



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

ESTRATEGIA FIGO PARA LA PREVENCIÓN DEL ABORTO INSEGURO. EXPERIENCIA EN COLOMBIA

Experience in Colombia regarding the FIGO strategy for preventing unsafe abortion

*Pío Iván Gómez-Sánchez, M.D.**, *Lenis Enrique Urquijo-Velásquez, M.D.***, *Cristina Villarreal, P.S.****

Recibido: julio 26/10 – Aceptado: enero 31/11

RESUMEN

Objetivo: analizar la situación del aborto inseguro en Colombia para establecer: consecuencias, factores determinantes y calidad de la atención e identificar los puntos susceptibles de intervención, para elaborar un plan de acción tendiente a reducir los embarazos no deseados, abortos provocados y sus consecuencias.

Materiales y métodos: estudio cualitativo con un componente de revisión de material bibliográfico y otro de consenso de expertos. Se llevó a cabo en dos fases. En la fase 1, de análisis situacional, se recolectó información mediante el formato elaborado por el grupo de trabajo de FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia). En la fase 2, de elaboración del plan de acción utilizando un marco lógico, se reunieron los representantes de OPS (Organización Panamericana de la Salud), UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), filiales de IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar), ONG locales y agencias del gobierno.

Resultados: el análisis situacional se resume en tres ejes: embarazo no deseado, intervenciones para su prevención y aborto. En el plan de acción se definieron cuatro objetivos específicos: mejorar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva; facilitar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo acorde con la Sentencia C-355 de 2006; promover el acceso al misoprostol para usos ginecoobstétricos; y mejorar la información sobre tasas y complicaciones asociadas al aborto inseguro.

Conclusión: a pesar del avance en Colombia con la Sentencia C-355 de 2006, aún persisten grandes retos, tales como reglamentar opciones de fácil acceso al servicio de interrupción voluntaria del embarazo para mujeres víctimas del conflicto armado, protocolos de investigación al interior de los tribunales de ética médica para los asuntos relacionados con objeción de conciencia, clarificar la autonomía y capacidad de menores de catorce años.

Palabras clave: aborto inseguro, prevención, plan de acción.

SUMMARY

Objective: analyzing the situation regarding unsafe abortion in Colombia for establishing its consequences, determinant factors and the quality

* Profesor Titular, Universidad Nacional de Colombia. Coordinador Académico, Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, Universidad El Bosque. Punto focal FIGO, Estrategia para prevención del aborto inseguro. Bogotá (Colombia). Correo electrónico: pigomez@unal.edu.co

** Director General de Salud Pública, Ministerio Protección Social. Bogotá (Colombia).

*** Coordinadora Salud, Mesa por la Vida y Salud de las Mujeres. Directora Ejecutiva, Orientame. Bogotá (Colombia).

of attention as well as identifying susceptible intervention points for preparing a action plan aimed at reducing unwanted pregnancies, provoked abortions and their consequences.

Materials and methods: this was a qualitative study, having a bibliographic material review component and another regarding expert consensus. It was carried out in two phases:

1. A situational analysis: information was compiled by using a form drawn up by the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) working group; and
2. Preparing an action plan using a logical framework. A meeting was held with representatives from the Pan-American Health Organization (PAHO), the United Nations Population Fund (UNFPA), International Planned Parenthood Federation (IPPF) affiliates, local NGOs and government agencies.

Results: the situational analysis revealed three areas of interest: unwanted pregnancy, prevention interventions and abortion.

Four specific objectives were defined in the action plan:

- a) Improving access to sexual and reproductive health services;
- b) Facilitating access to voluntary interruption of pregnancy according to ruling C-355/2006;
- c) Promoting access to misoprostol for gynecobstetric use; and
- d) Improving information about unsafe abortion-associated rates and complications.

Conclusion: in spite of advances having been made in Colombia via ruling C-355/2006, there are still great challenges to be faced, such as establishing regulations for female victims of armed conflict, options for gaining easy access to the voluntary interruption of pregnancy service, research protocols within medical ethics' tribunals for matters related to conscientious objection, clarifying the autonomy and ability of minors aged less than fourteen.

Key words: unsafe abortion, prevention, action plan.

INTRODUCCIÓN

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), en su esfuerzo por reducir la morbilidad y mortalidad materna, estableció como prioridad la reducción del aborto inseguro y sus consecuencias. Para esto, creó el Grupo de Trabajo para “Prevención del Aborto inseguro” y sus complicaciones, integrado por representantes de las sociedades de obstetricia y ginecología y organizaciones no gubernamentales.¹ En el marco de este esfuerzo, se solicitó la realización de un análisis de la situación del aborto inseguro en cada país o territorio con sociedades afiliadas a FIGO. El formato de recolección de la información fue elaborado por representantes de FIGO de América Latina, Europa, Asia y África con la colaboración de la OMS (Organización Mundial de la Salud), UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar), International Women's Health Coalition, Ipas, Universidad de Columbia, EngenderHealth y el Centro de Derechos Reproductivos.² Se recomendó a las sociedades miembros no hacer nuevos estudios, sino recoger la información disponible en cada país.

Los objetivos del presente estudio son:

1. Hacer un análisis situacional del aborto inseguro en Colombia, sus factores determinantes y la calidad de la atención a las mujeres con complicaciones de aborto, e identificar los puntos susceptibles de intervención.
2. Hacer un plan de acción que contribuya a reducir los embarazos no deseados, abortos provocados y sus consecuencias en el país.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Estudio cualitativo con componente de revisión de material bibliográfico y otro de consenso de expertos.

Población

El grupo que contestó el cuestionario elaborado por la FIGO estuvo conformado por representantes

de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Mesa por la Vida y Salud de las Mujeres, Women's Link Worldwide, UNFPA, Fundación Oriéntame, Profamilia y Ministerio de Protección Social.

Procedimiento

En cada país, se nombró un asociado que sirvió como punto focal y coordinador del trabajo desarrollado en dos fases:

1. Análisis situacional: para la recolección de la información, se utilizó el formato elaborado por el Grupo de trabajo de FIGO y se revisaron los estudios nacionales y la normatividad nacional.
2. Elaboración del plan de acción: luego de hacer el análisis situacional, se convocó una reunión de representantes nacionales de OPS, UNFPA, asociaciones miembros de IPPF, ONG locales que defienden los derechos reproductivos y agencias del gobierno para realizar un plan de acción utilizando un marco lógico³ y así proponer acciones que permitieran corregir los problemas identificados.

Las variables evaluadas en el formulario elaborado por FIGO están relacionadas con tres ejes temáticos:

1. Embarazo no deseado.
2. Intervenciones para prevenir embarazos no deseados y abortos provocados.
3. Aborto.

RESULTADOS

Primera Fase: análisis situacional

1. Embarazo no deseado: aunque no hay reportes de incidencia de embarazo no deseado en el país, la prevalencia de este fenómeno ha sido estudiada por el Guttmacher Institute de Nueva York,⁴ que encontró ascendía al 50% de los embarazos a comienzos de la década de los 90. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005, la prevalencia de nacimientos no deseados en Colombia es del 54%. Esta aumenta con la edad de la mujer, con 15% entre las mujeres de 15 – 19 años

y 60% en el grupo de 40 – 44.⁵ Igualmente, se han identificado dos grupos especialmente vulnerables frente a la ocurrencia del embarazo no deseado: las mujeres en situación de desplazamiento y las adolescentes. El 67% de las mujeres desplazadas y embarazadas declararon su embarazo como no planeado (no deseado: 31%, inoportuno: 36%). En mujeres en situación de desplazamiento interno encontramos que el 21,8 % ha tenido uno o más abortos, pérdidas o nacidos muertos durante su vida reproductiva, cifra mayor al promedio nacional que, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2005, fue de 17,5%.⁶

1.1. Determinantes del embarazo no deseado: la adherencia a los métodos anticonceptivos es quizás el determinante más importante del embarazo no deseado. Al respecto, en el 2005 en Colombia la tasa de prevalencia anticonceptiva en la zona urbana fue de 79% y en la rural 77%; 42% descontinuaron en el primer año de uso (18 puntos porcentuales por cambio de método y 7 por falla del método).⁵

En un estudio con 301 mujeres que terminaron su embarazo, se encontró que el 67% de ellas usaba algún método anticonceptivo, pero más de la mitad utilizaba métodos tradicionales y el 5% nunca había planificado.⁷ Por otra parte, entre un grupo de mujeres que buscaron asistencia para el tratamiento de un aborto incompleto, se encontró que entre aquellas usuarias de algún método anticonceptivo, 36,3% desconocía el uso correcto y 18,4% lo usaba mal; es decir que a 54,7% le falló el método por mala utilización.⁸

Otro determinante del embarazo no deseado lo constituye la violencia sexual. Se estima que en Colombia han sido abusadas sexualmente 721.246 mujeres entre 13 y 49 años de edad (6% de las mujeres colombianas), afectando especialmente a las mujeres con menores niveles educativos, en situación de desplazamiento interno y que se desempeñan en el sector informal de la economía.⁹ El 78,4% han sido abusadas sexualmente en la zona urbana y 21,6% en la zona rural. El 9,2 % de las mujeres abusadas

sexualmente ha tenido abortos o pérdidas. El 12% de las mujeres alguna vez unidas fueron abusadas sexualmente por el compañero.⁹

Por último, la proporción de embarazos actuales y de nacimientos no deseados ocurridos en los últimos cinco años aumenta a medida que se incrementa el número de orden de nacimiento, del 8%, entre las que tienen solamente un hijo, al 63%, entre las de 4 o más hijos.⁵

2. Intervenciones para prevenir embarazos no deseados y abortos inseguros: algunas de las intervenciones identificadas por la FIGO para la prevención del embarazo no deseado y el aborto inseguro son los programas de anticoncepción, programas de educación sexual, de protección de la mujer embarazada y de adopción.

2.1. Anticoncepción: en Colombia, los métodos anticonceptivos más conocidos son el condón, los anovulatorios orales e inyectables y la esterilización quirúrgica femenina, aunque existe mayor conocimiento sobre los métodos modernos que sobre los tradicionales en todos los grupos poblacionales.² El indicador de prevalencia de uso de anticoncepción en mujeres unidas en Colombia se está midiendo desde 1969 y por primera vez en el último período no se ve un incremento importante (77% para el 2000 y 78% para 2005). En el grupo de sexualmente activas no unidas este indicador pasó de 84 a 81%.² El uso de la esterilización quirúrgica femenina subió del 2000 a 2005 (27 a 31%), el DIU y los anovulatorios orales han disminuido su uso y la utilización del condón (7%) sigue siendo preocupantemente baja.² Aunque recientemente se amplió la oferta anticonceptiva del Plan Obligatorio de Salud (Plan de beneficios incluido en el Sistema de Seguridad Social en Salud conocido como POS), este no incluye todas las opciones anticonceptivas¹⁰ y un factor determinante en la asesoría anticonceptiva es la desactualización de gran parte del personal de salud en lo que respecta a tecnología anticonceptiva.¹¹ Actualmente

en Colombia, están disponibles en el mercado todas las opciones anticonceptivas modernas y el POS incluye dispositivo intrauterino (DIU), algunos anovulatorios orales, inyectable trimestral, vasectomía, esterilización femenina y, recientemente, inyectables mensuales, implante subdérmico, condones, anticoncepción de emergencia combinada y de anticonceptivos de solamente levonorgestrel.¹² Bogotá es la región del país en donde es más alto el uso de métodos anticonceptivos (83%), seguida por la región Oriental (81%), la Orinoquía y la Amazonía (77%) y la Costa Atlántica (70%).⁵ Por otra parte, mientras en 1990 la diferencia total de uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en unión entre la zona urbana y la rural era de 10 puntos porcentuales, en 2005 la diferencia se redujo a 2 puntos (78,8 y 76,7%, respectivamente).⁵ El sector privado es el principal proveedor de métodos modernos (57%) y en primer lugar las farmacias que son responsables de proveer anovulatorios orales (71%), inyectables (74%), condón (76%) y espermicidas (97%).⁵ Otro aspecto que afecta la utilización de métodos anticonceptivos son las barreras a su acceso, como lo ejemplifica un estudio piloto con población desplazada. En dicho estudio, se encuentra que, de un total de 76 mujeres que no estaban usando ningún método al momento de la entrevista, alrededor de 13,89% reportó al menos una barrera para la obtención de los mismos.¹³

2.2. Educación integral en sexualidad: en Colombia, la educación sexual tiene carácter obligatorio en las instituciones educativas a partir de la expedición de la Resolución 3353 de 1993 por el Ministerio de Educación Nacional.¹⁴ En 1994, se expidió la Ley General de Educación, que establece que la educación sexual debería impartirse en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad.¹⁵ El Decreto 1860 de 1994, establece que dicha enseñanza se cumplirá bajo la modalidad de proyectos pedagógicos, cuya intensidad horaria y duración se definirán en el respectivo plan de

estudios.¹⁶ A pesar del avance que representó la concepción del Proyecto Nacional de Educación Sexual como un proyecto pedagógico y no como una cátedra aislada, los desarrollos del mismo en el país fueron diversos, en muchos de los casos con grandes dificultades, en especial para la integración de la comunidad educativa a los proyectos, por la poca experiencia en el nivel local, por la inexistencia en las regiones de una estructura que dinamizara su desarrollo y la autonomía de las instituciones para orientar el desarrollo de estos proyectos.¹⁷ Desde el año 2005, el Ministerio de Educación Nacional y el UNFPA vienen desarrollando el Proyecto Piloto de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía en cinco regiones del país.¹⁸ Se trata de una propuesta de intervención integral, en todos los niveles de educación, con participación de la totalidad de la comunidad educativa y que se fundamenta en un enfoque de derechos humanos sexuales y reproductivos, enfoque de género y formación de competencias en las distintas esferas de la sexualidad. No existe un programa nacional de educación para la sexualidad orientada a población joven no escolarizada.¹⁹ En el ámbito territorial, se vienen desarrollando diversas experiencias, entre las que destaca el Programa de Promoción de Derechos y Redes Constructoras de Paz, que lidera la Consejería de Programas Especiales de la Presidencia de la República, en 142 municipios de alto riesgo y que ha formado líderes comunitarios, colectivos de comunicación y redes de apoyo para atender la problemática local en Salud Sexual y Reproductiva (SSR).¹⁹

3. Aborto

3.1. *Incidencia:* los datos de aborto en el país son del final de la década de los 80 o comienzos de la década del 90 y esto hace que la información al respecto sea especialmente incompleta si tenemos en cuenta que en estas dos últimas décadas ha aparecido y se ha difundido ampliamente el uso del misoprostol para la interrupción del embarazo²⁰ y que, además, en 2006 el aborto fue despenalizado parcialmente por

una decisión de la Honorable Corte Constitucional contenida en la Sentencia C-355 de 2006.²¹

Las complicaciones del aborto inseguro afectan especialmente al grupo de mujeres pobres, pues aquellas con mayores recursos pueden acceder a abortos seguros, aunque no sean legales.^{22, 23} El Guttmacher Institute estimó que la tasa de aborto para Colombia en 1991 era de 32 por cada mil mujeres de 15 a 49 años (para Bogotá 30,7 y para la región central 42,0), con base en estimativos de que por cada aborto hospitalizado en Colombia en el mismo año ocurrían 5,50 abortos que no ocasionaban complicaciones que necesitaran hospitalización. En el mismo estudio, se estimó que para 1990 en Colombia la razón de abortos por embarazos era de 24,8 por cada 100 embarazos (en Bogotá 26,8 y en la región central de 32,7).⁴

De acuerdo con un estudio realizado por la Universidad Externado de Colombia, para el año 1992, se estimaba que en mujeres entre 15 y 19 años que habían estado alguna vez embarazadas el 44,5% de ellas habían abortado por lo menos una vez y en el grupo de 15 a 55 años, el 30,3%.²⁴

3.2. *Disponibilidad del misoprostol:* en Colombia, está disponible con fórmula retenida, registrado en el INVIMA (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos) y aprobado para gastropatías inducidas por AINE (Antiinflamatorio No Esteroideo) y para la interrupción voluntaria del embarazo en los casos y condiciones establecidas en la Sentencia C-355 de 2006.²⁵ A pesar de la indicación de fórmula retenida, en la mayoría de las farmacias es posible obtenerla sin fórmula y el precio en esas circunstancias usualmente es muy alto.²⁰

3.3. *Atención a mujeres que consultan por complicaciones de aborto:* en Colombia, el manejo de la mujer con aborto incompleto, especialmente en el sector público, se realiza con la técnica de dilatación y curetaje y en una menor proporción con aspiración manual endouterina (AMEU). Esta afirmación se basa en los siguientes hechos: la AMEU es poco

difundida en las escuelas de medicina, a pesar de que la OMS reconoce que debe ser la técnica de elección tanto para la práctica del aborto inducido como para el manejo de los abortos incompletos.²⁶ Existe aún en nuestro país resistencia a utilizar nuevas técnicas de evacuación uterina como tratamiento médico y AMEU; muchos profesionales se aferran a la técnica tradicional (curetaje) con la que tienen más confianza.²⁷ En Colombia, EngenderHealth capacitó varios profesionales y dio apoyo a 32 hospitales en la estrategia de atención integral a la mujer en posaborto, incluyendo capacitación en AMEU con donación de varios equipos a cada institución; sin embargo, únicamente la mitad de ellos implementó la estrategia y actualmente apenas dos hospitales brindan AMEU.²⁷ Esto plantea un reto en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, pues la norma técnica para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), que fue adaptada de la guía “Aborto sin riesgo: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud”, incluye AMEU²⁸ y la Resolución 4905 de 2006 establece que las instituciones obligadas al cumplimiento de dicha Resolución deberán adelantar las acciones de información, capacitación y educación continuada a los profesionales de la salud que permitan la adecuada provisión de los servicios de IVE. Además, las instituciones de educación superior podrían incorporar dentro de sus programas de pregrado y posgrado los aspectos técnicos, éticos y jurídicos de la prestación de los servicios de IVE.²⁹

3.4 Monitorización y evaluación de la mortalidad y morbilidad materna por aborto inseguro: desde el año 2004, el Ministerio de la Protección Social lanzó el Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna, producto del cual se reactivaron los Comités Departamentales de Vigilancia de la Mortalidad Materna.³⁰ Por su parte, la Resolución 4905 de 2006 estableció que el Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales en el ámbito de sus competencias ejercerían la vigilancia

en salud pública de la IVE, incluyendo la vigilancia de sus complicaciones y de la morbimortalidad materna, de acuerdo con los instrumentos que para el efecto se definieran en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA.³¹

3.5. Costo del aborto inseguro para el sistema de salud: en un estudio de la Fundación Agenda Colombia,³² se calculó que en el año 2005, el sistema de salud de Colombia gastó más de 76.000 millones de pesos en la atención de las complicaciones del aborto inseguro.

3.6. Situación legal del aborto: en Colombia, mediante Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006, se declaró exequible el artículo 122 de la Ley 599 de 2000, bajo el entendimiento de que no se incurre en delito de aborto cuando, con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: 1. cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; 2. cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y 3. cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.²¹

3.7. Proceso de implementación: la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la organización Women’s Link Worldwide han identificado las principales barreras de acceso a los servicios de IVE:³³

Falta de conocimiento específico por parte de los actores del sistema de salud acerca del nuevo marco legal del aborto.

Abuso de la objeción de conciencia por parte de las instituciones de salud, profesionales individuales y jueces, especialmente el uso de la objeción de conciencia institucional.

Falta de credibilidad, por parte de algunos médicos, para las mujeres que solicitan una IVE por haber sido víctimas de abuso sexual.

Solicitud de requerimientos legales y administrativos por fuera de la ley por parte de los prestadores del servicio.

Injustificados y desproporcionados tiempos de espera para las mujeres que requieren los servicios de IVE.

Acciones de discriminación y estigmatización contra las mujeres que se practican IVE y los profesionales que los garantizan al interior de las instituciones prestadoras de salud.

El requerimiento del consentimiento asistido de los representantes, tutores o allegados para las mujeres menores de catorce años que requieren los servicios de IVE.

Segunda Fase, plan de acción

El plan de acción del consenso de expertos definió cuatro objetivos específicos:

Mejorar el acceso a los servicios de SSR, en especial de anticoncepción, y aumentar el número de usuarias de métodos de alta eficacia y larga duración entre mujeres adultas y adolescentes.

Facilitar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en los casos y condiciones establecidos en la Sentencia C-355 de 2006.

Promover el acceso al misoprostol para todos sus usos ginecológicos y obstétricos.

Mejorar la información sobre las tasas y complicaciones asociadas al aborto provocado e inseguro.

El resumen del plan de acción se presenta en la **tabla 1**.

DISCUSIÓN

La OMS define el aborto inseguro como “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos”.³⁴

La estrategia de FIGO no tiene preestablecida ninguna estrategia de plan de acción, ésta tiene que ser definida en cada país con base en los problemas identificados en el análisis situacional, susceptibles de mejorar acorde a la cultura y respetando las leyes de cada país. En

el caso colombiano, muchas de las acciones propuestas coinciden, total o parcialmente, con programas ya existentes, todavía no aplicados o ya en marcha. En estos casos, se trata de acelerar el proceso de ejecución de las acciones, con base en el prestigio de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología y la colaboración de sus miembros. Hay que recordar que la mayoría de las acciones de salud que afectan a la mujer dependen de la participación de ginecólogos y obstetras. Esta iniciativa de FIGO con el liderazgo de la FECOLSOG debe permitir que seamos parte de la solución con la colaboración de diversos actores sociales invitados a participar en esta iniciativa. Para FIGO, no es relevante que la iniciativa pierda su identidad y aparezca como un programa de otros organismos, gubernamentales o no, pues lo importante es contribuir a reducir la cifra de embarazos no planeados, abortos inseguros y sus consecuencias, teniendo en cuenta que la anticoncepción moderna puede reducir pero no eliminar la necesidad de un aborto, pues ningún anticonceptivo es 100% efectivo. En consecuencia, seguiremos enfrentando embarazos no planeados, los cuales las mujeres pueden considerar terminar. Cabe destacar lo que bien expone el Profesor Aníbal Faúndes: “(. . .) la criminalización del aborto y la penalización de las mujeres que abortan no reducen el número de esas intervenciones y provocan, en cambio, más muertes y un mayor sufrimiento humano (. . .)”.³⁵

Pese al gran avance que ha representado para Colombia la Sentencia C-355 de 2006, aún persisten grandes retos, como por ejemplo reglamentar opciones que sustituyan el requerimiento legal de la presentación de denuncia para acceder al servicio de interrupción voluntaria del embarazo para los casos de mujeres víctimas del conflicto armado, así como reglamentar la existencia de protocolos de investigación al interior de los tribunales de ética médica para los asuntos relacionados con objeción de conciencia. En este sentido, se debe clarificar la autonomía y capacidad de las menores de catorce años a la hora de decidir sobre la continuación o no del embarazo en las tres circunstancias despenalizadas. Hay diferencias conceptuales entre diferentes actores en la interpretación de la normatividad. La

Sentencia C-355 de 2006 estableció que la edad del menor para autorizar tratamientos e intervenciones, aún cuando éstos sean particularmente invasivos, no es un criterio que tenga un carácter absoluto, reconocida en los menores la titularidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad y la posibilidad de consentir tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo. No obstante lo anterior, también establece que en materia de aborto el legislador, si lo estima

conveniente, podrá establecer reglas específicas en el futuro sobre representación, tutela o curatela sin menoscabar el consentimiento de la menor de catorce años. Por tal motivo, la norma técnica que regula la IVE se limitó a establecer que en la menor de catorce años se requiere el consentimiento asistido de los representantes legales, tutores o allegados, conforme lo establece la Ley 23 de 1981 (código de ética médica).

Tabla 1. Plan de acción para Colombia

Objetivo general: disminuir la morbilidad materna asociada al aborto inseguro				
Objetivo específico 1. Mejorar el acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), en especial de anticoncepción, y aumentar el número de usuarias de métodos de alta eficacia y larga duración entre mujeres adultas y adolescentes.				
Actividades	Meta	Responsable	Tiempo requerido	Indicadores de proceso
Capacitar proveedores en consejería y provisión de anticoncepción moderna, incluyendo aplicación/retiro de implante subdérmico y anticoncepción de emergencia	100% de responsables regionales y 50% de IPS públicas. Aumento en 50% del número de nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos modernos en IPS	Universidad Nacional de Colombia MPS UNFPA	1 año	No. de personal de salud capacitado Campaña realizada No. de actos administrativos expedidos No. de informes de evaluación
Difundir derechos y deberes entre las usuarias	Una campaña de movilización social	MPS Direcciones territoriales de Salud	1 año	
Vigilar cumplimiento de indicadores de norma de PF en régimen contributivo y subsidiado	100% de EPS evaluadas según indicadores actualizados. Aumento en 50% del número de nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos modernos en EPS	MPS Superintendencia Nacional de Salud	1 año	Indicadores de resultado Número de nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos de alta eficacia y larga duración % de usuarias informadas de sus derechos % de IPS y EPS donde se cumplen las normas
Ampliar el proyecto piloto: “Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía”	50% municipios del país	MEN UNFPA	18 meses	No. de municipios que implementan el proyecto No. de servicios integrales SSR para adolescentes
Promover servicios de SSR para adolescentes	Servicios integrales en 100% EPS y 30% de IPS	UNFPA Profamilia Fundación Oriéntame MPS	18 meses	No. de municipios con redes de apoyo funcionando No. de campañas diseñadas y ejecutadas
Promover redes de apoyo en SSR para adolescentes	142 municipios en alto riesgo	MPS Presidencia UNFPA	1 año	Indicadores de resultado No. de escuelas con programa de: “Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía” No. de servicios de SSR para adolescentes funcionando No. de adolescentes atendidas
Hacer campaña de movilización social para adolescentes	Una campaña por medios masivos y otros	MPS ICBF MEN Ministerio de Comunicaciones UNFPA Presidencia	1 año	

Objetivo específico 2. Facilitar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) dentro de los límites de la legalidad				
Actividades	Meta	Responsable	Tiempo requerido	Indicadores de proceso
Realizar foros sobre IVE con sociedades de obstetricia y ginecología en todo el país y entrega de manuales de misoprostol de la FLASOG	100% de sociedades afiliadas a FECOLSOG	Universidad Nacional de Colombia FECOLSOG MPS Fundación Oriéntame	18 meses	No. de foros realizados No. de Facultades involucradas
Concertar con facultades de ciencias de la salud para incluir en currículos de formación aspectos de SSR e IVE	100% de facultades	Universidad Nacional de Colombia FECOLSOG MPS ASCOFAME Fundación Oriéntame	2 años	Indicadores de resultado Asociados a FECOLSOG sensibilizados en IVE y uso de misoprostol No. de facultades de ciencias de la salud con SSR e IVE incluidos en currículo
Hacer campaña para difundir derechos a usuarias y población general	Una campaña de movilización social IVE	MPS EPS	1 año	No. de campañas ejecutadas
Evaluar disponibilidad y calidad de servicios de IVE	Un informe por municipio y aseguradora	MPS DTS	1 año	No. de informes enviados al MPS con relato de No. de días promedio de demora en atención
Evaluar barreras de acceso a servicios de IVE	Eliminar barreras en 100% casos de IVE legal	MPS MVSM	18 meses	No. de informes enviados al MPS con relato de barreras de acceso a servicios de IVE Indicadores de resultado No. de servicios con barreras y problemas reducidos/eliminados No. de casos > 5 días entre solicitud e intervención No. de casos en que se negó IVE
Capacitar profesionales de salud en IVE y técnicas médicas y quirúrgicas para evacuar útero	100% de responsables regionales 50% de IPS	Universidad Nacional Colombia MPS UNFPA Fundación Oriéntame	18 meses	Indicadores de proceso No. de profesionales capacitados Indicadores de resultado % de IVE realizados utilizando MVA o medicamentos
Difundir resultados del trabajo regional impulsado sobre causal salud de IVE	Documento conocido en 100% de los municipios	MVSM	18 meses	Indicadores de proceso No. de actos de difusión de documento causal salud Indicadores de resultado No. de municipios en que el documento de causal salud es conocido
Adoptar protocolo de vigilancia de IVE legal dentro de SIVIGILA	Un protocolo de vigilancia de IVE	MPS	6 meses	Acto administrativo de SIVIGILA expedido No. de responsables capacitados No. de informes emitidos
Fortalecer la vigilancia de servicios de IVE capacitando a los responsables	100% de responsables locales	MVSM WLW	1 año	No. de municipios monitorizados No. de municipios en donde se hizo capacitación No. de agentes judiciales capacitados Indicadores de resultado
Informar de los casos que requieren control y vigilancia por parte de la Secretaría y otros entes de control	Asesorar al 100% de los casos con barreras	MVSM	1 año	Vigilancia de IVE en marcha No. de municipios en que las barreras de acceso fueron superadas
Hacer cursos de capacitación a estamentos judiciales en normatividad IVE vigente	30% de los municipios	WLW	2 años	

Objetivo específico 3. Promover el acceso al misoprostol para todos sus usos ginecológicos y obstétricos				
Actividades	Meta	Responsable	Tiempo requerido	Indicadores de proceso
Solicitar a INVIMA la aprobación de indicaciones obstétricas del misoprostol y continuar buscando la inclusión de mifepristone	Registro del misoprostol para diferentes usos	Registro del MPS	1 año	Acta de la comisión revisora aprobando usos obstétricos No. de publicaciones realizadas Indicadores de resultado No. de hospitales en que se utiliza misoprostol en sus diferentes indicaciones No. de gineco-obstetras que utilizan misoprostol en sus indicaciones correctas
Publicar artículos en revistas nacionales para potenciar a la comunidad científica en la reducción de la mortalidad materna y del embarazo no deseado	4 publicaciones en revistas indexadas	Autores de la FECOLSOG	18 meses	
Objetivo específico 4. Mejorar la información sobre las tasas y complicaciones asociadas al aborto provocado e inseguro				
Actividades	Meta	Responsable	Tiempo requerido	Indicadores de proceso
Realizar investigación para estimar incidencia y complicaciones de aborto	Disponer de información actualizada sobre la incidencia del aborto inseguro y de sus complicaciones	Fundación Oriéntame Guttmacher Institute	4 años	Investigación aprobada y en marcha. Resultados disponibles y aceptados oficialmente Indicadores de resultado Incidencia y complicaciones del aborto establecidas
Evaluación de Comités de vigilancia de mortalidad materna	100% municipios del país	MPS DTS	18 meses	Indicadores de proceso Informe de evaluación disponible Propuesta de vigilancia de la MMEG aprobada
Desarrollo de sistema de vigilancia de morbilidad materna extremadamente grave (MMEG)	5 municipios	MPS DTS	1 año	Indicadores de resultado No. de municipios con Comités de Mortalidad Materna funcionando No. de municipios en los que se ha implementado vigilancia de la MMEG

MPS: Ministerio de la Protección Social; **UNFPA:** Fondo de Población de las Naciones Unidas; **MEN:** Ministerio de Educación Nacional; **ICBF:** Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; **ASCOFAME:** Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; **EPS:** Entidades Promotoras de Salud; **DTS:** Direcciones Territoriales de Salud; **MVSM:** Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres; **WLW:** Women's Link Worldwide.

AGRADECIMIENTOS

Por la colaboración en la elaboración del plan de acción e implementación de la estrategia para la prevención del aborto inseguro en Colombia a: Elena Prada (Guttmacher Institute), María Isabel Plata (Profamilia), Mary Luz Mejía (UNFPA), Mónica Roa y Katherine Romero (Women's Link Worldwide).

REFERENCIAS

1. Faúndes A. Editorial: la iniciativa de Figo para la prevención del aborto inseguro. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008;73:221-2.
2. Faúndes A, Zaidi S. Prevention of unsafe abortion: analysis of the current situation and the task ahead. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;110:S38-42.
3. Örtengren K. Método del Marco Lógico. Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el desarrollo (ASCI); 2005.

4. The Alan Guttmacher Institute (AGI). *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*. New York: AGI; 1994.
5. Profamilia. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)*; 2005.
6. Profamilia. *Situación de las mujeres Desplazadas*; 2005.
7. Mora M, Villarreal C, Castaño M. *Oriéntame: Anticoncepción post-aborto: mejorando la calidad de los servicios*. Bogotá (Colombia): Trazo Digital Impresores; 1999.
8. Villarreal, J, Mora, M. *Oriéntame. Embarazo indeseado y aborto*; 1992.
9. Profamilia. *Violencia Sexual en Colombia. Estudio a profundidad de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)*; 2005
10. Ministerio de Protección Social. Resolución No. 001973 de Mayo 30 de 2008. Acuerdo 380, Diciembre 14 de 2007.
11. Gómez PI, Gaitán H. Dispositivo intrauterino como anticonceptivo de emergencia: conocimientos, actitudes y prácticas en proveedores de salud latinoamericanos. *Encuesta. Rev Colomb Obstet Ginecol* 2004;55:261-6.
12. Gómez PI. *Anticoncepción: pasado, presente y futuro*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
13. CDC - Fundación PROSER. *Pilot Test of the Reproductive Health Assessment Toolkit for Conflict-Affected Women Living in Colombia*; 2006.
14. República de Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Resolución 3353 de 1993.
15. República de Colombia. Ley 0115 de 1994.
16. República de Colombia. Decreto 1860 de 1994.
17. Castellanos B, Falconier M. *La Educación de la sexualidad en países de América Latina y el Caribe*. UNFPA Working Papers Series CST/LAC N. 20; 2001.
18. Ministerio de Educación Nacional. *Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía*. Visitado en 2010 Ago 24. Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-173956.html>
19. UNFPA. *Situación de la población en Colombia*. Visitado en 2010 Ago 24. Disponible en <http://www.unfpacolombia.org/menuSup.php?id=5>
20. Sherris J, Bingham A, Burns MA, Girvin S, Westley E, Gómez PI. *Misoprostol use in developing countries: results from a multicountry study*. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;88:76-81.
21. República de Colombia. Sentencia C-355 de 2006.
22. Castro R. *Iniciativa FIGO de prevención del aborto inseguro: visión desde el Ministerio de Salud*. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009;74:73-6.
23. Singh S, Sedgh G. *The relationship of abortion to trends in contraception and fertility in Brazil, Colombia and Mexico*. *Int Fam Plan Perspect* 1997; 23:4-14.
24. Zamudio L, Rubiano N, Wartenberg L, Viveros M, Salcedo H. *El aborto inducido en Colombia*. Cuadernos del CIDS. Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social. Universidad Externado de Colombia. Bogotá; 1999. p. 23-24.
25. Ministerio de Protección Social. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y alimentos - INVIMA. Comisión Revisora. Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos. Acta 20 del 2007, numeral 2.9.39.
26. World Health Organization. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: a Guide for Midwives and Doctors (MCPC)*; 2000. Visitado en 2010 Ago 25. Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/survey/en/index.html
27. Gómez-Sánchez PI, Escandón I, Gaitán-Duarte H. *Evaluación de la Atención Integral al Posaborto, en 13 Hospitales de Colombia*. *Rev Salud Pública* 2007; 9:241-52.
28. Organización Mundial de la Salud. "Aborto sin riesgo: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud". Ginebra; 2003.
29. República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto Número 4444 de Diciembre 13 de 2006.
30. Ministerio de Protección Social. *Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna*; 2004. Visitado en 2010 Ago 24. Disponible en: http://mps.minproteccionsocial.gov.co/pars/cajaherram/documentos/Biblioteca/ninosymadrescuentan/plan_reduccion_mortalidad_materna.pdf
31. Ministerio de Protección Social. Resolución 4905 de 2006. Visitado en 2010 Ago 20. Disponible en: http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2006/46491/r_mps_4905_2006.html
32. López C, Boada CL, Ruiz M, Barón G. *Costos de implementar el Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva (PASSR) en Colombia: International*

- Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region (IPPF/WHR) – Fundación Agenda Colombia; 2004. p. 33.
33. Roa M. Ensuring reproductive rights in Colombia: from Constitutional Court success to reality: issues and challenges in the implementation of the new abortion law. *Women in Action* 2008;(1):24-30.
 34. Espinoza H. Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud pública persistentes en América Latina. *Rev Panam Salud Pública* 2002;11:148-9.
 35. Faúndes A, Barzelatto J. El Drama del aborto. En busca de un consenso. Bogotá, Colombia: Tercer Mundo Editores. 1ª Ed.; 2005.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.