



**LAS BARRERAS AL ACCESO DEL SERVICIO DEL ABORTO EN EL  
MUNICIPIO DE BAHÍA SOLANO – CHOCÓ**

**Innovación aplicada a la gestión pública**

**Darwin Vivas, Luis Ernesto Lopera, Dayan Palacios Hurtado**

**LAS BARRERAS AL ACCESO AL SERVICIO DEL ABORTO EN EL MUNICIPIO DE  
BAHÍA SOLANO - CHOCÓ**

**DAYAN PALACIOS HURTADO  
LUIS ERNESTO LOPERA QUINTO  
DARWIN VIVAS MENA**

**DIRECTOR:  
SANTIAGO A. ROA-ORTIZ PHD (C)**

**MAGISTER, EN GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA**

**MODALIDAD:  
INNOVACIÓN ORGANIZACIONAL  
“BUSINESS CASE”**

**UNIVERSIDAD EAN  
BOGOTÁ D C, COLOMBIA**

**NOVIEMBRE 2025**

## Tabla de Contenido

1	Resumen Ejecutivo .....	3
2	Introducción .....	4
3	Objetivos .....	5
4	Contexto Jurisprudencial y Normativo del Aborto .....	6
4.1	Evolución en América Latina .....	6
4.2	Perspectiva feminista y análisis sistémico .....	7
5	Desarrollo Jurisprudencial Colombiano.....	7
6	ETAPA 1: Penalización total del aborto desde el año 1837 hasta el año 2006.....	9
6.1	Sobre el Desconocimiento de los Derechos sexuales y reproductivos de la mujer.....	11
6.2	Sobre la Dignidad Humana de la mujer .....	11
6.3	Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida.....	13
6.4	Situación actual.....	15
7	Limitaciones sociales al aborto.....	21
7.1	Información falsa y sesgada.....	21
7.2	El aborto como causa de muerte a la gestante.....	22
7.3	El aborto causante de infertilidad.....	22
7.4	Límites religiosos y culturales alrededor del aborto.....	22
7.5	El aborto como pecado.....	23
8	Ejes.....	25
8.1	Eje 1: Fortalecimiento del servicio sanitario.....	25
8.2	Eje 2: Capacitación y sensibilización institucional.....	26
8.3	Eje 3: Campañas de información, sensibilización y educación comunitaria .....	26
8.4	Eje 4: Transporte, rutas y remisiones.....	27
9	Impactos esperados y desafíos .....	28
10	Conclusion .....	30
11	Referencias bibliográficas.....	32

## **Tabla de ilustraciones.**

Ilustración 1 Denuncias realizadas por el delito de aborto, desde el año 2000, hasta el año 200 ...9	
Ilustración 2 Cantidad de casos únicos producto del delito del aborto sin encontrarse en alguna de las causales mencionadas por la corte constitucional ..... 14	14
Ilustración 3 Cantidad de interrupciones voluntarias del embarazo de conformidad a las excepciones planteadas por la corte constitucional en su sentencia c-355 de 2006 ..... 14	14
Ilustración 4 . Razones por las cuales las mujeres en Bahía Solano no acceden al aborto ..... 20	20
Ilustración 5 ¿Tomaría la decisión acompañada de cuál de las siguientes personas? ..... 24	24

## 1 Resumen Ejecutivo

El presente documento analiza los obstáculos que impiden la implementación efectiva del derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el municipio de Bahía Solano, departamento del Chocó (Colombia). Se enmarca en la línea de innovación aplicada a la gestión pública y busca visibilizar las desigualdades territoriales en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Como antecedentes, se examina la evolución normativa y jurisprudencial del aborto en Colombia, desde su penalización hasta la Sentencia C-055 de 2022, que lo despenaliza hasta la semana 24. A nivel local, se identifican barreras legales, institucionales, culturales y geográficas que limitan el acceso al servicio en Bahía Solano.

La metodología empleada fue mixta: análisis documental y jurídico, solicitudes de información al Ministerio de Salud, y encuestas a mujeres del municipio. Los resultados evidencian deficiencias sanitarias, falta de infraestructura, desconocimiento normativo, estigmas religiosos y ausencia de acompañamiento psicológico.

La propuesta de solución plantea una política pública integral basada en cuatro ejes: fortalecimiento sanitario, capacitación del personal, campañas de educación comunitaria y mejora del transporte sanitario. Se concluye que garantizar un aborto seguro y digno requiere voluntad institucional, dotación adecuada, formación profesional y transformación sociocultural en el territorio.

## 2 Introducción

El derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) ha sido objeto de amplio debate global, influido por factores culturales, políticos y religiosos. En Colombia, el aborto fue considerado delito durante décadas, según el Código Penal (Ley 599 de 2000), que sancionaba a la mujer que lo practicara o consintiera.

El avance de los movimientos sociales y feministas impulsó un cambio trascendental con la Sentencia C-355 de 2006, mediante la cual la Corte Constitucional despenalizó el aborto en tres causales específicas, reconociendo la salud y la autonomía reproductiva como derechos fundamentales. No obstante, el modelo de causales resultó limitado, pues persistían barreras legales, institucionales y culturales. Esto llevó a la Sentencia C-055 de 2022, que despenalizó el aborto hasta la semana 24 de gestación, al considerar que su penalización afectaba de forma desproporcionada a las mujeres en condiciones de vulnerabilidad.

A pesar de estos avances, persisten obstáculos estructurales: interpretaciones restrictivas, vacíos normativos, estigma social, desigualdad territorial y deficiencias del sistema de salud. Estas limitaciones son especialmente notorias en regiones apartadas como el Chocó, donde las condiciones geográficas y de conectividad dificultan el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

El municipio de Bahía Solano ejemplifica esta situación, con una población dispersa, escasa infraestructura y altos costos de movilidad que restringen el acceso a atención médica oportuna. Estudiar las barreras locales al aborto en este territorio permite visibilizar desigualdades, fortalecer las políticas públicas y comprender las brechas entre la norma y la práctica.

Este estudio aborda tres ejes principales: la evolución normativa y jurisprudencial, las limitaciones del sistema de salud y los factores socioculturales que condicionan el acceso a la IVE. Desde esta perspectiva, busca aportar al debate nacional sobre los derechos reproductivos y evidenciar que garantizar la justicia social y la equidad en salud sigue siendo un desafío en zonas marginadas como Bahía Solano.

### 3 Objetivos

#### Objetivo General

Analizar las problemáticas y realidades situacionales del municipio de Bahía Solano frente a la inaccesibilidad al servicio médico del Aborto.

#### Objetivos Específicos

- Analizar la Normatividad nacional e internacional de la Legalización del Aborto y sus casos de aplicación en Colombia.
- Identificar las problemáticas e inaccesibilidad en la aplicación de la ley de aborto en el municipio de Bahía Solano ubicado en el departamento del Chocó.
- Situación actual vs propuesta integral para el acceso a la ley de aborto por las mujeres ubicadas en el municipio de Bahía Solano en el departamento del Chocó.

## 4 Contexto Jurisprudencial y Normativo del Aborto

El aborto, definido por la OMS como la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable, se ha convertido en uno de los temas más controvertidos en el ámbito social y jurídico, porque involucra la autonomía y los derechos fundamentales de las mujeres. Su regulación expresa tensiones entre libertad reproductiva y control estatal, y revela niveles de desigualdad de género.

En América Latina, las fuertes influencias religiosas, políticas y patriarcales han mantenido normas restrictivas. Esto provoca que miles de mujeres recurran a abortos inseguros, especialmente en sectores pobres y zonas rurales. La OMS (2022) señala que el 45 % de los abortos en el mundo son inseguros, concentrándose en países con mayores barreras legales y culturales.

Las regulaciones se han dado por vía legislativa o por decisiones judiciales, demostrando la responsabilidad del Estado en garantizar la salud y los derechos reproductivos. En Colombia, la Corte Constitucional ha sido protagonista en la protección del derecho a decidir, ubicando al país como referente regional. Sin embargo, persisten obstáculos para el acceso real, especialmente en regiones como el Chocó, donde los contextos sociales y económicos aumentan la vulnerabilidad de las mujeres.

### 4.1 Evolución en América Latina

El avance hacia la despenalización del aborto en la región ha sido desigual. Algunos países han adoptado una visión de salud pública y derechos humanos:

Cuba (1965): pionera en garantizar un aborto seguro y gratuito.

Guyana (1995): legalizó el aborto bajo condiciones sanitarias reguladas.

Uruguay (2012): modelo integral que incluye acompañamiento médico y psicológico hasta la semana 12.

Argentina (2020): amplió el acceso hasta la semana 14, impulsado por movimientos feministas como *Ni Una Menos*.

México (2021): la Suprema Corte declaró inconstitucional criminalizar a las mujeres por abortar.

Estos cambios han sido impulsados principalmente por la movilización feminista organizada, que ha visibilizado el aborto como un asunto de igualdad y justicia social.

Por el contrario, países como El Salvador mantienen la penalización absoluta. El caso Beatriz vs. El Salvador (2023) mostró cómo la negación del aborto puede convertirse en violencia institucional y vulneración grave de derechos humanos.

#### 4.2 Perspectiva feminista y análisis sistémico

Para el feminismo, el aborto es una cuestión de autonomía corporal y de ruptura con las estructuras patriarcales que históricamente han controlado la maternidad. Autoras como Federici y Segato destacan que el cuerpo de las mujeres ha sido un espacio de dominación social y económica, por lo que decidir sobre él implica un ejercicio de poder y libertad.

En Colombia y especialmente en territorios como Bahía Solano las mujeres afrodescendientes y en condiciones de pobreza enfrentan mayores barreras culturales, religiosas y de acceso a servicios de salud, lo que limita el ejercicio real del derecho a la IVE.

- Un enfoque sistémico exige integrar:
- lo **jurídico** (normas y fallos),
- lo **cultural** (estigmas y creencias),
- lo **socioeconómico** (desigualdad en acceso a salud), y
- la **voluntad política** para garantizar la implementación.

Solo así la IVE dejará de ser un derecho formal y se convertirá en un derecho efectivo para todas las mujeres.

### 5 Desarrollo Jurisprudencial Colombiano

La evolución del aborto en Colombia refleja una transformación profunda en la comprensión de los derechos sexuales y reproductivos, pasando de una visión penalizadora a un

enfoque constitucional basado en la dignidad y autonomía de las mujeres. Durante años, el aborto fue considerado delito absoluto según el Código Penal (Ley 599 de 2000), lo cual generó graves afectaciones para la salud y la vida de las mujeres, especialmente de aquellas en condiciones de vulnerabilidad.

El cambio más significativo ocurrió con la Sentencia C-355 de 2006, en la que la Corte Constitucional despenalizó el aborto en tres causales: riesgo para la vida o salud de la mujer, inviabilidad fetal y embarazo por violencia sexual. Esta decisión reconoció que la penalización total desconocía derechos fundamentales y reforzaba desigualdades sociales y territoriales.

A pesar del avance jurídico, la implementación fue limitada por estigmas culturales, objeción de conciencia, falta de servicios de salud y desigualdad territorial, creando fuertes barreros para el acceso real a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), particularmente en regiones rurales como el Chocó.

Un nuevo hito fue la Sentencia C-055 de 2022, impulsada por el movimiento Causa Justa, que amplió la despenalización hasta las 24 semanas y mantuvo las tres causales después de ese límite. La Corte concluyó que la criminalización es una barrera estructural de desigualdad y un obstáculo para el Estado Social de Derecho, además de evidenciar la omisión del Congreso, que por décadas evitó legislar sobre la materia por presiones religiosas y falta de voluntad política.

El avance jurisprudencial también está ligado al papel decisivo de los movimientos feministas, que han visibilizado el aborto como un tema de salud pública, justicia social e igualdad de género en un país marcado por el machismo y la moral católica.

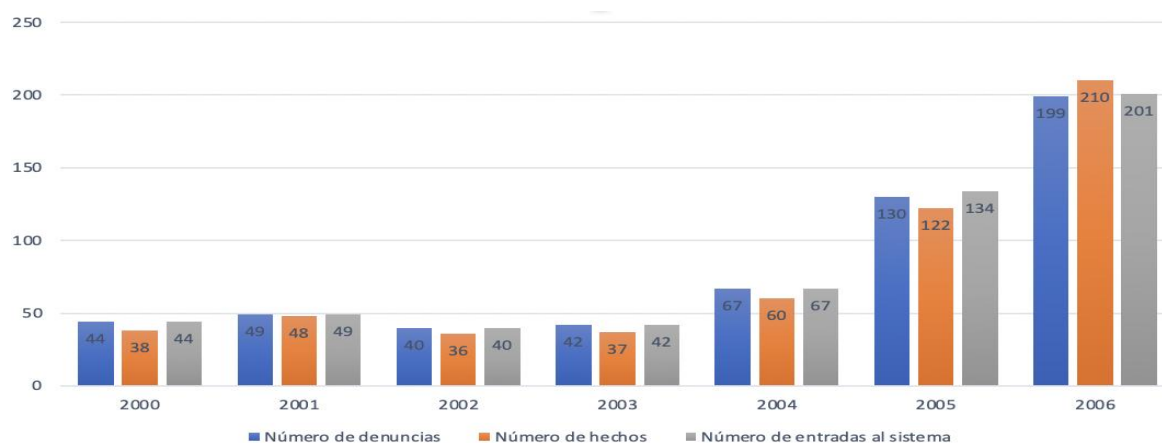
Actualmente, Colombia cuenta con uno de los marcos jurídicos más progresistas de la región, pero existen desafíos importantes: fortalecer la prestación del servicio, garantizar educación en derechos sexuales y reproductivos, y eliminar el estigma y las barreras institucionales, especialmente en territorios apartados como Bahía Solano, donde la exclusión social y económica sigue limitando el ejercicio real de este derecho.

## 6 ETAPA 1: Penalización total del aborto desde el año 1837 hasta el año 2006.

Durante más de 150 años, el aborto en Colombia fue penalizado de forma absoluta, reflejando una sociedad patriarcal y fuertemente influenciada por la moral religiosa. Desde el Código Penal de 1837 hasta la Ley 599 de 2000, el aborto fue considerado delito sin excepciones, castigando con prisión tanto a las mujeres como a quienes lo practicaran (artículo 122 del Código Penal).

Esta criminalización generó graves consecuencias: estigmatización, clandestinidad y altos riesgos para la salud de las mujeres, especialmente de aquellas en zonas rurales y poblaciones afro e indígenas del Pacífico colombiano. El control legal sobre el aborto reforzó la desigualdad y la falta de reconocimiento de las mujeres como sujetas de derechos, contribuyendo a mayores tasas de morbilidad y mortalidad materna.

*Ilustración 1 Denuncias realizadas por el delito de aborto, desde el año 2000, hasta el año 2006*



Fuente: Sierra et al. (2021)

El incremento de denuncias por aborto entre 2000 y 2006 muestra cómo la criminalización se intensificó en los años previos a la despenalización parcial. Este aumento puede explicarse por dos factores principales:

### Mayor visibilización social

El debate público sobre derechos sexuales y reproductivos comenzó a tomar fuerza en medios y

movimientos sociales, lo que hizo que el aborto dejara de ser totalmente silencioso. No obstante, esta visibilidad también reforzó el control social y la vigilancia sobre las mujeres, en especial sobre aquellas en condiciones de pobreza y marginalidad.

### **Mayor acción judicial y policial**

Durante este periodo, la Fiscalía y otras autoridades aumentaron los procesos penales por aborto, enfocando su respuesta en castigar en lugar de prevenir. No hubo avances paralelos en educación sexual ni en servicios de salud que redujeran embarazos no deseados, sino un aumento en el estigma y la clandestinidad.

En conjunto, estas dinámicas evidencian que el Estado utilizó el derecho penal como herramienta de control sobre la autonomía reproductiva, sin considerar las afectaciones a la salud y a la dignidad de las mujeres. La etapa de penalización total (1837–2006) refleja así un contexto de subordinación patriarcal y desigualdad estructural, que preparó el terreno para las demandas feministas y los cambios jurisprudenciales a partir de la Sentencia C-355 de 2006.

ETAPA 2: Despenalización parcial del aborto, que comprende desde el 10 de mayo de 2006 hasta el febrero de 2022

Esta etapa tuvo su inicio con la demanda de Constitucionalidad del artículo 122 del Código Penal, en el cual varios demandantes deciden presentar una solicitud ante la Corte Constitucional para que revise y decida si el artículo en mención, transgrede o no la Constitución Política de 1991; por lo cual utilizaron los siguientes argumentos para soportar su solicitud:

- Viola los derechos sexuales y reproductivos de la mujer
- No garantiza el libre desarrollo de la personalidad
- Transgrede el principio de la dignidad humana
- Transgrede el derecho a la igualdad
- Transgrede el bloque de constitucionalidad
- Viola el derecho a la vida, salud e integridad

De los anteriores cargos mencionados por los demandantes, la Corte Constitucional los desarrolló cada uno de la siguiente manera:

### **6.1 Sobre el Desconocimiento de los Derechos sexuales y reproductivos de la mujer**

La Corte Constitucional estableció que Colombia por medio de tratados internacionales ha ratificado la existencia de derecho sexuales y reproductivos, para cualquier persona, al igual que estos se encuentran mencionados en el artículo 93 de la Constitución, que establece que cualquier acuerdo firmado por Colombia con otros países es de obligatorio cumplimiento en el territorio, por tanto, en ese orden de ideas.

Así las cosas, Colombia no solo se encuentra dentro de los países que firmaron y reconocieron los derechos sexuales y reproductivos, sino que también garantiza su cumplimiento en su territorio; por tanto, establece que, al no permitir el aborto, no implica que no garantizara estos derechos.

### **6.2 Sobre la Dignidad Humana de la mujer**

La dignidad humana, reconocida en el artículo 1° de la Constitución Política de Colombia, es un principio esencial del Estado social de derecho. La Corte Constitucional ha señalado que este concepto tiene valor de principio, derecho y valor fundamental, y que su vulneración ocurre cuando el Estado impone una prohibición absoluta del aborto, desconociendo la autonomía y libertad de las mujeres para decidir sobre su cuerpo (Sentencia C-355 de 2006).

En este marco, los movimientos feministas han desempeñado un papel clave al visibilizar que el derecho a decidir forma parte del respeto a la dignidad humana. Su lucha ha impulsado avances jurídicos y sociales que reconocen a la mujer como sujeto autónomo de derechos sexuales y reproductivos, defendiendo que decidir sobre la maternidad no es un privilegio, sino una expresión legítima de su dignidad.

*3.- Cuando el embarazo sea resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.*

Como se mencionó anteriormente, Colombia se encarga de establecer tratados o acuerdo con otros países, así las cosas, la Corte Constitucional, citó la declaración contra la tortura y el trato digno, en la cual estableció lo siguiente:

El comité de Derechos H.s de la ONU y comité de monitoreo de la convención contra la tortura han establecido que la violación sexual de la mujer y el no permitirle abortar cuando existen graves malformaciones fetales, es una violación del derecho a no ser torturada y que son modalidades de tortura basadas en el género. Los datos médicos demuestran que las malformaciones son más graves y frecuentes en mujeres Mas pobres. (C-355-06 Corte Constitucional de Colombia, 2006.)

Es menester entonces, mencionar que el artículo 1 de la Constitución Política de Colombia, establece la dignidad humana como principio rector del Estado Social de Derecho, lo cual debe propender que a todas las personas se les garantice un trato digno e igual ante la ley, teniendo como presente, que existe una igualdad diferente a la formal, que se debe garantizar con un respeto y trato especial a aquellas personas que se encuentran en condiciones de desigualdad, o vulneración de sus derechos.

Así las cosas, la Corte Constitucional consideró prudente, que el aborto no podía ser permitido, cuando una mujer había concedido un embarazo, sin su consentimiento, es decir, dicha mujer fue cosificada instrumentalizada o fue utilizada como objeto sexual y como una maquina reproductora. Se incluyen aquí los supuestos de violación y de inseminación artificial no consentida, entre otras.

Por tanto, una mujer al llevar un embarazo, producto de las circunstancias narradas anteriormente, estaría llevando una carga muy fuerte de soportar, debido a que traería consigo, no solo una responsabilidad de quien está por nacer sino también enfermedades de salud mental, producto de la circunstancia de la que fue víctima.

*4.- Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer.*

El artículo 11 constitucional establece que “el derecho a la vida es inviolable, no habrá pena de muerte”, en ese orden de ideas, el Estado colombiano, debe velar por la vida de todas las personas, incluyendo la de la mujer que se encuentra en estado de gestación.

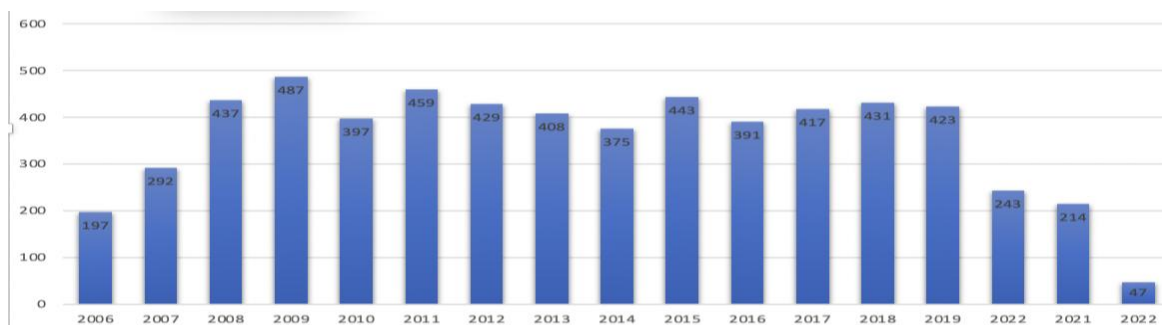
El Máximo Órgano Constitucional, para su estudio de constitucionalidad hizo un *test* de proporcionalidad. En él comparó cuatro derechos fundamentales, el derecho a la vida de la mujer, la dignidad humana, el derecho a la salud y el derecho a la vida del feto que está por nacer, luego de un análisis pormenorizado, en el cual se tuvo en cuenta la diferenciación entre lo que es considerado un feto, y quien es persona jurídicamente, se estableció que debe primar los derechos a la salud y la vida de la mujer gestante, en el entendido que al no permitir el aborto en circunstancias donde no existe certeza médica, que la mujer goce con las facultades físicas para dar a luz, implica poner su vida en riesgo, y por ende se estaría cosificando la función de la mujer en la sociedad.

### **6.3 Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida.**

El Máximo Tribunal Constitucional aclaró que, al existir una inviabilidad fetal, en el entendido, que medicamente no se garantice que el feto tendría calidad de vida en materia de salud, era menester, que este pudiese ser abortado, debido a que su nacimiento no garantiza que pudiese gozar con estándares dignos de calidad en su salud.

La sentencia C- 355 de 2006 fue una sentencia hita en materia de aborto en Colombia, debido a que despenalizó el aborto en las tres causales mencionadas anteriormente; además de exhortar al Congreso de la República a la creación de una ley que regulara la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

*Ilustración 2 Cantidad de casos únicos producto del delito del aborto sin encontrarse en alguna de las causales mencionadas por la corte constitucional*

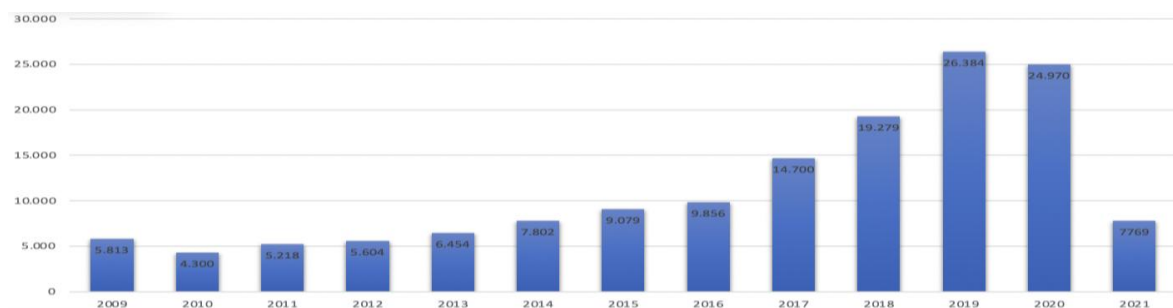


Fuente. Elaboración propia con información suministrada por la fiscalía general de la Nación

De lo anterior, según un informe entregado por la fiscalía general de la Nación han existido 5990 casos por el delito de aborto, cuando no se encontraba en las causales mencionadas por la Corte Constitucional desde el año 2006 hasta el año 2022.

Se infiere que el crecimiento de los casos procesados por el delito de aborto entre los años 2006 y 2009 tuvo su fundamento en el aumento de denuncias por parte de la ciudadanía y en un mayor despliegue investigativo de la fiscalía general de la Nación. Sin embargo, desde el año 2018 hasta la creación de la nueva jurisprudencia, se observa una disminución en las denuncias registradas, debido a que las excepciones establecidas por la Sentencia C-355 de 2006 permitieron la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en determinadas circunstancias, reduciendo así los casos penalizados.

*Ilustración 3 Cantidad de interrupciones voluntarias del embarazo de conformidad a las excepciones planteadas por la corte constitucional en su sentencia c-355 de 2006*



Fuente. Elaboración propia con información suministrada por el Ministerio de Salud y Protección social

Según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social, entre 2009 y 2021 —antes de la Sentencia C-055 de 2022— se realizaron 147.288 abortos seguros en Colombia. No obstante, es importante reconocer que estos datos reflejan únicamente los casos reportados oficialmente, por lo que no representan la totalidad de los hechos, especialmente en regiones donde persisten limitaciones tecnológicas y barreras de acceso a los servicios de salud.

El contexto de la IVE no debe analizarse únicamente desde la perspectiva jurídica, sino también desde una mirada sistémica que incluya sus dimensiones políticas, sociales, económicas y culturales, considerando las profundas implicaciones que tiene en un país con arraigadas estructuras machistas.

#### **6.4 Situación actual**

La Corte Constitucional, recibió una nueva demanda contra el artículo 122 del Código Penal colombiano, el cual penalizaba el aborto salvo las excepciones reconocidas en la sentencia de 2006. Esta demanda fue presentada por el movimiento Causa Justa. Con ella, Causa Justa sus principales argumentos principales para soportar su solicitud fueron los siguientes:

##### ***Presunta Vulneración al derecho a la salud de la mujer***

La Corte Constitucional observó que, desde la sentencia anterior, la realidad social y jurídica del país había evolucionado. Reconoció que, como órgano responsable de velar por la Constitución, tenía competencia para volver a pronunciarse sobre este asunto.

En ese nuevo análisis, destacó la importancia del derecho a la salud como un derecho fundamental ya consolidado, reconociendo que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 incorpora ese principio y determina que el Estado tiene la obligación de salvaguardar la salud de todas las personas sin discriminación de raza, género o condición.

##### ***Presunto desconocimiento de la libertad de conciencia de las mujeres.***

Los demandantes pusieron en consideración la situación concreta de las mujeres en Colombia, quienes, motivadas por circunstancias ajenas a su voluntad, deben lidiar no solo con embarazos no deseados, sino también con un marco jurídico que obstaculiza el acceso a un aborto digno y seguro. Esto las obliga muchas veces a recurrir a prácticas ilegales, con el consiguiente riesgo para su propia vida, en especial cuando la interrupción del embarazo no encaja en alguna de las causales previstas por la Corte Constitucional en la sentencia C-355 de 2006.

Con base en ese diagnóstico, la Corte estableció que no es viable que el legislador mantenga restricciones penales tan severas en materia de aborto, pues tales limitaciones pueden conducir a violaciones evidentes de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. De igual forma, el tribunal reconoció que el personal médico dispone del derecho a la libertad de conciencia, pero que este no puede anteponerse al derecho fundamental de las mujeres a decidir sobre su cuerpo.

En consecuencia, el tribunal Constitucional concluyó que impedir el aborto libre constituye una barrera jurídica estructural que impide a las mujeres ejercer plenamente su derecho a la salud, a desarrollar su proyecto de vida y a tomar decisiones autónomas sobre su cuerpo.

### ***Presunto desconocimiento de la finalidad constitucional de prevención general de la pena***

La Corte Constitucional determinó que el propósito de la pena es la resocialización de quien comete un acto considerado reprochable. No obstante, en el caso del aborto, concluyó que su penalización no es adecuada; debido a que la prohibición atenta contra los derechos fundamentales de las mujeres embarazadas

En su lugar, propuso que ese fenómeno se aborde mediante políticas públicas orientadas al uso responsable de métodos anticonceptivos y enfocadas en que el aborto sea una medida de último recurso.

Bajo esa lógica, aunque el fin de la sanción es impedir que conductas consideradas negativas se normalicen, en el contexto del aborto no puede concebirse como delito, pues no se hace con intención de dañar a un tercero.

En ese sentido, el 21 de febrero de 2022, mediante la Sentencia C-055 de 2022, la Corte Constitucional otorgó vía libre al aborto hasta la semana 24 de gestación.

### Metodología

Este trabajo pretende identificar las barreras para el acceso al servicio de la interrupción voluntaria del embarazo en Bahía Solano – Chocó.

Para poder cumplir este objetivo se ha utilizado una metodología mixta. En cuanto al análisis cuantitativo, primeramente, se hizo un estudio jurídico, sobre la normatividad y los pronunciamientos que han existido sobre el aborto en Colombia.

Aunado a lo anterior, se le solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social, la siguiente información con la finalidad de establecer si existía responsabilidad por parte de este ente rector, en la precarización e ineficiencia de la implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo;

sobre políticas públicas que garanticen el servicio del aborto, teniendo presente el marco jurídico actual.

la implementación y regulación del derecho a objeción de conciencia que le asiste a los profesionales de la salud-

### **También se solicitaron los siguientes datos:**

1. la cantidad de aborto que se habían realizado desde el año 2000 hasta antes de la sentencia C-355 de 2006

2. La cantidad de denuncias realizadas, hechos y personas investigadas enmarcada en el delito de aborto desde el año 2000 hasta el año 2006

Luego se les solicitó a las mismas autoridades mencionadas, la misma información, pero luego del año 2006 con el cambio del panorama jurídico que generó la sentencia C-355 de 2006,

lo anterior para demostrar, si existió un aumento o disminución en la práctica de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, existiendo tres causales que des tipificaba el aborto como delito.

Por otro lado, se han realizado una encuesta que se encuentra dirigida a las mujeres de Bahía Solano, en la que se utilizó las redes sociales para su difusión. Tiene como objetivo principal, identificar algunas barreras de tipo ideológico y sociales, que impiden que muchas mujeres no tomen la decisión de someterse a la práctica del aborto, cuando están frente un embarazo no deseado.; se abordaron los siguientes temas:

Opinión sobre el machismo

El aborto desde el ámbito religioso o moral.

La práctica del aborto desde el ámbito de interrupción al proyecto de vida de la mujer.

El aborto desde el ámbito social

Estas dos perspectivas nos permiten conocer las barreras (tanto normativas, como sociales y de implementación) que existen en la prestación del servicio del aborto.

Impedimentos del sistema sanitario a un aborto digno y seguro en el municipio de Bahía Solano.

Este apartado examina los obstáculos que el sistema de salud local impone al acceso efectivo a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el municipio de Bahía Solano.

Primero, existe una precariedad estructural del servicio médico; el Sistema de Salud Colombiano está compuesto por tres niveles de atención en salud, los cuales se componen de la siguiente manera:

<b>NIVEL DE SALUD</b>	<b>PERSONAL DE LA SALUD QUE CORRESPONDEN</b>
Nivel I	Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados, en forma ambulatoria
Nivel II	Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

Nivel III y Nivel IV	Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico.
----------------------	---

Fuente: Elaboración propia, de conformidad a la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud y Protección Social

La prestación del servicio del aborto debe ser garantizada en cada uno de los niveles de prestación del servicio de salud, sin embargo, esto solo se puede realizar siempre y cuando los profesionales de la salud se encuentran debidamente capacitados y cuenten con los elementos necesarios para la prestación del servicio; de lo contrario, debe ser trasladado o remitido a otro centro asistencial.

De acuerdo con el Ministerio de Salud de protección social a regulación de los profesionales y las instalaciones debe estar basada en la evidencia de las mejores prácticas y estar dirigida a garantizar la seguridad, la buena calidad, y la accesibilidad oportuna a los servicios. Los servicios de IVE (tratamiento quirúrgico o tratamiento con medicamentos), de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, \* deben estar disponibles en todos los niveles de complejidad, incluyendo el primer nivel. Para ello es necesario implementar estos servicios en el marco de políticas integrales de SSR en todo el territorio nacional con adecuados sistemas de referencia y contrarreferencia, y disponer de un equipo multidisciplinario que incluya profesionales no médicos: psicólogos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, etc. En relación con los niveles de complejidad, es conveniente considerar que, por tratarse de procedimientos, en su mayoría sencillos.” (Lineamiento técnico para Atención integral de la IVE en primer nivel de complejidad, S.F.)

En Bahía Solano, este ideal enfrenta múltiples barreras concretas. Los centros de salud del municipio carecen de equipamiento adecuado, insumos esenciales y tecnología suficiente para procedimientos especializados. Además, el personal no siempre está formado con protocolos nuevos ni con competencias técnicas actualizadas. En la cabecera municipal, el hospital presenta condiciones precarias y pocos médicos y enfermeras por turno, lo que limita seriamente la capacidad de ofrecer servicios de complejidad.

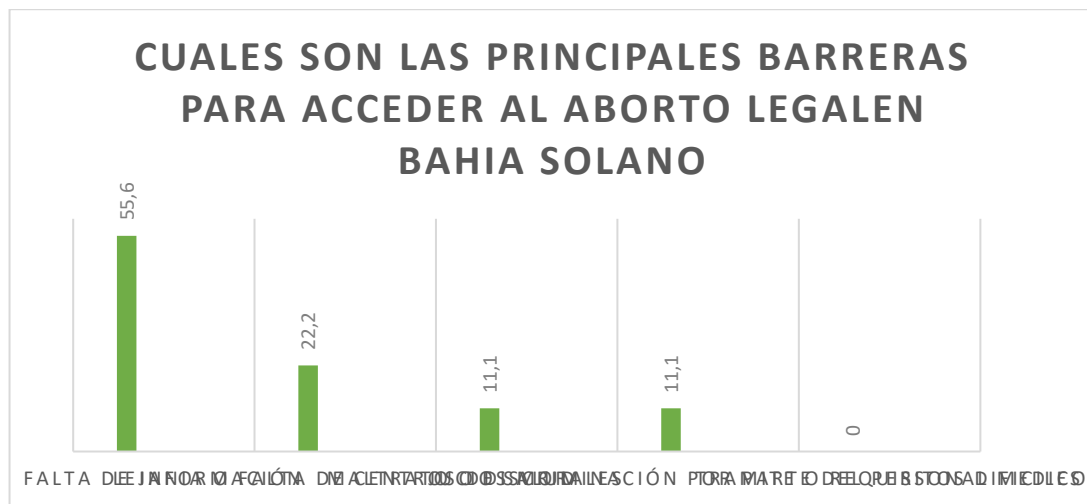
A este panorama se suma un desafío adicional en la conectividad y transporte. La vía que conecta el corregimiento del Valle con la cabecera municipal, actualmente en obra de pavimentación, presenta dilaciones que afectan el tránsito seguro y rápido de las unidades sanitarias. Por otro lado, desde diciembre de 2024 el servicio de ambulancia terrestre en el municipio se encuentra fuera de funcionamiento, de acuerdo con reportes locales del medio *Chocó 7 Días*. Eso obliga a trasladar personas en vehículos improvisados como camiones, motocarros, muchas veces sin condiciones seguras para pacientes con riesgos obstétricos.

Estas deficiencias implican que la remisión de pacientes desde corregimientos o zonas apartadas al hospital municipal con frecuencia se torne larga, costosa y peligrosamente demorada, especialmente dado que en el litoral pacífico chocoano las vías terrestres son escasas y el terreno es complejo.

En ese orden de ideas se encuestó a nueve (9) mujeres del municipio de Bahía Solano, para conocer su opinión sobre las barreras sanitarias al servicio del aborto, y sus respuestas fueron la siguiente:

El 100% de ellas concuerdan que los Centro de Salud de Ciudad de Mutis y el Valle, no cuentan con los implementos necesarios para realizar un aborto.

*Ilustración 4 . Razones por las cuales las mujeres en Bahía Solano no acceden al aborto*



Fuente: Elaboración Propia, con información arrojada de la encuesta

La mayoría de las mujeres encuestadas en Bahía Solano (55,6 %) considera que las campañas de información son la medida más efectiva para mejorar el acceso al aborto legal. Esto evidencia que gran parte de las barreras son informativas, derivadas del desconocimiento de los derechos, rutas legales y protocolos. La desinformación, sumada al estigma social y la falta de comunicación institucional, limita el empoderamiento y el ejercicio de los derechos reproductivos.

Además, un 44,4 % resaltó la necesidad de apoyo psicológico, lo que demuestra que el acceso al aborto no solo depende de la oferta médica, sino también del acompañamiento emocional. En conjunto, estos resultados reflejan que las principales dificultades en Bahía Solano están en la falta de información y orientación, por lo que cualquier estrategia de mejora debe priorizar la educación y sensibilización comunitaria.

## **7 Limitaciones sociales al aborto.**

La sociedad de Bahía Solano, al estar ubicada en una región aislada del Pacífico chocoano, enfrenta retos particulares en cuanto a conectividad y acceso al Estado. Este aislamiento geográfico refuerza estructuras sociales con una orientación mayormente conservadora, en la que muchas fuentes de información provienen del entorno educativo formal o de la iglesia, lo que puede limitar la circulación de discursos críticos o incluyentes.

En estas comunidades, perduran niveles de desconocimiento sobre sexualidad, derechos reproductivos y métodos anticonceptivos. El tema del aborto continúa cargado de tabú social, lo que genera silencio, estigmas y barreras para que las mujeres puedan informarse y actuar libremente.

### **7.1 Información falsa y sesgada.**

Dentro de la aplicación y regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Bahía Solano, se encuentran diferentes barreras, que consideran que practica de este servicio sea considerado, puede acarrear problemas de salud o incluso la muerte para la gestante, infertilidad.

## **7.2 El aborto como causa de muerte a la gestante.**

Aunque el aborto hoy es legal en Colombia, incluyendo el municipio de Bahía Solano, en la práctica muchas mujeres no pueden acceder a él en un centro de salud formal, eso da lugar a una serie de limitaciones sociales que alimentan la creencia de que el aborto causa la muerte de la gestante.

En contextos donde no existe acceso médico real, las interrupciones del embarazo se realizan de maneras inseguras, sin supervisión profesional ni condiciones sanitarias apropiadas. Esa experiencia vivencial refuerza el imaginario social de que “el aborto mata”, pues los casos negativos terminan siendo los más visibles. En efecto, cuando una mujer debe recurrir a métodos clandestinos, mal practicados o improvisados, se expone a complicaciones severas: infecciones, perforaciones uterinas, hemorragias, sepsis y otros daños que pueden derivar en muerte.

## **7.3 El aborto causante de infertilidad**

Existe un mito difundido de que la práctica del aborto puede disminuir la capacidad de una mujer para tener hijos en el futuro. Este temor se basa principalmente en errores médicos cometidos durante abortos inseguros; infecciones, malos legrados o perforaciones uterinas durante la dilatación pueden, ciertamente, generar daño y llegar a afectar la fertilidad en casos extremos.

Sin embargo, cuando el aborto se realiza de forma segura, con personal capacitado y bajo condiciones adecuadas, no hay evidencia científica confiable de que este genere infertilidad ni comprometa seriamente la capacidad reproductiva posterior.

## **7.4 Límites religiosos y culturales alrededor del aborto.**

En Bahía Solano, como en muchas comunidades del Pacífico colombiano, la religiosidad y los valores conservadores ocupan un lugar preponderante en la vida social cotidiana. Aunque Colombia es un país plural, en zonas como estas las tradiciones religiosas tienen una influencia

directa sobre las normas sociales y morales, y suelen fortalecer concepciones rígidas sobre el cuerpo, la sexualidad y el rol de la mujer.

### **7.5 El aborto como pecado**

En ese marco cultural, las mujeres que deciden interrumpir un embarazo enfrentan no solo la barrera legal y sanitaria, sino también una estructura simbólica poderosa. Se las puede estigmatizar como personas que han transgredido los valores comunitarios, ser objeto de rechazo, aislamiento o censura moral. En el imaginario local, el aborto es frecuentemente asociado con pecado, culpa o deshonra, lo que hace más difícil para las mujeres reconocer su derecho, buscar información o hablar del tema abiertamente.

Este ambiente conservador refuerza barreras de silencio: muchas mujeres ocultarán sus decisiones o temerán hablar por miedo al juicio social. Así, incluso cuando el aborto está permitido legalmente, esas normas morales no escritas pueden operar como barreras reales que impiden el ejercicio del derecho.

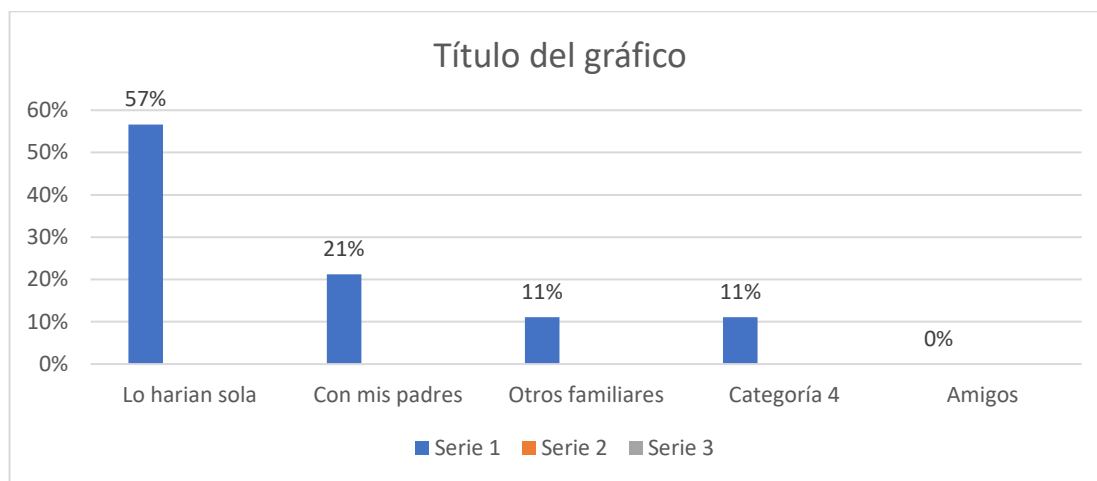
En ese orden de ideas, se les preguntó a nueve mujeres de Bahía Solano, sobre las razones por la cual abortarían, y su respuesta fue la siguiente:

La respuesta de las mujeres encuestadas revela un dato contundente; el 100 % de las mujeres encuestadas en Bahía Solano considera que, si decidieran abortar, serían juzgadas por la sociedad.

Esto indica una percepción de estigmatización social generalizada, sin excepción entre las participantes, en otras palabras, todas ellas sienten que existe una fuerte presión moral o social contra el aborto en su contexto comunitario.

Ese sentido colectivo de juicio social puede ejercer un efecto disuasorio serio; aunque el aborto sea legal en Colombia, muchas mujeres pueden renunciar a ejercer ese derecho por miedo a las consecuencias sociales, al rechazo, a la discriminación o al señalamiento.

Ilustración 5 ¿Tomaría la decisión acompañada de cuál de las siguientes personas?



Fuente: Elaboración Propia, con información arrojada de la encuesta

Este gráfico revela que más de la mitad (55,6 %) de las mujeres encuestadas en Bahía Solano preferiría enfrentar la decisión de abortar sola, sin acompañamiento cercano. Esto sugiere que el estigma, el miedo al juicio o la falta de redes de confianza pueden estar empujando a muchas mujeres a asumir esa carga individualmente, sin apoyo explícito.

Una fracción significativa, 22,2 %, optaría por el acompañamiento de su pareja, lo que indica que algunas mujeres cuentan con vínculos afectivos en los cuales confiar en momentos difíciles. Mientras tanto, 11,1 % elegiría otros familiares y otro 11,1 % recurriría a sus padres, lo que señala que la familia cercana también puede jugar un papel de apoyo para unas pocas.

El hecho de que ninguna respuesta haya elegido “amigos” y que la mayoría prefiera la soledad muestra que el acompañamiento social percibido es limitado. En un entorno donde el aborto sigue siendo un tema estigmatizado, muchas mujeres no sienten que pueden compartir su decisión con personas de su entorno, lo que agrava la carga emocional y dificulta el acceso seguro y acompañado.

De igual forma, un informe de Médicos Sin Fronteras menciona que, “La falta de apoyo emocional, sumada al rechazo o castigo del entorno cercano, obliga a muchas mujeres a afrontar este proceso en soledad y aislamiento.” (Médicos sin fronteras, S.F, p. 4)

Es decir, una de las razones preponderantes que las mujeres deciden tomar la decisión de abortar, sin consultarle a nadie dentro de su grupo social, consiste en que no cuentan con un apoyo efectivo, para el acompañamiento dentro de este proceso, sumado al estigma social que rodea a las mujeres que deciden abortar.

Propuesta de política pública para garantizar el acceso real al aborto seguro sin Bahía Solano

Bahía Solano, municipio costero del departamento del Chocó con más de 1.667 km<sup>2</sup> de territorio y cerca de 9.300 habitantes, enfrenta múltiples retos para garantizar el acceso efectivo al aborto legal. Aunque exista protección legal, esta choca con obstáculos estructurales, institucionales, sociales y culturales en contextos rurales y aislados como Bahía Solano.

El sistema de salud del municipio es precario; el hospital local opera con condiciones limitadas, escasos recursos humanos, insumos insuficientes, pocos médicos por turno y una infraestructura deficiente. La geografía del municipio es compleja, con corregimientos dispersos y vías de acceso difíciles, lo que añade una barrera logística importante.

En ese contexto, esta propuesta plantea una política pública integral con enfoque territorial, participativo y de derechos para garantizar que el derecho legal al aborto se transforme en acceso efectivo, seguro y digno para las mujeres de Bahía Solano.

## **8 Ejes.**

### **8.1 Eje 1: Fortalecimiento del servicio sanitario**

Uno de los mayores desafíos en Bahía Solano es que los centros de salud no cuentan con la dotación ni infraestructura mínima para brindar un aborto seguro. Por ello, el primer paso es realizar un diagnóstico exhaustivo de cada punto de atención, que evalúe condiciones físicas, equipos, insumos, recursos humanos y capacidades técnicas.

A partir de ese diagnóstico, se dotarán los centros con kits para IVE (instrumentos, material estéril, medicamentos), equipos de apoyo (camillas, luz quirúrgica, monitores), insumos de respaldo y tecnología básica necesaria (suministro eléctrico fiable, manejo de residuos, agua apta para procedimientos). Se adaptarán salas de procedimientos menores en puestos rurales, siempre que sea viable, para descentralizar atención y reducir remisiones innecesarias.

Con esa dotación funcional, el servicio de aborto legal podrá prestarse con calidad técnica, lo que reduce riesgos y mejora la confianza de las mujeres en el sistema.

## **8.2 Eje 2: Capacitación y sensibilización institucional**

La dotación por sí sola no garantiza buen servicio; el personal de salud debe estar preparado en protocolos, normativa, atención respetuosa y derechos reproductivos. En ese sentido, la intervención propone un programa intensivo de capacitación para médicos generales, enfermeras, auxiliares y personal administrativo.

Los contenidos incluyen: jurisprudencia (C-055, C-355), estándares clínicos para aborto con medicamentos y procedimientos quirúrgicos, manejo de complicaciones, consentimiento informado, confidencialidad y trato digno, y manejo de objeción de conciencia, y mecanismos de remisión interna.

También es crucial sensibilizar al personal administrativo y a las autoridades de salud, para que comprendan la importancia del aborto legal, asignen recursos, impulsen la logística y faciliten la implementación.

De esa manera, no solo habrá capacidad técnica, sino un cambio cultural institucional que permita que el servicio se implemente efectivamente sin barreras internas.

## **8.3 Eje 3: Campañas de información, sensibilización y educación comunitaria**

Se deberán adelantar campañas informativas adaptadas culturalmente (folletos, spots radiales, carteles, redes sociales) con lenguaje local, visuales comprensibles y mensajes positivos

sobre derechos reproductivos y servicio legal. Se pueden utilizar espacios comunitarios, juntas de acción comunal, lugares de sano esparcimiento, entre otros.

De igual forma las campañas informáticas, tienen que tener acompañamiento emocional y legal clave, para que el acceso no sea solo técnico sino digno. Por tanto, se debe asignar profesionales en psicología o trabajo social que brinden acompañamiento individual y grupal antes, durante y después del proceso, para manejar el miedo, la culpa, el estrés y fortalecer redes de apoyo emocional.

También se podrá disponer de asesoría legal gratuita para mujeres que enfrenten negativas indebidas de servicio, discriminación, objeción de conciencia abusiva o demoras injustificadas. Se habilitarán líneas remotas (teléfono, WhatsApp) para orientación rápida, integrando redes nacionales como Decide Colombia.

Se formarán voluntarias locales y líderes comunitarios para acompañar logística y emocionalmente a mujeres que lo soliciten, fortaleciendo las redes locales de solidaridad.

En colegios del municipio se introducirán módulos de educación sexual integral que incluyan información sobre el aborto legal, anticoncepción y derechos reproductivos, con formación previa para los docentes. Las campañas se complementarán con testimonios (anónimos o con consentimiento) para humanizar la experiencia y desmontar tabúes.

Este eje busca transformar la percepción colectiva, reducir el estigma y empoderar a las mujeres para que sepan sus derechos y demanden el servicio

#### **8.4 Eje 4: Transporte, rutas y remisiones**

Dados los retos geográficos de Bahía Solano y la falta de ambulancia, este eje es esencial para que el servicio llegue a quienes viven lejos. Primero, se definirán rutas claras de referencia y contrarreferencia entre los puestos de salud rurales y el hospital municipal, con protocolos para acelerar los tiempos de traslado y evitar trámites innecesarios.

La alcaldía municipal, deberá impulsar recursos para habilitar el servicio de la ambulancia dentro del municipio, y exigirle a las EPS, que, en caso de traslado, se pueda contar con servicio de ambulancia aérea medicalizada.

Para zonas muy remotas, se plantean jornadas móviles o clínicas itinerantes de IVE, ya sea con brigadas aéreas, fluviales o en colaboración con programas como la Patrulla Aérea que ha realizado brigadas de salud en Bahía Solano.

## **9 Impactos esperados y desafíos**

Con la implementación de esta política pública, se espera que, en un horizonte de tres a cinco años, el municipio de Bahía Solano (Chocó) logre consolidar un modelo local de atención integral y segura en salud sexual y reproductiva, con los siguientes impactos concretos:

Ampliación de la red de atención primaria: creación o fortalecimiento de centros y puestos de salud rurales capaces de brindar el servicio de aborto legal, reduciendo la dependencia de remisiones hacia otros municipios.

Disminución de costos logísticos y tiempos de espera, así como de las barreras geográficas y de transporte, especialmente en comunidades rurales y afrodescendientes de difícil acceso.

Incremento sostenido en el número de mujeres que acceden a servicios seguros y legales, garantizando su autonomía reproductiva y reduciendo la mortalidad materna por abortos inseguros.

Mejora progresiva en las percepciones comunitarias sobre el aborto, con reducción del estigma social y religioso, medido mediante encuestas comparativas de línea base y seguimiento.

Transformación institucional duradera: personal médico y de enfermería certificado en protocolos de IVE, atención humanizada y consejería, con mayor capacidad de respuesta y calidad en el trato digno.

Fortalecimiento de la gobernanza local en salud: inclusión del tema en los planes territoriales de salud, con participación comunitaria y mecanismos de rendición de cuentas.

Vinculación institucional y roles operativos

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS): formulador técnico de lineamientos nacionales, responsable de la asignación de recursos, monitoreo y evaluación del cumplimiento de la política.

Superintendencia Nacional de Salud: garante de la vigilancia y control sobre la prestación del servicio, asegurando el cumplimiento de los protocolos y derechos de las usuarias.

Secretaría Departamental de Salud del Chocó: coordinadora regional del proceso de implementación, capacitación y supervisión del personal médico.

Hospital Pablo VI de Bahía Solano y ESE local: responsables de la ejecución directa del servicio, registro de casos, atención humanizada y articulación con redes rurales.

Alcaldía Municipal de Bahía Solano: actor estratégico en la gestión intersectorial, dotación de infraestructura y coordinación con la comunidad.

Organizaciones sociales y comunitarias (asociaciones de mujeres, grupos juveniles y líderes étnicos): encargadas de procesos de sensibilización, acompañamiento psicosocial y reducción del estigma.

### **Estimado general de recursos y viabilidad financiera**

Para garantizar la viabilidad de la política se proyecta un plan de inversión trianual, estimado en aproximadamente \$1.500 millones de pesos colombianos, distribuidos así:

Dotación e infraestructura médica: \$600 millones (equipos, insumos, adecuación de espacios).

Capacitación y certificación del personal de salud: \$300 millones.

Campañas de comunicación, sensibilización y educación comunitaria: \$200 millones.

Monitoreo, evaluación y gestión institucional: \$150 millones.

Transporte, logística y apoyo en zonas rurales: \$250 millones.

### **Las fuentes de financiación contemplan:**

Presupuesto del Sistema General de Participaciones (SGP) – componente salud.  
Recursos de cooperación internacional (UNFPA, ONU Mujeres, OPS).

### **Aportes del Ministerio de Salud y Protección Social.**

Cofinanciación municipal y departamental, con prioridad en los planes de desarrollo territorial.

### **Principales desafíos y estrategias de mitigación**

Los principales desafíos identificados son:

Resistencia ideológica y religiosa, especialmente en comunidades conservadoras.

*Estrategia:* programas de diálogo intercultural, sensibilización con líderes religiosos y comunitarios, campañas de información basadas en derechos humanos y salud pública.

Objeción de conciencia masiva o institucional.

*Estrategia:* reglamentar la objeción bajo parámetros éticos, garantizar disponibilidad de personal no objetor y fortalecer la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud.

Limitaciones financieras y sostenibilidad del programa.

*Estrategia:* diversificación de fuentes de financiación y convenios de cooperación técnica.  
Alta rotación de personal médico y falta de especialistas.

*Estrategia:* incentivos económicos y sociales para profesionales locales y rurales.

Dificultades logísticas en zonas de difícil acceso.

## **10 Conclusion**

En América Latina, la despenalización del aborto ha seguido dos vías: la legislativa y la jurisprudencial. Mientras la primera depende de la voluntad política de los congresos, la segunda ha permitido avances más rápidos al reconocer derechos fundamentales ante la inacción legislativa. En este contexto, el caso colombiano es paradigmático: la Corte Constitucional ha sido garante del derecho a la autonomía reproductiva, consolidando la Sentencia C-055 de 2022 como un hito en materia de justicia social y salud pública.

Sin embargo, los hallazgos en Bahía Solano muestran que la garantía formal del derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) no se traduce en un acceso real y equitativo. Las principales barreras son de tipo institucional, social y cultural: la falta de infraestructura médica, la escasa capacitación del personal de salud, la ausencia de acompañamiento psicológico y la persistencia de estigmas religiosos que refuerzan el silencio y el miedo. Estas condiciones profundizan las brechas territoriales y perpetúan la desigualdad en el ejercicio de los derechos reproductivos.

Desde una perspectiva de gestión pública, se requiere una política integral de implementación que combine medidas normativas, administrativas y sociales. Entre las acciones prioritarias destacan:

La capacitación obligatoria del personal médico y administrativo en derechos sexuales y reproductivos.

La dotación adecuada de los centros de salud por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando procedimientos seguros y dignos.

El desarrollo de campañas educativas y de sensibilización comunitaria que combatan el estigma y promuevan el conocimiento de las rutas legales.

La vigilancia activa de la Superintendencia Nacional de Salud, asegurando el cumplimiento y evaluación continua de las políticas públicas en la materia.

Finalmente, la realidad de Bahía Solano evidencia que el acceso a la IVE no depende solo del marco jurídico, sino de la capacidad del Estado para cerrar brechas territoriales, culturales y de información. Garantizar la autonomía reproductiva requiere fortalecer la presencia institucional, promover la educación sexual integral y avanzar hacia una gestión pública con enfoque de equidad, dignidad y justicia reproductiva.

## 11 Referencias bibliográficas

Astete, C., Beca, J. P., & Lecaros, A. (2014). Propuesta de un glosario para la discusión del aborto. *Revista Médica de Chile*, 142(11), 1449–1451. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001100012>

Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Recuperado de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion\\_politica\\_1991.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html)

Beltrán, W. M., & Larotta, S. (2020). *Diversidad religiosa, valores y participación política en Colombia*. Universidad Nacional de Colombia.

Congreso de la Nación Argentina. (2020). *Ley 27.610 de 2020: Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/>

Congreso de la República de Colombia. (2000). *Código Penal Colombiano: Ley 599 de 2000*. Gestor Normativo. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6388>

Corte Constitucional de Colombia. (2006). *Sentencia C-355/06*. Recuperado el 10 de junio de 2022, de <https://www.corteconstitucional.gov.co>

Cuartas Rodríguez, P. (2022, 22 de febrero). *Las 39 veces que el Congreso pudo regular el aborto y no lo hizo*. *El Espectador*. Recuperado de <https://www.elespectador.com/judicial/las-39-veces-que-el-congreso-pudo-regular-el-aborto-y-no-lo-hizo-aborto-en-colombia-aborto-legal/>

Dalén, A. (2011). *El aborto en Colombia: Cambios legales y transformaciones sociales*. Universidad Nacional de Colombia.

Faundes, A. (s. f.). *Malentendidos sobre el efecto de la legalización del aborto*.

Frejka, T., & Atkin, L. C. (s. f.). *El aborto inducido como causa de mortalidad materna en América Latina*.

Heredero, L. (2011, 19 de enero). *Cuba: Cuando el aborto es una alternativa al método anticonceptivo*. *BBC Mundo*. British Broadcasting Corporation. Recuperado el 10 de junio de 2022, de [https://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/03/110119\\_cuba\\_aborto\\_salud\\_lh](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/03/110119_cuba_aborto_salud_lh)

Médicos Sin Fronteras. (s. f.). *Aborto no seguro: Mujeres en riesgo*. Médicos Sin Fronteras. Ministerio de Salud y Protección Social. (1994). *Resolución 5261 de 1994*. Recuperado el 10 de junio de 2022, de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCIÓN%205261%20DE%201994.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN%205261%20DE%201994.pdf)

Prada, E., Singh, S., Remez, L., & Villarreal, C. (s. f.). *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia*. Guttmacher Institute.

Presidencia de la República. (2017, 23 de mayo). *Acto Legislativo No. 03 de 2017*. Refworld. Recuperado de <https://www.refworld.org/es/type,LEGISLATION,NATLEGBOD,,5a944e384,0.html>

Refworld. (s. f.). *Marco normativo internacional sobre derechos sexuales y reproductivos* [Documento PDF]. Recuperado el 10 de junio de 2022, de <https://www.refworld.org/es/pdfid/5a944e384.pdf>

Sierra, I. C. J., Uribe, N. S., Mesa, W. F., Vélez, A. C. G., Valencia, S., Martínez, J., & González, L. C. (2021). *La criminalización del aborto en Colombia*. Editorial Universidad Nacional.