarias para que el marco legal sea materialmente aplicable. Este estudio subraya la carencia de datos y diagnósticos adecuados que permitan analizar los factores que inciden en la reducción del acceso al aborto en las mujeres negras afrodescendientes que viven en territorios con mayor población afrodescendiente.

La falta de información precisa dificulta que puedan establecerse diagnósticos situados que identifiquen y describan las barreras que inciden en la ocurrencia del aborto inseguro y el acceso al servicio de Interrupción Voluntaria del Embarazo en condiciones seguras en las mujeres negras afrodescendientes, y cómo estos obstáculos están determinados por el racismo y otros sistemas de opresión. Es esencial entender cómo se entrelazan

las vulnerabilidades sociales, culturales y políticas que afectan la posibilidad de superar las barreras estructurales que limitan el acceso al aborto para las mujeres negras afrodescendientes.

Al no llevar a cabo este proceso, el marco legal vigente permanece en un estado de generalidad, universalidad y liberalismo que no aborda de manera suficiente y efectiva los riesgos de que las políticas públicas concebidas para cumplir con los estándares de las sentencias sean verdaderamente inclusivas y lleguen a todas las mujeres, especialmente a aquellas que están en riesgo por los peores resultados en salud que reportan y los contextos que habitan. Esto es especialmente relevante para aquellas mujeres que la Corte ya reconoce como las más perjudicadas por las restricciones legales que afectan el acceso al aborto (Sentencia C-055 de 2022). Estas realidades se desenvuelven en contextos políticos y socialmente intrincados, donde la identidad étnico racial desempeña un papel crucial en determinar quiénes pueden ejercer o no este derecho fundamental.



I.1 | Comprensión de los sujetos políticos que protege el derecho al aborto

El término “mujer” o “mujeres” no constituye un sujeto político ni una categoría analítica uniforme ni homogénea, dado que el conjunto de personas que conforma el grupo denominado mujeres abarca un amplio espectro de diferencias y subjetividades que están determinadas por factores como la clase social, la identidad de género, la raza, la etnia, la discapacidad, entre otros.

Comprender la complejidad del sujeto político y de derecho que se protege cuando se aborda el derecho al aborto permite aceptar que sus vivencias y experiencias de vida no pueden entenderse determinadas por un solo factor, pues por regla general siempre están condicionadas por múltiples dimensiones y aristas. Esta perspectiva interseccional no solo tiene en cuenta la discriminación por razones de género, sino que también reconoce que otros factores tales como la raza, la etnia, y la clase social, entre otros, constituyen la identidad de las mujeres y determinan qué desafíos enfrentan como sujetos de derechos.

El pensamiento feminista experimentó una inflexión decisiva cuando las mujeres practicantes del feminismo negro desafiaron la idea de que el género era el único factor determinante en el destino de una mujer, dando paso a la comprensión de que la interacción entre género, raza y clase social era la que desempeñaba dicho papel (Hooks, 2000). Fueron las feministas negras las que han propuesto analizar las relaciones de género conjuntamente con las de raza y clase. Este enfoque reformuló la teoría feminista, argumentando que no todas las mujeres experimentan la misma opresión, como afirmó Bell Hooks: “Estar oprimida implica la falta de opciones” (2000, p. 33).

El sexismo como sistema de dominación no determina de manera absoluta el destino de todas las mujeres (Hooks, 2000) . Es importante entender las distinciones entre las diversas formas de discriminación, sufrimiento y opresión que pueden vivir las mujeres en razón de factores como la raza, la clase, la orientación sexual, etc. que crean una diversidad de experiencias que deben ser estudiadas y atendidas. En ese sentido, ser mujer no es necesariamente una experiencia homogénea y universal, por el contrario se relaciona con situaciones y necesidades específicas que muchas veces estarán determinadas por otros sistemas de opresión diferentes al sexismo, como el racismo.

Patricia Hill Collins desarrolla esta teoría a través del concepto “matriz de dominación”, bajo el cual explica que los sistemas de dominación están fundados en la raza, la clase, el género, la sexualidad, la etnicidad, la nacionalidad y la edad. Señala que éstas no pueden entenderse como opresiones estáticas, sino como variables interrelacionadas que, según el contexto, influyen en cómo las personas experimentan la opresión (Collins, 2022, p. 299).

La comprensión de estas diferencias y la manera en que interactúan es esencial para determinar la operatividad de un derecho en la vida cotidiana de las personas a quienes se busca proteger. Esto adquiere una relevancia crucial en el contexto de este estudio, dado que las implicaciones de factores como la raza y la clase social son profundas en la configuración de las restricciones que enfrentan las mujeres en relación con el aborto. La intersección de estas dimensiones no solo modula las formas de discriminación y restricciones que las mujeres experimentan, sino que también moldea sus decisiones reproductivas

El Comité CEDAW ha destacado que ciertas mujeres, además de enfrentar discriminación de género, pueden ser objeto de múltiples formas de discriminación basadas en la raza, origen étnico, religión, discapacidad, edad, clase, entre otros factores. Esto puede afectar a estos grupos de mujeres de manera diferente que a los hombres, lo que puede requerir medidas especiales temporales para enfrentar y eliminar estas formas múltiples de discriminación.

En sus observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Colombia (CEDAW/C/COL/CO/9), el Comité de la CEDAW manifestó preocupación por el acceso desigual a la atención médica entre zonas urbanas y rurales, la objeción de conciencia del personal médico para interrumpir embarazos y la falta de datos actualizados sobre abortos inseguros en Colombia. El Comité recomendó que el Estado proteja a mujeres y niñas en zonas rurales, despenalice el aborto en todos los casos, elimine barreras al acceso al aborto seguro en el sistema de salud y que implemente un protocolo para prevenir el aborto inseguro en áreas rurales (Comité CEDAW, 2019, p. 12).

Es importante reconocer que las mujeres que poseen recursos económicos y acceso a información suficientes para acceder a procedimientos seguros, en concordancia con las directrices de las sentencias de la Corte Constitucional, no enfrentarán las barreras más desafiantes tras la despenalización. Para quienes viven en contextos urbanos, mayormente poblados por personas blanco-mestizas, la sentencia tiene mejores posibilidades de materialización. Para quienes viven en los márgenes, entre ellas mujeres

negras afrodescendientes, especialmente aquellas que viven en entornos rurales y zonas geográficamente remotas, deberán superarse obstáculos adicionales, muchos de los cuales son sistémicos y estructurales.

Un dato que ejemplifica esta disparidad es la alarmante tasa de complicaciones derivadas de abortos en Colombia, que asciende al 53% entre mujeres de bajos recursos en áreas rurales (Prada et al., 2011). Además, el estudio del Instituto Guttmacher de 2011 destaca que la necesidad de tratamiento post aborto es más prevalente en la región Pacífica del país, donde cada año, 16 de cada 1,000 mujeres requieren de este servicio.

Esta realidad hace que, para estas mujeres, la evolución del marco legal que reconoce el aborto como un derecho y un servicio de salud esencial se traduzca en una implementación prácticamente inoperante. En consecuencia, es imperativo que el Estado garantice la disponibilidad y accesibilidad de servicios de aborto legales, seguros y de alta calidad que se adapten de manera efectiva a las circunstancias de este grupo humano.

Al abordar la accesibilidad al aborto en el contexto de las mujeres negras afrodescendientes, resulta esencial examinar las sentencias de la Corte Constitucional no solo como pronunciamientos legales, sino como discursos políticos que establecen un marco aun predominantemente liberal, universal y que tiende a homogeneizar la noción de género. Si bien estas sentencias han comenzado a reconocer las distintas vulnerabilidades a las que se enfrentan las mujeres, fruto de múltiples intersecciones, no se han desarrollado estándares específicos ni se han emitido órdenes en la parte resolutoria de las sentencias que aborden de manera directa las barreras que dificultan la materialización del derecho al aborto en mujeres negras afrodescendientes.

El análisis de estas sentencias a través de la teoría de los marcos revela que, hasta el momento, el marco legal y discursivo establecido tiende a dejar de lado las medidas más profundas y transformadoras que son necesarias para garantizar que el derecho al aborto sea una realidad tangible para las mujeres negras afrodescendientes y sus circunstancias particulares. Ello resalta una brecha entre el reconocimiento formal del derecho al aborto y su implementación efectiva en la diversidad de contextos vividos por las mujeres negras afrodescendientes. En ese sentido, la observación crítica de estas sentencias a la luz de la teoría de los marcos destaca la necesidad de un enfoque más comprensivo que aborde las barreras estructurales y las discriminaciones interseccionales que obstaculizan la plena realización del derecho al aborto para las mujeres negras afrodescendientes.

Los órganos del Estado deben respetar y garantizar los derechos fundamentales de las mujeres, incluido el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), tal como estableció la Corte Constitucional en sentencias recientes como T-697 de 2016, SU-096 de 2018 y C-055 de 2022. En estas se afirma que el derecho al aborto salvaguarda la autonomía y libertad de decisión de las mujeres. Este derecho, al ser parte de los derechos reproductivos, implica obligaciones para todos los órganos del Estado, así como para prestadores de seguridad social y particulares (Sentencia SU-096 de 2018). Estas obligaciones

contienen un doble mandato. El primero exige abstenerse de actos discriminatorios, lo que impide que el Estado y la sociedad impongan restricciones injustificadas a la autonomía personal. El segundo obliga a intervenir para superar condiciones de desigualdad, lo que implica la responsabilidad de adoptar medidas positivas que aseguren la plena realización de estos derechos. Por tanto, las acciones y medidas de política pública relacionadas con la IVE realizadas por el Estado y sus instituciones deben promover el cumplimiento de las disposiciones constitucionales, legales y reglamentarias que garantizan este derecho fundamental.

Entendemos que el tema del aborto no se limita únicamente a las mujeres, sino que también afecta a otras identidades de género y experiencias corporales, incluyendo a los hombres trans y personas no binarias asignadas femenino al nacer (en adelante AFAN), especialmente cuando consideramos la intersección de su identidad de género con la raza y etnia. Las necesidades de aborto de las personas con identidades de género no hegemónicas negras afrodescendientes es un escenario no estudiado aún, ni abordado en los análisis sobre las barreras de acceso a la IVE. Esta investigación se centra en la identificación y análisis de las brechas que enfrentan las mujeres negras afrodescendientes aún después de la despenalización, pero reconocemos que deben realizarse análisis posteriores comprensivos de las realidades que inciden en la reducción del acceso al aborto en hombres trans y personas no binarias AFAN negras y afrocolombianas.

La Corte Constitucional reconoce en la sentencia C-055 de 2022 a las “personas gestantes” como sujetos de protección del derecho al aborto, aunque no desarrolla menciones específicas a los contextos y factores que rodean su experiencia de aborto. En ese sentido, no puede solo abordarse las necesidades del sujeto político mujer, sino que debe garantizarse que las políticas y regulaciones referentes al aborto sean inclusivas y sensibles a las realidades específicas de estas identidades de género, particularmente cuando esta se intersecta con la pertenencia étnico-racial porque entendemos que tal circunstancia potencia las barreras y la discriminación en el acceso al servicio. Investigaciones como la realizada por Profamilia sobre “¿Cómo adaptar los servicios de Salud Sexual y Reproductiva a las necesidades y circunstancias de las personas con experiencias de vida trans?” (Calderón-Jaramillo et al., 2019) subrayan que los hombres trans y personas no binarias AFAN también enfrentan barreras significativas para acceder a servicios de aborto, a menudo exacerbadas por la discriminación que viven en razón de su identidad de género.

En virtud de lo anterior, sostienen que las personas con trayectorias de vida trans requieren políticas e investigaciones que consideren sus necesidades únicas, con el objetivo de ofrecer servicios de atención médica tan variados como sus experiencias. Por lo tanto, se hace evidente la necesidad apremiante de adaptar los servicios de salud sexual y reproductiva para ampliar el acceso a atención digna y de alta calidad basada en el reconocimiento de sus necesidades, identidades y circunstancias. Este enfoque, sin duda, permitirá alcanzar la cobertura universal en salud sexual y reproductiva para 2030, y brindar servicios de salud más equitativos, inclusivos y exentos de discriminación.

Entendemos que esos escenarios de discriminación se profundizan cuando la identidad de género se conjuga con la pertenencia étnico-racial. Por esa razón, reiteramos la importancia de realizar investigaciones futuras y datos más completos que aborden específicamente las experiencias de hombres trans y personas no binarias negras en relación con el aborto. Esto resaltaría la necesidad de una comprensión más profunda de estos desafíos.

Por su parte, la OMS en las directrices para la atención del aborto reconoce que la mayor parte de la evidencia disponible sobre el aborto se deriva de la investigación realizada entre poblaciones de estudio de mujeres cisgénero, los proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la atención para el aborto, deben tener en cuenta las necesidades de todas las personas y proporcionarles la misma atención. En consecuencia, estos establecen que la identidad de género o su expresión no deben dar lugar a discriminación. En esa línea, la OMS indica que las directrices serán aplicables a las personas trans, porque reconocen que las mujeres cisgénero, los hombres transgénero, las personas no binarias tienen un sistema reproductivo femenino y, por tanto, pueden quedar embarazadas y requerir atención para el aborto (2022, p. 13). Sin embargo, advierten dentro de las limitaciones de la investigación -algunas- y necesidades de investigación adicional las repercusiones de la legislación y las políticas sobre aborto en las personas trans (2022, p. 116).

Si se tiene en consideración que todos los individuos poseen el derecho a no ser objeto de discriminación y a recibir igualdad en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, este estudio subraya así la importancia de evitar la homogeneización de las necesidades y experiencias en la garantía del derecho al aborto. La homogeneización puede llevar a la omisión de medidas necesarias para comprender qué factores contribuyen a la insatisfacción de dicho derecho para esos sujetos específicos.

Finalmente, si aspiramos a que el marco legal establecido por las Sentencias de la Corte Constitucional en relación con el aborto como un derecho fundamental, junto con el estándar de la OMS que reconoce el aborto como una intervención esencial en la atención de salud (OMS, 2020), se materialice plenamente, una de las metas esenciales en Colombia debe ser garantizar que todas las mujeres negras afrodescendientes puedan ejercer efectivamente este derecho y acceder a los servicios correspondientes. En línea con esta meta, al evaluar la efectividad de estos marcos legales, es crucial plantear una conversación en torno a: ¿Qué sujetos políticos realmente pueden ejercer este derecho bajo los marcos legales ya existentes? y ¿Quiénes enfrentan de manera sistemática la vulneración de su derecho al aborto?

Por esa razón, en el siguiente capítulo se presenta información que permite ilustrar qué queda en los márgenes de los marcos discursivos establecidos por las sentencias y la política pública que regulan las condiciones de acceso y prestación del servicio de aborto.

Capítulo 2

En los márgenes de las sentencias y el marco legal están las condiciones de existencia de las mujeres negras afrodescendientes que configuran barreras y brechas



2.1 | Condiciones de pobreza de la población afrodescendiente

Las desigualdades económicas y sociales que históricamente han afectado a la población afrodescendiente se manifiestan en tasas significativamente más altas de pobreza multidimensional, un fenómeno que incide de manera directa en su acceso a servicios de salud. Esta desventaja económica se traduce en bajos ingresos, acceso restringido a servicios esenciales, deficiente educación y limitadas oportunidades económicas, y afecta de manera desproporcionada a las mujeres y a quienes viven en zonas rurales.

La Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 2018 (ECV 2018) muestra que en el país hay 4.67 millones de personas negras, afrodescendientes, raizales y palenqueras (Ilex Acción Jurídica, 2023) . El 30,4% de las personas pertenecientes a las comunidades negras, afrodescendientes, raizales y palenqueras se concentran en el departamento del Valle del Cauca, lo que equivale a 1.421.601 personas. Le sigue el departamento de Bolívar, con un 16,2% de esta población, representando 758.988 individuos, Antioquia con un 12,8%, que corresponde a 599.220 personas y Chocó con un 9,40%, lo que equivale a 439.061 personas.

Estas comunidades se concentran mayoritariamente en regiones donde se observan índices más elevados de pobreza multidimensional en comparación con grupos no racializados en el país (DANE, 2021a). Lo anterior determina factores como bajos ingresos económicos, acceso limitado a servicios básicos, peores resultados en salud, educación deficiente y dificultades en el acceso a oportunidades económicas. Estas desigualdades son el resultado de la discriminación racial y factores históricos, sociales y económicos.

A pesar de las limitaciones en la recopilación de datos desagregados por la pertenencia étnico-racial, lo cual dificulta un análisis exhaustivo de la pobreza entre la población afrodescendiente, los datos disponibles permiten evidenciar inequidades significativas y persistentes que impactan a sus comunidades, como se detalla a continuación. Ante esa limitación, este acápite recoge los datos que reporta la Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL- para toda América Latina y algunos datos producidos en Colombia por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) expresó una gran preocupación en su informe sobre la situación de las personas afrodescendientes en las Américas en 2011, sobre la situación de discriminación estructural que enfrenta la población afrodescendiente en la región. Esta discriminación tiene un impacto desproporcionado en sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA), lo que agrava las brechas de desigualdad social. La CIDH también resaltó la conexión entre la pobreza económica y el origen étnico-racial, y cómo estas categorías se combinan para aumentar la vulnerabilidad de las personas afrodescendientes.

Esta discriminación, combinada con la desigualdad económica, aumenta la vulnerabilidad de las personas afrodescendientes y profundiza aún más las brechas en el acceso a servicios de salud y otras necesidades básicas. Si bien el índice de barreras de acceso a salud registra un porcentaje bajo, se ha documentado que las carencias socioeconómicas constituyen la principal barrera para un acceso pleno a los servicios de salud (Vargas-Lorenzo et al., 2010).

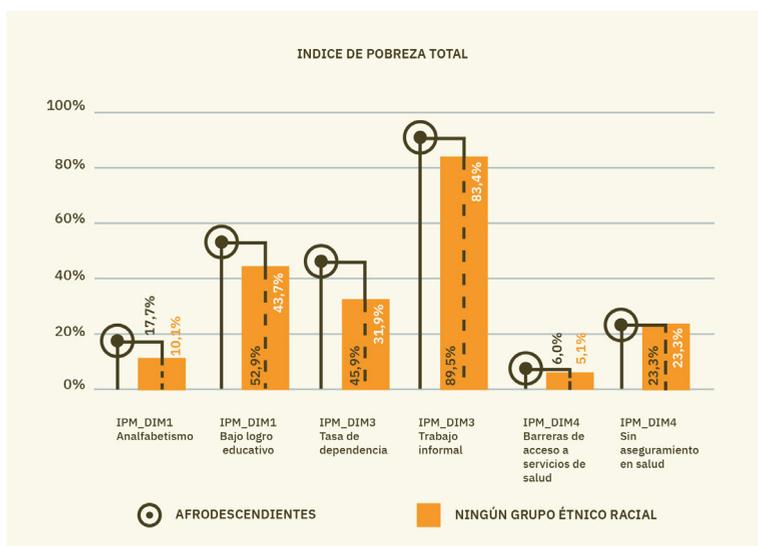
En la **Tabla 1** y **Gráfica 1** se muestran los resultados para los índices de pobreza multidimensional – en adelante IPM- relacionados con educación, trabajo y salud para personas afrodescendientes y no afro. A lo largo de dichos indicadores se evidencian las desigualdades y barreras impuestas en los contextos empobrecidos que habitan las personas y comunidades negras. En el índice de analfabetismo y bajo logro educativo, se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, con mayores privaciones para la población afrocolombiana. Las disparidades en materia de índices de tasa de dependencia y trabajo informal en el que la población afrocolombiana alcanza 14 y 6,2 puntos porcentuales respectivamente por encima de la población sin etnicidad acentúan el ciclo de desventaja y las barreras para que las personas afro alcancen mejores condiciones de vida y bienestar.

Tabla 4. IPM relacionados con educación, trabajo y salud en personas afrodescendientes* y personas sin ningún grupo étnico racial

IPM	Afrodescendientes	Sin grupo étnico-racial	Diferencia
Analfabetismo	17,7%	10,1%	7,5%
Bajo logro educativo	52,9%	43,7%	9,3%
Tasa de dependencia	45,9%	31,9%	14,0%
Trabajo informal	89,5%	83,4%	6,2%
Barreras de acceso a servicios de salud	6,0%	5,1%	0,9%
Sin aseguramiento en salud	23,3%	23,3%	0%

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. DANE. Procesado con Redatam WebServer | CEPAL/CELADE | 2007-2020.

Gráfica 1. IPM relacionados con educación, trabajo y salud en personas afrodescendientes* y personas sin ningún grupo étnico racial



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. DANE. Procesado con Redatam WebServer | CEPAL/CELADE | 2007-2020.

Estas inequidades se interconectan, lo que hace indispensable abordar tanto la discriminación racial como las desigualdades económicas para avanzar hacia un acceso equitativo a servicios de salud y la creación de oportunidades reales para todas las comunidades.

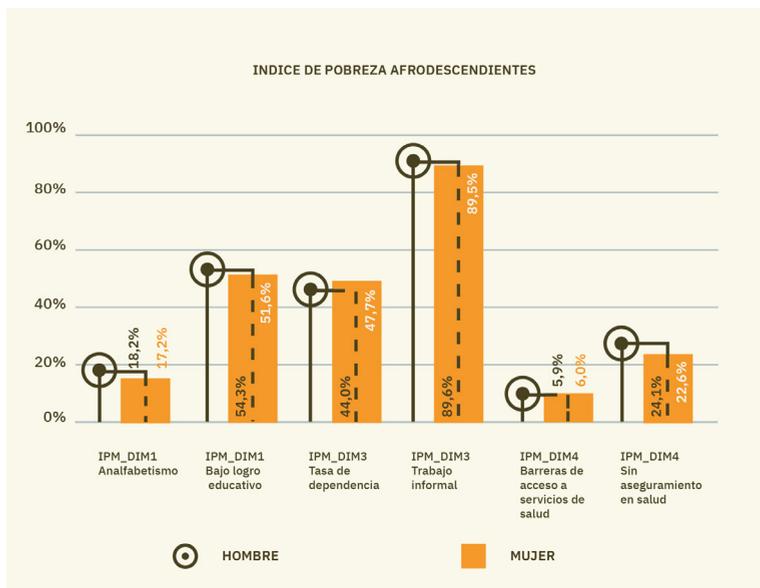
La **Tabla 2** y la **Gráfica 2** que compara los IPM entre hombres y mujeres afrocolombianos, se observa que, si bien los índices asociados a educación y salud son pares, en cuanto a tasa de dependencia, las mujeres están 3,6 puntos porcentuales por encima de los hombres, lo que se traduce en que aún en condiciones adversas debido al racismo, el género ocupa un papel que empeora el escenario como consecuencia de la subordinación de que se presenta dentro del núcleo familiar.

Tabla 5. *Diferencias en IPM relacionados con educación, trabajo y salud en hombres y mujeres negras afrodescendientes*

IPM	Hombre	Mujer	Diferencia
Analfabetismo	18,2%	17,2%	1,0%
Bajo logro educativo	54,3%	51,6%	2,7%
Tasa de dependencia	44,4%	47,7%	-3,6%
Trabajo informal	89,6%	89,5%	0,0%
Barreras de acceso a servicios de salud	5,9%	6%	-0,1%
Sin aseguramiento en salud	24,1%	22,6%	1,5%

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del DANE

Gráfica 2. IPM relacionados con educación, trabajo y salud en hombres y mujeres negras afrodescendientes



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. DANE. Procesado con Redatam WebServer | CEPAL/CELADE | 2007-2020.

Los informes de la CEPAL (2020) enfatizan que las desigualdades económicas se traducen en notables disparidades en las tasas de pobreza y pobreza extrema, especialmente en los grupos más vulnerables. Particularmente, se destaca una mayor incidencia de la pobreza y la pobreza extrema en las poblaciones que viven en la ruralidad, las niñas, niños y adolescentes, las mujeres y las comunidades étnicas, entre ellas la población afrodescendiente (CEPAL, 2019a, 2019b).

En 2018, de acuerdo con los datos de la CEPAL (2019a), la incidencia de la pobreza total presentó un valor del 30,1%, considerando un promedio regional que involucra a 18 países de América Latina. Dentro de ese mismo período, esta tasa ascendió a más del 40% en las personas residentes de áreas rurales, en los niños, niñas y adolescentes con edades entre 0 y 14 años, y en las personas indígenas. En relación con las personas afrodescendientes, la cifra era aproximadamente el doble en comparación con aquellos que no eran afrodescendientes ni indígenas, en cuatro de los cinco países para los cuales se contaban datos en ese momento. Asimismo, se evidenció que los niveles de pobreza eran menores en la población urbana, en los individuos de mayor edad y en aquellos que no eran ni indígenas ni afrodescendientes.

Al analizar los datos presentados en la **Tabla 6**, que abarca el periodo desde 2014 hasta 2021, se observa que la diferencia en los niveles de pobreza general entre zona urbana y rural ha sido, en promedio, de 12,0 puntos porcentuales.

Tabla 6. Pobreza general total en población afrocolombiana en territorio urbano y rural

Año	Pobreza general total en población afrodescendiente				Población sin grupo étnico racial	
	Total	Urbano	Rural	Diferencia *	Total	Diferencia **
2014	43,7%	39,0%	53,3%	14,3%	27,6%	16,1%
2015	42,1%	37,9%	50,9%	13,0%	27,4%	14,7%
2016	40,4%	37,3%	47,7%	10,4%	27,5%	12,9%
2017	37,9%	34,7%	45,0%	10,3%	26,7%	11,2%
2018	39,5%	35,7%	47,7%	12,0%	26,5%	13,0%
2019	41,5%	37,3%	50,5%	13,2%	28,3%	13,2%
2020	47,8%	41,2%	56,1%	14,9%	34,9%	12,9%
2021	42,8%	40,1%	47,9%	7,8%	32,0%	10,8%
PROMEDIO	42,0%	37,9%	49,9%	12,0%	28,9%	13,1%

Diferencia* viene dado por la pobreza general en zona rural y zona urbana.

Diferencia** Viene dado por la pobreza general en personas afrodescendientes y personas sin ningún grupo étnico-racial

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Sobre la base de encuestas de hogares de los países. Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

Tabla 7. Pobreza extrema total de personas afrocolombianas en territorio urbano y rural

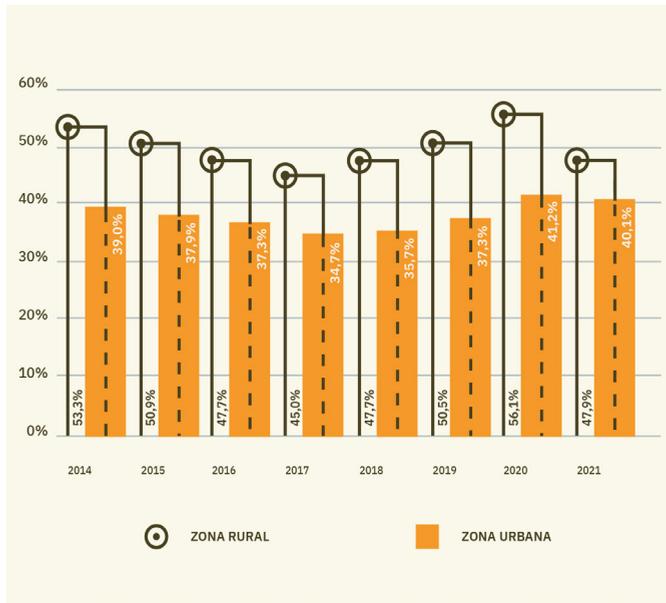
Año	Pobreza general total en población afrodescendiente				Pobreza total en población sin grupo étnico racial	
	Total	Urbano	Rural	Diferencia *	Total	Diferencia **
2014	19,0%	12,0%	32,8%	20,8%	9,7%	9,3%
2015	18,0%	12,8%	28,8%	16,0%	9,4%	8,6%
2016	17,7%	13,1%	28,4%	15,3%	9,9%	7,8%
2017	16,3%	11,7%	26,4%	14,7%	9,0%	7,3%
2018	16,7%	11,6%	27,7%	16,1%	8,8%	7,9%
2019	19,9%	13,9%	32,7%	18,8%	10,7%	9,2%
2020	23,4%	16,0%	33,0%	17,0%	14,9%	8,5%
2021	20,4%	15,8%	29,2%	13,4%	13,0%	7,4%
PROMEDIO	18,9%	13,4%	29,9%	16,5%	10,7%	8,3%

Diferencia* viene dado por la pobreza general en zona rural y zona urbana.

Diferencia** Viene dado por la pobreza general en personas afrodescendientes y personas sin ningún grupo étnico-racial. sin ningún grupo étnico-racial.

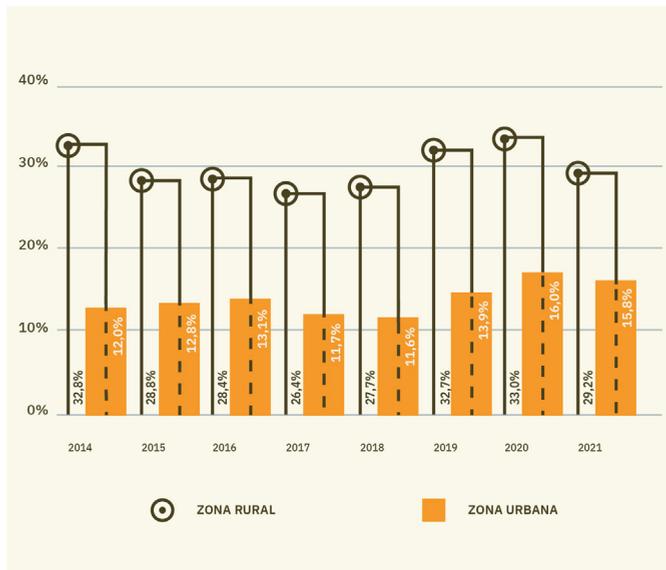
Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Sobre la base de encuestas de hogares de los países. Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

Gráfica 3. Pobreza general en personas afrodescendientes



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Sobre la base de encuestas de hogares de los países. Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

Gráfica 4. Pobreza extrema en personas afrodescendientes



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Sobre la base de encuestas de hogares de los países. Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

Según la CEPAL la población afrodescendiente rural en Colombia representa, sin duda, un núcleo duro de la pobreza (2019b, p. 111). Según datos de la CEPAL, las tasas más elevadas de afrodescendientes en estas situaciones se observan en las áreas rurales de Colombia (30,5%), seguidos Brasil, Ecuador y Perú. Los índices de pobreza y pobreza extrema en los afrodescendientes presentan una tendencia más alta en las áreas rurales (CEPAL, 2020).

Además de la disparidad racial en términos de pobreza, se ha identificado una notoria variación entre personas de ascendencia afro en relación con su ubicación geográfica. Esta diferencia es evidente en la Gráfica 3, donde se puede ver que, en promedio, las personas afrodescendientes que viven en zonas rurales experimentan una tasa de pobreza general 13,3 puntos porcentuales más alta que las personas afro en zonas urbanas.

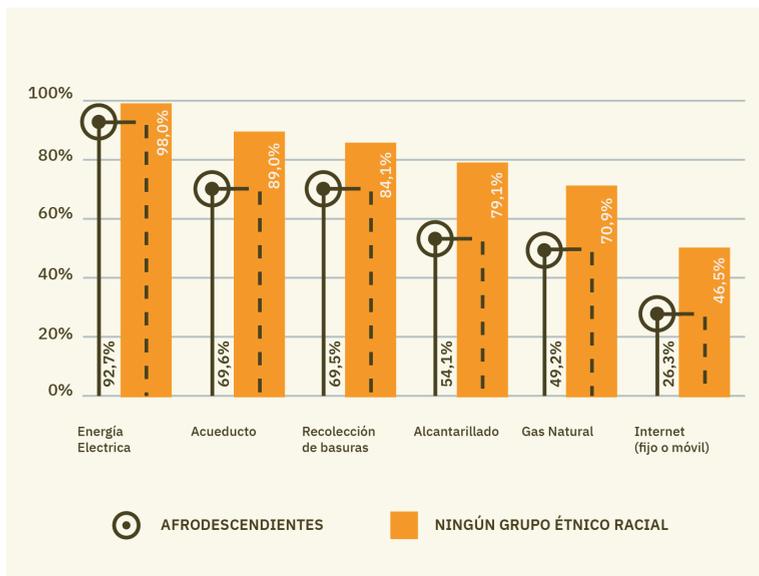
En lo que respecta a la pobreza extrema, se puede observar en la **Tabla 7** que la población afrocolombiana ha experimentado un promedio de 8,3 puntos porcentuales más de pobreza extrema que las personas sin etnicidad durante el periodo de 2014 a 2021. Aunque esta cifra es menor que la diferencia del 12% en el caso de la pobreza general, sigue siendo preocupante, especialmente al considerar la distribución geográfica de la población afrodescendiente. Los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 muestran que el 33,3% de las personas afrodescendientes se encuentran en zonas rurales dispersas (DANE, 2021a), lo que agrava aún más la brecha en comparación con las áreas urbanas.

Estos patrones se ilustran en la **Gráfica 4**, donde se observa que, en el mismo periodo de tiempo, las personas afrocolombianas que residen en zonas apartadas de los centros urbanos tienen un índice de pobreza extrema total en promedio un 18% más alto que aquellos que viven en ciudades o zonas urbanas.

Al examinar la infraestructura básica, se nota una marcada disparidad en la cobertura de servicios domiciliarios entre las personas afrodescendientes y aquellas que no pertenecen a ningún grupo étnico específico. Los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 revelan que, por ejemplo, mientras que el 89% de la población no afrodescendiente en el país tiene acceso a servicios de acueducto, este porcentaje disminuye al 69,6% para la población afrodescendiente. Estas brechas se mantienen constantes en todos los servicios básicos. Por ejemplo, en la recolección de basuras, la diferencia es de 14 puntos porcentuales (pps), en el alcantarillado es de 25 pps, y en aspectos como el acceso al gas natural, la diferencia es de aproximadamente 20 pps. Estos patrones explican diversas vulnerabilidades en la población afrodescendiente, que abarcan desde cuestiones de salud hasta el acceso a una alimentación adecuada.

Las desigualdades y desventajas arraigadas en la población afrocolombiana se manifiestan de manera contundente en las brechas existentes en el acceso a servicios públicos esenciales y en la mejora de sus condiciones de vida. Estos servicios incluyen ámbitos críticos como educación, salud, acceso a agua potable, saneamiento básico, energía eléctrica, recolección de residuos, conectividad a internet y suministro de gas natural. Estas disparidades en el acceso y la calidad de los servicios básicos profundizan los efectos

Gráfica 5. Cobertura de servicios públicos domiciliarios según pertenencia étnico-racial



Fuente: CNPV 2018

negativos derivados de los impactos socioeconómicos adversos que a menudo enfrentan, consecuencia de la convergencia de sus características socioeconómicas y su pertenencia étnico-racial.

A través de los análisis de los índices de pobreza multidimensional, educación, empleo y servicios básicos, hemos evidenciado cómo estas brechas restringen su capacidad para acceder a información de calidad, gestionar su salud y superar obstáculos en el acceso a atención médica. Por ejemplo, cuando se observan índices reducidos en educación y acceso al empleo, surgen desafíos fundamentales en la implementación de políticas de atención al aborto. La obtención de información de calidad para gestionar el aborto de manera adecuada se convierte en una necesidad crítica en este escenario.

Adicionalmente, la precaria infraestructura sanitaria en áreas densamente pobladas por comunidades afrocolombianas y la ausencia de suministros médicos y servicios de aborto en zonas rurales obligan a muchas mujeres a enfrentar costos financieros significativos al tener que desplazarse a centros urbanos donde estos servicios están disponibles. Estas circunstancias ilustran claramente cómo los resultados de pobreza, más acentuados en la población negra, pueden traducirse en una mayor incidencia de abortos inseguros o embarazos forzados a término debido a la falta de acceso oportuno a servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). En última instancia, la profundización de estas desigualdades económicas y educativas amplifica las dificultades que enfrentan las mujeres negras afrodescendientes en la búsqueda de atención médica adecuada y el ejercicio de sus derechos reproductivos.



2.2 | Feminización racial de la pobreza: Contexto demográfico y social de las mujeres negras afrodescendientes en Colombia

Siguiendo la conceptualización de Kimberlé Williams Crenshaw, es crucial entender cómo la subordinación material ha afectado a las personas afrodescendientes y sus comunidades en términos económicos y de oportunidades de vida. Esta subordinación, que se manifiesta en la discriminación y exclusión, ha llevado a una clara desigualdad económica entre las personas afrodescendientes y las no afrodescendientes (García Villegas et al., 2006). En el caso de las mujeres negras afrodescendientes, la subordinación material que enfrentan debido a la discriminación racial y económica se suma a su experiencia de género, lo que resulta en una profundización de la vulnerabilidad. La falta de oportunidades económicas y educativas limita sus posibilidades de acceder a empleos formales y bien remunerados, lo que a su vez dificulta su capacidad para escapar de situaciones de pobreza. Además, su sobrerrepresentación en trabajos de cuidado y tareas domésticas no remuneradas también contribuye a su situación económica precaria.

Dentro de este contexto, es esencial analizar la feminización de la pobreza, entendida como el aumento de la pobreza en las mujeres (Medeiros y Costa citados en Tortosa, 2009), que afecta de manera desproporcionada a las mujeres negras afrodescendientes. Esta conexión entre la subordinación material y la feminización de la pobreza cobra relevancia al examinar cómo las desigualdades económicas persistentes han llevado a que las mujeres negras afrodescendientes sean especialmente vulnerables a caer en la trampa de la pobreza. La intersección entre la pertenencia étnico-racial y el género se traduce en una carga adicional de desventajas económicas y sociales, exacerbando aún más su posición marginal en la sociedad. En este sentido, la feminización racial de la pobreza emerge como una preocupación apremiante en la búsqueda de estrategias que aborden estas desigualdades multidimensionales.

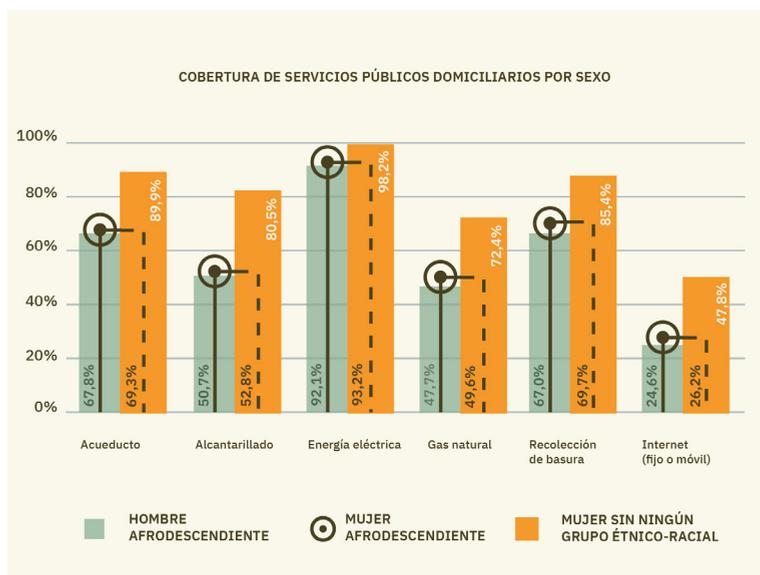
La feminización de la pobreza, un fenómeno ampliamente reconocido en la literatura académica subraya las desigualdades de género en el ámbito económico y social, y su impacto en las tasas de pobreza. Sin embargo, las consecuencias de la desigualdad económica no impactan a todas las mujeres de la misma manera. Los datos demuestran que cuando la desigualdad de género se cruza con la opresión racial, los índices de pobreza femenina se profundizan.

Según la CEPAL (2019a), esta tendencia es especialmente notable en la población afrodescendiente. En promedio, el 32,4% de las mujeres negras afrodescendientes en América Latina vive en condiciones de pobreza, en comparación con el 22,7% de las mujeres no afrodescendientes y el 29,4% de los hombres afrodescendientes. Además, el 13,6% de las mujeres negras afrodescendientes enfrenta la extrema pobreza, en comparación con el 7,9% de las mujeres no afrodescendientes y el 12,7% de los hombres afrodescendientes.

En Colombia, los datos sobre índice de feminidad de la pobreza demuestran que las mujeres negras afrodescendientes están más afectadas por el empobrecimiento, con un índice de 121 mientras que el de las mujeres no afro es de 116.6. La severidad de la pobreza en las mujeres se refleja también en que las mujeres negras afrodescendientes, que son madres cabezas de hogar, tienen una tasa de pobreza del 47,9%, más de 10 puntos porcentuales por encima de los hogares monoparentales liderados por mujeres no afro, en la que el índice de pobreza es de 31.8% (CEPAL, 2020). Estos indicadores empeoran para las mujeres que viven en áreas rurales del país. Hasta el corte de 2021, la cifra de mujeres negras afrodescendientes alcanzó un preocupante 53.6%, en comparación con el 33.6% registrado para las mujeres no afrodescendientes en esa misma área.

Como se mencionó anteriormente, las personas afrodescendientes en Colombia tienen una menor cobertura en servicios públicos domiciliarios. Cuando observamos estos resultados desagregados, vemos que las mujeres negras afrodescendientes tienen una cobertura aún menor en comparación con los hombres afrodescendientes y las mujeres sin ningún grupo étnico-racial. Por ejemplo, la cobertura de acueducto para mujeres negras afrodescendientes es 20,6 puntos porcentuales (pps) menor que para las mujeres sin ningún grupo étnico-racial; la cobertura es del 69,3% y el 89,9% respectivamente, según los datos dispuestos en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Esta disparidad se repite en otros servicios públicos domiciliarios, como el alcantarillado, donde la brecha alcanza 27 pps, y en el acceso al gas natural conectado a red pública, donde hay una diferencia de 22,8 pps, como se ilustra en la **Gráfica 6**.

Gráfica 6. Cobertura de servicios públicos domiciliarios por sexo.

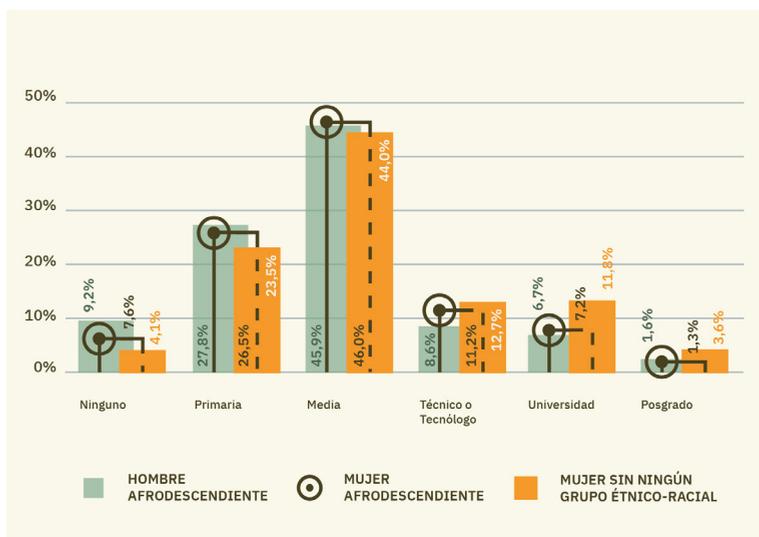


Fuente: Elaboración propia, con base al CNPV 2018.

Las mujeres negras afrodescendientes se encuentran en una situación desafiante en lo que respecta al acceso a servicios públicos, especialmente en comparación con las mujeres que no pertenecen a ningún grupo étnico-racial. Esto no solo crea una desigualdad generalizada, sino que también tiene un impacto negativo en su calidad de vida y salud, entre otros factores que pueden perpetuar ciclos de pobreza y limitar sus oportunidades de desarrollo y movilidad social. Estos desafíos se vuelven aún más pronunciados en el departamento del Chocó, en comparación con los departamentos de Valle del Cauca y Bolívar.

Autores como Lacombe (2012) enfatizan que una de las consignas más importantes en las campañas por el aborto legal y seguro es el garantizar el acceso a servicios sanitarios y educativos. En cuanto a la educación, las mujeres negras afrodescendientes también enfrentan una gran desventaja. A pesar de que tienen un nivel educativo y asistencia escolar más altos que los hombres afrodescendientes, siguen rezagadas en comparación con las mujeres que no pertenecen a ningún grupo étnico-racial, según los datos del último censo y la Encuesta de Calidad de Vida de 2022 (en adelante ECV 2022). En la ECV 2022, se observa que las mujeres negras afrodescendientes tienen un nivel educativo menor en todos los segmentos educativos, incluso en los niveles de educación obligatoria.

Gráfica 7. Nivel educativo por sexo y pertenencia étnico-racial.



Fuente: Elaboración propia, con base a Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ECV 2022. Las cifras desde la educación superior pueden variar, en ese caso se agrupan categorías con o sin título.

Según la ECV 2022, aproximadamente el 72% de las mujeres negras afrodescendientes tienen un nivel educativo que llega hasta la educación media. Sin embargo, dentro de este grupo, el 26% se limita a la educación primaria. En cuanto a los niveles educativos superiores, la situación es aún más desafiante, ya que solo el 7% de las mujeres negras afrodescendientes accede a la universidad (con o sin título), y solo el 1% llega a posgrado. En comparación, las cifras para las mujeres que no pertenecen a ningún grupo étnico-racial son del 12% y el 3,6%, respectivamente*.

Los resultados revelan una situación desigual que podría afectar de manera más significativa a las mujeres negras afrodescendientes. Estas disparidades pueden tener un impacto en su capacidad para tomar decisiones informadas. Por ejemplo, se ha comprobado que las mujeres con niveles educativos más bajos suelen enfrentar dificultades para conocer sus derechos sexuales y reproductivos, acceder a información adecuada sobre el estatus legal del aborto y desarrollar la agencia en la toma de decisiones reproductivas. Además, existe evidencia que sugiere que a medida que aumenta el nivel educativo de las mujeres, disminuye la probabilidad de que experimenten maternidad en la adolescencia (Gerstenblüth et al., 2009).

La feminización de la pobreza empuja a las mujeres negras afrodescendientes a los márgenes en los que son más vulnerables a la discriminación y a la violencia, además de estar más expuestas a la falta de acceso a servicios esenciales como la salud y la educación. La pérdida de autonomía económica las hace más vulnerables a los ciclos de violencia intrafamiliar, a las violencias del conflicto armado y del Estado. La forma en cómo evolucionan tales vulnerabilidades determina el déficit de acceso a derechos.

Un indicador que refleja esto es que las mujeres con menos años de escolaridad en Colombia viven en algunos de los departamentos donde las mujeres son más pobres, como Cauca, Caquetá, Nariño y Chocó. Estos territorios, a su vez, coinciden con aquellos departamentos que concentran la mayor población afrodescendiente en el país (Chocó, 89%), o que con población negra e indígena, como es el caso de Nariño y Cauca (Por encima del 10%) (ONU Mujeres, 2017). En este contexto, las deficiencias en la educación generan barreras adicionales que repercuten en el acceso a información segura y verificable. Esto no solo impacta en la búsqueda de un sistema de salud adecuado, sino que también se extiende a la satisfacción de necesidades básicas esenciales para garantizar una calidad de vida digna y plena.

Al respecto, la investigación sobre “Determinantes del aborto inseguro y las barreras de acceso a la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres colombianas” indicó que la educación actúa como un factor protector en el acceso a procedimientos seguros de IVE (Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014). Ese estudio evidencia que a medida que aumenta el nivel educativo de las mujeres, se incrementa la probabilidad de acceder a procedimientos de mayor seguridad.

* Se integran las categorías completas e incompletas para la sistematización de información agregada, de la Encuesta de Calidad de Vida 2022.

En contraste, se encontró que las mujeres con una formación educativa más baja tienden a acceder a procedimientos menos seguros. Este hallazgo subraya la importancia del acceso a una educación en la promoción de la salud y el bienestar reproductivo de las mujeres.

Otro indicador relevante para el objeto de estudio de esta investigación es el acceso a internet. La accesibilidad a internet y la infraestructura digital están adquiriendo un valor cada vez más crucial en el acceso a servicios y oportunidades de las personas y comunidades afrodescendientes. Estas herramientas determinan el alcance de la información, educación, servicios de salud en línea (como la telemedicina) y oportunidades laborales. Según datos proporcionados por la CEPAL, en Colombia, la proporción de la población no afrodescendiente con acceso a internet en el hogar es del 45,2%, mientras que entre la población afrodescendiente esta cifra alcanza el 31,0%.

Por ejemplo, si esperamos que los servicios de aborto por telemedicina ofrecidos por las IPS lleguen a los municipios para que las mujeres negras afrodescendientes accedan al aborto de manera oportuna, segura y sin la necesidad de desplazarse, será necesario superar esta brecha. El acceso al aborto desde casa, con el respaldo médico virtual, podría revolucionar la prestación del servicio y contribuir a cerrar la brecha de acceso. Sin embargo, el bajo acceso a internet en los municipios con una mayoría afrodescendiente representa un desafío significativo para su implementación exitosa.

Si comparamos el número de abortos por telemedicina realizados por Profamilia en los tres departamentos priorizados en esta investigación, podemos identificar una brecha considerable entre las mujeres que acceden a este tipo de servicio según el departamento. A continuación, se detallan los datos por departamento y año:

Tabla 8. Acceso a aborto por telemedicina según datos de la IPS Profamilia

	Departamento	Bolívar	Chocó	Valle del Cauca
2021	Servicios IVE telemedicina	53	0	97
	Nº Total de servicios de IVE	324	174	886
	Cobertura virtual	16%	0%	11%
2022	Servicios IVE telemedicina	173	5	318
	Nº Total de servicios de IVE	459	340	955
	Cobertura virtual	38%	1%	33%
2023	Servicios IVE telemedicina	128	5	215
	Nº Total de servicios de IVE	295	240	492
	Cobertura virtual	43%	2%	44%

Fuente: Elaboración propia a partir de la respuesta de Profamilia a petición formulada por Ilex Acción Jurídica

La brecha en acceso es más alta para el departamento del Chocó, donde el crecimiento en acceso a IVE mediante telemedicina solo ha crecido entre un 1% y un 2% en los últimos dos años. Aunque la implementación de este servicio virtual es reciente, los datos revelan un marcado rezago en comparación con otros departamentos objeto de estudio. Dicho rezago se atribuye, en parte*, a limitaciones de conectividad que dificultan el acceso a información y a la prestación del servicio. Esta situación subraya la importancia de abordar no solo la disponibilidad de servicios de salud, sino también los desafíos infraestructurales y educativos que contribuyen a la inequidad en la atención de la salud reproductiva en la región.

Es indispensable considerar el acceso a internet en la evaluación de la viabilidad y el éxito de los servicios de telemedicina en población de mujeres negras afrodescendientes. Esta información contextual refuerza la relevancia de la conectividad digital y su papel fundamental en la reducción de las desigualdades en el acceso a la atención médica, específicamente en la intersección entre la salud reproductiva y las disparidades socioeconómicas.

En términos de salud sexual y reproductiva este indicador es crucial dadas las condiciones geográficas y las barreras de acceso a la información e infraestructura en salud que enfrentan las mujeres negras afrodescendientes que viven en zonas rurales o dispersas. Lamentablemente, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2019, mientras que el 51,9% de los hogares en Colombia posee conexión a Internet, el acceso de las personas que viven en centros poblados y zonas rurales dispersas es tan solo del 20,7 (DANE, 2019). Según el Censo Nacional de Población y Vivienda, los municipios con mayor población afrocolombiana tienen, en promedio, una menor tasa de cobertura de este servicio y una diferencia significativa de 5.22 puntos menos con respecto al resto de municipios del país.

La desigualdad económica que impacta de manera desproporcionada a las mujeres negras afrodescendientes está intrínsecamente relacionada con su autonomía económica. Esta situación repercute en su capacidad para tomar decisiones libres y autónomas en relación con su salud y su cuerpo, sin depender económicamente de sus parejas u otras personas cercanas para acceder a los servicios esenciales. Existe una enorme brecha en el acceso a la IVE relacionada con la capacidad económica de las mujeres negras afrodescendientes, pues aquellas mujeres que cuentan con menores recursos económicos acuden a servicios inseguros que ponen en riesgo su vida e integridad.

La conexión entre la desigualdad económica y la autonomía se ve agravada por el panorama laboral al que se enfrentan las mujeres negras afrodescendientes. En este aspecto, enfrentan desafíos significativos, puesto que tienen más dificultades para acceder a empleos formales y tienden a ocupar roles sobrerrepresentados en trabajos de cuidado y tareas domésticas. De acuerdo con los datos obtenidos en el Censo de 2018, se observa que un 36% de las mujeres negras afrodescendientes se dedican a labores del hogar, lo cual muestra una disminución de 2 puntos porcentuales en comparación con las mujeres

* Otro factor puede estar relacionado con la falta de convenio entre las EPS de ese departamento con Profamilia para la prestación del servicio de aborto por telemedicina, a través de la plataforma Mía.

no afrodescendientes. Esta tendencia también se refleja en la participación laboral, con un 26% para las mujeres negras afrodescendientes y un 33% para las no afrodescendientes, evidenciando una diferencia de 7 puntos porcentuales.

Los indicadores laborales negativos se acentuaron aún más tras el brote de la pandemia. Según el informe del DANE sobre el Mercado Laboral de los Grupos Étnico-Raciales en Colombia antes y después de los confinamientos por el Covid-19, se observó un aumento significativo en la participación de la población afrodescendiente en empleos domésticos en 2021, tanto en el ámbito familiar como en otros hogares (DANE, 2023, p. 20). Este indicador tiene un peso mayor en el caso de las mujeres negras afrodescendientes donde el trabajo doméstico es la tercera posición ocupacional (DANE, 2023, p. 51). En el mismo año, las mujeres negras afrodescendientes enfrentaron la tasa más alta de desempleo, registrando la mayor caída en la tasa global de participación en comparación con hombres y mujeres no étnicos, así como hombres afrodescendientes (DANE, 2023, p. 37).

Las circunstancias de desigualdad en las que están inmersas las mujeres negras afrodescendientes a lo largo de su vida impacta directamente en su estado de salud. Efectivamente, está comprobado que “desde la perspectiva de los determinantes sociales, los factores que generan exclusión y marginación, como la discriminación y el racismo, tienen una manifestación más perdurable en el deterioro de la salud, dando lugar a diferencias significativas en los niveles de mortalidad y en la esperanza de vida”, así como en otros indicadores (CEPAL, 2017, p. 91). En materia de salud sexual y reproductiva, la mortalidad materna es un indicador clave de desigualdad en salud, que revela las marcadas disparidades entre personas afro y no afro y las diferentes condiciones socioeconómicas. El riesgo de muerte materna, específicamente entre las mujeres negras afrodescendientes en Colombia, refleja una situación preocupante. De acuerdo a las estimaciones de la CEPAL entre el año 2010 a 2013, la Razón de Mortalidad Materna en mujeres afro (152.9) es significativamente superior al promedio nacional (66.0) (2017, p. 96)

Tabla 9. *Número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos*

País	Año	Afrodescendientes	Promedio nacional	Razón
Ecuador	2010 -2013	272,5	69,1	3,94
Colombia	2010 -2013	152,9	66,0	2,31
Brasil	2011	68,8	50,8	1,35

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para la garantía de sus derechos”, *Documentos de Proyectos* (LC/ TS.2017/121), Santiago, 2017.

De ahí la importancia de avanzar en la comprensión de los patrones epidemiológicos de las mujeres negras afrodescendientes para la formulación de políticas públicas y programas que aborden de manera eficaz sus necesidades, tomando en consideración factores como las variaciones en las etapas del ciclo de vida y su ubicación geográfica. Estas medidas diferenciadas y específicas permitirían la ejecución de estándares internacionales de protección de derechos humanos en el contexto nacional, tales como las recomendaciones del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo que al respecto recomienda “garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las personas afrodescendientes, en particular la salud sexual y la salud reproductiva de las niñas, adolescentes y mujeres negras afrodescendientes, tomando en cuenta sus especificidades socioterritoriales y culturales, así como los factores estructurales, como el racismo, que dificultan el ejercicio de sus derechos” .

El marco legal de Colombia brinda una protección especialmente reforzada a los derechos de las mujeres. La Constitución Política de 1991 establece en su artículo 13 establece que “todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica” (Constitución Política, 1991, artículo 13). No obstante, en reconocimiento de la histórica discriminación que han enfrentado las mujeres, la Constitución reconoció la singular trascendencia de los derechos de las mujeres y, simultáneamente, estableció salvaguardias orientadas a asegurar su protección efectiva y reforzada como una expresión de la obligación de garantizar la igualdad de derechos y oportunidades. En este contexto, proscribió cualquier manifestación de discriminación y rechaza la violencia históricamente infligida, afirmando que cualquier forma de discriminación contra las mujeres constituye intrínsecamente una forma de violencia dirigida hacia ellas.

El Comité CEDAW ha enfatizado la necesidad de tener en cuenta la intersección de género y otros factores al abordar la discriminación contra las mujeres, como se refleja en su Recomendación General No. 25. Esta recomendación insta a los Estados a adoptar medidas especiales de carácter temporal para abordar las desigualdades estructurales y los obstáculos que enfrentan las mujeres en situaciones de vulnerabilidad (CEDAW, 2017, párrafo 15). Además, advierte que una aproximación legal o programática meramente formal no es adecuada para lograr una igualdad real entre hombres y mujeres. La igualdad sustantiva no sólo requiere un enfoque eficaz para corregir la subrepresentación de las mujeres, sino también una redistribución de recursos y poder entre ambos géneros (CEDAW, 2017, párrafo 8) .

Por su parte, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos ha reiterado la obligación de los Estados de tener en cuenta, al formular sus políticas destinadas a promover la igualdad de género, el riesgo específico de violaciones de derechos humanos que las mujeres pueden enfrentar debido a una intersección de factores relacionados con su género, como edad, raza, etnia y situación económica, entre otros (CIDH, 2011, párrafo 18, inciso final).

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha enfatizado en sus informes temáticos la responsabilidad reforzada de los Estados en la implementación de medidas de protección destinadas a grupos de mujeres que enfrentan un riesgo particular de violación de sus derechos humanos, esto abarca a niñas, mujeres negras afrodescendientes, indígenas, migrantes, defensoras de derechos humanos, y otros colectivos (CIDH, 2011, párrafo 49). También ha destacado las obligaciones de los Estados con respecto a las mujeres viviendo en situación de pobreza, en cuyo escenario adquiere especial relevancia la protección de los derechos económicos, sociales y culturales.

En este orden de ideas, es deber del Estado promover acciones encaminadas a mejorar las condiciones de desigualdad que afectan desproporcionadamente a las mujeres afrocolombianas, particularmente en el contexto de acceso a la salud debido a la forma en que la falta de este servicio público incrementa el riesgo de mortalidad y morbilidad relacionados con el aborto y profundiza las desigualdades sociales.



2.3 | Fallas en la disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva

La disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva es una condición esencial para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. No obstante, muchas personas no pueden acceder a éstos debido al empobrecimiento, la falta de acceso a la información de calidad y precisa, la incidencia de las violencias basadas en género, la insuficiente cobertura en las zonas geográficas en las que viven, la discriminación del personal de salud encargado de proporcionarlos, la falta de confidencialidad en los servicios, entre otros factores. A estas barreras se suman las normas sociales, el estigma sobre ciertos servicios como el aborto, los estereotipos de género y el control ejercido por actores armados sobre las vidas y cuerpos de las mujeres.

Los servicios de salud sexual y reproductiva incluyen la educación integral para la sexualidad, el acceso a métodos anticonceptivos, la atención prenatal, postnatal y la salud materna, entre otros. Asimismo, la atención segura del aborto, la detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, la atención a la salud adolescente, la prevención y tratamiento del cáncer de cuello uterino y de mama, la asesoría en salud sexual y reproductiva y la atención y promoción de la igualdad de género -violencias basadas en género-.

A pesar de que la disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas y el goce de los derechos humanos, en Colombia se evidencian disparidades en la utilización de estos servicios entre personas con condiciones socioeconómicas y educativas más bajas, aquellas personas víctimas de la violencia y las comunidades étnicas, debido a una serie de barreras económicas, geográficas, sociales y culturales (Noreña-Herrera et al., 2015). Por ejemplo, en las comunidades afrodescendientes

de la costa pacífica se registran barreras geográficas, económicas y culturales para la utilización de los servicios de salud (Fedesalud, 2015).

Según datos del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades-CDC de Estados Unidos, de los 629,898 abortos informados en 2019, el 38,4% de ellos se realizaron en mujeres negras afrodescendientes, mientras que 33,4% fueron en mujeres blancas. Es decir, que la tasa de aborto por cada 1,000 mujeres fue 3,6 veces más alta en las mujeres negras afrodescendientes en comparación con las mujeres blancas (Comité DESC, 2005). Esta disparidad puede ser explicada por las desigualdades en las tasas de embarazos no deseados, así como por la desigualdad en el acceso a servicios de planificación de calidad, la desventaja económica y la desconfianza en el sistema de salud derivada del racismo médico.

Si bien las cifras corresponden a Estados Unidos, la situación en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres afrocolombianas comparte algunas características. En Colombia, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres negras afrodescendientes, especialmente aquellas que viven en zonas rurales o remotas, es deficitario debido a la insuficiente oferta institucional y a las condiciones particulares de estas áreas, que presentan notables índices de pobreza y un sistema de salud deficiente, factores que indudablemente afectan la disponibilidad de los servicios de anticoncepción, información de calidad sobre salud sexual y reproductiva y el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2015, realizada por Profamilia y el Ministerio de Salud y Protección Social, se evidencia que en las zonas en las que hay mayor población afro, las mujeres acceden en menor proporción a servicios de salud sexual y reproductiva (Ministerio de Salud & Profamilia, 2015a) .

En lo que respecta al acceso a anticonceptivos, la disparidad entre regiones es evidente. En el Valle del Cauca (sin Cali, ni Litoral) tan solo 458 mujeres utilizan algún método anticonceptivo y en el litoral pacífico solo 504 mujeres. En contraste, en otras áreas como los Santanderes se observa un número significativamente mayor, con 1,283 mujeres empleando métodos anticonceptivos. Sin embargo, la disparidad se vuelve aún más preocupante cuando se constata que en ciertas regiones estas cifras se duplican. Tal es el caso de Boyacá, donde 1,820 mujeres utilizan métodos anticonceptivos, mientras que en el Tolima esta cifra se sitúa en 1,091 (Ministerio de Salud & Profamilia, 2015b, Tomo II p. 56)

Al analizar el acceso a la información sobre métodos anticonceptivos y sus implicaciones en distintas regiones, se destaca una clara disparidad. Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, en el Valle del Cauca, solamente 252 mujeres han recibido información sobre estos métodos. Comparativamente, en áreas como la Guajira, Cesar y Magdalena, 526 mujeres han sido informadas, y en el Quindío esta cifra alcanza las 471. Estas diferencias se extienden a otros territorios, como en Boyacá, donde 821 mujeres han sido informadas sobre su uso (Ministerio de Salud & Profamilia, 2015b, p. 69).

Asimismo, estas desigualdades se manifiestan en servicios esenciales como las citologías. Al indagar si han tenido acceso a este servicio en algún momento de sus vidas, en el Litoral Pacífico únicamente 747 mujeres confirman haberlo hecho. En áreas como el Valle del Cauca sin incluir Cali, este número aumenta a 1,096, y en el Atlántico, San Andrés, Bolívar Norte se registra un total de 1,360. En comparación, en lugares como Boyacá, Cundinamarca y Meta, 3,635 mujeres afirman haberse realizado una citología, mientras que en el Tolima esta cifra es de 2,137 (Ministerio de Salud & Profamilia, 2015b, p. 238). Estas estadísticas resaltan las significativas brechas existentes en cuanto al acceso, conocimiento, información y disponibilidad de servicios, especialmente en áreas con una población predominantemente afrocolombiana.

Además, a lo anterior se suma el contexto cultural que ejerce una influencia significativa en la educación sexual de las mujeres con pertenencia étnico-racial y la información que reciben, la cual va más allá de lo que se les proporciona en los sistemas formales de educación. Esta influencia se deriva del largo tiempo de relacionamiento propio con los recursos naturales. Es decir, el conocimiento sobre el acceso a anticonceptivos no se limita únicamente a la información oficial que puedan recibir de los sistemas educativos, sino que también se nutre del conocimiento tradicional transmitido a través de generaciones, a menudo a través de la partería. En ese sentido, muchas mujeres centran sus métodos anticonceptivos en los mecanismos tradicionales proporcionados desde sus territorios. Estos métodos, en muchas ocasiones, no implican costos adicionales y pueden incluir el uso de plantas medicinales o frutas exóticas específicas.

La falta de acceso a información precisa y a una educación integral en salud sexual y reproductiva puede llevar a que las personas desconocen cómo prevenir embarazos no deseados o cómo tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva. Esto, a su vez, puede contribuir al aumento de embarazos no planificados, que con frecuencia conllevan riesgos relacionados con abortos inseguros y complicaciones en la salud. Lamentablemente, la ausencia de datos desagregados por pertenencia étnico-racial en el acceso a estos servicios dificulta un análisis más detallado sobre la representación de las mujeres afrocolombianas en indicadores que miden el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en general, y en relación al aborto en particular.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015), se observa un desconocimiento generalizado por parte de la población acerca de los métodos anticonceptivos en Colombia. Se destaca que aproximadamente el 65% de las personas entre 13 y 49 años, tanto hombres como mujeres, no emplean ningún método anticonceptivo durante sus experiencias sexuales. De este porcentaje, alrededor del 36,6% corresponde a mujeres, para quienes el acceso a métodos anticonceptivos modernos continúa presentando obstáculos, particularmente en contextos de pobreza y en zonas rurales.

Lo anterior sumado a las condiciones de empobrecimiento en el que se encuentran muchas mujeres negras afrodescendientes y las deficiencias en la atención en salud en sus territorios conlleva a que muchas se vean obligadas a pagar con sus recursos los

anticonceptivos que necesitan para espaciar el número de hijos y prevenir el embarazo no deseado o a esperar que sean provistos en las brigadas de salud realizadas ocasionalmente en sus territorios. Ello aumenta el riesgo de no usar métodos anticonceptivos por su alto impacto en la economía personal de las mujeres. Además, se hace evidente que las mujeres negras afrodescendientes que viven en zonas rurales y apartadas se enfrentan a mayores desafíos y disparidades en la planificación efectiva de su reproducción (Ministerio de Salud & Profamilia, 2015a). Lo anterior, si se tiene en cuenta que las mujeres con menores niveles de educación tienden a usar menos anticonceptivos en comparación con sus contrapartes más educadas (Wong & Perpétuo, 2011), y dadas las importantes disparidades en el acceso a anticonceptivos entre las zonas urbanas (26,0%) y rurales (53,0%) en Colombia.

La ausencia de anticonceptivos accesibles y asequibles es un factor crítico. Cuando las personas no tienen acceso a una variedad de métodos anticonceptivos efectivos, se ven limitadas en su capacidad para planificar y gestionar su fertilidad. Esto resulta en un mayor número de embarazos no deseados, lo que sumado a la ausencia de información de calidad sobre las opciones legales y seguras para la interrupción del embarazo, expone a las mujeres a recurrir a métodos peligrosos, como el aborto inseguro.

Las personas negras tienen menos probabilidades de recibir educación sexual integral, un factor clave para prevenir embarazos no deseados. El informe de la Alianza para la Equidad de niñas afroamericanas encontró que los jóvenes negros, de bajos ingresos y de hogares monoparentales tenían menos probabilidades de recibir información sexual formal, particularmente los jóvenes negros reciben educación sobre abstinencia exclusiva, la cual es ineficaz y estigmatizante (Brinkman et al., 2019). Por su parte, el informe de Profamilia “Entendiendo las experiencias y prácticas resilientes de adolescentes y jóvenes durante la pandemia del COVID- 19 en Colombia” señala que el acceso a métodos anticonceptivos fue un desafío en zonas de difícil acceso durante la pandemia. Aunque este informe analiza el contexto de desabastecimiento en el periodo de la pandemia, los desafíos en las zonas rurales o dispersas son constantes en el tiempo.

Es más probable que las mujeres negras afrodescendientes vivan en desiertos de anticoncepción, definidas como áreas geográficas donde las barreras para acceder y/o comprar anticonceptivos es más alta. Entre las causas que explican la demanda insatisfecha de planificación familiar en América Latina, se encuentran la escasa información sobre los diferentes métodos o los lugares donde obtenerlos, las barreras económicas para acceder a ellos, el temor a los efectos secundarios, las creencias religiosas y la oposición de la pareja (CEPAL, 2017). Una líder comunitaria de Buenaventura, entrevistada durante nuestra investigación, ilustró esta problemática al señalar que en las áreas rurales de Buenaventura no existe acceso a métodos anticonceptivos (Entrevista mujer No 4, Valle del Cauca, 2023) .

Adicionalmente, los estereotipos y las concepciones morales sobre la sexualidad de las mujeres también influyen en el acceso a los anticonceptivos. En ciertos sectores, persiste la noción de que las mujeres solteras y adolescentes no deben tener acceso a métodos anticonceptivos, porque se considera que esto podría fomentar la promiscuidad. Este

estereotipo puede traducirse en una mayor presión social sobre las mujeres y, en algunos casos, el uso de anticonceptivos puede ser visto como motivo válido para la violencia y discriminación contra las mujeres ejercen su sexualidad libremente (Centro de Derechos Reproductivos, 2020). Así mismo, la injerencia de las parejas sobre las decisiones del cuidado de la salud sexual y las decisiones reproductivas de las mujeres también ocupa un espacio relevante que debilita su autonomía.

En el panorama latinoamericano, las dificultades en la planificación familiar y el acceso limitado al aborto se convierten en obstáculos para la autonomía reproductiva de las mujeres, con desproporcionados efectos sobre las mujeres negras afrodescendientes. Entre estos desafíos, destacan la persistente problemática de la maternidad en la adolescencia, los casos de embarazo en niñas, a menudo relacionados con la maternidad forzada y la violencia sexual, así como la demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar. Esta falta de satisfacción está vinculada a la limitada inversión pública en anticonceptivos y a la carga económica mayoritariamente asumida por las mujeres en cuestiones reproductivas (CEPAL, 2016).

La falta de disponibilidad de anticonceptivos y el acceso limitado al aborto tiene unos riesgos para la autonomía reproductiva de las mujeres que merecen la pena ser revisados en estudios posteriores. En Estados Unidos, algunas feministas negras han señalado una dimensión adicional sobre los riesgos que conlleva la falta de disponibilidad de estos servicios. Allí, algunas feministas negras han subrayado un aspecto adicional de los peligros asociados con la falta de servicios: que la escasa inversión pública en planificación y servicios de aborto aumenta la cantidad de mujeres de bajos recursos que, debido a sus circunstancias, se ven obligadas a recurrir a métodos de infertilidad permanente (Carson, 2019; Davis, 2005). Ante ese panorama, han denunciado que es urgente proteger los derechos reproductivos de todas las mujeres, particularmente de aquellas cuyas circunstancias económicas frecuentemente las llevan a renunciar a su derecho a la reproducción. Aunque este análisis se focaliza en el contexto estadounidense, su pertinencia se extiende al contexto colombiano al arrojar luz sobre por qué en situaciones sociales donde el acceso al control de la natalidad y al aborto es complejo puede generarse el riesgo de promover una preferencia por métodos anticonceptivos permanentes, como la esterilización.

La relación directa entre el bajo acceso, la falta de conocimiento e información sobre servicios sexuales y reproductivos y una de sus consecuencias más visibles y documentadas es la mortalidad materna. Esta realidad se acentúa entre las mujeres afrocolombianas, quienes experimentan índices más elevados de mortalidad materna en Colombia (DANE, 2021b, p. 4) .

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados y la limitada disponibilidad de anticonceptivos tienen un impacto directo en la necesidad de servicios de aborto entre las mujeres afrocolombianas. La brecha entre las áreas urbanas y rurales, junto con las diferencias geográficas, plantea desafíos profundos en términos de acceso a servicios de salud y planificación reproductiva.

La falta de conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos adecuados conlleva consecuencias sustanciales para las mujeres afrocolombianas, quienes enfrentan mayores dificultades en su búsqueda de autonomía reproductiva. Estas desigualdades se manifiestan en la falta de acceso a servicios esenciales como citologías y la persistente problemática de la maternidad en la adolescencia, entre otros factores. Las limitaciones económicas, geográficas y culturales actúan como barreras que afectan la toma de decisiones informadas y seguras en cuanto a la salud reproductiva. La ausencia de anticonceptivos accesibles y asequibles, así como la limitada disponibilidad de servicios de aborto seguro, exponen a las mujeres a riesgos evitables y a la pérdida de control sobre sus propias decisiones de salud. En este contexto, es esencial implementar estrategias que aborden estas desigualdades y garanticen el acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva para todas las mujeres, especialmente aquellas pertenecientes a comunidades afrodescendientes.



2.4 | Características territoriales como desafíos a la movilidad, seguridad y libertad personal

En Colombia persiste la desigualdad social entre las zonas rurales y urbanas, así como entre regiones. En esta investigación se seleccionaron los departamentos de Bolívar, Chocó y Valle del Cauca debido a que presentan características que son especialmente relevantes para el enfoque de este estudio. Estos territorios se destacan a nivel nacional por tener un alto porcentaje de población afrocolombiana y características de distribución geográfica diversas, lo que permite analizar de manera más precisa los efectos de la desigualdad material en esta comunidad.

En lo que respecta a la distribución geográfica, el departamento con la mayor concentración de personas afrocolombianas es el Valle del Cauca, donde reside una población significativa de 1.421.601 individuos. A este le sigue el departamento de Chocó, con una población de 439.061 personas, y Bolívar, donde habitan 758.988 personas afrocolombianas.

Además, estos departamentos presentan una combinación de áreas tanto rurales como urbanas, junto con características geográficas fluviales y marítimas que plantean desafíos significativos en términos de acceso a infraestructura básica, vías y servicios esenciales. Las personas que residen en zonas rurales y geográficamente dispersas en estos departamentos a menudo enfrentan dificultades para acceder a servicios de salud, educación y otros servicios públicos debido a las desafiantes características geográficas, que se combinan con una infraestructura vial deficiente y condiciones de empobrecimiento.

El departamento de Chocó, mayoritariamente habitado por comunidades afrocolombianas e indígenas, presenta una distribución demográfica en la que el 44.6% de la población reside en áreas urbanas, mientras que el 55.4% se establece en zonas rurales. Las vías terrestres que lo conectan revelan un relativo aislamiento porque la infraestructura vial de la región se basa en una única carretera que conecta Quibdó con Medellín, además de otras

vías secundarias como las que llegan a Bahía Solano, Condoto, Nuquí y Riosucio. Aunque existen rutas que vinculan Chocó con Antioquia, como Medellín-Quibdó y Pereira-Quibdó, estas conexiones no enlazan directamente el centro del país con el Océano Pacífico. La limitada red vial impulsa el uso principal de las vías fluviales como medio de comunicación, aprovechando la navegabilidad de la mayoría de sus ríos para embarcaciones medianas y pequeñas.

Las comunidades en Chocó dependen en gran medida de métodos de transporte como el aéreo, fluvial y marítimo. Chocó, que se divide en cinco subregiones - Atrato, San Juan, Darién, Pacífico y Baudó -, presenta diversas características y dinámicas que influyen en la movilidad tanto interna como hacia otras partes del país. Por ejemplo, en el departamento, los vuelos comerciales operan únicamente en Acandí, Bahía Solano, Nuquí, Quibdó y Condoto. Importante mencionar que no hay conexión aérea directa entre Quibdó y Acandí. Áreas rurales como El Salto en Bajadó ejemplifican la complejidad de esta región, donde el desplazamiento implica una combinación de medios terrestres, fluviales y animales, incluso requiriendo travesías a pie para alcanzar áreas rurales remotas. Estas barreras de conectividad en Chocó, marcadas por su geografía diversa y carencia de infraestructura, plantean desafíos fundamentales para la movilización de sus habitantes, restringiendo su acceso a servicios y oportunidades, y acentuando la necesidad de abordar estas limitaciones de manera efectiva.

En el contexto del Valle del Cauca, la demarcación territorial revela una dualidad entre las zonas urbanas y las áreas rurales dispersas en las montañas y las zonas de producción agroindustrial. Buenaventura, en particular, contribuye significativamente a esta configuración. Ubicado en el litoral Pacífico, Buenaventura es el quinto municipio más poblado en términos rurales a nivel nacional, albergando a más de 75,000 residentes y destacándose también por ser el segundo en cuanto a extensión territorial. Buenaventura abarca una parte sustancial del territorio del Valle del Cauca, se encuentra geográficamente enmarcado por la costa del Pacífico y la selva del Chocó biogeográfico colombiano. En la esfera rural de este municipio, los territorios ancestrales y colectivos se extienden en las riberas de ríos, quebradas y zonas costeras.

A la cabecera municipal de Buenaventura la integran dos zonas: una insular (Isla Cascajal) en la que se ha desarrollado la zona portuaria y una zona continental caracterizada por el uso residencial, en cuanto a la zona rural se encuentra dividida en 19 corregimientos en las cuales hay 268 veredas y el número de poblaciones asciende a 388 asentamientos de diversos tamaño los cuales se ubican dispersos al interior del bosque húmedo tropical con especial característica de estar ubicado a la rivera de los ríos, quebradas y en medio de las zonas costeras; los asentamientos que más se destacan son: Puerto Merizalde; San Francisco del Naya, Juan Chaco, Ladrilleros, Zacarías, Sabaletas, Cisneros, la Bocana, San Antonio de Yurumanguí, Silva, Papayal, Málaga, entre otros.

La zona Sur-Occidental de Buenaventura está formada por las cuencas de los ríos Naya, Yurumanguí, Cajambre, Mayorquín, Raposo y Anchicayá, en donde se asientan los consejos

comunitarios alusivos a cada una de estas cuencas. Estas se encuentran distribuidas en las veredas de Puerto Merizalde, El Carmen, San Antonio de Yurumanguí, El Pital, Silva, El Tigre y San José de Anchicayá (Agencia de Desarrollo Rural et al., 2019).

En Bolívar, en adición a su núcleo urbano central, Cartagena, se expanden áreas rurales tanto en el interior como en las zonas costeras. La zona rural de Cartagena al 2020 alberga una población de 114,184 habitantes, mientras que la zona urbana cuenta con 914,552 habitantes. De manera específica, el entorno rural de Cartagena está compuesto por 25 corregimientos y veredas, abarcando tanto la zona continental como la insular, y cubriendo un significativo 91.1% del área total, equivalente a 551 kilómetros cuadrados (Irina Junieles, 2017). En muchas ocasiones, estas extensiones rurales exhiben un menor nivel de desarrollo en términos de infraestructura y servicios en comparación con las áreas urbanas. Además, Cartagena cuenta con una zona rural-insular constituida por las islas de Barú y Tierrabomba. La Isla de Barú incluye los corregimientos de Ararca, Santa Ana y Barú, mientras que la Isla de Tierrabomba abarca los corregimientos de Tierrabomba, Punta Arena, Caño del Oro y Bocachica. En particular, las regiones costeras e insulares enfrentan desafíos en términos de movilidad al incurrir en gastos para acceder a servicios de salud que no están disponibles en su propio municipio.

Las características geográficas desempeñan un papel crucial en el análisis del acceso a derechos, especialmente cuando estas áreas están densamente pobladas por personas afrocolombianas. En departamentos donde estas comunidades tienen una presencia significativa, las particularidades geográficas y las deficiencias en infraestructura pueden tener un impacto profundo en su capacidad para acceder a servicios esenciales y ejercer plenamente sus derechos. Esto se vuelve particularmente relevante en zonas rurales y áreas remotas o dispersas, donde la falta de infraestructura y transporte adecuados aumenta los costos de desplazamiento y limita significativamente el acceso de las comunidades a servicios básicos.

Los patrones de exclusión que afectan a las personas y comunidades negras las han situado en una posición de vulnerabilidad estructural. En cuanto al acceso a los derechos sexuales y reproductivos, las mujeres negras afrodescendientes que residen en las áreas rurales o zonas geográficas remotas de estos departamentos enfrentan una persistente desigualdad y desventaja en comparación con aquellas que viven en áreas urbanas. Esta disparidad se refleja en las dificultades para acceder a servicios de salud debido a la ubicación geográfica distante de muchos de estos lugares en relación a los centros poblados o ciudades, la débil infraestructura en salud, la falta de personal médico, la presencia de grupos armados en los territorios, el bajo nivel de educación, la falta de autonomía económica, entre otros factores. Esto es particularmente preocupante en las zonas rurales donde muchas veces no se cuenta con el primer nivel de atención en salud, cuya remisión a un nivel superior implica dificultades y gastos adicionales que lo hacen inaccesible.

En relación a las barreras que influyen en el acceso al aborto desde distintos territorios, en departamentos como Chocó, el acceso a los servicios de salud se encuentra limitado

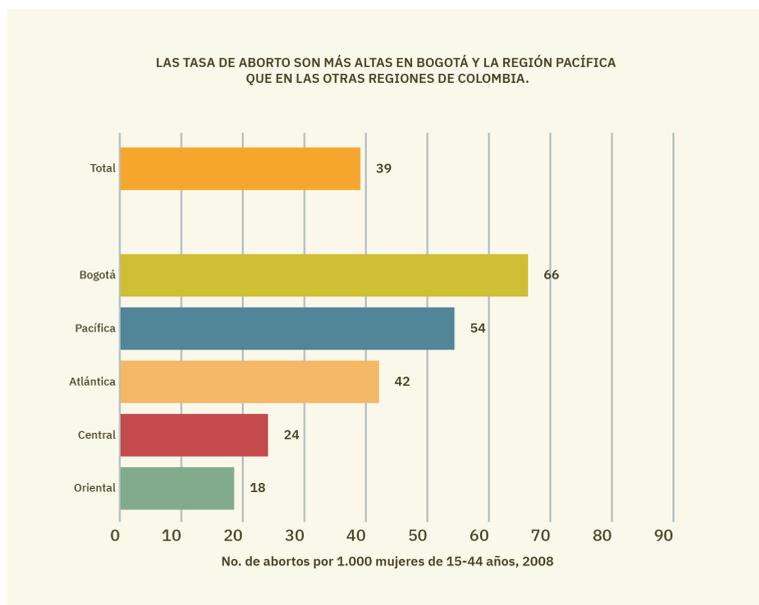
debido a diversos factores, como el impacto del conflicto armado, las considerables distancias entre las áreas rurales y los municipios donde se ubican los centros de atención médica, la falta de recursos económicos para cubrir los costos del transporte, la insuficiencia de profesionales médicos y la falta de medicamentos, entre otras circunstancias (Médicos Sin Fronteras, 2023).

Según Médicos Sin Fronteras, si una paciente necesita interrumpir su embarazo de forma segura debe viajar hasta Quibdó, lo que significa que debe hacer un viaje de uno o dos días para acceder a ese servicio. Al respecto señala:

Estando en el municipio Pie de Pató, hemos sabido de mujeres que les niegan el servicio y les dicen que deben ir a Profamilia en Quibdó. A pesar de que es legal, hay muchas dificultades para acceder a los servicios. De hecho, sabemos de mujeres que compran los medicamentos y tratan de hacerlo por su cuenta, porque hay muy poca información(2023).

En 2008, se encontró que las tasas de aborto en el pacífico colombiano son las segundas más altas de Colombia, después de Bogotá (Médicos Sin Fronteras, 2008). Sin embargo, según un estudio realizado sobre aborto inducido en Colombia en 2011, la proporción de mujeres que sufren complicaciones es mayor en la región pacífica (40%) y menor en Bogotá (25%) (Prada et al., 2011).

Gráfica 8. Tasa de abortos en Colombia



Fuente: Tomado de Instituto Guttmacher

La zona, el territorio en el que reside la mujer, su identidad racial y su condición socioeconómica afecta el tipo de aborto al que accede. Según el estudio “Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia”,

Se considera que las mujeres pobres, especialmente aquellas que viven en áreas rurales y que no pueden pagar un procedimiento seguro de alta calidad, tienen mayor probabilidad de desarrollar complicaciones que las mujeres no pobres. Las mujeres pobres también tienden a aplazar su aborto por muchas razones, y los abortos pueden ser más riesgosos mientras más se retrasan, especialmente cuando los proveedores no tienen la capacitación o experiencia adecuadas (Prada et al., 2011).

La región del Pacífico, donde predomina la presencia de comunidades afrodescendientes, presenta notables desafíos en relación a la salud sexual y reproductiva (Médicos Sin Fronteras, 2018). Una evaluación sobre acceso al aborto seguro, llevada a cabo por la organización Médicos Sin Fronteras en Tumaco y Buenaventura durante 2017 y 2018, subraya la limitación en el acceso a la IVE. El informe revela que el 88% de las mujeres y niñas encuestadas han enfrentado al menos una barrera al intentar acceder a la IVE, con obstáculos sociales y del sector de la salud como los más destacados. Asimismo, un 27% de estas mujeres y niñas informaron haber experimentado negación de acceso a un aborto seguro, mientras que un 3% reconoció haber recurrido a métodos alternativos no seguros antes de acudir a la entidad correspondiente.

En el pacífico colombiano la presencia del Estado es débil, especialmente en instituciones e infraestructura en salud, con el agravante de que allí se ubican grandes poblaciones rurales. Ello implica que para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva las mujeres deben recorrer grandes distancias terrestres, fluviales e, incluso aéreas, lo que aumenta los costos y la dificultad para acceder a los servicios de forma oportuna.

Las restricciones económicas y geográficas que enfrenta la población afrodescendiente generan la necesidad de desplazarse hacia áreas más centralizadas para acceder a atención médica, lo que a menudo les coloca ante barreras adicionales. Estas barreras no solo implican los costos y el esfuerzo del desplazamiento en sí, sino también gastos adicionales para acceder a los servicios de salud. Las disparidades geográficas que enfrenta una mujer que necesita un aborto impactan tanto su autonomía económica como su autonomía reproductiva. Si una mujer carece de recursos propios para movilizarse hasta donde se proporciona el servicio de aborto o para obtener medicamentos disponibles en el área más cercana (como el Misoprostol, ya que la Mifepristona solo está disponible con prescripción médica), se encuentra en riesgo de recurrir a prácticas de aborto inseguro o de proseguir un embarazo en contra de su voluntad y sus planes de vida.

Acorde a las cifras de la CEPAL sobre el índice de feminidad en hogares pobres, en el año 2021 la proporción de mujeres en hogares pobres en la región fue de 116 por cada 100 hombres en una posición similar. Esto resalta la falta de independencia económica de las mujeres, quienes, en ausencia de otras fuentes de ingresos en el hogar, tienen una mayor

tendencia a experimentar la pobreza, especialmente en hogares con una mayor cantidad de niños y niñas (CEPAL, 2016).

Los derechos sexuales y reproductivos están relacionados con el núcleo de los derechos a la dignidad humana, (Constitución Política, artículo 1 y 11), la libertad (Constitución Política, artículo 13), la intimidad (Constitución Política, artículo 15), el libre desarrollo de la personalidad (Constitución Política, artículo 16), la libertad de conciencia (Constitución Política, artículo 18), a recibir información veraz (Constitución Política, artículo 20), a la salud (Constitución Política, artículo 49), la integridad personal y a no ser sometido a ningún tipo de violencia física, psicológica y sexual. El artículo 16 consagra el libre desarrollo de la personalidad del cual deriva el derecho a la autonomía, entendido como la autodeterminación de las personas para adoptar decisiones sin intromisiones, ni presiones y el derecho a no ser sometido a vulneraciones que atenten contra el derecho a la libertad.

En Colombia, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha desarrollado el fundamento de los derechos sexuales y reproductivos mediante la interpretación de los instrumentos internacionales tales como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer -CEDAW-*, el Programa de Acción de El Cairo**, la Plataforma de Acción de Beijing***, así como de las observaciones finales y declaraciones de los comités de Derechos Humanos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas****, emitidas en la supervisión y monitoreo de los tratados de derechos humanos.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos ha estado vinculado al reconocimiento de otros derechos que están a la base de estos. En virtud al desarrollo de los derechos a la autonomía, a la libertad e integridad personal se protege el derecho a la autonomía reproductiva y, en virtud de él, las personas tienen derecho a acceder a la tecnología médica necesaria y a los beneficios del progreso científico, así como a la eliminación de los obstáculos injustificados y a ser protegidas de las restricciones desproporcionadas e innecesarias para ejercer las decisiones reproductivas.

* El artículo 12 numeral 1 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, establece que los "Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieran a la planificación familiar.

** El Programa de Acción de El Cairo, al definir la salud reproductiva establece en el párrafo 7.2 que "Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (...)".

*** El párrafo 96 de la Plataforma de Acción de Beijing consagra que "los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual".

**** Al respecto puede revisarse, entre otros, los siguientes: Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos CCPR/CO/80/COL, 26 de mayo de 2004; las Observaciones finales del Comité CEDAW al Estado colombiano sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados (CEDAW/C/COL/5-6) marzo de 2007; las Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Colombia (CEDAW/C/COL/7-8) (2013); Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Colombia, 14 de marzo de 2019 (CEDAW/C/COL/CO/9); y la Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

A los desafíos ya mencionados se suma el efecto de las acciones de los grupos armados y su control territorial como un factor que limita la locomoción, libertad personal y autonomía reproductiva de las mujeres negras afrodescendientes, especialmente de aquellas que viven en áreas rurales y remotas en los departamentos densamente poblados por personas afrocolombianas. Al respecto, la organización Médico Sin Fronteras señala que las barreras para acceder al aborto, aún después de la despenalización del aborto, no solo persisten sino que se han incrementado debido al recrudecimiento del conflicto armado (Médicos Sin Fronteras, 2023).

Las áreas afectadas por el conflicto armado y los escenarios rurales que están bajo el dominio de actores armados emergen como contextos especialmente vulnerables para la autonomía reproductiva de las mujeres. Allí, el riesgo de que las mujeres vean restringida su autonomía para decidir sobre sus vidas y sus cuerpos, es mayor debido a la fragilidad de las instituciones en estas zonas. En la medida que las vidas de las mujeres en estas regiones del país se encuentran atravesadas por los órdenes sociales y morales establecidos por los actores armados, ellas pueden enfrentar mayores dificultades para ejercer su derecho al aborto. Además, ante la falta de oferta institucional e infraestructura en salud, que es aún más precaria en zonas de conflicto armado, las mujeres deben movilizarse y atravesar distancias para acceder al servicio de aborto que necesitan. Esa movilidad puede estar restringida por el confinamiento y las restricciones de locomoción que imponen esos actores armados, lo que conduce a que las edades gestacionales de las mujeres con necesidades de aborto avancen.

La Corte Constitucional en la sentencia T-496 de 2008 ha señalado una serie considerable de riesgos de género en el contexto del conflicto armado en Colombia. Entre estos riesgos identificados destaca los que incluyen la amenaza de persecución y asesinato debido a las estrategias de control coercitivo sobre el comportamiento público y privado implementadas por los grupos armados ilegales en amplias regiones del territorio nacional. Ese riesgo se exagera en el caso de las mujeres negras afrodescendientes que intentan acceder al aborto debido al estigma y el control moral sobre la capacidad reproductiva de las personas ejercida por los actores armados en zonas rurales y remotas.

En Colombia se ha documentado la ocurrencia de formas de violencia reproductiva en el conflicto armado, tales como abortos forzados, embarazos coaccionados, esterilizaciones, maternidades y planificación forzados y violencia reproductiva institucional como abortos involuntarios resultado de las aspersiones con glifosato. El Centro de Derechos Reproductivos encontró que grupos armados ilegales, así como miembros de la Fuerza Pública han ejercido violencias reproductivas sobre niñas, jóvenes y mujeres, siendo particularmente preocupante la situación vivida por niñas afrocolombianas, indígenas y campesinas (2020). Su control territorial incide en la perpetuación de los obstáculos que tienen las mujeres en contextos de conflicto armado para el ejercicio pleno de sus derechos reproductivos. En ese contexto, la Corte Constitucional en el Auto 092 de 2008 reconoció el embarazo forzado como una forma de violencia basada en género en el contexto del conflicto armado.

Los riesgos que conlleva la presencia de actores armados para el ejercicio del derecho a la locomoción, la libertad personal y la autonomía reproductiva son altos. En el último año, la Unidad de Investigación y Acusación de la Jurisdicción Especial para la Paz -JEP- alertó en 2022 sobre el aumento de hostilidades y la presencia de grupos armados ilegales en 12 zonas del país (JEP, 2022). Dentro de las zonas afectadas por la reactivación del conflicto están el Sur de Bolívar, el Occidente antioqueño, el Sur de Chocó y bajo Calima, Medio y bajo Atrato (subregiones ubicadas en el departamento de Chocó) y el sur de Valle del Cauca. Este contexto puede tener implicaciones en el goce de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, específicamente puede reducir el acceso al aborto seguro.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su informe de país “Verdad, justicia y reparación: Cuarto informe sobre la situación de derechos humanos en Colombia” (2013, p. 258, párrafo 625) señala que la población afrodescendiente ha enfatizado que hay tres particularidades que deben tenerse en cuenta al analizar su situación: (i) el peso histórico de la discriminación racial estructural, que es una herencia de la época esclavista en toda la sociedad colombiana, y que explica la persistencia de las brechas económicas, sociales y políticas; (ii) la persistencia de la desigualdad y la inequidad en los territorios donde se ubican las comunidades negras, palenqueras y raizales, tanto en zonas urbanas como rurales; y (iii) el impacto desproporcionado que el conflicto social y armado ha tenido en las comunidades negras y palenqueras, y en menor medida pero con igual gravedad en la comunidad raizal.

En Colombia, la desigualdad social enraizada en el racismo estructural, las características territoriales y el conflicto armado impactan directamente a las mujeres negras afrodescendientes. Tales factores juegan un papel crucial en determinar si una persona logrará acceder al marco legal establecido por la Corte para garantizar el derecho al aborto, o si quedará marginada y se verá obligada a enfrentar los riesgos asociados con los abortos inseguros, incluso tras la despenalización parcial del aborto.

Es fundamental considerar las interconexiones entre los territorios colombianos con una alta densidad de población afrodescendiente, la insuficiente presencia estatal, la ocupación por grupos armados y las dificultades para acceder a los servicios de salud. Estas características deben ser tomadas en cuenta en el proceso de seguimiento y monitoreo del cumplimiento del marco legal del aborto.

Este panorama de exclusión y desposesión material de la población afro, con su impacto particularmente desafiante en la vida de las mujeres negras afrodescendientes, recalca la imperiosa necesidad de que las instituciones estatales, incluyendo entidades gubernamentales y la Rama Judicial, no solo reconozcan, sino también afronten con determinación las barreras estructurales e históricas que han continuado restringiendo el acceso de las personas y comunidades negras a sus derechos fundamentales. Estas restricciones han causado repercusiones diferenciadas y desproporcionadas en sus vidas,

ejerciendo un impacto considerable en su bienestar general. El bienestar de la población afrocolombiana se sustenta en gran medida en el funcionamiento eficaz del Estado Social de Derecho y en un reconocimiento pleno de sus necesidades singulares.

Para que las decisiones judiciales y las políticas públicas orientadas al desarrollo de los derechos de la población negra logren efectos redistributivos en sus vidas, es esencial que aborden y comprendan con profundidad el contexto de racismo estructural y desigualdad económica, así como las carencias en infraestructura y servicios existentes en estas regiones. Esto implica una inclusión incondicional de las voces de las personas negras en los procesos de toma de decisiones a nivel nacional, que a su vez deben iniciarse mediante la recopilación de datos más precisos, la formulación de diagnósticos contextualizados y la plena integración de la participación de estas personas y comunidades en la creación de soluciones concretas.

Con el propósito de avanzar en esta misión, el siguiente capítulo de este estudio analiza los factores y contextos que influyen en las necesidades de aborto en las mujeres negras afrodescendientes.

Capítulo 3

Factores que inciden en las necesidades de aborto en las mujeres negras afrodescendientes



3.1 | El cuerpo de las mujeres negras afrodescendientes como un espacio de dominación y explotación sexual desde la esclavitud hasta la modernidad

El deseo de las mujeres de ejercer control sobre sus decisiones reproductivas se remonta probablemente a la antigüedad misma de la humanidad (Davis, 2005). Si bien el aborto es un punto central en la agenda del feminismo desde 1970, antes de su inclusión, el aborto ya había sido un acto de resistencia y defensa de la autonomía de las mujeres negras afrodescendientes.

Desde la época de la esclavitud y la colonia, el cuerpo de las mujeres negras afrodescendientes ha sido un espacio oprimido por la dominación y explotación sexual masculina. Angela Davis (2005) argumenta que esta opresión histórica ha establecido un contexto en el que el aborto se convierte en un mecanismo de resistencia y defensa de la autonomía reproductiva. No obstante, señala que el aborto no obedecía a un rechazo a la función biológica y social de la maternidad, sino una respuesta a las condiciones opresivas de la esclavitud ya que la maternidad forzada estaba directamente vinculada a este sistema (2005, p. 206).

Esto ocurrió en un contexto en el que las potencias coloniales europeas, que estaban experimentando un proceso de expansión y consolidación de sus imperios coloniales en América y otras partes del mundo durante los siglos XVI y XVII, comenzaron a “condenar” la esclavitud, mientras que simultáneamente la presión internacional para reducir el comercio de esclavos iba en aumento. Lo anterior, generó que la demanda de trabajadores esclavizados comenzara a disminuir y esta conjunción de factores llevó a una escasez creciente de mano de obra en el mercado. Lo que, a su vez, produjo un giro en la dinámica

de la esclavitud. Las mujeres, en particular las mujeres negras afrodescendientes, se convirtieron en un componente vital de esta nueva configuración, pero no como esclavas, sino como “productoras” de personas esclavas.

Este proceso, marcado por una intersección de intereses económicos y el cambio en las perspectivas morales y sociales de la época, llevó a una redefinición de los roles de género y al aprovechamiento de los cuerpos de las mujeres negras afrodescendientes con una finalidad específica. Según numerosos estudios históricos, incluidos el trabajo de Catherine Hall (2002) y Barbara Bush (1996), las mujeres negras afrodescendientes fueron consideradas no solo como trabajadoras, sino también como reproductoras esenciales para mantener el suministro de mano de obra esclavizada en un momento en que la esclavitud enfrentaba una aparente declinación. Estas mujeres fueron sometidas a una explotación que iba más allá de la labor física, ya que sus cuerpos fueron instrumentalizados, por medio de la violencia sexual, para garantizar la continuidad de un sistema económico basado en la esclavitud.

En el Caribe británico, los dueños de las plantaciones acusaban a las mujeres negras afrodescendientes esclavizadas de inducir los abortos como una estrategia para rebelarse a las iniciativas que buscaban aumentar la productividad por medio de acrecentar el número de población esclavizada. Ante el uso de la fertilidad de las mujeres negras afrodescendientes como medio para mantener la rentabilidad económica de las élites, ellas hicieron uso del conocimiento ancestral sobre el aborto para oponerse al régimen esclavista (1996).

En este contexto, el aborto emergió como una forma de resistencia y lucha contra la perpetuación de la esclavitud. Las mujeres negras afrodescendientes se enfrentaron a la amenaza de dar a luz a hijos que serían condenados a la misma vida de esclavitud a la que ellas estaban sometidas. El aborto se convirtió en un medio a través del cual intentaron resistir la opresión sistémica y la explotación de sus cuerpos, al negarle a la economía de la colonia una nueva generación de personas esclavas. Bajo este sistema, si la madre era esclavizada, su hijo también lo sería, perpetuando la esclavitud de generación en generación pues la ley de vientres establecía que el parto debe seguir al vientre.

Desde la perspectiva histórica, la autonomía sobre el cuerpo para muchas mujeres negras afrodescendientes está ligada a un proceso de resistencia que aún pervive. Durante siglos, sus cuerpos han sido objeto de posesión, primero durante La Colonia, luego por el Estado y, en muchos casos, por actores armados. Las representaciones sociales sobre las mujeres negras afrodescendientes asociadas a una hipersexualización inician en los tiempos de la Conquista y se perpetúan hasta nuestros días. Las representaciones usadas en el periodo de la colonización para simbolizar a las mujeres negras afrodescendientes sugerían que eran *transgresoras de las moral, sin inhibiciones sexuales y con comportamientos sexuales promiscuos* (Chaves citada en Hurtado et al., 2018, p. 129).

Esas nociones de la raza, el género y la sexualidad de La Colonia influyeron en cómo las mujeres negras afrodescendientes eran tratadas, afectando su autonomía y exponiéndolas a

la coerción y la violencia, lo cual continúa en algunos contextos hasta hoy. Con la penalización del aborto, este patrón de regulación de los cuerpos se perpetúa por décadas y en medio del conflicto armado sus cuerpos han sido y siguen siendo tomados como una extensión del territorio en disputa por diferentes actores.

No obstante, es fundamental reconocer que los impactos del conflicto armado en relación a la violencia dirigida hacia las mujeres no deben ser considerados como una entidad separada de la violencia de género que persiste en las interacciones diarias, inherente a un sistema sexista que subyuga y limita a las mujeres. En este contexto, el conflicto armado no solo intensifica, sino que también agrava la perpetuación de la violencia que recae sobre las mujeres. La violencia machista como expresión del dominio en el cuerpo y autonomía de las mujeres negras afrodescendientes se expresa en un amplio espectro de violencias de género, sexuales y reproductivas ejercidas en el contexto del conflicto armado. Muchas de esas prácticas son la perpetuación de las ejercidas por el sistema colonial en las vidas y cuerpos de las mujeres negras afrodescendientes.

En Colombia, son alarmantes los niveles de violencia de género que sufren las mujeres negras afrodescendientes en sus territorios. Esto es exacerbado por la existencia y permanencia de actores armados en sus territorios, la ausencia del Estado y la debilidad de sus instituciones para la garantía de los derechos fundamentales de esta población. El conflicto armado en Colombia ha tenido un efecto desproporcionado en la vida de las mujeres y niñas. Los repertorios de violencia contra las mujeres en el contexto del conflicto han generado afectaciones a sus derechos a la vida, la dignidad, la integridad, la libertad personal, y autonomía personal, que también incluyen violaciones a la autonomía sexual y reproductiva. Aunque ha pasado por muchas fases y ha involucrado diferentes actores, el conflicto armado ha tenido una afectación especial en las comunidades afrocolombianas, indígenas y campesinas. En esos territorios las mujeres afrocolombianas han enfrentado riesgos específicos que coartan su locomoción, las decisiones sobre su plan de vida, el acceso a la salud, y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

En ese contexto no es posible pensar en la implementación efectiva y material de la despenalización del aborto sin indagar por cómo la violencia derivada del conflicto armado en territorios vulnerables ha incidido en que las mujeres vean reducido el acceso a la IVE (Chaparro et al., 2015). Esta misma reflexión debe aplicarse en escenarios en los que no hay afectación directa del conflicto armado, pero sí afectaciones graves de la violencia reproductiva como parte de un contexto estructural de discriminación de género y racial. Estas consideraciones son relevantes porque permiten no perder de vista la convergencia de las violencias raciales y de género.

Para abordar esta reflexión es preciso entender cómo los estereotipos de género y raciales que históricamente se han reproducido sobre las niñas y mujeres negras afrodescendientes operan en la práctica cotidiana como vehículos que naturalizan y legitiman el ejercicio de dominación y abuso sobre sus cuerpos y vidas. Ello es importante por las repercusiones que tienen en crear condiciones sociales para el silenciamiento de las víctimas y en el efecto que

tienen en relegar al aborto a un tabú, al estigma y la clandestinidad. Al respecto, el Centro de Derechos Reproductivos señala que dichos estereotipos tienen efectos multidimensionales que legitiman las violencias, silencian a las víctimas, alimentan acciones revictimizantes del Estado y la sociedad y perpetúan las barreras que tienen las mujeres para ejercer sus derechos reproductivos en contextos de conflicto armado.

Algunos de estos estereotipos incluyen la hipersexualización de las niñas y mujeres negras afrodescendientes, un legado que proviene de las prácticas coloniales mencionadas previamente. Esta forma de estereotipar ha tenido el efecto de ocultar las violencias sexuales y reproductivas sufridas por mujeres que son víctimas de actores armados, además de normalizar las prácticas de violencia ejercidas por la fuerza pública en medio de la constante militarización de ciertos territorios del país. La violencia sexual con frecuencia conduce a embarazos en niñas y mujeres que, debido a su ubicación geográfica, situaciones de confinamiento y al control moral impuesto por actores armados, se ven imposibilitadas de acceder a una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Esto resulta en la imposición de maternidades forzadas sobre estas mujeres.

Las conclusiones de La Comadre* -organización afrodescendiente- revelan un panorama alarmante. En los territorios densamente poblados por personas negras, la desinformación y la falta de presencia estatal han llevado a que las mujeres víctimas de violencia sexual opten por el silencio en relación con los abortos que han realizado. El temor al juicio social y la posibilidad de enfrentar consecuencias legales han llevado a muchas de ellas a someterse a abortos clandestinos e inseguros, poniendo en grave riesgo su vida y bienestar. En numerosos casos, estas mujeres han optado por interrumpir su embarazo en lugar de exponer a sus hijos a la guerra (La Comadre de AFRODES et al., 2020, p. 21). Estos temores, lamentablemente, han dificultado la identificación precisa de cuántas mujeres han optado por practicarse abortos para proteger sus vidas. La opresión de estos tabúes en torno al aborto y la falta de espacios seguros para dialogar sobre el tema son los principales responsables de este silencio. Evidentemente, tanto el Estado como los gobiernos locales han fallado en su deber de difundir y asegurar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, con especial énfasis en un enfoque étnico-racial y diferencial.

El contexto del conflicto armado profundiza las dinámicas de inequidad y discriminación que generan brechas y barreras en el acceso a servicios reproductivos, lo que a su vez vulnera el derecho de las personas a tomar decisiones sobre su sexualidad y reproducción. Se ha documentado que el conflicto armado afecta el acceso a la salud en dos niveles, cuando genera afectaciones directas en la salud de las víctimas y cuando exacerba estructuras de inequidad que producen barreras físicas, económicas y discriminatorias en el acceso a la salud (Centro de Derechos Reproductivos, 2020; Chaparro et al., 2015). La falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, en particular a la IVE, genera violencias

* Estas barreras fueron identificadas durante visitas a centros hospitalarios en Buenaventura y mediante entrevistas semiestructuradas con lideresas de AFRODES y La Comadre en los meses de octubre y noviembre de 2020. Los hallazgos se derivan de la intervención ciudadana llevada a cabo por Ilex Acción Jurídica, La Comadre de AFRODES, Raza e Igualdad y Economistas Negras en el marco de la Demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 122 de la Ley 599 de 2000. Este proceso está registrado en el Expediente D-13956, con copia al proceso D0013856.

reproductivas que, no solo intensifican los riesgos mentales, físicos y sociales que enfrentan las víctimas del conflicto armado, sino que también vulnera su derecho a ejercer control sobre sus decisiones reproductivas.

Un estudio sobre salud sexual y reproductiva de mujeres afrocolombianas víctimas del conflicto armado en Bojayá, Chocó, evidencia cómo los conflictos armados y posconflictos tienen un impacto negativo en la salud sexual y reproductiva, especialmente en las mujeres. Esto se refleja en varias dimensiones, como la dificultad para acceder a servicios sanitarios esenciales y la falta de atención obstétrica y programas de prevención de enfermedades femeninas. También se ven afectados los métodos de control de la fecundidad y se observa un aumento de la violencia sexual y los traumatismos genitales femeninos. Adicionalmente, se incrementa el riesgo de infecciones de transmisión sexual y se generan disfunciones sexuales a raíz de experiencias traumáticas. Estos conflictos también están relacionados con mayores complicaciones durante el embarazo, aumentando la mortalidad materna, y exponen a las mujeres a violaciones de sus derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos (Peralta-Jiménez & Urrego-Mendoza, 2022).

Otro estereotipo significativo es la creencia heredada de la colonia sobre la fuerza física de las mujeres negras afrodescendientes. Esta creencia racista puede derivar en diversas formas de violencia y hostigamiento que se exacerban en contextos rurales afectados por el conflicto armado tales como la explotación sexual, la violencia física y la discriminación en la prestación de servicios de salud. Esta última puede expresarse en formas de violencia ginecológica, negación de la información sobre cuidado y salud, humillaciones, intervenciones médicas forzadas o coaccionadas, indiferencia al dolor, entre otras (La CIDH citada en Centro de Derechos Reproductivos, 2020) .

Según la organización Centro de Derechos Reproductivos, a pesar de las obligaciones de los Estados en relación con las vulneraciones de los derechos reproductivos, el enfoque del derecho internacional en contextos de conflicto armado atravesado por cuestiones de género ha tendido a priorizar la violencia sexual como la principal forma de violación de derechos humanos en ese contexto (2020) . Aunque reconocen la importancia de estos avances, también destacan la necesidad crucial de enfocarse en otras formas de violencia, como las violencias reproductivas derivadas de la violencia armada, que históricamente han sido pasadas por alto.

El Proceso de Comunidades Negras (PCN) realizó un estudio que abarca casos de violencias de género y étnico-raciales desde 1998 hasta febrero de 2019, enfocándose en 112 mujeres negras afrodescendientes residentes en territorios étnicos ancestrales como Buenaventura, Norte del Cauca, Tumaco, Guajira y Bolívar. Las edades de las mujeres víctimas de estas violencias oscilan entre 0 y 70 años, con un enfoque particular en el rango de 18 a 43 años, donde la exposición a violencias es más pronunciada, abarcando el 50% de las mujeres violentadas. En concreto, el 29,09% se encuentra entre los 18 y 30 años, mientras que el 28,18% está en el rango de 31 a 43 años (Charo et al., 2019).

Dentro de este informe, las investigadoras identifican distintos tipos de violencias a las que las mujeres negras afrodescendientes en estos territorios están sometidas, destacando que el 49,1% corresponde a violencia obstétrica. En el informe se establece que se identificaron ocho categorías de violencia, y se enfatiza en que estas categorías no actúan de manera aislada, sino que están interconectadas y se refuerzan mutuamente. Por ejemplo, las violencias física, económica, patrimonial y obstétrica tienen vínculos con la violencia psicológica, y viceversa. Esta categorización propuesta por las investigadoras busca facilitar la comprensión del impacto conjunto de estas violencias en la vida de las mujeres negras afrodescendientes (Charo et al., 2019)

Existe una conexión intrínseca entre el sistema de creencias que subordina a las mujeres negras afrodescendientes y la violencia basada en el género que les afecta desproporcionadamente. Esta violencia se origina y reproduce a través de las construcciones sociales y culturales anteriormente mencionadas. Los estereotipos arraigados en torno a los roles y responsabilidades de las mujeres en la familia y la sociedad perpetúan la desigualdad de género, por tanto, son incompatibles con el derecho internacional de los derechos humanos (MESECVI, 2014). Estos factores se identifican como las causas que mantienen y reproducen las relaciones de poder que someten a las mujeres a condiciones históricas de desigualdad de género.

Así ha sido identificado por la Convención Interamericana sobre la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), que comprende y condena todas las formas de violencia contra las mujeres por el hecho de ser mujeres y aquellas que les afectan desproporcionadamente, entre ellas las relativas a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos (MESECVI, 2014, p. 3). Al respecto, ha señalado que la violencia contra las mujeres es uno de los mecanismos mediante el cual se les obliga a permanecer en una situación de subordinación con respecto del hombre (MESECVI, 2014, p. 21).

La Convención define este fenómeno como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (Artículo 1). Asimismo, la Convención identifica como causa de tal violencia a la desigualdad de género, en ese sentido establece que las violencias contra las niñas y las mujeres son una cuestión de igualdad y no discriminación y que en razón a la confluencia de múltiples formas de discriminación aumenta el riesgo de que algunas mujeres sean víctimas de discriminación específica, compuesta y/o estructural. A su vez, la Convención Belem do Pará identifica que la violencia es multidimensional (Artículo 5) y, por tanto, limita el ejercicio de otros derechos fundamentales, así como derechos económicos, sociales y culturales.

La Convención establece el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias tanto en el ámbito público como en el privado. En ese sentido, establece las obligaciones del Estado relativas a actuar con la debida diligencia para prevenir, sancionar y erradicar las violencias

contra las mujeres perpetrada por parte de sus agentes o por personas individuales (Artículo 7).

En el Primer Informe Hemisférico sobre la Aplicación de la Convención de Belém do Pará, la CEVI afirmó que la privación de los derechos sexuales y reproductivos constituye una forma de violencia de género. Además, existe el riesgo de graves violaciones a estos derechos entre las mujeres que sufren discriminaciones múltiples, lo que les limita el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de manera efectiva (MESECVI, 2014, p. 4) .

En el Tercer Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención Belem do Pará, el Comité de Expertas (el CEVI) del Mecanismo de Seguimiento a la Implementación de dicha convención (MESECVI) estableció que las medidas de protección que se establezcan en cumplimiento de las obligaciones de los Estados deben ser accesibles a mujeres víctimas de las violencias y a las que sufren múltiples formas de discriminación combinadas en razón de su identidad étnico racial, de migrante, desplazada, entre otras (MESECVI, 2017).

La Declaración sobre la Violencia contra las niñas, las mujeres y adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos del CEVI establece como recomendación para los Estados garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y su derecho a la vida, eliminando el aborto inseguro y estableciendo leyes y políticas públicas que permitan la interrupción del embarazo, así como garantizar que las mujeres y adolescentes tengan acceso inmediato a métodos anticonceptivos asequibles y eliminar “los efectos discriminatorios en las mujeres de denegarles servicios, basados en estereotipos que reducen el rol primario de las mujeres a la maternidad y previenen que tomen decisiones sobre su sexualidad y reproducción” (MESECVI, 2014, p. 17).

En Colombia, las violencias que afectan las posibilidades de las mujeres de decidir sobre su salud reproductiva han sido poco visibilizadas y, en muchos casos, las mujeres siguen sufriendo los impactos sin que existan medidas específicas orientadas a atenderlas. Por esa razón, el Centro de Derechos Reproductivos ha recomendado considerar explícitamente cómo la violencia reproductiva afecta desproporcionadamente a niñas, mujeres negras afrodescendientes y personas LGBTI, como parte de un contexto estructural de discriminación de género. Esta problemática debe comprenderse como parte de una yuxtaposición de violencias de género con violencias raciales (2020), especialmente relevante para las comunidades afrocolombianas, negras e indígenas. Es fundamental resaltar cómo estas circunstancias resultan en una convergencia de violencias de género y raciales, subrayando la urgencia de abordar sus intersecciones.

La violencia reproductiva abarca prácticas que atentan contra la autonomía reproductiva, incluida la capacidad de decidir sobre tener hijos/as, acceder a servicios y datos de salud sexual y reproductiva. Además, esta coerción reproductiva representa una manifestación de violencia de género y puede ser ejecutada por actores armados y entidades estatales. En el contexto de las mujeres afrocolombianas y el conflicto colombiano, esta forma de coerción requiere una consideración detallada, tomando en cuenta las realidades geográficas

específicas. Para las mujeres negras afrodescendientes, esta opresión reproductiva ha llevado a una disminución de su control reproductivo, agravando los riesgos mentales, físicos y sociales que afrontan las víctimas del conflicto armado debido a la pérdida de control sobre su capacidad reproductiva ya sea por la acción de actores armados o por la violencia institucional derivada de la negación de la IVE.

La Constitución de Colombia protege el derecho a decidir de forma responsable el número de hijos (art. 42), el derecho a la igualdad y la prohibición de discriminación contra la mujer (art. 13 y 43). Además, reconoce los estándares internacionales como parte de su bloque de constitucionalidad relativos a la igualdad y no discriminación, la dignidad y el derecho a la autonomía y vida privada, que definen el deber de los Estados de abordar las distintas necesidades de salud de las mujeres y las niñas, incluyendo el acceso a servicios de salud reproductiva sin restricciones legales y sin aplicar estereotipos de género que las discriminen (Comité DESC, 2005, párrafo 29) y garantizar que las personas puedan tomar decisiones personales libres dentro del ejercicio y disfrute de la salud sexual y reproductiva (ONU, 2011). Este último estándar incluye el acceso a información y servicios bajo un trato digno, el respeto por la autonomía reproductiva, la prohibición de injerencias arbitrarias por parte del Estado y el acceso efectivo a servicios de salud reproductiva.

No obstante, tal como lo hemos mencionado las brechas y barreras que enfrentan las mujeres negras afrodescendientes de carácter social, cultural, educativas y de infraestructura las sitúan en un lugar de desprotección en el que las pocas políticas y medidas estatales son insuficientes por no desarrollar un enfoque étnico-racial que permita conjurar las condiciones particulares que inciden en la prácticas de aborto inseguro, remover las barreras y fortalecer una acción institucionalizada adaptada al contexto social y político en el que habitan en sus territorios. En esas medidas, las interseccionalidades de raza y género han dificultado el acceso a igualdad de oportunidades a IVE en comparación con el resto de la población, siguen siendo desatendidas. Por esto, la reducción del acceso al aborto trae consigo que las mujeres, transmasculinos y personas con útero afrodescendientes expongan sus vidas al momento de realizar interrupciones voluntarias del embarazo en sus territorios y se enfrenten a los impactos desproporcionados de la histórica opresión reproductiva.

En este contexto, el Estado y su marco legal no pueden obviar las circunstancias históricas y particulares que afectan a las mujeres negras afrodescendientes en el ejercicio de sus derechos reproductivos. La larga historia de opresión que estas mujeres han experimentado en diversos aspectos de sus vidas: personal, social y económico, ha resultado en una restricción de su autonomía en cuanto a decisiones sobre su sexualidad y reproducción. Es imperativo abordar esta opresión adoptando políticas públicas que traten de manera específica las barreras que contribuyen al aborto inseguro y la falta de información y acceso a este servicio.

Para culminar este capítulo, resulta imperativo reconocer que dentro de las comunidades negras coexisten visiones divergentes en torno al aborto, por tanto, es fundamental distinguir entre el derecho a abortar y la defensa general de los abortos en las mujeres

afrodescendientes. Algunas personas respaldan el derecho al aborto sin necesariamente ser partidarias del mismo. Ese es el caso de las parteras, que acogen el aborto como una forma de proteger las vidas de las mujeres. Angela Davis (2005, p. 205) explicaba que en situaciones donde un número significativo de mujeres negras afrodescendientes opta por el aborto, su elección no tanto refleja un deseo de liberarse de la maternidad, sino más bien de escapar de la violencia sexual y las condiciones socioeconómicas que amenazan su bienestar y el de sus familias (p. 205). En esta situación, se entrelazan las perspectivas de aquellas mujeres que luchan por el derecho legal al aborto, mientras al mismo tiempo abogan por la transformación de las circunstancias sociales que les impiden tener mejores condiciones de vida para sus hijos/as.

En este escenario, conviven la demanda por el derecho a la vida y al bienestar con la defensa del aborto como opción. Estas apreciaciones cobran importancia al comprender la intersección de las violencias raciales y de género, y cómo estas amalgaman con las realidades de pérdida de independencia económica a raíz de la feminización racial de la pobreza. Desde esta perspectiva, el aborto surge como una elección que permite a las mujeres ejercer su autonomía y cuidar de su bienestar, aunque su prioridad fundamental sigue siendo la protección de la vida. Las parteras, como voceras de estas comunidades, abogan primordialmente por la vida y recurren al aborto como un medio de salvaguardar la vida de las mujeres negras afrodescendientes.



3.2 | Situación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres negras afrodescendientes en Colombia

La ley estatutaria del derecho a la salud (Ley 1751 de 2015)* consagra el derecho a la salud como un derecho fundamental, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección; señalando que el acceso a los servicios de salud debe ser integral, igual para todos y sin barreras administrativas. Por su parte, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que se operacionaliza a través del Modelo Integral de Atención Territorial (MAITE), se incorpora al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y elabora varias Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) que se fundamentan en la Atención Primaria en Salud (APS), para avanzar en la garantía de este derecho, donde el acceso a los servicios de salud es un aspecto fundamental (Instituto Nacional de Salud, 2019).

En la evaluación del desempeño de los servicios de salud, el acceso es una dimensión fundamental y el objetivo central de las políticas públicas del sector. Los servicios de salud, y como dimensión fundamental el acceso, actúan en sí mismos como determinante de las inequidades en salud (Instituto Nacional de Salud, 2019; OMS, 2022). Por una

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

Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452>

parte, los servicios de salud pueden abordar directamente las diferencias de exposición y vulnerabilidad, mejorando el acceso equitativo a la atención integral e impulsado la acción intersectorial desde un enfoque étnico racial e interseccional para mejorar el estado de salud y prevenir enfermedades. Por otra, tienen un papel fundamental como mediador de los efectos diferenciales de la enfermedad en la vida de las personas, procurando que los problemas de salud no generen un deterioro mayor de la posición social y faciliten la rehabilitación, así como la reintegración social de éstas, una vez superada la enfermedad o situación problemática.

El acceso universal y de calidad a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) es reconocido como un derecho humano por la Organización de las Naciones Unidas. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible, fueron incluidas las metas 3.1: reducir la razón de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.00 nacidos vivos y 3.7: garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (OMS, 2022). En contraste, en la región persisten inequidades que limitan el acceso a los SSR; desde el uso de métodos anticonceptivos modernos hasta la atención de la gestación, el parto y el puerperio, incluida la Interrupción Voluntaria del Embarazo (Prada et al., 2011; Starrs et al., 2018).

Sin embargo, en términos de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva el presente estudio encontró que las mujeres negras afrodescendientes viven en condiciones en las que acceder a información y dichos servicios en salud es un desafío. En esta investigación, para indagar sobre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, se les preguntó a las mujeres si habían recibido información sobre salud sexual y reproductiva -SSR- cuando interrumpieron el embarazo. El 56% de las mujeres indicó que no había recibido información, principalmente el 73% de las mujeres residentes en el Chocó, y aquellas que experimentaron una interrupción espontánea del embarazo (63.6%).

Gráfica 9. *¿Cuándo interrumpió el embarazo, había recibido información sobre salud sexual y reproductiva?*



Fuente: Tomado de Instituto Guttmacher

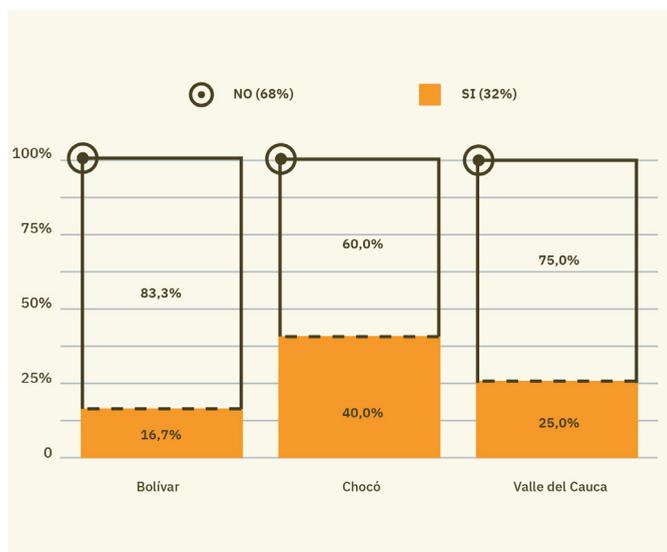
A pesar que algunas mujeres reportaron tener algún tipo información sobre métodos anticonceptivos, de las 25 encuestadas, solo 3 estaban utilizando algún método anticonceptivo al momento del aborto. Los métodos más usados por ellas son los anticonceptivos orales, inyección, esterilización femenina, abstinencia periódica y métodos desde la medicina ancestral.

Además, se les consultó si al momento de su primera relación sexual usaron alguno de estos métodos de anticoncepción.

Adicionalmente, se pudo establecer que el 68% de las mujeres encuestadas que experimentaron un aborto no contaba con información sobre métodos anticonceptivos y más del 60% no utilizó ningún método al momento de su primera relación sexual, mayoritariamente en Bolívar (83.3%) y Valle (75.0%) (Gráfica 10). De las mujeres que experimentaron una IVE, el 78.6% no usó ningún anticonceptivo en su primera relación sexual.

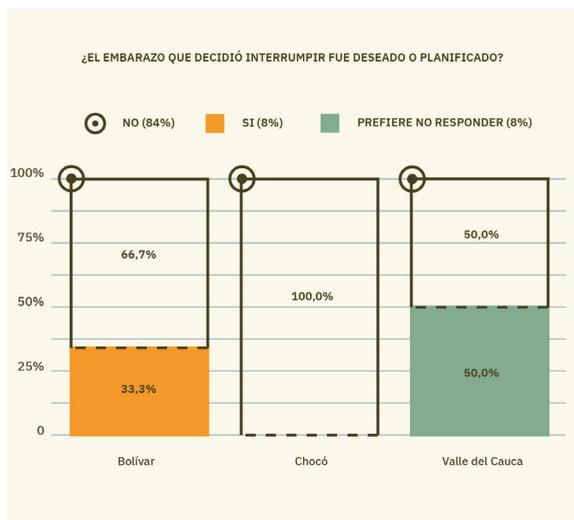
A la pregunta sobre si el embarazo que decidió interrumpir fue deseado o planificado; el 84% de las mujeres dijo que no, mayoritariamente en Chocó (100%) y Bolívar (66.7%) (Gráfica 12).

Gráfica 10. ¿Al momento de su primera relación sexual usó algún método anticonceptivo?



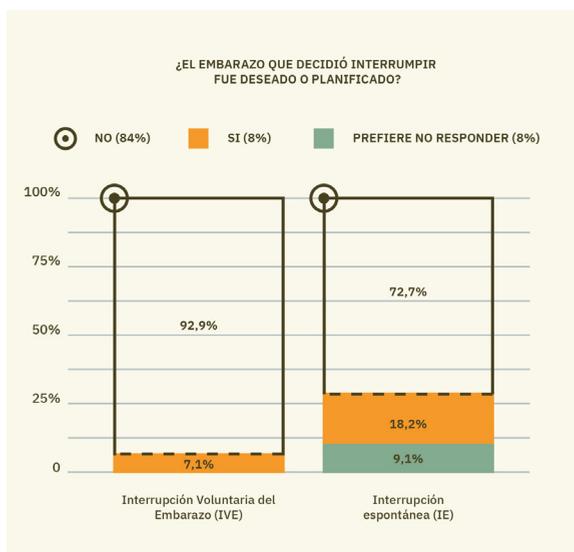
Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 11. ¿El embarazo que decidió interrumpir fue deseado o planificado?



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 12. Embarazo deseado o planificado, según tipo de aborto.



Fuente: Elaboración propia.

La respuesta a la pregunta planteada en la **Gráfica 12** varía según el tipo de aborto. El 72.7% de las mujeres que experimentaron un aborto espontáneo indicaron que el embarazo que interrumpieron no fue deseado, mientras que el 18.2% optó por no responder (ver **Gráfica 12**). Esta diversidad de respuestas podría deberse a que algunos de estos embarazos no fueron planificados desde el principio, o posiblemente fueron abortos deseados que las mujeres prefieren describir como interrupciones espontáneas debido a la carga moral y el estigma asociados con el tema. Incluso al responder una encuesta sobre este tema en un entorno completamente confidencial y anónimo, algunas mujeres pueden sentir reticencia a revelar sus verdaderos sentimientos y experiencias.

Las historias personales de las mujeres incluidas en este estudio ponen de manifiesto que uno de los factores con mayor influencia para un aborto, tiene que ver con el embarazo no deseado producto del desconocimiento de métodos anticonceptivos, ya que solo el 32% de las mujeres hacían uso de algún método al momento de la interrupción.

De igual forma, se evidencia el papel relevante que desempeñan en su red de apoyo las parteras, las amigas y, en general, las mujeres de las organizaciones sociales a las que pertenecen. En el contexto de las parteras, su intervención suele estar estrechamente relacionada con situaciones de riesgo para la vida de las mujeres. Esto ocurre cuando estas mujeres han decidido iniciar un proceso de aborto voluntario sin acompañamiento profesional, lo que conlleva un alto riesgo para sus vidas debido a las prácticas inseguras o deficientes a las que muchas recurren en estas circunstancias.

Los resultados cualitativos permiten afirmar que la información sobre SSR era muy limitada e insuficiente cuando las mujeres iniciaron sus relaciones sexuales, tal como lo expresan varias de las personas entrevistadas.

“He tenido muy poca información sobre salud sexual y reproductiva. Lo poco que he escuchado es porque a veces van al barrio dictando charlas, entonces, de lo poquito que tengo conocimiento de la reproducción sexual han sido charlas que brindan cuando hacen brigadas, pero de la EPS no” (Entrevista mujer N° 3. Chocó, comunicación personal, 2023).

En estos contextos en los que el sistema de salud falla, un factor protector son las organizaciones sociales y comunitarias que actúan como redes efectivas para diseminar información y formar a la comunidades sobre derechos sexuales y reproductivos.

“Yo no sabía nada en esa época, solo en los últimos 3 a 4 años que llevo como lideresa de la población LBGTIQ+ he tenido capacitaciones sobre reproducción sexual, derechos humanos, identidad de género y todo lo relacionado con eso” (Entrevista mujer N° 1. Chocó, comunicación personal, 2023).

Otro factor protector que puede contribuir a acompañar y acercar la información y servicios de salud sexual y reproductiva a las mujeres negras afrodescendientes que viven en desiertos de anticoncepción y asesoría que les permitan gestionar su salud sexual y reproductiva es el rol desempeñado por la partería afrocolombiana.

En contextos donde escasea el personal de salud capacitado en técnicas de aborto y donde la distancia a clínicas y hospitales configuran brechas de inequidad, encontramos un sistema de conocimiento étnico que ha surgido históricamente para atender la salud sexual y reproductiva de las mujeres debido en parte a la debilidad del Estado en este ámbito. En este estudio, identificamos que la partería afrocolombiana es un actor relevante y central en el ecosistema porque son agentes asistenciales comunitarios con un lazo social fuerte en las comunidades negras afrodescendientes. En ambientes sociales donde existen brechas en el acceso a servicios de SSR, debido a la ausencia estatal, al estigma social o cultural en torno a estos, así como a los retos que representan las condiciones geográficas de los territorios, las y los sabedores tradicionales juegan un papel fundamental. Su labor permite la conservación de los vínculos de las personas, el territorio y el cuidado de su salud.

La partería afrocolombiana, mediante el uso de la medicina tradicional, ejerce una labor de cuidado de la salud con una significativa carga social. En ese sentido, es la portadora y protectora de un conocimiento que incluye el uso de las plantas, la tradición oral, el intercambio de saberes y el acompañamiento de las personas en todo su ciclo de vida. Un conocimiento que está al servicio de sus comunidades y que recientemente fue reconocido por la Corte Constitucional, en la sentencia T-128 de 2022, como un sistema médico propio étnico, que debe ser protegido para garantizar su pervivencia y ser integrado de manera adecuada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

En Colombia, la partería es reconocida como patrimonio cultural de la nación, y se identifica especialmente con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras de la costa Pacífica. En la actualidad se han conformado diferentes organizaciones a lo largo del territorio del Pacífico y el Caribe como por ejemplo, la Asociación de Parteras Unidas del Pacífico (ASOPARUPA), la Asociación Red de Parteras y Parteros del Chocó (ASOREDIPAR Chocó) y la Asociación Red de Parteras de Bolívar (ASOREDIPAR Bolívar). Estas organizaciones trabajan por promover el desarrollo integral de las mujeres y los hombres que ejercen de manera voluntaria la partería en el departamento del Chocó, Valle del Cauca y Bolívar.

El sistema de conocimiento de la partería afrocolombiana sobre el cuidado del cuerpo atiende también el ciclo reproductivo de la mujer y, por tanto, son un actor que debe ser incluido y tenido en cuenta en el análisis sobre cómo superar las brechas de acceso en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres negras afrodescendientes. De ahí que sea necesario, vincularlas como un actor indispensable en la conversación y reflexión en torno a cómo potenciar las capacidades de articulación e implementación de acciones del sistema de salud occidental con el sistema tradicional étnico.

Conscientes de la importancia del rol de la partería como sujeto étnico fundamental para el ecosistema de la salud sexual y reproductiva, Ilex Acción Jurídica y la Red Interétnica de Parteras y Parteros del Chocó trabajaron, en el marco del presente estudio, en el documento interno titulado “Partería Tradicional e Interrupción Voluntaria del Embarazo – IVE: “Una Mirada Territorial” en Chocó, Bolívar y Valle del Cauca”. La elaboración de este documento de trabajo interno tuvo como objetivo comprender las perspectivas de las parteras tradicionales afrocolombianas y sus asociaciones respecto al papel de la medicina tradicional afrocolombiana en la prestación del servicio de aborto. Ello con el fin de identificar, desde el respeto a sus visiones y a la interculturalidad, qué actividades y roles podrían desempeñar en las medidas para el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Para tal efecto, en el desarrollo de los grupos focales realizados en Buenaventura, Cartagena y Quibdó, se examinó cómo la partería afrocolombiana podría desempeñar un papel crucial en garantizar el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo para las mujeres negras afrodescendientes. Se parte de la premisa de que dicho actor comunitario en salud puede proporcionar información respetuosa y segura a las mujeres que optan por interrumpir su embarazo, basándose en una perspectiva intercultural y de derechos humanos, y utilizando las vías ya existentes para este tipo de atención.

Durante ese proceso, se documentó que dentro de la práctica de la partería tradicional, el aborto no es una intervención que realicen abiertamente. Si bien algunas parteras reconocen tener conocimiento sobre plantas y pastillas con propiedades abortivas, reiteraron que desde su posición no practican este procedimiento. En ese sentido, las parteras enfatizaron que su principal función es preservar la vida. Sin embargo, reconocen que ocasionalmente atienden a mujeres que han pasado por un procedimiento de aborto y tienen complicaciones. En estos casos, proporcionan asistencia integral mediante lavados vaginales y la administración de bebidas que contribuyen a la limpieza del vientre.

Uno de los principales hallazgos respecto al rol que las parteras pueden tener en las rutas de acceso al aborto es el interés genuino que tienen en recibir capacitación sobre métodos anticonceptivos. Su propósito es ofrecer orientación en sus comunidades y ayudar a prevenir embarazos no deseados. En este sentido, expresaron la necesidad de establecer vínculos con entidades de salud que puedan proporcionar formación, de modo que ellas puedan contribuir a la prevención, abordando tanto embarazos no planificados como enfermedades de transmisión sexual. En consecuencia, aunque las parteras no están de acuerdo en practicar abortos, sí desean atender las complicaciones de las mujeres que acuden a abortos inseguros y capacitarse para brindar información como una estrategia de reducción de daños que permita proteger la vida de las mujeres.

El trabajo con este sujeto étnico y actor comunitario en salud es crucial en el diseño de medidas y acciones de política pública encaminadas a superar las brechas en materia de salud sexual y reproductiva. Pero su integración debe hacerse garantizando que se superen la exclusión y ausencia de reconocimiento de su rol como un actor dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. De manera tal que se generen condiciones

para el reconocimiento económico de su trabajo y el diseño de medidas para garantizar su pervivencia física y cultural.



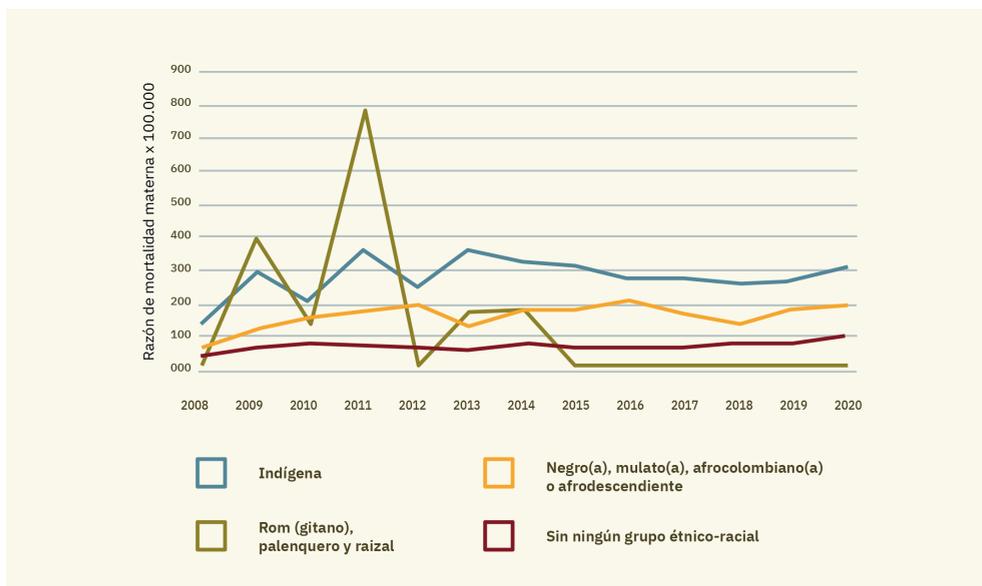
3.2.1. Mortalidad materna en Colombia y la pertenencia étnico-racial

Una de las consecuencias más visibles y sistematizadas por las instituciones que tienen relación directa con el bajo acceso, conocimiento e información sobre servicios sexuales y reproductivos es la mortalidad materna. Se identifica que las mujeres negras afrodescendientes tienen mayores índices de mortalidad materna en Colombia. La Razón de Mortalidad Materna (RMM) se define como el número de mujeres que fallecen durante el periodo de gestación o en los 42 días posteriores al parto debido a cualquier razón relacionada con el embarazo mismo, agravada por él o a la atención recibida, por cada 100,000 nacimientos vivos en un año específico y en una región o país determinado. La RMM actúa como un medidor de la eficacia del sistema de atención médica y el progreso de una nación (DANE, 2021b, p. 4)

En el estudio sobre las disparidades en la mortalidad materna por grupos étnicos entre los años 2008 y 2020 en Colombia, de acuerdo con el informe Panorama de Eventos en Salud Pública emitido por el Instituto Nacional de Salud, se registra una disminución en la Razón de Mortalidad Materna (RMM) tanto en el conjunto de mujeres indígenas como en el grupo de mujeres negras afrodescendientes. Sin embargo, persisten las desigualdades en comparación con el grupo de fallecimientos maternos que no tienen identificación étnica. Durante el año 2020, la RMM calculada por cada 100,000 nacimientos vivos fue de 181.0 en mujeres negras afrodescendientes y de 293.4 en mujeres indígenas. Mientras tanto, para las mujeres sin afiliación étnica reconocida, esta tasa fue de 89.4 (Instituto Nacional de Salud, 2022, p. 10).

Y al analizar la tendencia de la RMM en personas afrodescendientes utilizando puntos de inflexión se observa un cambio porcentual anual (CPA) del 64.38% durante el periodo de 2008 a 2010, y un 0.28% para el período posterior.

Gráfica 13. Comportamiento de las razones de mortalidad materna según pertenencia étnica, Colombia 2008-2020



Fuente: INS, 2022, a partir de la información de EEVV del DANE

Gráfica 14. Razón de mortalidad para personas afrodescendientes, con variación porcentual anual estimado a partir de modelos de regresión Joinpoint, Colombia, 2008-2020



Fuente: INS, 2022, a partir de la información de EEVV del DANE.

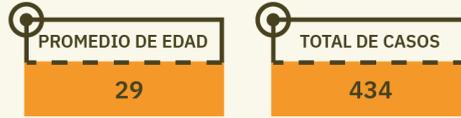
Las brechas de desigualdad entre los grupos étnicos para la mortalidad materna pueden estar explicadas por determinantes estructurales de salud como la pobreza, la pobreza extrema e inequidad de los recursos, la exclusión social, el analfabetismo y bajo nivel educativo; así como por determinantes contextuales como el bajo acceso a agua potable y alimentos que, en ausencia de un sistema de salud con cobertura universal y acceso efectivo e intercultural, se asocian con mayor carga de enfermedad, complicaciones y muertes (CEPAL, 2017; Goes et al., 2020).

Según datos del INS entre 2008 y 2020 en Colombia, se registraron 6,386 muertes maternas. De las cuales, 19,97% (1275) se presentaron en población con alguna pertenencia étnica. En población negra, afrocolombiana o afrodescendiente **650 muertes (10,18%)**; 613 muertes (9,6%) en indígenas y 12 muertes (0,19%) en las mujeres que se identifican como Rom (gitano), palenqueras de San Basilio y raizales del archipiélago de San Andrés. De todas las muertes que ocurrieron en personas negras, mulatas o afrocolombianas, al igual que en la población indígena, la mayor proporción se presentó en el grupo de edad de **20 a 34 años (62%)**, mientras que el **15,1% se presenta en menores de 19 años**. El 70% de las muertes maternas en personas que se reconocen como negras, mulatas o afrodescendientes sucedieron en el área urbana, lo cual puede obedecer a un subregistro para las mujeres negras afrodescendientes residentes en zonas rurales, quienes tienen menos accesibilidad a los servicios de salud (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2022, p. 12).

En Colombia, el aborto es la tercera causa de Morbilidad Materna Extrema (MME) y la sexta causa de mortalidad materna, que se acentúa en las mujeres más jóvenes (niñas y adolescentes), en las mujeres rurales, mujeres indígenas, mujeres migrantes y mujeres negras afrodescendientes (Prada et al., 2011). En el año 2020, con corte a semana epidemiológica (SE) 52, se reportaron 434 casos de morbilidad materna extrema asociadas a complicaciones del aborto (Ver gráfica 15). De los cuales, 16 (3,68%) fueron en personas afrodescendientes, entre los 15 y 39 años de edad, pertenecientes al régimen subsidiado y residentes en zonas urbanas de Chocó, Nariño, Bogotá y Cauca.

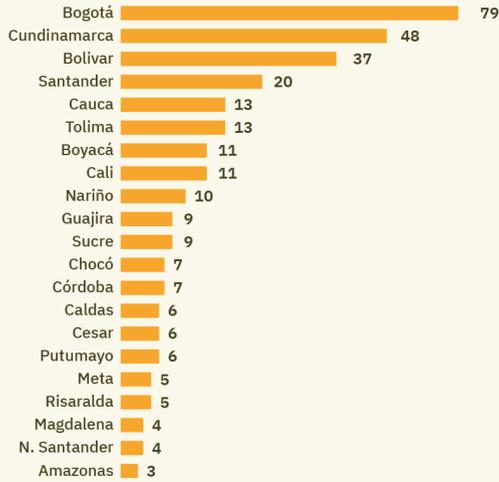
Gráfica 15. Morbilidad materna extrema asociada a complicaciones de aborto según entidad territorial

UBICACIÓN GEOGRAFICA DE CASOS COLOMBIA

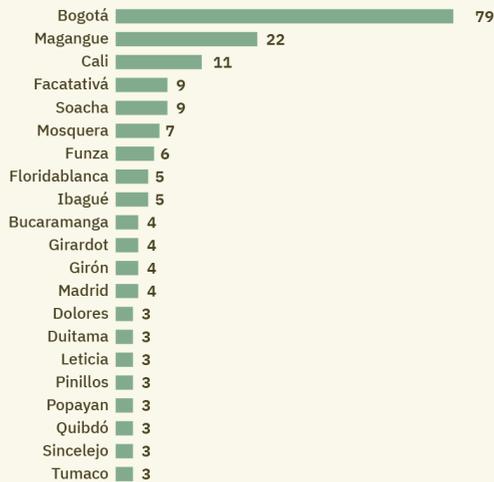


DATOS DE ENTIDAD Y MUNICIPIO

NUMEROS DE CASOS POR ENTIDAD TERRITORIAL



NUMEROS DE CASOS POR MUNICIPIO



Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública (2023).

El aborto inseguro puede contribuir a la mortalidad materna, especialmente en entornos donde el acceso a atención médica adecuada es limitado. Uno de los factores que inciden en este fenómeno de salud pública es el aborto y las complicaciones derivadas de aquellos que se practican de forma insegura. Según los datos del Ministerio de Salud, recogidos en el Plan de Aceleración para Reducir la Mortalidad Materna, en los últimos años se ha observado un aumento en las muertes relacionadas con sepsis obstétrica y aborto (Ministerio de Salud y Protección Social, s/f, p. 2)



3.2.2 | Embarazo en adolescentes y planificación familiar

La falta de acceso a los servicios de SSR produce que mujeres en edad reproductiva sin uso de métodos anticonceptivos modernos tengan menor oportunidad de retrasar o detener la maternidad, prevenir embarazos no deseados o decidir el número de hijos e intervalos de los embarazos (Bearak et al., 2020).

Las principales causas de mortalidad de niñas y mujeres entre jóvenes de 15 a 19 años son las relacionadas con el embarazo y el parto (Instituto Nacional de Salud, 2019). De igual forma, presentan alto riesgo de sufrir complicaciones en el parto, y sus hijos mayor probabilidad de bajo peso al nacer y parto prematuro.

A nivel mundial, en las últimas dos décadas, se ha evidenciado una tendencia decreciente de la fecundidad en la adolescencia. No obstante, América Latina y el Caribe, persiste como la segunda región del mundo con la tasa más alta de embarazos en este grupo etario (60,7 nacimientos por cada 1.000 niñas y jóvenes de 15 a 19 años) (OPS/OMS, 2017). Las niñas y jóvenes afrodescendientes experimentan las tasas más altas de embarazo en la región, junto con las adolescentes que tienen un nivel educativo más bajo; que se ubican en los menores quintiles de riqueza y/o son indígenas. Así como, la discriminación de género en el empleo y la ubicación geográfica (UNFPA, 2023).

Las necesidades de planificación familiar insatisfechas configuran una vulneración de los derechos sexuales y reproductivos. Esto aumenta la probabilidad de embarazos no deseados que pueden terminar en abortos inseguros y/o sus complicaciones asociadas. Entre el 4.7% y 13.2% de las muertes maternas son resultado de abortos inseguros. En Colombia, 33% de las mujeres que tienen abortos clandestinos experimentan complicaciones que requieren atención médica, tales como hemorragias, infecciones, traumatismos, e infertilidad en el largo plazo. Esta proporción aumenta a 53% en mujeres rurales en situación de pobreza (Prada et al., 2011).

Capítulo 4

Estándares para la garantía del derecho al aborto y aproximaciones a las brechas que las mujeres negras afrodescendientes enfrentan aún bajo ese marco legal



4.1 | Estándares constitucionales

En Colombia desde el año 2006 la Corte Constitucional Colombiana declaró inconstitucional la prohibición absoluta del aborto, por cuanto constituye una violación a los derechos fundamentales de las mujeres y personas con posibilidad de abortar. En la sentencia C-355 de 2006 estableció la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) como derecho en todo el territorio nacional, dentro de tres causales específicas, a saber: a) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer o persona con posibilidad de abortar; b) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida; c) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas o de incesto.

Desde allí, la naturaleza del aborto como derecho fundamental de la mujer y de las personas con posibilidad de gestar ha sido reconocida por la Corte Constitucional a través de múltiples sentencias. Tras la sentencia de 2006, la Corte emitió la sentencia T-636 de 2007, en esta la Corte da alcance a los estándares del derecho al aborto y los tratados internacionales sobre derechos sexuales y reproductivos. En esta decisión, la Corte reafirmó que estos derechos son fundamentales tanto a nivel constitucional como de derechos humanos y, por lo tanto, son susceptibles de protección a través de la acción de tutela. Además, en esta sentencia, se establecieron los siguientes estándares jurídicos, que se precisarán a continuación.

Primero, el derecho a la salud engloba el derecho al diagnóstico, ya que este es crucial para recibir un tratamiento adecuado y recuperar la salud. Segundo, el derecho al diagnóstico puede ser defendido a través de la acción de tutela cuando el examen haya sido ordenado y su no realización configura una amenaza a la vida o la salud; impide la prevención de un tratamiento eficaz, o se desconozca la relación entre el diagnóstico y el resultado. Tercero, indicó que las entidades de salud no pueden rechazar un diagnóstico por razones económicas, administrativas o institucionales, y que la demora injustificada en el diagnóstico vulnera el principio de dignidad humana. Cuarto, reforzó que los derechos sexuales y reproductivos son tanto derechos humanos como derechos constitucionales fundamentales, conforme a los artículos 93 y 94 de la Constitución Política. No obstante, esta sentencia no hace referencia explícita a las mujeres negras afrodescendientes o a grupos vulnerables en particular.

Posteriormente, en la Sentencia T-988 de 2007 la Corte realizó un resumen de los argumentos clave que llevaron a la despenalización del aborto por causales, señalando que son de obligatorio cumplimiento. Esto es particularmente relevante, ya que se trata de la primera sentencia que aborda la violación de derechos debido a la exigencia requisitos adicionales a los establecidos en la Sentencia C-355 para la procedencia de la IVE. Además, esta sentencia marca el inicio de cómo la Corte establece reglas para situaciones de mujeres que podrían enfrentar condiciones que las hacen más vulnerables para acceder a este derecho. Aquí, se establece la primera regla para los casos de IVE en mujeres con discapacidad.

En cuanto a reglas específicas para poblaciones vulnerables como las mujeres con discapacidad, la Corte establece que la solicitud de IVE en mujeres con discapacidad debe ser analizada considerando su singularidad, distinguiendo entre discapacidad física, psíquica o sensorial. Cuando la discapacidad sea tan significativa que la incapacidad de dar consentimiento sea evidente, los padres de la mujer en situación de discapacidad o una tercera persona que actúe en su nombre deben poder solicitar la IVE sin requisitos formales adicionales a la denuncia. Por tanto, no se puede requerir la presentación de interdicción como condición para realizar el procedimiento en una niña o mujer con discapacidad grave. Las EAPB que exijan requisitos formales adicionales a la denuncia para realizar un aborto inducido en una mujer en situación de discapacidad, víctima de abuso carnal violento, sin consentimiento o abusivo, están desconociendo seriamente la protección que la Constitución Nacional otorga a las personas con discapacidad.

Es importante destacar esta sentencia, ya que aquí se evidencia cómo la Corte comienza a diferenciar en función de las vulnerabilidades de las mujeres y a trazar pautas para que el Estado garantice ese derecho teniendo en cuenta esas vulnerabilidades específicas. Sin embargo, es notable que esta acción positiva no ha sido replicada en relación a las mujeres afrocolombianas.

La Sentencia T-209 de 2008 desempeña un papel crucial al establecer una serie de estándares que posteriormente son reafirmados en la jurisprudencia sobre la IVE por parte de la Corte Constitucional. Esta sentencia también establece elementos determinantes

relacionados con la objeción de conciencia y el alcance del derecho a la IVE en Colombia. En esta sentencia se establecen varios principios y directrices que se refieren específicamente a la garantía de la IVE en condiciones tales como las limitaciones que pueden tener las mujeres cuando el personal de salud aplica la objeción de conciencia y la obligación de las entidades de salud de garantizar el servicio, así como situaciones en las que la IPS deberán tener un número adecuado de proveedores habilitados para prestar los servicios de IVE, responsabilidad que también debe cumplir las entidades de salud a nivel departamental, distrital y municipal al asegurar la disponibilidad suficiente en la red de atención. Es importante anotar que si bien esta sentencia reconoce que algunas mujeres tienen limitaciones para el acceso de la IVE, no reconoce que esto está determinado por situaciones de discriminación estructural donde la pertenencia étnico-racial juega un papel importante.

La Sentencia T-627 de 2012 es muy importante en el escenario constitucional del derecho a la información en la IVE y otros derechos sexuales y reproductivos. Allí establece que la información debe ser oportuna, completa, accesible, pero en especial debe ser fidedigna y confiable. La Corte sienta un precedente en cuanto a los estándares de la información que difunden los funcionarios públicos, bien sea en medio de comunicación o mediante oficios dirigidos a otras instituciones o actos administrativos. La Corte concedió la tutela y ordenó, entre otras cosas, (i) al entonces Procurador General de la Nación, Alejandro Ordóñez Maldonado, a rectificar todo pronunciamiento tergiversado, falso y confuso en contra de la IVE; y (ii) a la PGN y las Procuradoras Delegadas demandó a cambiar su posición frente a la anticoncepción oral de emergencia, el derecho a la IVE y el Misoprostol.

Por su parte, la Sentencia C-754 de 2015 es emblemática y de gran importancia en la consolidación del marco normativo en materia de IVE, en especial, en relación con las causales violencia sexual y riesgo para la vida y la salud de la mujer. Pero sobre todo por los apartados en los que reconoce las vulneraciones y discriminaciones específicas que han sufrido las mujeres afrocolombianas. Los siguientes apartados son:

En atención al anterior marco internacional, la jurisprudencia constitucional ha reconocido una especial protección a las mujeres, las niñas, adolescentes y adultas mayores sobrevivientes de violencia sexual en el contexto del conflicto armado. Esta Corporación, en el Auto 092 de 2008, determinó que las mujeres sufrían un impacto desproporcionado como consecuencia del conflicto armado, a partir del reconocimiento de que las mujeres estaban sujetas a un riesgo diferenciado de violencia o esclavitud sexuales. Además, reconoció que este riesgo era aún mayor para las mujeres indígenas y afrodescendientes. En dicha providencia, la Corte ordenó la creación de un programa especial para la prevención de la violencia sexual contra la mujer desplazada y de atención integral a sus víctimas (Sentencia C-754 de 2015, p. 33).

Los anteriores pronunciamientos y la información allegada permiten a esta Corporación constatar que, en efecto, como los demandantes y muchos de los intervinientes aseveran, es innegable que la violencia sexual tiene un impacto

desproporcionado en las mujeres y dentro de este grupo afecta aún más a grupos vulnerables como las mujeres afro, indígenas o en situación de discapacidad (Sentencia C-754 de 2015).

Lo anterior resulta muy importante porque esta ha sido una de las pocas decisiones sobre el aborto en donde la Corte ha hablado específicamente de cómo la aplicación de ciertos criterios es discriminatoria y no tienen en cuenta las vulnerabilidades de las mujeres negras afrodescendientes. Además, establece una acción positiva sobre esta particularidad y fue eliminar del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual la palabra “basada en la discrecionalidad del funcionario”, pues era discriminatorio con las mujeres afro, indígenas o en situación de discapacidad.

Con este fallo, la Corte ordenó que, en la aplicación de dicho protocolo, expedido por el entonces Ministerio de la Protección Social, se vuelve de obligatorio cumplimiento, de acuerdo con la modificación al artículo 23 de la Ley 1719 de 2014, garantizar: el acceso a la anticoncepción oral de emergencia dentro de las primeras 72 horas transcurridas luego de la ocurrencia de los hechos, así como el acceso a la IVE, y el acceso a la atención psicosocial en condiciones de dignidad y respeto.

La Sentencia SU-096 de 2018 marca un hito en la jurisprudencia de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Colombia, al ser la primera sentencia de unificación en este tema. La Corte Constitucional reúne todo el precedente judicial previo sobre la IVE y reafirma los estándares, reglas y subreglas, que deben ser seguidos rigurosamente para proteger y garantizar este derecho, siendo de obligatorio cumplimiento.

La sentencia también destaca que las categorías que configuran la causal de salud mental, aunque no son exhaustivas, incluyen situaciones de exclusión o marginalidad debido a desplazamiento, conflicto armado, migración, condiciones rurales, y aspectos raciales o étnicos (como las comunidades indígenas y afrodescendientes). Sin embargo, es importante notar que la Corte no emitió acciones positivas específicas para las mujeres afrocolombianas o indígenas, a diferencia de las personas con discapacidad.

En esencia, la Sentencia SU-096 consolida y clarifica los estándares de la IVE en Colombia, asegurando un enfoque flexible y protector de los derechos de las mujeres, pero también planteando cuestionamientos sobre las omisiones en la protección de ciertos grupos vulnerables.

La sentencia C-055 de 2022 es una decisión histórica pues amplió el derecho al aborto, permitiendo que mujeres, niñas, personas no binarias y hombres trans puedan interrumpir su embarazo según sus propias razones y sin la amenaza de cárcel, durante las primeras 24 semanas de gestación, y después de este plazo, bajo las causales establecidas desde el año 2006 en la Sentencia C-355, sin límite de edad gestacional.

En esta sentencia, la Corte Constitucional reconoció que el delito de aborto es ineficaz, injusto y discriminatorio, en tanto es una barrera para acceder a la IVE, que impacta de manera desproporcionada a las mujeres que se encuentran en mayores contextos de vulnerabilidad. En ese sentido, la sentencia de la Corte sitúa en el centro los problemas sociales que enfrentan las mujeres que padecen las consecuencias más graves de la opresión reproductiva. Entre ellas se encuentran aquellas que son víctimas de desplazamiento forzado, refugiadas, migrantes irregulares o en situación de indigencia; las que están recluidas en instituciones o detenidas; las indígenas, afrodescendientes o miembros de la población Rom; y aquellas que ya han experimentado un embarazo y son cabeza de familia. Además, se subraya que la penalización no disuade a las mujeres de buscar un aborto.

Con este fallo Colombia quedó a la vanguardia latinoamericana y como uno de los países más avanzados del mundo en materia de reconocimiento de la autonomía, libertad y autodeterminación de las mujeres al eliminar parcialmente el delito de aborto del Código Penal y la poca utilidad del derecho penal para proteger el bien jurídico del nasciturus. La sentencia establece varios estándares de importancia.

Primero, reconoce que la vida es un bien jurídico que debe ser protegido a lo largo de su desarrollo, con una intensidad variable según la etapa del embarazo. Esta protección gradual es especialmente crucial en etapas avanzadas. Segundo, subraya que criminalizar el aborto atenta contra los derechos reproductivos y a la salud de las mujeres, al incrementar la incidencia de abortos inseguros con riesgos para su salud e integridad. Tercero, señala que la ausencia de alternativas a la penalización del aborto constituye una interferencia indebida del Estado en la salud reproductiva de las mujeres. Cuarto, afirma que la penalización únicamente discrimina y vulnera la igualdad y dignidad de mujeres marginadas. Quinto, destaca que la penalización no solo afecta con sanciones penales, sino también con la decisión forzada de maternidad, aumentando la vulnerabilidad. Sexto, enfatiza que el Estado debe priorizar políticas de género y enfoque interseccional sobre la penalización. Séptimo, subraya que la libertad de conciencia en la decisión reproductiva es personal e inalienable, vedando intervención estatal coercitiva. Octavo, observa que penalizar el aborto impone un modo específico de proceder y menoscaba la libertad de conciencia de las mujeres. Noveno, establece que la competencia legislativa para definir delitos y penas tiene límites constitucionales basados en la dignidad humana. Décimo, concluye que la penalización del aborto no reduce abortos consentidos ni protege adecuadamente el bien jurídico de la vida en gestación. En cambio, limita derechos de las mujeres y promueve abortos inseguros y clandestinos, contraviniendo la finalidad constitucional de prevención general y el principio del uso del derecho penal como último recurso.

Sin embargo, en esta sentencia que es tan importante no solo para Colombia sino para la región, las mujeres negras afrodescendientes no fueron visibilizadas como se esperaba por diferentes organizaciones. Algunas de las intervenciones que quedaron plasmadas en la sentencia, le presentaban a la Corte información cómo las mujeres negras afrodescendientes tienen más posibilidades de ser criminalizadas, que en promedio viven 11 años menos que el resto de las mujeres y que la Razón de Mortalidad Materna para este grupo poblacional es

de 109,18 casos por cada 100.000 nacidos vivos, lo que contrasta con la tasa de 51 casos por cada 100.000 nacidos de la población en general. Además, sustentaban por qué era necesario que la Corte, a través de esta sentencia, estableciera algunas acciones afirmativas puntuales sobre sus necesidades y así poder avanzar también la exigencia material de abarcar estas vulneraciones puntuales que sufren las mujeres negras afrodescendientes. No obstante, no fue así, no se obtuvo este resultado.

Finalmente, en relación a los pronunciamientos de la Corte Constitucional que no se centran directamente en el tema del aborto pero que sí contienen disposiciones diferenciadas para las mujeres afrocolombianas, es crucial destacar la relevancia de la Sentencia T-128 de 2022, la cual aborda la inclusión de la partería tradicional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Esta sentencia enfatiza la importancia de salvaguardar el derecho a la salud de las personas y comunidades negras o afrocolombianas, lo que subraya la necesidad de que el Estado siga adoptando medidas positivas para fomentar y defender este derecho en condiciones de igualdad y no discriminación. Por esta misma razón, diversas organizaciones de la sociedad civil han instado a la Corte a imponer obligaciones y medidas específicas en relación al derecho al aborto de las mujeres negras afrodescendientes, como condición necesaria para que este grupo materialmente pueda ejercer este derecho.

La falta de directrices específicas que se adapten a las circunstancias particulares de las mujeres afrocolombianas y consideren su entorno constituye un desafío de suma importancia. Superar las barreras que obstaculizan su acceso al aborto no es solo una cuestión necesaria, sino un mandato imperativo que trasciende la mera afirmación formal de igualdad en el derecho al aborto o la simple identificación de la mayor vulnerabilidad de estas mujeres. La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha demostrado su capacidad para influir en la formulación de políticas públicas y la ejecución de planes de acción a nivel nacional, en relación a problemáticas específicas. No obstante, esta dinámica no ha tenido el mismo impacto en el ámbito del aborto para las mujeres afrocolombianas. Esta discrepancia subraya la urgente necesidad de abordar de manera exhaustiva y justa las necesidades de este grupo en lo concerniente a este derecho.

Mientras no se establezcan políticas públicas basadas en un diagnóstico preciso y una comprensión profunda de los factores que influyen en la incidencia del aborto en mujeres afrocolombianas, continuará la perpetuación de su opresión reproductiva. Esto va más allá de la mera desigualdad; equivale a una forma de discriminación y opresión. La ausencia de estas medidas efectivas impide a estas mujeres ejercer su autonomía reproductiva y reduce su capacidad de mitigar los riesgos materiales asociados a la mortalidad y la morbilidad. En este contexto, no se trata solo de garantizar un derecho fundamental, sino también de promover la equidad y la justicia, al proporcionar un entorno en el que todas las mujeres, sin importar su origen étnico, puedan ejercer plenamente su salud reproductiva y sus derechos humanos.



4.2 | Marco establecido por la Resolución 051 de 2023, como medida de política pública que desarrolla la Sentencia C-055 de 2022

La sentencia C-055 de 2022 exhortó al Congreso de la República y al Gobierno nacional, para que formulen e implementen una política pública integral que evite los amplios márgenes de desprotección para la dignidad y los derechos de las mujeres gestantes. Teniendo en cuenta lo anterior, en este apartado se presenta la resolución 051 de 2023, adoptada por el Ministerio de Salud en cumplimiento de las órdenes establecidas en la sentencia C-055 de 2022, *“Por medio del cual se adopta la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y se modifica el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante la Resolución de 2018”*.

La resolución 051 de 2023 emitida por el Ministerio de Salud consolida las reglas extraídas de la jurisprudencia constitucional y los parámetros previamente establecidos por la Corte Constitucional para brindar una atención médica integral en el contexto de la IVE. Además, esta resolución abarca las pautas técnicas que garantizan la realización segura, oportuna y de calidad de este procedimiento. Así, en este documento el Ministerio de Salud establece todas las directrices que deben ser seguidas por los participantes del sistema de salud en Colombia para asegurar el aborto como un servicio esencial y de carácter urgente. Entre los criterios recopilados en esta resolución, merecen especial atención el deber del sistema de salud de garantizar el derecho al aborto en condiciones específicas de respeto, integridad, gratuidad, calidad e inmediatez. Frente a la aplicación de los enfoques diferenciales, solo hay una referencia al tratamiento que se le debe dar a niñas y adolescentes respecto a que su consentimiento no debe ser intervenido por terceros, así como las garantías que se les debe dar a mujeres con status migratorios y a las mujeres que tienen alguna limitación para su comunicación como aquellas con discapacidad o quienes necesitan una interprete.

Sin embargo, es importante resaltar que el Ministerio de Salud no estableció directrices específicas o protocolos diferenciados que aborden de manera directa y efectiva el acceso a la IVE desde un enfoque étnico-racial y territorial. Esta resolución resulta discriminatoria debido a la falta de diagnósticos contextuales y epidemiológicos que aborden las necesidades de las mujeres negras afrodescendientes que requieren servicios de aborto, así como la ausencia de directrices específicas para atender las brechas que reducen el acceso a este servicio.

Resulta especialmente llamativo la carencia de medidas específicas o adaptaciones particulares en las directrices para abordar los contextos territoriales de las mujeres afrodescendientes, así como las zonas rurales o de difícil acceso. La literatura respalda que las políticas “neutrales” a menudo enmascaran las desigualdades que, en el ámbito de la

salud, actúan como factores determinantes de enfermedades y mortalidad en distintos segmentos de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Este vacío se vuelve aún más inaceptable cuando se considera que, en 2020, la Razón de Mortalidad Materna en mujeres afrocolombianas fue de 181,0 por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en mujeres sin afiliación étnica fue de 89,4. Además, según el Plan de Aceleración para Reducir la Mortalidad Materna del Ministerio de Salud y Protección Social, actualmente implementado con el objetivo de “superar los determinantes de estas inequidades territoriales y ajustar la tendencia para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible - ODS de 32 muertes por 100.000 nacidos vivos para el 2030”, en los últimos años se ha observado un aumento en ‘las muertes relacionadas con trastornos hipertensivos, **sepsis obstétrica y aborto** durante ese mismo período’ (Negrilla fuera del texto) (Ministerio de Salud y Protección Social, s/f, p. 2)

Estos datos evidencian la incapacidad del sistema de salud para proteger a las mujeres afrocolombianas de los riesgos asociados al embarazo y la maternidad, lo que subraya la urgencia de medidas específicas en el ámbito de la salud reproductiva y aborto. La ausencia de medidas enfocadas a las mujeres afrodescendientes, particularmente las que viven en la ruralidad, puede resultar discriminatorio en tanto que no garantiza la igualdad material en el acceso a salud sexual y reproductiva. De acuerdo a lo establecido por la Corte en la sentencia T-732 de 2009, los Estados están obligados a garantizar una protección especial y diferenciada a favor de las mujeres, especialmente cuando tienen condiciones de vulnerabilidad específicas, como es el caso de las mujeres afrocolombianas e indígenas.

En el ámbito de la revisión de las medidas en salud sexual y reproductiva, este aspecto se manifiesta. El Ministerio de Salud ha desarrollado medidas de política pública diferenciadas para la prestación de algunos servicios de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, prevé algunas medidas relativas a la atención de personas en situación de discapacidad en el acceso a la IVE, aunque son generales y suelen remitirse a la implementación de ajustes razonables para el consentimiento de personas con discapacidad cognitiva (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Sin embargo, en las regulaciones y normas en materia de salud sexual y reproductiva no se encuentran disposiciones actuales para la atención diferencial para personas y población afrodescendiente e indígena. Solo se identifican disposiciones enfocadas principalmente en asuntos relacionados con la violencia sexual y la atención de violencias en el contexto del conflicto armado (atención psicológica y psicosocial víctimas del conflicto, atención a víctimas de violencia sexual, pago de servicios de salud para las víctimas del conflicto, entre otras). Más allá de esos ámbitos, no se encuentran medidas de política pública diferenciadas en salud sexual y reproductiva para este grupo humano. Lo anterior es especialmente relevante para los propósitos de esta investigación si se tienen en cuenta el índice de mortalidad materna en mujeres afrodescendientes, en el que están sobrerrepresentadas.

Lo que evidencia discriminaciones estructurales y afectaciones desproporcionadas de las disparidades en salud para esta población que el Ministerio de Salud no está abordando.

Durante la pandemia del SARS-COVID-19, las brechas históricas en el acceso a la salud para las poblaciones afrodescendientes se hicieron aún más evidentes. La disminución significativa en abortos practicados en mujeres indígenas y afrocolombianas entre 2019 y 2020 refleja esta desigualdad. Según los datos disponibles, en esos dos años se observó una disminución significativa en los procedimientos practicados en el caso de mujeres indígenas y afrocolombianas. Para el caso de las mujeres indígenas, se registró una reducción del 36.643%, mientras que en el caso de las mujeres afrocolombianas, la disminución alcanzó el 32.754% (Rosero & Pedraza Hoyos, 2020). Sin embargo, para ese período no se identificaron adaptaciones específicas para la atención de la IVE en áreas rurales o de difícil acceso, así como para niñas y adolescentes, personas con discapacidad y comunidades étnicas (2020). A pesar de estos impactos diferenciados, no se identificaron medidas particulares sobre salud sexual y reproductiva, de acuerdo con el monitoreo de políticas de salud reproductiva en el marco de la respuesta al brote COVID-19.

Esto es particularmente relevante dado que existen evidencias sobre las barreras estructurales que las mujeres afrodescendientes enfrentan en el país, así como sus desfavorables resultados en salud. De acuerdo a la OMS, el aborto inseguro se concentra cada vez más entre los grupos sociales en situación de vulnerabilidad y marginación (2022) Ello reafirma la necesidad de que las políticas de aborto, junto con abarcar a la totalidad de las directrices y estándares generales que facilitan el acceso, incorporen estrategias y acciones dirigidas a las poblaciones que enfrentan mayores vulnerabilidades y riesgos. Tal es el caso de las mujeres que viven en la ruralidad y, en especial, de las mujeres negras afrodescendientes, como se verá más adelante.

De manera que, es prioritario que estas desigualdades se aborden y atiendan de manera concreta para garantizar que las medidas garanticen la igualdad material y sean efectivas en la eliminación de estas disparidades. Para lograrlo, es crucial contar con indicadores desagregados por sexo, edad, pertenencia étnico-racial e identidad de género porque son indispensables para el diseño de servicios específicos que contribuyan a superar las disparidades en salud.

¿Qué implicaciones tiene ese marco legal para las mujeres negras afrodescendientes que enfrentan desafíos sistémicos?

La medida de política pública adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de la sentencia que despenalizó parcialmente el aborto es problemática por al menos 3 razones.

En primer lugar, la resolución es insuficiente para cumplir el mandato de la sentencia C-055 de 2022 relativa a desarrollar una política pública integral que evite “los amplios márgenes de desprotección para la dignidad y los derechos de las mujeres”. La política

pública adoptada no contempla un carácter integral, en ese sentido poco hace la resolución para derribar barreras estructurales que afectan desproporcionadamente a mujeres y niñas afrocolombianas, puesto que, aunque define directrices generales para la prestación del servicio de aborto, éstas no se aplican adecuadamente en los contextos de mayor vulnerabilidad. Por lo anterior, no satisface el segundo mandato que contiene la estructura del derecho al aborto -y los derechos sexuales y reproductivos-, relativo a la obligación prestacional de establecer medidas positivas que garanticen el goce efectivo del derecho (*Sentencia SU-096, 2018*). La aplicación de la resolución debe contemplar que muchas mujeres afro, pueden no tener ni siquiera la posibilidad de trasladarse a centros hospitalarios que puedan brindar la IVE, por eso, es preciso integrar una evaluación de las necesidades que permita diseñar acciones situadas a su contexto.

En consecuencia, crea un marco explícito de igualdad formal que mantiene una idea prácticamente neutral, universal y uniforme sobre las personas cuya protección y aseguramiento constituyen el enfoque central de las políticas relacionadas con el aborto. Bajo el marco establecido en la resolución, se entiende a las personas titulares del derecho bajo una noción aún general, según la cual son mujeres que mayormente comparten necesidades y una similar situación de opresión en torno al acceso al aborto. Sin reparar en la responsabilidad en cabeza del Estado de garantizar condiciones de igualdad para aquellas que sistemáticamente enfrentan desafíos para el cumplimiento de lo establecido por la Corte Constitucional.

El Estado debe buscar mecanismos resolutivos para los conflictos interculturales y eliminar las asimetrías de poder que perpetúan las desigualdades sociales. Éste debe buscar formas de protección universal y de justicia social que incorporen enfoques diferenciados para la promoción y el sostenimiento de la equidad. El silencio y la inacción estatal frente a la restauración de los derechos de los grupos marginados de la ciudadanía, convierte al Estado en un actor cómplice de la perpetuación de las desigualdades sociales y de la erosión de la democracia.

Esa limitación en la comprensión del sujeto de protección tiene implicaciones materiales en el cumplimiento de los fallos en contextos social y políticamente complejos, como aquellos que se dan en los territorios densamente poblados por personas afrodescendientes. Las restricciones a la IVE funcionan como una forma de opresión reproductiva en tanto que constituyen la ausencia de opciones, incluso aún después de la sentencia que despenaliza el aborto. El acceso reducido al aborto es sistemáticamente opresivo no solo discriminatorio porque está relacionado con otros sistemas de opresión más amplios como el racismo y la clase social.

En segundo lugar, si bien la resolución enuncia los estándares con los cuales se debe brindar la IVE, en condiciones de pertinencia, accesibilidad, disponibilidad y el principio de no discriminación, estos pueden ser inoperantes sino se adoptan medidas enfocadas a la superación de las barreras que enfrentan las mujeres negras afrodescendientes. En consecuencia, la política pública de acceso al aborto puede resultar discriminatoria sino

diseña mecanismos para minimizar las limitaciones sistemáticas en el acceso al servicio. Sin un desarrollo que garantice la integralidad de la política pública existe el riesgo de que solo se materialice en contextos urbanos y no se cumpla el fin que perseguía la Corte Constitucional en la sentencia C-055 de 2022 de despenalizar parcialmente el aborto, en parte, para la protección de mujeres en estado de vulnerabilidad, quienes eran las que mayores impactos sufrían con un sistema que penalizaba la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

La Corte Interamericana en el Caso de las Niñas Yean y Bosico Vs. República Dominicana y otros posteriores ha sostenido que el derecho de igual protección de la ley y la no discriminación implica que los Estados deben combatir prácticas discriminatorias y establecer las medidas necesarias para reconocer y asegurar una efectiva igualdad de todas las personas ante la ley. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el informe de país sobre verdad, justicia y reparación instó al Estado colombiano a adoptar un enfoque interseccional al momento de analizar la situación específica de las mujeres afrodescendientes que tome en cuenta los componentes derivados de su condición de mujeres y de afrodescendientes, sumado a la situación de pobreza en la que se encuentra la mayoría de ellas (2013).

Un buen ejemplo de medidas que deben tomarse para la adaptación de la presentación del servicio de aborto en contextos complejos son las recomendaciones de la OMS en las Directrices sobre la atención para el aborto, relacionadas con el mandato de que todas las personas tienen derecho a no ser discriminadas y a un acceso igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva. Con el fin de hacer operativa esa directriz, la OMS ofrece una guía sobre cómo hacer partícipes a un grupo más amplio de trabajadores de la salud y a la persona embarazada en la prestación del servicio de aborto, con el objetivo de mejorar en los contextos más vulnerables el número del personal de salud disponible, hacer frente a la escasez de profesionales de la salud, reducir los costos y mejorar la asequibilidad, la equidad y la igualdad en el acceso a la IVE. El Ministerio de Salud podría avanzar en esa dirección si establece una medida para generar diagnósticos reales y efectivos sobre las necesidades específicas de las mujeres afrodescendientes que permitan identificar las problemáticas que enfrentan en contextos tanto rurales como urbanos, para establecer medidas adaptadas a las características territoriales. Estas medidas pueden incorporar desde acciones de entrenamiento de actores comunitarios esenciales en las comunidades afro, como las parteras y parteros, hasta monitoreos de disponibilidad de medicamentos seguros para el aborto en los territorios densamente poblados por personas negras.

En tercer lugar, establece marcos implícitos relativos a una concepción aun preponderantemente liberal sobre la distribución del derecho al aborto y una noción homogénea del género. Esos marcos legales enmarcan el acceso al aborto en términos más generales, pero no consideran las condiciones específicas de las mujeres negras afrodescendientes en Colombia, ni de otros grupos de personas cuyas identidades y contextos limitan las posibilidades de acceder materialmente a ese derecho*. El marco discursivo de la resolución aún privilegia la noción del género como una categoría universal.

* Tales como las mujeres indígenas, las que viven en la ruralidad, los hombres trans y las personas no binarias con capacidad de gestar.

El riesgo de esta comprensión en el abordaje del aborto puede implicar la homogeneización de experiencias sociales y culturales que desconoce las distintas necesidades de quienes atraviesan esta experiencia.

La profundización de estas barreras por la conjunción del género y la identidad racial deriva en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres afrocolombianas relacionados con la salud sexual y reproductiva no solo en los establecimientos de salud en que solicitan atención, sino también en el seno de sus comunidades y familias. Para promover intervenciones más eficaces y mejores resultados de salud para todas las personas que solicitan un aborto, es esencial contar con medidas diferenciadas que desarrollen un enfoque étnico racial. Uno de los factores que puede afectar la aplicación real en territorios que no tienen un sistema de salud adecuado, que coincide con aquellos habitados por mayoría afrodescendiente, es el manejo de la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud.

Este estudio resalta que las restricciones de acceso al aborto perpetúan la opresión experimentada por las mujeres negras afrodescendientes. Esta opresión persistirá en la formulación de políticas públicas sobre este tema a menos que se cuente con datos más sólidos para comprender y abordar esta problemática. Primero se tiene que evaluar cuáles son las condiciones territoriales y contextuales para luego establecer políticas públicas que desarrollen los ajustes razonables que van a hacer posible el acceso a ese derecho para esas mujeres con esas particularidades.

Sin una mejora en esta área, la reducción del acceso al aborto no solo se traduce en discriminación, sino también en una opresión sistemática que está intrínsecamente vinculada con sistemas más amplios de opresión, como el racismo estructural, las secuelas de la colonización y la opresión reproductiva.

Respecto al contenido de la resolución, es importante establecer recomendaciones que resalten la importancia de aplicar un enfoque étnico-racial, que tenga en consideración que las mujeres afrodescendientes tienen barreras estructurales que deben ser tenidas en cuenta para brindar el servicio de IVE de manera adecuada. Estas recomendaciones serán desarrolladas en el Capítulo 5 de este documento.

En conclusión, es posible afirmar que las instituciones garantes de derechos en Colombia, si bien han reconocido las múltiples razones por las cuales las mujeres negras afrodescendientes son vulnerables a las barreras y brechas en la materialización del derecho al aborto, no han realizado acciones positivas a través de su jurisprudencia, lineamientos y medidas de política pública que regulan la prestación del servicio de la IVE. En esa medida aún no se ejecutan acciones específicas que promuevan la eliminación de los factores que inciden en la reducción del acceso al aborto para este grupo.

Los avances aún siguen quedándose en el reconocimiento de la igualdad formal al derecho de aborto, que consiste o ha consistido hasta el momento en la mención de la vulnerabilidad

que enfrentan estas mujeres, pero que no ordena ni desarrolla acciones diferenciales que se deberían implementar a nivel país para que no se sigan reproduciendo las brechas de acceso. Las comunidades negras siguen teniendo reconocimiento de la igualdad formal pero no medidas que garanticen la igualdad material. Se siguen esperando acciones de entes como la Corte Constitucional y el Ministerio de Salud para individualicen las violencias que sufren las mujeres afro para acceder al aborto y se planteen líneas de acción para la eliminación de estas violencias.



4.3 | Estándares internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre atención del aborto seguro

En marzo de 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó las nuevas directrices para la atención del aborto. Estas directrices, respaldadas por la autoridad técnica en salud a nivel global que representa la OMS, se basan en la evidencia científica y médica más actualizada, así como en los estándares relacionados con la salud pública y los derechos humanos vinculados al aborto. Este documento actualizado proporciona recomendaciones en tres áreas principales: legislación y política, servicios clínicos y prestación de servicios de aborto.

De acuerdo con la OMS, en un enfoque basado en los derechos humanos para la atención del aborto, todas las pautas, criterios y prácticas clínicas deben centrarse en la protección y promoción de la salud y los derechos humanos de las personas. Esto incluye aspectos claves como la toma de decisiones informadas y voluntarias, la autonomía en la toma de decisiones, la no discriminación, la igualdad, la confidencialidad y la privacidad, así como la provisión adecuada de servicios de remisión y la continuidad en la atención médica (2022). Estos elementos forman parte de un marco integral de atención en salud reproductiva, tal como ha sido señalado.

Desde una perspectiva de los determinantes sociales de la salud, factores como el entorno de una persona y su pertenencia étnico-racial desempeñan un papel importante en el acceso y los resultados de salud. La atención integral de calidad para el aborto se basa en la creación de un entorno propicio, que incluye la disponibilidad de información, la gestión del aborto, la atención posterior al aborto y la atención en casos de pérdida del embarazo o aborto espontáneo. La OMS ha establecido que tres pilares fundamentales de un entorno propicio para la atención del aborto incluyen: 1) el respeto de los derechos humanos con un marco legal y político de apoyo; 2) la accesibilidad a la información; y 3) la disponibilidad de un sistema de salud universal, asequible y eficiente.

Las directrices de la OMS buscan incorporar los derechos humanos en los programas de atención de salud, prestando especial atención a los factores determinantes que influyen en el acceso y la provisión de servicios de aborto. Esto representa un enfoque innovador al

integrar la protección de los derechos humanos como una parte integral de la evaluación de la evidencia médica y científica, permitiendo un análisis integral que fusiona la salud y los derechos humanos. En este contexto, presentamos las principales recomendaciones y estándares establecidos por la OMS, enfocados en garantizar la calidad de la atención del aborto y su disponibilidad.

La OMS sostiene que el uso de medicamentos para el aborto es un avance significativo que revolucionó el acceso a la atención del aborto a nivel mundial (2022, p. 2). Esto acelera la disponibilidad de servicios de aborto en condiciones seguras y de alta calidad, superando limitaciones asociadas con otros métodos, costos y estigma. Numerosos estudios han demostrado que los medicamentos para el aborto pueden ser autoadministrados de manera segura y efectiva en entornos de atención primaria, en ambulatorios fuera de instalaciones médicas y con información proporcionada por farmacias o fuentes de información confiables, garantizando la calidad de los medicamentos.

La provisión de servicios de aborto con supervisión mínima por parte de personal de salud capacitado puede mejorar significativamente el acceso al aborto, además de preservar la privacidad, la comodidad y la aceptabilidad de los servicios. Esto se logra al centrarse en las necesidades individuales de los usuarios, incorporando sus preferencias y valores, y asegurando la equidad y la no discriminación. La telemedicina, por ejemplo, puede servir como una fuente precisa de información y apoyo para quienes buscan servicios de aborto en diversas circunstancias, incluyendo aborto voluntario, pérdida del embarazo o aborto espontáneo, sin comprometer la seguridad ni la eficacia.

La atención del aborto debe ser coherente y no discriminatoria, independientemente de las características individuales de quienes buscan estos servicios, incluyendo su género, pertenencia étnico-racial, estatus socioeconómico, nivel educativo, discapacidad, religión o ubicación geográfica. La calidad de la atención se mide por la minimización de riesgos y daños para quienes utilizan el servicio, todo ello en cumplimiento de los derechos humanos.

El marco conceptual de atención del aborto propuesto por la OMS se centra en los valores y preferencias de quienes buscan estos servicios, considerándolos participantes activos y beneficiarios en igualdad de condiciones en la prestación de servicios de salud, con un enfoque basado en derechos. A medida que las personas atraviesan el proceso de atención del aborto, los servicios deben integrarse en el sector de salud para satisfacer sus necesidades de manera equitativa, sin discriminación y teniendo en cuenta sus valores individuales, sin comprometer la seguridad ni la eficacia.

Tabla 10. Componentes centrales de un entorno propicio para la atención del aborto

Respeto de los derechos humanos, incluido un marco de leyes y políticas de apoyo

- Los países ratifican los tratados y convenciones internacionales y regionales de derechos humanos que abordan la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (SSR).
- Las leyes y políticas promueven la SSR para todos y son consistentes con los derechos sexuales y reproductivos.
- Existen arreglos administrativos, políticos y judiciales apropiados para facilitar la atención del aborto de calidad, incluidos los mecanismos accesibles, transparentes y efectivos, a saber: 1) mecanismos accesibles para que las mujeres impugnen la denegación del aborto de manera oportuna, y 2) mecanismo de monitoreo por fallas en facilitar una atención de calidad, incluyendo la revisión y reforma regular de leyes y políticas para reconocer y eliminar las barreras a la atención del aborto de calidad.
- Las políticas minimizan la tasa de embarazos no deseados al proporcionar información y servicios anticonceptivos de calidad, incluida una gama completa de métodos anticonceptivos (métodos de emergencia, de acción corto y acción prolongada).
- Todas las personas y comunidades reciben los servicios de salud que necesitan, sin sufrir dificultades económicas y sin discriminación alguna.

Disponibilidad y accesibilidad de la información

- La educación integral en sexualidad basada en la evidencia se brinda a todas las personas y está disponible en múltiples formas e idiomas accesibles.
- La información de SSR precisa, imparcial y basada en evidencia, incluso sobre el aborto y los métodos anticonceptivos, está ampliamente disponible en múltiples formas e idiomas accesibles.

Sistema de salud de apoyo, universalmente accesible y que funcione bien

- La cobertura sanitaria universal (UHC) garantiza que todas las personas puedan recibir la atención que necesitan sin dificultades financieras.
- El sistema de salud cuenta con los recursos adecuados, es decir, los medicamentos esenciales, los suministros, el personal asistencial en salud y las asignaciones financieras, están disponibles, son accesibles, aceptables, asequibles y de buena calidad.
- Se garantiza el acceso equitativo a medicamentos y productos sanitarios esenciales de calidad garantizada.
- El liderazgo y los estándares clínicos promueven servicios de SSR basados en evidencia.
- La organización del sistema de salud asegura el respeto a la SSR y derechos humanos, incluyendo la no discriminación y la igualdad, y la autonomía en la toma de decisiones.
- El personal asistencial en salud disponible es robusto y recibe capacitación basada en competencias y está capacitada en la provisión de asesoramiento y prestación de servicios de SSR basados en evidencia.
- La capacitación técnica y los servicios de SSR son proporcionados por personas capacitadas en el contenido, el significado y la aplicabilidad de la ley desde un enfoque de derechos.
- Se garantiza la confidencialidad y la privacidad de la atención, y se realizan esfuerzos para contrarrestar el estigma del aborto.
- Hay acceso a la atención integral del aborto seguro y oportuno y las mujeres no tienen que recurrir al aborto inseguro.
- Las políticas de financiación de la salud deben evitar condicionar el acceso a los servicios de SSR al pago directo de los pacientes en el punto de atención.
- La atención siempre se brinda con respeto y compasión.
- Las comunidades están comprometidas y brindan apoyo.

Fuente: Adaptado de Directrices sobre la atención para el aborto. OMS, 2022



4.4 | Recomendaciones sobre el personal asistencial de salud

El objetivo principal de las y los trabajadores de la salud es participar en acciones que mejoren la salud. Particularmente, para mejorar la salud de las mujeres unas de las apuestas de la OMS, en las recomendaciones de 2022, es poder involucrar una gama más amplia de trabajadores de la salud y a las propias mujeres embarazadas en la prestación o autogestión de la atención del aborto, para fomentar la optimización de la fuerza laboral de salud disponible, abordar la escasez de personal especializado en el sistema de salud, reducir costos y mejorar la asequibilidad.

Aunque las recomendaciones son apropiadas y están destinadas a todos los entornos independientemente si cuentan con recursos altos, medio o bajos; debe garantizarse un procedimiento seguro, efectivo y satisfactorio acorde con las necesidades, preferencias, condiciones del individuo y el contexto local. Adicionalmente, la capacitación de los trabajadores de salud debe garantizar que cuenten con las competencias para brindar una atención de buena calidad, con sensibilidad y respeto por los derechos humanos. Esto requiere asistencia técnica, supervisión, garantía de calidad, seguimiento y evaluación continuos, así como los insumos necesarios para brindar los métodos de aborto.

Los tipos de profesionales de la salud que recomienda la OMS, útiles en diversos entornos deben adaptarse a las necesidades de cada país (Tabla 7).

Es importante anotar que, aunque las directrices de la OMS anteriormente expuestas mencionan a una partería con formación profesional como proveedores de salud para el manejo médico del aborto, en Colombia contamos con la partería tradicional reconocida por la Corte Constitucional como un actor relevante en salud que debe ser vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Sentencia T-128 de 2022). En consonancia con esta sentencia, la política de la OMS sobre Etnicidad y Salud 2014-2023 define la medicina tradicional como “la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas o mentales” (OPS/OMS, 2017).

Los países de la región de las Américas han sido exhortados por la OPS/OMS a visibilizar en sus Constituciones y jurisprudencia local, no solamente la existencia y pervivencia de las medicinas tradicionales, sino su reconocimiento como sistemas médicos tradicionales, junto con sus saberes, conocimientos, prácticas y practicantes. De este modo, también se promueve el reconocimiento del derecho de estas poblaciones a participar activamente en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación, de manera participativa, de políticas, planes, programas y proyectos que faciliten la integración entre las medicinas tradicionales y occidental. Así como la implementación de las medicinas tradicionales en los servicios de salud y la prestación de servicios de salud con pertinencia cultural.

La Red de Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas MTCI de las Américas, ha propiciado -tanto desde la institucionalidad como desde las mismas poblaciones- la elaboración de orientaciones técnicas, guías, protocolos, normas y reglamentos, así como de acciones de reconocimiento, protección y fortalecimiento de las medicinas tradicionales; además, del diseño e implementación de modelos de salud propios e interculturales. Específicamente, como una herramienta para la implementación de las líneas prioritarias de la Política de Etnicidad y Salud esta Red, han recomendado a los gobiernos: a) generar evidencia, b) impulsar la acción en materia de políticas, c) promover la participación social y alianzas estratégicas, d) reconocer los conocimientos ancestrales y de la medicina tradicional y complementaria, y e) desarrollar las capacidades a todos los niveles, incluida la partería tradicional, el uso de plantas medicinales, los recursos humanos, así como los insumos, productos y los espacios tradicionales en los procesos de atención en salud-enfermedad.

Para el caso de Colombia, donde no existen profesionales de la partería occidental, el manejo médico del aborto hasta la semana 10 de gestación, debe considerar la partería tradicional como proveedor del servicio, ya que en la mayoría de los territorios rurales y urbanos dispersos donde habitan la mayoría de las niñas y mujeres afrodescendientes del país, el ejercicio de la partería se convierte en un proveedor informal de servicios para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de esta población.

Tabla 11. Recomendación del manejo médico del aborto, según tipo de trabajador de la salud

Tipo de trabajador de la salud	Evidencia /Descripción de cualificaciones o tareas
Trabajador de salud comunitario (Trabajador de salud no profesional, trabajador de salud de aldea, voluntaria de salud comunitaria, partera capacitada, trabajadora de línea de ayuda capacitada, acompañante de abortos, consejera de línea directa)	Una persona que desempeña funciones relacionadas con la prestación de atención médica/provisión de información y ha sido capacitada de alguna manera en el contexto de la tarea, pero no ha recibido un certificado profesional o para profesional formal ni un título de educación terciaria.
Trabajador de farmacia (Auxiliar de farmacia, técnico de farmacia dispensador, auxiliar de farmacéutico, auxiliar de dispensario)	Técnicos y auxiliares que realizan diversas tareas asociadas a la dispensación de medicamentos bajo la dirección de un farmacéutico. Inventarían, preparan y almacenan medicamentos y otros compuestos e insumos farmacéuticos, y pueden dispensar medicamentos y fármacos a los clientes e instruir sobre su uso según lo prescriban los profesionales de la salud. Los técnicos suelen recibir dos o tres años de formación en una escuela farmacéutica, con un premio que no equivale a un título universitario. Por lo general, los asistentes también han cursado dos o tres años de escuela secundaria, seguidos de un período posterior de formación o aprendizaje en el puesto de trabajo
Farmacéutico (Químico, farmacéutico clínico, farmacéutico comunitario)	Un profesional de la salud que dispensa medicamentos. Un farmacéutico puede asesorar sobre el uso adecuado y los efectos adversos de las drogas y los medicamentos siguiendo las recetas emitidas por médicos o profesionales de la salud. La educación incluye formación de nivel universitario en farmacia teórica y práctica, química farmacéutica o un campo relacionado
Profesional de la medicina tradicional y complementaria (Médico ayush, médico ayurvédico, doctor en sistemas complementarios de medicina, médico no alopático)	Profesional de la medicina tradicional y complementaria (médico no alopático) cuya formación incluye una carrera universitaria de cuatro o cinco años de duración que enseña anatomía humana, fisiología, manejo del parto normal y farmacología de los medicamentos modernos utilizados en obstetricia y ginecología. Además de sus sistemas de medicina. A los efectos de esta directriz, estos médicos se incluyen en referencia a la prestación de elementos de atención relacionada con el aborto según la práctica médica convencional
Parteras	Las parteras con formación profesional son responsables del seguimiento y la atención de las mujeres desde el momento de la administración del misoprostol hasta la finalización del aborto. Las mujeres a menudo consideran que la atención del aborto proporcionada por parteras es más aceptable. No se encontró evidencia disponible acerca del manejo médico por parte de parteras tradicionales
Auxiliares de enfermería	Aunque no se encontró evidencia directa sobre la seguridad, efectividad o aceptabilidad de esta opción, las habilidades y conocimientos para esta tarea (según el marco de competencias) se alinean con las competencias para este tipo de trabajador de la salud. Además, se ha recomendado a estos profesionales que realicen un aborto con medicamentos en < 12 semanas, para aumentar el acceso equitativo a la atención del aborto de calidad en las regiones donde estos profesionales forman una proporción significativa de la fuerza laboral de salud es alto
Enfermeras	Estos trabajadores de la salud a menudo son responsables del seguimiento y la atención de las mujeres desde el momento de la administración del misoprostol hasta la finalización del aborto. Las mujeres a menudo consideran que la atención del aborto proporcionada por enfermeras es más aceptable
Médicos generalistas	Los médicos generalistas realizan rutinariamente tareas de complejidad similar o mayor (p. ej., partos, extracción manual de la placenta, aspiración por vacío). Los beneficios potenciales de esta opción superan los daños y la intervención ha demostrado ser factible en varios entornos. Es posible que no siempre haya un médico especialista disponible en el lugar y, por lo tanto, esta opción puede aumentar el acceso equitativo a la atención del aborto de calidad
Médicos especialistas	Dentro de su ámbito típico de práctica, realizan este tipo de procedimientos, por lo tanto, no se llevó a cabo ninguna evaluación de la evidencia

Fuente: Elaboración propia con base en recomendaciones de OMS, (2015-2022)

Capítulo 5

Hallazgos



En este capítulo, presentamos los resultados de la investigación. Se seleccionaron los departamentos de Bolívar, Chocó y Valle del Cauca porque estos territorios abarcan zonas urbanas, rurales y remotas, además se caracterizan por la limitada capacidad del Estado para garantizar los derechos sexuales y reproductivos, así como por la influencia de perspectivas culturales que enfatizan la maternidad como un mandato y la persistencia de desafíos relacionados con la violencia de género y el conflicto armado.

Un aspecto clave de nuestra investigación fue la creación de los “nichos de aprendizaje”, que constituían encuentros a los que se invitó a lideresas que trabajan activamente en la promoción de los derechos de las mujeres negras afrodescendientes. Estos nichos estuvieron conformados por un grupo diverso de participantes, incluyendo parteras, lideresas comunitarias, colectivos y organizaciones sociales de mujeres procedentes de los departamentos de Bolívar, Chocó y Valle del Cauca. La presencia de estas lideresas resultó fundamental para establecer un ambiente de confianza con las mujeres participantes en la investigación, ya que el tema del aborto se encuentra rodeado de un fuerte tabú y estigma en estas comunidades, lo que dificulta la realización de conversaciones abiertas sobre estas experiencias.

Establecer los nichos de aprendizaje permitió a esta investigación trabajar con las lideresas, asociaciones de parteras y organizaciones sociales de mujeres en la identificación de las participantes de los grupos focales y generar espacios de confianza y pedagogía en torno a los derechos sexuales y reproductivos. Durante los encuentros en Buenaventura, Cartagena y Quibdó se realizaron 3 grupos focales, se aplicó el instrumento de la encuesta y se invitó a las mujeres que habían tenido al menos un aborto a participar en las entrevistas individuales. En los tres encuentros participaron 81 mujeres, de ellas 25 indicaron haber tenido una experiencia de aborto, sin embargo, solo 8 de ellas accedieron a la aplicación de la entrevista a profundidad.

Los factores que explican el bajo número de mujeres dispuestas a compartir su experiencia son el miedo, la vergüenza y la falta de confianza en la privacidad, que son comunes en estas zonas del país, donde el Estado aún tiene una deuda pendiente en materializar la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. A pesar de que nuestra metodología adoptó medidas para atender estos factores, identificamos su persistencia. Esto puede estar influenciado por creencias religiosas que condenan el aborto y el temor a ser juzgadas por cuestionar las normas sociales que imponen la maternidad como destino en las mujeres afrodescendientes.

Este estudio ha dado prioridad a la justicia testimonial, destacando las voces, narrativas y perspectivas de las mujeres afrodescendientes. El propósito es desafiar la exclusión de las mujeres negras afrodescendientes que ha caracterizado el proceso de diseño de políticas públicas en este ámbito. Para recopilar estas experiencias, hemos utilizado tres metodologías: grupos focales, encuestas y entrevistas.

Además de las experiencias de las mujeres, también hemos entrevistado al personal de salud de IPS (Clínicas y Hospitales) en Buenaventura, Cartagena y Quibdó que han participado en la atención de la IVE. En este capítulo presentaremos los hallazgos de las mujeres que indicaron haber tenido al menos una experiencia de aborto ya sea voluntario o espontáneo, y finalmente analizaremos las principales barreras que afectan el acceso al aborto y la ocurrencia del aborto inseguro, basándonos en el análisis de las entrevistas y los datos cuantitativos recopilados. Asimismo, incluimos el análisis de las respuestas a las peticiones formuladas a las instituciones públicas.



5.1 | Características sociodemográficas de las mujeres con experiencia de aborto

En los espacios conocidos como “nichos de aprendizaje”, se aplicó una encuesta cuantitativa a las 81 participantes con el objetivo de conocer sus características sociodemográficas (Ver anexo 1). Para los fines de esta investigación, presentaremos únicamente los datos demográficos de las 25 mujeres que informaron haber experimentado al menos un aborto. De este grupo, 11 de ellas señalaron que se trató de una Interrupción Espontánea (IE), mientras que 14 indicaron haber tenido una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)*.

A lo largo de esta investigación, hemos identificado una limitación significativa en la representación de ciertos grupos afrodescendientes, como las mujeres lesbianas, los hombres trans y las personas no binarias asignadas femeninas al nacer (AFAN). Solo una persona trans completó la encuesta, y solo una mujer lesbiana accedió tanto a la encuesta como a la entrevista en profundidad. Este hecho refleja una brecha en la representación de experiencias que son fundamentales para comprender la diversidad de perspectivas en torno

* Ver instrumento de encuesta en Anexo 2.

al derecho al aborto. Particularmente para entender cómo interactúa la intersección de la identidad étnico racial con las opresiones que viven las personas negras afrodescendientes con identidades de género no hegemónicas y no heterosexuales.

La experiencia compartida por la mujer lesbiana que participó en nuestro estudio, y que se aborda en el análisis de las barreras, revela las complejas dinámicas de control moral y disciplinamiento social ejercidas por grupos armados sobre los cuerpos e identidades de quienes desafían la norma heterosexual y el sistema sexo-género impuesto. Reconocemos que esta limitación en la representación es un llamado a la acción, que subraya la necesidad urgente de realizar investigaciones situadas en sus experiencias en futuras investigaciones y en el desarrollo de políticas públicas relacionadas con el derecho al aborto. Sus vivencias y perspectivas son esenciales para comprender completamente las complejidades y desafíos que enfrentan las personas negras afrodescendientes que no se ajustan a las normas tradicionales de género y sexualidad cuando intentan acceder al aborto.

En los apartados siguientes, tomaremos en consideración los datos de las mujeres cuyo aborto fue voluntario, así como de aquellas que indicaron que su aborto fue espontáneo. Esta decisión se basa en dos criterios fundamentales. En primer lugar, nuestro análisis de las entrevistas a profundidad reveló que tanto las mujeres con abortos espontáneos como involuntarios experimentaron estigma, violencia y discriminación relacionados con el aborto. La decisión de incluir datos de ambas categorías se justifica en función de las experiencias compartidas por las mujeres y los desafíos comunes que enfrentaron.

En segundo lugar, durante el análisis de los datos de la encuesta cuantitativa, observamos que algunas de las mujeres con abortos espontáneos no acudieron al sistema de salud y presentaron contradicciones en sus respuestas. Esto planteó preguntas sobre si la vergüenza y el temor influyeron en la categorización de sus experiencias. Por lo tanto, se consideró crucial presentar las vivencias de todas las mujeres encuestadas que informaron haber tenido un aborto, con una clara especificación de la categoría correspondiente en la presentación de los datos.

En términos de nivel educativo, todas las mujeres tenían algún nivel de estudio: el 12% cursaba estudios universitarios, sin embargo, el 48% tenían un bajo logro académico ya que solo culminaron el nivel secundario (ver **Tabla 10**).

La mayoría de las mujeres encuestadas desempeñaban el rol de jefas de hogar, con un 75% en el Valle, 53.3% en el Chocó y 50% en Bolívar. Esto indica que muchas de ellas tenían responsabilidades familiares y de cuidado significativas al momento de tomar la decisión de interrumpir el embarazo. Además, la distribución económica de estas mujeres es notable, ya que la mayoría pertenecía a los estratos 1, 2 y 3, con porcentajes del 52, 16 y 12, respectivamente.

Tabla 12. Número y porcentaje de mujeres encuestadas con experiencia de aborto, según municipios

	Municipio	Frecuencia	Porcentaje
Bolívar	Barú	1	24,0%
	Cartagena	2	
	María La Baja	3	
Chocó	Atrato	2	60,0%
	Condoto	3	
	Istmina	2	
	Quibdó	7	
	Tadó	1	
Valle del Cauca	Buenaventura	4	16,0%
	TOTAL	25	100%

Fuente: OMS, 2022

Gráfica 17. Porcentaje de mujeres por tipo de aborto, según departamento de residencia

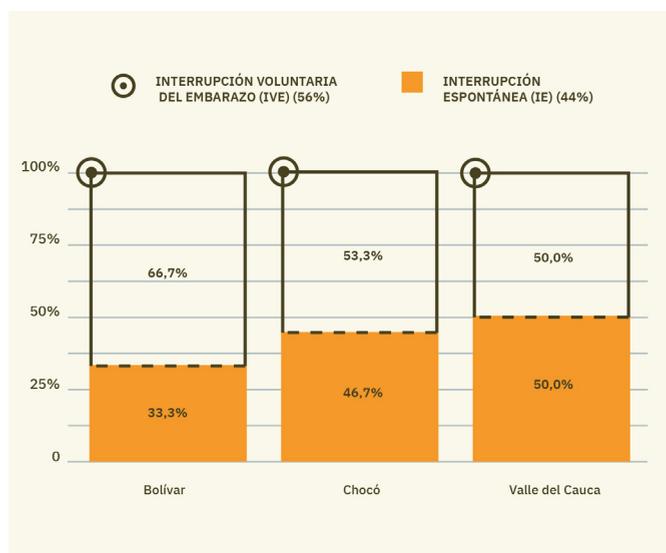


Tabla 13. Nivel educativo de las mujeres con experiencia de aborto (porcentaje)

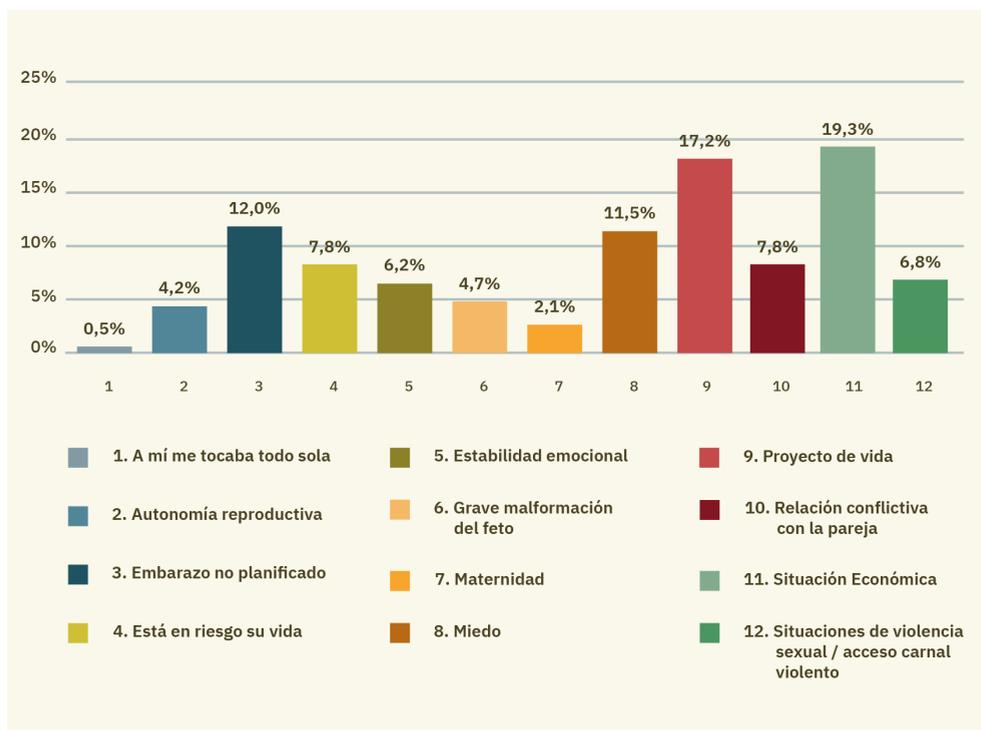
Nivel educativo	Departamento de residencia			TOTAL
	Bolívar	Chocó	Valle	
Ninguno	0%	0%	0%	0%
Primaria incompleta	33,3%	6,7%	0%	12,0%
Primaria completa	0%	6,7%	0%	4,0%
Secundaria incompleta	0%	13,3%	25,0%	12,0%
Secundaria completa	16,7%	20,0%	25,0%	20,0%
Técnica/tecnológica incompleta	0%	13,3%	25,0%	12,0%
Técnica/tecnológica completa	0%	6,7%	0%	4,0%
Universitaria incompleta	33,3%	6,7%	0%	12,0%
Universitaria completa	0%	20,0%	0%	12,0%
Postgrado incompleto	0%	6,7%	0%	4,0%
Postgrado completo	16,7%	0%	25,0%	8,0%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

Otro aspecto relevante es la clasificación por parte del Sisbén, que muestra que una parte significativa de las mujeres encuestadas se encontraba en condición de pobreza extrema (36%) y pobreza moderada (28%). Esto sugiere que muchas de estas mujeres enfrentaban desafíos económicos importantes en sus vidas. Además, el mayor porcentaje (46%) de mujeres en condición de pobreza extrema vivía en el departamento del Chocó. Esto destaca las disparidades económicas entre los diferentes departamentos y cómo estas disparidades pueden influir en la toma de decisiones en torno al aborto y en los métodos que las mujeres eligen para ejercer a este derecho.

Estos datos demográficos son relevantes si se tiene en cuenta que 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 la situación económica, el embarazo no deseado y su impacto en el proyecto de vida. Al ser consultadas por las razones por las cuales interrumpieron el embarazo el 19.3% de las mujeres encuestadas consideró que era la situación económica y 17.2% el proyecto de vida, mientras que para el 12.0% fue por embarazo no planificado y el 11.5% indicó el miedo.

Gráfica 18. Razones por las cuáles las mujeres interrumpen el embarazo



Fuente: Elaboración propia

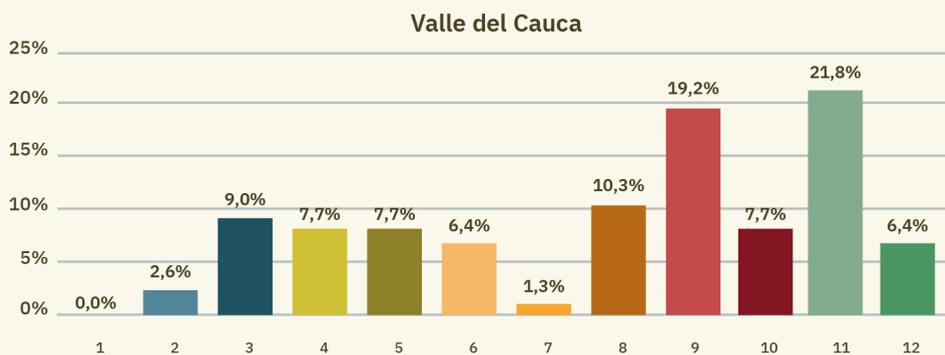
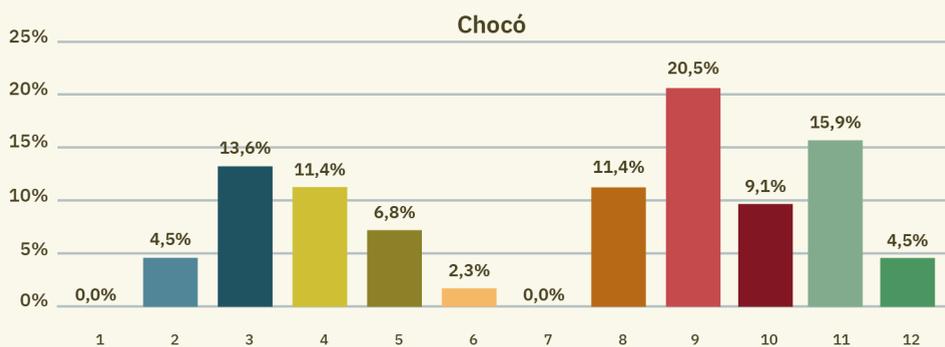
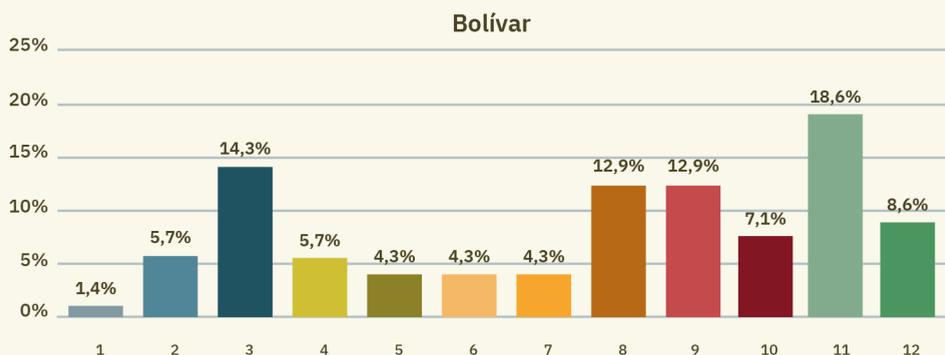
La mayoría de las mujeres encuestadas (64%) se identificaron como pertenecientes a alguna religión en el momento de la interrupción. Dentro de este grupo, las católicas representaron la mayoría con un 48%, seguidas por un 16% que se identificaron como cristianas. Es interesante notar que estas cifras son más notables en el grupo de mujeres que informaron haber experimentado una interrupción espontánea.

La religión puede desempeñar un papel significativo en las experiencias de las mujeres que abortaron. Las creencias religiosas, a menudo, conllevan normas y valores que pueden generar sentimientos de vergüenza, culpa y temor en relación con la interrupción del embarazo, lo que podría dificultar que las mujeres hablen abierta y sinceramente sobre sus experiencias en entrevistas a profundidad.

De acuerdo a lo expuesto, las mujeres encuestadas que interrumpieron el embarazo eran en su mayoría adultas jóvenes, con bajo nivel educativo, pertenecientes a los estratos 1 y 2, en situación de vulnerabilidad y pobreza moderada o extrema, asumiendo la jefatura del hogar y con alguna afiliación religiosa.

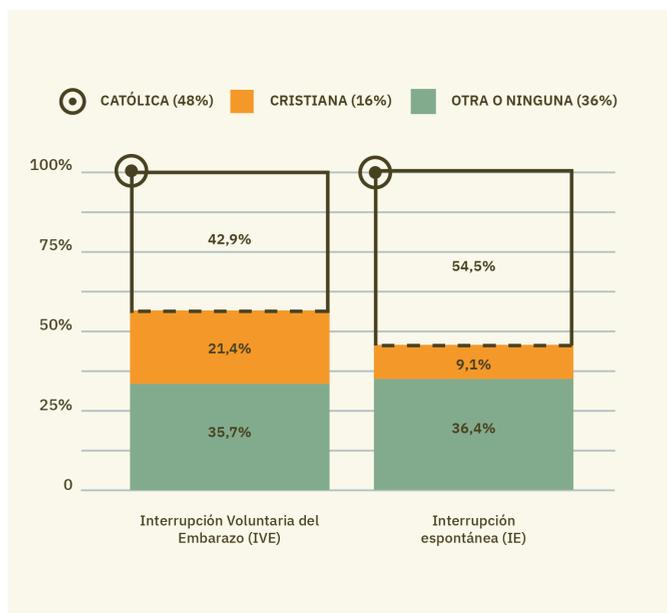
Razones por las cuáles las mujeres interrumpen el embarazo

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|--|
| 1. A mí me tocaba todo sola | 5. Estabilidad emocional | 9. Proyecto de vida |
| 2. Autonomía reproductiva | 6. Grave malformación del feto | 10. Relación conflictiva con la pareja |
| 3. Embarazo no planificado | 7. Maternidad | 11. Situación Económica |
| 4. Está en riesgo su vida | 8. Miedo | 12. Situaciones de violencia sexual / acceso carnal violento |



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 19. Tipo de religión, según tipo de aborto (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia



5.2 | Brechas en el acceso al aborto identificadas en la investigación

En este apartado, se exponen los hallazgos más relevantes relacionados con las brechas en el acceso al aborto y cómo estas afectan a las mujeres afrodescendientes en Colombia. Estos hallazgos se basan en los relatos de las mujeres en las entrevistas y grupos focales, las encuestas realizadas a mujeres que han experimentado abortos, así como las aplicadas al personal de salud y lideresas comunitarias de los departamentos de Bolívar, Chocó y Valle del Cauca. Además, se incluyen análisis cuantitativos de las encuestas para ilustrar mejor las barreras identificadas, acompañado de un contraste en el que se tiene en cuenta cómo ciertos escenarios identificados pueden constituir o no una vulneración de derechos fundamentales de mujeres negras afrodescendientes, en un incumplimiento de distintas obligaciones a las que se ha atado el Estado Colombiano para la garantía de derechos sexuales y reproductivos.

Durante la investigación, se identificaron diversas barreras que reducen el acceso al aborto y aumentan la incidencia del aborto inseguro. Estas barreras se categorizaron en base a su impacto en la población de mujeres afrodescendientes. A pesar de que investigaciones anteriores han caracterizado de manera general las barreras en el acceso al aborto, es relevante señalar que estas no se han centrado específicamente en las disparidades étnico-raciales al identificar estas brechas.

Para los propósitos de este documento, definiremos las barreras de acceso como “el conjunto de acciones u omisiones que representan limitaciones u obstáculos para que las mujeres accedan al aborto seguro de manera efectiva” (Profamilia, 2018). Esta definición establece un marco para comprender las complejas dinámicas que enfrentan las mujeres en su búsqueda de atención reproductiva adecuada.

Las mujeres afrodescendientes en Colombia enfrentan una vulnerabilidad estructural exacerbada debido a su pertenencia étnico-racial, condiciones de desposesión económica y el impacto diferencial del conflicto armado. Esto se refleja en las limitaciones históricas en la garantía de sus derechos fundamentales y el acceso a educación, conectividad, ingresos económicos, mercado laboral y condiciones de vida óptimas. Esta vulnerabilidad estructural tiene un impacto directo en su salud y en el acceso a sus derechos sexuales y reproductivos.

Sin embargo, la falta de datos desagregados por pertenencia étnico-racial complica la comprensión precisa de cómo las barreras para acceder al aborto afectan de manera desproporcionada a las mujeres afrodescendientes. Además, el Ministerio de Salud y Protección Social no ha recopilado datos que distingan entre abortos voluntarios y aquellos que involucran abortos espontáneos o complicaciones en el embarazo, lo que ha dificultado aún más la evaluación de estas barreras.

A partir de la expedición de la Resolución 1036 de junio de 2022, que reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), el Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido que las atenciones en salud para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) deben registrarse indicando claramente su finalidad. Esta directriz ha sido reafirmada en la Resolución 051 de 2023 (artículo 12) y busca contribuir a la recopilación de datos desagregados sobre el número de abortos correspondientes a la IVE.

Sin embargo, el registro actual no permite una diferenciación clara entre los procedimientos de IVE realizados antes de la semana 24 de gestación y otras consultas relacionadas con la atención materno-perinatal. Esto genera un problema, ya que dificulta distinguir entre casos de IVE y otros procedimientos médicos relacionados con la atención materno-perinatal que no constituyen Interrupciones voluntarias del embarazo. Por lo tanto, la manera en que se registra actualmente la información no proporciona una visión clara de la situación y dificulta la comprensión precisa de la práctica de la IVE. Aún no está claro si esta directriz está siendo implementada efectivamente por los prestadores de servicios de salud y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que están obligados a entregar sus datos al RIPS.

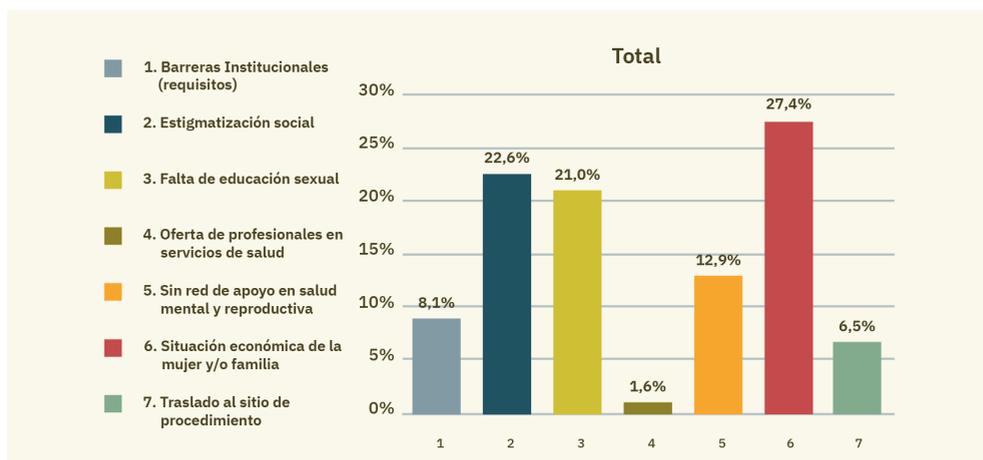
La sentencia C-055 de 2022 insta al Estado colombiano a poner en el centro los problemas y el margen de desprotección de las mujeres que soportan la peor parte de la reducción en la autonomía reproductiva y el acceso a la IVE. No obstante, la falta de estos datos limita la investigación sobre la incidencia de las barreras generales en el acceso al aborto en la vida y contextos de las mujeres negras afrodescendientes. Por lo tanto, es urgente comenzar a recopilar estos datos y permitir el acceso a las organizaciones de derechos humanos

que producen investigaciones para hacer seguimiento a las medidas de política pública. Esta ausencia de información desagregada es, de manera evidente, una forma de violar la obligación de no discriminación e igualdad material que tiene el Estado frente a grupos que han sido históricamente marginados como lo son las mujeres negras afrodescendientes. Lo anterior ha sido reconocido por el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (en adelante CERD) en su recomendación general no. 37 sobre la discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud. En ella se plantea la necesidad de obtener datos estadísticos confiables que permitan realizar diagnósticos sobre las condiciones que atraviesa la población afrodescendiente en lo relacionado con el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo donde se incluye la IVE.

Las condiciones estructurales de discriminación y exclusión que afectan a la población afrocolombiana tienen un impacto significativo en el acceso al aborto. Es fundamental abordar estas barreras a través de intervenciones que incorporen un enfoque étnico-diferencial. Aunque existen barreras generales en el acceso al aborto, estas se ven agravadas por la pertenencia étnico-racial de las mujeres afrodescendientes, que como se denota a continuación no han tenido la atención adecuada. Hay que mencionar que se debe partir de que la discriminación racial tiene unas consecuencias que pueden afectar de manera directa a mujeres afrodescendiente en dimensiones específicas como los derechos sexuales y reproductivos.

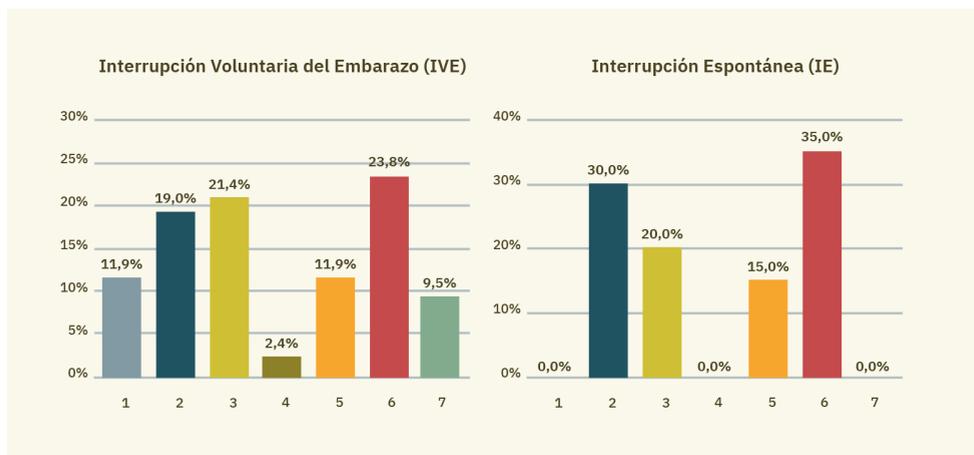
Las principales barreras identificadas por las mujeres participantes de este estudio incluyen la situación económica (27.4%), la estigmatización social (22.6%), la falta de educación sexual (21%), la carencia de redes de apoyo en salud mental y reproductiva (12.9%), y las barreras institucionales (8.1%).

Gráfica 20. ¿Cuáles de las siguientes barreras considera más importantes a la hora de acceder a un aborto/ interrupción del embarazo?



Fuente: Elaboración propia

¿Cuáles de las siguientes barreras considera más importantes a la hora de acceder a un aborto/ interrupción del embarazo?



Fuente: Elaboración propia

Es importante destacar que las barreras menos comunes, como el desplazamiento hacia el lugar de atención médica y la disponibilidad de servicios de salud, pueden no haber sido identificadas por algunas mujeres debido a que ellas optaron por un aborto autogestionado e inseguro fuera del sistema de salud.

A. Falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva

La falta de información sobre salud sexual y reproductiva, así como la escasez de anticonceptivos y la reducción del acceso al aborto seguro, conllevan riesgos considerables que afectan directamente la capacidad de las mujeres para tomar decisiones informadas y autónomas sobre su salud sexual y reproductiva. Estas circunstancias interactúan con los desafíos educativos que enfrentan las mujeres negras afrodescendientes, especialmente aquellas que residen en áreas rurales o remotas. En estos lugares, el acceso y la utilización de información precisa influyen en la gestión de su salud y planificación reproductiva.

El CERD, en la recomendación general no. 37 reconoce que hay un grave problema de desinformación que se dirige y afecta de manera desproporcionada a la calidad de salud de las personas afrodescendientes. Esta falta de acceso a la información refuerza las desigualdades y facilita situaciones de coerción con consecuencias irreversibles tales como someterse a abortos inseguros que ponen en riesgo la integridad de quien se expone en estas situaciones.

Como se presentó anteriormente, las mujeres negras afrodescendientes viven en desiertos de anticoncepción. Las deficiencias en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente en las zonas rurales, dispersas y en aquellas donde no hay disponibilidad de anticonceptivos proporcionados por instituciones de salud impacta el

derecho de las mujeres a planear su vida reproductiva y aumenta el número de embarazos no deseados. Este panorama es una contradicción a las observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Colombia en el año 2019 que estableció la Convención sobre todas las formas de discriminación contra la mujer, cuando alertó sobre la situación de discriminación de las mujeres afrodescendientes e indígenas, y le encomendó al Estado Colombiano aumentar la presencia de las institución y el acceso a los servicios básicos de salud, especialmente de las zonas alejadas donde ha tenido impacto el conflicto armado, dándole especial atención a las necesidades específicas de las mujeres afrocolombianas. De forma concreta se evidenció este incumplimiento en el relato de una mujer afrocolombiana de Barú:

“En pandemia nos vimos expuestos fuertemente al alto índice del embarazo dado que éramos una comunidad como abandonada, nos tocaba (escoger) entre comer y planificar. El sistema de salud no llega hasta allá ni siquiera en pandemia. Y si no planificaba quedaba embarazada y si quedaba embarazada, te seguías reproduciendo y menos ibas a tener para comer, porque entonces tenías que pensar en los recursos que necesitaba un bebé también (...)” (Mujer No. 8 comunicación personal, 2023).

Ahora bien, la anticoncepción no resuelve por completo la necesidad de acceso al aborto, por al menos dos razones. Primero, ningún anticonceptivo es 100% eficaz para evitar embarazos (IPAS, 2019, p. 15) y, segundo, las decisiones de interrumpir un embarazo pueden estar influenciadas por una serie de factores y circunstancias más allá de la disponibilidad de métodos anticonceptivos o su eficacia, que incluyen la precariedad económica, la violencia sexual, la salud mental y el impacto en el proyecto de vida. Esto lo reconoció la (OMS, 2009) cuando estableció que hay determinantes sociales de la salud con los que las personas nacen, crecen y envejece, que determinan la experiencia con la salud y la enfermedad.

El Estado tiene la obligación de ofrecer una amplia gama de servicios que incluyan información adecuada, educación sexual integral, asesoramiento en anticoncepción, atención prenatal de calidad y acceso seguro al aborto. Además, debe promover un enfoque basado en derechos que combata el estigma y la discriminación asociados al aborto, ya que estos factores influyen en que las mujeres recurran a métodos clandestinos para terminar el embarazo. La recomendación general no. 37 que ya se ha mencionado tiene un aparte específico sobre la relación de los abortos inseguros y la discriminación racial, en la que reconoce que las personas afrodescendientes corren mayores riesgos de embarazos no deseados y que en muchas ocasiones carecen de los medios para superar las barreras socioeconómicas impuestas por la discriminación estructural, lo que aumenta debido a que los Estados no reconocen el efecto de la discriminación racial sobre la salud sexual y reproductiva.

En relación con el cierre de las brechas de acceso a la información, se requieren estrategias contextualizadas que difundan información relevante sobre el aborto, incluyendo su estatus legal, la disponibilidad en IPS y sus distancias geográficas, y la confirmación de que es un servicio esencial cubierto por el plan de beneficios en salud que está exento de copagos y

cuotas moderadoras (Ministerio de Salud, 2023, p. 7).

Un médico general de urgencias de un hospital de baja complejidad en el Quibdó compartió su experiencia en la atención de mujeres que llegan con complicaciones relacionadas con abortos inducidos.

“(…) La gran mayoría de los abortos no son espontáneos, son provocados. Muchas mujeres utilizan diferentes métodos, como píldoras, cebolla, alambres, ganchos, varillas de sombrilla e incluso bebedizos caseros, o se dan golpes. Por esta razón, es común que lleguen con abortos incompletos. Afortunadamente, la mayoría de ellas no presentan complicaciones sépticas graves ni hemorragias intensas. Sin embargo, es un problema que debemos abordar. Cuando profundizamos en sus historias, a menudo descubrimos que estos abortos fueron inducidos”. (Profesional de la salud N° 3. Médico general, comunicación personal, 2023).

En una entrevista con dos mujeres auxiliares de enfermería que atendían a mujeres con necesidades de aborto, una de ellas compartió que muchas mujeres que querían interrumpir sus embarazos recurrían a métodos caseros, como hierbas abortivas, al sentir la ausencia de menstruación. Esto a menudo resultaba en sangrados intensos y complicaciones graves. Algunas mujeres incluso sufrían embarazos ectópicos sin ser conscientes de ello, lo que las llevaba a complicaciones médicas severas e incluso la muerte. A medida que estas mujeres se dieron cuenta de los riesgos de hacer un aborto en casa, algunas comenzaron a acudir a hospitales en busca de atención médica. Muchas de las que continuaron practicándolo, llegaban demasiado tarde a la atención médica, al no contar con la información necesaria para atender sus complicaciones, y enfrentaban infecciones y septicemia (Profesionales de la salud No 10 y 11. Auxiliares de enfermería retiradas, comunicación personal, 2023)

Este testimonio y el relato del médico ilustran la importancia de estrategias sensibles y adaptadas al contexto, especialmente en áreas con una mayoría de población afrodescendiente. La implementación de estrategias con enfoque étnico-racial es esencial para superar el estigma y las creencias arraigadas en estas comunidades.

En estos territorios es fundamental vincular las estrategias de salud sexual y reproductiva con la partería tradicional, que desempeña un papel crucial en la atención de las mujeres afrodescendientes en entornos urbanos y rurales. Esto es especialmente relevante en contextos donde las distancias geográficas, las condiciones socioeconómicas, el estigma y la norma cultural tienen un impacto desproporcionado. La confianza en el sistema de salud es una variable que crea barreras de acceso a estos servicios, y la partería tradicional puede ser un factor protector importante.

Lo anterior ya ha sido reconocido múltiples veces por el CERD, que ha establecido la necesidad de integrar distintos actores que permitan el reconocimiento de las diferencias culturales y contextuales de las mujeres afrodescendientes. En la recomendación general no. 34 de 2011, por ejemplo, el CERD plantea la necesidad de tener en cuenta en todos

los programas y proyectos implementados medidas que pueden integrar en la atención el reconocimiento de las discriminaciones que se ejercen sobre las mujeres y personas con capacidad de gestar afrodescendientes. No obstante, las entrevistas realizadas en este proceso de investigación evidencian una invisibilización y omisión de los requerimientos específicos que se dan en contextos como los rurales donde las mujeres no tienen un fácil acceso al sistema de salud. De igual manera, en el informe de 2019 sobre la implementación de la Convención sobre todas las formas de discriminación contra la mujer, el CERD indicó al Estado colombiano que debía poner en práctica estrategias integrales para aplicar y dar a conocer protocolos para la prevención de los abortos inseguros enfocado en las zonas rurales y las personas afro. No obstante, no hay evidencia de que estas recomendaciones a nivel general y específicas enfocadas al país se hayan materializado.

Una de las mujeres entrevistadas en Chocó, al momento de interrumpir el embarazo optó por consultar una partera porque no contaba con los recursos económicos para acudir a un médico particular, tal como relata en este fragmento.

“Cuando tomé la decisión, me comuniqué con una mujer que tiene conocimientos en medicina ancestral. Ella me proporcionó pastillas y me dio pautas para usar hierbas que ayudarían a interrumpir el embarazo. Si hubiera tenido un mayor poder adquisitivo, podría haber acudido a un médico bien conocido que realizaba estos procedimientos. Sin embargo, era costoso, alrededor de un millón de pesos, por lo que nunca lo consideré una opción viable. Finalmente, tuve que ir al centro de salud cuando la situación se complicó debido a un sangrado excesiva” (Mujer N° 1, comunicación personal, 2023).

Este ejemplo subraya la importancia de la partería tradicional en la atención de las necesidades de salud sexual y reproductiva de las comunidades afrodescendientes. Al mismo tiempo, resalta la necesidad de proporcionar a las parteras y parteros herramientas y modelos de formación específicos para que puedan brindar información y apoyo efectivos en situaciones relacionadas con el aborto. Estos modelos de formación deben facilitar una conversación autónoma sobre nuevas formas de abordar el tema del aborto, considerándolo como una alternativa para proteger la vida de las mujeres, hombres trans y personas no binarias afrodescendientes.

Si se logra garantizar el trabajo de la partería tradicional como un acompañamiento con información precisa y confidencial, es probable que puedan abordar con éxito situaciones derivadas de la falta de información, la desconfianza en el sistema de salud y los temores asociados con la criminalización y el estigma en torno al aborto. En la implementación de estos modelos, es fundamental reconocer y respetar los elementos espirituales, religiosos y ancestrales presentes en la partería tradicional, lo que permitirá que las parteras y parteros interesadas/os participen efectivamente en la atención del aborto como una estrategia de reducción del daño destinada a proteger la vida de las personas que enfrentan embarazos no deseados.

Además, las organizaciones y colectivos de mujeres negras afrodescendientes pueden desempeñar un papel crucial como fuentes de información sobre salud sexual y reproductiva. Sin embargo, es importante destacar que algunas de estas organizaciones enfrentan estigmatización y acusaciones infundadas, lo que limita la participación de las jóvenes en estos espacios. Una mujer de Barú que forma parte de una organización que trabaja en derechos sexuales y reproductivos relató que, debido a los talleres que realizan con jóvenes sobre salud sexual y reproductiva, son señaladas en la comunidad de “estar enseñando a abortar” y les recuerdan que “la mujer negra está hecha para parir” (Mujer de Barú 2, comunicación personal, 2023).

La presión social y cultural sobre las mujeres afrodescendientes para tener hijos debido a su papel en la preservación de sus familias y comunidades puede estigmatizar el uso de anticonceptivos, lo que a su vez afecta su compromiso con programas y servicios de salud sexual y reproductiva.

El papel de las mujeres afrodescendientes en la preservación de sus familias y comunidades ha sido de suma importancia, lo que en muchos escenarios conduce a que estas mujeres enfrenten una presión social y cultural para tener hijos/as, dado el papel fundamental que la procreación desempeña en sus entornos y contextos comunitarios. Esta situación a menudo da lugar a que el uso de anticonceptivos esté rodeado de estigmatización social.

Estos casos subrayan la urgente necesidad de desarrollar estrategias y programas integrales que tengan en cuenta el contexto socio-cultural de las mujeres afrodescendientes. Estos programas deben diseñarse desde un enfoque basado en derechos humanos que priorice la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, y deben garantizar que nadie interfiera indebidamente en sus decisiones. Los colectivos y organizaciones sociales no pueden cargar solos con la responsabilidad de desarrollar estas estrategias, pero deben ser incluidos en el proceso de diseño, análisis, difusión y evaluación de estos programas. Poseen un conocimiento profundo de las brechas existentes y de las condiciones reales en las que viven las mujeres afrodescendientes. Esto les permite identificar las fallas sistémicas que afectan el acceso de estas mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva.

En teoría esto lo habría planteado la sentencia C-055 de 2022 cuando estableció la responsabilidad de garantizar una política con un enfoque de género y un alcance interseccional que responde a tener en cuenta la pertenencia étnico-racial de mujeres y personas con capacidad de gestar, lo que debería beneficiar especialmente a quienes están expuestas a distintos factores de vulnerabilidad.

Un ejemplo ilustrativo de esta problemática se dio en una entrevista con una joven de Barú que tenía 17 años cuando accedió a un aborto. Durante el proceso de atención en una IPS privada, le indicaron que después de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), debía optar por un método anticonceptivo de larga duración. A pesar de que ella manifestó

su preferencia por el implante subdérmico de 3 años de duración, los profesionales de la salud le impusieron que debía usar el de 5 años porque consideraban necesario asegurar que no tendría otro aborto. A pesar de que ella reiteró su elección, no fue escuchada y le dieron una orden médica para el método que no había elegido. Esta situación representa una clara violación de los derechos reproductivos y de autonomía de la joven, ya que se le negó la capacidad de tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo.

En este caso, es fundamental destacar que se desconocieron varios principios del derecho internacional de los derechos humanos relacionados con la anticoncepción y la salud reproductiva. En particular, la IPS infringió el deber de proporcionar información completa y accesible sobre los servicios de anticoncepción, así como de garantizar el acceso a una amplia variedad de métodos anticonceptivos y a los servicios médicos necesarios para su implementación. Particularmente, el prestador de servicios de salud transgredió el deber de abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos y de evitar la interferencia en las decisiones reproductivas de las personas por parte de terceros, según lo establecido en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC, 2000).

La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha establecido en las sentencias T-850 de 2022 y T-248 de 2003 que el Estado tiene la responsabilidad de crear condiciones que permitan a las personas tomar decisiones libres e informadas en asuntos relacionados con la anticoncepción y la salud reproductiva. Esto incluye proteger a las personas de cualquier injerencia indebida que pueda afectar su autonomía individual. Sin embargo, es importante subrayar que el Estado no tiene la autoridad para tomar decisiones de salud en lugar de las personas que no pueden ejercer plenamente su autonomía.

El Estado colombiano debe garantizar que se respeten y protejan los derechos reproductivos y la autonomía de todas las personas de acuerdo con las normativas legales y los estándares internacionales de derechos humanos. Para lograrlo, es necesario la adopción de medidas específicas y culturalmente apropiadas encaminadas a garantizar que ninguna persona sea privada de su capacidad de tomar decisiones informadas y autónomas sobre su salud y su cuerpo, como lo establecen las leyes y el derecho internacional de los derechos humanos.

B. Poca disponibilidad de IPS para el acceso al aborto

La limitada disponibilidad de instituciones prestadoras de servicios de salud que puedan ofrecer atención para la Interrupción Voluntaria del Embarazo en regiones con una significativa población afrodescendiente constituye un desafío crítico. Este problema se acentúa en los departamentos priorizados en esta investigación. En la mayoría de los municipios de los departamentos de Bolívar, Chocó y Valle del Cauca, la presencia de hospitales de primer nivel es la norma, lo que restringe el acceso al aborto cuando las edades gestacionales superan las 15 semanas. En algunas áreas, como Chocó, la carencia es aún más aguda, con una ausencia de servicios de primer nivel.

A pesar de las directrices establecidas por el Ministerio de Salud relativa a que la atención integral de la IVE debe garantizarse a nivel nacional en todos los niveles de complejidad en cualquier fase del embarazo, muchas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) optan por derivar a las pacientes a otros centros de atención en lugar de ofrecer servicios de IVE. Entre las razones de esta práctica se encuentran la objeción de conciencia de algunos profesionales de la salud, la falta de suministros médicos necesarios y la carencia de profesionales capacitados en los procedimientos de aborto. Estos factores contribuyen a que las mujeres no reciban atención de IVE en sus municipios de residencia.

Un caso que ilustra esto se encuentra en un hospital de primer nivel en Quibdó, donde la falta de insumos médicos y la habilitación de servicios de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) representan barreras significativas para acceder a la IVE antes de la semana 10 de gestación. Todas las mujeres que necesitan esta técnica son remitidas al segundo nivel de atención, lo que resulta en traslados innecesarios y mayores costos económicos.

“Hemos recibido múltiples capacitaciones en relación con lo que es el IVE y su técnica, pero en el momento no tenemos la habilitación necesaria para hacer el procedimiento. Si una mujer embarazada llega buscando una IVE, la derivamos al segundo nivel de atención médica, ya sea al Comfachocó o al Hospital San Francisco. Nuestra función principal es servir como el primer punto de contacto, ya sea que lleguen por urgencias o consulta externa. Aquí, proporcionamos apoyo psicológico y asistencia en trabajo social antes de remitirlas para que reciban el procedimiento en el segundo nivel de atención médica”. (Entrevista profesional de la salud N° 3. Médico general N°2. Chocó, comunicación personal, 2023).

La razón de estos traslados innecesarios radica en la falta de capacitación adecuada del personal de salud y la disposición política y administrativa de las IPS para habilitar los servicios de IVE. La Resolución 051 de 2023 del Ministerio de Salud establece que no se requiere la construcción de nuevas instalaciones para realizar procedimientos como la aspiración endouterina (AMEU), la inducción de la asistolía fetal (IAF) y la dilatación y evacuación (DyE). Porque es posible adaptar y utilizar los espacios existentes, como las salas destinadas a procedimientos menores (2023, p. 18). Sin embargo, esta directriz aún no se ha implementado completamente, lo que lleva a una práctica recurrente de traslado de pacientes a centros de mayor complejidad.

Cuando las personas aseguradas necesitan estos servicios, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) deben gestionar la prestación de los servicios requeridos de acuerdo a sus convenios o contratos con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) capacitadas y autorizadas para realizar los procedimientos necesarios. Para los abortos en el segundo y tercer trimestre esto incluye también el convenio con el hospital de tercer nivel que va a realizar la expulsión del óbito fetal, en aquellos casos de edades gestacionales superiores a la semana 20*.

* Después de la semana 20 de gestación sólo se realiza la técnica Inducción de Asistolía Fetal.

Sin embargo, la disponibilidad de IPS capacitadas para realizar abortos en el segundo y tercer trimestre del embarazo es limitada y puede variar según la ubicación y la región de Colombia. Es cierto que, en muchos lugares del país, especialmente en áreas rurales o apartadas, la disponibilidad de IPS con la capacidad para llevar a cabo abortos en el segundo y tercer trimestre puede ser baja.

En situaciones en las que no existen acuerdos con IPS en la localidad de la usuaria, la EAPB debe proporcionar los medios para el traslado. Sin embargo, los retrasos en la autorización de estos traslados debido a la burocracia del sistema de salud, sumados al avance de la edad gestacional, aumentan el riesgo de recurrir a abortos inseguros o llevar a término embarazos no deseados. Esta situación afecta la salud mental y los planes de vida de las mujeres.

En departamentos con una alta concentración de población afrodescendiente, como Chocó, Bolívar y el Valle del Cauca, se presentan desafíos significativos en cuanto a la disponibilidad de servicios de aborto. A pesar de nuestras solicitudes de información a las entidades territoriales y las Secretarías de Salud sobre las IPS habilitadas para brindar servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) según el tipo de técnica, las respuestas proporcionadas resultaron insuficientes, ya que no incluyeron datos de todas las IPS. Esto dificultó la identificación de las instituciones que ofrecen servicios de aborto y los tipos de procedimientos disponibles según su nivel de complejidad en el marco de nuestra investigación.

Identificar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que ofrecen servicios de aborto en estos departamentos y determinar los tipos de procedimientos de IVE que están habilitados según su nivel de complejidad es un desafío significativo. Aunque la Resolución 3280 de 2018 establece que toda IPS que implemente la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal (RIAMP) debe ofrecer servicios de IVE, la realidad muestra que no todas cumplen con esta obligación debido a diversos factores que van desde la falta de habilitación hasta la falta de insumos y profesionales entrenados.

De ahí que sea necesario contar con la institucionalización de una red que permita tener información actualizada sobre qué técnicas de IVE están disponibles en qué municipios y cuáles son las distancias geográficas. La disponibilidad de esta información puede fortalecer el ecosistema de acceso al aborto en los municipios y facilitar el trabajo de acompañamiento que realizan las organizaciones de mujeres, derechos sexuales y reproductivos y la partería tradicional que brinda asesoría en aborto.

Además, es esencial fortalecer las labores de inspección, vigilancia y control a cargo de las secretarías de salud del orden departamental, distrital y municipal de manera continua y enfocada en verificar que se estén brindando efectivamente los servicios de IVE de acuerdo a las directrices de las sentencias de la Corte Constitucional y los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. Particularmente, es necesario que se refuercen las estrategias

de inspección que garanticen que (i) las EAPB cuenten con las red de prestadores en todos los grados de complejidad y (ii) que las IPS de esa red tengan los insumos necesarios para brindar la IVE con las mejores prácticas basadas en la evidencia científica disponible (Artículo 12 Ministerio de Salud, 2023). Esta dificultad para identificar qué IPS ofrecen servicios de aborto por tipo de procedimiento o técnica crea una barrera que retrasa la capacidad de las mujeres afrodescendientes para conocer a dónde pueden acudir según su edad gestacional que se constituye en una vulneración al derecho a su salud integral.

Red de prestadores de IVE en Bolívar

La respuesta proporcionada por la Gobernación de Bolívar respecto a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas que cuentan con servicios para la atención de la IVE en todos los grados de complejidad se limita a cuatro hospitales, tres de ellos correspondientes al primer nivel de atención en salud, que no abarcan un porcentaje significativo del departamento, lo que resulta insuficiente para satisfacer las necesidades de acceso a servicios de aborto. Lamentablemente, la Gobernación a través de su Secretaría de Salud Distrital no proporciona información suficiente sobre cuántas, cuáles y dónde están ubicadas las Instituciones Prestadoras de Servicios para la garantía de la IVE.

En nuestro análisis, consideramos la inclusión de la ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena. Aunque esta información no fue suministrada por la Gobernación, decidimos incorporarla en nuestra investigación. Esta institución fue identificada por Ilex-Acción Jurídica con el propósito de entrevistar a miembros de su equipo de atención médica involucrados en la prestación de servicios de aborto en dicha IPS.

Tabla 14. *IPS que efectivamente brindan servicios de aborto en el departamento de Bolívar*

Hospitales públicos*	Municipio	Nivel de atención
ESE Hospital de la Divina Misericordia	Mompóx	Primer nivel de atención (baja complejidad).
ESE Hospital la Divina Misericordia	Magangué	Segundo nivel de atención (mediana complejidad).
ESE Hospital local la Candelaria Unidad Operativa Local	Norosí	Primer nivel de atención (baja complejidad).
ESE Hospital Local María La Baja	María La Baja	Primer nivel de atención (baja complejidad).
ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo	Cartagena	Segundo nivel de atención (mediana complejidad).

Fuente: Creación propia con fundamento parcial en la respuesta de la Gobernación de Bolívar a la petición presentada por Ilex Acción Jurídica

* En el caso específico de la Gobernación de Bolívar, lamentablemente, no proporcionó información sobre las IPS en Cartagena, limitándose a ofrecer datos sobre el Hospital de María La Baja. La información concerniente a los otros tres hospitales se obtuvo a través de un informe emitido por la Gobernación en relación a las actividades de inspección, vigilancia y control, destinadas a asegurar la atención y el acceso de las mujeres negras afrodescendientes que requieren la interrupción voluntaria del embarazo, en cumplimiento con los estándares establecidos en las Sentencias C-055 de 2022, C-355 de 2006 y la Resolución 051 de 2023. Es importante destacar que esta información se originó a raíz de una solicitud presentada por Ilex Acción Jurídica. A pesar de haber solicitado una ampliación de la respuesta, lamentablemente no se recibió una nueva comunicación por parte de las autoridades pertinentes.

Tres de los hospitales que brindan servicios de IVE en Bolívar son de primer nivel, esto implica que solo pueden brindar servicios de aborto farmacológico hasta la semana 12 y de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) hasta la semana 15.

Para edades gestacionales superiores a las 15 semanas, los casos no pueden ser atendidos en los hospitales de primer nivel y deben ser remitidos a centros de salud de segundo o tercer nivel para su atención, una situación común en la mayoría de los municipios de Bolívar. Esto conlleva a que la mayoría de las mujeres deban trasladarse a los centros de salud en Cartagena o Magangué. Los hospitales de primer nivel, debido a sus limitaciones para atender edades gestacionales fuera del primer trimestre, deben estar en capacidad de identificar, estabilizar y remitir cualquier complicación de la IVE que no pueda tratarse en ese nivel de complejidad, como lo establece el Ministerio de Salud y Protección Social en 2014.

Con la información brindada por la entidad territorial puede aducirse que todas las mujeres que deseen acceder a un aborto en el municipio de Bolívar deberán, prioritariamente, desplazarse a Cartagena para ser atendidas, implicando esto diversos trámites logísticos y administrativos que afectan en diferentes niveles las vidas de las mujeres. Las mujeres no cuentan ni con el tiempo ni los recursos económicos para todo el recorrido institucional que estas barreras imponen en el acceso al servicio de la IVE.

Red de prestadores de IVE en Valle del Cauca

La respuesta de la Gobernación del Valle del Cauca presenta un panorama similar, evidenciando una disponibilidad limitada de servicios de IVE en comparación con la cantidad de municipios y la concentración de población afrodescendiente en la región. En este departamento existe la red de IPS públicas ubicadas en los municipios de Tuluá, Palmira y Cali. Además, Profamilia presta servicios en Cali, Palmira, Tuluá y Buga.

La Secretaría de Salud del departamento del Valle del Cauca informa que la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) se lleva a cabo en varios municipios, incluyendo Zarzal, Tuluá, Sevilla, Palmira, Ansermanuevo, Roldanillo, Cartago y Candelaria. Estas acciones se realizan en virtud de acuerdos de contratación establecidos entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y la red prestadora, tanto pública como privada. No obstante, la Secretaría no proporciona detalles acerca de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que actualmente ofrecen el servicio, ni el alcance de su capacidad, los procedimientos específicos de IVE que brindan, ni los rangos de edades gestacionales que están en condiciones de atender (Respuesta de la Secretaría de Salud de Valle del Cauca, 2023).

Señalan que este año ampliarán la red pública para la realización de IVE farmacológica en los Hospitales de Rubén Cruz Vélez de Tuluá, Hospital Local de Jumbo y Hospital Piloto de Jamundí. En cuanto al Hospital Tomás Uribe de Tuluá, reseñan que realiza abortos en todas las edades gestacionales, con énfasis en IVEs tardías. Mientras que, en Palmira, el Hospital

Raúl Orejuela Bueno realiza solo IVE farmacológica, y en Cali el Hospital Universitario del Valle realiza IVE hasta la semana 22.

Adicional a las IPS identificadas por la Gobernación del Valle del Cauca, en esta investigación se constató que el Hospital Distrital Luis Ablanque de la Plata y la Clínica Santa Sofía en Buenaventura actualmente brindan servicios de IVE. Sin embargo, en declaraciones de prensa realizadas por la Directora Científica del Hospital se informa que no realizan abortos a menores de 14 años (Buenaventura en línea, 2023), lo que contraría los estándares de la Corte Constitucional y los lineamientos de política pública en materia de IVE establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 15. IPS que efectivamente brindan servicios de aborto en el Valle del Cauca

IPS (clínicas privadas y hospitales públicos)*	Municipio	Nivel de atención
ESE Hospital Tomás Uribe Uribe	Tuluá	Segundo y tercer nivel de atención (Mediana y alta complejidad). Realiza IVE en todas las edades gestacionales
ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno	Palmira	Primer nivel atención (Baja complejidad). Realiza IVE farmacológico.
ESE Hospital Universitario Evaristo García	Cali	Segundo y tercer nivel de atención (Mediana y alta complejidad). Realiza IVE hasta semana 22 de gestación. Farmacológico, AMEU, Dilatación y Evacuación.
ESE Hospital Distrital Luis Ablanque de la Plata	Buenaventura	Segundo nivel de atención (Mediana complejidad)
Clínica Santa Sofía	Buenaventura	Segundo nivel de atención (Mediana complejidad)
Clínicas de Profamilia	Cali, Palmira, Tuluá y Buga	Realiza todas las técnicas de aborto, pero no hace manejo de óbitos fetales, por tanto, debe remitir a la usuaria para la evacuación del producto de la gestación.
Clínica Colombia	Cali	Tercer y cuarto nivel de complejidad (Mediana y alta complejidad). Realiza IVE farmacológica, Asistolia Fetal, Dilatación y Evacuación
Clínica Fundación Valle del Lili	Cali	Tercer y cuarto nivel de complejidad (Mediana y alta complejidad). Brinda servicios de IVE farmacológico y AMEU.
Fundación Sí Mujer	Cali	Proporciona IVE mediante las técnicas farmacológico y AMEU.
Clínica Imbanaco	Cali	Tercer y cuarto nivel de complejidad (Mediana y alta complejidad) Realiza IVE farmacológica, AMEU.
Clínica Comfenalco	Cali	Tercer nivel de complejidad (Mediana y alta complejidad) Brinda servicios de IVE farmacológico
Hospital Joaquín Paz Borrero (ESE Norte)	Cali	Primer y segundo nivel de complejidad (Baja complejidad). Brinda servicios de IVE farmacológica
Hospital Siglo XI (ESE Ladera)	Cali	Primer nivel de complejidad. Brinda servicios de IVE farmacológica
Hospital Primitivo Iglesias (ESE Centro)	Cali	Primer y segundo nivel de complejidad (Baja complejidad). Brinda servicios de IVE farmacológica
Hospital Carlos Carmona (ESE Suroriente)	Cali	Primer nivel de complejidad. Brinda servicios de IVE farmacológica

Fuente: Creación propia con fundamento parcial en las dos respuestas proporcionadas por la Gobernación de Valle del Cauca y una respuesta de la Secretaría de Salud de Cali a las peticiones presentadas por Ilex Acción Jurídica

* La Gobernación de Valle del Cauca no proporcionó información suficiente sobre las IPS de Cali y no incluyó información sobre el Hospital Distrital Luis Ablanque de la Plata y la Clínica Santa Sofía. La información concerniente a estas dos IPS se obtuvo a través de las entrevistas realizadas por Ilex Acción Jurídica a profesionales de la salud.

Este panorama no es alentador, en tanto, el Valle del Cauca está compuesto por 41 municipios, y los servicios identificados por la Gobernación solo hacen referencia a 6 municipios, de los cuales solo el hospital de Tuluá brinda abortos en todas las edades gestacionales, mientras que los otros solo brindan aborto farmacológico, AMEU o DyE. Según los datos proporcionados, Cali es uno de los pocos municipios del departamento con mayor oferta de atención de IVE después de las 12 semanas de gestación. Esta limitación en la disponibilidad del servicio deja por fuera las edades gestacionales que superen la semana 12 en los únicos puntos públicos habilitados para ello.

Esta limitación en la disponibilidad de servicios evidencia la dificultad de acceso al aborto en el Valle del Cauca, un departamento con una alta concentración de población afrodescendiente. Esta situación no solo es preocupante, sino que también plantea interrogantes sobre a dónde recurren las mujeres en el departamento, además de Tuluá y Cali, para acceder a la IVE en etapas gestacionales superiores a las 12 semanas, mediante la red pública de servicios.

Si la red pública no tiene estos servicios, las mujeres afrocolombianas dependen del traslado a otra ciudad. Si la mujer ingresó a través de la EAPB a la que está afiliada, dependerá de ésta tenga en su portafolio de servicios convenio con una red de IPS privada con capacidad para el manejo del aborto fuera de las 12 semanas de gestación en el municipio o una ciudad cercana.

Aunque se registra que Profamilia brinda servicios de aborto en 4 de los 41 municipios del Valle (Cali, Palmira, Tuluá y Buga), esto no resuelve el problema de la reducción de la disponibilidad del servicio, porque si bien ésta IPS realiza todos los procedimientos médicos y técnicas de aborto, no puede hacer manejo de óbito fetal. En consecuencia, cuando realiza la técnica IAF, Profamilia debe remitir a la usuaria a un hospital de tercer nivel que tenga la capacidad para hacer manejo de óbitos fetales. Pero si los hospitales de esos cuatro municipios no tienen habilitado el servicio para casos de aborto, no es posible realizarlo, y esa renuencia se presenta mucho en la red pública de servicios de salud, por lo que las edades gestacionales de tercer trimestre son las que se verían más afectadas por esta barrera, y deberán de nuevo trasladarse a un lugar que le garantice todos los servicios.

Una de las profesionales de la salud entrevistadas en el Valle del Cauca identificó una limitación significativa en la disponibilidad de servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el distrito de Buenaventura. Ella señaló que esta falta de recursos adecuados en la región obstaculiza la prestación de servicios de IVE. En su experiencia la principal barrera para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el distrito de Buenaventura es la falta de centros médicos adecuadamente equipados para llevar a cabo estos procedimientos. A pesar de que la ley permite que los centros de salud de nivel uno brinde estos servicios, muchos carecen del equipo necesario. Esto conduce a remisiones prolongadas de una institución a otra, lo que a su vez provoca retrasos significativos y puede llevar a que las mujeres busquen otras soluciones debido a la urgencia de su situación. Al respecto concluyó que:

“Entonces creo que una de las cosas que afecta a una buena atención o un buen procedimiento, que la mujer acceda adecuadamente a ese servicio es la falta de instituciones que puedan brindarle a esa persona oportunamente el servicio que se solicita.” (Profesional de la salud No 8. Especialista en psicología, comunicación personal, 2023)

 **Red de prestadores de IVE en Chocó**

A pesar de haber presentado dos solicitudes de información a la Gobernación de Chocó y una a la Alcaldía de Quibdó, hasta el cierre de esta investigación, no recibimos respuesta por parte de estas entidades territoriales. No obstante, durante el desarrollo de este estudio, se pudo confirmar que en Quibdó existen dos hospitales de la red pública que ofrecen servicios de aborto. Lamentablemente, no se ha logrado establecer hasta qué semana de gestación brindan estos servicios en el hospital que cuenta con un nivel de complejidad de segundo nivel.

Tabla 16. *IPS que efectivamente brindan servicios de aborto en el departamento de Chocó*

IPS (clínicas privadas y hospitales públicos)	Municipio	Nivel de atención
ESE Hospital San Francisco de Asís	Quibdó	Segundo nivel de atención (Mediana complejidad)
La Fundación Unión Vida (Funvida)		Primer y segundo nivel de atención (Baja y mediana complejidad).
Comfachocó IPS	Quibdó	Primer y segundo nivel de atención (Baja y mediana complejidad). Realizan curetaje y aborto médico (aborto farmacológico).
Clínicas de Profamilia	Quibdó	Primer y segundo nivel de atención (Baja y mediana complejidad). Realizan AMEU y aborto médico (aborto farmacológico)
Hospital Eduardo Santos	Istmina	Primer nivel de atención (Baja complejidad)

Fuente: Creación propia con fundamento parcial en las dos respuestas proporcionadas por la Gobernación de Valle del Cauca y una respuesta de la Secretaría de Salud de Cali a las peticiones presentadas por Ilex Acción Jurídica

Además de los tres hospitales públicos, se identificaron cuatro clínicas privadas que ofrecen servicios de aborto en Quibdó. No obstante, es preocupante observar que estas instituciones se concentran en esta ciudad, lo que pone de manifiesto la ausencia de prestadores de servicios de aborto en un departamento que se ve profundamente afectado tanto por las limitaciones geográficas en el acceso a la atención médica como por las condiciones económicas precarias que enfrenta la población afrodescendiente.

La insuficiencia de centros de salud que puedan ofrecer servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) tiene un impacto significativo en la restricción del acceso al aborto, especialmente para las mujeres afrodescendientes. Esta carencia a menudo se traduce en traslados, lo cual resulta aún más complicado en departamentos con una infraestructura de salud deficiente. Las mujeres afrodescendientes en estas áreas enfrentan dificultades logísticas considerables debido a su empobrecimiento y a la complejidad de los desplazamientos desde zonas rurales y remotas. Estas barreras de acceso son persistentes y difíciles de superar.

Adicionalmente, los hospitales públicos y, en algunos casos, las clínicas privadas, se ven afectados por la precaria infraestructura de salud y la escasez de suministros médicos. Esto se refleja en desafíos adicionales en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de primer y segundo nivel de complejidad, donde la falta de insumos y las condiciones de infraestructura también dificultan la atención. Lo destacado por dos auxiliares de enfermería jubiladas durante sus entrevistas ilustra esta situación, ya que mencionaron que en ocasiones las pacientes tenían que adquirir sus propios guantes, incluso para llevar a cabo procedimientos como el uso del espéculo.

“Siempre faltaba medicamento, hubo un tiempo que tenían que las pacientes llegar hasta con guantes, que compraran sus dos tres pares de guantes que llevaran el espéculo.” (Profesionales de la salud No 10 y 11. Auxiliares de enfermería retiradas, comunicación personal, 2023).

Otra enfermera que labora en una IPS de mediana complejidad en Quibdó relató lo siguiente:

“(…) No tenemos insumos, a veces nos falta misoprostol, y tratamos el aborto voluntario de la misma manera que un aborto incompleto o un aborto retenido. Esto lleva tiempo, incluso hasta 15 días en algunos casos, lo que resulta muy complicado para las mujeres” (Profesional de la salud N° 4 y Profesional de enfermería N°2, comunicación personal, 2023).

En el segundo apartado del testimonio, la enfermera continuó describiendo las dificultades en la prestación de servicios de IVE en su institución:

“(…) No podemos decir que brindamos el servicio en condiciones óptimas. Aquí solo tenemos un ecógrafo para toda la institución, y somos el centro de referencia para todos los municipios del Chocó. A pesar de contar con uno o dos ginecólogos, siempre hay limitaciones que dificultan que las personas accedan al proceso de manera digna y de calidad. A menudo, las mujeres tienen que esperar debido a la falta de mifepristona o misoprostol, o porque los paquetes quirúrgicos no se han podido esterilizar. Se necesita apoyo estatal para fortalecer la red de salud pública y garantizar a todas las personas el acceso a servicios de salud, no solo en interrupción, sino en todas las áreas que afectan sus vidas y su integridad” (Profesional de la salud N°1-Profesional de Enfermería N°1.Comunicación personal, 2023).



C. Falta de conocimiento de profesionales de la salud sobre técnicas más costo efectivas y seguras

La falta de conocimiento por parte de los profesionales de la salud acerca de técnicas más costo efectivas y seguras para la realización de abortos es un tema crítico que necesita ser abordado. Las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su guía de atención al aborto de 2022 son un recurso valioso para superar este desafío y ampliar el acceso al aborto seguro en contextos difíciles, como aquellos afectados por la escasez de personal médico, infraestructura de salud precaria y condiciones geográficas adversas.

La guía de la OMS sugiere medidas clave que podrían democratizar el acceso al aborto, especialmente en áreas con mayoría de población afrodescendiente y con déficit de clínicas y hospitales de mediana complejidad. Una de estas medidas es la expansión del tipo de profesionales de la salud que pueden llevar a cabo actividades relacionadas con el aborto. Esto no solo reduce la carga sobre médicos especializados, sino que también aumenta el número de profesionales capaces de proporcionar atención segura y de alta calidad. Esta estrategia es fundamental en regiones con carencia de personal médico, como lo hemos visto en los territorios identificados en este estudio.

La promoción del uso del aborto con medicamentos es otro aspecto crucial de las recomendaciones de la OMS. Esta técnica ha demostrado ser altamente efectiva y segura en la interrupción temprana del embarazo. Su aplicación no solo reduce los costos asociados con la intervención, sino que también minimiza la necesidad de contar con equipos y habilidades especializadas. La facilidad de uso y la eficacia de esta técnica la convierten en un recurso eficiente para ampliar el acceso al aborto en contextos con limitaciones geográficas y de talento humano en salud.

Además, la OMS resalta la preferencia por el uso de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) como técnica principal para la realización de abortos. Esta técnica no solo es más económica que otras opciones, sino que también requiere menos personal especializado y no demanda un ambiente quirúrgico complejo. Para las áreas densamente pobladas por personas afrocolombianas, donde las barreras geográficas y logísticas pueden ser

particularmente desafiantes, el énfasis en la AMEU podría hacer una diferencia significativa en la ampliación del acceso al aborto seguro.

A pesar de estas sólidas directrices de la OMS, es preocupante observar que, en los territorios en cuestión, persiste el uso de técnicas obsoletas como la dilatación y curetaje. Estas técnicas no solo son desaconsejadas por la OMS debido a sus riesgos y costos asociados, sino que también pueden representar una barrera adicional para el acceso equitativo al aborto. La falta de adopción de métodos más modernos y costo efectivos resalta la necesidad urgente de mejorar la formación y capacitación de los profesionales de la salud en estos territorios, para que estén al tanto de las últimas evidencias científicas y las prácticas recomendadas. Un ejemplo concreto es el caso de una mujer afrodescendiente entrevistada en Cartagena, a quien se le practicó un legrado a pesar de tener menos de 14 semanas de gestación y haber buscado atención médica después de 7 días de experimentar dolores persistentes en el transcurso de su embarazo deseado. Aunque este caso no involucraba un aborto inducido, pone de manifiesto la persistente utilización de técnicas obsoletas y menos rentables (Mujer afrocolombiana de Cartagena, comunicación personal, 2023).

La falta de conocimiento sobre técnicas avanzadas y costo efectivas en el manejo del aborto es un obstáculo importante para el acceso equitativo a servicios seguros en regiones con mayoría de población afrodescendiente. Las recomendaciones de la OMS ofrecen un camino claro para superar esta barrera, enfocándose en la expansión de profesionales capacitados, la promoción del aborto con medicamentos y la preferencia por técnicas como la AMEU. Esta última directriz es especialmente valiosa en contextos como los identificados en territorios densamente poblados por personas afrocolombianas porque reducen los costos de los procedimientos de aborto, requieren menos profesionales especializados porque ya no es necesario contar con especialista en ginecología y anestesiología, así como con un quirófano.

Sin embargo, la persistencia de estas prácticas no puede ser interpretada únicamente como una consecuencia de la falta de capacitación. En algunos de estos departamentos, tanto organizaciones sociales como instituciones proveedoras de servicios de salud como Profamilia y Oriéntame han estado proporcionando entrenamiento y capacitación sobre los métodos médicos de aborto. El objetivo de estas iniciativas es incrementar la disponibilidad de servicios seguros y de calidad en estas regiones.

No obstante, a pesar de estos esfuerzos de capacitación, se observa una falta de voluntad operativa y priorización por parte de las instituciones de salud y las autoridades en la implementación efectiva de estos avances en materia de IVE. La reticencia a adoptar prácticas más actualizadas y seguras sugiere una falta de compromiso en mejorar y agilizar los procedimientos relacionados con el aborto, a pesar de su impacto en la vida de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Este fenómeno no solo demuestra un problema en términos de eficacia y calidad de los servicios de salud, sino que también resalta un aspecto preocupante de discriminación. La falta de interés en adoptar mejores prácticas y en avanzar en procedimientos que afectan directamente la vida y la salud de mujeres negras afrodescendientes es discriminatoria. Esta inacción puede ser interpretada como un reflejo de un sistema que no valora plenamente la salud y los derechos de estas poblaciones, y que no les proporciona el mismo nivel de atención y cuidado que a otros grupos.

D. Imposibilidad de transporte, viáticos o servicios privados

La barrera que surge por la imposibilidad de acceder a transporte, viáticos o servicios para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) presenta un desafío complejo y preocupante, especialmente para las mujeres negras afrodescendientes en Colombia. Este problema se intensifica en contextos donde los servicios de IVE son escasos y la oferta pública es limitada en términos de disponibilidad y alcance. La falta de acceso a medios de transporte adecuados y a viáticos para desplazarse hacia lugares donde puedan recibir el servicio de IVE plantea varias cuestiones cruciales.

La limitada disponibilidad de servicios de IVE, como mencionado previamente, fuerza a las mujeres que necesiten abortos en etapas gestacionales avanzadas a buscar atención fuera de sus lugares de residencia. Este desplazamiento puede volverse particularmente difícil para las mujeres afrocolombianas, quienes enfrentan un alto grado de marginación y pobreza, lo que afecta su capacidad para costear los gastos relacionados con el viaje y la estadía en lugares lejanos. Esta dificultad empeora o disminuye dependiendo de si el servicio de aborto al que acceden es público o privado.

Ante la demora en la autorización de los gastos de desplazamiento, muchas mujeres se ven obligadas a recurrir a préstamos o buscar ayuda de terceros para financiar su desplazamiento, lo cual puede crear una carga adicional en un momento ya difícil. En ocasiones, incluso se ven forzadas a emprender largos viajes a pie, poniendo en riesgo su salud y seguridad.

En territorios como el Chocó, donde el traslado implica un desplazamiento fluvial y, en algunos casos, aéreo con altos costos, la situación se agrava aún más. Para algunos territorios en Chocó el traslado hasta Quibdó solo puede hacerse de forma fluvial o aérea, por ejemplo, algunas comunidades afrocolombianas que residen en áreas rurales remotas también dependen del transporte aéreo para desplazarse a Quibdó y acceder a los servicios de salud que necesitan. El departamento de Chocó tiene una geografía compleja, que incluye una gran cantidad de ríos y selvas tropicales. Esto puede hacer que algunas áreas sean inaccesibles por carretera.

El costo del transporte aéreo en estas áreas puede ser costoso y la negación de la cobertura por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) excluye efectivamente a muchas mujeres de acceder al servicio. Esto representa un desafío adicional

para las personas que ya enfrentan barreras económicas y de acceso a la atención médica. Además, se convierte en una forma de discriminación, ya que las mujeres afrocolombianas, ya marginadas, enfrentan mayores dificultades para acceder a una atención médica necesaria.

En respuesta a esta problemática, las redes de acompañamiento y algunas alcaldías han intervenido para proporcionar soluciones temporales, como cubrir los viáticos y el desplazamiento. Sin embargo, estas soluciones no abordan el problema subyacente y no garantizan un acceso sostenible y equitativo al servicio de IVE.

La situación no mejora significativamente cuando el acceso se busca a través de las EAPB. Las dilaciones y trámites burocráticos relacionados con la autorización de viáticos y el transporte pueden retrasar el acceso al servicio y llevar a que las mujeres lleguen a etapas gestacionales avanzadas, lo que a su vez aumenta los riesgos para su salud y bienestar.

En el caso del departamento de Bolívar, las mujeres que viven en las islas de Barú y Tierrabomba enfrentan barreras de acceso acentuadas porque deben desplazarse hasta Cartagena. En muchos casos deben costear los gastos de traslados como una forma de anticiparse a los retrasos de la autorización de la EPS a la que están afiliadas y evitar que la gestación avance. Las mujeres afrocolombianas de esas islas tienen dos problemas: no cuentan con centros de salud habilitados en la isla para acceder al aborto y muchas no logran trasladarse a las IPS más cercanas en Cartagena por los costos de transporte.

Una entrevistada compartió su experiencia al respecto: “Lo único es que el transporte de Barú aquí a Cartagena es bastante extenso y es costoso, pero logré conseguir los recursos económicos para facilitarme la venida para acá.” (Entrevista mujer No8. Barú No 2., comunicación personal, 2023). Además, hizo hincapié en los desafíos financieros asociados a estos traslados, señalando:

“(…) yo porque tuve la oportunidad de quizás viajar hasta acá, pero no todas tenemos los recursos para interrumpirnos un embarazo o directamente, por el costo del transporte del traslado para acá para la ciudad o incluso este le comentaba yo a mis compañeras de que hay veces que quizás Profamilia no cubre con la EPS de la persona y entonces eso también tiene un costo y quizás la mujer no tenga la capacidad económica para hacerse la interrupción del embarazo pagando particular. Entonces creo que eso también influye bastante.” (Mujer No8. Barú No 2., comunicación personal, 2023).

Estos testimonios resaltan la complejidad de la situación que enfrentan las mujeres afrocolombianas para las que el acceso limitado a servicios de aborto se ve exacerbado por factores económicos y geográficos que dificultan su capacidad para ejercer su derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

E. Barreras administrativas

Las barreras que se encuentran enmarcadas en esta categoría vislumbran las acciones técnico-administrativas que las Empresas Administradoras de Beneficios (EAPB) emplean para negar, dilatar o no prestar, de forma adecuada los servicios de IVE.

i. Dilaciones en las autorizaciones y procesos administrativos que superan el término de 5 días.

Esta barrera visibiliza los prolongados tiempos de espera que se generan en las EAPB y también en las IPS para generar las autorizaciones concernientes a la prestación del servicio de IVE, dilaciones que pueden alcanzar hasta los 20 días. Estas autorizaciones pueden ir desde autorizar la ejecución final del procedimiento hasta la valoración inicial para que se inicie la ruta de IVE. Lo anterior, desconoce lo estipulado por la jurisprudencia de la Corte Constitucional, en la cual se establece que estas entidades deben garantizar el acceso a la IVE en un término no superior a los 5 días calendario.

ii. Falta sistemática de respuesta administrativa y omisión de respuesta de las EAPB sobre autorización de servicios, cotizaciones, entre otras.

Esta es afrontada con frecuencia por parte las usuarias, las entidades prestadoras de salud en diversas ocasiones hacen caso omiso a las solicitudes de acceso a la IVE, cuando se inician por medio de IPS o por los servicios de emergencia de los hospitales de la red pública de atención. Estas dilaciones vulneran los derechos de las mujeres, hombres trans y personas no binarias AFAN afrodescendientes, generando que deban acudir a medios legales como las acciones de tutela para obtener respuesta. Además, fundan un ambiente de incertidumbre puesto que no es clara la razón por la cual no contestan las solicitudes y mientras tanto, son las mujeres quienes deben asumir con los costos que implica ir a realizarse un procedimiento médico y no poder acceder a este.

F. Barreras para interrupción en el tercer trimestre

Las mujeres que buscan servicios de IVE en el tercer trimestre de gestación enfrentan numerosas barreras y desafíos que dificultan su atención. En muchos casos, estas mujeres han esperado mucho tiempo para obtener la autorización necesaria o han recibido un diagnóstico tardío. Además, a menudo se ven obligadas a superar diversas barreras previas al acceso a la atención médica y, en algunos casos, son víctimas de violencia basada en el género. Una de las principales barreras es la falta de IPS habilitados para llevar a cabo la inducción a la asistolia fetal (IAF) y la falta de lineamientos sobre el manejo de óbito fetal. Cuando se requiere una IAF después de las 20 semanas de gestación, la atención se fragmenta, ya que la IPS que realiza la IAF a menudo carece de la infraestructura y la experiencia necesarias para completar el proceso de expulsión. Esto implica que las

pacientes deben ser remitidas a otro proveedor de atención médica, lo que implica que las mujeres deban ser trasladadas a ciudades principales que sí cuenten con estos servicios y plantea desafíos adicionales para la atención inmediata y continua.

Por lo que es una barrera multifacética, se explicarán de manera separada:

i. Negativa por no estar incluidos en los convenios y/o contratos de la EAPB. En la generalidad de los municipios del país no se cuenta con la prestación de esta técnica de la IVE y las usuarias deben ser remitidas a ciudades principales. Esta situación se genera cuando en los contratos que celebran las EAPB con las IPS no se incluye específicamente el servicio de la técnica de inducción a la asistolia fetal (IAF). A pesar de que la Resolución 280 de 2018 y su actualización mediante la Resolución 051 de 2023 establecen que todas las IPS deben brindar los servicios en el marco de la Ruta Materno Perinatal, lo cierto es que muchas se escudan en que no hay mucha oferta de IPS a nivel país que tengan la capacidad de brindar los servicios de IAF.

ii. Falta de convenio y lineamientos para el manejo de óbito fetal. Esta barrera se presenta comúnmente debido a que hay un déficit de IPS de tercer y cuarto nivel de complejidad que puedan prestar el servicio a usuarias que atraviesan este periodo gestacional. Adicionalmente, algunas de las IPS que sí están en capacidad de brindar el servicio en algunas ocasiones sustentan su decisión en la falta de herramientas para realizarlo, pero también concurren factores como: objeciones de conciencia institucional, la voluntad política, la religión y la consideración de que prestar el servicio puede arriesgar la reputación del establecimiento. Implicando lo anterior, que las usuarias deban desplazarse al lugar donde sí realicen el proceso, el cual generalmente se realiza en ciudades principales del país.

iii. Falta de profesionales e insumos y equipos médicos para manejo de IVE en tercer trimestre. Como se presentó previamente y se evidencia en las repuesta brindadas por el departamento del Valle y de Bolívar, hay una falta de infraestructura en salud para realizar procedimientos de aborto en tercer trimestre. Por lo cual, si una mujer y persona en capacidad de gestar llega a esta etapa de la gestación no podría contar con la atención de la IVE en su municipio, sino que debe trasladarse a un lugar que cuente con una IPS de tercer nivel de complejidad que tenga habilitado el servicio de asistolia fetal y manejo de óbito fetal. Y, como se mencionó anteriormente, muchas personas llegan a esta edad gestacional por las demoras en los procesos administrativos que generan las EAPB o por falta de recursos y conocimiento.



G. Falencias en el acceso a información sobre el estatus legal del aborto

Esta barrera se caracteriza por dos dimensiones fundamentales. En primer lugar, existe una marcada carencia de conocimiento acerca del marco legal del aborto y los lineamientos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, entre aquellos actores responsables de garantizar dicho acceso. Por otro lado, se presenta una insuficiente difusión

y comunicación apropiada de dicho marco legal, así como de las condiciones para acceder a la IVE, dirigida a las mujeres y personas con derecho a solicitarla. En este análisis, se profundizará en ambas dimensiones, ya que su incidencia es significativa y contribuye a demoras que afectan la realización de este derecho.

H. Falta de conocimiento del marco legal entre los actores responsables de garantizar el aborto

La falta de conocimiento sobre las sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022, así como sobre el conjunto de decisiones judiciales emitidas por la Corte Constitucional en este tema y la Resolución 051 de 2023, es evidente cuando quienes prestan servicios de salud, profesionales de la salud, actores judiciales y funcionarios encargados de la protección de derechos no están informados o no tienen en cuenta estas decisiones al desempeñar sus funciones y aplicar el marco legal vigente en relación con el aborto.

Esta situación resulta en incumplimientos o limitaciones en la implementación de los estándares y regulaciones existentes, lo que conduce a la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres negras afrodescendientes. Además de constituir un desafío para la adhesión a los estándares legales, técnicos y operativos relacionados con la IVE, esta barrera es preocupante debido a su amplia difusión.

Según un informe de la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, “en el 73,7% de los casos registrados por La Mesa, se observó la falta de conocimiento sobre la sentencia no solo en el personal médico y en el sistema judicial, sino también por parte de las propias mujeres” (La Mesa por la Salud y la Vida de las Mujeres, 2016, p. 37). Esta falta de conocimiento se evidencia en diversas formas en la atención de las usuarias cuando solicitan el servicio, algunas de estas manifestaciones son:

i. Fallas en la entrega de información veraz a las mujeres que buscan servicios de salud sobre el derecho al aborto son evidentes en testimonios recogidos durante el grupo focal realizado en Buenaventura. En este contexto, una de las mujeres señaló la falta de conocimiento entre el personal médico acerca del marco legal del aborto como una de las principales barreras. Según su testimonio, muchos médicos y enfermeras carecen de conocimiento sobre este tema, lo que resulta en la vulneración de los derechos de las mujeres cuando solicitan estos servicios. El solo hecho de no proporcionar la información adecuada, de no estar al tanto de la ruta, implica una vulneración de los derechos de la mujer.

En ese mismo sentido una mujer afrodescendiente en Cartagena relató que al llegar al hospital solicitando atención, le informaron que en ese momento no se realizaban abortos y que debía regresar al día siguiente. Esta situación ilustra la omisión por parte del profesional de la salud, que pasó por alto el estándar de protección que clasifica la IVE como un servicio esencial y de carácter urgente (Ministerio de Salud, 2023, p. 5).

ii. **Objeción de conciencia como una forma de dilación en la atención.** A pesar de que la objeción de conciencia institucional no está permitida en Colombia, y la Corte Constitucional ha sido clara al respecto al permitir procesos disciplinarios por esto, la objeción de conciencia individual por parte de un número significativo de profesionales de la salud, especialmente en contextos donde hay escasez de personal asistencial en salud, puede resultar en retrasos injustificados en la atención oportuna del aborto. En estos escenarios, la objeción de conciencia individual puede traducirse en demoras en la atención y esperas injustificadas.

iii. **Barreras por solicitud de requisitos adicionales para el acceso a la IVE.** Es común este actuar por parte de las EAPB e IPS, pues con base en el desconocimiento del marco normativo solicitan una cantidad de requisitos para acceder al procedimiento de IVE, que no se encuentran regulados en la ley y que también corresponden a sus prejuicios, y al solicitarlos están vulnerando derechos, sin embargo, toman ventaja del desconocimiento que tienen las personas.

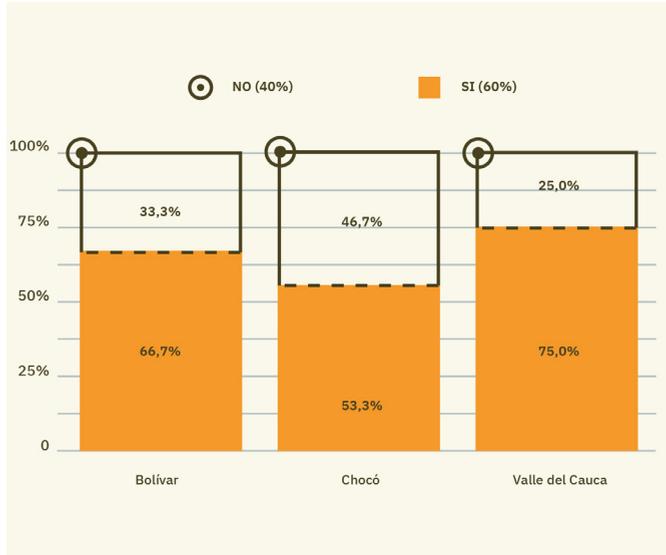
iv. **Requisitos en menores de edad, víctimas de violencia sexual, personas con discapacidad:** Es común que a este grupo de personas se les impida acceder a las rutas de IVE, sin acompañamiento de sus tutores legales, y se les solicita, además, una serie de permisos y procesos burocráticos, que en principio no se encuentran establecidos en la ley y segundo, generan dilaciones en los procesos, llevando a que los embarazos lleguen a edades gestacionales avanzadas.

I. Insuficiente difusión y comunicación apropiada sobre el estatus legal del aborto y las condiciones para el acceso

La falta de información es una de las barreras más acuciantes, porque crea una brecha que afecta de manera desproporcionada a las mujeres afrodescendientes debido a sus contextos, lo que puede comprometer no solo su derecho a la salud y la integridad física, sino también sus derechos reproductivos y su acceso a la justicia para buscar una tutela efectiva.

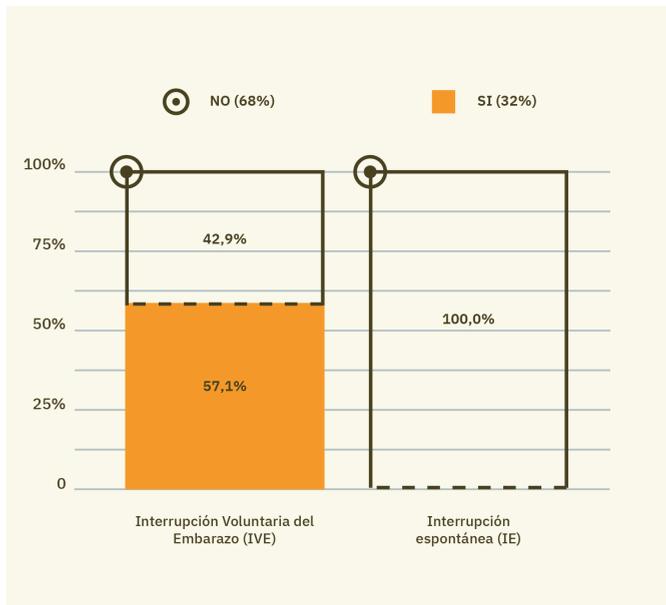
En nuestro estudio, identificamos deficiencias en la difusión del marco legal del aborto y la información sobre su estatus legal. El 40% de las mujeres encuestadas desconocía que el aborto era legal en Colombia hasta la semana 24, mientras que el 68% de ellas no estaba al tanto de la Sentencia C-355 de 2006 y el 80% no estaba informada de la Sentencia C-055 de 2022. Esta falta de conocimiento se agrava aún más desde una perspectiva territorial, ya que las mujeres con menor comprensión de la normativa residen principalmente en el departamento del Chocó (73.3%), que, a su vez, enfrenta desafíos significativos en términos de acceso a servicios básicos, conectividad, empleabilidad y educación.

Gráfica 21. ¿Sabe que el aborto es legal en Colombia hasta la semana 24?



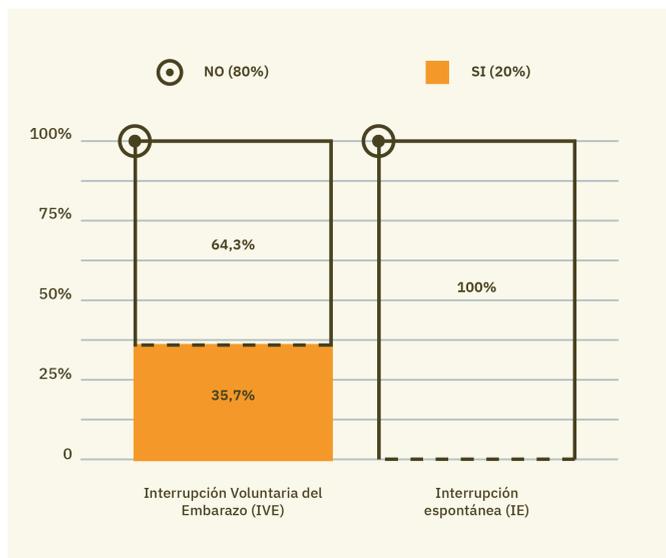
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 22. ¿Conoce usted la sentencia C-355 de 2006?



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 23. ¿Sabe que el aborto es legal en Colombia hasta la semana 24?

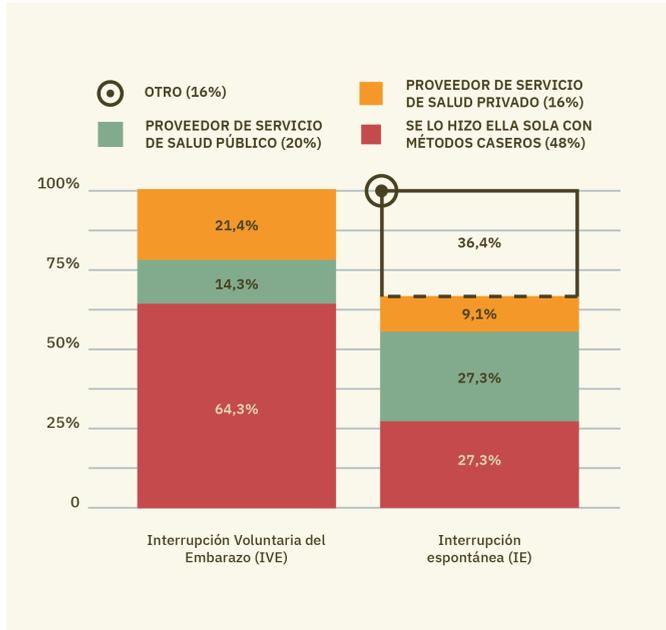


Fuente: Elaboración propia

A la pregunta sobre el conocimiento de la sentencia C-055 de 2022, por tipo de aborto, el 100% de las mujeres que experimentaron una interrupción espontánea y el 64.3% de quienes optaron por una interrupción voluntaria la desconocían. La falta de difusión de información accesible sobre el estatus legal del aborto y su disponibilidad en el sistema de salud favorece el uso de prácticas clandestinidad y, por ende, la incidencia del aborto inseguro. Estos datos son especialmente relevantes si se tiene en cuenta que la mayoría de las mujeres negras afrodescendientes que tuvieron una interrupción del embarazo lo hicieron utilizando métodos caseros. Algunas de ellas solo acudieron al sistema de salud debido a las complicaciones del aborto.

En el presente estudio, hemos identificado que la incidencia del aborto inseguro es preocupante en los territorios estudiados. De las 14 mujeres encuestadas que optaron por la Interrupción Voluntaria del Embarazo, el 64.3% decidieron llevar a cabo el procedimiento por sí mismas utilizando métodos caseros; el 21.4% consultaron a un proveedor privado, mientras que el 14.3% recurrió a un proveedor público. Entre las mujeres que experimentaron una interrupción espontánea, resulta notable que un 27.3% mencionó haber realizado el procedimiento por sí sola mediante métodos caseros.

Gráfica 24. ¿Dónde se realizó el procedimiento?



Fuente: Elaboración propia

Las mujeres entrevistadas que optaron por no acudir al sistema de salud, en su lugar, buscaron atención médica con profesionales de la salud particulares y otras adquirieron medicamentos sin prescripción médica en las farmacias más cercanas. Esta elección se debió a la falta de conocimiento sobre el estatus legal del aborto, el deseo de mantener la confidencialidad debido a los riesgos asociados con el estigma social y a la intención de evitar retrasos administrativos que pudieran llevar a un aumento en la edad gestacional, lo que podría exponerlas ante sus familias, lugares de trabajo y comunidades. Por ejemplo, una mujer en Buenaventura y otra en el Chocó, que inicialmente creían que el aborto era ilegal, buscaron información sobre una farmacia que vendía el medicamento conocido como “Cytotec”^{*} y lo utilizaron en casa.

En el grupo focal realizado en Buenaventura una de las participantes señalaba que la difusión de la información es un desafío en la zona urbana, y en la zona rural esta dificultad se acentúa.

“(…) nosotros tenemos una particularidad, que somos comunidades fluviales y carreteables. De pronto a las comunidades carreteables llega parte, un poquito de la información, pero Aguadua, La Brujita, (...) esa información no llega allá, es difícil que le llegue esa información. Entonces en ocasiones las niñas y mujeres acuden a abortos

* El término “Cytotec” es una marca comercial para un medicamento cuyo principio activo es el misoprostol. Muchas mujeres acceden a este medicamento en el mercado clandestino o sin receta médica cuando buscan interrumpir un embarazo no deseado. Sin saber que el misoprostol es un medicamento disponible que puede ser prescrito por su prestador de servicios de salud.

inseguros por el desconocimiento de que el aborto es legal y pueden solicitarlo en el sistema de salud” (Grupo focal Valle del Cauca, comunicación personal, 2023).

Esta falta de información sobre la legalidad del aborto en Colombia y sus condiciones de acceso, puede generar demoras significativas en la búsqueda de atención médica adecuada y empujar a las mujeres, hombres trans y personas no binarias AFAN afrodescendientes a la práctica del aborto inseguro. En casos de abortos incompletos, las mujeres negras afrodescendientes llegan a las instituciones de salud con complicaciones graves que son evitables.

Estas complicaciones podrían prevenirse con una mayor divulgación de información, la difusión de las sentencias judiciales relacionadas con el aborto y el apoyo brindado por parteras tradicionales como defensoras de la salud y el bienestar de las mujeres. Una profesional de la salud especialista en ginecología en el departamento de Bolívar enfatizó que cuando a estas mujeres “(...) no se les brinda el apoyo o la asesoría, terminan haciéndose un aborto inseguro, entonces vienen con perforaciones uterinas también, la recompensación hemodinámica, es decir taquicardia, fiebre, o sea infecciones como tal, sepsis, incluso puede tener muertes” (Entrevista profesional en ginecología No. 3 de Bolívar, 2023).

Adicionalmente, hemos identificado que algunas mujeres acuden a la práctica de abortos con medicamentos por fuera del sistema de salud por varias razones. Entre ellas, algunas desconocen que pueden acceder al misoprostol de forma legal, segura y sin costo mediante la cobertura en salud que tienen en su plan de beneficios. Otras aún consideran que el aborto es ilegal y temen ser criminalizadas. Anticipan que su Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) dilatará la atención y buscan en la farmacia una opción rápida y efectiva que evite que la gestación avance. Por último, según el relato de algunas de las mujeres entrevistadas, la falta de confidencialidad o el riesgo de que este derecho sea vulnerado ejerce un peso profundo al momento de elegir buscar medicamentos como el misoprostol en una farmacia conocida que lo vende de forma confidencial y clandestina.

Sin embargo, en estos casos, las mujeres solo recibieron los medicamentos sin recibir suficiente orientación ni explicación sobre la dosis adecuada, las medidas a tomar antes, durante y después de ingerir los medicamentos, consejos sobre cómo manejar el dolor, ni información sobre los signos de alarma que debían identificar para determinar cuándo buscar atención médica. Además, no recibieron indicaciones sobre los cuidados necesarios y las revisiones médicas posteriores al aborto. En el caso de las mujeres entrevistadas que adquirieron el misoprostol en la farmacia, se enfrentaron a la experiencia del aborto solas, algunas con el apoyo de una amiga a distancia, y no tuvieron la oportunidad de consultar a profesionales de la salud o parteras en los departamentos del Valle y Bolívar.

El acceso a información relacionada con la salud reproductiva es fundamental para que las mujeres puedan ejercer su autonomía y garantizar sus derechos a la salud y la integridad física. El Informe del Consejo de Derechos Humanos y las Resoluciones 38/1 sobre la eliminación de la discriminación contra mujeres y niñas -A/73/53-, instan a los Estados a

proteger la salud sexual y reproductiva, promoviendo decisiones libres y responsables en este ámbito. Esto implica garantizar un acceso universal a servicios e información basados en evidencia científica. Desafortunadamente, como lo destacó una profesional de psicología en el Valle del Cauca, muchas mujeres aún enfrentan dificultades para acceder a la información necesaria que les permitiría conocer su derecho a interrumpir su embarazo de manera segura, sin poner en riesgo sus vidas mediante procedimientos inseguros. Ella expresó:

“muchas de nuestras mujeres por el lugar donde viven, por su parte socioeconómica, no tienen conocimiento de que existe esta ley, que ellos pueden venir a su institución de salud a decir es que yo no quiero tener este hijo. O sea, no saben sobre ese derecho, entonces lo que ellos hacen es practicar ciertas maniobras en casa y por esa razón, algunas veces llegan acá.” (Profesional de psicología No. 1, comunicación personal, 2023).

Por esta razón, es fundamental que las secretarías de salud, las EAPB y las IPS publiquen periódica y ampliamente la información sobre la legalidad del aborto, su inclusión en el plan de beneficios de salud, la ubicación de las IPS que ofrecen servicios de IVE según la edad gestacional y, crucialmente, que estos servicios están exentos de copagos y cuotas moderadoras (Artículo 13 y 14 de la Resolución 051 del Ministerio de Salud, 2023).

Cuando se aplica un enfoque basado en el derecho a la salud, los Estados tienen la responsabilidad de llevar a cabo acciones destinadas a desarrollar y aplicar políticas y programas relacionados con la salud sexual y reproductiva, en consonancia con las normas internacionales de derechos humanos. En este contexto, el Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental insta a los Estados a garantizar que la población tenga acceso a información precisa y basada en evidencia en relación con el aborto.

La falta de información sobre el marco legal del aborto puede tener consecuencias significativas en el acceso al sistema judicial y en la capacidad de las mujeres afrodescendientes para proteger y tutelar sus derechos reproductivos, ya que cuando desconocen su derecho al aborto seguro y legal, es menos probable que acudan al sistema judicial cuando enfrentan obstáculos para ejercer ese derecho. Sin un conocimiento claro de sus derechos en relación con el aborto, las mujeres pueden tener dificultades para identificar cuándo están siendo objeto de discriminación o negación indebida de servicios, lo que limita su capacidad para buscar asesoría legal en caso de violación de sus derechos reproductivos y acceder al sistema judicial para buscar protección.

Incluso si las mujeres conocen sus derechos, el acceso al sistema judicial puede estar obstaculizado por barreras adicionales, como la falta de recursos para encontrar asesoría legal, el miedo al estigma o la falta de información sobre cómo presentar una acción de tutela. En consecuencia, el desconocimiento de los derechos relacionados con el aborto puede convertirse en una barrera adicional para el acceso a la justicia.

Para superar estas barreras, es esencial llevar a cabo una labor continua de divulgación y socialización de las sentencias de la Corte Constitucional sobre el aborto y los recursos legales disponibles. Esto no solo incluye informar a las mujeres sobre sus derechos y las condiciones de acceso al servicio, sino también sobre los recursos judiciales disponibles y brindar servicios de asesoría legal que acompañen a las mujeres en contextos de desigualdad estructural en el acceso al sistema judicial.

La CIDH al analizar el progreso sobre derechos, económicos, sociales y culturales del Protocolo de San Salvador ha identificado que situaciones de exclusión sistemática afectan el acceso a la justicia y, por tanto, vulneran este derecho. En consecuencia, la CIDH ha reiterado la obligación de los Estados de proveer servicios legales gratuitos y reforzar los dispositivos comunitarios para facilitar el acceso a la información y recursos judiciales, especialmente para grupos en situación de desigualdad (2007, p. 2).

Esto indica que en contextos como los de las mujeres afrodescendientes, el Estado colombiano debe reforzar esfuerzos para garantizar que tengan acceso a la información adecuada sobre las sentencias de la Corte Constitucional que garantizan el aborto como un derecho y un servicio esencial, así como a los recursos legales para tutelar sus derechos. De esta manera, se les permitirá tomar decisiones informadas y participar activamente en la defensa de sus propios intereses.

Esto implica desarrollar estrategias específicas que aumenten la difusión de los estándares de protección del aborto como un derecho fundamental. Asimismo, proporcionar información fácilmente accesible sobre dónde y cuáles son las IPS más cercanas que realizan abortos, según la edad gestacional. Al hacerlo, no solo se protegerá la vida y la salud de las mujeres, sino que también se avanzará hacia la igualdad de género y se eliminará la estigmatización y la criminalización asociadas al aborto.

Para cerrar la brecha en el acceso a información, conocimiento de los derechos y recursos judiciales disponibles para la protección de las mujeres, es esencial que el Ministerio de Salud, las secretarías de salud a nivel departamental, distrital y municipal, junto con la Rama Judicial y el Ministerio de Justicia y del Derecho, desarrollen estrategias integrales. Estas estrategias deben conectar de manera efectiva a las mujeres afrodescendientes de diversas regiones del país con la información relacionada con el marco legal del aborto y el acceso a los servicios correspondientes. El objetivo es asegurar que esta información sea fácilmente accesible, de alta calidad y no discriminatoria.

J. Barreras por incumplimiento de lineamientos de salud del Ministerio de Salud y los estándares de la OMS

En el presente estudio, se han identificado una serie de fallas relacionadas con los procedimientos de aborto que requieren una atención crítica. Estos problemas van desde el uso de técnicas desaconsejadas hasta la omisión de lineamientos técnicos en el uso de medicamentos que facilitan las condiciones del aborto.

Algunas Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) en contraposición con el progreso científico, los estándares establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las directrices técnicas y operativas emitidas por el Ministerio de Salud omiten la aplicación de mejores prácticas en la atención de la IVE que afectan la disponibilidad del servicio en el primer nivel de atención, generan más dolor en los procedimientos, producen dilaciones en la atención, consultas innecesarias o no voluntarias, y remisiones evitables.

En múltiples ocasiones, las IPS no brindan el régimen de medicamentos adecuado para la IVE farmacológica. Esto resulta en que las mujeres no reciben el medicamento necesario y especificado, sino que se les proporciona una dosis insuficiente, prolongando y haciendo más dolorosos sus procesos de aborto. Además, a pesar de que el uso de la mifepristona es permitido en Colombia y recomendado por la OMS, algunas IPS optan por quedarse con el método simple del misoprostol. Esto contradice las recomendaciones de la OMS, que ha respaldado la eficacia, seguridad y aceptabilidad de la mifepristona en combinación con el misoprostol para abortos antes de las 14 semanas de gestación (2022).

Observamos que existen prácticas de aborto obsoletas que son costosas, riesgosas y que demandan profesionales de la salud con especialización y una infraestructura de atención médica más compleja que la que suele estar disponible en el primer nivel de atención. En Bolívar, Chocó y Valle del Cauca aún se emplea el legrado o curetaje, a pesar de que tanto la OMS como la Resolución 051 de 2023 lo han señalado como peligroso e innecesario.

El legrado uterino o curetaje no es un método de elección para la IVE y es una técnica obsoleta que debe dejar de ser empleada. Solamente debe ser usada cuando no hay disponibilidad de otros métodos. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben erradicar definitivamente su práctica lo antes posible y reemplazarla por las técnicas de aspiración. (Ministerio de Salud, 2023, p. 19).

La OMS ha establecido que restringir los métodos disponibles para el aborto, incluyendo los quirúrgicos y médicos (como el aborto con medicamentos), es una barrera para la atención adecuada. El uso continuado de estas técnicas desaconsejadas aumenta los costos y limita la disponibilidad de servicios. La recurrencia en el uso de este tipo de técnicas desaconsejadas configura barreras porque crean procedimientos administrativos complejos y extenuantes; aumentan los costos del acceso a los servicios de aborto; y limitan la disponibilidad de los servicios y su distribución geográfica equitativa.

Otra práctica que contradice las directrices del Ministerio de Salud y los estándares de la OMS es la hospitalización como requisito para la atención del aborto, cuando se realiza independientemente de la edad gestacional y las circunstancias médicas específicas de cada caso. Se han identificado rutas de atención de la IVE en las que la hospitalización es la regla, incluso en semanas de gestación en las que los estándares de la OMS y el Ministerio de Salud indican que el procedimiento podría ser ambulatorio.

En un hospital público de Cartagena se hospitaliza a las mujeres como parte de la ruta de la IVE. Además, se establecen consultas y valoraciones innecesarias que pueden aumentar los tiempos de atención y hospitalización. Al respecto la auxiliar de enfermería entrevistada manifestó que “(...) se les hospitaliza para que la vea psicología, para que pase todo el proceso. Porque aquí tenemos todo, aquí está desde que llega así a psicología, ginecología, tenemos todo hasta que se le hace legrado que la paciente se va sin el bebé para su casa.” (Entrevista profesional de la salud No. 13. Auxiliar de enfermería. Bolívar, 2023)

Esta modalidad de atención se encuentra vinculada con pasos en la ruta de atención que parecen estar diseñados más como obstáculos para disuadir a las mujeres de tomar su decisión que como instancias de acompañamiento sensible y humanizado. Primero, las mujeres son atendidas por la auxiliar de enfermería, luego pasan a valoración con ginecología, enseguida son remitidas al profesional en trabajo social, después a psicología y, si ratifican su decisión de interrumpir el embarazo, pasan nuevamente al profesional en ginecología. En ese sentido, la auxiliar de enfermería entrevistada agregó “(...) a veces con ese recorrido, ellas dicen ‘Yo sí quiero tener mi bebé’” (Entrevista profesional de la salud No. 13. Auxiliar de enfermería. Bolívar, 2023).

Lo anterior, puede llevar a malos tratos e injerencias indebidas y contradice las evidencias respaldadas por la OMS. Además, contraría la obligación de las EAPB e IPS de tomar las medidas adecuadas para evitar remisiones y consultas innecesarias.

Esta información fue corroborada durante la entrevista con una especialista en ginecología de esa IPS. Al respecto la profesional de la salud señaló:

“Desde el momento en que la paciente ingresa, ya sea a través de la consulta externa o por urgencias, y manifiesta su deseo de interrumpir su embarazo, considerando que es no deseado, procedemos a su hospitalización. No se realiza ningún manejo ambulatorio en estos casos. Una vez hospitalizada, se realiza una evaluación por parte de profesionales de psicología y trabajo social. Además, brindamos apoyo adicional para ayudar a la paciente, porque así podemos persuadir a las pacientes sobre las otras opciones, ya que entendemos que en ocasiones estas decisiones pueden ser impulsivas o resultado de situaciones difíciles en su vida” (Profesional de la salud No 14. Especialista en ginecología No. 3. Bolívar, comunicación personal, 2023).

La hospitalización en todos los casos tiene implicaciones que van más allá de sobrecargar el sistema de salud y reducir la disponibilidad del servicio. También conllevan una carga emocional mayor para las mujeres, hombres trans y personas no binarias AFAN, porque les expone a mayores señalamientos y malos tratos. Muchas veces, las instalaciones donde son atendidas son las mismas donde están las mujeres que están esperando atención durante el parto o después de este.

El diseño de esta ruta de atención contraría la evidencia disponible recopilada por la OMS en su guía técnica y de políticas para sistemas de salud (2012) y sus más recientes directrices

sobre la atención para el aborto (2022). Según las pautas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayoría de los procedimientos de aborto, especialmente aquellos realizados en las primeras etapas del embarazo (hasta 12 semanas de gestación), pueden llevarse a cabo de forma ambulatoria, lo que significa que no requieren hospitalización.

De igual manera, el Ministerio de Salud y Protección Social establece que el aborto farmacológico antes de las 12 semanas de gestación puede realizarse de forma ambulatoria. Además, esa entidad ha establecido que, en estos casos, “las mujeres y personas gestantes no necesitan el acompañamiento del personal de la salud durante el uso de los medicamentos.” (Ministerio de Salud, 2023, p. 18).

De acuerdo a la OMS, tanto la aspiración al vacío como el aborto médico son procedimientos que pueden llevarse a cabo en centros de atención primaria de manera ambulatoria, sin necesidad de conocimientos o habilidades técnicas especializadas, equipos costosos como salas de parto o ecografías o la presencia de un equipo completo de personal hospitalario, incluyendo un anestesiólogo. A su vez, el procedimiento de DyE, en general, puede realizarse en forma ambulatoria con un bloqueo para cervical y antiinflamatorios. Sin embargo, en casos de abortos en etapas posteriores del embarazo -después de la semana 14- o en situaciones médicas más complicadas, podría ser necesario realizar el procedimiento en un entorno hospitalario.

La decisión de hospitalizar a una paciente para un aborto depende de varios factores, incluida la edad gestacional, la salud de la paciente y las circunstancias específicas de su caso. Lo anterior indica que no todos los procedimientos de IVE requieren hospitalización. De acuerdo a la OMS la atención del aborto a través de servicios ambulatorios es segura, minimiza los costos y maximiza la atención oportuna y efectiva para la mujer. La atención para el aborto hospitalario debe reservarse para el manejo del aborto en casos de embarazo superior a las 14 semanas, los casos cuyos antecedentes médicos lo requieran y el tratamiento de las complicaciones graves del aborto (OMS, 2022).

El incumplimiento de las directrices de salud del Ministerio de Salud y los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS) representa una barrera significativa en el acceso y la atención del aborto en Colombia. La falta de actualización en algunas instituciones de salud conduce a la administración incorrecta de medicamentos para el aborto farmacológico, prolongando innecesariamente el proceso y aumentando los riesgos para la salud de las mujeres. La persistencia de prácticas obsoletas como el legrado y la hospitalización sistemática, subraya la necesidad urgente de alinear las prácticas locales con las mejores normativas médicas y garantizar un acceso sin barreras al aborto seguro. Para garantizar el pleno ejercicio de los derechos reproductivos, es esencial que las políticas y prácticas de atención al aborto se ajusten a los lineamientos técnicos y los estándares internacionales.

La atención integral para el aborto incluye la entrega de información veraz basada en evidencia, la gestión del aborto, sea este inducido o espontáneo, y la atención posterior al aborto. En esa línea, la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la OMS establece la

eliminación del aborto inseguro como un mandato prioritario para alcanzar el cumplimiento de los objetivos internacionales de desarrollo sostenible. Bajo ese mandato fortalecer el acceso a la atención integral para el aborto dentro del sistema de salud es fundamental para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con asegurar vidas sanas y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades (ODS3) y la igualdad de género (ODS5).

K. La influencia de las normas culturales y el control físico y moral ejercida por actores armados

En los departamentos de Chocó, Valle del Cauca y Bolívar, las interacciones complejas entre las normas culturales profundamente arraigadas y el control ejercido por actores armados han creado un entorno permeado por el estigma, el miedo y la violencia, lo que se traduce en barreras significativas para el acceso al aborto seguro.

Históricamente, prevalece la creencia de que el rol de la mujer afrodescendiente en su contexto social y comunitario está inexorablemente ligado a la maternidad, considerada como un destino y papel esencial para el progreso de sus comunidades. Esta creencia en muchos casos las presiona para que se conviertan en madres, restringiendo sus opciones cuando se enfrentan a la necesidad de un aborto. Las mujeres deben afrontar la estigmatización y la discriminación social, la influencia de creencias religiosas y la presión de sus familias o comunidades para procrear.

Durante el grupo focal realizado en el Valle del Cauca, una de las participantes compartió que dadas las creencias que tiene y perteneciendo a una comunidad afrodescendiente, el valor que le otorga a la vida es muy alto. Entonces, dentro de su comunidad, hablar de la posibilidad de practicarse un aborto es algo que se percibe como un tabú. Las personas tienden a ser reservadas al respecto y a no mencionar, abiertamente, si alguien está considerando un aborto. Otra participante resaltó que uno de los factores que más obstaculizaba el acceso al aborto es el estigma social. En su testimonio, relató que cuando una mujer en su barrio o comunidad se somete a un aborto, es tachada y estigmatizada enérgicamente, lo que genera un temor generalizado entre las mujeres, niñas y adolescentes a buscar servicios de aborto seguros.

“Cuando, digamos, en un barrio o en una comunidad se enteran de que una mujer ha tenido un aborto, es la come hijos, la asesina, entonces eso causa ese miedo o ese temor de que las mujeres, las niñas o las adolescentes quieran acceder a al servicio del aborto.” (Grupo focal Valle del Cauca, comunicación personal, 2023).

Este estigma social impacta directamente en la libertad con la que las mujeres afrodescendientes buscan información y servicios relacionados con la interrupción del embarazo, así como en el tipo de apoyo que solicitan. El miedo a enfrentar la condena social es tan profundo debido a sus consecuencias significativas en sus vidas, roles familiares e incluso en sus comunidades religiosas. Para muchas de estas mujeres, especialmente las

que ya son madres, mantener la confidencialidad de su situación es esencial, y desconfían de acudir al sistema de salud por temor a ser expuestas.

Como resultado de estas dinámicas, algunas mujeres entrevistadas optaron por recurrir a métodos caseros y servicios de aborto fuera del sistema de salud. Su decisión se fundamentó en la necesidad de acceder rápidamente y de manera confidencial a estos servicios, con la esperanza de reducir el riesgo de enfrentar sanciones y reproches sociales por desafiar la norma cultural que dicta que el destino de toda mujer negra afrodescendiente es la maternidad.

La influencia de estas normas culturales a menudo obliga a las mujeres a soportar embarazos no deseados y peligrosos para su integridad física y mental. Aquellas que eligen interrumpir el embarazo por sus propios medios se ven sometidas a la clandestinidad. Este silenciamiento y el tabú hacia el aborto también son resultados de la larga historia de criminalización legal del mismo. En este sentido, es imperativo avanzar hacia la despenalización social para que el estigma impuesto no obstaculice el acceso de las mujeres a una Interrupción Voluntaria del Embarazo segura y de alta calidad, con el apoyo que elijan.

Una segunda dimensión de esta barrera es el control físico y el orden moral impuesto por actores armados. Estos grupos establecen un dominio sobre el cuerpo de las mujeres, ejercido, muchas veces, a través de la violencia sexual, el disciplinamiento y las prácticas de enamoramiento. Esta situación se entrecruza, además, con la profunda debilidad institucional que dificulta en gran medida la denuncia sobre las violencias de las que son víctimas y representa demoras en la atención en salud, incluida la obtención de servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

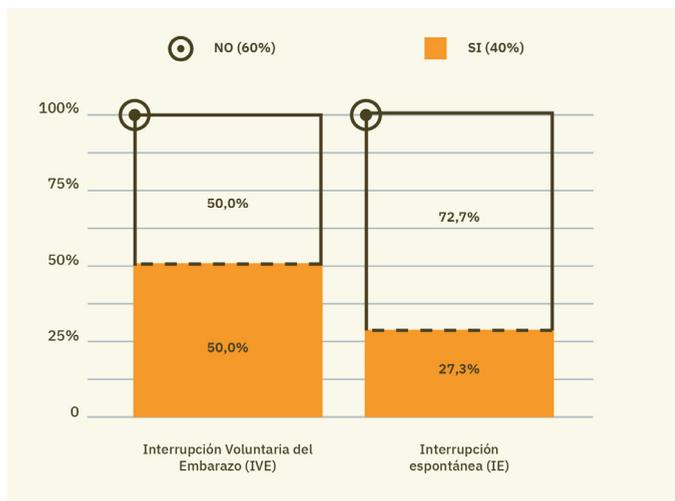
En Quibdó, uno de los municipios más afectados por la guerra, una mujer lesbiana relató haber sido víctima de violencia sexual en razón de su orientación sexual diversa, como una práctica directamente focalizada a corregir y normalizar su cuerpo.

“Yo soy lesbiana pues, el embarazo fue producto de una violación...para corregirme... y no me sentía preparada para tener un bebé en ese momento y pues por las circunstancias en la que fue concebido no quería tenerlo y no quise tenerlo. En ese momento no sabía las causales para un aborto legal, tenía aproximadamente 20 semanas, 21 más o menos” (Mujer N° 1. comunicación personal, 2023).

La pervivencia de la cultura machista y las acciones de los actores armados subyugan el cuerpo y la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres al dominio masculino. Un profesional de medicina general en Quibdó señaló que una práctica de los actores armados es enamorar y establecer relaciones con mujeres negras afrodescendientes menores de 16 años sobre las que ejercen poder y nos les permite tomar decisiones sobre su cuerpo o que accedan a la asesoría sobre las opciones que tienen (Profesional de la salud N° 3. Médico general N°2. comunicación personal, 2023)

El abandono de años de las comunidades afrodescendientes en estos departamentos las pone en especial riesgo de ser víctimas de un amplio repertorio de violencias basadas en género. La gravedad de este contexto se refleja en los datos de la encuesta: el 40% de las mujeres que experimentaron un aborto dijo haber sido víctima de violencia sexual en algún momento de sus vidas. En el caso de aquellas que interrumpieron voluntariamente el embarazo, al menos la mitad (50%) padecieron este flagelo.

Gráfica 25. ¿Alguna vez ha sido obligada a tener una relación sexual?



Además, de las mujeres encuestadas el 56% de las mujeres afirmaron ser víctimas del conflicto armado, siendo las cifras más notables en los departamentos de Chocó (66.7%) y Valle del Cauca (50.0%).

Gráfica 26. ¿Usted es víctima del conflicto armado?



La influencia de los grupos armados también se traduce en restricciones en la movilidad y la locomoción de las mujeres. En algunos momentos, pueden imponer dinámicas de confinamiento que limitan gravemente su locomoción y su autonomía. Un ejemplo de esta situación se observa en el Bajo Baudó, donde en el transcurso de 2021, se reportaron 2.963 personas confinadas debido a la presencia de grupos armados, según la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios -OCHA- (Informe de la OCHA citado en El Espectador, 2021). Este organismo señala que el departamento de Chocó reporta más del 65% de las personas víctimas de confinamiento a nivel nacional, particularmente en Bojayá, Alto, Medio y Bajo Baudó (Informe de la OCHA citado en CHODES, 2021). A su vez, advirtió la doble afectación que las comunidades afrodescendientes enfrentan actualmente debido a la persistencia de las lluvias asociadas al fenómeno del niño y el conflicto armado, lo que genera un impacto humanitario y limita el acceso a bienes y servicios básicos (2022).

En este sentido, en relación con la situación que viven en Chocó, una enfermera de Quibdó señaló:

“En los grupos, los miembros de los grupos armados, violentan a la persona y luego le dicen: “Es que, si salís de acá antes de cuatro meses, ya sabes que te mato” y eso no se ha tenido en cuenta. Entonces, cuando la mujer puede salir, (...) cuando logra salir no pudo hacer la respectiva denuncia, porque no tuvo acceso a ello y cuando logra salir el embarazo está tan avanzado, que sería un riesgo, potencialmente letal, esa interrupción en esas condiciones. Es que se puede hacer la remisión, hay que remitirla, bueno para que se le haga la asistolia fetal. Pero el impacto emocional que va a tener sobre ella va a ser mucho mayor toda la trayectoria, el recorrido, tuvo que llegar desde Amporá a Puerto Meluk, Puerto Meluk a Istmina, Istmina a Quibdó, Quibdó a Bogotá, Bogotá a Clínica de del Rosario, Clínica del Rosario, ¡Ay Dios mío!” (Profesional de la salud N°1-Profesional de Enfermería N°1. comunicación personal, 2023).

Resaltar el papel que desempeña el conflicto social, político y armado en estos departamentos es fundamental para entender las dinámicas territoriales que pueden incidir en que una mujer afrodescendiente acuda al sistema de salud forma tardía o al aborto inseguro. La enfermera de Quibdó en esta misma línea agregó que los actores armados con presencia en Chocó restringen gravemente la atención en salud y, por tanto, este factor debería tenerse en cuenta desde un enfoque diferencial para atender los casos de las mujeres que llegan con más de 24 semanas de gestación debido a las dinámicas de violencia derivadas del conflicto armado.

“Controlan a la persona, las confinan, les impiden que puedan acceder a la salud (...) nosotros somos los que vemos las lágrimas y el sufrimiento que se nota en la piel, la persona con el rostro asoleado demacrado con hemoglobina de 6 y sufrir y llorar y no tener, como quien dice, aquí tienes un apoyo. Y va pasando el tiempo y vemos que este problema se va agravando y se va aumentando se va incrementando y es como si a nadie le importara, como si no fuéramos personas. (...). La persona

objeto de la violencia no lo pidió, no lo solicitó. En algunos casos ni tan siquiera le dejaron la oportunidad de pronunciar una sola palabra, entonces cómo no abrir para esa persona también las oportunidades, para que pueda restituirse, restablecerse y que pueda seguir con su proyecto de vida” (Profesional de la salud N°1-Profesional de Enfermería N°1. comunicación personal, 2023).

Un médico general en Buenaventura expuso un caso que ilustra esta problemática. El profesional relató haber atendido a una paciente que se encontraba en una etapa avanzada del embarazo, con más de 24 semanas de gestación. Al indagar sobre la razón de su consulta tardía, la paciente compartió que no deseaba continuar con el embarazo debido a que había sido víctima de violación. Sin embargo, su situación se veía complicada por la presencia de grupos armados en su entorno, que habían confinado a la comunidad, limitando severamente su movilidad (Entrevista médico general No4 Valle del Cauca, 2023).

El impacto de estas dinámicas de violencia en la autonomía reproductiva de las mujeres es alto porque incide en que estas mujeres lleguen a edades gestaciones avanzadas para las que hay mayores barreras de acceso debido a la baja disponibilidad de IPS que brinden servicios de IAF y el manejo del óbito fetal.

Además, una vez alcanzada la semana 24 deben ser atendidas bajo el sistema de causales que, como ya ha sido suficientemente documentado por las organizaciones de derechos sexuales y reproductivos (Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2017), plantea desafíos porque pueden ser insuficientes para garantizar el acceso equitativo al aborto, debido a las interpretaciones restrictivas sobre las causales y las múltiples dilaciones administrativas que se imponen en el acceso a la IVE bajo el sistema de las causales.

En Colombia la mayor parte de los abortos ocurren en el primer trimestre de gestación. Según datos de Profamilia el 75% de los abortos realizados en sus clínicas ocurren antes de la semana 9 y el 88% antes de la semana 12, esto quiere decir que 3 de cada 4 abortos realizados ocurrieron en el primer trimestre del embarazo. Mientras que la IVE después de la semana 24 se relacionan con la persistencia de las brechas en el acceso, entre ellas, el estigma social, los contextos de pobreza y la violencia son factores que les impide acercarse a tiempo a la atención en salud (Profamilia, 2023).

El Comité de Derechos Humanos y el Comité contra la Tortura han establecido que obligar a las mujeres a llevar a término un embarazo no deseado puede equivaler en algunos casos a un trato cruel e inhumano. Las mujeres negras afrodescendientes deben poder acceder a estos servicios, en todos los niveles de complejidad y en la etapa del embarazo que lo requiera.

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son derechos humanos y por lo tanto su garantía reconoce que la igualdad, la equidad de género y la emancipación de las mujeres y niñas son esenciales para la sociedad (Sentencia C-355 de 2006). Estos derechos hacen parte del derecho fundamental a la salud, así como del derecho a la autodeterminación

y la libre determinación sobre la decisión de cuántos hijos desean tener las mujeres. Limitar los derechos mencionados, en especial obligar a las mujeres a ser madres cuando no lo han deseado, no guarda consonancia con los deberes del Estado que implican la garantía y protección de los derechos de la mujer y, en especial, el ejercicio de su autonomía sobre el momento oportuno para ser madre. En la sentencia SU-096 de 2018 la Corte Constitucional estableció que los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo deben estar disponibles en todo el territorio nacional.

El estigma y el miedo inducidos por la presencia de grupos armados tienen un impacto en la decisión de buscar atención médica para el aborto. Las mujeres enfrentan la disyuntiva entre su salud y bienestar y la amenaza percibida de represalias o castigos por parte de estos grupos. Esta situación se agrava aún más por la falta de privacidad y confidencialidad de los servicios médicos. Una de las barreras que enfrentan las mujeres afrodescendientes es el miedo a la violación del secreto profesional.

Este temor está fundamentado en experiencias concretas ligadas a la persecución penal y la consecuente estigmatización social. La prolongada criminalización del aborto y la ausencia de una política pública integral en materia de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) alimentaron durante mucho tiempo la persecución de mujeres que buscaban servicios de aborto, incluso cuando se encontraban en alguna de las circunstancias previstas por el sistema de causales establecido por la Sentencia C-355 de 2006. Esta persecución tiene dos efectos directos basados en la percepción distorsionada de que todo aborto configuraba un delito. En primer lugar, se estigmatiza a las mujeres que abortan. En segundo lugar, se limita el derecho de las mujeres a la intimidad, a menudo expresado en la atención sanitaria cuando los profesionales de la salud desconocen el derecho al secreto profesional.

Según la demanda de inconstitucionalidad presentada por el movimiento Causa Justa, el 65,85% de las condenas por el delito de aborto se basaron en información proporcionada por el personal médico, en clara violación del derecho al secreto profesional. De esta manera, el temor de las mujeres a ser expuestas está respaldado por hechos concretos que representan una amenaza real para su vida y bienestar, ya que las aleja de la búsqueda de servicios de salud seguros para interrumpir el embarazo.

En el caso *Manuela y Otros vs. El Salvador*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) estableció un estándar fundamental en relación con el deber del secreto profesional, destacando su importancia crucial, especialmente en situaciones de emergencias obstétricas. La Corte subrayó que el derecho a la confidencialidad de la atención médica, protegido por el deber del secreto profesional, es esencial para salvaguardar la integridad y los derechos de las personas, en particular, de aquellas que enfrentan circunstancias sensibles como la interrupción del embarazo.

En el fallo, la Corte IDH reconoció que la divulgación de información médica en casos de urgencias obstétricas puede tener consecuencias graves al limitar el acceso adecuado a la

atención médica por parte de mujeres que temen ser criminalizadas. La sentencia enfatizó que, aun siendo el secreto profesional un derecho no absoluto, sujeto a restricciones legítimas, debe privilegiarse en contextos donde la vida de la mujer está en riesgo. En este sentido, la Corte resaltó la colisión aparente entre dos normas: el deber de guardar el secreto profesional y el de denunciar. La decisión de la Corte concluyó que, en casos de urgencias obstétricas, el deber de mantener el secreto profesional debe prevalecer, ya que la divulgación de información médica puede desincentivar a las mujeres a buscar atención médica, poniendo en peligro sus derechos fundamentales a la salud, la integridad personal y la vida.

Además, la recomendación general No. 25 del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD) del año 2000, que se enfoca en la discriminación racial relacionada con el género, ya advertía que la vigilancia y la evaluación que se da de forma constante hacia las mujeres indígenas y afrodescendientes implica ciertas desventajas en el acceso a la IVE. Estas situaciones generan una vulneración a los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar a la privacidad y la autonomía de decidir sobre la salud de sus cuerpos, sumado a que implica una vulneración concreta al marco regulatorio nacional e internacional sobre el secreto profesional médico.

Primero, es importante entender que el secreto profesional es la reserva que se debe guardar ante la información que las personas le otorgan al personal médico en el marco de una relación de confianza. De manera concreta, el Código de Ética Médica internacional establece que uno de los deberes que se tiene frente a los y las pacientes es el deber de guardar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente. Por otro lado, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos reconoció ante la tendencia de violar el secreto profesional para criminalizar a mujeres y personas con capacidad de gestar al practicarse abortos, que el secreto profesional entre el paciente y el personal de salud es inviolable. En el ámbito nacional, desde el artículo 74 de la Constitución Política se establece el secreto profesional como inviolable. De manera específica, el secreto profesional médico regulado por la ley 23 de 1981 y el decreto 3380 del mismo año estipula que el personal de salud está obligado a guardar la información que reciba en razón de su profesión debido al nivel de confianza que se genera con la paciente, incluso cuando la información que le suministra la paciente pueda auto incriminarla, aclaración que quedó marcado en la sentencia C-264 de 1996.

Esto último señala que incluso ante una evidente prohibición de la vulneración al derecho a la privacidad, las mujeres y personas con capacidad de gestar, en especial afrodescendientes quienes deben cargar con la carga histórica del prejuicio que les cubre sobre la obligación de fertilidad y reproducción, deben enfrentar prácticas como la criminalización por parte del personal de salud.

Dentro de las problemáticas identificadas en el acceso a la IVE se logra ver que muchas veces las mujeres para ejercer sus derechos reproductivos y acceder al aborto deben arriesgar su seguridad física y psicológica. En una entrevista con un profesional de la salud

en psicología en el Valle del Cauca, se destacó la complejidad de la situación, donde muchas pacientes expresan su dificultad para acceder a la atención médica, especialmente durante el embarazo. Algunas de estas barreras incluyen la imposibilidad de salir de sus barrios, la falta de apoyo de sus parejas o la presión de grupos armados. Esta problemática afecta de manera significativa a mujeres de bajos recursos que viven en zonas de alto riesgo, donde la disponibilidad de servicios médicos es limitada y su situación socioeconómica dificulta que puedan trasladarse en búsqueda de atención. En resumen, esta combinación de factores hace que el acceso al aborto sea un desafío significativo en estas comunidades.

“Muchas pacientes me expresan, por ejemplo, que no pueden realizar un control prenatal debido a que no pueden salir de sus barrios. O cuando a veces les preguntamos por qué esperaron hasta las 15 semanas para iniciar el proceso, responden ‘Es que no puedo salir de mi barrio’ (Profesional de psicología No 1, Comunicación personal, 2023).

En este mismo sentido, expresan las formas como se manifiesta la violencia por el conflicto armado en el control de los cuerpos de las mujeres afrodescendientes de Quibdó.

“A veces, a las mujeres se les proporciona misoprostol antes de las 10 semanas de gestación para realizar el aborto en casa, ya que la norma lo permite. En algunos casos, pueden experimentar sangrado y necesitar un control médico, pero su acceso a los servicios de salud se ve obstaculizado porque no pueden salir de su barrio debido al conflicto armado” (Entrevista profesional de la salud N° 4. Profesional de enfermería N°2.Chocó, comunicación personal, 2023).

El estigma social, la violencia y el control ejercido por actores armados se entrelazan de manera significativa, creando un entorno hostil para las mujeres afrodescendientes que intentan acceder al aborto seguro. La despenalización social y la implementación de políticas públicas que aborden estas barreras desde un enfoque étnico-racial son esenciales para garantizar el derecho de estas mujeres a tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva y acceder a servicios de calidad de manera oportuna y segura.

El Estado colombiano debe desarrollar políticas públicas diferenciales que faciliten el acceso al aborto, incluso en contextos desafiantes. Una estrategia viable podría ser vincular a las parteras tradicionales para mejorar la calidad de la información proporcionada a las mujeres afrodescendientes. Además, permitir el uso de misoprostol y mifepristona en el hogar podría garantizar mayor privacidad, comodidad y aceptación de los servicios, sin comprometer la seguridad de las mujeres negras afrodescendientes. Esta opción de autocuidado del aborto es especialmente relevante, dado que la mayoría de los abortos ocurren en el primer trimestre de gestación y el aborto con medicamentos es un método menos costoso y con menos trámites administrativos. Esta alternativa no excluye la posibilidad de que aquellas mujeres que lo deseen reciban apoyo médico en una IPS de atención primaria.

L. Discriminación racial y tratos crueles y degradantes

La discriminación racial y los tratos crueles, inhumanos y degradantes imponen serias barreras a las mujeres negras afrodescendientes en el acceso seguro, oportuno y humanizado a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Para muchas de ellas, la sola idea de buscar atención médica para la IVE se ve empañada por la anticipación de discriminación, la violencia ginecobstétrica y una posible exposición pública a la sanción social, además del temor a que sea negado el servicio esencial que necesitan. Los malos tratos, las dilaciones en la atención y la falta de información veraz empujan a las mujeres a buscar métodos alternativos para poner fin a los embarazos no deseados.

Esto se hace evidente en el testimonio de una de las mujeres entrevistadas en Quibdó. Cuando se le preguntó por qué no buscó el sistema de salud para realizar el aborto, ella compartió su experiencia:

“(...) Fue por el miedo a ser juzgada. Siempre tengo la sensación de que las enfermeras, los médicos y el personal del hospital nos juzgan. Al final de mi proceso de aborto, tuve que ir a la clínica porque no salió como esperaba y tuve una hemorragia, lo que me obligó a buscar atención médica. Lamentablemente, durante la atención médica, escuché comentarios muy discriminatorios y ofensivos por parte de las enfermeras. No estoy segura si fue debido a que decidí hacerlo de una manera empírica o simplemente porque opté por interrumpir el embarazo (...)” (Mujer N° 1. Comunicación personal, 2023).

Estas situaciones exponen la necesidad de que en el entorno sanitario y la prestación de servicios de salud se incorpore el enfoque y perspectiva étnico-racial de manera tal que se eliminen las prácticas de discriminación y racismo institucionalizadas, y se garantice la prestación de servicios de salud acorde a los contextos sociales, culturales y poblacionales de los territorios. Esto es particularmente relevante y prioritario en municipios donde hay presencia significativa de personas con pertenencia étnico-racial.

Mara Viveros concibe el racismo institucional como un fenómeno arraigado que se reproduce a través de las instituciones establecidas en la sociedad, entre las cuales se incluyen las instituciones sanitarias. Este tipo de racismo, como describe Viveros, opera a través de las “fuerzas establecidas y respetadas en la sociedad” como las instituciones educativas, económicas, sanitarias y culturales (2020, p. 22). En el contexto de América Latina, el impacto del racismo institucional se manifiesta en peores resultados en salud, con tasas más altas de mortalidad infantil entre las personas indígenas y afrodescendientes. Además, estas comunidades enfrentan necesidades básicas insatisfechas, condiciones de vida precarias y un acceso limitado a la educación y la atención médica, evidenciando así la profundidad de la discriminación arraigada en las estructuras institucionales de la sociedad (Viveros Vigoya, 2020, p. 23).

La implementación efectiva del enfoque étnico por parte de los profesionales de la salud en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva representa un paso crucial para mitigar las experiencias de discriminación racial y violencia ginecobstétrica enfrentadas por las mujeres negras afrodescendientes al intentar acceder a estos servicios. Al comprender y aplicar adecuadamente el enfoque étnico diferencial, los profesionales de la salud pueden identificar y abordar las desigualdades y discriminaciones que enfrentan las personas negras afrodescendientes al buscar atención en salud sexual y reproductiva. Esto les permite desarrollar acciones específicas destinadas a eliminar cualquier riesgo de discriminación racial y garantizar la prestación de servicios humanizados, respetuosos, y libres de barreras institucionales impuestas por la identidad étnico racial de las usuarias.

Las mujeres afrodescendientes enfrentan una serie de desafíos cuando se acercan al sistema de salud, incluso si están bien informadas sobre el procedimiento y sus derechos. Son vulnerables a abusos, tratos crueles, inhumanos y degradantes cuando buscan asistencia médica para interrumpir el embarazo, muchos de estos se reflejan en prácticas en salud que configuran escenarios de violencia ginecobstétrica. Estos abusos están relacionados con el tipo de procedimiento que solicitan, porque para muchos profesionales de la salud el aborto es contrario a las expectativas que la sociedad asigna a las mujeres sobre la maternidad. Esta carga moral impuesta desconoce la capacidad de las mujeres para tomar decisiones éticas y responsables sobre su proyecto de vida.

Cuando se trata de mujeres negras afrodescendientes, la pertenencia étnico-racial muchas veces subyace en la discriminación y el maltrato cometidas contra ellas. A menudo deben lidiar con el estigma social de que las mujeres negras afrodescendientes solo se reproducen y no se cuidan, en otros casos son etiquetadas como “asesinas” y señaladas de traicionar el destino de las mujeres negras afrodescendientes en sus comunidades, así lo relató el testimonio de una mujer en Barú.

“No quise que nadie lo supiera porque en nuestra sociedad, lamentablemente, el aborto es visto de manera negativa. Temía ser señalada y enfrentar el estigma social. La gente tiende a juzgar a quienes han pasado por un aborto, y eso podía ponerme en una situación vulnerable ante diversas formas de violencia por parte de la comunidad.”
(Mujer No8. Barú No 2, comunicación personal, 2023).

Además, la discriminación racial se manifiesta en la expectativa de que las personas afrodescendientes son capaces de soportar más dolor o dificultades antes de recibir atención médica. El testimonio de una mujer afrodescendiente de Cartagena ilustra esta barrera. Aunque ella buscó atención médica por un aborto espontáneo experimentó demoras significativas, tardando más de 7 días en recibir la atención que necesitaba. En su segunda visita a la IPS, fue acosada sexualmente y le negaron atención inmediata, lo que la obligó a regresar al día siguiente para ser valorada nuevamente.

“(…) llegué un poco antes de las 9, como a las 8, y a las 12 pasé a ginecología y me dicen ‘hoy no hacemos abortos, ya a esta ahora no hacemos abortos, a esta

hora nos hacemos legrado'. Entonces, tuve una discusión con el médico, expresé mis preocupaciones y desacuerdo con la situación. Además, mi cita inicial con ginecología fue con un practicante, uno de esos jóvenes en rotación que suelen estar en las clínicas. Después de realizar el tacto vaginal, este practicante me hizo proposiciones inapropiadas e incómodas, invitándome a salir. Luego, cuando me atendió el ginecólogo, me informó que a esa hora ya no se realizaban abortos." (Mujer No 9, Cartagena, comunicación personal, 2023).

Finalmente, cuando la atendieron, le informaron que le realizarían un legrado a pesar de tener solo 10 semanas de gestación. No se le proporcionó información sobre la posibilidad de llevar a cabo el procedimiento con medicamentos, a pesar de que otras pacientes recibieron esa opción. El legrado tuvo complicaciones y duró más de lo previsto, lo que llevó a la intervención de un ginecólogo para completar el procedimiento. Al final, la obligaron a mirar el producto de la gestación, lo que la sumió en un estado de angustia y humillación. En este caso, también se pasó por alto la necesidad de un manejo adecuado del dolor y de un trato humanizado. A pesar de que la paciente expresó en repetidas ocasiones durante la atención que estaba experimentando un alto nivel de dolor y solicitó ayuda para abandonar el hospital, ambas solicitudes fueron negadas. Este caso configura un caso de violencia ginecobstétrica porque la atención en salud estuvo atravesada por formas de maltrato, deshumanización, abuso de poder en el contexto de la atención de un aborto.

La violencia ginecobstétrica es un término amplio que comprende diferentes prácticas y formas de maltrato y violencia que ocurren en el escenario de la prestación de servicios de salud relacionados con la atención ginecológica y obstétrica. En ella se intersectan diferentes formas o prácticas de violencia tales como la basada en el género y la institucional, por tanto, puede abarcar todas las situaciones o interacciones en el ámbito de la atención sexual y reproductiva en las que las mujeres reciben maltrato psicológico, deshumanización, agresiones físicas y verbales o simbólicas. Esa violencia no se limita solo al embarazo y parto, sino también a cualquier atención relacionada con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, como los servicios de aborto. Además, sus afectaciones implican la sujeción de las usuarias a situaciones que limitan su autonomía cuando se encuentran en estados de indefensión y bajo la autoridad del entorno sanitario. Sus efectos conllevan a la vulneración de la autonomía de las usuarias, sometiéndolas a situaciones de vulnerabilidad y subordinación dentro del sistema de salud, infringiendo así sus derechos sexuales, reproductivos y a la salud.

En particular, la atención hacia las mujeres negras afrodescendientes bajo este contexto revela manifestaciones específicas de violencia ginecobstétrica, definidas por estereotipos y prejuicios raciales. Estos prejuicios perpetúan la noción errónea de que los cuerpos de las mujeres negras afrodescendientes son más resistentes al dolor, además de sostener la creencia discriminatoria de que tales situaciones son consecuencia de su supuesta negligencia en el cuidado de su salud sexual y reproductiva. Otra manifestación de esta discriminación racial es el maltrato y la desinformación que enfrentan, especialmente cuando en las IPS se les comunica la existencia de horarios específicos para la realización

de la IVE. Adicionalmente, se refleja en la negación de un adecuado manejo del dolor y la falta de apoyo emocional durante el proceso del aborto.

No obstante, en el transcurso de las entrevistas con profesionales de la salud, surgió una preocupante tendencia. Cuando se les consultó sobre la implementación del enfoque étnico-racial en la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), muchos de ellos indicaron que no se tiene en cuenta la pertenencia étnico-racial de las mujeres en la prestación de estos servicios. Esta carencia de reconocimiento adquiere una importancia crítica, dado que la falta de medidas específicas dirigidas a las mujeres con pertenencia étnico-racial perpetúa la limitación en el acceso al aborto y descuida aspectos cruciales de la atención médica que, en última instancia, desalientan a las mujeres pertenecientes a estos grupos de buscar servicios de salud.

Mara viveros en su artículo *Los colores del antirracismo* (en América Ladina), afirma que el racismo institucional actúa a través de las “fuerzas establecidas y respetadas en la sociedad” como son las instituciones, educativas, económicas, sanitarias, culturales, etc. Su efecto en América Latina ha sido que las personas indígenas y afrodescendientes tienen mayores tasas de mortalidad infantil, de necesidades básicas insatisfechas, peores condiciones de vida y menor acceso a la educación y a la salud (Vigoya, 2020, p. 22).

A lo relatado por las mujeres en las entrevistas, se suman prácticas en la atención de la IVE que desconocen el principio de aceptabilidad en la prestación del servicio de salud que pueden exponerlas y hacerlas más vulnerables. En ese sentido, una de las enfermeras entrevistadas en Quibdó expuso algunos de los problemas en la forma en que se brinda la atención de la IVE que amenazan el derecho a la intimidad y dignidad de las mujeres negras afrodescendientes.

“Lo que limita que las mujeres acudan son el miedo a que no haya discreción y la falta de confianza en la atención médica. Además, la atención tiende a demorarse, ya que a menudo se priorizan otras patologías o pacientes por encima de las mujeres que buscan la interrupción del embarazo. Además, el lugar de acceso no es discreto; las mujeres ingresan por el mismo lugar que las pacientes que dan a luz a sus bebés. Esto significa que las mujeres que buscan la interrupción se encuentran en una sala de postparto, rodeadas de mujeres que han tenido embarazos deseados y no es una experiencia gratificante para ellas. Es importante considerar un entorno más adecuado para este proceso” (Profesional de la salud N° 4. Profesional de enfermería N°2. Comunicación personal, 2023).

Todo lo expuesto configura una omisión de la obligación general de garantizar que los servicios de salud sexual y reproductiva sean aceptables. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece en su recomendación general 22 que

Los Estados partes deben informar sobre las medidas que han adoptado para garantizar el acceso a servicios de atención médica de calidad, lo que entraña, por ejemplo, lograr que sean aceptables para la mujer. Son aceptables los servicios que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas (CEDAW, 1999, p. 5).

En ese sentido recomienda a los Estados que todos los servicios de salud “sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa” (numeral 31, 1999).

Las mujeres negras afrodescendientes son sometidas a tratos que causan sufrimiento, humillación y degradación de su dignidad humana en el sistema de salud. Durante las entrevistas realizadas, se identificó la imposición de malos tratos y señalamientos por parte de los profesionales de la salud. Estas prácticas están destinadas a hacer que las mujeres se sientan culpables por la decisión que han tomado y, lamentablemente, su pertenencia étnico-racial las hace aún más vulnerables a estos abusos y malos tratos. Tal como señala una mujer afrodescendiente que acudió al sistema de salud en Cartagena.

“(…) La forma en que nos trataban daba la impresión de que no les importábamos en absoluto. Para mí, el hecho de que todas fuéramos mujeres negras afrodescendientes tuvo un gran impacto. Esto se debe al constante estereotipo de que ‘nosotras aguantamos, somos súper fuertes, nosotras...’ — y que debemos tener hijos — sí, — se espera que las mujeres negras afrodescendientes se reproduzcan (...)” (Mujer No 9, Comunicación personal, 2023).

El testimonio de una mujer de Barú ilustra el contexto de la atención que recibió cuando acudió a una IPS privada en Cartagena.

“Cuando llegué a la IPS, experimenté un trato muy desagradable. Me miraron de una manera que me hizo sentir incómoda, y, de hecho, salí de allí llorando porque me hicieron sentir mal. En ese momento, tuve la sensación de que estaban tratando de disuadirme de la decisión que ya había tomado de interrumpir el embarazo. De hecho, un miembro del personal de salud me dijo: ‘¡Ay, si tú sabías lo que te esperaba, para qué lo hiciste!’ (Mujer No8. Barú No 2. Comunicación personal, 2023).

El derecho internacional de los derechos humanos reconoce en grado creciente que los abusos y los malos tratos infligidos a mujeres que tratan de obtener servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género (A/HRC/22/53). Los proveedores de servicios sanitarios tienden a ejercer una autoridad considerable, reforzada por la situación de indefensión en la que se encuentran las mujeres, hombres trans y personas no binarias AFAN negras cuando están en el entorno sanitario.

Debido a esa posición de indefensión y a los procesos de culpabilización por los que atraviesan durante la atención en salud, es posible que las mujeres eviten acudir al sistema de salud para la interrupción de la gestación y optan por buscar otras formas de autogestionarse el aborto muchas veces de forma insegura.

La Corte Constitucional, en virtud del bloque de constitucionalidad integrado por diversos pronunciamientos de organismos internacionales, ha señalado que el ejercicio de los derechos reproductivos supone el respeto de la autonomía que tienen las personas de decidir libremente si desean o no tener hijos/as. De acuerdo a los estándares de la Corte, la autodeterminación reproductiva reconoce el derecho a estar libres de todo tipo de interferencias en la toma de decisiones reproductivas, incluida la violencia física y psicológica, la coacción y la discriminación, pues no se deben sufrir tratos desiguales injustificados por razón de las decisiones reproductivas (Corte Constitucional, 2012).

El estigma social, los imaginarios culturales y las creencias personales influyen en las actitudes y el comportamiento del personal de salud encargado de proporcionar servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Esta realidad desincentiva la búsqueda oportuna y segura de atención médica.

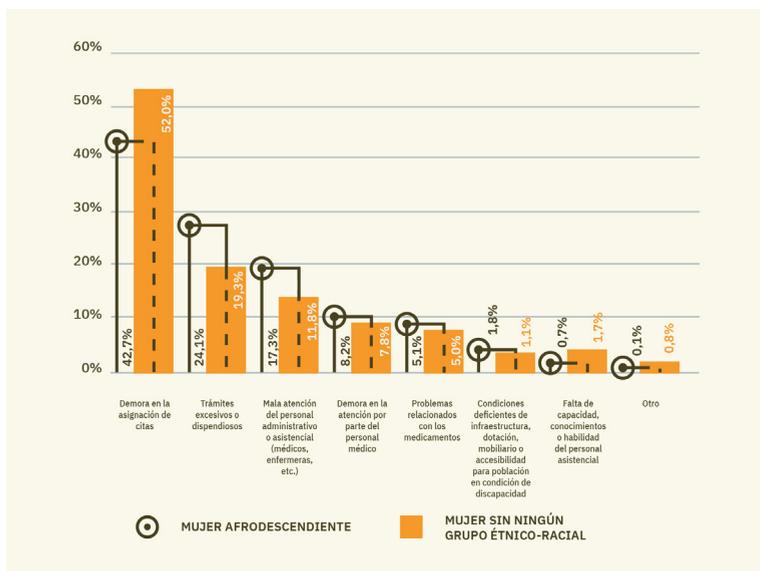
Los malos tratos, la violencia ginecobstétrica y la discriminación en el entorno médico también pueden explicar por qué, de las 8 mujeres entrevistadas en esta investigación, solo dos buscaron atención médica como primera opción. Estos relatos subrayan la necesidad crítica de abordar la discriminación étnico-racial y el estigma en el sistema de salud para garantizar un acceso seguro, oportuno y humanizado a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo, así como el respeto a los derechos y la dignidad de todas las mujeres.

Los datos estadísticos respaldan las experiencias identificadas en las entrevistas relacionadas con la discriminación étnico-racial en la atención médica. Una de las preguntas de la Encuesta de Calidad de Vida de 2022 indaga por qué las personas califican como malo o muy malo los servicios de salud en Colombia. Según esta pregunta, el 12% de las personas sin ningún grupo étnico-racial afirma que el servicio de salud es malo o muy malo debido a la atención del personal administrativo o asistencial (médicos, enfermeras, etc.). Sin embargo, este resultado aumenta en 5 puntos porcentuales entre las personas afrodescendientes. Lo mismo ocurre en el caso de trámites excesivos o dispendiosos, donde el 20% de las personas sin ningún grupo étnico afirma que este es el factor que más influye en su percepción de un servicio, mientras que para las personas afrodescendientes la cifra llega al 25%.

Para el caso de las mujeres afrodescendientes, el 24% afirma que el servicio de salud es malo, por los trámites excesivos o dispendiosos, mientras que este resultados disminuye a 19% a las mujeres no afrodescendientes ni indígenas; es decir, es posible exista un trato diferencial y discriminatorio hacia las personas afrodescendientes, por ejemplo, existe una menor proporción de la población afrodescendientes que afirma que el servicio de salud es

malo por las demoras en la asignación de citas, con respecto a las personas sin ningún grupo étnico-racial.

Gráfica 27. ¿Cuál es el aspecto que más influye en su percepción sobre la calidad del servicio de su EPS o de la entidad de seguridad social en salud en la cual está afiliado(a)?



Fuente: Elaboración propia, con base a Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ECV 2022.

Sin embargo, esta proporción aumenta en los trámites, la mala atención y las demoras en la atención del personal médico, es decir, en aspectos que conlleva alguna u otra presencialidad. Por ejemplo, el 17,3% de las mujeres afrodescendientes afirma que existe una mala atención del personal, pero este resultado disminuye 5pps en las mujeres no afrodescendientes ni indígenas, así mismo, pero en menor medida, sucede en la demora de atención, e incluso en aspectos de infraestructura.

Estos datos reflejan que en general las mujeres negras afrodescendientes están menos satisfechas con la calidad de la atención en salud que reciben, y esto está relacionado con dinámicas de discriminación étnico-racial y las condiciones de desigualdad. La matriz de opresión étnico-racial.

Capítulo 6

Recomendaciones



La falta de equidad en el ámbito de la salud con respecto al aborto en mujeres negras afrodescendientes está estrechamente vinculada al racismo estructural y a las profundas desigualdades sociales injustas y evitables que este genera. Estas disparidades pueden ser abordadas mediante intervenciones apropiadas guiadas por la implementación del enfoque étnico-racial y desarrolladas en el momento oportuno.

Las condiciones de vulnerabilidad estructural que enfrentan las personas y las comunidades afrodescendientes tienen un impacto significativo en su acceso y disfrute de derechos fundamentales, como la salud, la educación y el acceso a servicios públicos esenciales. La limitación en el acceso a estas garantías básicas afecta la capacidad de las mujeres negras afrodescendientes para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. La infraestructura en salud deficiente, la ausencia de medidas de política diseñadas bajo un enfoque étnico-racial, la falta de condiciones básicas de saneamiento, la escasa conectividad a internet y los resultados educativos deficientes son factores que limitan las oportunidades de las personas para conocer sus derechos, demandar su cumplimiento y acceder a los cuidados y servicios necesarios relacionados con la salud sexual y reproductiva.

En los departamentos de Chocó, Bolívar y Valle del Cauca, estas condiciones estructurales se ven agravadas por las características particulares de estos territorios, porque tienen condiciones geográficas desafiantes, experimentan los efectos directos del conflicto armado y están impregnados de prácticas arraigadas a la cultura machista, lo que sitúa a las mujeres negras afrodescendientes en márgenes aún más vulnerables. La profundización de estas desigualdades y la convergencia de los factores mencionados agravan las dificultades que enfrentan las mujeres negras afrodescendientes al buscar atención médica adecuada y ejercer sus derechos reproductivos.

El análisis descriptivo sobre las condiciones que sitúan a las mujeres negras afrodescendientes en los márgenes, los testimonios de las mujeres y las entrevistas a profesionales de la salud nos permitieron identificar las brechas entre el marco legal de los

derechos sexuales y reproductivos y las realidades materiales en las que viven las mujeres negras afrodescendientes en los tres departamentos priorizados en la investigación. Sin embargo, las recomendaciones de este estudio no se limitan a estos 3 departamentos porque consideramos que las fallas estructurales identificadas afectan a las mujeres negras afrodescendientes que habitan más allá de estos territorios.

El análisis de las entrevistas, las respuestas a las solicitudes de información y los hallazgos de los grupos focales nos permiten concluir que el acceso al aborto está condicionado negativamente para las mujeres con étnica y racialmente diferenciadas.

En Colombia hay brechas de desigualdad que afectan el acceso de las mujeres negras afrodescendientes a servicios de salud sexual y reproductiva, en general y a la interrupción voluntaria del embarazo, en particular. La persistencia de las barreras genera que arriesguen su vida en abortos inseguros, enfrenten tratos crueles y humillantes por parte de las instituciones, cursen embarazos no deseados llevados a término forzosamente y tengan mayor incidencia de complicaciones asociadas al aborto, incluida la muerte.

A pesar de los avances significativos en la normativa internacional y nacional en materia de derecho al aborto, la realidad en la que se encuentran las mujeres negras afrodescendientes revela desafíos específicos que socavan la efectividad de este marco legal. Algunas de esas brechas están relacionadas con la penalización social del aborto, la falta de difusión de información sobre los derechos, la debilidad institucional en la aplicación del marco legal y la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, la falta de acceso a servicios médicos adecuados y las dinámicas del conflicto armado sobre la autonomía y locomoción de las mujeres. Además, las barreras culturales y la estigmatización conducen a que se sientan marginadas o avergonzadas al buscar servicios de aborto en el entorno médico.

Tales circunstancias hacen que el marco legal existente tenga un alcance limitado y no sea efectivo para garantizar sus derechos reproductivos y su salud. Para abordar esta situación, es crucial que se tomen medidas específicas y orientadas desde un enfoque étnico-racial a las necesidades de las mujeres negras afrodescendientes, centradas en identificar, comprender y abordar los desafíos reales que enfrentan.

La imposición de barreras en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo constituye violencia y discriminación contra la mujer. La Corte Constitucional ha establecido unos deberes y condiciones mínimas que el Sistema de Seguridad Social en Salud debe garantizar para la efectiva materialización del derecho a la IVE. En ese sentido, la Corte señaló que el SGSS tiene la obligación de asegurar el acceso real, oportuno y de calidad a la interrupción voluntaria del embarazo en todos los grados de complejidad, en todo el país y en cualquier etapa del embarazo (Sentencia SU-096 de 2018). Para lograrlo, debe garantizar el número adecuado y suficiente de proveedores habilitados para brindar el servicio de la IVE. Además, las entidades territoriales -distritos, departamentos y municipios- tienen la obligación de asegurar que los servicios de IVE estén disponibles en la red de servicios de salud, en condiciones de seguridad, calidad y salubridad (Sentencia T-388 de 2009).

Asimismo, la Corte ha sostenido que una condición para el ejercicio pleno del derecho a la IVE implica que esos prestadores de salud cuenten con la infraestructura y los insumos para realizar los procedimientos de IVE y que ni ellos ni el personal asistencial en salud impongan dilaciones o barreras injustificadas. Estos estándares han sido reforzados por el Ministerio de Salud mediante circulares y resoluciones que desarrollan directrices técnicas y operativas para la adecuada prestación del servicio de la interrupción voluntaria del embarazo. Sin embargo, su aplicación material requiere de medidas de política pública adicionales específicamente diseñadas para abordar las complejidades sociales y políticas que rodean a las mujeres negras afrodescendientes en Colombia. Esto implica adoptar medidas concretas y enfocadas desde una perspectiva étnico-racial que tenga en cuenta las necesidades de las mujeres negras afrodescendientes, centradas en identificar, comprender y superar los desafíos reales que enfrentan en el acceso a la atención médica en salud sexual y reproductiva y a la interrupción voluntaria del embarazo.

En este sentido, el compromiso con la promoción y protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres negras afrodescendientes debe ser una prioridad para el Estado colombiano y para la sociedad en su conjunto. Solo a través de un enfoque integral, basado en derechos humanos y con perspectiva étnico-racial se podrá lograr un acceso equitativo y digno a la interrupción voluntaria del embarazo.

En virtud de lo anterior, se presentan a continuación una serie de recomendaciones dirigidas a distintos actores institucionales responsables del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Estas recomendaciones abarcan instancias que pueden contribuir al conocimiento de estos derechos, así como los mecanismos legales para hacerlos efectivos. Además, se mencionan las organizaciones sociales que podrían desempeñar un papel protector en su labor de defensa de los derechos de las mujeres.

Para abordar las posibles barreras de acceso al aborto, se proponen dos recomendaciones adicionales que incluyen a los hombres trans y a las personas no binarias afrodescendientes que acceden a la IVE. Estas recomendaciones buscan (i) recabar mejores datos sobre los hombres trans y personas no binarias asignadas femenino al nacer negras/afrodescendientes que acceden a los servicios de la IVE y (ii) desarrollar estudios epidemiológicos con el objetivo de identificar las brechas en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y los determinantes en la incidencia del aborto inseguro.

Es importante señalar que estas recomendaciones se extienden a este grupo humano debido a la necesidad de recopilar datos en el SGSSS que contribuyan a analizar sus necesidades específicas y orientar medidas de política pública encaminadas a atender sus particularidades y posibles dificultades en el acceso al aborto, tal como lo establece la Corte Constitucional. Aunque la investigación carece de datos específicos sobre los desafíos enfrentados por estos grupos, las medidas sugeridas incluyen a hombres trans y personas no binarias para comprender mejor sus necesidades en materia de IVE y sentar las bases para una mejor atención a dichas necesidades.

Por otro lado, el resto de las recomendaciones se concentran en las mujeres negras afrodescendientes. Esto se debe al análisis de datos e información recopilada en el marco de esta investigación, que se centró en este grupo específico.



6.1 | Recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social

1. Mejorar la recolección de información respecto a los registros de atención médica relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo a través del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS). De tal manera que permita la identificación y desagregación por pertenencia étnico-racial, en condiciones de calidad y confiabilidad, de aquellos servicios individuales de salud relacionados con técnicas o procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo y su diferenciación de aquellos que involucran abortos espontáneos o complicaciones en el embarazo.

A su vez, promover que la recolección de los datos sobre estos procedimientos permita incluir en los datos de identificación de personas usuarias del servicio de salud el reporte de la variable de pertenencia étnico-racial de las mujeres, hombres trans y personas no binarias asignadas femenino al nacer negras/afrodescendientes que acceden a los servicios de la IVE. Dichos ajustes deben orientarse a la utilización de los datos recopilados en el Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS), el SISPRO y los Código Único de Procedimientos en Salud (CUPS) como insumo para la formulación de políticas públicas relacionadas con el aborto.

2. Mejorar la recolección de datos rutinarios en salud* relacionados con la pertenencia étnico-racial de las personas usuarias del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Se sugiere evaluar el mecanismo idóneo para capturar los datos y determinar la metodología más apropiada para la recolección de información sobre la pertenencia étnico-racial, asegurando su calidad y confiabilidad. Actualmente, los datos sobre pertenencia étnico-racial no son recogidos por el RIPS sino que se obtienen de cruzar los datos recolectados en el SISPRO sobre las variables recopiladas por los formatos de afiliación al SGSSS. Si bien existe un método para identificar la afiliación étnico-racial de los usuarios del sistema, el cual se encuentra contemplado en el Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales**, este aún tiene deficiencias que afectan la calidad de los datos, algunos de esos problemas están relacionados con las variables o clasificación empleadas, la metodología de recolección y el entrenamiento a las personas encargadas de recoger y registrar ese dato. Dentro del formulario de afiliación al sistema de salud, se incluye una pregunta específica relacionada con la etnia del individuo. Sin embargo, es importante señalar que no se proporciona una lista detallada de opciones

* Por datos rutinarios en salud se entiende la información recolectada de manera regular y sistemática en el contexto de la prestación de servicios de salud.

** Este formulario se aplica a trabajadores dependientes, trabajadores independientes, estudiantes y personas que participan en otras actividades.

étnicas (dentro del formulario). En su lugar, cada usuaria/o debe asignar una categoría numérica. Según la Resolución 974 de 2016, la pregunta sobre etnia solo se presenta si el individuo declara pertenecer a alguna de ellas. Las categorías disponibles son las siguientes: 01. Indígena, 02. Rrom (gitano), 03. Raizal (San Andrés y Providencia), 04. Palenquero (San Basilio de Palenque), 05. Negro(a), afrocolombiano(a). Este enfoque, tiene algunos problemas técnicos, en especial en la captación de la pertenencia étnico-racial, la primera de ellas, tiene que ver con la limitación que existe dentro de los formularios. Es decir, al no proporcionar opciones tan detalladas y requerir que los usuarios asignen una categoría numérica, el formulario puede limitar la expresión identitaria de las personas, porque tendrían que recurrir a otros formularios como instructivos o similares, para identificar a cuál pertenece, considerando además, que en muchas ocasiones no existe un acompañamiento por parte de la EPS para diligenciar el formato único de afiliación.

De igual manera, se identifica otro aspecto relevante relacionado con las categorías empleadas, las cuales, a pesar de presentar cierta similitud con las dispuestas en la pregunta censal, no necesariamente coinciden de forma exacta. Este fenómeno es particularmente notorio en las categorías que abordan la población afrodescendiente en Colombia. Mientras que en la pregunta censal se incluyen las categorías: 3. Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina; 4. Palenquero(a) de San Basilio; 5. Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a), las categorías empleadas en el Formulario Único de Afiliación tienden a aislar u omitir términos específicos como afrodescendiente y mulato(a). Estos términos son fundamentales, pues estos se utilizan para abarcar de manera integral a la población afrodescendiente en censos y estadísticas nacionales y son utilizados por el DANE. En este sentido, la disparidad en las categorías podría resultar en una subrepresentación en las estadísticas relacionadas con la salud y la afiliación, afectando la capacidad de comprender y abordar adecuadamente las necesidades de esta población. En consecuencia, es necesario superar los problemas de calidad relacionados con la forma en cómo se está recogiendo este dato, para tal efecto se requiere un consenso que estandarice la forma en que se recopila en los datos rutinarios de salud. Además, se requiere garantizar la interoperabilidad adecuada con el RIPS y los datos clínicamente relevantes de las historias clínicas.

3. Realizar un estudio epidemiológico, local y temático* con el objetivo de identificar las brechas en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y los determinantes en la incidencia del aborto inseguro que afectan a los grupos de mujeres, hombres trans y personas no binarias asignadas femenino al nacer (AFAN) con pertenencia étnico-racial. Para tal efecto, es necesario que se incluya esta investigación en la agenda programática de estudios y encuestas poblacionales para la salud del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud.

De igual forma, establecer los factores protectores que podrían informar la actualización de la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del

* Dirigido al tema específico de aborto en los departamentos o municipios con mayoría de población afrodescendiente.

Embarazo y las medidas de política pública que se adopten para garantizar la materialización efectiva de las sentencias C-355 de 2006, SU-096 de 2018 y C-055 de 2022 de la Corte Constitucional y la Resolución 051 de 2023.

4. Elaborar un plan de asistencia técnica orientado a fortalecer las capacidades de las Secretarías de Salud distritales, departamentales y locales en relación con el cumplimiento del artículo 13 de la Resolución 051 de 2023, especialmente las acciones encaminadas a i. supervisar que las entidades promotoras de salud y los responsables de los regímenes Especial y de Excepción cuenten con una red de prestadores de servicios de salud en todos los niveles de complejidad, incluyendo servicios de telesalud y telemedicina; ii. garantizar que las instituciones prestadoras de servicios de salud cuenten con los insumos necesarios para ofrecer atención en salud de la interrupción voluntaria del embarazo, siguiendo las mejores prácticas disponibles basadas en la evidencia; iii. emitir medidas que aseguren la suficiente y efectiva disponibilidad y acceso a los servicios y tecnologías para la interrupción voluntaria del embarazo sin discriminación, de manera oportuna y en condiciones de seguridad, calidad y salubridad, y, por último, iv. inspeccionar, vigilar y controlar que los actores del Sistema de Salud de su jurisdicción garanticen la atención en salud para la interrupción voluntaria del embarazo en coherencia con los estándares señalados en las sentencias C-055 de 2022 y C-355 de 2006 y la Resolución 051 de 2023.

5. Avanzar junto con las secretarías de salud del orden departamental, distrital y municipal en establecer y dar a conocer oficialmente la red de prestadores de servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Esta red debe ser una herramienta que identifique a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), incluyendo clínicas y hospitales, que ofrecen servicios de IVE, en línea con lo estipulado en el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal de la Resolución 3280 de 2018.

La institucionalización de esta red debe concentrarse en organizar, actualizar y brindar información precisa y accesible sobre la disponibilidad de servicios de IVE en cada institución. Esta información debe incluir detalles sobre el nivel de complejidad de los servicios y las edades gestacionales hasta las cuales se ofrece atención para la Interrupción Voluntaria del Embarazo. El objetivo principal es reducir las demoras en la identificación y el acceso a estos servicios de salud.

Además, es esencial que la publicación de esta red de prestadores se comparta y socialice adecuadamente con las mujeres, hombres trans y personas no binarias AFAN afrodescendientes que residen en los departamentos con una alta concentración de población afrodescendiente. También se debe compartir esta información con las organizaciones de derechos humanos que trabajan en la promoción y protección de los derechos sexuales y reproductivos.

6. Elaborar y aplicar un programa de fortalecimiento de las competencias institucionales en la red de atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es esencial para

garantizar la adhesión a las pautas técnicas y operativas establecidas en la Resolución 051 de 2023 y la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal de la Resolución 3280 de 2018.

Esta iniciativa puede integrarse en el contexto del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna, actualmente liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho plan aborda el mejoramiento de las competencias de los proveedores de servicios en la identificación y atención de casos de morbilidad materna extrema como una de sus líneas prioritarias.

En este sentido, se propone incorporar en el marco del Hospital Padrino, como parte del plan de aceleración, un enfoque dedicado al fortalecimiento de las capacidades de la red de prestación de servicios de salud en materia de técnicas de IVE. Esto se logrará mediante la provisión de asistencia técnica continua y capacitación, centrándose en los requisitos físicos, la instrumentación necesaria y los medicamentos específicos necesarios para llevar a cabo diversos procedimientos de IVE, como la aspiración al vacío y la dilatación y evacuación (DyE).

El objetivo de esta asistencia técnica es mejorar la capacidad de los proveedores de servicios de salud para brindar atención integral en IVE, especialmente en el nivel de atención primaria y para la atención de solicitudes de aborto en las primeras 12 semanas de gestación. Este enfoque permitirá una atención más efectiva y segura para las personas que requieren servicios de IVE en el sistema de salud.

7. Implementar un plan de asistencia técnica con enfoque étnico racial que tome en consideración los determinantes contextuales específicos. Estos determinantes incluyen la dispersión geográfica y la presencia de comunidades rurales, la incidencia del conflicto armado, las consideraciones culturales, así como los desafíos relacionados con la infraestructura de salud limitada y la baja accesibilidad y aceptabilidad del sistema de salud. El plan de asistencia técnica debe promover estrategias efectivas de difusión de información relevante, precisa y fácil de comprender sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). El objetivo final es fortalecer la capacidad de las IPS para proporcionar servicios de IVE médica (aborto con medicamentos en gestaciones menores de 12 semanas), el Método de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y otras técnicas que sean costo-efectivas. Esto permitirá que las personas, en especial las comunidades afrodescendientes y aquellas que residen en áreas rurales y afectadas por el conflicto armado, puedan acceder a servicios de IVE de manera adecuada y oportuna, sin tener que hacer traslados a otros municipios.

8. Recomendamos implementar las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la atención para el aborto, respaldadas por evidencia, que enfatizan la necesidad de ampliar los tipos de proveedores de atención relacionada con el aborto para aumentar la disponibilidad de la IVE. Específicamente, proponemos incluir a la partería tradicional en ciertos aspectos de la atención, como la entrega de información y el acompañamiento en el caso del aborto autogestionado con medicamentos seguros, así como en la identificación

temprana de signos de alarma antes de posibles complicaciones. Esta acción configura un factor protector fundamental por el rol que ejercen la partería tradicional como primer frente de atención en muchos municipios en los que la infraestructura en salud es deficitaria e insuficiente. Además, permite avanzar en la orden de la Corte Constitucional sobre la inclusión de las parteras y parteros como actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Asimismo, se sugiere habilitar a las enfermeras para llevar a cabo el Método de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y el aborto con medicamentos, además de brindar capacitación a las farmacias para que puedan ofrecer información clara y precisa sobre el aborto farmacológico. El propósito de estas medidas es mejorar la disponibilidad de servicios y medicamentos para la interrupción voluntaria del embarazo durante el primer trimestre. Esto tiene un impacto significativo en la accesibilidad al aborto tanto en áreas urbanas como rurales, en aquellos municipios donde prevalece el primer nivel de atención médica o atención primaria en salud.

La implementación de estas recomendaciones contribuye a superar obstáculos como la escasez de proveedores y médicos, al tiempo que reduce los costos del sistema de salud y minimiza los desplazamientos a otros municipios, así como los tiempos de espera. Además, fortalece la capacidad de referencia ante posibles complicaciones, lo que a su vez contribuye a la reducción de la morbilidad y la mortalidad relacionada con la interrupción voluntaria del embarazo.

9. Desarrollar y adaptar la producción de materiales de difusión de información sobre la interrupción voluntaria del embarazo validados por mujeres negras afrodescendientes para proporcionar a las personas que se dedican a la autogestión del aborto la información que necesitan para tomar decisiones informadas sobre los riesgos/beneficios y las alternativas al uso de diferentes regímenes de aborto con medicamentos.

10. Trabajar en la inclusión de la variable con pertenencia étnica desde la perspectiva territorial a escala subnacional en la próxima Encuesta Nacional de Demografía y Salud- ENDS, para garantizar el seguimiento del cumplimiento de los objetivos de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de 2014; así como de los compromisos adquiridos en el marco del consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo para el América Latina y el Caribe 2013; y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible específicamente la Meta 3.7, que propende por el acceso universal, libre de coerción y discriminación, a servicios de salud relacionados con salud sexual y reproductiva.

La inclusión de la variable étnico- racial permitirá la materialización de Planes Operativos para una política pública incluyente que definan, inspeccionen y vigilen las responsabilidades sectoriales y transectoriales en función no solo de las necesidades particulares en materia salud sexual y reproductiva de las minorías étnicas del país, sino también de las oportunidades de intervención a la problemática que, por ejemplo, pueden representar el rol de los proveedores -informales de salud- del sistema nacional de partería en la promoción y

garantía del derecho a una salud sexual y reproductiva digna, libre, informada y antirracista. Lo anterior, para que los enfoques diferenciales que han demandado históricamente los pueblos étnicos del país en esta materia, cuenten con evidencia empírica para su formulación, y una línea base para su seguimiento, monitoreo y evaluación.



6.2 | Recomendaciones a las entidades territoriales

1. Llevar a cabo diagnósticos de calidad sobre el ecosistema de atención al aborto en los diferentes municipios y departamentos a través de mesas de trabajo que involucren a todos los actores y partes interesadas en este ámbito. Estos incluyen las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), las oficinas de Personerías y la Defensoría del Pueblo, las asociaciones de partería tradicional y las organizaciones sociales que se dedican a difundir información veraz sobre el acceso al derecho al aborto, entre otros actores clave.

El objetivo de estos diagnósticos es establecer puntos de contacto en las IPS que forman parte del ecosistema de atención al aborto en cada municipio, facilitar la identificación de redes de referencia y contrarreferencia, así como identificar los principales factores que afectan el acceso al aborto y la incidencia del aborto inseguro en cada región. Además, este diagnóstico debe integrar el diseño de estrategias de intervención en instituciones educativas para la difusión adecuada de información sobre derechos sexuales y reproductivos y el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

Este enfoque colaborativo y multidisciplinario tiene como objetivo mejorar la calidad y disponibilidad de los servicios de atención al aborto, así como reducir los obstáculos que enfrentan las personas que requieren este servicio.

2. Diseñar un plan de inspección, vigilancia y control exhaustivo que tenga como objetivo realizar un seguimiento minucioso a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que implementan la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, tal como lo establece la Resolución 3280 de 2018. El propósito principal de este plan es verificar que estas instituciones estén brindando los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) de manera efectiva y que cumplan con los estándares de calidad, aceptabilidad y pertinencia que se establecen en las directrices de la Resolución 051 de 2023. Asimismo, las tareas de inspección y vigilancia deben verificar si las IPS cuentan con los medicamentos e insumos necesarios para la práctica de la IVE, de manera tal que puedan diseñarse planes de choque que intervengan la ausencia de estos elementos, particularmente en las instituciones prestadoras de servicios de salud de primer nivel de atención.

Este plan de inspección debe incluir una revisión específica para determinar si los servicios se están brindando con un enfoque diferencial y étnico racial que permita abordar las necesidades particulares de las mujeres, hombres trans y personas no binarias AFAN afrodescendientes. De igual manera, se deben identificar y abordar las barreras sistémicas

que enfrentan estas mujeres y personas gestantes en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. La inspección debe contemplar aspectos como la disponibilidad de información y asesoramiento culturalmente sensibles, la accesibilidad a servicios de salud adaptados a sus contextos específicos y la garantía de que no se perpetúe la discriminación racial en la atención.

3. Fortalecer y establecer vínculos sólidos entre los procesos de socialización de información, encabezados por las entidades territoriales a nivel municipal y departamental, y las organizaciones sociales de mujeres negras afrodescendientes. El propósito principal es involucrar a estas organizaciones para que desempeñen un papel activo en la difusión y promoción de información relativa a los derechos sexuales y reproductivos en general, con un enfoque específico en el tema del aborto. Facilitando los nichos de aprendizaje como espacios de confianza en los que se respete la intimidad y la confidencialidad de las personas participantes.

4. Implementar procesos de educación integral para la sexualidad en instituciones educativas y las asociaciones de madres y padres de familia. En el marco del cumplimiento de los derechos sexual y reproductivos deben desarrollarse espacios de divulgación y formación desde un enfoque de derechos humanos que acerquen a las niñas, niños y adolescentes la información necesaria para promover una vida libre de violencias basadas en género y la toma de decisiones autónomas sobre su sexualidad y reproducción.

5. Desarrollar procesos de participación efectivos en las que se integren a los grupos que enfrentan mayores barreras para tener la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos, esto debe impactar de forma directa en la posibilidad de consultarles de manera efectiva sus necesidades concretas y generar procesos de empoderamiento en la que las comunidades puedan transformar su relacionamiento con el sistema de salud.



6.3 | Recomendaciones de la Procuraduría

Liderar en el ejercicio de sus competencias la supervisión al cumplimiento material del marco legal del aborto y los derechos sexuales y reproductivos. Esto implica un seguimiento riguroso de las responsabilidades asignadas a las secretarías de salud a nivel municipal, departamental y distrital en lo que respecta a la inspección, vigilancia y control de las actividades de las IPS en la garantía del acceso a la IVE. Además, se requiere un monitoreo continuo de los casos de mujeres y personas gestantes afrodescendientes que enfrentan obstáculos en el acceso a servicios de salud relacionados con el aborto.

Es esencial que este trabajo se enfoque en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, y que se implementen medidas diferenciadas destinadas a la difusión y entrega de información precisa, oportuna y de alta calidad dirigida específicamente a la población

afrodescendiente. El objetivo es empoderar a niñas, niños, adolescentes y mujeres negras afrodescendientes para que puedan tomar decisiones autónomas sobre su sexualidad y reproducción. Además, es crucial proporcionar información completa y adecuada sobre sus derechos y los recursos legales disponibles para exigir la restauración de sus derechos en la atención de salud en relación con el aborto.



6.4 | Recomendaciones al Ministerio de Educación

Considerando la importancia del componente de información y educación en derechos sexuales y reproductivos para combatir la reducción de acceso al aborto que enfrentan las mujeres negras afrodescendientes, así como la situación de desiertos de anticoncepción debido a falencias en servicios de salud sexual y reproductiva en sus territorios, se proponen las siguientes recomendaciones al Ministerio de Educación:

1. Implementar y fortalecer la educación integral en sexualidad en los colegios a través de los programas de educación sexual y construcción de ciudadanía, garantizando su inclusividad, basada en derechos humanos y contextualmente adaptada para abordar las necesidades y realidades de las mujeres negras afrodescendientes. Estos programas deben ser integrales e incluir información clara y comprensible sobre derechos sexuales y reproductivos, así como acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo. De igual manera, deben contemplar la asesoría sobre cómo acceder a servicios de salud sexual y reproductiva en los diferentes municipios y remisión o traslado a consultas médicas y/o consejería en los centros médicos de primer nivel de sus comunidades.

2. Crear material educativo que refleje la diversidad cultural, racial y étnica de la población colombiana, destacando las experiencias de las mujeres negras afrodescendientes. Este material debe abordar, desde un enfoque de derechos humanos y étnico-racial, los desafíos que enfrentan en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, desmitificar estereotipos sociales y culturales sobre el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, así como proporcionar información sobre la interrupción voluntaria del embarazo que lo represente sin estigmas y ofrezca información basada en evidencia y en el marco de derechos establecido por la Corte Constitucional.

3. Brindar capacitación a docentes en un enfoque étnico-racial, de manera que estén preparados para abordar las realidades y desafíos específicos de las mujeres negras afrodescendientes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Esta capacitación debería centrarse en la sensibilización, la promoción de la igualdad, la autonomía y la construcción de la agencia personal en las decisiones sobre el plan de vida, así como en la prevención de la discriminación racial en el aula.

4. Desarrollar orientaciones y lineamientos para las entidades territoriales certificadas en educación sobre la implementación de las Escuelas para Padres y Madres de Familia y

Cuidadores (Literal E del artículo 5 de la Ley 2025 de 2020), con el propósito de diseñar programas educativos que aborden temas de derechos sexuales y reproductivos, y proporcionen herramientas para una comunicación efectiva con sus hijos e hijas sobre estos temas. Estos programas deben estar dirigidos a fomentar la autonomía física de las mujeres negras afrodescendientes, comprendida como su capacidad para tomar decisiones de manera libre e informada sobre su proyecto de vida, su cuerpo, sexualidad y reproducción, así como el derecho a vivir una vida sin violencia y a ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, estos programas deben estar vinculados con los servicios de salud para la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva, gestionados por las secretarías de salud en los municipios.



6.5 | Recomendaciones al Consejo Superior de la Judicatura y la Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla

La difusión, socialización y pedagogía de las sentencias relacionadas con el derecho al aborto son tareas fundamentales para garantizar los derechos reproductivos de las mujeres y personas gestantes afrodescendientes. En este sentido, el Consejo Superior de la Judicatura, a través de sus estrategias de comunicación y los procesos de formación a operadores/as de justicia, desempeña un papel crucial en dos dimensiones esenciales:

En primer lugar, en promover una mayor divulgación del marco legal entre las personas titulares de estos derechos, con un enfoque específico en la población afrodescendiente. Esto implica garantizar que estas tengan un pleno conocimiento de sus derechos y estén informadas sobre los recursos legales disponibles para protegerlos en situaciones en las que se vean amenazados o vulnerados.

En segundo lugar, en fomentar la apropiación de los estándares legales por parte de los operadores y las operadoras de justicia. Esto incluye la formación y capacitación constante a través de la Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla, de manera que estén plenamente informados/as sobre las sentencias y los precedentes relacionados con el derecho al aborto.

Las estrategias de difusión deben ser inclusivas y considerar las limitaciones de conectividad, infraestructura eléctrica y acceso a la información que enfrenta la población afrodescendiente. Además de las campañas virtuales o digitales, se deben implementar enfoques de difusión que se adapten a las necesidades específicas de esta población, como la distribución de material impreso, la realización de eventos informativos locales y otras estrategias que garanticen un acceso equitativo a la información.



6.6 | Recomendaciones a las organizaciones feministas

Es necesario fortalecer la inclusión de un enfoque étnico-racial e interseccional en el trabajo del movimiento feminista que aboga por la despenalización del aborto. Esto exige

una comprensión más profunda de la intersección de género, identidad étnico racial y clase, para comprender cómo estas dimensiones se entrelazan y determinan las experiencias de las mujeres negras afrodescendientes en lo que concierne al acceso al aborto y los derechos reproductivos en su totalidad. Para lograr este objetivo, es crucial que las voces, perspectivas y experiencias de las mujeres negras afrodescendientes sean plenamente consideradas en la formulación de estrategias de incidencia política y litigio estratégico. Además, es esencial garantizar la inclusión activa del movimiento de mujeres negras afrodescendientes en roles de liderazgo y espacios de toma de decisiones dentro de estos procesos.

Una parte fundamental de esta comprensión implica respaldar investigaciones que se centren específicamente en el acceso al aborto para las mujeres negras afrodescendientes. Esto incluye la recopilación de datos desagregados por pertenencia étnico-racial, lo que permitirá una comprensión más precisa de las disparidades y servirá de base para el desarrollo de estrategias basadas en evidencia.

La colaboración y el fortalecimiento de alianzas con organizaciones y colectivos afrodescendientes que trabajan en la promoción de los derechos de este grupo humano son esenciales. Estas organizaciones poseen un conocimiento profundo de las dinámicas y desafíos específicos que enfrentan las mujeres negras afrodescendientes, lo que puede contribuir significativamente a amplificar sus voces y demandas, así como a garantizar que las sentencias de la Corte Constitucional se traduzcan en efectivos cambios en materia de acceso al aborto.

El movimiento feminista debe concentrarse en asegurar la implementación efectiva de este marco legal, con un enfoque especial en monitorear su impacto real en aquellos grupos que continúan siendo sistemáticamente vulnerables en lo que respecta al derecho al aborto. Esto incluye a las mujeres, hombres trans y personas no binarias afrodescendientes.

Para tal efecto, es indispensable que se acompañe a las organizaciones de mujeres y personas gestantes afrodescendientes en el fortalecimiento de su conocimiento y apropiación de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente de aquellas que viven en la ruralidad o en territorios de difícil acceso.

Asimismo, el movimiento feminista puede desempeñar un papel crucial en la promoción de la educación y la conciencia sobre la intersección de género e pertenencia étnico-racial en el acceso al aborto. Esto puede involucrar la realización de campañas de sensibilización, la creación de materiales informativos y la organización de eventos educativos que aborden estas cuestiones de manera accesible y efectiva. Además, se debe abogar por medidas de política pública en materia de aborto que garanticen un acceso igualitario al aborto en todas las circunstancias

Referencias bibliográficas



Agencia de Desarrollo Rural, FAO, Alcaldía Distrital de Buenaventura, & Gobernación de Valle del Cauca. (2019). *Plan integral de desarrollo agropecuario y rural con enfoque territorial distrito de Buenaventura*. <https://www.adr.gov.co/wp-content/uploads/2021/07/BUENAVENTURA-TOMO-1.pdf>

Bearak, J. M., Popinchalk, A., Beavin, C., Ganatra, B., Moller, A.-B., Tunçalp, Ö., & Alkema, L. (2022). Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: A global comparative analysis of levels in 2015–2019. *BMJ Global Health*, 7(3), e007151. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007151>

Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A.-B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: Estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), e1152–e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)

Brinkman, B. G., Goodkind, S., Elliott, K., Joseph, A., & Doswell, W. M. (2019). *THE FORMATION OF THE BLACK GIRLS EQUITY ALLIANCE*. https://www.gwensgirls.org/wp-content/uploads/2019/10/BGEA-Report1_v4.pdf

Buenaventura en línea. (2023, marzo 16). *ABORTOS LEGALES*. Noticias de Buenaventura, Colombia y el Mundo. vigo

Bush, B. (1996). *More Than Chattel: Black Women and Slavery in the Americas* (pp. 193–217). Indiana University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt16xwc2q.13w>. [jstor.org/stable/j.ctt16xwc2q.13](http://www.jstor.org/stable/j.ctt16xwc2q.13)

Calderón-Jaramillo, M., Mendoza, Á., Acevedo, N., Luz, J., Sanchez, S. M., & Rivillas, J. C. (2019). *¿Cómo adaptar los servicios de Salud Sexual y Reproductiva a las necesidades y circunstancias de las personas con experiencias de vida trans? Un análisis cualitativo a partir de sus propias narrativas*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.31954.99529>

Carson, S. P. (2019). *An examination of oppression via anti-abortion legislation*.

CEDAW. (1999). *Cedaw, Recomendación General No. 24*. acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf

CEDAW, C. (2017). *Recomendación General No. 25*. [https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/General%20recommendation%2025%20\(Spanish\).pdf](https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/General%20recommendation%2025%20(Spanish).pdf)

Centro de Derechos Reproductivos. (2020). *Una radiografía sobre la violencia reproductiva contra mujeres y niñas durante el conflicto armado en Colombia*. <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/Violencia-Reproductiva-en-el-conflicto-armado-colombiano.pdf>

CEPAL. (2016). *Índice de feminidad en hogares pobres* [Text]. Observatorio de Igualdad de Género. <https://oig.cepal.org/es/indicadores/indice-feminidad-hogares-pobres>

CEPAL. (2017). *Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para la garantía de sus derechos*. Naciones Unidas Santiago. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e16fd1a5-4716-4d09-b717-cf088595b0c7/content>

CEPAL. (2019a). *Nudos críticos del desarrollo social inclusivo en América Latina y el Caribe: Antecedentes para una agenda regional*. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44799-nudos-criticos-desarrollo-social-inclusivo-america-latina-caribe-antecedentes>

journalAbbreviation: Nudos críticos del desarrollo social inclusivo en América Latina y el Caribe: antecedentes para una agenda regionalLast Modified: 2023-06-15T10:38-04:00

CEPAL. (2019b). *Panorama Social de América Latina 2019*. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44969-panorama-social-america-latina-2019>

journalAbbreviation: Panorama Social de América Latina 2019Last Modified: 2023-01-30T16:17-03:00

CEPAL. (2020). *Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: Retos para la inclusión*. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46191-afrodescendientes-la-matriz-la-desigualdad-social-america-latina-retos-lajournalAbbreviation: Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusiónLast Modified: 2023-01-23T15:00-03:00>

Chaparro, N., Dalén, A., Guzmán, D., & Martínez, M. (2015). El ejercicio de la interrupción voluntaria del embarazo en el marco del conflicto armado. *Documentos Dejusticia*, 25. https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/02/fi_name_recurso_796.pdf

Charo, M. R., Paola, A. N., Gloria, B. C., Kissiber, A. V., & Yessica, A. (2019). *Tercer informe sobre sobre la situación de mujeres afrodescendientes en colombia: Combatiendo a las mujeres negras como si fueran un enemigo bélico*. <https://renacientes.net/blog/2019/03/10/tercer-informe-sobre-sobre-la-situacion-de-mujeres-afrodescendientes-en-colombia-combatiendo-a-las-mujeres-negras-como-si-fueran-un-enemigo-belico/>

CHODES. (2021, diciembre 16). *6 comunidades indígenas y 1 comunidad afrodescendiente confinadas por violencia en Bajo Baudó, Chocó*. <https://codhes.wordpress.com/2021/12/16/6-comunidades-indigenas-y-1-comunidad-afrodescendiente-confinadas-por-violencia-en-bajo-baudo-choco/>

CIDH. (2007). *El acceso a la justicia como garantía de los derechos económicos, sociales y culturales. Estudio de los estándares fijados por el sistema interamericano de derechos humanos*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6028.pdf>

CIDH. (2011). *Estándares jurídicos vinculados a la igualdad de género y a los derechos de las mujeres en el sistema interamericano de derechos humanos: Desarrollo y aplicación*.

CIDH. (2013). *Verdad, justicia y reparación: Cuarto informe sobre la situación de derechos humanos en Colombia* (p. 483). <https://www.oas.org/es/cidh/docs/pdfs/justicia-verdad-reparacion-es.pdf>

Collins, P. H. (2022). *Black Feminist Thought, 30th Anniversary Edition: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. Routledge. [https://books.google.com.co/s?hl=es&lr=&id=59FkEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT7&dq=Black+Feminist+Thought:+Knowledge,+Consciousness+and+the+Politics+of+Empowerment+\(2000\),&ots=SPB4-47Qo_U&sig=VRoQZLtlQhZ-D3yPeW8suMiikZY&redir_esc=y#v=onepage&q=Black%20Feminist%20Thought%3A%20Knowledge%2C%20Consciousness%20and%20the%20Politics%20of%20Empowerment%20\(2000\)%2C&f=false](https://books.google.com.co/s?hl=es&lr=&id=59FkEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT7&dq=Black+Feminist+Thought:+Knowledge,+Consciousness+and+the+Politics+of+Empowerment+(2000),&ots=SPB4-47Qo_U&sig=VRoQZLtlQhZ-D3yPeW8suMiikZY&redir_esc=y#v=onepage&q=Black%20Feminist%20Thought%3A%20Knowledge%2C%20Consciousness%20and%20the%20Politics%20of%20Empowerment%20(2000)%2C&f=false)
Google-Books-ID: 59FkEAAAQBAJ

Comisión de Derechos Humanos, ONU. (2019). *Refworld | General comment no. 36, Article 6 (Right to Life)*. Refworld. <https://www.refworld.org/docid/5e5e75e04.html>

Comité CEDAW. (2019). *Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de Colombia*. <https://www.refworld.org.es/docid/5ce587b24.html>

Comité DESC. (2000). *Observación general No 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. <https://www.refworld.org.es/publisher,CESCR,GENERAL,,47ebcc492,0.html>

Comité DESC. (2005). *Observación general No 16: La igualdad de derechos del hombre y la mujer al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales*. <https://www.escribnet.org/es/recursos/observacion-general-no-16-igualdad-derechos-del-hombre-y-mujer-al-disfrute-derechos> Corte Constitucional (2012). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-627-12.htm>

DANE. (2019). *Boletín técnico Encuesta nacional de calidad de vida (ECV) 2019*. dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2019/Boletin_Tecnico_ECV_2019.pdf

DANE. (2021a). *Informe de resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*. DANE. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/informe-resultados-comunidades-narp-cnvp2018.pdf>

DANE. (2021b). *Mortalidad Materna en Colombia en la última década y el efecto del Covid-19. Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2021-12-20-mortalidad-materna-en-colombia-en-la-ultima-decada.pdf>

DANE. (2023). *Mercado laboral de los grupos étnico-raciales en Colombia antes y después de los confinamientos por el COVID-19*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas-casen/abr-2023-Mercado-Laboral-Etnico-Raciales.pdf>

Davis, A. Y. (2005). *Mujeres, raza y clase* (Vol. 30). Ediciones Akal.

El Espectador. (2021, diciembre 16). *Confinamiento en Chocó. El informe de la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) tam* [Text]. ELESPECTADOR.COM. <https://www.elespectador.com/colombia/mas-regiones/mas-de-600-familias-permanecen-confinadas-en-bajo-baudo-choco/>

Entrevista médico general No4 Valle del Cauca. (2023). *Entrevista profesional de la salud No12. Médico general No 4, Valle del Cauca*. [Comunicación personal].

Entrevista mujer N° 1.Chocó. (2023). *Entrevista mujer N° 1. Chocó* [Comunicación personal].

Entrevista mujer N° 3. Chocó. (2023). *Entrevista mujer N° 3. Chocó* [Comunicación personal].

Entrevista mujer No 4, Valle del Cauca, L. social. (2023). *Entrevista mujer No 4 -Lideresa Social de Valle Del Cauca* [Comunicación personal].

Entrevista mujer No 9, Cartagena. (2023). *Entrevista mujer No 9. Cartagena*. [Comunicación personal].

Entrevista mujer No8. Barú No 2. (2023). *Entrevista mujer No8. Barú No 2.* [Comunicación personal].

Entrevista profesional de la salud N° 3. Médico general N°2. Chocó. (2023). *Entrevista profesional de la salud N° 3. Médico general N°2. Chocó* [Comunicación personal].

Entrevista profesional de la salud N° 4. Profesional de enfermería N°2. Chocó. (2023). *Entrevista profesional de la salud N° 4. Profesional de enfermería N°2. Chocó* [Comunicación personal].

Entrevista profesional de la salud N°1- Profesional de Enfermería N°1. Chocó. (2023). *Entrevista profesional de la salud N°1- Profesional de Enfermería N°1. Chocó* [Comunicación personal].

Entrevista profesional de la salud No 8. Especialista en psicología, Valle del Cauca. (2023). *Entrevista profesional de la salud No 8. Especialista en psicología, Valle del Cauca.* [Comunicación personal].

Entrevista profesional de la salud No 13. Auxiliar de enfermería. Bolívar. (2023). *Entrevista profesional de la salud No 13. Auxiliar de enfermería. Bolívar* [Comunicación personal].

Entrevista profesional de la salud No 14. Especialista en ginecología No 3. Bolívar. (2023). *Entrevista profesional de la salud No 14. Especialista en ginecología No 3. Bolívar* [Comunicación personal].

Entrevista profesional de psicología No 1, Valle del Cauca. (2023). *Entrevista profesional de la salud No8 – Profesional de psicología No 1. Valle del Cauca.* [Comunicación personal].

Entrevista profesionales de la salud No 10 y 11. Auxiliares de enfermería retiradas, Valle del Cauca. (2023). *Entrevista profesionales de la salud No 10 y 11. Auxiliares de enfermería retiradas, Valle del Cauca* [Comunicación personal].

Fedesalud. (2015, octubre 19). El Sistema de Seguridad Social en salud en la región Pacífica colombiana, la problemática de la población dispersa. *Fedesalud*. <https://fedesalud.org/el-sistema-de-seguridad-social-en-salud-en-la-region-pacifica-colombiana-la-problematica-de-la-poblacion-dispersa/>

García Villegas, M., Jaramillo Sierra, I. C., & Restrepo Saldarriaga, E. (2006). Crítica jurídica: Teoría y sociología jurídica en los Estados Unidos. *Ediciones Uniandes*, Bogotá Colombia.

Gerstenblüth, M., Ferre, Z., Rossi, M., & Triunfo, P. (2009). Impacto de la maternidad adolescente en los logros educativos. *Documento de Trabajo/FCS-DE; 5/09*. <https://www.>

colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/2121/1/DT%20E%202009-05.pdf

Goes, E. F., Menezes, G. M. S., Almeida, M.-C. C., Araújo, T. V. B. de, Alves, S. V., Alves, M. T. S. S. B. e, & Aquino, E. M. L. (2020). Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00189618. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189618>

Grupo focal Valle del Cauca. (2023). *Grupo focal realizado en Valle del Cauca* [Comunicación personal].

Hall, C. (2002). *Civilising Subjects: Metropole and Colony in the English Imagination 1830-1867*. University of Chicago Press. <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/C/bo3644017.html>

Hooks, B. (2000). *Feminist theory: From margin to center*. Pluto Press.

Hurtado, M. X. A., Hurtado, N. K. A., Barona, A. M. S., Puntiel, C. L. C., Barona, E. C. G., Reyes, C. E. H., Laurent-Perrault, E., Lemus, L. M. M., Córdoba, E. M. P., & Figueroa, A. V. (2018). *Demando mi libertad: Mujeres negras y sus estrategias de resistencia en la Nueva Granada, Venezuela y Cuba, 1700-1800* (Vol. 16). Editorial Universidad Icesi. <https://fundacion-rama.com/wp-content/uploads/2022/08/3339DE1.pdf>

Ilex Acción Jurídica. (2023). *Colombia Afro: ¿Cuántxs somos y dónde estamos?* [dataset]. <https://ilexaccionjuridica.org/estadisticas-de-la-poblacion-afrocolombiana/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2022). *Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES*. Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Instituto Nacional de Salud,. (2019). *Acceso a los servicios de salud en Colombia* (Decimo primer Informe Técnico; p. 274). Instituto Nacional de Salud. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia.pdf>

Instituto Nacional de Salud. (2022). *Panorama de eventos en salud pública. Informe 14*. Instituto Nacional de Salud. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/14.%20Panorama%20de%20eventos%20en%20salud%20p%C3%BAblica.pdf>

IPAS. (2019). *El aborto en el Sistema Internacional de Derechos Humanos, México*. <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx2019-AbortoDDHH.pdf>

Irina Junieles. (2017, noviembre 10). OPINIÓN | ¿Por qué hablar de la Cartagena rural? Semana.com Últimas Noticias de Colombia y el Mundo. <https://www.semana.com/la-cartagena-rural-por-irina-junieles/282/>

JEP. (2022). *El conflicto armado se reactivó en 12 zonas del país, dio a conocer la UIA de la JEP*. <https://www.jep.gov.co:443/Sala-de-Prensa/Paginas/En-2021-el-conflicto-armado-se-reactivo%C3%B3-en-12-zonas-del-pa%C3%ADs,-dio-a-conocer-la-UIA-de-la-JEP.aspx>

Kim, C. R., Lavelanet, A., & Ganatra, B. (2022). Enabling access to quality abortion care: WHO's Abortion Care guideline. *The Lancet. Global Health*, 10(4), e467–e468. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00552-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00552-0)

La Comadre de AFRODES, Ilex Acción Jurídica, Corporación Raza e Igualdad, & Asociación Economistas Negras “Mano Cambiada”. (2020). *Intervención ciudadana en la Demanda de inconstitucionalidad en contra del artículo 122 de la Ley 599 de 2000. Expediente D- 13956 con copia al proceso D0013856*. <https://ilexaccionjuridica.org/intervencion-ciudadana-de-ilex-accion-juridica-en-la-demanda-de-inconstitucionalidad-en-contra-del-articulo-122-de-la-ley-599-de-2000-expediente-d-13956-con-copia-al-proceso-d0013856/>

La Mesa por la Salud y la Vida de las Mujeres. (2016). *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.

Lacombe, A. (2012). Inapropiadas e inapropiables: Claves para entender el aborto como alteridad. *Nueva sociedad*, 241, 149–156.

Médicos Sin Fronteras. (2008). *Aborto no seguro, mujeres en riesgo* (p. <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/msf-informe-ive-colombia.pdf>).

Médicos Sin Fronteras. (2018). *Limitaciones en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Aborto no seguro, mujeres y niñas en riesgo*. <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/msf-informe-ive-colombia.pdf>

Médicos Sin Fronteras. (2023, febrero). *Aborto en Colombia: Las barreras persisten*. Médicos Sin Fronteras Colombia | Organización médico-humanitaria. <https://www.msf.org.co/actualidad/aborto-colombia-las-barreras-persisten/>

Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2017). *Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*. https://ngx249.inmotionhosting.com/~despen5/wp-content/uploads/2019/02/12.-Barreras_IVE_vf_WEB.pdf

MESECVI. (2014). *Guía para la aplicación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)*. <https://oig.cepal.org/sites/default/files/bdp-guiaaplicacion-web-es-ilovepdf-compressed-ilovepdf-compressed.pdf>

MESECVI. (2017). *Tercer Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará*. <https://www.oas.org/2016/mesecvi/docs/tercerinformehemisferico.pdf>

Ministerio de Salud. (2023). *Resolución 051 de 2023*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20051%20de%202023.pdf

Ministerio de Salud, & Profamilia. (2015a). *Tomo I. Encuesta Nacional de Demografía y Salud* (ENDS) 2015. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr334/fr334.pdf>

Ministerio de Salud, & Profamilia. (2015b). *Tomo II. Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. ENDS 2015. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-II.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s/f). *Plan de Aceleración para Reducir la Mortalidad Materna*. Versión 5. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-reduccion-aceleracion-msps.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Compilación analítica de las normas de salud sexual y reproductiva en Colombia*. OES, Dejusticia, Universidad de los Andes, Ministerio de Salud y. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/compilado-normativa-salud-sexual-reproductiva.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2014). *“Determinantes del Aborto Inseguro y Barreras de Acceso para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Mujeres*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/SM-Determ-aborto-inseguro.pdf>

Noreña-Herrera, C., Leyva-Flores, R., Palacio-Mejía, L. S., & Duarte-Gómez, M. B. (2015). Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 2635–2648. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00016515>

OCHA. (2022). *Alerta por situación humanitaria. Inundación de ocho municipios en Bajó Baudó, Medio Baudó, Alto Baudó, Litoral de San Juan, Lloró, Bahía Solano, Novita e Itsmina (Chocó)*: https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/191122_alerta_por_inundacion_ocho_municipios_choco_vf.pdf

OMS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/44084>

Accepted: 2012-06-16T14:54:07Z
journalAbbreviation: Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health

OMS. (2012). *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (2a ed.). Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77079>

OMS. (2020). *Maintaining essential health services: Operational guidance for the COVID-19 context: interim guidance*. https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2

OMS. (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>

ONU. (2011). *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. A/66/254 (2011). https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/372/NU_InformeRelatorSalud2011.pdf?sequence=5&isAllowed=y

ONU Mujeres. (2017). *Brechas de Género y Desigualdad: De los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los objetivos de Desarrollo Sostenible*. UN Women – Colombia. <https://colombia.unwomen.org/es/biblioteca/publicaciones/2017/05/brechas-de-genero-ods>

OPS/OMS. (2017). *Política sobre étnicidad y salud* (29 Conferencia Sanitaria Panamericana). Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/politica-sobre-etnicidad-salud-29a-conferencia-sanitaria-panamericana>

Peralta-Jiménez, J. A., & Urrego-Mendoza, Z. C. (2022). Salud sexual y reproductiva de mujeres afrocolombianas víctimas del conflicto armado en bojayá, chocó, colombia, 2019. Estudio de métodos mixtos. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 73(1), 11–27. <https://doi.org/10.18597/rcog.3763>

Prada, E., Singh, S., Remez, L., & Villarreal, C. (2011). *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia*. <https://www.guttmacher.org/es/report/embarazo-no-deseado-y-aborto-inducido-en-colombia-causas-y-consecuencias>

Profamilia. (2018). Informe de barrera para el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia.

Profamilia. (2023). (32) 3 de cada 4 abortos se realizan antes de la semana 9 de embarazo: Profamilia. https://www.linkedin.com/pulse/3-de-cada-4-abortos-se-realizan-antes-la-semana-9/?utm_source=share&utm_medium=member_android&utm_campaign=share_via

Profamilia, & Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Documents/General/20161212_B_ENDS%202015_Metodos_anticonceptivos.pdf

Respuesta de la Secretaría de Salud de Valle del Cauca. (2023). *Primera Respuesta de la Secretaría de Salud de Valle del Cauca*.

Rosero, C., & Pedraza Hoyos, G. (2020). *Monitoreo de políticas de salud reproductiva en el marco de la respuesta al brote de COVID-19 y acciones de incidencia a nivel nacional para fortalecer el acceso a servicios esenciales a nivel nacional (Colombia)*. <https://clacaidigital.info/handle/123456789/1628>

Sentencia C-055 de 2022 (Corte Constitucional colombiana 2022). <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/C-055-22.htm#:~:text=La%20mujer%20que%20causare%20su,prevista%20en%20el%20inciso%20anterior%E2%80%9D>.

Sentencia C-355 de 2006 (Corte Constitucional 2006). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

Sentencia C-754 (2015). <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/C-754-15.htm>

Sentencia SU-096 (Corte Constitucional colombiana 2018). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/SU096-18.htm>

Sentencia T-388 (2009). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-388-09.htm>

Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., Coll-Seck, A. M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z. A., Say, L., Serour, G. I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., & Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, 391(10140), 2642–2692. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)

T-128 de 2022 (Corte Constitucional 2022). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/T-128-22.htm>

Tortosa, J. M. (2009). Feminización de la pobreza y perspectiva de género. *Revista Internacional de Organizaciones*, 3, 71–89. https://www.revista-rio.org/index.php/revista_rio/article/view/33

UNFPA. (2023). *La salud materna de mujeres y niñas afrodescendientes en las Américas*. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA%20MM%20Factsheet%20-%20WEB-ES.pdf>

Vargas-Lorenzo, I., Vázquez-Navarrete, M. L., & Mogollón-Pérez, A. S. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 701–712. <http://www.>

scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642010000500001&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Vigoya, M. V. (2020). Los colores del antirracismo (en América Ladina). *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 36, 19–34. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.36.02.a>

Viveros Vigoya, M. (2020). Los colores del antirracismo (en América Ladina). *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 36, 19–34.

Accepted: 2022-02-26T01:02:19Z

Wong, L. R., & Perpétuo, I. H. O. (2011). *La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina: 15 años después de El Cairo - 1994*. Naciones Unidas, CEPAL, CELADE, Div. de Población de la CEPAL. <https://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/139.pdf>

Anexo I

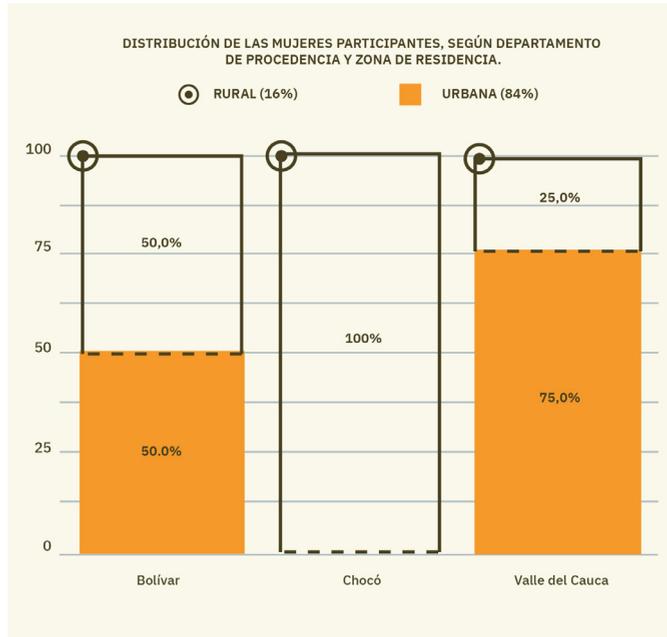
Características sociodemográficas actuales de las participantes en los encuentros departamentales.

A continuación, se detalla la fuente de información del presente estudio describiendo las características sociodemográficas de las mujeres que asistieron a los encuentros departamentales desarrollados en Cartagena-Bolívar, Quibdó-Chocó y Buenaventura-Valle del Cauca. De les 81 participantes; 25 mujeres negras afrodescendientes mayores de 18 años dijeron haber experimentado al menos un aborto, 11 reportaron Interrupción Espontánea-IE y 14 Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE.

Tabla 1. Número y porcentaje de participantes por departamento, según zona de residencia

	Municipio	Frecuencia		Porcentaje
		Rural	Urbana	
Bolívar	Barú	2		23,5%
	Cartagena		6	
	María La Baja	8	3	
Chocó	Atrato		3	44,5%
	Condoto		4	
	Istmina		2	
	Lloró		2	
	Quibdó		23	
	Tadó		2	
Valle del Cauca	Buenaventura	7	19	32,1%
	TOTAL	17	64	100%

Gráfica 1. Distribución de las mujeres participantes, según departamento de procedencia y zona de residencia.



Según características sociodemográficas el 79% (64) de las participantes residen en área urbana, mientras que 21% (17) residen en área rural de Bolívar y Valle del Cauca (Tabla 1; Gráfica 1).

Tabla 2. Características sociodemográficas de las mujeres participantes, según departamento de residencia

	Departamento de residencia			TOTAL
	Bolívar	Chocó	Valle	
Edad				
De 18 a 25 años	31,6%	22,2%	19,2%	23,5%
De 26 a 35 años	0%	38,9%	7,7%	19,8%
De 36 a 45 años	15,8%	25,0%	15,4%	19,8%
De 46 a 55 años	5,3%	5,6%	15,4%	8,6%
De 56 a 65 años	31,6%	5,6%	11,5%	13,6%
Más de 65 años	15,8%	2,8%	30,8%	14,8%
Nivel educativo				
Ninguno	5,3%	5,6%	7,7%	6,2%
Primaria incompleta	5,3%	5,6%	3,8%	4,9%
Primaria completa	0%	2,8%	0%	1,2%
Secundaria incompleta	0%	8,3%	11,5%	7,4%

	Departamento de residencia			TOTAL
	Bolivar	Chocó	Valle	
Nivel educativo				
Secundaria completa	31,6%	8,3%	15,4%	16,0%
Técnica/tecnológica incompleta	26,3%	19,4%	11,5%	18,5%
Técnica/tecnológica completa	0%	11,1%	23,1%	12,3%
Universitaria incompleta	10,5%	8,3%	3,8%	7,4%
Universitaria completa	0%	2,8%	15,4%	6,2%
Postgrado incompleto	0%	22,2%	7,7%	12,3%
Postgrado completo	21,1%	5,6%	0%	7,4%
Afiliación a salud				
Contributivo - beneficiaria	0%	8,3%	19,2%	9,9%
Contributivo - cotizante	15,8%	13,9%	19,2%	16,0%
Ninguno	5,3%	5,6%	7,7%	6,2%
No sabe	0%	5,6%	3,8%	3,7%
Régimen subsidiado	78,9%	66,7%	50,0%	64,2%
Actividad principal				
Buscando trabajo	5,3%	22,2%	26,9%	19,8%
Estudiando	10,5%	11,1%	3,8%	8,6%
Oficios del hogar	36,8%	19,4%	19,2%	23,5%
Otros	0%	0%	15,4%	4,9%
Sin actividad	5,3%	8,3%	7,7%	2,5%
Tengo ingresos no laborales	10,5%	8,3%	0%	1,2%
Trabajando	31,6%	30,6%	26,9%	9,9%
Situación actual para garantizar ingresos				
Familiares	52,6%	27,8%	42,3%	38,3%
No estoy trabajando	5,3%	30,6%	19,2%	21,0%
Tengo ingresos no laborales	10,5%	16,7%	7,7%	12,3%
Trabajando	31,6%	25,0%	30,8%	28,4%
Estrato de la vivienda				
Estrato 1	78,9%	69,4%	73,1%	72,8%
Estrato 2	0%	13,9%	7,7%	8,6%
Estrato 3	5,3%	5,6%	3,8%	4,9%
Estrato 4	5,3%	0%	3,8%	2,5%
Estrato 5	5,3%	0%	0%	1,2%
No sabe	5,3%	11,1%	11,5%	9,9%
Grupo del Sisbén				
Grupo A (Pobreza extrema) A1 hasta A5	64,8%	31,6%	38,5%	44,4%
Grupo B (Pobreza moderada) B1 hasta B7	0%	31,6%	38,5%	28,4%
Grupo C (Población vulnerable) C1 hasta C18	5,3%	16,7%	0%	8,6%
Grupo D (no pobre no vulnerable) D1 hasta D21	5,3%	2,8%	3,8%	3,7%
No sabe	21,1%	8,3%	19,2%	14,8%

	Departamento de residencia			TOTAL
	Bolívar	Chocó	Valle	
Tipo de vivienda				
En arriendo o subarriendo.	5,3%	47,2%	19,2%	28,4%
Otra ¿Cuál?	10,5%	19,4%	19,2%	17,3%
Poseción sin título (Ocupante de hecho) o propiedad colectiva.	5,3%	11,1%	11,5%	9,9%
Propia, la están pagando.	15,8%	8,3%	0%	7,4%
Propia, totalmente pagada.	63,2%	13,9%	50,0%	37,0%
Rol en su familia				
Hijo(a), hijastro(a)	15,8%	8,3%	19,2%	13,6%
Jefe (a) de hogar	36,8%	55,6%	57,7%	51,9%
Nieto(a)	5,3%	0%	0%	1,2%
Otro pariente	10,5%	16,7%	7,7%	12,3%
Pareja, esposo (a), cónyuge, compañero (a)	31,6%	19,4%	15,4%	21,0%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

En los encuentros departamentales, los cuales fueron pensados como nichos de aprendizaje para los objetivos de esta investigación, se realizaron seis (6) grupos focales que incluyeron mujeres de las organizaciones sociales y de las asociaciones de parteras. Les participantes oscilaban entre los 18 y 78 años de edad, con una mediana de 41.27 años. El 63.0% tenían entre 18 y 45 años, mientras que el 14.8% eran mayores de 65 años. La distribución por nivel educativo es heterogénea: 18.5% completaron la secundaria; 12.3% completaron la universidad; 4.9% lograron culminar un postgrado, mientras que 6.2% no cuentan con ningún estudio (**Tabla 2**).

Respecto a la afiliación en salud, el 64.2% dijo pertenecer al régimen subsidiado y 16.0% al régimen contributivo como cotizante. En el departamento del Valle se encontró el mayor porcentaje de mujeres que no tenían ninguna afiliación (7.7%) (Tabla 7). El 29.6% de las mujeres participantes se encontraba trabajando; 23,5% desarrollando actividades del hogar y 8.6% estudiando; mientras que el 19.8% no estaba trabajando ni estudiando. En consonancia, la mayoría de las mujeres dijo que su situación actual para garantizar ingresos era la dependencia de sus familiares, principalmente en los departamentos de Bolívar (52.6%) y Valle (42.3%). También se pudo establecer que la mayoría de las mujeres pertenecen a los estratos 1, 2 y 3 (72,8%;8.6 y 4.9% respectivamente); que el 44.4% están clasificadas en condición de pobreza extrema por el Sisbén; el 28,4% viven en arriendo o subarriendo y el 9.9% viven en propiedad colectiva (**Tabla 2**).

Tabla 3. Número y porcentaje de mujeres participantes, según su identidad de género y orientación sexual

		Frecuencia	Porcentaje
Identidad de género	Cisgénero	39	48,1%
	No binaria	1	1,2%
	Transgénero	4	4,9%
	No sabe / no responde	37	45,7%
TOTAL		81	100%
Orientación sexual	Asexual	1	1,2%
	Bisexual	5	6,2%
	Heterosexual	35	43,2%
	Homosexual	3	3,7%
	No sabe / no responde	37	45,7%
TOTAL		81	100%

A la pregunta sobre identidad de género y orientación sexual, la minoría se identificaron como no binarias (1.2%); transgénero (4.9%); bisexual (6.2%); homosexual (3.7%) y asexual (1.2%). El 48.1% de las participantes se identificaron como cisgénero y el 43.2% dijo ser heterosexual. Sin embargo, llama la atención que el 45.7% optó por marcar No sabe/No responde-NS/NR; lo cual puede obedecer; por un lado, al estigma de asumirse con identidad u orientación sexual diversa en el marco de una conversación sobre barreras de acceso al aborto y, por otro, a las brechas en materia de educación en derechos sexuales y reproductivos que se profundizan en este grupo poblacional (**Tabla 3**).

En relación con la jefatura de hogar, el 51.9% dijo ser cabeza de hogar. Las mujeres del Chocó (55.6%) y Valle (57.7%) son las que asumen este rol en mayor proporción. El 21.0% dijo compartir gastos con la pajera, esposo (a), cónyuge o compañero (a), con mayor proporción en el departamento de Bolívar (31.6) (Tabla 2). Estos encuentros reflejaron las características sociodemográficas de la mayoría de las mujeres negras afrodescendientes del país, las cuales están en los ciclos de vida juventud (18 a 28 años) y adultez (29 a 59 años); con bajo logro educativo; sin empleos o con empleos de mala calidad, y asumiendo el rol de jefas de hogar como causas y consecuencias de la feminización racial de la pobreza (Ver capítulo 2).