



MONITOREO DE POLÍTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN EL MARCO DE LAS RESPUESTA AL BROTE DE COVID-19 Y ACCIONES DE INCIDENCIA A NIVEL NACIONAL PARA FORTALECER EL ACCESO A SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD REPRODUCTIVA A NIVEL NACIONAL (COLOMBIA)

Monitoreo para

Consortio Latinoamericano por el Aborto Seguro -CLACAI-

Proyecto

La Salud Reproductiva es Vital, Colombia

Organizaciones encargadas del informe

Centro de Derechos Reproductivos: sede LAC con colaboración de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres¹

Fecha

23 de noviembre de 2020

Personas que redactaron el informe

Cristina Rosero y Gabriela Pedraza Hoyos

¹ Para la construcción del presente informe, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres contribuyó especialmente en la sistematización de información, obtenida a través de la asesoría legal que realiza a mujeres que desean acceder a una interrupción del embarazo (IVE), y en el análisis de las barreras que se presentan para el acceso a la IVE en el contexto de la pandemia ocasionada por el Covid-19 en Colombia.



Introducción

El presente informe muestra un panorama general de la situación de la salud reproductiva en Colombia durante la pandemia y las medidas de aislamiento preventivo ante el COVID-19 entre los meses de marzo y junio de 2020, incluyendo los obstáculos y barreras que se presentaron para acceder a servicios de salud reproductiva, algunas buenas prácticas que se adelantaron para su promoción y prestación, así como algunas recomendaciones para la mejora en el acceso a estos servicios esenciales.

Colombia reportó su primer caso positivo de COVID-19 el 6 de marzo del 2020. El 12 de marzo el gobierno nacional declaró el estado de emergencia sanitaria a nivel nacional y el 24 de marzo, decretó una cuarentena total que implicó el cierre de transporte intermunicipal, comercios, servicios no esenciales, y la prohibición expresa de salir del lugar de residencia a excepción de diligencias para cubrir necesidades básicas o emergencias. Esta cuarentena obligatoria se mantuvo hasta el 30 de agosto, tiempo en el que se comenzó a flexibilizar el aislamiento, dando paso a un ‘aislamiento inteligente’ con reapertura gradual de varios sectores. Con la pandemia, muchos aspectos de la ‘vida normal’ se han visto profundamente afectados, entre ellos el acceso a la prestación de servicios de salud en general, y en particular a servicios de salud sexual y reproductiva de forma oportuna, accesible y de calidad que antes de la pandemia ya presentaba diversos obstáculos y barreras. La pandemia exacerbó esos obstáculos y creó unos nuevos, que afectan de manera más profunda a ciertos territorios y a personas de grupos discriminados. Si bien múltiples actores como el gobierno nacional y local, prestadores del servicio de salud y organizaciones de la sociedad civil han hecho grandes esfuerzos por eliminar esos obstáculos, las barreras perviven y han afectado de formas profundas y diversas a las personas que habitan en Colombia.

En términos simples, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) basa su funcionamiento en aportes realizados periódicamente por usuarios con capacidad de pago al sistema a partir de los cuales se subsidia a aquellos que no tienen esa capacidad, al igual que recursos estatales. La afiliación es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), sean públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y ofrecen los servicios de salud a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)². Hay varias formas de afiliación al SGSSS, destacándose los regímenes contributivo y subsidiado. Todas las personas que perciban un salario igual o superior al mínimo³ o una pensión en Colombia deben afiliarse al régimen contributivo a través de la EPS de su elección y cotizar

² Las IPS también pueden ser públicas o privadas, e incluyen cualquier forma de prestación de servicios de salud: consultorios, laboratorios, clínicas, profesionales independientes, etc.

³ El salario mínimo mensual en Colombia es de 980,657 pesos colombianos; es decir, 268 dólares aproximadamente.

una contribución obligatoria mensual basada en un porcentaje de sus ingresos. Las personas sin capacidad de pago, por otro lado, deben ser afiliadas al sistema a una EPS y se les debe proveer el servicio de salud. Todas las personas afiliadas al SGSSS, en cualquier régimen tienen derecho a acceder a un Plan de Beneficios⁴. El sistema permite que quienes cuentan con una capacidad económica mayor, pueden contratar un seguro de salud complementario o medicina prepagada para acceder a servicios de mayor especialización y calidad en salud, o también pueden pagar consultas y servicios médicos privados⁵. Este informe se referirá a los servicios de salud reproductiva que hacen parte del Plan de Beneficios que deberían ser prestados a toda la población colombiana, entre ellos: la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), la asesoría y provisión de anticoncepción, el testeo y tratamiento de VIH e ITS y la atención prenatal.

La metodología buscó recaudar la mayor cantidad de información cualitativa y cuantitativa disponible para lo cual se realizó: i) la revisión, análisis y sistematización de información publicada por entidades oficiales como el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) y las del Ministerio de Salud y Protección Social (Bodega de datos SISPRO), ii) la revisión de la normativa, boletines oficiales y documentos técnicos expedidos por el gobierno nacional en el marco de la pandemia (Anexo IV), iii) la solicitud de información oficial mediante derechos de petición a distintas entidades nacionales y locales, y iv) la conducción de once entrevistas a expertos(as) para recolectar información cualitativa sobre la prestación de los servicios bajo estudio (Anexo V). Entre las personas entrevistadas se encuentran dos prestadoras de servicios especializados en salud reproductiva, cinco profesionales de la salud que prestan servicios en entidades públicas y privadas en Bogotá y otras regiones del país, una gestora comunitaria y tres representantes de organizaciones de sociedad civil que acompañan a mujeres buscando servicios de salud reproductiva y/o víctimas de violencia. El proceso de recopilación de información fue relativamente fácil en el caso de las normativas y las estadísticas publicadas en las páginas web de las entidades oficiales al igual que para las entrevistas.

Sin embargo, en el caso de la información estadística no disponible públicamente, la recolección de la información presentó dificultades, pues se tuvo que solicitar mediante catorce peticiones a las autoridades como el Ministerio de Salud y Protección Social (en adelante Minsalud o el Ministerio), la Superintendencia Nacional de Salud, la Fiscalía General de la Nación y varias Secretarías de Salud locales. Con ocasión de la pandemia, una regulación transitoria permite que las autoridades se tomen un tiempo más amplio para enviar su respuesta en hasta treinta días hábiles, que algunas entidades cumplieron como la Fiscalía y las Secretarías de Salud locales. Sin embargo, otras entidades respondieron fuera del plazo, como el Ministerio de Salud, que notificó su respuesta oficial dos meses y medio después presentando solo parte de la información solicitada. La demora no se debió a negligencia, pues el Ministerio mantuvo comunicación constante con el equipo de investigadoras, sino a que los datos solicitados no estaban disponibles. En el caso de los datos sobre prestación de servicios de salud, se recopilan mediante los llamados RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud) que solo son reportados por las EPS e IPS al ‘año vencido’, lo que implica la imposibilidad de conocer en este momento datos sobre los servicios prestados durante el 2020 y en algunos casos, finales del 2019. Cuando la información sí estaba disponible, no siempre se

⁴ Los servicios de salud sexual y reproductiva hacen parte del Plan de Beneficios en su dimensión más básica. Ver, por ejemplo, el Acuerdo 380 de 2007 que incluye los medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el POS, el Decreto 2323 del 2006 que señala que los exámenes de diagnóstico de ITS y VIH deben hacer parte del POS, la Circular 63 del 2007 que incluye en el POS también sus tratamientos, y el Acuerdo 53 de 1997 sobre los medicamentos particulares de tratamiento de VIH, además de la Resolución 5592 del 2015 que incorporó la IVE también al POS, y la Resolución 5521 del 2013 en la que se aclara también la pertenencia de la atención prenatal, parto y puerperio al POS. (En el Anexo IV se puede revisar la información completa sobre estas disposiciones).

⁵ Guerrero, Ramiro, et. al. “Sistema de Salud en Colombia”. Salud Pública de México 53 (2), 2011. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s144-s155/es>

desglosan detalles para su análisis, por ejemplo, si las consultas se realizaron de forma virtual o presencial, o, por ejemplo, qué procedimientos reportados como aborto correspondían a una IVE o a abortos espontáneos o médicos por complicaciones en el embarazo. A su vez, no se aclaran factores interseccionales de las personas atendidas (como condición de discapacidad, pertenencia étnica, situación migratoria o edad) y existe poca recopilación de datos de algunos servicios como atención prenatal y anticoncepción. Finalmente, se pudo evidenciar incongruencias en los datos provistos por algunas entidades, y falta de correspondencia entre las cifras sobre un mismo indicador presentadas por una u otra entidad. A pesar de estas dificultades, el presente informe presenta un análisis lo más completo posible con la información que pudo ser recopilada, la cual se expone a continuación:

En este sentido, en el primer apartado del informe, se presentarán los hallazgos identificados frente a tres tipos de indicadores: (i) estructurales que miden la aceptación y el compromiso del Estado con la realización de los derechos humanos, mediante la adopción de marcos legislativos, políticos y normativos, políticas y mecanismos para respetar, proteger y cumplir esos derechos; (ii) de proceso, que miden los continuos esfuerzos del estado para transformar los compromisos legales y políticos en los resultados deseados a través del diseño, implementación y monitoreo de programas para la consecución progresiva de los derechos humanos y (iii) de resultado, que recopilan los efectos de las iniciativas estructurales y de procesos destinadas a respetar, proteger y cumplir los derechos humanos. En el segundo apartado, se expondrá un análisis detallado de la información obtenida respecto a estos indicadores relevantes para el monitoreo de políticas de salud reproductiva en el contexto de la pandemia ocasionada por el Covid-19, particularmente frente a la garantía de la salud materna, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), anticoncepción, VIH e ITS y violencia basada en género. Finalmente, se desarrollarán una serie de conclusiones y recomendaciones al Estado Colombiano relacionadas con la garantía de los servicios de salud reproductiva en este contexto particular.



Desarrollo: 1. Hallazgos

EVALUACIÓN DE INDICADORES

La siguiente tabla expone los hallazgos obtenidos a partir del monitoreo de 18 indicadores sobre salud sexual y reproductiva en el marco de la pandemia (Indicadores de proceso, estructura y resultado) diseñados por CLACAI para este monitoreo.

Indicadores de proceso: miden los continuos esfuerzos del estado para transformar los compromisos legales y políticos en los resultados deseados a través del diseño, implementación y monitoreo de programas para la consecución progresiva de los derechos humanos. En este caso mediremos la implementación de acciones identificadas y recomendadas y la asignación de recursos.

	INDICADOR	RESPUESTA	DETALLE
1	SE de SR: Servicio Esencial de Salud Reproductiva Todas	Reconocimiento de los servicios de salud reproductiva como servicios esenciales y urgentes Sí. (4) Dos boletines de prensa y dos documentos técnicos.	En el boletín de prensa 190 del 2020, “Instituciones prestadoras de salud deben continuar con atención en salud sexual y reproductiva” y en el 611 del 2020, “Salud para jóvenes y adolescentes en época de pandemia” ; el Minsalud declaró los servicios sexuales y reproductivos como esenciales y estableció que los mismos deben seguir siendo prestados en la época de la pandemia por COVID-19. El documento técnico, “Orientaciones técnicas para abordar los efectos de la pandemia por COVID-19 en la Fecundidad” de abril del 2020 (en adelante, Fecundidad), insta a fortalecer las intervenciones del sector salud que contribuyen a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente los que están orientados a la autonomía reproductiva, una vida libre de violencia, y el acceso a los servicios de salud. Además, en el documento técnico “Plan de Acción para la prestación de Servicios de Salud durante las etapas de Contención y Mitigación de la Pandemia por COVID-19” (en adelante, Contención y Mitigación), el Ministerio restringió la consulta externa en modalidad intramural para todos los procedimientos de promoción y prevención y otros servicios ambulatorios como los previstos en la R.3280 del 2018 , con la excepción de i) la atención prenatal de alto riesgo, ii) el control posparto y del recién nacido de alto riesgo, iii) el suministro de métodos anticonceptivos, y iv) la atención de interrupción voluntaria del embarazo en sus tres causales.
	Tipo: Disp		
1.1	SE de SR: Todas	Restricciones a los servicios de salud reproductiva No. (0)	De manera oficial, no se han establecido restricciones a los servicios de salud sexual y reproductiva. Por el contrario, se han delimitado adaptaciones para que ellos sigan siendo prestados en el marco de la pandemia.
	Tipo: Disp		

En esta categoría aparecerán las siguientes abreviaciones: Disponibilidad (Disp), Accesibilidad (Acces), Calidad (Calid), Aceptabilidad, (Accept)

Para la elaboración de los indicadores, el CLACAI tomó en consideración aquellos elaborados por UNFPA que abarcan los principales aspectos de la salud sexual y reproductiva, los indicadores ODS vinculados a la salud reproductiva, así como los elaborados en el marco del informe del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los indicadores básicos de salud OMS/OPS 2019, los Indicadores de progreso para la medición de derechos contemplados en el protocolo de san salvador 2015 de la OEA, así como indicadores específicos para VIH/SIDA y anticoncepción. Se seleccionaron y adaptaron aquellos indicadores que permitieran la medición de la adopción, el proceso de implementación y algunos resultados iniciales, vinculados con las recomendaciones elaboradas en el documento “Documento de análisis del considerando 54, Resolución 1/2020, sobre el acceso a la salud reproductiva en el marco de la respuesta a la pandemia por COVID-19” y la observación de las variaciones en las principales tasas de salud materna, durante el periodo de la pandemia en comparación con el año anterior”

	INDICADOR	RESPUESTA	DETALLE
2	SE de SR: Todas	Adopción de telesalud para la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva	Sí, en general, y, en particular, referido a ciertas etapas de la prestación de los servicios en sus particularidades. (5)
	Tipo: Disp		El Minsalud recomendó a las EPS y su red de prestadores en el documento técnico “Fecundidad” adaptar la prestación de servicios de salud materna, planificación familiar y anticoncepción, y acceso a la IVE, a modalidad telesalud, despacho de medicamentos a domicilio o atención intramural ambulatoria con protocolos de bioseguridad. El cambio a telesalud también se prevé en la Resolución 521 de 2020 y en el art. 8 de la Resolución 538 del 2020 , para poblaciones prioritarias como mujeres gestantes y personas que viven con VIH, y para toda la población. Los protocolos necesarios para la prestación del servicio en modalidad de telesalud están descritos en el documento técnico: “ Telesalud y telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por COVID-19 ” de abril del 2020 (en adelante, Telesalud). Para el testeo y tratamiento de VIH e ITS, el Ministerio también expidió un documento técnico, “ Recomendaciones para la continuidad en la atención a las personas que viven con VIH y Hepatitis durante la pandemia de COVID-19 ” (en adelante, VIH y Hepatitis), para la continuidad de la atención a personas que viven con VIH mediante seguimiento telefónico y, si solo es necesario renovar la prescripción para continuar el tratamiento, el envío de los medicamentos al domicilio. De requerirse atención más especializada, puede proveerse por telemedicina o visitas domiciliarias. En último caso y solo en los casos en que realmente lo amerite, se le indicará a la persona que acuda directamente al prestador de salud siguiendo los lineamientos de bioseguridad para evitar infección por Coronavirus.
2.1	SE de SR: Atención prenatal (AP)	Adopción de telesalud para la provisión de AP	Sí. (1)
	Tipo: Disp		En su documento técnico “ Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Colombia ” de junio del 2020, (en adelante, gestantes), el Ministerio de Salud estableció una serie de recomendaciones para trasladar una porción de la atención preconcepcional y puerperal al ámbito de la telemedicina según el riesgo obstétrico que presenten las gestantes. Para ello dispuso una tabla de los controles prenatales necesarios previos al parto, qué actividades se deben desarrollar en cada uno de ellos y cuáles de ellos pueden ser practicados virtualmente.
2.2	SE de SR: IVE	Adopción de telesalud para la provisión de IVE	Sí. (2)
	Tipo: Disp		En el documento “Fecundidad” de abril del 2020, y en el boletín de prensa 190 de 2020, el Minsalud recomendó la adaptación de la prestación de la IVE por telemedicina, cumpliendo los protocolos del documento “Telesalud”.
2.3	SE de SR: Anticoncepción (AC)	Adopción de telesalud para la provisión de AC	Sí. (3)
	Tipo: Disp		En el documento “Fecundidad”, y en el boletín de prensa 190 de 2020, el Ministerio de Salud recomendó la adaptación de la prestación del servicio de anticoncepción por telemedicina con despacho de medicamentos al domicilio. La Resolución 521 de 2020 , art. 5.7, estableció que debía garantizarse la continuidad de entrega de anticonceptivos temporales de corta duración mediante el mecanismo de despacho de medicamentos.
2.4	SE de SR: Asesoría reproduct.	Adopción de telesalud para la provisión de asesoría	Sí. (2)
	Tipo: Disp		En el documento “Fecundidad”, y en el boletín de prensa 190 de 2020, el Ministerio propendió por la adaptación de la prestación de asesoría sobre planificación familiar y derechos sexuales y reproductivos por telemedicina.
3	SE de SR: Todas	Adopción de atención de salud reproductiva ambulatoria en todos los niveles del sistema de salud	No hay ningún boletín ni documento técnico que declare esto. (0)
	Tipo: Acces.		No hay documento alguno que establezca que todos los servicios sexuales y reproductivos deban poder ser prestados de forma ambulatoria en todos los niveles de salud.

INDICADOR RESPUESTA DETALLE

3.1 **SE de SR:** Testeo de ITS y VIH
Tipo: Acces.

Adopción de testeo de ITS y VIH en todos los niveles del sistema de salud

Sí. (1) pero sin mencionar que su acceso debe darse en todos los niveles de complejidad.

3.2 **SE de SR:** IVE
Tipo: Acces.

Adopción de atención de IVE ambulatoria en todos los niveles del sistema de salud

No del todo. (1) Se debe prestar el servicio de IVE, pero no se establece que el mismo deba estar disponible en todos los niveles para todos los casos.

3.3 **SE de SR:** Anticoncepción (AC)
Tipo: Acces.

Adopción de provisión de asesoría y anticonceptivos en todos los niveles del sistema de salud

Sí. (1)

3.4 **SE de SR:** Atención prenatal
Tipo: Acces.

Adopción de modalidad de atención prenatal para la prevención del contagio por COVID-19

Sí. (1)

En el caso de tratamiento de VIH, el Ministerio dictó el documento técnico “VIH y Hepatitis”, en el que se prevé que las personas que viven con VIH y necesitan de una atención en centro de salud, podrán acercarse al prestador de salud que garantizará todos los protocolos de bioseguridad y asegurará el tratamiento de forma ambulatoria cuando no puede ser realizado con telemedicina o consulta telefónica. También se le da prioridad de atención a las personas que viven con VIH en los arts. 4.2 y 4.3 de la R.521.

IVE: En “Contención y Mitigación” el Minsalud restringe los servicios de consulta externa en modalidad intramural para varios tipos de procedimientos exceptuando la atención de IVE. Se debe proveer según lineamientos de la Resolución 3280 de 2018 (en adelante, R.3280/18) que contemplan que todos los prestadores en todos los niveles de atención deben estar capacitados para prestar el servicio de IVE, mediante AMEU o medicamentos hasta la semana 15 o 10 de gestación respectivamente, de forma ambulatoria. Posteriormente es posible que sea necesario una remisión a un nivel más alto de atención. En ese caso, la IPS que atiende la IVE debe garantizar esa transferencia en un tiempo menor a cinco días desde la solicitud.

En el documento técnico “Contención y Mitigación” también se asegura la continuación de la prestación de la anticoncepción según R.3280 del 2018 (art. 13.5.2) debiéndose prestar asesoría en anticoncepción en todos los niveles de atención, y que todos los métodos anticonceptivos deben estar disponibles en la consulta y en todos los niveles de atención en salud, y se deben entregar o aplicar en la misma consulta de asesoría.

Frente a atención prenatal, en el documento “Gestantes”, se establecen todos los protocolos de bioseguridad para garantizar la prestación del servicio de atención prenatal de forma segura para prevenir el contagio por COVID-19 tanto de la gestante como del recién nacido.

4 **SE de SR:** Todas
Tipo: Acces.

Eliminación de requerimientos innecesarios para el acceso a servicios de salud reproductiva.

Sí. (5)

En los documentos “Gestantes”, “VIH y Hepatitis”, “Contención y Mitigación”, “Fecundidad” del Minsalud y regulación previa a la pandemia (R.3280/18) se ordenan medidas para la eliminación de barreras a los servicios de salud sexual y reproductiva. Según la regulación vigente no pueden exigirse requisitos adicionales, aunque en la práctica no está implementada por completo, pues las barreras siguen existiendo.

4.1 **SE de SR:** IVE
Tipo: Acces.

Eliminación de tiempos de espera y otros requerimientos innecesarios para el acceso a IVE

Sí. (2)

En la jurisprudencia constitucional y la R.3280/18 anteriores a la pandemia, se habían prohibido las barreras de acceso a la IVE, tales como requisitos innecesarios (solo es exigible un certificado médico para la causal salud y la causal de incompatibilidad del feto con la vida extrauterina; y una denuncia en la causal de violencia sexual excepto en los casos de niñas menores de 14 años y mujeres víctimas del conflicto armado) y dilaciones injustificadas. El procedimiento debe realizarse dentro de los 5 días calendario siguientes a la solicitud. Estas normas previas han sido una herramienta para activistas y prestadores del servicio para garantizar el acceso en casos que acompañan.

	INDICADOR	RESPUESTA	DETALLE
4.2	SE de SR: Eliminación de requerimientos innecesarios para el acceso a anticoncepción Anticoncepción	Sí. (1)	La R.3280/18 establece el procedimiento para acceder a la asesoría de anticoncepción y al tratamiento de anticonceptivos sin barreras. La entrega y/o aplicación del método anticonceptivo se debe hacer dentro de la misma consulta sin importar el momento del ciclo menstrual en el que se encuentra la usuaria, y los anticonceptivos en toda su variedad deben estar disponibles en toda la red prestadora de servicios de salud y en todos los niveles.
	Tipo: Acces.		
4.3	SE de SR: Eliminación de requerimientos innecesarios para el acceso a Testeo de ITS y VIH Testeo de ITS y VIH	Sí. (2)	En “VIH y Hepatitis”, el Ministerio urge sobre la continuidad de la atención médica a personas que viven con VIH y con hepatitis. Hace un llamado a las prestadoras de salud a que se apoyen en las ONGs aliadas para ofrecer los tratamientos y para continuar con un esfuerzo por disminuir la propagación de las ITS a nivel nacional. Además, en la R.1314 de agosto del 2020 , establece los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para asegurar el diagnóstico temprano de VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C.
	Tipo: Acces.		
4.4	SE de SR: Eliminación de requerimientos innecesarios para el acceso a Atención prenatal Atención prenatal	Sí. (1)	En el documento “Gestantes” se hace un claro llamado a las prestadoras de salud para que hagan todas las adecuaciones necesarias para proveer el servicio de atención prenatal a las mujeres gestantes en el marco de la pandemia, sea de forma ambulatoria, virtual o con medidas de bioseguridad en los centros médicos.
	Tipo: Acces.		
5	SE de SR: Disponibilidad de insumos iguales o superiores a los del año anterior para asegurar la continuidad de la provisión Todas	Esta información no existe de forma sistematizada a nivel nacional.	El Ministerio reportó que no cuenta con esta información sistematizada a nivel nacional. Según el Ministerio, cada EPS es responsable de la gestión del riesgo de sus afiliados y de la coordinación del Plan de Beneficios que contempla una gama de tecnologías en salud, medicamentos e insumos para la prestación de servicios. Cada EPS tiene entonces contratada a una red de prestadores de servicios de salud que son los responsables directos de suministrar las atenciones de salud y tener los insumos necesarios para ello. La falta de suministros puede ser denunciada ante la Superintendencia de Salud, pero de forma individual, es decir, por cada paciente.
	Tipo: Disp.		
5.1	SE de SR: Disponibilidad de insumos (medicamentos y AMEU) suficientes para asegurar la continuidad de la provisión de IVE IVE	Esta información no existe de forma sistematizada a nivel nacional.	No recibimos esta información del Ministerio por lo ya expuesto, pero las personas entrevistadas de IPS privadas con foco en prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, como Oriéntame y Profamilia (ver Anexo III, núm.1 y 2), no identificaron problemas en conseguir dichos insumos durante los meses estudiados. Sin embargo, Laura Gil (ver Anexo III, núm.3) del Grupo Médico por el Derecho a Decidir informó que, aunque no haya escasez de misoprostol ni mifepristona, hubo un momento de alarma pues dichos medicamentos llegan a Colombia desde la India y China, y el comercio desde dichos países estuvo suspendido en un momento de la cuarentena por COVID-19. También aclaró que, especialmente la mifepristona, “está igual de difícil de conseguir, como siempre”.
	Tipo: Disp.		
5.2	SE de SR: Disponibilidad de insumos suficientes para asegurar la continuidad de la provisión de anticoncepción transitoria Anticoncepción	Esta información no existe de forma sistematizada a nivel nacional.	Según la información obtenida con las entrevistas a Oriéntame y Profamilia, no han tenido problemas en conseguir estos insumos durante la pandemia. Reportan una escasez de inyecciones trimestrales que venía presentándose antes de la pandemia. Un informe de Profamilia de junio del 2020 “ Entendiendo las experiencias y prácticas resilientes de adolescentes y jóvenes durante la pandemia del COVID-19 en Colombia ” (en adelante, “Prácticas resilientes de adolescentes”) se informa que el acceso a métodos anticonceptivos ha sido un desafío en zonas de difícil acceso. En ello concuerda un médico entrevistado (Ver Anexo III, núm 4) que trabaja en Yopal (Casanare) donde antes del comienzo de la pandemia observó escasez de inyecciones trimestrales (de suma importancia por su común uso como método anticonceptivo posparto o posaborto) profundizada por la pandemia. Se concluye que no han existido dificultades en zonas urbanas mientras en zonas de difícil acceso parecen existir problemas de disponibilidad.
	Tipo: Disp.		

INDICADOR**RESPUESTA****DETALLE**

5.3**SE de SR:**Testeo de
ITS y VIH**Tipo:** Disp.Disponibilidad de
insumos suficientes
para asegurar la
continuidad de los
testeos de ITS y VIHEsta informa-
ción no existe
de forma
sistematizada a
nivel nacional.

La información disponible sobre pruebas realizadas de VIH e ITS durante la pandemia demuestra una considerable reducción frente a las realizadas en el 2019 (Anexo II, figuras 8 a 10), que podría deberse a una disminución de insumos. Sin embargo, la entrevista realizada con una gestora comunitaria y lideresa de trabajadoras sexuales, habitantes de calle y personas trans (Ver Anexo III, núm 5) reveló que existen organizaciones (públicas y privadas) que realizan pruebas de VIH e ITS en esas comunidades, que reciben insumos al inicio de cada año gracias a financiación internacional. Durante los primeros dos o tres meses de cuarentena estricta, esas organizaciones dejaron de hacer las pruebas en las comunidades por las restricciones. Manifestó que estas organizaciones están realizando las pruebas en población no-vulnerable para cumplir con sus cuotas anuales, dejando así desprotegidas a las personas que más necesitan estas pruebas gratuitas como las personas trans, trabajadoras sexuales y habitantes de calle.

5.4**SE de SR:**Trata-
miento de
ITS y VIH**Tipo:** Disp.Disponibilidad de
insumos suficientes
para asegurar la
continuidad del
tratamiento de ITS y
VIHEsta informa-
ción no existe
de forma
sistematizada a
nivel nacional.

Ninguna de las personas entrevistadas reportó disminución en insumos para continuar el tratamiento de VIH e ITS, sin embargo, se sabe que en zonas de difícil acceso de por sí existen barreras a estos tratamientos, las cuales pudieron verse profundizadas por la pandemia.

Indicadores de proceso: miden los continuos esfuerzos del estado para transformar los compromisos legales y políticos en los resultados deseados a través del diseño, implementación y monitoreo de programas para la consecución progresiva de los derechos humanos. En este caso mediremos la implementación de acciones identificadas y recomendadas y la asignación de recursos.

	INDICADOR	RESPUESTA	DETALLE
6	SE de SR: Todas	Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de salud reproductiva	<p>Esta información no existe de forma sistematizada a nivel nacional. La información que se usó para redactar el detalle surge a partir de la información ofrecida por las IPS privadas como Oriéntame, La clínica Magdalena y de organizaciones como La Mesa por la vida y la salud de las mujeres, quién es una de las autoras de este informe final, además del Grupo Médico por el Derecho a Decidir de Colombia.</p> <p>En el caso de IVE y anticoncepción: Según las entrevistas se concluye que la prestación de servicios de salud reproductiva se mueve en dos esferas muy distintas. La primera, corresponde a IPS privadas (Oriéntame y Profamilia) que han promovido los derechos sexuales y reproductivos en el país. En esa esfera no ha habido una disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de salud reproductiva. Tuvieron una disminución en la demanda al inicio de la pandemia relacionada con miedo al contagio y restricciones de movilidad en la cuarentena estricta. La oferta de servicios nunca se detuvo e incluso aumentó en los meses más avanzados de la pandemia.</p> <p>En una segunda esfera, correspondiente a las demás prestadoras de salud públicas y privadas del país no especializadas en salud reproductiva, sí se evidencia una disminución, suspensión o restricción de la oferta de estos servicios, relacionadas con falta de conocimiento del carácter esencial de los servicios en cuestión, priorización de otros servicios, interpretaciones restrictivas de las causales para la IVE, y falta de adaptaciones para facilitar el acceso. Según un médico entrevistado (Anexo III, núm. 4) en Yopal y municipios aledaños, las IPS cerraron sus servicios y estimaron que la consulta y entrega de anticoncepción no era prioritaria, disminuyendo considerablemente su provisión. Esto a su vez generó un alza en los embarazos indeseados y en la demanda de IVE, también suspendida por las IPS locales. Reportó que sus consultas privadas por procedimientos de IVE aumentaron al doble el número de casos del 2019.</p> <p>En el caso de atención prenatal: Según la información recopilada a partir de las entrevistas de profesionales de la salud y gerentes médicos tanto de Bogotá (Anexo III, núm 6 y 7), como de Risaralda (Anexo III, núm 8) y Yopal (Anexo III, núm 4), se concluye que no existen diferencias sustanciales en la oferta de estos servicios, pero sí existen efectos distintos de la pandemia dependiendo del tipo de afiliación de las personas. En el caso de las personas afiliadas con un plan de medicina prepagada (es decir, aquellas con mayores recursos) no hubo disminución de la demanda y acudieron a controles prenatales con normalidad. En el caso de personas afiliadas bajo un régimen contributivo o subsidiado, hubo una drástica disminución en la asistencia a controles prenatales. Los partos no disminuyeron, pero por la ausencia de atención prenatal, sí aumentaron las complicaciones en los fetos y las mujeres gestantes.</p> <p>En lo referente a VIH e ITS: Las entrevistas revelaron una preocupante disminución en la oferta de testeo de VIH e ITS a las comunidades vulnerables, en lo que concuerdan las cifras enviadas por el Ministerio.</p>
Tipo: Disp.			
6.1	SE de SR: Anticoncepción	Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de AC	
Tipo: Disp.			
6.2	SE de SR: Testeo de ITS y VIH	Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de testeo de ITS y VIH	
Tipo: Disp.			
6.3	SE de SR: Testeo de ITS y VIH	Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de tratamiento de ITS y VIH	
Tipo: Disp.			
6.4	SE de SR: IVE	Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de IVE	
Tipo: Disp.			

7

SE de SR:

Todas

Tipo: Acces.

Implementación de las adaptaciones para garantizar accesibilidad a las prestaciones de SR en el marco de la pandemia por COVID-19

Según la información obtenida mediante entrevistas, esta implementación ha estado supeditada a la capacidad económica y decisión de cada IPS. Esto se refuerza con la respuesta del Ministerio sobre los insumos necesarios para la prestación de los servicios de salud.

En IVE y Anticoncepción: Oriéntame y Profamilia adaptaron la prestación de servicios. Adelantaron el protocolo para ser aprobadas como prestadoras mediante telemedicina desde el inicio de la pandemia, logrando acceder a poblaciones y municipios en los que no habían atendido antes. También adoptaron medidas para las consultas presenciales.

Oriéntame lanzó un programa de telemedicina el 24 de marzo y llegaron a todos los departamentos con la prestación de la IVE y anticoncepción de corta duración. Hicieron todas las adaptaciones de personal, capacitaciones y organizaron su sistema para poder enviar medicamentos a todo el país. Realizaron campañas de divulgación de la información por distintos medios con mayor alcance. En cambio, otras IPS no especializadas en salud reproductiva no parecen haber adaptado sus rutas para prestar estos servicios ni mediante telemedicina ni de forma ambulatoria. La Mesa por la vida y la salud de las Mujeres (Anexo III, núm. 9), acompañó un caso donde incluso contando con el certificado médico para acceder la IVE la usuaria no tenía información sobre cómo acudir al centro médico y cuando logró una cita telefónica se le dijo que no era un servicio prioritario.

En atención prenatal: Existen grandes diferencias dependiendo el modo de afiliación de las usuarias. En las IPS privadas, se hicieron todas las adaptaciones de bioseguridad con mucha rapidez y facilidad. No disminuyeron los controles prenatales ni las atenciones de partos. Todos los controles se han hecho de forma presencial con medidas de bioseguridad pues, según los médicos y médicas entrevistados aseguraron que era imposible hacerlos de forma remota o domiciliaria. En las clínicas del sector público, también hicieron las adaptaciones de bioseguridad necesarias, pero con mucho mayor esfuerzo y dependiendo de la inversión económica particular de cada clínica. En su caso, los partos se aumentaron (en el caso de la clínica Magdalena, por ejemplo, que es una clínica especializada en maternidad), pues las gestantes prefirieron asistir a clínicas especializadas de maternidad para evitar contagios. Sin embargo, también disminuyeron significativamente los controles prenatales (también en Risaralda y Casanare) pues las usuarias llegaban usualmente a su primera consulta cuando su embarazo estaba bastante adelantado, lo que incrementó las complicaciones. Las instituciones prestadoras de salud públicas tampoco virtualizaron ninguna parte de la atención.

En ITS y VIH: Organizaciones como AHC (Aids Healthcare Foundation) adaptaron sus servicios para el testeo y tratamiento para VIH e ITS de forma rápida y accesible en sus seis sedes a nivel nacional. Aunque se realizan presencialmente, se aseguran las condiciones de bioseguridad necesarias. Profamilia y Oriéntame también tienen servicios de prevención y diagnóstico de VIH e ITS. Profamilia además ofrece tratamiento. Existen algunos esfuerzos del gobierno para llevar a cabo pruebas rápidas de VIH e ITS (revisar el detalle de indicadores 7.3.1 y 7.3.2)

7.1

SE de SR:

IVE

Tipo: Acces.

Provisión de IVE por telemedicina (si/no)
Número de consultas
Número de IVE realizadas por esta modalidad

El Ministerio no cuenta información diferenciada para determinar esto.

Según Oriéntame, al principio de la pandemia la atención de IVE disminuyó por la falta de información en las mujeres sobre la posibilidad de acceder a los servicios virtualmente. En los últimos dos meses atendieron un mayor porcentaje de IVE respecto al promedio mensual de 2019 y, por la virtualidad pudieron llegar a todos los departamentos. Aunque ven grandes posibilidades con la telemedicina, revelan que estas herramientas no están siendo empleadas por IPS no especializadas y que no está exenta de profundizar barreras en el acceso (por ejemplo, para personas sin acceso a internet o sin recursos económicos, o en el caso de mujeres en entornos familiares violentos en imposibilidad de consultar). También han sido también un espacio de batalla con los grupos anti-derechos que han realizado campañas de descrédito contra las IPS especializadas que han adaptado sus servicios a esa modalidad.

INDICADOR — RESPUESTA — DETALLE

7.1.1

SE de SR:

IVE

Tipo: Acces.

Provisión de IVE ambulatorio en todos los niveles de atención

Cantidad de IVE por nivel (2019 y 2020)
Nivel I
Nivel II
Nivel III
No Definido

El Ministerio no cuenta con información diferenciada para este indicador.

	2019	2020	Prcnt.
(2019 y 2020)	1,467	349	-76.21
Nivel I	16,834	6,386	-62.07
Nivel II	6,124	1,919	-68.66
Nivel III	24,713	11,056	-55.26

No es posible saber a nivel nacional si los abortos reportados son realizados de forma ambulatoria o en los centros médicos.

Frente a la prestación de IVE por niveles de atención en salud, hay una clara disminución en el total de IVE (Anexo II, figura 7), pero, además, parece haber una disminución superior en la atención de IVE en el primer nivel de atención en comparación con el año anterior. Esto es particularmente preocupante en las zonas rurales donde sólo se cuenta con el primer nivel de atención en salud, cuya remisión a un nivel superior implica dificultades y gastos adicionales que lo hacen inaccesible. Esto coincide con las barreras identificadas por las personas entrevistadas frente a la imposibilidad de acceder a transporte intermunicipal durante la cuarentena estricta y las barreras en IPS de niveles inferiores rehusándose a prestar el servicio de IVE aún cuando debían haberlo provisto.

7.1.2

SE de SR:

IVE

Tipo: Acces.

Provisión de medicación para IVE ambulatorio en la primera consulta
Cantidad de tratamientos para IVE con medicamentos entregados.

El Ministerio no cuenta con información diferenciada para determinar esto.

De nuestras entrevistas con Oriéntame y Profamilia pudimos saber que en el caso de esas organizaciones hubo un aumento en la prestación de IVE con medicamentos y de forma virtual. La IVE se presta en este caso mediante los servicios de telesalud en los que un o una profesional de la salud asesora a la mujer que solicita un procedimiento, le envía por correo los medicamentos necesarios para realizar la IVE y le hace un acompañamiento completo durante y después del procedimiento para asegurarse de que haya sido exitoso y sin complicaciones.

7.1.3

SE de SR:

IVE

Tipo: Acces.

Flexibilización de requisitos para la compra de medicamentos para IVE: receta, farmacias habilitadas, etc.

No.

Hace algunos años, la entidad encargada de la autorización de medicamentos en Colombia, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), impuso la franja violeta al Misoprostol que implica una restricción importante para su distribución. Aunque desde 2015 esta restricción se levantó y se debería poder acceder a él mediante una fórmula médica es poco común que sea provisto de esta forma. Esto mismo sucede con la mifepristona.

7.1.4

SE de SR:

IVE

Adaptaciones para la atención en zonas rurales o de difícil acceso

Sí. Aunque no de forma diferenciada.

Tipo: Acces.

Adaptaciones para la atención de IVE en NyA, PCD, indígenas, entre otras.
Número de consultas IVE

No hay información sobre adaptaciones.
No hay información sobre consultas

Por edad, 2019 y 2020

Cantidad de abortos:
2019 2020

15-18 años

Total / A Jun / A Jun

19-25 años

3,818 / 1,909 / 1,460

26-30 años

9,778 / 4,889 / 3,874

31-35 años

8,799 / 4,400 / 3,593

36-40 años

9,544 / 4,772 / 3,848

41-45 años

5,387 / 2,694 / 2,199

46-50 años

2,236 / 1,118 / 884

En PCD, No hay datos

348 / 174 / 99

En mujeres indígenas

En mujeres afrocolombianas

1,629 / 846 / 536

En mujeres palenqueras

En mujeres raizales (de San Andrés y Provid.)

690 / 345 / 232

En mujeres de

comunidad ROM

2 / 1 / 1

(gitanas)

2 / 1 / 1

En migrantes

1 / 1 / 1

venezolanas

5,098 / 2,549 / 2,113

7.1.5

SE de SR:

IVE

En PCD, No hay datos

En mujeres indígenas

En mujeres afrocolombianas

En mujeres palenqueras

En mujeres raizales (de San Andrés y Provid.)

En mujeres de

comunidad ROM

(gitanas)

En migrantes

venezolanas

Tipo: Acept.

De forma general, el Minsalud refirió acciones de ‘Fortalecimiento del Plan de Asistencia Técnica a DTS, EAPB e IPSN’, mediante cuarenta espacios de asistencia técnica en todo el país frente al acceso a la IVE y la implementación de los lineamientos emitidos, que, aseguran, incidió favorablemente en el acceso la IVE y la superación de las barreras. Sin embargo, no identificó adaptaciones particulares para la atención de IVE en zonas rurales o de difícil acceso, para niñas y adolescentes, personas con discapacidad, indígenas o de otras comunidades étnicas, o migrantes venezolanas. En contraste, IPS especializadas como Oriéntame y Profamilia tienen programas para mujeres migrantes y mujeres en zonas de difícil acceso, con apoyo de donantes nacionales e internacionales para subsidiar servicios. También la implementación de telemedicina ha permitido mejorar su alcance en esas zonas. La Mesa reporta haber acompañado 75 casos de niñas y adolescentes entre el 1 de marzo y el 30 de septiembre del 2020 que enfrentaron barreras de acceso a la IVE. De ellos, 26 eran migrantes venezolanas (solo dos con estatus migratorio regular) y 6 mujeres indígenas. 8 casos (el 10.6%) corresponden a niñas y adolescentes entre 14 y 18 años, además de una niña menor de 14 años.

Sobre cantidad de abortos : Respecto a las edades en que se realizan, no hay datos disponibles de procedimientos a niñas menores de 14 años, al parecer por no estar siendo recolectados por las IPS. El grupo entre 19 y 35 años es donde se registran más abortos. En comparación con 2019, estos procedimientos disminuyeron significativamente en el 2020.

Los procedimientos practicados en el caso de mujeres indígenas y afrocolombianas disminuyeron notablemente del 2019 al 2020. En el caso de las primeras, hay una disminución del 36.643%, y para las segundas, hay una disminución del 32.754%. Hay también una disminución menos pronunciada en la prestación del servicio a las migrantes venezolanas: del 17.105%. Esto puede deberse a los programas de las IPS y ONG especializadas dirigidos particularmente a la atención de IVE de mujeres venezolanas. (Anexo II, figura 7).

En lo referido a la cantidad de procedimientos por departamento realizados en el año 2020, se destaca una disminución significativa en comparación con el año anterior para Amazonas (53%), Casanare (43%), Arauca (40%), Putumayo (35%), La Guajira (35%), Chocó y Norte de Santander (estas últimas con un 32%), Para mayor detalle se sugiere revisar el Anexo II, figura 6 en el que se evidencia una tabla comparativa entre el 2019 y 2020 por departamentos.

7.2

SE de SR:

Anticoncepción

Asesoría de AC por telemedicina
Número de consultas realizadas por esta modalidad

Esta información no existe de forma sistematizada a nivel nacional.

Tipo: Acces.

7.2.1

SE de SR:

Anticoncepción

Provisión de anticonceptivos sin consulta presencial
Cantidad de AC entregados con esta modalidad

Esta información no existe de forma sistematizada a nivel nacional.

Tipo: Acces.

Aunque no tenemos datos de asesoría de anticoncepción a nivel nacional, el Ministerio envió los datos sobre asesorías y talleres de educación sexual impartidos en el 2019 y 2020. Algunos de ellos son individuales y otros son en grupo. En este sentido, en el 2019 se dictaron 947,717 talleres o asesorías de educación sexual y reproductiva. En el 2020 se han dictado 687,476. Ambos datos tienen corte de enero a julio. Esto quiere decir que en el 2020 han disminuido estos espacios en un 27.46%. Los grupos etarios que fueron los principales asistentes a esta forma de asesoría son aquellos que van de 20 a 24 años y de 25 a 29 años, en ambos años.

	INDICADOR	RESPUESTA	DETALLE																																										
7.2.2	SE de SR: Anticoncepción Tipo: Acces.	Disponibilidad (%) de insumos anticonceptivos para la necesidad local (encuesta de necesidades) Comparación con el año anterior (%) El Ministerio no cuenta con información diferenciada para determinar esto.	Como se mencionó previamente, se ha tenido noticia de desabastecimiento de anticoncepción por inyección trimestral, pero se presentaba antes de la pandemia. Esto es peligroso en tanto que, al no tener este acceso las mujeres pueden verse desprotegidas. En el informe de Profamilia “Prácticas resilientes de adolescentes” se identifica un desabastecimiento más amplio por razón de la pandemia de anticonceptivos en zonas de difícil acceso en el país.																																										
7.2.3	SE de SR: Anticoncepción Tipo: Acces.	Adaptaciones para la atención en zonas rurales o de difícil acceso No hay información sobre este tipo de adaptaciones.																																											
7.2.4	SE de SR: Anticoncepción Tipo: Acept.	Adaptaciones para la atención de Anticoncepción en NyA, PCD, indígenas, entre otras. Número de consultas y AC entregados por edad, en PCD, indígenas (usar criterios locales: zonas, provincias, regiones)	Esta información no existe de forma sistematizada a nivel nacional. En los datos de las capacitaciones realizadas por el Ministerio en su Plan de Asistencia Técnica, se incluyen cuatro que tratan el tema de anticoncepción y hacen hincapié en la asesoría sexual y reproductiva y el suministro de anticonceptivos a jóvenes y adolescentes.																																										
7.3	SE de SR: Testeo de ITS y VIH Tipo: Acces.	Asesoría para ITS y VIH por telemedicina Número de consultas realizadas por esta modalidad Esta información no existe de forma sistematizada a nivel nacional.	No podemos saber qué consultas ni asesorías se han hecho de esta forma.																																										
7.3.1	SE de SR: Testeo de ITS y VIH Tipo: Acces.	Implementación de testeo rápido de ITS y VIH Número de testeos realizados por esta modalidad Diferencia con el año anterior (%) Sí (2). Esta información no está sistematizada a nivel nacional. Tampoco se aclara si son pruebas rápidas	El Boletín de prensa no. 629 del 23 de agosto de 2020, informa que el gobierno nacional amplió los criterios para realización de pruebas rápidas por fuera de los laboratorios para extender el alcance de las pruebas de VIH e ITS (sífilis, hepatitis B y hepatitis C). Aunque estas pruebas no se pueden realizar en los hogares, sí se podrían realizar en entornos comunitarios y por una amplia gama de profesionales y personal auxiliar que trabaja en el sector salud previo entrenamiento. Estos lineamientos se definen en la R. 1314 del 13 de agosto del 2020, donde se determina que no solo los laboratorios sino los y las profesionales y auxiliares de la salud, e, incluso, los y las gestoras comunitarias pueden capacitarse para tomar este tipo de pruebas. Una gestora comunitaria entrevistada (Anexo III, núm 5) se capacitó en octubre para la toma pruebas rápidas de VIH e ITS en Bogotá.																																										
7.3.2	SE de SR: Testeo de ITS y VIH Tipo: Acces.	Provisión de Testeo de ITS y VIH en todos los niveles de atención Nivel I Nivel II Nivel III No definido Nivel I Nivel II Nivel III No definido TOTAL VIH Otras ITS Disminución VIH: Otras ITS	<table border="1"> <thead> <tr> <th>VIH:</th> <th>2019</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>253,550</td> <td>182,158</td> </tr> <tr> <td>Nivel I</td> <td>90,576</td> <td>63,101</td> </tr> <tr> <td>Nivel II</td> <td>49,225</td> <td>37,640</td> </tr> <tr> <td>Nivel III</td> <td>385,337</td> <td>337,747</td> </tr> <tr> <td>Otras ITS:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nivel I</td> <td>622,366</td> <td>358,944</td> </tr> <tr> <td>Nivel II</td> <td>184,431</td> <td>114,292</td> </tr> <tr> <td>Nivel III</td> <td>76,961</td> <td>59,053</td> </tr> <tr> <td>No definido</td> <td>1'421,361</td> <td>943,126</td> </tr> <tr> <td>TOTAL VIH</td> <td>778,688</td> <td>620,646</td> </tr> <tr> <td>Otras ITS</td> <td>2'305,119</td> <td>1'475,415</td> </tr> <tr> <td>Disminución VIH:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras ITS</td> <td>-20.30%</td> <td>-36.00%</td> </tr> </tbody> </table> En general, podemos ver que, tanto las pruebas de VIH, como las de otras ITS (cáncer de cuello uterino, sífilis, hepatitis B, clamidia, herpes, hepatitis C, VPH, gonorrea, meningitis) han disminuido notablemente del 2019 al 2020. La disminución total en el caso de VIH es en un -20.30%, y en Otras ITS es de -36.00%. Ahora, en cuanto a los niveles de atención en salud, primero, hay una gran cantidad de datos que no tienen información de en qué nivel de atención se realizó la prueba. En donde sí hay datos, en ambos años se concluye que la prueba se hace predominantemente en el Nivel I de atención en salud. (Anexo II, figura 8 a 10).	VIH:	2019	2020		253,550	182,158	Nivel I	90,576	63,101	Nivel II	49,225	37,640	Nivel III	385,337	337,747	Otras ITS:			Nivel I	622,366	358,944	Nivel II	184,431	114,292	Nivel III	76,961	59,053	No definido	1'421,361	943,126	TOTAL VIH	778,688	620,646	Otras ITS	2'305,119	1'475,415	Disminución VIH:			Otras ITS	-20.30%	-36.00%
VIH:	2019	2020																																											
	253,550	182,158																																											
Nivel I	90,576	63,101																																											
Nivel II	49,225	37,640																																											
Nivel III	385,337	337,747																																											
Otras ITS:																																													
Nivel I	622,366	358,944																																											
Nivel II	184,431	114,292																																											
Nivel III	76,961	59,053																																											
No definido	1'421,361	943,126																																											
TOTAL VIH	778,688	620,646																																											
Otras ITS	2'305,119	1'475,415																																											
Disminución VIH:																																													
Otras ITS	-20.30%	-36.00%																																											

INDICADOR — RESPUESTA — DETALLE

7.3.3

SE de SR:

Testeo de ITS y VIH

Tipo: Acces.

Adaptaciones para Testeo de ITS y VIH en zonas rurales o de difícil acceso

No hay información sobre este tipo de adaptaciones.

Adaptaciones para Testeo de ITS y VIH en NyA, PCD, indígenas, entre otras.

No hay información sobre este tipo de adaptaciones.

Número de testeos realizados por edad, (VIH)

	2019	2020
15-19 años	137,815	95,9587
20-24 años	208,227	163,808
25-29 años	179,270	149,673
30-34 años	116,768	100,818
35-39 años	75,040	62,039
40-44 años	38,017	30,845
45-49 años	23,551	17,476

15-19 años

20-24 años

25-29 años

30-34 años

35-39 años

40-44 años

45-49 años

(Otras ITS)

15-19 años

20-24 años

25-29 años

30-34 años

35-39 años

40-44 años

45-49 años

en PCD, (no hay datos)

Número de testeos

VIH:

Indígenas

Afro

Número de testeos

Otras:

Indígenas

Afro

	2019	2020
Número de testeos VIH:	30,937	18,903
Indígenas	16,654	11,304
Afro	80,924	41,710
Número de testeos Otras:	44,179	25,038
Indígenas		
Afro		

7.3.4

SE de SR:

Testeo de ITS y VIH

Tipo: Accept.

Testeo de ITS y VIH

15-19 años

20-24 años

25-29 años

30-34 años

35-39 años

40-44 años

45-49 años

en PCD, (no hay datos)

Número de testeos

VIH:

Indígenas

Afro

Número de testeos

Otras:

Indígenas

Afro

	2019	2020
Número de testeos VIH:	30,937	18,903
Indígenas	16,654	11,304
Afro	80,924	41,710
Número de testeos Otras:	44,179	25,038
Indígenas		
Afro		

En las capacitaciones realizadas por el Ministerio en su Plan de Asistencia Técnica, se incluyen al menos dos que tratan el tema de testeo, asesoría y tratamiento de VIH e ITS y hacen hincapié en el caso de niñas, niños, jóvenes y adolescentes.

En la diferencia entre las pruebas realizadas en 2019 y 2020 de VIH y Otras ITS en relación con los grupos etarios, podemos concluir que los grupos en los que más se realizan pruebas son los de 20-24 años, 25-29 años y 15-19 años en ese orden en VIH, y 25-29, 20-24 y 15-19 en el caso de Otras ITS.

En cuanto a la información diferenciada por etnias, podemos ver en las cifras recogidas a partir de la respuesta del Ministerio, que los testeos en estas comunidades han disminuido también considerablemente. En el caso de testeos de VIH a comunidades indígenas, en el 2020, se redujo en un 38.90% el total de testeos en comparación con el año anterior. En los testeos de Otras ITS, se redujo el testeo en un 48.46%, eso implica una reducción casi a la mitad de los testeos en las comunidades indígenas en el 2020. En el caso de las comunidades afro, el testeo de VIH se redujo en un 32.12% frente al año anterior, y el testeo de Otras ITS se redujo en un 43.32%. Esto, comparado con la disminución global de VIH y de ITS en general, muestra una realidad preocupante, y es que estas comunidades, ya de por sí vulnerables en el contexto colombiano y en particular en el acceso a salud sexual y reproductiva, se han visto más desprotegidas que la población promedio en la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos en el marco de la pandemia por COVID-19.

Finalmente, referido a las pruebas por departamentos, existe una realidad dramática de desigualdad en la realización de pruebas. Los tres departamentos con centros urbanos tradicionalmente entendidos como ‘centrales’ en Colombia, Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá D.C, cuentan con la mayor cantidad de pruebas, alcanzan cerca de las 120,000 al año. El resto de los departamentos oscilan entre 30,000 y 5,000 pruebas, excepto por el Amazonas, Arch. San Andrés y Providencia, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada que no pasan de las 2,000 pruebas. Estos últimos son muy similares a los que prestan menos servicios de IVE. Al parecer, hay una división muy clara en el territorio nacional entre centros urbanos donde se garantizan en mayor medida los derechos sexuales y reproductivos, y zonas mayoritariamente rurales y de difícil acceso en las que parece ser casi imposible acceder en condiciones normales a los servicios de salud sexual y reproductiva y, aún más en un momento excepcional como la pandemia.

7.4

SE de SR:

Atención prenatal (AP)

Tipo: Acces.

Implementación de las adaptaciones para garantizar bioseguridad en la AP en el marco de la pandemia por COVID-19

No hay información sobre este tipo de adaptaciones. Ellas dependen de cada prestadora de salud.

Tanto en régimen contributivo y subsidiado, como en la atención por prepagada, se describe una adaptación rápida y completa para atender a las mujeres gestantes con todos los protocolos de bioseguridad. Sin embargo, esta información que tenemos es solo de Bogotá, Casanare y Risaralda, es posible que varíe en distintas zonas de Colombia.

INDICADOR — RESPUESTA — DETALLE

7.4.1	SE de SR: Atención prenatal	Provisión de AP por telemedicina (si/no) Número de consultas Número de consultas de AP realizadas por esta modalidad	El Ministerio no cuenta con información diferenciada sobre este servicio en la modalidad de telesalud.	Ni en el nivel privado ni en el público se ha adoptado la atención prenatal por telemedicina. Los entrevistados aseguran que es imposible realizar dichos controles prenatales por fuera de la clínica o de forma remota. Solo una porción muy reducida de la atención prenatal puede realizarse a través de tele consulta.
-------	---------------------------------------	--	--	---

7.4.2	SE de SR: Atención prenatal	Adaptaciones para AP en zonas rurales o de difícil acceso	No hay información sobre este tipo de adaptaciones.	
-------	---------------------------------------	---	---	--

7.4.3	SE de SR: Atención prenatal	Adaptaciones para AP en NyA, PCD, indígenas, entre otras. Número de consultas por edad, en PCD, indígenas (usar criterios locales: zonas, provincias, etc.)	Esta información no existe de forma sistematizada a nivel nacional.	
-------	---------------------------------------	--	---	--

8	SE de SR: Todas	Difusión de la información sobre la atención de la SR en el marco de la pandemia	Sí, pero hacemos salvedades.	El Ministerio emitió varios documentos técnicos y dos boletines de prensa y más de 40 programas de asistencia sobre salud sexual y reproductiva en la pandemia a las prestadoras de salud, en su Plan de Asistencia Técnica, para divulgar la información de esos documentos. Sin embargo, no se realizaron campañas de difusión de la información sobre la ruta de atención de salud reproductiva en la pandemia. Todas las personas entrevistadas coinciden en que la desinformación sobre el carácter esencial de la salud reproductiva y las rutas de acceso, así como frente a las causales de IVE son barreras importantes. Las entrevistadas denuncian desinformación de las EPS e IPS sobre la esencialidad de servicios de salud reproductiva.
---	---------------------------	--	------------------------------	---

9	SE de SR: Todas	Capacitación de profesionales de salud para la provisión de servicios de SR por telemedicina Cantidad de profesionales capacitados	Sí, (6) No específicamente en telesalud, pero sí en prestación del servicio en pandemia.	El Ministerio de Salud realizó seis capacitaciones sobre salud reproductiva a los y las prestadoras de salud en el marco de la pandemia, además de los 40 programas de asistencia técnica. Estas capacitaciones han versado sobre i) el desarrollo de capacidades para mejorar el acceso y calidad a los servicios de salud prestados a adolescentes y jóvenes (236 asistentes – entre profesionales de la salud, entidades regionales y aseguradoras), ii) la prevención del embarazo en la infancia y adolescencia (más de 3,600 virtualmente), iii) desarrollo de capacidades para mejorar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva con énfasis en anticoncepción (408 asistentes), iv) desarrollo de capacidades para el seguimiento territorial a la fecundidad adolescente (130 asistentes), v) desarrollo de capacidades en los aseguradores en salud para mejorar el acceso y la atención a personas que viven con VIH/Sida (115 asistentes), y vi) desarrollo de capacidades a los operadores y autoridades administrativas del ICBF (Instituto Colombiano del Bienestar Familiar) en salud sexual y reproductiva de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en protección (600 asistentes).
---	---------------------------	---	---	--

9.1

SE de SR:

Todas

Tipo: Calid.

Difusión de información para profesionales de la salud sobre las adaptaciones para la atención de la SR en el marco del COVID

Sí, pero de forma insuficiente.

Las entrevistadas coinciden en que los prestadores no especializados en SR de salud no conocen cómo deberían prestar los servicios de salud sexual y reproductiva y desconocen también su carácter de esenciales.

10

SE de SR:

Todas

Tipo: Acces.

Asignación presupuestaria para la SR 2020
Recursos comprometidos
Asignación presupuestaria para la SR 2019
Recursos comprometidos

79,155'887,557
30,456'649,945
57,702'221,132
54,553'876,880

Si bien se evidencia un aumento en la asignación presupuestaria a subcuenta de salud pública y colectiva en sexualidad, derechos sexuales y reproductivos en el 2020 en el documento enviado por el Ministerio de Salud sobre el presupuesto anual de estos dos períodos y en su respuesta escrita a la pregunta por el presupuesto destinado a esta área, el Ministerio respondió que “para el año 2020 no se asignaron más recursos por la Pandemia para Salud Sexual y Reproductiva, la asignación adicional de recursos se realizó para las acciones directas para la atención del COVID-19”.

Indicadores de resultado: recopila los efectos de las iniciativas estructurales y de procesos destinadas a respetar, proteger y cumplir los derechos humanos. Recopilan los efectos de las iniciativas estructurales y de procesos destinadas a respetar, proteger y cumplir los derechos reproductivos que hemos identificado como esenciales.

11

Tipo: Acces.

Tasa de fecundidad nacional (por 1000 mujeres)

	2019	2020
10-14 años	27.56	29.85
15-19 años	41.34	46.15
20-24 años	35.99	40.04
25-29 años	26.16	28.92
30-34 años	14.92	16.3
35-39 años	4.14	4.65
40-44 años	0.3	0.35
45-49 años	0.04	0.04
50-54 años		

Según la respuesta del Ministerio, la entidad solo cuenta con la información referente a una proyección de tasa de fecundidad, tanto para el 2019 y 2020 con un estimado sobre el crecimiento poblacional de mujeres en edad fértil en el país. Además de ello, solo cuentan con un estimado referente a la fecundidad de niñas y adolescentes. Sin embargo, a partir de la información demográfica del DANE sobre mujeres en Colombia en los distintos grupos etarios y nacimientos por edad de la mujer gestante, calculamos estas comparaciones de tasa de fecundidad y que se muestran también en el Anexo II, figura 5.

12

Tipo: Acces.

Mortalidad materna (enero-septiembre) 2019	343	
Mortalidad materna (enero-septiembre) 2020	301	
Mortalidad materna por edad		
15-19 años	2019	2020
20-24 años	42	32
25-29 años	75	75
30-34 años	79	56
35-39 años	64	62
40-44 años	45	49
45-49 años	5	5
50-54 años	0	0
Por etnia o procedencia:	2019	2020
Indígena	40	46
Afro	21	18
Venezuela	18	6

En el período de enero a septiembre del año 2019 se reportaron 343 defunciones de mujeres gestantes o durante el embarazo o 42 días después del parto. En el 2020 esa cifra ha disminuido a 301. Esta cifra es sorprendente si consideramos lo que han narrado todos los entrevistados que prestan el servicio de atención prenatal sobre la disminución promedio de controles prenatales antes del parto en el marco de la pandemia y las complicaciones que ello ha significado tanto para la mujer gestante como para el feto. Es posible que haya una sub-representación de los datos sobre aquellas mujeres que jamás llegan una IPS en el transcurso de su embarazo ni para el parto en el marco de la pandemia. En lo referente a la defunción materna por grupos etarios, no hay datos sobre defunción de niñas menores de 15 años gestantes por falta de registro en ese grupo etario. Las defunciones se mantienen idénticas en el grupo etario de 20-24 años en ambos años, y en el grupo etario de 35-39 años, aumenta en el 2020. Finalmente, los datos sobre defunción de mujeres gestantes indígenas, de raza negra o migrantes venezolanas revelan que un porcentaje importante del total de defunciones corresponde a mujeres indígenas que se han incrementado en el 2020. También las mujeres de afrocolombianas y negras también se ven afectadas en menor proporción y, en menor medida, las mujeres migrantes venezolanas.

INDICADOR	RESPUESTA	DETALLE
Mortalidad neonatal/perinatal 2019	Total	Porcentaje
Mortalidad neonatal/perinatal 2020	18,522 - 48.7%	
Aumento de mortalidad	19,549 - 51.3%	
	2.6%	
Mortalidad neonatal/perinatal 2020 según edad de la gestante	2019 (Total)	Porcentaje
10-14 años	174	0.1%
15-19 años	2,734	15.2%
20-24 años	4,684	25.7%
25-29 años	4,132	22.8%
30-34 años	3,131	16.8%
35-39 años	2,366	12%
40-44 años	1,040	5.2%
45-49 años	113	0.6%
50-54 años	7	0.05%
Mortalidad neonatal/perinatal 2020 según edad de la gestante	2020 (Total)	Porcentaje
10-14 años	191	0.9%
15-19 años	2,969	14.7%
20-24 años	5,027	25.3%
25-29 años	4,459	22.3%
30-34 años	3,296	16.9%
35-39 años	2,351	12.8%
40-44 años	1,024	5.6%
45-49 años	110	0.6%
50-54 años	7	0.04%
	<p>Según cifras del DANE (consolidada a partir de certificados de defunción de los fetos), entre enero y junio del 2019, hubo un total de 18,522 defunciones fetales. En el caso de las madres gestantes de entre 10 y 14 años, el número de defunciones es de 174. Entre 15 y 19 años, 2,734. Entre 20 y 24 años, 4,684. Entre 25 y 29 años, 4,132. Entre 30 y 34 años, 3.131. Entre 35 y 39 años, 2,366. Entre 40 y 44 años, 1,040. Entre 45 y 49 años, 113. Entre 50 y 54 años, 7. Hay también 141 defunciones con edad de la gestante desconocida.</p> <p>Entre enero y junio del 2020, hubo un total de 19,549 defunciones fetales. En el caso de las madres gestantes de entre 10 y 14 años, el número de defunciones es de 191. Entre 15 y 19 años, 2,969. Entre 20 y 24 años, 5,027. Entre 25 y 29 años, 4,459. Entre 30 y 34 años, 3,296. Entre 35 y 39 años, 2,351. Entre 40 y 44 años, 1,024. Entre 45 y 49 años, 110. Entre 50 y 54 años, 7. Hay también 115 defunciones con edad de la gestante desconocida.</p> <p>Es decir, hubo un aumento total de la mortalidad en fetos del 2.6% del 2019 al 2020. Esto puede deberse a lo reportado por los entrevistados de una disminución de asistencia por parte de las mujeres gestantes y una dificultad en su acceso a los controles prenatales que resulta en mayores complicaciones del embarazo e, incluso, en defunciones fetales.</p>	

13

Tipo: Acces.

Nacimientos totales 2019	305,260	
Nacimientos totales 2020	342,949	
Aumento	+12.35%	
Nacimientos por edad de la gestante 2019	2019 (Total)	Porcentaje
10-14 años	2,351	0.8%
15-19 años	56,192	18.4%
20-24 años	88,056	28.8%
25-29 años	74,399	24.4%
30-34 años	49,986	16.4%
35-39 años	27,033	8.9%
40-44 años	6,722	2.0%
45-49 años	459	0.2%
50-54 años	63	0.02%
Nacimientos por edad de la gestante 2020	2020 (Total)	Porcentaje
10-14 años	2,347	0.7%
15-19 años	60,699	17.7%
20-24 años	99,130	28.9%
25-29 años	84,992	24.8%
30-34 años	56,823	16.6%
35-39 años	30,560	8.9%
40-44 años	7,796	2.3%
45-49 años	532	0.2%
50-54 años	65	0.02%

Según las cifras del DANE (recolectadas a partir de los Certificados de Nacido Vivo), se reportaron entre los meses de enero y junio del 2019: Un total de 305,260 nacimientos a nivel nacional. Las gestantes entre 10-14 años representan 2,351 de esos nacimientos. De 15 a 19 años, 56,192. De 20 a 24 años, 88,056. De 25 a 29 años, 74,399. De 30 a 34 años, 49,986. De 35 a 39 años, 27,033. De 40 a 44 años, 6,722. De 45 a 49 años, 459. De 50 a 54 años, 63.

Entre los meses de enero y junio del 2020: Se reportó un total de 342,949 nacimientos a nivel nacional. Las gestantes entre 10-14 años representan 2,347 de esos nacimientos. De 15 a 19 años, 60,699. De 20 a 24 años, 99,130. De 25 a 29 años, 84,992. De 30 a 34 años, 56,823. De 35 a 39 años, 30,560. De 40 a 44 años, 7,796. De 45 a 49 años, 532. De 50 a 54 años, 65.

Ver el Anexo II, figura 5.

14

Tipo: Acces.

Embarazos forzados 2019	858
Embarazos forzados 2020	825
Disminución:	-3.85%

Este dato es aproximado, calculado a partir de la suma de todas las denuncias de acceso carnal violento de cualquier subtipo que estuvieran agravadas porque “se produjere un embarazo” como consecuencia de la violencia sexual. Comparamos los datos de 2020 que iban hasta septiembre con un estimado de cuántas denuncias habría en 2019 también hasta septiembre. El número de denuncias de embarazos forzados se mantuvieron similares en 2019 y 2020 según estas cifras. En el análisis discutimos la confiabilidad de estas.

15

Tipo: Acces.

Cantidad de denuncias por violencia sexual 2019	38,238
Cantidad de denuncias por violencia sexual 2020	32,026
Disminución	-16.2%

Según la Fiscalía General de la Nación: Entre marzo y septiembre del año 2019 se presentaron 38,238 denuncias de violencia sexual. Por su parte, para el mismo período en el año 2020, se presentaron 32,026 denuncias de violencia sexual. Esto quiere decir que, en relación con las denuncias, en el 2020 ellas han disminuido en un 16.2%.

Respecto al delito de feminicidio, se presentaron 91 denuncias para el mismo período en el 2019, y 85 denuncias en el 2020. Frente a denuncias de feminicidios, ha habido una disminución de 6.59%.

En cuanto a las denuncias de violencia intrafamiliar, se presentaron 55,905 en el 2019 entre marzo y septiembre, y 70,428 denuncias en el 2020 dentro de ese mismo período. Las denuncias de violencia intrafamiliar han aumentado en un 25.9% respecto al año anterior (revisar Anexo I, figuras 1-4).

En el análisis se ampliarán reflexiones sobre estos datos a partir de las entrevistas con Humanas y Sisma.

16

Tipo: Acces.

INDICADOR	RESPUESTA	DETALLE
Complicaciones por aborto 2020 (de enero a junio)	12,444	Según Minsalud, las complicaciones reportadas por las prestadoras de salud son de tipo diverso. Incluyen: abortos incompletos, infecciones genitales y pelvianas, hemorragias excesivas o tardías, embolia, entre otras complicaciones no especificadas. Es importante mencionar que estos datos reflejan aquellas complicaciones en los IVE que efectivamente llegaron a un centro de salud a ser atendidas.
Complicaciones por aborto 2019 (Totales)	25,813	
(Aproximado hasta 30 de junio)	12,907	
Disminución de 2019 a 2020	-3.578%	

17

Tipo: Acces.

Cantidad de IVE 2020 (hasta el 30 de junio)	19,606	Según los datos procesados a partir de la información resultante del derecho de petición elevado ante el Ministerio de Salud, pudimos dilucidar que, en el año 2020a corte de 30 de junio, se han atendido en Colombia 19,606 mujeres en los servicios de salud por procedimientos relacionados con IVE. En el 2019, en total, se atendieron 48,824 mujeres por dichos procedimientos. Se resalta que no tenemos los datos diferenciados por meses y, por lo tanto, no sabemos con exactitud cuántos abortos se habían atendido hasta junio, sin embargo, calculando un aproximado a la mitad de los abortos realizados en todo el año, llegamos a la conclusión que un estimado de dichos procedimientos en el 2019 debe ser de: 24,412. Esto es decir que hubo una disminución del 19.687% en la atención de procedimientos relacionados con aborto en el 2020 con referencia al año anterior (Anexo II, figura 7).
Cantidad de IVE 2019 (Totales)	48,824	
(Aproximado hasta el 30 de junio)	24,412	
Disminución del 2019 al 2020	- 19.658%	

18

Tipo: Acces.

INDICADOR	RESPUESTA	DETALLE
Cantidad de partos hospitalarios 2019	(Total) 305,260	Según las cifras del DANE (recolectadas a partir de los Certificados de Nacido Vivo diligenciados en medio físico o digital, por médicos, personal de salud autorizado (enfermeras, auxiliar de enfermería y promotores de salud) y funcionarios de Registro Civil), se reportaron entre los meses de enero y junio de 2019: Un total de 305,260 nacimientos a nivel nacional. De ellos, 302,627 nacimientos sucedieron en institución médica, 2,201 nacimientos sucedieron en el domicilio y 432 en otro sitio. En el domicilio, 1,226 nacimientos son reportados por parteras y 749 por otra persona.
Cantidad de partos hospitalarios 2020	342,949	
Cantidad de partos domiciliarios 2019	2,201	
Cantidad de partos domiciliarios 2020	2,863	
Aumento en el total de partos en el 2020	+12.3%	Entre los meses de enero y junio del 2020: Se reportó un total de 342,949 nacimientos a nivel nacional. De ellos, 339,533 sucedieron en institución médica, 2,863 nacimientos sucedieron en el domicilio y 553 en otro sitio. En el domicilio, 1,611 son reportados por parteras y 934 por otra persona.
Aumento en partos domiciliarios en 2020	+30.08%	

CASOS EMBLEMÁTICOS

Sara, debido a su edad gestacional, fue remitida por su EPS a una IPS que está a 12 horas de su lugar de residencia. Aunque su IVE sí fue autorizada, la EPS se niega a garantizar alguna forma de transporte, estableciendo que no hay acceso al transporte público, y las ambulancias están destinadas a atender únicamente casos prioritarios o relacionados con el coronavirus.

Lorena, tuvo que irse de la casa de su mamá junto a su hija de 3 años, por su decisión de acceder a la IVE. Su familia no está de acuerdo, y ella es blanco de rechazo, juzgamiento y toda clase de insultos ahora. Ella y su hija se fueron a un municipio del Cesar, a cuidar la casa de una amiga, la casa está sola y su amiga, en contraprestación, le envía dinero para la alimentación. Cuando llegó allí, el Gobierno anunció la medida del confinamiento obligatorio. No sabe cómo iniciar la ruta de IVE en su EPS, pues no tiene acceso a internet ni saldo en el celular. Cuando la abogada de casos de La Mesa se comunicó con ella, refirió que no puede acudir a los servicios de salud porque no tiene con quién dejar a su hija, no conoce a nadie. Dijo que prefiere esperar a que la cuarentena termine.

Martha, consiguió una cita para que le realizaran una IVE en una clínica de Bogotá. Cuando llegó ese día al centro médico, le informaron que su temperatura era muy alta y no la podían dejar entrar. En el regreso a su casa, un hombre le ofreció un panfleto ofreciendo un servicio de aborto clandestino. Ella lo rechazó y encontró en internet el servicio de 'aborto en casa por telemedicina' de Oriéntame. Reservó una cita de telemedicina esa misma tarde y tuvo una consulta de una hora con un médico que la revisó y le informó sobre el procedimiento. Al día siguiente llegó a su casa una cajita con el medicamento con el que llevó a cabo el tratamiento. Pudo acceder a su aborto seguro, legal y desde su casa sin ninguna complicación, en la cita de chequeo con Oriéntame preguntó por qué no le contaban a toda la gente que existía esa alternativa.

Los casos emblemáticos de Sara y Lorena fueron casos acompañados por La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, en el marco de su estrategia de apoyo legal para brindar asesoría jurídica y acompañamiento gratuito y especializado a las mujeres, niñas y jóvenes sobre los mecanismos y procedimientos administrativos y judiciales para acceder a la IVE.

El caso emblemático de Martha, lo obtuvimos de la página de Oriéntame, en su entrada de Interrupción voluntaria del embarazo por telemedicina. Se trata de un caso que la IPS atendió.



2. Análisis de la información

A continuación, procedemos a hacer un análisis de la información contenida en la tabla de indicadores. Primero, revisaremos cada uno de los servicios de salud reproductiva y cómo se ha visto modificado en su disponibilidad, accesibilidad y calidad en el marco de la pandemia por COVID-19 y las medidas que ha tomado el gobierno nacional y local para atender dicha crisis sanitaria. Luego, haremos una breve revisión de las violencias basadas en género que se han profundizado durante la pandemia del 2020 así como el análisis de los hallazgos frente a los grupos discriminados.

ATENCIÓN PRENATAL

La salud sexual y reproductiva en Colombia se ha enfrentado siempre a una serie de obstáculos económicos, políticos y sociales, que se han exacerbado durante la pandemia de COVID 19. El servicio que se ha enfrentado a la menor cantidad de obstáculos, tanto antes de la crisis sanitaria como durante ella, es el de atención prenatal, parto y atención puerperal. Tal vez por tratarse de una expresión socialmente validada de la sexualidad femenina teniendo menor oposición por grupos conservadores y por ser las mujeres gestantes sujetos de especial protección en el ordenamiento colombiano, **la salud materna** ha sido la menos afectada por la pandemia por COVID-19 en Colombia. Esto no quiere decir, no obstante, que su prestación sea comprensiva de toda la población ni del todo adecuada. Ha habido un aumento en los nacimientos en el 2020 en

comparación con el año anterior, también han aumentado el porcentaje de ellos que se llevan a cabo mediante partos domiciliarios. La tasa de fecundidad se mantuvo similar en el grupo etario de 10 a 14 años y aumentó en el de 15 a 18 años, mostrando aumento de embarazos adolescentes en el 2020.

En las entrevistas realizadas a varios profesionales de la salud que prestan servicios en salud materna en instituciones que reciben mujeres gestantes en régimen contributivo, subsidiado y medicina prepagada (ver Anexo III, núm. 6, 7 y 8), todos coincidieron en que los partos han mantenido su promedio mensual usual durante la pandemia. Según los entrevistados, el número de atenciones se ha incrementado en los casos de clínicas especializadas en maternidad, quizás por generar más confianza en las pacientes al no atender de forma directa casos de coronavirus. En el caso de las usuarias con mayores recursos (con medicina prepagada) se evidencia una tendencia mayor a acudir de forma periódica a controles prenatales, mientras que en las instituciones públicas que atienden a usuarias de régimen contributivo y subsidiado hubo una disminución de asistencia a controles prenatales, siendo más común que las usuarias acudan a su primer control en una edad gestacional avanzada. Esto hace más difícil prevenir complicaciones tanto en la mujer como en el feto al momento del parto.

Aunque el Ministerio de Salud modificó los controles prenatales para que sean virtuales¹⁴, ninguno de los entrevistados refiere que tal adaptación se haya realizado, manifestando que es imposible

realizar un tacto vaginal, exámenes y revisiones en esa modalidad. Tampoco se cuenta con suficiente personal y logística para realizarlos mediante consulta domiciliaria. Por esta razón, únicamente queda esperar a que las gestantes se movilicen a las clínicas para solicitar sus controles. Preocupa que aquellas mujeres sin acceso a medicina prepagada pueden estar enfrentando obstáculos en su derecho a la información al desconocer cuándo o cómo deben asistir a la IPS para consultas prenatales sin exponerse al contagio. No obstante, de las entrevistas pudo concluirse que no se pone en duda su esencialidad por las prestadoras de salud ni su continuación durante la pandemia. La baja asistencia a controles prenatales de las mujeres gestantes que no tienen acceso a medicina prepagada puede deberse al temor a contagiarse o las dificultades para transportarse en zonas rurales o difícil acceso como resultado del cierre de centros de salud durante la cuarentena estricta.

En conclusión, puede concluirse que *la disponibilidad* en la atención se ha mantenido hasta cierto punto durante la pandemia, especialmente por la claridad entre las prestadoras de este servicio de su carácter esencial y prioritario, aunque según las entrevistas varias mujeres gestantes están enfrentando a mayores tiempos de espera en las citas de atención prenatal, particularmente en centros de salud no-especializados. Además, se observan deficiencias en su *accesibilidad*, particularmente a grupos discriminados por clase, etnia, nacionalidad, edad, etc. En lo referente a la *calidad* del servicio, no se conocieron casos específicos de sobre malos tratos a las mujeres que

¹⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Colombia, Código GIPS14. Bogotá: 20 de marzo 2020, actualizado el 8 de junio del 2020.



acuden a la prestación de este servicio durante la pandemia, aunque se reportó un aumento en la atención privada y en centros especializados de salud materna, por lo cual, consideramos que las mujeres gestantes sí están percibiendo riesgos en la atención en centros de salud no especializados. Adicionalmente, no se conocieron esfuerzos generalizados por parte de las prestadoras de salud para adoptar la consulta virtual o ambulatoria en parte del servicio de atención prenatal para hacerlo más accesible a las mujeres en el marco de la pandemia. Finalmente, no se encontraron evidencias de adaptaciones particulares realizadas para garantizar el servicio a mujeres en zonas de difícil acceso o de grupos discriminados, por lo que concluimos que no hay mayor avance en la *aceptabilidad* del servicio.

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Respecto a la **IVE**, aunque Colombia tiene causales amplias para acceder a la IVE¹⁵ en la práctica, quienes requieren de este servicio de salud no necesariamente cuentan con un acceso efectivo. Lo común en las entrevistas con el Grupo Médico por

el Derecho a Decidir (Anexo III, núm 3), Oriéntame (Anexo III, núm 1), y Profamilia (Anexo III, núm 2), así como en el acompañamiento de casos que realiza La Mesa por la Salud y la Vida de las Mujeres, es que, a pesar de que el Ministerio ha declarado la IVE como servicio esencial y prioritario¹⁶, la mayoría de las IPS no especializadas en salud reproductiva no lo reconocen así y su acceso se ha vuelto aún más difícil durante la pandemia.

La entrevistadas y La Mesa reconocen que existen barreras de tipo geográfico, que dificultan el acceso a la IVE para las mujeres en zonas rurales o de difícil acceso, donde no está disponible una oferta de servicios comparable a las ciudades como Bogotá, Cali o Medellín (ciudades capitales de departamento)¹⁷. En su mayoría los centros de salud municipales cerraron sus sedes o manifestaron no estar capacitados para prestar una IVE y mucho menos en edades gestacionales avanzadas. La remisión a otros municipios también se dificultó por las restricciones en tráfico intermunicipal por la cuarentena estricta que se agravó por la negativa de las sedes municipales de las instituciones prestadoras de salud a proporcionar transporte en ambulancias.

Las cifras de procedimientos de IVE por departamento muestran que aquellos con mayor cantidad de procedimientos reportados en ambos años son Bogotá D.C., Antioquia (cuya capital es Medellín), y Valle del Cauca (cuya capital es Cali) mientras que los departamentos con menos procedimientos son Amazonas, Guainía, Vaupés, Vichada, y el Archipiélago de San Andrés y Providencia, que tradicionalmente tienen menor acceso a prestadoras del servicio y menores niveles de atención en salud. Los departamentos en los que más disminuyó el servicio de IVE durante la pandemia son Amazonas, Chocó, La Guajira, y el Putumayo, los cuales también presentan tradicionalmente mayores dificultades en el acceso a servicios de salud. Esto, aunado a las barreras en acceso a anticoncepción referidas más adelante, nos lleva a pensar que puede producirse un pico de embarazos no deseados en el país, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso. También evidenciaron barreras de tipo económico, en el entendido que las mujeres que requieren el procedimiento muchas veces no tienen suficientes recursos para movilizarse o para pagar costos adicionales asociados, como pagos por el cuidado de las personas a su cargo

mientras se desplazan. Frente a estas barreras económicas, se destaca que según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) solo en julio de 2020, la tasa de desempleo en el país fue de 20,2%, cerca de diez puntos porcentuales más alta que en junio del 2019, y estuvo concentrada en las mujeres: entre ellas esta tasa fue de 26.2%, 10% más alta que entre los hombres. Así mismo, se identificaron barreras relacionadas con la privacidad pues durante la cuarentena estricta, las usuarias podrían estar confinadas con sus agresores físicos, psicológicos o sexuales, o con familias que las rechazarían por buscar una IVE. Para estas mujeres no sería posible comunicarse a una IPS para solicitar una cita por no contar con intimidad en su hogar. Otras barreras identificadas durante el contexto de la pandemia se relacionan con el acceso a tecnología. Aunque prestadores como Oriéntame pudieron expandir geográficamente la prestación de sus servicios por la modalidad de telemedicina también existen dificultades para aquellas mujeres que no tienen acceso a internet con banda ancha o a aparatos tecnológicos para sostener una consulta virtual, siendo más grave en el caso de mujeres en zonas de difícil acceso donde cerraron físicamente las IPS o donde se negaba el carácter esencial de la IVE dejándolas completamente desprotegidas. También durante este contexto se reconocieron barreras frente al acceso a la información, toda vez que las mujeres en los centros urbanos, y principalmente en las zonas rurales y de difícil acceso, no conocen de las rutas de acceso al tratamiento de IVE ni antes ni durante la pandemia, ni los canales de atención presenciales o no presenciales que debían habilitar los prestadores de salud y EPS para el acceso a los servicios de salud, ni su carácter esencial. Finalmente, la pandemia ha sido el contexto perfecto para que las EPS e IPS no especializadas en temas de salud sexual y

reproductiva ahonden en interpretaciones restrictivas de las causales establecidas por la Corte Constitucional en la sentencia C-355 de 2006. Esto también ha tenido por efecto, incrementar los ataques a prestadores como Oriéntame por la prestación de servicios mediante telemedicina.

Las barreras que ha generado y profundizado la pandemia en el acceso a la IVE en Colombia han ocasionado una vulneración los derechos de las personas a la información, a la privacidad, a la igualdad y en su autonomía reproductiva. Esto, sin perder de vista las buenas prácticas que han promovido las organizaciones comprometidas con el acompañamiento jurídico, como La Mesa, o con la prestación directa del servicio de IVE como Oriéntame y Profamilia. Con su labor continua en época de pandemia para divulgar sus servicios, acompañar a las mujeres con mayores obstáculos (por ejemplo, a las migrantes venezolanas en situación de irregularidad y a las mujeres indígenas), y expandir su cobertura al ser certificadas para prestar el servicio en su modalidad de telemedicina¹⁵; estas organizaciones han logrado garantizar una gran cantidad de las IVE que no hubieran sido realizadas si la única opción para solicitarlas fueran entidades no especializadas. También resaltamos prácticas de profesionales independientes como el Dr. Pedro Castillo en Yopal, quien siendo parte de Rotary International se ha organizado con otros profesionales de la salud para llamar a mujeres gestantes de comunidades vulnerables, como migrantes venezolanas, mediante programas radiales para proveer consultas gratuitas en sus consultorios particulares en las que prestan los servicios de atención prenatal, pruebas de VIH y sífilis con su debido tratamiento, e incluso asesoría y tratamiento de IVE cuando están en las causales. En el transcurso de dos meses ha atendido a más de 70 mujeres de Yopal y

zonas aledañas. Así mismo, ha descubierto y tratado más de cuatro casos de sífilis, y pasó de atender un promedio de 8 IVE mensuales en el 2019 a atender 15 casos mensuales.

En suma, la *disponibilidad* de la IVE en el territorio colombiano, que ya era insuficiente en tiempos de cotidianidad, se ha visto profundizada durante la pandemia. Las prestadoras de salud no especializadas no tratan este servicio de salud como esencial y prioritario. El tiempo de pandemia ha llevado, incluso, a que estas hagan interpretaciones más restrictivas de las causales para la IVE e impidan su acceso. En lo referente a la *accesibilidad*, las barreras previas a la pandemia continúan y otras se crearon durante la cuarentena estricta. Particularmente para las mujeres que habitan en territorios distintos de los grandes centros urbanos del país, acceder a una IVE en tiempo de pandemia se ha vuelto un problema difícil de resolver. Incluso cuando las EPS autorizan el procedimiento, se alega constantemente que en esas zonas no se cuenta con la tecnología necesaria para realizar el procedimiento remitiéndolas a otros lugares sin proveer apoyo para tal traslado. El tratamiento ambulatorio o por telesalud solo se ha implementado en los centros especializados de salud y no es accesible para muchas mujeres que no cuentan con la tecnología ni el internet necesario para acceder a estas herramientas. Ahora, las mujeres que acuden al sistema no especializado de salud para realizarles el procedimiento relatan malos tratos que se intensifican si ellas pertenecen a comunidades vulnerables como las migrantes venezolanas, deteriorando la *calidad* del servicio. La Mesa (Anexo III, núm.9) relató un par de casos de mujeres venezolanas que comenzaron su tratamiento en el sistema de salud no especializado y desistieron por los tratos discriminatorios y violentos a los

¹⁵ En Colombia, el aborto fue despenalizado por la Corte Constitucional en la sentencia C-355 del 2006 en el marco de tres causales: i) el embarazo es producto de violación o fecundación no consentida, ii) el feto tiene una malformación que hace su vida inviable, iii) la vida o salud de la mujer corre peligro a causa del embarazo. La causal salud abarca también afectaciones a la salud mental. Según la normativa, el único requisito que se le pide de exigir a una mujer que solicite una IVE, es el de un certificado médico (no especializado) que acredite la causal de incompatibilidad del feto con la vida extrauterina o de afectación de la salud de la mujer, y una denuncia de la situación de violencia sexual. En este último caso, al concurrir con la causal de salud, también puede configurarse la causal con el certificado médico de riesgo para la salud, sin que sea posible exigir la interposición de denuncia. Está prohibido exigir ningún otro requisito. Además de esto, las mujeres deben poder escoger si su tratamiento es farmacológico o no farmacológico, y deberían tener acceso a la IVE en cualquier nivel de salud hasta la semana 15. Desde esa semana podrían tener que ser remitidas a un nivel más alto, pero garantizando la celeridad de ese proceso. Una solicitud de IVE debe resolverse en cinco días calendario, sin embargo, este término no suele cumplirse. Las IPS y EPS usualmente favorecen interpretaciones restrictivas de las causales y exigen más requisitos a las mujeres que solicitan la IVE, entre más avanzada sea la edad gestacional, más difícil es acceder al servicio. Las zonas de difícil acceso tienen mayores dificultades.

¹⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por COVID-19, Código PSSS01. Bogotá: 1 de junio 2020 y Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de Prensa No. 190 de 2020, Instituciones Prestadoras de Salud deben continuar con atención en salud sexual y reproductiva. Bogotá: 24 de abril 2020.

¹⁷ Para una mayor información sobre las barreras de acceso a la IVE en tiempos de COVID, se recomienda consultar el informe de La Mesa (2020): <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Inf-tecnico-Covid19-v8-1.pdf>

que se enfrentaron. Adicionalmente, en lo referente a la *aceptabilidad*, además de los esfuerzos emprendidos por las prestadoras especializadas de servicios de salud sexual y reproductiva, no supimos de esfuerzos para adaptar el servicio a grupos discriminados en el territorio nacional.

ANTICONCEPCIÓN

El Ministerio también declaró este servicio como esencial y prioritario¹⁹ remitiéndose los lineamientos ya vigentes para su asesoría y provisión. En la normativa se establece que la entrega y/o aplicación de los anticonceptivos se debe hacer dentro de la misma consulta en la que se asesora y que deben estar disponibles en toda la red prestadora de salud y en todos los niveles de atención. Según documentos técnicos²⁰ de Minsalud la anticoncepción debía seguir asegurándose de forma esencial y con particular cuidado en el caso de grupos vulnerables (niñas, niños, adolescentes, mujeres, grupos étnicos y residentes en área rural, personas con discapacidad o que viven con el VIH, personas en situación de desplazamiento, migrantes, especialmente procedentes de Venezuela). A pesar de estas provisiones, destaca la escasez de datos sistematizados a nivel nacional sobre insumos, asesoría y provisión de anticoncepción en los distintos niveles de atención en salud, que obligó a las investigadoras a obtenerla de entrevistas o informes de organizaciones, y que revelan una realidad preocupante: se reporta escasez de ciertos métodos anticonceptivos como las inyecciones trimestrales, forma acostumbrada de anticoncepción en etapas posparto o posaborto. Su escasez ha implicado que muchas mujeres salgan de los hospitales después de tener un parto o un aborto sin esquema de anticoncepción. La imposibilidad de acceder a este método las obliga a acudir a métodos de menor duración lo cual implica mayores esfuerzos, más traslados, y en general más dificultades durante la pandemia. En las zonas más apartadas y de difícil acceso se reporta que es un reto acceder a cualquier forma de anticoncepción, sea

por escasez de insumos, o por negligencia de la IPS que declaran dicho servicio no esencial y no prioritario y detienen los esquemas anticonceptivos que se estaban adelantando previo a la pandemia²¹. Por último, Luz Mary Pardo, (Anexo IV, núm 5) que trabaja con trabajadoras sexuales, habitantes de calle y personas trans, reportó que los programas de entrega de anticonceptivos por parte del gobierno a estas comunidades usualmente son huérfanos de cualquier tipo de taller o seguimiento. Aunque se hacen entregas, no necesariamente estas comunidades conocen cómo usarlos o su importancia. A las personas habitantes de calle ni siquiera se les entregan anticonceptivos y ellas se enfrentan constantemente a formas diversas de vulneraciones a su salud sexual y reproductiva como la falta de acceso a productos de higiene menstrual y a baños.

Es decir que la anticoncepción a nivel nacional ha disminuido en su disponibilidad particularmente en zonas de difícil acceso por la escasez en sus insumos, particularmente en lo referente a métodos anticonceptivos particulares como los inyectables trimestrales, y debido a que las prestadoras no especializadas de salud tampoco reconocen, en su mayoría, este servicio como prioritario y esencial (como lo relató, por ejemplo, el Dr. Castillo en su entrevista). También se ha deteriorado su accesibilidad, ya que, por las dificultades en la movilidad derivadas de la pandemia y cuarentena, y la deficiencia en la mayoría de las prestadoras de salud en desarrollar estrategias para enviar los anticonceptivos a los domicilios de las personas que los requieren, o de prestar el servicio de forma ambulatoria, para la población en general y, de forma exacerbada, para comunidades vulnerables, acceder a anticoncepción y asesoría en el tiempo de la pandemia se ha vuelto más difícil de lo que ya era antes de la crisis sanitaria. No tenemos suficiente información para determinar si ha habido malos tratos en la prestación del servicio de anticoncepción a nivel nacional, y no sabemos si la calidad del servicio también se ha deteriorado o no en

el marco de la pandemia. Finalmente, en lo referente a la *aceptabilidad*, además de los esfuerzos emprendidos por las prestadoras especializadas de servicios de salud sexual y reproductiva, no supimos de esfuerzos generalizados por parte de las demás prestadoras de salud por prestar el servicio de anticoncepción a las comunidades más vulnerables de mujeres en el territorio nacional (o para acompañarla al menos de una asesoría para asegurar su uso adecuado – como en el caso de las trabajadoras sexuales).

TRATAMIENTO Y TESTEO DE VIH E ITS

El Ministerio declaró estos servicios como esenciales en el mismo documento técnico en el que declaró así a la IVE y la anticoncepción, y, además emitió otro²² sobre la continuidad del tratamiento -no el testeo- de las personas que viven con VIH y Hepatitis. Establece como lineamientos que, como primera medida, una persona del equipo de salud de la IPS de atención en VIH debe llamar a todas las personas con citas programadas por la consulta externa para determinar el objetivo de la consulta y la condición de la persona. Si solo se requiere renovar la prescripción para dar continuidad al tratamiento, los medicamentos podrán ser enviados de manera domiciliaria. Esa formulación de medicamentos puede hacerse hasta de forma trimestral. En caso de requerir atención más específica, se puede recurrir a la telemedicina o la consulta domiciliaria. De no ser suficiente, en última instancia, se le indicará a la persona que vive con VIH o con hepatitis, que acuda al prestador de salud cumpliendo todos los protocolos de bioseguridad. En otro documento²³, el Ministerio declara a la población LGTBI como población prioritaria en la atención de salud durante la pandemia de COVID-19. Además de reiterar la obligación de las EPS e IPS de continuar con el tratamiento de VIH de quienes lo requieran, también le ordena a las EPS e IPS el asegurar la prestación de servicios de salud por telemedicina, especialmente las mayores de 70 años.

¹⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. Telesalud y telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por COVID-19, código: PSSS04. Bogotá, 17 de abril de 2020.

¹⁹ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 del 2018, Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Bogotá, 2018.

²⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones técnicas para abordar los efectos de la pandemia por COVID-19 en la Fecundidad, código GIPS25. Bogotá, 20 de abril de 2020.

²¹ Profamilia, et al. "Entendiendo las experiencias y prácticas resilientes de adolescentes y jóvenes durante la pandemia del COVID-19 en Colombia" (17 de junio de 2020). Bogotá, 2020

²² Ministerio de Salud y Protección Social. Recomendaciones para la continuidad en la atención a las personas que viven con VIH y Hepatitis durante la pandemia de COVID-19, código GIPS17. Bogotá, 31 de marzo de 2020.

²³ Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para los sectores sociales LGBTI en el marco de la emergencia por COVID -19, código, TEDS07. Bogotá, 21 de abril de 2020.



Existe poca información disponible en este tema, pero considerando el contexto general de la presente investigación es posible inferir que, en las zonas de difícil acceso, el tratamiento de ITS y VIH debe enfrentar barreras. En cuanto al testeo, el gobierno realizó un esfuerzo para ampliar la práctica de pruebas rápidas de VIH e ITS a profesionales, auxiliares de la salud y gestoras y gestores comunitarios por fuera de un laboratorio previo capacitación. Sin embargo, se evidencian desigualdades en el acceso a las pruebas, sean rápidas o no. Las cifras enviadas por el Ministerio muestran una disminución del 20.30% en la práctica de pruebas de enero a julio del 2019 a ese mismo período del 2020, y una disminución del 36.00% de práctica de pruebas de otras ITS (Anexo II, 8 a 10). La práctica de pruebas, además, se ve profundamente desigual en los distintos departamentos. De nuevo los centros urbanos de Bogotá, Medellín y Cali muestran la mayor cantidad de testeos, mientras que departamentos

como el Amazonas, Guaviare, Vaupés, Guainía y Vichada (similar a como sucede con el aborto) tienen cifras irrisorias de pruebas realizadas. Según las entrevistas, organizaciones encargadas de hacer las pruebas disminuyeron y casi suspendieron sus servicios en los dos o tres meses del inicio de la pandemia por COVID-19. En ese tiempo se realizaron pocas pruebas, y disminuyeron aquellas dirigidas a personas trans, trabajadoras sexuales o migrantes venezolanas.

En conclusión, los testeos de VIH e ITS han disminuido en su disponibilidad particularmente en zonas de difícil acceso y para comunidades vulnerables como la indígena y afro. Esto se refleja en la disminución de testeos efectivos en el 2020 comparado al 2019, y a la pausa en la realización de pruebas en los primeros meses de la cuarentena. No se pudo encontrar información frente a la disponibilidad de tratamientos durante la pandemia. Aunque se han hecho

esfuerzos por extender la realización de pruebas rápidas de VIH y otras ITS a espacios externos a los laboratorios médicos, las cifras de pruebas totales ponen en entredicho su efectividad. En vista de las barreras en el acceso evidenciadas en los demás servicios de salud reproductiva, se infiere que las personas de grupos discriminados y/o de zonas de difícil acceso pueden estar enfrentando dificultades para acceder a estos tratamientos. No fue posible conseguir información sobre la calidad de la prestación del servicio en el marco de la pandemia. En cuanto a aceptabilidad, además de los esfuerzos emprendidos por las prestadoras especializadas, no supimos de esfuerzos para adaptar el servicio a grupos discriminados.

VIOLENCIAS BASADAS EN GÉNERO

La Fiscalía General de la Nación remitió la información solicitada sobre denuncias de violencia sexual, violencia intrafamiliar, feminicidios y aborto²⁴. Al respecto, se puede afirmar que hay una disminución del 16.3% en las denuncias de violencia sexual²⁵ entre el año pasado y el presente y una disminución del 6.59% en las denuncias por feminicidios en el mismo periodo. Para Carolina León (Anexo IV, núm 11) de Humanas y Carolina Mosquera (Anexo IV, núm 10) de Sisma Mujer, consideran que las disminuciones en las denuncias no implican necesariamente la disminución de los casos, pues seguramente se incrementaron durante el confinamiento estricto, por el contrario, muestran que los canales de denuncia dispuestos en la cuarentena no han estado disponibles ni son accesibles para registrar las situaciones de violencia de las mujeres, generando un subregistro. Esto se explica porque los canales de denuncia para la denuncia de hechos violentos contra las mujeres, como la línea 155 (línea de orientación a mujeres víctimas de violencia) y la Línea Púrpura Distrital “Mujeres que escuchan mujeres”²⁶, reportan un aumento hasta en un 175% de situaciones de violencia contra las

²⁴ Petición de información No 20206170335152 a la Fiscalía General de la Nación. Corresponde a denuncias presentadas y activas recopiladas entre el 1 de marzo y el 30 de septiembre de los años 2019 y 2020.

²⁵ Agrupamos bajo la categoría de ‘violencia sexual’ la información sobre los delitos: acceso carnal abusivo con menor de catorce años (art. 208 del Código Penal), acceso carnal abusivo en persona protegida (art. 138A), acceso carnal o acto sexual abusivos con incapaz de resistir (art. 210), acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir (art. 207), acceso carnal violento en persona protegida (art. 138), acceso carnal violento (art. 205), acoso sexual (art. 210A), acto sexual violento (art. 206), actos sexuales con menor de catorce años (art. 209), actos sexuales con persona protegida menor de catorce años (art. 139A), y actos sexuales violentos en persona protegida (art. 139), con sus respectivos agravantes.

²⁶ Se trata de una línea que funciona por medio de la Secretaría de la Mujer de Bogotá, pero recibe denuncias de mujeres de otras partes del país.



mujeres en el marco del aislamiento por la pandemia de coronavirus²⁷. Según las entrevistadas, Medicina Legal y Fiscalía no adaptaron su estructura para atender a las personas violentadas en la cuarentena, lo cual coincide con lo manifestado por la Vicefiscal General, Martha Mancera en una entrevista²⁸. En los casos de violencias que suceden en espacios fuera de las casas, como la explotación sexual y trata de personas, y las violencias contra trabajadoras sexuales y población LGBTI las denuncias han aumentado. En otras entrevistas se evidenció que el aumento de violencias contra las mujeres en el confinamiento sucede de forma más dramática en las zonas rurales y de difícil acceso como aquellas con las que trabaja la Corporación Humanas (Montes de María, Sur de Córdoba, Putumayo y el Urabá antioqueño). En estas zonas del país ya había problemas de violencia contra las mujeres antes de la pandemia, en el marco del conflicto armado y fuera de él y la pandemia solo ha agudizado esas violencias que incluyen violencia intrafamiliar, feminicidio y violencia sexual. Estas formas de violencia sexual que se presentan de forma predominante en el entorno familiar contra niños, niñas y adolescentes encuentran dos dificultades

adicionales en la pandemia. Primero, por el cierre de las instituciones educativas, hay menos espacios en los que ‘salga a la luz’ una situación de abuso sexual en el hogar. Y, segundo, la violencia sexual lleva en muchos casos, a embarazos de niñas y adolescentes que, por la zona en la que habitan y por la pandemia, no pueden acceder a una IVE y terminan teniendo que afrontar maternidades forzadas. Finalmente, en cuanto a las denuncias contra mujeres por abortar, que también asumimos ahora como una forma de violencia en su contra, en el 2020 disminuyeron en un porcentaje de 2.92%. Esto puede deberse también a una disminución en la prestación de ese servicio (Ver Anexo I, figura 1).

También destacamos que los datos que muestran el impacto diferenciado de los delitos de violencia sexual, feminicidio o violencia familiar, o aborto son insuficientes. De los datos disponibles podemos concluir que las personas con discapacidad denuncian principalmente violencia intrafamiliar y violencia sexual. La primera, en un porcentaje menor en tiempos de pandemia (29.03%), y la segunda en un porcentaje mayor (aumento del 12.5%) (Ver Anexo I, Figura 2). No

hay datos de personas con discapacidad denunciadas por el delito de aborto ni en el 2019 ni en el 2020. Las denuncias por violencia intrafamiliar aumentaron de forma generalizada y de manera particularmente pronunciada en Antioquia. Y, aunque las denuncias por feminicidio también disminuyeron en general, ellas aumentaron de forma notable en el Valle del Cauca²⁹. Adicionalmente, las migrantes venezolanas denunciaron principalmente casos de violencia sexual y violencia intrafamiliar, en ambos casos además se destaca que denunciaron más en el 2020 que en el 2019. Aunque, frente a estas dos formas de violencia, se denunciaron menos feminicidios contra migrantes venezolanas, el número de víctimas es elevado en comparación con el número total de feminicidios denunciado en Colombia, en ambos años correspondiendo al 7.06% del total (Anexo I, Figura 3). Frente a los grupos etarios, primero, en las denuncias de aborto, violencia sexual e intrafamiliar, hay una deficiencia considerable de datos sobre las edades de las víctimas o denunciadas. De los datos disponibles, se evidencia que las personas más vulnerables al feminicidio, violencia intrafamiliar y violencia sexual corresponde a mujeres entre los 18 y los

²⁷ Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Apoyo por violencia intrafamiliar a 4.385 mujeres, durante cuarentena. Bogotá, 12 de mayo de 2020.

²⁸ Mancera, Martha; Vicefiscal General de la Nación. Programa: Debería haber más mujeres en la justicia, entrevista en la W. Bogotá, 21 de septiembre de 2020.

²⁹ Acá es importante aclarar que aunque los casos disminuyeron en este reporte de forma generalizada, en junio ellos aumentaron exponencialmente en algunas zonas del país como Bogotá y Antioquia.



59 años. En el caso de violencia sexual también es significativo el grupo de niños y niñas entre los seis y once años (Ver Anexo I, Figura 4). Frente a la pertenencia a grupos étnicos, de nuevo hay una cantidad importante de denuncias sin dato frente a identidad étnica, particularmente frente al delito de aborto. Las personas afro e indígenas denuncian principalmente violencia sexual en ambos años.

ADAPTACIONES A COMUNIDADES VULNERABLES

Estamos entendiendo como comunidades vulnerables a las niñas, niños, adolescentes, personas en situación de discapacidad, indígenas, personas en situación de calle, personas trans, trabajadoras sexuales y migrantes venezolanas/os, si bien el Ministerio emitió un documento sobre personas en situación de calle³⁰, otro sobre población migrante³¹, y otro sobre la población étnica³², estos documentos priorizan evitar el contagio y asegurar el tratamiento del COVID-19. No se hace referencia alguna a los derechos sexuales y reproductivos. En el caso de la población migrante simplemente se menciona la necesidad de considerar el enfoque de género en

las acciones que se desarrollen desde la Entidad Territorial, considerando la alta vulnerabilidad de esta población frente a formas de violencia sexual e intrafamiliar basada en género. Únicamente las organizaciones especializadas están aplicando algunos enfoques, por ejemplo, Oriéntame prestó servicios de salud sexual y reproductiva a 778 migrantes venezolanas de forma gratuita en el 2019³³, Profamilia prestó 39,637 servicios de salud sexual y reproductiva de forma gratuita a migrantes venezolanas en el 2019³⁴ y La Mesa han acompañado a 26 migrantes venezolanas en su solicitud de IVE de forma gratuita entre 1 de marzo y el 30 de septiembre del 2020. Resulta preocupante la disminución de los procedimientos de IVE practicados entre 2019 y 2020 a mujeres indígenas (en un 36.643%) y afrocolombianas (en un 32.754%). También disminuyeron en un 17,105% la prestación del servicio a las migrantes venezolanas. En el caso de las personas, trans, por ejemplo, se ha manifestado por líderes y lideresas de esta comunidad una particular preocupación por quienes viven con VIH y con otras ITS que las exponen de formas más peligrosas a contraer coronavirus, y que históricamente no han sido atendidas

en el sistema de salud para atender esas otras enfermedades de base, situación profundizada en la pandemia³⁵. Se hace patente entonces que estas comunidades, tradicionalmente excluidas enfrentaron obstáculos aún mayores en la pandemia.

³⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus para población en situación de calle en Colombia, código, TEDS03. Bogotá, 31 de agosto de 2020.

³¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de COVID-19 para población migrante en Colombia, código, TDS05. Bogotá, 15 de abril del 2020.

³² Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus para la población étnica en Colombia, código, TEDS04. Bogotá, 23 de marzo de 2020.

³³ Oriéntame. Aborto como una Causa Justa de las mujeres. Informe de gestión. Bogotá, 2019.

³⁴ Profamilia. Somos Profamilia. Bogotá, 2019.

³⁵ Dejusticia. "Webinar 5: COVID y personas trans: salud, seguridad y trabajo sexual". Bogotá, 31 de marzo de 2020, 5:00pm. Disponible en: <https://youtu.be/t08fYpt6wI>

Conclusiones

En Colombia, la pandemia por el coronavirus ha tenido un gran impacto en el acceso a los servicios de salud reproductiva. No sólo ha profundizado los obstáculos ya existentes para dicho acceso, sino que este nuevo contexto ha creado nuevas barreras y ha profundizado las brechas de desigualdad que de por sí ya dejaban en desprotección a un grupo importante de la población. El presente informe expone los hallazgos de un monitoreo realizado en este país frente a obstáculos y barreras a los servicios de salud reproductiva tales como la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), la asesoría y provisión de anticoncepción, el testeo y tratamiento de VIH e ITS y la atención prenatal. También se identifican algunas buenas prácticas en la promoción y prestación de estos servicios y se realizan algunas recomendaciones. La investigación se basó en la recolección, análisis y procesamiento de información cualitativa y cuantitativa disponible, incluyendo información estadística de fuentes oficiales, lineamientos y normativas expedidas por las autoridades locales y nacionales, así como entrevistas realizadas a actores clave, entre ellos prestadores de servicios de salud reproductiva, profesionales de la salud, gestoras comunitarias, activistas y



defensoras de derechos humanos. Aunque existieron serias limitaciones en la información disponible, en particular, las estadísticas de los servicios prestados y sus detalles frente a modalidades de prestación, población beneficiaria y tipos de servicio, los datos disponibles sí permiten llegar a algunas conclusiones claves.

El análisis de indicadores estructurales, es decir, aquellos que muestran la aceptación y compromiso del Estado con los derechos humanos, mediante la adopción de normativas para protegerlos, encontramos un cumplimiento mayormente positivo. El gobierno nacional, en particular, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió lineamientos que declararon el carácter esencial de los servicios de salud reproductiva y determinaron las adaptaciones a realizar para la continuidad en su prestación por las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Estos propenden por la disponibilidad de la atención en salud reproductiva en todos los niveles, así como la adaptación a la modalidad de telesalud de servicios de salud materna, planificación familiar y anticoncepción, tratamiento de las personas que viven con VIH y Hepatitis y el acceso a IVE, incluyendo el envío de medicamentos requeridos al domicilio. También indican procedimientos a seguir para prevenir contagios en consultas intramurales cuando no sea posible de realizar por modalidad virtual o consulta domiciliaria. Estas normas refuerzan el marco legal que protege los derechos reproductivos, el cual ya prohibía barreras en el acceso a servicios de salud reproductiva, las cuales, por supuesto, también son aplicables al contexto de la pandemia. Respecto a la disponibilidad de los insumos para garantizar estos servicios, no fue posible contar con información dado que el Ministerio de Salud no la sistematiza a nivel nacional. Las entrevistas muestran que en general no se observa escasez de insumos, aunque varios entrevistados reportaron insuficiencia del método anticonceptivo de inyecciones trimestrales, que venía escaseando desde antes de la pandemia. Respecto a los indicadores de proceso, es decir, aquellos que muestran los esfuerzos

del Estado para implementar y monitorear la consecución progresiva de los derechos, el panorama resulta muy distinto. La información obtenida refleja profundas brechas en el acceso a la información y a los servicios de salud reproductiva entre grupos poblacionales. En ese sentido la calidad, accesibilidad y disponibilidad de los servicios depende en gran medida del lugar que habita la persona (zonas urbanas o zonas rurales), así como su acceso a recursos económicos (por ejemplo, si cuenta con medicina prepagada o si es del régimen subsidiado). La importante labor de algunos prestadores de salud privados sin ánimo de lucro y especializados en salud reproductiva como Oriéntame y Profamilia, al igual que organizaciones como La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, logran paliar en alguna medida los efectos de estas brechas, haciendo uso de estrategias que identificamos como buenas prácticas. Estas entidades ofrecen una gran variedad de servicios y en algunos casos, subsidian su acceso para personas con bajos recursos económicos, destacándose el foco que han puesto en la atención de poblaciones que más requieren de ese apoyo como las mujeres migrantes venezolanas en condición migratoria irregular o mujeres indígenas. Se destaca también su adaptación de los servicios a modalidades de telemedicina que les ha permitido mayor cobertura a nivel nacional. No obstante, la generalidad de las entidades del sistema de salud no muestra suficientes acciones -desde antes de la pandemia- para propender por la accesibilidad, disponibilidad y calidad de la prestación de servicios de salud reproductiva. Durante la pandemia, se evidenció que muchas de estas entidades negaron la provisión de los servicios por no considerarlos esenciales, en contravía a la normativa nacional. En estas entidades se evidencia la imposición de barreras ilegales más evidentes en el caso de servicios como anticoncepción, asesoría reproductiva, testeo y tratamiento de ITS y VIH y, especialmente, IVE, mucho menos presentes en la atención prenatal, del parto y el puerperio. Las mayores barreras se evidencian en el caso de la IVE, donde se imponen requisitos adicionales e interpretaciones restrictivas del marco legal, a las que sumaron el cierre de sedes físicas de los centros de salud, la imposibilidad de transitar

por la cuarentena estricta, la demora injustificada en trámites y la falta de información sobre las rutas de atención durante la pandemia. Estas barreras han impactado de forma diferenciada a aquellas personas que viven en zonas de difícil acceso, en quienes pueden confluír otros factores como la falta de disponibilidad de servicios de salud o la falta de recursos económicos. Los abortos realizados en el tiempo de pandemia disminuyeron en un 19.7% frente al año anterior, los testeos de VIH disminuyeron en un 20.3%, y los testeos de otras ITS disminuyeron en un 36.00% y el acceso a anticoncepción se redujo también dramáticamente especialmente en zonas de difícil acceso y para comunidades vulnerables, particularmente, en el caso de métodos anticonceptivos de larga duración.

Frente a los indicadores de resultado, aquellos referidos a iniciativas estructurales y de procesos destinadas al respecto, protección y garantía de los derechos reproductivos, se pudieron obtener mejores datos estadísticos que en otros indicadores. En el caso de la tasa de fecundidad y nacimientos, existe un incremento en comparación con el mismo periodo del 2019. En cuanto a mortalidad materna, existe una disminución leve, aunque las entrevistas revelan que muchas mujeres gestantes enfrentan más riesgos en el parto por no haber tenido acceso a controles prenatales, por lo que se estima que puede haber una subrepresentación en esos datos. La falta de acceso a esos controles pudo haber provocado el incremento del 2.6% en las defunciones fetales en 2020. A su vez, resulta preocupante la desproporcionada incidencia de la mortalidad materna frente a mujeres indígenas, afrodescendientes o negras, que evidencia discriminaciones estructurales que el sistema no está abordando y se han vuelto más palpables en la pandemia. Finalmente, los datos muestran una disminución de casos por violencia sexual e intrafamiliar ante la Fiscalía General de la Nación que evidencian dificultades para la presentación de las denuncias, se resalta también que existe un incremento en el reporte de estas violencias ante otras entidades como en las líneas de acompañamiento psicológico y legal.

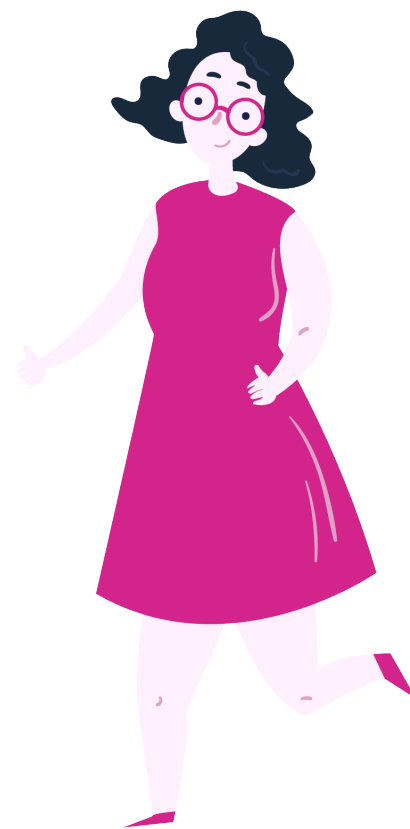
En ese orden de ideas, proponemos las siguientes recomendaciones al Estado colombiano:

Aunque celebremos el reconocimiento del carácter esencial de los servicios de salud reproductiva y las adaptaciones de su prestación en el contexto de la pandemia expuestas en los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, es necesario mejorar los canales de comunicación y seguimiento de estos lineamientos tanto para EPS, IPS como para los usuarios y usuarias, mediante campañas amplias de información. Debe asegurarse de que las prestadoras de salud reconozcan como esenciales y prioritarios los servicios de salud reproductiva en la práctica, comprendiendo la necesidad de su continuación durante la pandemia.

Adoptar medidas de mejora del sistema de recolección y procesamiento de datos de servicios de salud reproductiva, para que sean oportunos y completos. Preocupa la inexistencia de datos sobre factores interseccionales como pertenencia étnica, edad, discapacidad, orientación sexual o identidad de género diversa pues imposibilita evidenciar las desigualdades existentes e impide tomar medidas efectivas para superarlas, máxime cuando la pandemia puede haberlas profundizado. Se requiere que la recopilación de datos evidencie la modalidad del servicio prestado, así como, en el caso del aborto, se distinga los casos en que se efectuó una IVE o abortos espontáneos derivados de complicaciones en el embarazo. También se necesitan mejor recolección de datos sobre asesoría y acceso efectivo a planificación y anticoncepción, al igual que el tratamiento de VIH e ITS.

Mejorar la prestación de los servicios de salud reproductiva y hacerlos accesibles para toda la población, en especial para aquellas personas pertenecientes a comunidades vulnerables y en zonas rurales de difícil acceso mediante la implementación efectiva de los lineamientos dispuestos por el gobierno nacional, así como el marco legal que protege los derechos reproductivos. Esto se debe hacer teniendo en cuenta que el acceso a la salud sexual y reproductiva está intrincadamente entrelazado con dinámicas de poder y violencia estructurales a la sociedad colombiana. La violencia basada en género, la exclusión y la opresión de las mujeres y las comunidades más vulnerables deben ser también atendidas si se espera mejorar el panorama de la salud sexual y reproductiva en el país. En esta medida, por ejemplo, se deben asegurar los desplazamientos de las personas que necesiten acceder a un servicio que no es prestado en la zona en la que viven como parte integral de la prestación del servicio sexual o reproductivo.

Garantizar la cadena de suministros de métodos anticonceptivos, insumos para IVE, atención prenatal y tratamiento de VIH e ITS, además de pruebas diagnósticas de VIH e ITS en especial dirigida a zonas de difícil acceso en el país.



Finalmente, recomendamos tomar en cuenta las buenas prácticas adoptadas por prestadores del servicio especializados, mediante la adaptación de los servicios a la modalidad de telesalud. Sin desconocer las limitaciones en el acceso a internet o a dispositivos móviles, la implementación de esta modalidad en las entidades de todo el sistema de salud puede ofrecer grandes posibilidades para la ampliación del acceso a los servicios de salud reproductiva de forma segura y puede contribuir al cierre de brechas en información y acceso a consultas.

ANEXOS

I. Las siguientes gráficas fueron realizadas por el Centro de Derechos Reproductivos a partir de los datos extraídos del derecho de petición que nos respondió la Fiscalía (Rad. 20206170335152). Los datos que presentamos a continuación son aquellos que corresponden a las denuncias presentadas y activas recopiladas por la Fiscalía General de la Nación entre el 1 de marzo y el 30 de septiembre de los años 2019 y 2020.

Figura 1.
Número de denuncias según grupo de delitos

Denuncias 2019-2020 (Marzo-Septiembre)

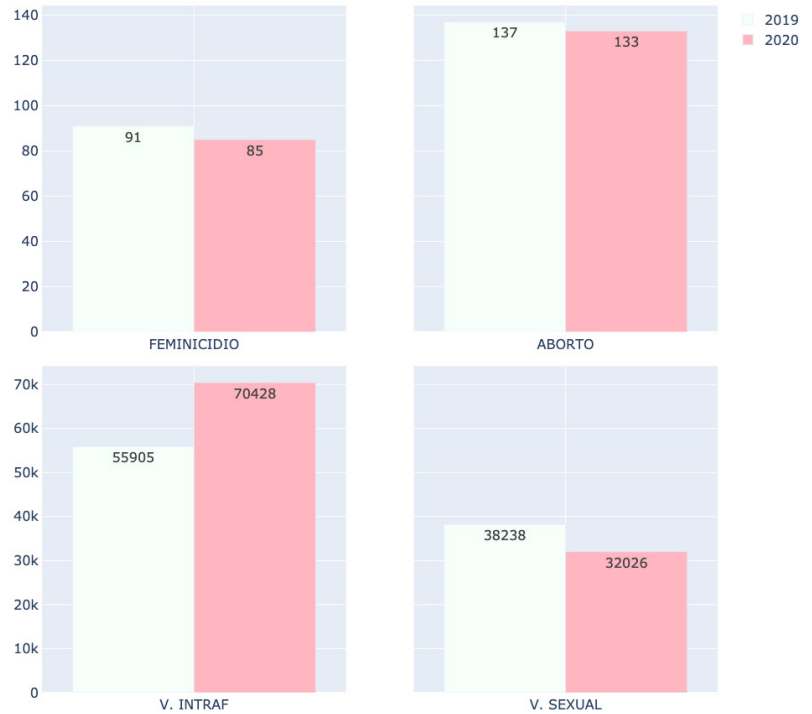


Figura 2.
Personas con discapacidad

Denuncias con datos de discapacidad 2019-2020 (Marzo-Septiembre)

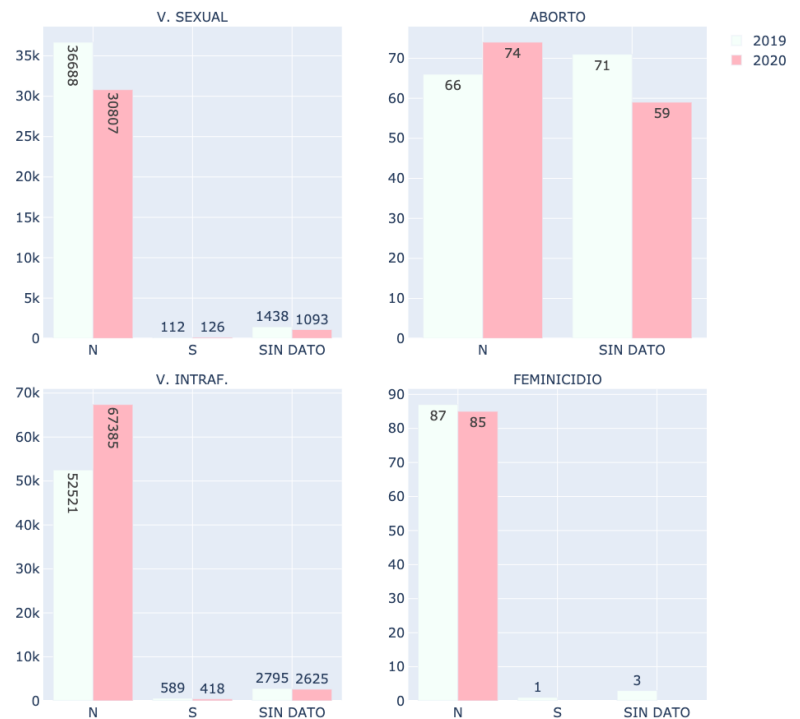


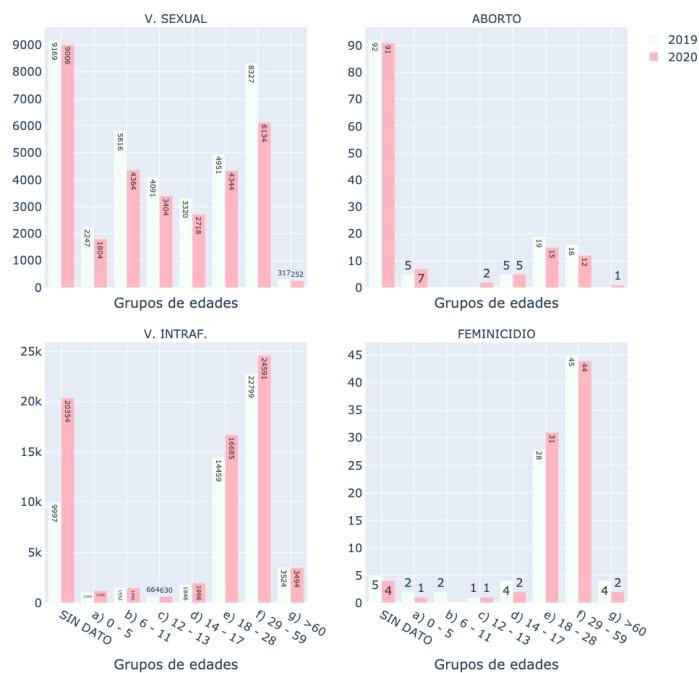
Figura 3.
Migrantes de Venezuela

Denuncias por migrantes venezuela 2019-2020 (Marzo-Septiembre)



Figura 4.
Según el grupo etario

Denuncias por grupo de edad 2019-2020 (Marzo-Septiembre)



II. Las siguientes gráficas fueron realizadas por el Centro de Derechos Reproductivos a partir de los datos extraídos una petición de información del Ministerio de Salud (Rad. 202042301533592). Los datos que presentamos a continuación son aquellos que corresponden a los RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud) que fueron registrados por las distintas prestadoras de salud a nivel nacional y reportadas al Ministerio. Los datos que envía el Ministerio son anuales en el 2019, y van del 1 de enero al 30 de junio en el caso del 2020. or ello, para poder hacer una comparación de ambos años, usamos un aproximado de enero a julio de 2019 simplemente dividiendo a la mitad los datos anuales recibidos.

Figura 5. Gráfica comparativa de nacimientos y tasa de fecundidad por grupo etario (de enero a junio 2019 y 2020)



Figura 6.

Tabla comparativa de mujeres atendidas en el sistema de salud por procedimientos relacionados con aborto (2019 y 2020)

DEPARTAMENTO	NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS (2019)	APROXIMADO PROCEDIMIENTOS A JUNIO DE 2019	NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS A JUNIO DE 2020
Antioquia	3,466	1,733	1,177
Atlántico	2,634	1,317	1,110
Bogotá D.C	6,714	3,357	2,952
Bolívar	2,635	1,318	1,270
Boyacá	816	408	349
Caldas	317	159	174
Caquetá	722	361	281
Cauca	1,568	784	600
Cesar	1,900	950	767
Córdoba	2,077	1,039	914
Cundinamarca	1,856	928	770
Chocó	832	416	281
Huila	1,604	802	672
La Guajira	2,237	1119	727
Magdalena	1,825	913	703
Meta	910	455	385
Nariño	2,580	1,290	993
Nte. de Santander	1,610	805	544
Quindío	157	79	55
Risaralda	393	197	194
Santander	1306	653	586
Sucre	1342	671	681
Tolima	932	466	410
Valle del Cauca	3,826	1,913	1,400
Arauca	396	198	119
Casanare	701	351	200
Putumayo	628	314	204
Arch. San Andrés y Pr.	40	20	28
Amazonas	63	32	15
Guainía	37	19	17
Guaviare	158	79	77
Vaupés	7	4	2
Vichada	64	32	36
Sin definir	2,508	1,254	767

Figura 7.

Gráfica comparativa de mujeres atendidas en el sistema de salud por procedimientos relacionados con aborto por grupo etario y pertenencia a comunidades (de enero a junio, 2019 y 2020)

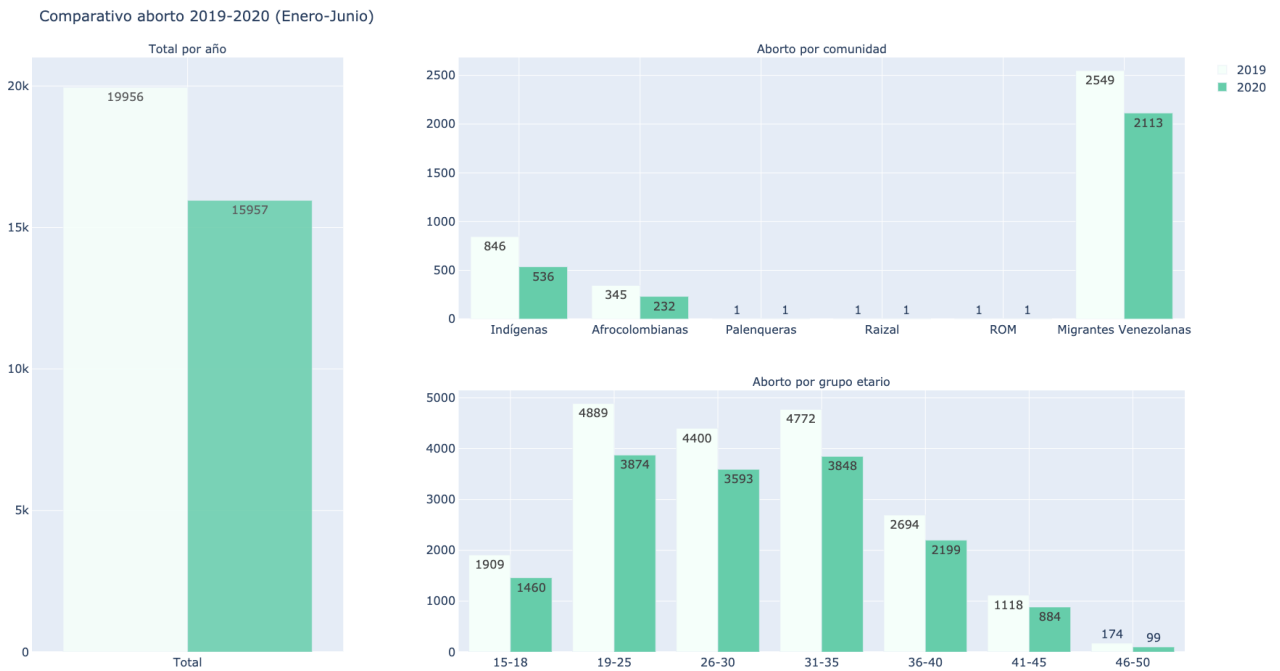


Figura 8.

Gráfica comparativa de mujeres atendidas en el sistema de salud por procedimientos relacionados con aborto por grupo etario y pertenencia a comunidades (de enero a junio, 2019 y 2020)

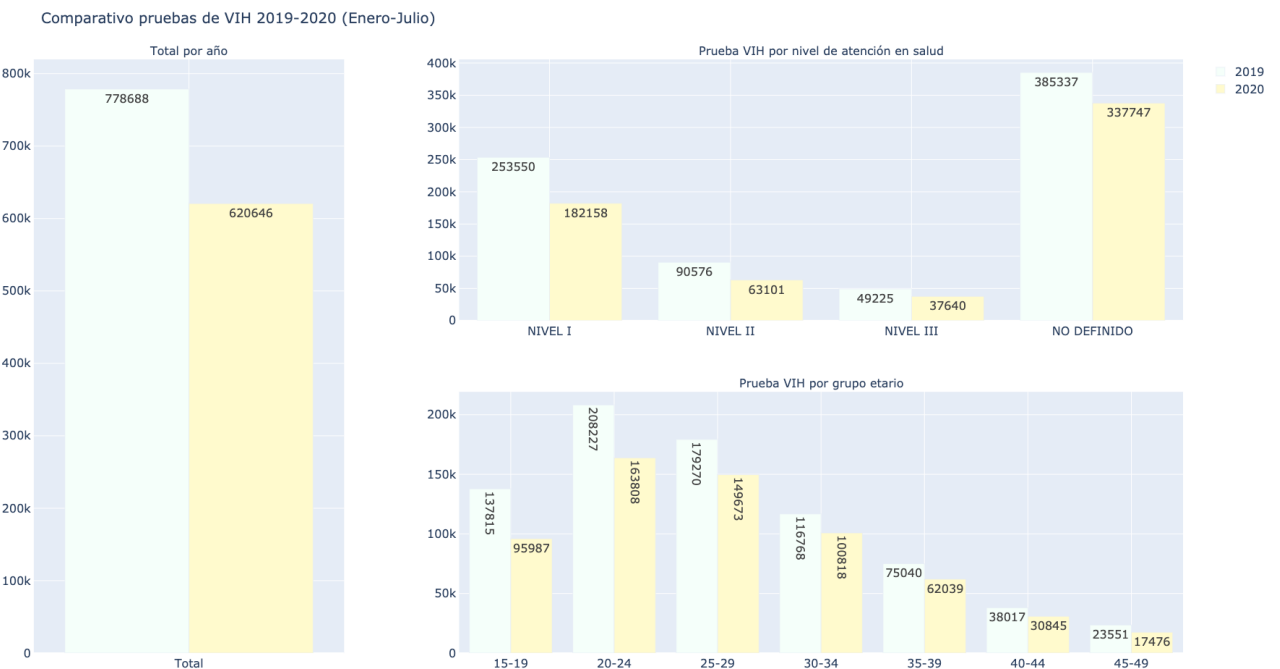


Figura 9.

Gráfica comparativa de pruebas de otras ITS, por grupo etario y nivel de atención en salud (de enero a julio, 2019 y 2020)

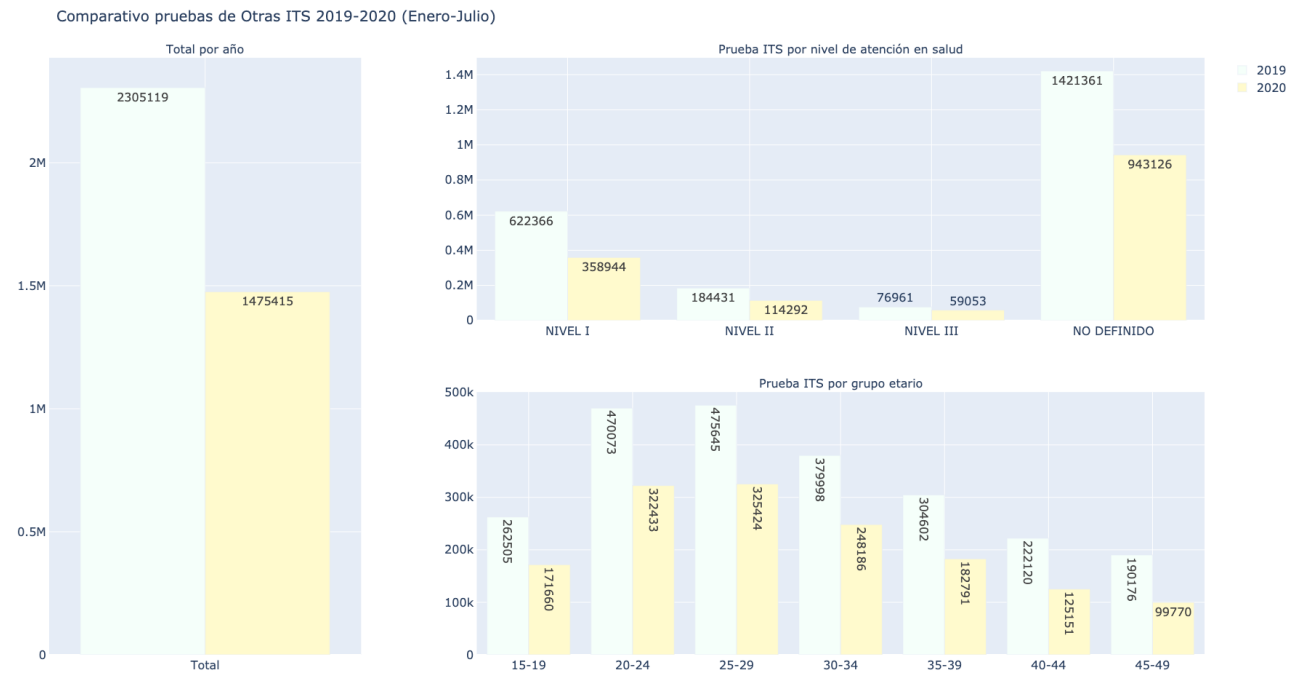


Figura 10.

Gráfica comparativa general de pruebas de VIH - ITS, cáncer de cuello uterino, sífilis, hepatitis B, y otras (clamidia, herpes, hepatitis C, VPH, gonorrea, meningitis) (de enero a julio, 2019 y 2020)

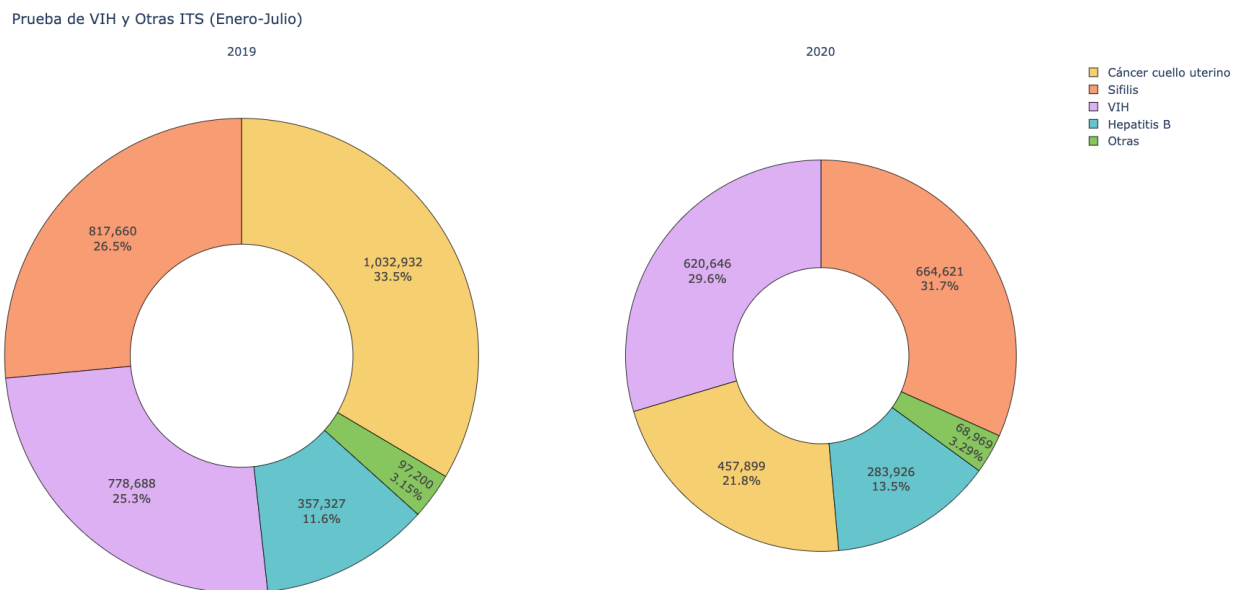
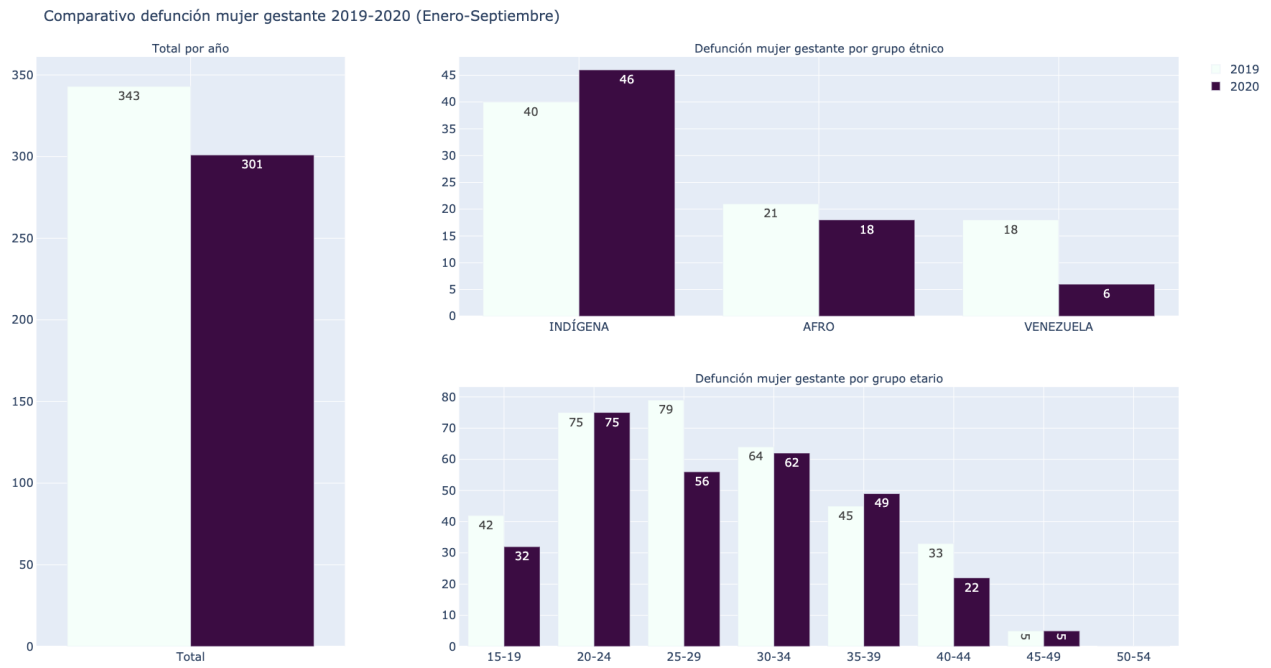


Figura 12.

Gráfica comparativa general de pruebas de VIH - ITS, cáncer de cuello uterino, sífilis, hepatitis B, y otras (clamidia, herpes, hepatitis C, VPH, gonorrea, meningitis) (de enero a julio, 2019 y 2020)



III. Listado de personas entrevistadas para el presente informe.

- 1. María Mercedes Vivas**, directora ejecutiva y representante legal de Oriéntame, IPS privada que trabaja por prestar servicios de salud sexual y reproductiva en nueve sedes en distintos departamentos. Presta servicios de asesoría y pruebas de ITS, consultas ginecológicas, de asesoría y provisión de anticoncepción, IVE, chequeo post-aborto, así como provisión de información.
- 2. Diana Moreno**, directora de incidencia de Profamilia, una IPS privada que promueve el respeto y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población colombiana. Presta servicios de IVE, anticoncepción, ginecología, fertilidad, asesoría sexual y reproductiva, testeo y tratamiento de ITS, entre otros. Tiene casi cuarenta sedes distribuidas a nivel nacional.
- 3. Doctora Laura Gil**, médica ginecóloga, y directora ejecutiva del Grupo Médico por el Derecho a Decidir, una organización que promueve los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, el aborto. También es la directora de la fundación ESAR, organización transnacional que busca garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva a las mujeres latinoamericanas.
- 4. Doctor Pedro Castillo**, médico gineco-obstetra de Yopal, trabaja tanto en su consultorio privado como en el Hospital Regional de la Orinoquía (IPS pública). En su consulta privada, realiza todo tipo de consultas ginecológicas, atención prenatal, asesoría y provisión de anticoncepción. El hospital recibe a todo tipo de pacientes en especial del régimen subsidiado y contributivo.
- 5. Luz Mary Pardo**, gestora comunitaria, ha trabajado y liderado distintas ONGs como Callejerxs, Alas Moradas, Parces, entre otras. Enfoca su trabajo en las comunidades del barrio Santa Fé, la Mariposa y el Bronx: personas trans, personas en situación de calle y consumidoras de drogas, y trabajadoras sexuales.
- 6. Doctor Marco Duque**, jefe del departamento de obstetricia y ginecología de la Clínica del Country de Bogotá, principalmente atiende mujeres gestantes afiliadas a prepagada.
- 7. Doctor Luis Andrade**, gineco-obstetra y gerente de la Clínica Magdalena de Bogotá, donde atiende a mujeres gestantes afiliadas a EPS del régimen contributivo y subsidiado.
- 8. Doctor Andrés Benavides**, médico ginecólogo, especialista en medicina materno-fetal, coordinador de ginecología en el Hospital San Rafael de Risaralda. Esta es una IPS pública que recibe principalmente mujeres del régimen contributivo y de régimen subsidiado, recibe muy pocas mujeres con prepagada.
- 9. Carolina Triviño**, abogada de atención a casos de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Esta organización es un colectivo activista feminista que defiende los derechos sexuales y reproductivos, especialmente el derecho al aborto, haciendo incidencia jurídica y política, acompañando casos de IVE en distintas regiones del país, entre otras acciones.
- 10. Carolina Mosquera**, investigadora de Sisma Mujer. Sisma es una organización feminista que trabaja principalmente con mujeres víctimas de violencias y discriminación de género, en ámbitos privados, públicos y del conflicto armado.
- 11. Carolina León**, psicóloga feminista de Humanas, un centro de estudios y acción política feminista que busca promover y garantizar los derechos humanos y la justicia de género para las niñas, adolescentes y mujeres en Colombia. A partir de un enfoque interdisciplinar, Humanas hace acompañamiento jurídico, psicosocial, litigio estratégico, investigación, entre otras acciones.

IV. Referencias

Normativa que incluye los servicios de salud sexual y reproductiva en el Plan de Beneficios:

- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS). Acuerdo 380 de 2007: "Por medio del cual se incluyen medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el POS del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado".
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5592 de 2015: "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud".
- CNSS. Acuerdo 53 de 1997: "Por el cual se modifica el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Sistema General de Seguridad Social en Salud".
- Presidencia de la República. Decreto 2323 de 2006: "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones".
- Ministerio de Salud. Resolución 5521 de 2013: "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)".

Documentos técnicos y Boletines de prensa - Ministerio de Salud

- Documento Técnico GIPS25: "Orientaciones técnicas para abordar los efectos de la pandemia por COVID-19 en la fecundidad" (abril de 2020).
- Documento Técnico PSSS01: "Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por COVID-19 (julio de 2020).
- Documento Técnico PSSS04: "Telesalud y telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por COVID-19" (abril de 2020).
- Documento Técnico GIPS17: "Recomendaciones para la continuidad en la atención a las personas que viven con VIH y Hepatitis durante la pandemia de COVID-19 en Colombia" (abril de 2020).
- Documento Técnico GIPS14: "Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna" (junio 2020).
- Documento Técnico TEDS03: "Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus para población en situación de calle" (septiembre de 2020).
- Documento Técnico TEDS07: "Lineamientos para los sectores sociales LGBTI en el marco de la emergencia por coronavirus" (mayo de 2020).
- Documento Técnico TEDS05: "Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus para población migrante en Colombia" (abril de 2020).
- Documento Técnico TEDS04: "Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus para la población étnica en Colombia" (marzo de 2020).
- Documento Técnico PSSS05: "Orientaciones para la restauración de los servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por coronavirus (julio 2020).
- Boletín de Prensa No. 028 de 2017: "Aprobado medicamento más efectivo y seguro para la interrupción del embarazo" (3 de marzo de 2017).
- Boletín de Prensa No 190 de 2020: "Instituciones Prestadoras de Salud deben continuar con atención en salud sexual y reproductiva" (24 de abril de 2020).
- Boletín de Prensa No 611 de 2020: "Salud para jóvenes y adolescentes en época de pandemia" (15 de agosto de 2020).
- Boletín de Prensa No 629 de 2020: "Colombia amplía espacios para realizar pruebas rápidas para VIH, sífilis, hepatitis B y C" (23 de agosto de 2020).
- Boletín de Prensa No 108 de 2020: "ABC sobre las relaciones sexuales y la enfermedad por coronavirus" (29 de marzo de 2020).

Otros actos administrativos:

- Ministerio de Salud. Resolución 3280 de 2018: "Por medio de la cual se adoptan ineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación".
- Ministerio de Salud. Resolución 521 de 2020: "Por la cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o con condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID-19" (28 de marzo de 2020).
- Ministerio de Salud. Resolución 1314 de 2020: "Por la cual se adoptan los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C (3 de agosto de 2020).
- Invima. Resolución 2015034944: "Por la cual se adopta un concepto de la Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora" (3 de septiembre de 2015).
- Presidencia de la República. Decreto 538 de 2020: "Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica" (12 de abril de 2020).

Informes de organizaciones y otras fuentes:

- Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Apoyo por violencia intrafamiliar a 4.385 mujeres, durante cuarentena (12 de mayo de 2020).
- Dejusticia. "Webinar 5: COVID y personas trans: salud, seguridad y trabajo sexual". Bogotá, 31 de marzo de 2020.
- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Informe técnico: "Barreras de acceso a la IVE en el contexto de la pandemia por COVID-19. Bogotá, 2020.
- La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Informe técnico: "Migrantes venezolanas en Colombia: Barreras de acceso a la IVE". Bogotá, 2019.
- Oriéntame. Aborto como una Causa Justa de las mujeres. Informe de gestión. Bogotá, 2019.
- Profamilia, et al. "Entendiendo las experiencias y prácticas resilientes de adolescentes y jóvenes durante la pandemia del COVID-19 en Colombia" (17 de junio de 2020). Bogotá, 2020.
- Profamilia. Somos Profamilia. Bogotá, 2019. Disponible en: <http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/09/Infografia-digital-2019.pdf>



Agradecemos al CLACAI por incluirnos en su iniciativa de la campaña “La Salud Reproductiva es Vital” y por su apoyo para la realización del monitoreo. También al Ministerio de Salud, Fiscalía General de la Nación y las Secretarías Locales de Salud que tuvieron disposición de entregarnos los datos solicitados y a Daniel Ávila por su ayuda en la programación de la información recibida. Le agradecemos a todas las personas que fueron entrevistadas y aportaron información muy valiosa para la redacción de este informe, por su cálida disposición y colaboración. Reconocemos también el apoyo de organizaciones como Profamilia, Oriéntame y el Grupo Médico por el Derecho a Decidir, además de los contactos referidos por Laura Gil para realizar entrevistas con profesionales de la salud en distintas zonas del territorio, a los y las profesionales de la salud que rindieron su testimonio, y a las gestoras comunitarias que nos contaron también sobre la experiencia en sus comunidades.



MONITOREO DE POLÍTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN EL MARCO DE LAS RESPUESTA AL BROTE DE COVID-19 Y ACCIONES DE INCIDENCIA A NIVEL NACIONAL PARA FORTALECER EL ACCESO A SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD REPRODUCTIVA A NIVEL NACIONAL (COLOMBIA)

¹ Para la construcción del presente informe, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres contribuyó especialmente en la sistematización de información, obtenida a través de la asesoría legal que realiza a mujeres que desean acceder a una interrupción del embarazo (IVE), y en el análisis de las barreras que se presentan para el acceso a la IVE en el contexto de la pandemia ocasionada por el Covid-19 en Colombia.

**CENTRO de
DERECHOS
REPRODUCTIVOS**

