



Prácticas en el acceso a Interrupción Voluntaria del Embarazo - IVE de personas con discapacidad en Colombia



CORPORACIÓN POLIMORFAS

clacai
CONSORCIO LATINOAMERICANO CONTRA EL ABORTO INSEGURO

CONSORCIO LATINOAMERICANO CONTRA EL ABORTO INSEGURO - CLACAI

YILDALINA TATEM BRACHE

Coordinadora de la Red Jurídica de CLACAI

Coordinación de la publicación

CATHERINE GAITÁN RAMÍREZ

Consultora

CORPORACIÓN POLIMORFAS

Elaboración del contenido

DIANA RODRÍGUEZ-CELY

Consultora Línea Interrupción Voluntaria del Embarazo

SABRINA PACHON TORRES

Consultora Derechos Sexuales y Reproductivos

© 2025 Corporación Polimorfas

Contenido

1. Introducción 5

2. Contexto normativo en Colombia 7

3. Metodología 10

4. Hallazgos 13

Respuesta institucional al acceso a servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo 13

Acceso a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo 13

Sistemas de recolección de datos sobre IVE 18

Formación en discapacidad para profesionales de la salud 21

Prácticas en la atención servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo 23

Enfoques para la atención servicios de IVE 23

Atención y reconocimiento de la autonomía 25

Atención y comunicación 29

Atención y privacidad 31

Riesgo de prácticas violentas en la atención por motivos de discapacidad 31

Barreras presentes en los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo 34

Barreras físicas 34

Barreras en la información y comunicación 34

Barreras actitudinales 36

Barreras institucionales 39

Estrategias desplegadas por los actores no institucionales 40

Enfoque para el acompañamiento 41

Acceso a la información y la comunicación 43

Seguimiento a la implementación efectiva 45

Articulación con aliados 47

5. Recomendaciones 49

6. Referencias 51

1. Introducción

En Colombia, el reconocimiento normativo del derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) ha avanzado de manera significativa en los últimos años, especialmente tras la Sentencia C-055/2022 de la Corte Constitucional que despenalizó el aborto hasta la semana 24 de gestación y la Resolución 051 de 2023 del Ministerio de Salud que actualizó los lineamientos para la atención integral de la IVE. No obstante, estos avances legales conviven con barreras estructurales que impiden el ejercicio pleno y efectivo del derecho por parte de las personas gestantes con discapacidad. Entre ellas destacan las brechas de accesibilidad, la denegación de ajustes razonables para el acceso a la información y la persistencia de prácticas discriminatorias y estigmatizantes que restringen el acceso a servicios oportunos y seguros.

Ante la ausencia de información basada en evidencia sobre las formas en que estas barreras han afectado y afectan el acceso a los servicios de IVE por parte de gestantes con discapacidad, esta investigación busca proveer un insumo a través del examen de las prácticas en el contexto colombiano. Para ello, se desarrolló un estudio descriptivo con metodología mixta que combinó técnicas cualitativas y cuantitativas. El análisis incluyó dos fuentes. Primero, la consulta de bases de datos del Ministerio de Salud y de instituciones privadas para identificar atenciones de IVE a personas con discapacidad para el periodo 2020-2024. Segundo, la realización de grupos focales con: (1) prestadores de salud especializados en IVE, (2) integrantes de colectivos o redes que acompañan procesos autogestionados de aborto seguro, y (3) representantes de organizaciones que brindan información y/o acompañamiento jurídico sobre IVE. Esto se complementó con información de un proceso de recolección previo con mujeres con discapacidad centrado en estereotipos y prejuicios frente al aborto realizado por la Corporación Polimorfas. En conjunto, esta aproximación permitió comprender tanto las dinámicas institucionales y las experiencias individuales y colectivas, así como identificar prácticas, barreras y estrategias desplegadas en distintos escenarios.

Los hallazgos del estudio se organizan en torno a cuatro ejes: (1) la respuesta institucional frente a la IVE, (2) las prácticas en la atención de los servicios de IVE, (3) las barreras que persisten en los servicios de IVE y (4) las estrategias desplegadas por actores no institucionales. El presente documento expone dichos resultados con el propósito de aportar evidencia que contribuya a fortalecer la garantía del derecho a la IVE en condiciones de igualdad para las personas con discapacidad.

Nota al lector

El presente estudio se centra en el acceso a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) por parte de personas con discapacidad con capacidad de gestar, lo cual incluye a mujeres, personas no binarias y hombres trans. No obstante, es importante señalar que los datos cuantitativos disponibles se presentan en clave exclusiva de mujeres con discapacidad dado que esta fue la única categoría utilizada en las fuentes oficiales consultadas. Esta limitación responde a los marcos de recolección y clasificación de información actualmente vigentes en el país. Así mismo la referencia en la información cualitativa se hace principalmente en clave de mujeres con discapacidad, sin que con esto se desconozca la diversidad de identidades de género que forman parte de la población objeto de estudio.

2. Contexto normativo en Colombia

La legislación colombiana antes del giro jurisprudencial de 2006 trataba el aborto como delito en todos sus supuestos: el Código Penal (Ley 599 de 2000) tipificaba el aborto como delito, lo que en la práctica configuraba una prohibición casi absoluta con penas de prisión para la mujer y/o quien lo practicara. Esta situación tiene un primer giro legal mayo de 2006 cuando la Corte Constitucional mediante la Sentencia C-355/2006 despenalizó el aborto en tres circunstancias o causales: (1) peligro para la vida o la salud física o mental, (2) malformación fetal incompatible con la vida y (3) violencia sexual, incesto o inseminación forzada, fijando que en esos casos no se castiga penalmente con el consentimiento de la mujer.

Posteriormente, la Corte mediante las sentencias T-388/2009, T-585/2010 y SU-096/2018 construyó una arquitectura normativa progresiva. En la T-388/2009, fijó la prohibición de establecer barreras adicionales (remisiones, juntas médicas innecesarias u otras exigencias) y activó deberes de garantía a cargo Entidades Promotoras de Salud (EPS)/Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y de vigilancia por parte de la Superintendencia de Salud. Luego, en la T-585/2010 consolidó el carácter de derecho fundamental de la IVE y convirtió en exigible el derecho al diagnóstico integral y oportuno, el cual debe incluir la salud mental. A partir de ellos, en la SU-096/2018 la Corte uniformó el estándar: la IVE está alineada con los derechos a la autonomía y la libertad reproductiva, al tiempo la objeción de conciencia es estrictamente individual y, por tanto, no podrá convertirse en una barrera. Además, reitera la prohibición de realizar juntas médicas y demás cargas no previstas en la C-355/2006.

Respecto de la causal de grave malformación fetal incompatible con la vida extrauterina, la Corte precisó en la SU-096/2018 que no se debe confundir con discapacidad ni con el

aborto eugenésico. Por tanto, no puede equiparse la discapacidad con inviabilidad del feto en este contexto y carece de sustento afirmar que esta causal habilita la práctica de abortos selectivos por discapacidad ni por enfermedades curables antes o después del nacimiento.

La centralidad de la autonomía reproductiva junto con la eliminación de barreras para el acceso a la IVE también es presentada en relación con las mujeres con discapacidad. La Corte, en la Sentencia T-946/2008 estudió el caso de una mujer con discapacidad víctima de violencia sexual cuya madre solicitó que se llevara a cabo el procedimiento de IVE el cual le fue negado al médico aducir objeción de conciencia. Este caso da cuenta de cómo las barreras pueden anular también la decisión reproductiva y lesionar la dignidad de las mujeres con discapacidad (párrafo 489).

El segundo hito es la Sentencia C-055/2022. En ella la Corte sostuvo que la prohibición absoluta del aborto daba lugar a la instrumentalización de la mujer para un fin reproductivo por medio de la amenaza del derecho penal, al tiempo que desconocía su autonomía y plan de vida (párrafos 508-510). Por ello, y ante la existencia de medios menos lesivos y obligaciones estatales de garantía en cuanto a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, la Corte decidió condicionar la exequibilidad del artículo 122 del Código Penal al afirmar que no se configura el delito de aborto cuando la IVE se practica antes de la semana 24 y después de este período se mantienen las causales de la Sentencia C-355/2006.

Un último antecedente jurisprudencial relevante y, a la vez, reciente es la Sentencia T-402/2024 que reafirmó la línea argumentativa de la T-841/2011 sobre intimidad y reserva de la historia clínica en casos de IVE. La Corte calificó como inadmisible introducir consideraciones religiosas para cuestionar o sustentar la decisión. Asimismo, precisó que el incumplimiento del deber de custodia de la historia clínica vulnera los derechos a la intimidad, al hábeas data, la confidencialidad y privacidad de datos sensibles, y la reserva legal, generando responsabilidades éticas, disciplinarias y penales. Como correctivo, ordenó fortalecer protocolos de confidencialidad y capacitar al personal en atención integral y manejo de información conforme a la Resolución 051 de 2023.

Operativamente, la Resolución 051 de 2023 surge para unificar la regulación de la atención integral de la IVE conforme a las sentencia C-355/2006, SU-096/2018 y C-055/2022, así como modifica el numeral 4.2 de la Resolución 3280 de 2018 (Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal). En esta nueva versión, el Ministerio de Salud y Protección Social reitera los estándares obligatorios en la prestación de servicios –oportunidad, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad–, organiza tanto responsabilidades de Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y autoridades, y exonera de copagos y cuotas moderadoras, y exige el registro de las atenciones en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Además, reitera la prohibición de exigencias extralegales tales como: juntas médicas, dictámenes de

Medicina Legal o autorizaciones de familiares. Esto dado que de acuerdo con la Resolución 051 de 2023, las IPS no pueden exigir avales, conceptos de comités ni autorizaciones adicionales que no estén contempladas en la norma. Estas exigencias extralegales generan demoras injustificadas y pueden convertirse en barreras de acceso.

Es clave resaltar que la Resolución 051 de 2023 incorpora de manera explícita el enfoque de discapacidad en la atención integral en salud para la IVE, señalando que el servicio debe responder a las características particulares de cada persona y que las mujeres con discapacidad pueden acceder en igualdad de condiciones, garantizando que su consentimiento informado prime sobre cualquier opinión externa. Ello reafirma el principio de autonomía y la capacidad jurídica plena de las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1996 de 2019 y en la Resolución 1904 de 2017.

Ésta última brinda lineamientos para brindar información en formatos accesibles, con ajustes razonables, apoyos y salvaguardas, cuya implementación no sólo permite superar barreras comunicativas y de acceso a la información tendientes a proveer las condiciones para la manifestación de la voluntad de manera libre e informada en los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la IVE.

3. Metodología

Síntesis metodología

- **Tipo de estudio:** Descriptivo, enfoque interseccional, método mixto de recolección de información.

- **Fuentes:**

  - Cuantitativas: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS (2020–2024), Ministerio de Salud y Protección Social. Además, datos suministrados por Fundación Oriéntame, Fundación Unimédicos y Profamilia (2020 - 2024)

  - Cualitativas: Grupos focales con prestadores de salud especializados en IVE, colectivos o redes que acompañan procesos autogestionados de aborto seguro y representantes de organizaciones que brindan información y/o acompañamiento jurídico sobre IVE. Adicionalmente, encuesta digital dirigida a mujeres con discapacidad.

- **Análisis:** descriptivo (frecuencias/porcentajes) + codificación abierta y posterior agrupación temática.

- **Limitaciones del estudio:** subregistro y ambigüedades de codificación en RIPS; baja respuesta en encuesta digital a mujeres con discapacidad.

- **Mitigación:** triangulación con hallazgos previos de estudio cualitativo y revisión experta sobre datos.

Para conocer sobre las prácticas, barreras y condiciones de acceso a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) para personas con discapacidad en Colombia, se desarrolló un estudio descriptivo con enfoque interseccional y metodología mixta, combinando técnicas cualitativas y cuantitativas de recolección de información. Este diseño permitió comprender tanto las dinámicas institucionales como las experiencias individuales y colectivas, a partir del contraste de fuentes y la vinculación de actores clave.

El estudio tuvo tres objetivos principales: (1) identificar percepciones, prácticas y condiciones institucionales de los prestadores de servicios de salud en la atención de personas gestantes con discapacidad; (2) recoger y examinar las experiencias, barreras y estrategias de los gestantes con discapacidad para acceder a servicios de IVE; y (3) explorar el papel de las organizaciones que brindan información y acompañamiento jurídico, así como de los colectivos y redes que apoyan procesos autogestionados de aborto, con el propósito de identificar buenas prácticas, retos y oportunidades que fortalezcan el acompañamiento y garanticen el ejercicio de este derecho en condiciones de igualdad, conforme al marco jurídico vigente.

En la recolección de información cuantitativa se solicitó información de la bodega de datos del Ministerio de Salud y Protección Social sobre atenciones de IVE en el periodo 2020-2024 desagregada por: año, edad, tipo de discapacidad, ciudad o municipio, departamento, tipo de procedimiento (farmacológico o no farmacológico), edad gestacional y nivel de atención de la institución prestadora. Información similar le fue solicitada a las tres instituciones privadas que hacen parte de este estudio —Profamilia, Fundación Oriéntame y Fundación Unimédicos— con los mismos criterios, incluyendo la existencia de rutas de atención con enfoque de discapacidad. Las respuestas fueron recibidas entre julio y agosto de 2025.

En cuanto a la recolección de información cualitativa, se aplicaron dos técnicas: grupos focales y una encuesta digital dirigida a mujeres con discapacidad. Los grupos focales se desarrollaron en julio de 2025 con tres grupos de interés: prestadores de salud especializados en IVE (ginecología y enfermería), colectivos o redes que acompañan procesos autogestionados de aborto seguro y representantes de organizaciones que brindan información y/o acompañamiento jurídico sobre IVE. Participaron profesionales de la Fundación ESAR, Grupo Médico por el Derecho a Decidir, Grupo Enfermería por el Derecho a Decidir, Fundación Unimédicos y Fundación Oriéntame, así como integrantes de los colectivos Las Parceras, Las Cómplices y Montañeras Enruanadas. También se contó con la participación de la Fundación Jacarandas, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y Colectiva Justicia Mujer.

Los grupos focales exploraron el grado de conocimiento que tienen los prestadores de salud en torno a la discapacidad, así como las barreras que enfrentan éstas en los servicios de IVE derivadas de prejuicios, temores o desconocimiento. De igual manera, se indagó el nivel de comprensión que poseen los colectivos y redes sobre discapacidad, los retos que enfrentan en el acompañamiento al aborto autogestionado y las adaptaciones que han incorporado en sus protocolos. Finalmente, se analizaron las necesidades de información y apoyo jurídico de las personas con discapacidad y la disponibilidad de mecanismos de asesoría accesibles y ajustados a sus necesidades. Cabe señalar que por motivos de protección las citas textuales del estudio pueden contener seudónimos escogidos por las propias personas participantes.

En paralelo se implementó una encuesta digital dirigida a mujeres con discapacidad, anónima y confidencial, con el propósito de recoger percepciones frente a los servicios de IVE, identificar barreras y retos en el acceso, y reconocer las estrategias utilizadas para ejercer este derecho. No obstante, la encuesta tuvo baja participación y en su mayoría las respuestas provinieron de mujeres que no habían accedido ni intentado acceder a servicios de IVE. Frente a esta limitación, se optó por complementar el análisis con los resultados de un estudio previo desarrollado por Corporación Polimorfas en septiembre de 2024 que indagó mediante grupos focales con mujeres con discapacidad sobre percepciones y estereotipos relacionados con el aborto. Estos insumos resultaron fundamentales para comprender por qué las mujeres con discapacidad podrían no acceder a los servicios de IVE, evidenciando la persistencia de barreras estructurales y el peso del estigma social. Las citas derivadas de este trabajo preliminar se presentan en el texto bajo la denominación “mujer con discapacidad”.

Para el análisis cualitativo se realizó una codificación abierta y posterior agrupación temática de los insumos de los grupos focales lo que permitió profundizar en la respuesta institucional frente a la IVE, las prácticas en la atención de servicios de IVE, así como las barreras y las estrategias desplegadas por los actores no institucionales. El enfoque narrativo visibilizó las experiencias de los distintos actores y contribuyó a comprender de manera más integral los obstáculos y las oportunidades para garantizar el ejercicio de este derecho en personas con discapacidad.

Citas en texto

Prestadores de salud especializados en IVE

Organizaciones que acompañan procesos autogestionados de aborto seguro o que brindan información y/o acompañamiento jurídico sobre IVE.

Mujeres con discapacidad

4. Hallazgos

Respuesta institucional al acceso a servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo

Acceso a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo

El acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) por parte de personas con discapacidad en Colombia continúa enfrentando limitaciones sustanciales, pese al marco jurídico favorable y a los avances en la política pública.

Según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social (2025), entre 2020 y 2024 se registraron 696 atenciones de IVE a personas con distintos tipos de discapacidad relacionada con diagnósticos (ver tabla 1), con mayor concentración en Bogotá y, en menor medida, en departamentos como Valle del Cauca, Cundinamarca y Antioquia. Esta información proviene de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)[1] principal fuente administrativa para dimensionar la IVE en el país. Los RIPS permiten establecer cuántas atenciones se realizaron y distinguir si corresponden a mujeres con o sin discapacidad, de acuerdo con lo reportado por los prestadores de servicios. No obstante, su alcance es limitado pues describen únicamente el uso del servicio y no la demanda: no registran cuántas solicitudes presentaron las gestantes con discapacidad, cuántas fueron negadas, ni las razones de rechazo o las barreras enfrentadas.

1 RIPS no distingue demanda negada vs. atendida y puede mezclar complicaciones posaborto con atenciones IVE. Interpretar con cautela.

Tabla 1. *Total servicios de IVE prestados a mujeres con discapacidad (Colombia, 2020–2024)*

AÑO	AUDITIVA	FÍSICA	COGNITIVA	MÚLTIPLE	PSICO SOCIAL	SORDO CEGUERA	VISUAL	TOTAL
2020	7	46	14	24	24	1	10	126
2021	27	39	33	33	28	0	11	171
2022	9	53	32	35	30	0	11	170
2023	9	44	18	21	19	0	9	120
2024	12	33	21	17	17	0	9	109
TOTAL	**64**	**215**	**118**	**130**	**118**	**1**	**50**	**696**

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos provistos por el Ministerio de Salud y Protección Social en consulta a la bodega de datos del SISPRO el 24 de junio de 2025.*

Estos datos deben analizarse, además, a la luz de las barreras estructurales e interseccionales presentes en el sector salud y documentadas por organizaciones como Profamilia (2020). Este estudio señala que junto con la edad y la pertenencia étnico-racial, también el nivel de ingresos, la discapacidad y la identidad de género generan necesidades específicas que deben atenderse para garantizar un aborto seguro (p. 2). En la misma línea, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2023) advierte que dichas barreras afectan de manera desproporcionada a las mujeres que residen fuera de la capital y se encuentran en situación de vulnerabilidad. A partir de este marco, el presente informe centra su atención en la discapacidad, categoría en la que pese a las garantías del orden jurídico persisten brechas de accesibilidad, ausencia de ajustes razonables y prácticas discriminatorias que limitan el acceso efectivo por parte de las mujeres con discapacidad a la IVE.

Lucero: *[...] también hay quienes deciden abortar en el sistema de salud y si bien en este momento hay una normatividad que es favorable, pues no quiere decir que ya no existan barreras en esos escenarios. Al contrario, son múltiples las barreras sociales e institucionales. Si bien tenemos las Sentencias y tenemos la Resolución del Ministerio de Salud, y hay cambios importantes y sustanciales, la realidad es que sigue habiendo un montón de estigmatización, de penalización social y no hay una garantía de acceso permanente.*

En este escenario también confluye el desconocimiento de diversas regulaciones, entre ellas la Resolución 1904 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social que establece

medidas para que las personas con discapacidad accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos a través de la provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que les permita tomar decisiones informadas. En palabras de los participantes:

Johanna: *Lo que veo es que hay muy poco conocimiento del marco normativo para profesionales de la salud en lo relacionado con la atención a personas con discapacidad. Por ejemplo, el conocimiento de la resolución de 1904 de 2017 es muy escasa, probablemente lo conocemos quienes trabajamos en temas de política pública o bueno quienes estamos un poquito más involucrados. La legislación está, pero no se implementa, no se realizan los ajustes necesarios [...]*

Oscar: *A veces estas normativas, estas regulaciones, estas resoluciones o la resolución que recientemente sale del Ministerio y nos da algunas directrices, pues creo que no se cumplen. Porque primero hay una desinformación del personal de salud porque no nos enseñan o no nos acercan a estos documentos.*

Además del desconocimiento normativo, se identifican trabas institucionales que burocratizan el acceso a los ajustes razonables, los cuales suelen activarse solo cuando median procesos administrativos de vigilancia y control. Esta situación desconoce la responsabilidad directa de los prestadores de servicios de salud de identificar, valorar y proveer de manera oficiosa los apoyos y ajustes necesarios para la toma de decisiones y la atención, sin supeditar su implementación a autorizaciones extraordinarias. Ello implica garantizar accesibilidad comunicacional y física, contar con protocolos claros, formar al talento humano y llevar registros que permitan su trazabilidad.

Oscar: *Cuando yo me traslado al otro sitio donde trabajo, que es el hospital o la red pública, ahí sí que no tenemos esos ajustes razonables, no tenemos esas ayudas que pudiéramos implementar. Y hasta que no llegue una orden directa y que le pida a esa institución implementar estos ajustes razonables, pues por supuesto nos vamos a demorar.*

Los escenarios aquí mencionados contrastan con lo expresado por las tres instituciones privadas prestadoras de servicios convocadas: Fundación Oriéntame, Fundación Unimédicos y Profamilia, quienes en diferentes niveles han adquirido un compromiso en brindar atenciones de IVE incorporando una perspectiva de discapacidad (Ver tabla 2).

Tabla 2. *Total servicios de IVE prestados a mujeres con discapacidad por prestadores de servicios privados (Colombia, 2020–2024)*

AÑO	ORIÉNTAME	UNIMÉDICOS	PROFAMILIA
2020	N/A[2]	1	30
2021	N/A	2	38
2022	N/A	1	41
2023	1	2	75
2024	2	1	50
TOTAL	**3**	**7**	**234**

Fuente: *Datos suministrados por Fundación Oriéntame, Fundación Unimédicos y Profamilia entre julio y agosto de 2025*

Fundación Oriéntame (comunicación personal, 04 de agosto de 2025) expresa que ha incorporado medidas de accesibilidad para distintas discapacidades: cuenta con consentimientos en Braille para personas con discapacidad visual, han usado el Centro de Relevo[3] para la mediación comunicativa con personas con discapacidad auditiva usuarias de la Lengua de Señas Colombiana (LSC), procesos en desarrollo para garantizar atenciones integrales y respetuosas de la autonomía en casos de discapacidad cognitiva y adecuaciones físicas como ascensores y rampas en sus sedes que facilitan la movilidad de personas usuarias de silla de ruedas.

Por su parte Fundación Unimédicos (comunicación personal, 5 de agosto de 2025) ha incorporado medidas de accesibilidad y acompañamiento en sus servicios orientadas a garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres y personas gestantes con discapacidad, entre las que se incluyen el acceso a acompañamiento psicosocial, la posibilidad de estar acompañadas por una persona de confianza y la orientación jurídica cuando esta sea requerida.

2 N/A No aplica cuando no hay registro

3 Servicio a cargo del Ministerio de las TIC que permite la comunicación bidireccional entre personas sordas y oyentes a través de una plataforma tecnológica que cuenta con intérpretes de Lengua de Señas Colombiana en línea.

Así mismo, Profamilia (comunicación personal, 25 de julio de 2025) expresa que como institución prestadora de servicios de salud, garantiza el cumplimiento estricto del marco jurídico colombiano, en particular la Resolución 1904 de 2017. En este sentido, su ruta de atención para la IVE incorpora un enfoque interseccional y de derechos que prioriza el consentimiento informado de las personas con discapacidad, asegurando apoyos y ajustes razonables que garanticen la primacía de su voluntad, incluso frente a desacuerdos de familiares o cuidadores.

Su modelo de atención se estructura en cinco momentos que buscan garantizar accesibilidad y respeto por la autonomía. Estos incluyen: el ingreso con orientación y herramientas accesibles, el reconocimiento y valoración de apoyos para la comunicación y la toma de decisiones, la provisión de dichos apoyos y ajustes razonables durante todo el proceso y finalmente, el consentimiento informado fundamentado en información clara sobre el procedimiento, sus beneficios, riesgos, alternativas y consecuencias. Con ello, Profamilia asegura que las personas con discapacidad ejerzan plenamente sus derechos sexuales y reproductivos, incluida la IVE, bajo condiciones de dignidad, autonomía y no discriminación.

Otro aspecto crítico en el acceso a servicios de IVE es su prestación en el nivel rural donde las barreras de acceso se intensifican y muchas mujeres se ven obligadas a enfrentar abortos en etapas gestacionales avanzadas, con los riesgos que ello implica para su vida y salud. En estas zonas rurales, las usuarias suelen ingresar con **mayor edad gestacional, enfrentan más remisiones y tiempos de atención más prolongados**, lo que amplifica las desigualdades frente al acceso oportuno. Además, esta situación se agrava por la precariedad en la formación del personal de salud en torno a la IVE, lo que se traduce en demoras, negaciones y en un trato que con frecuencia desconoce y vulnera los derechos sexuales y reproductivos. En contraste, **en los contextos urbanos suele haber mayor disponibilidad de prestadores y rutas de atención más claras,** lo que evidencia las brechas territoriales en el ejercicio efectivo del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.

> ***Johanna:*** *Yo creo que así como pasa en el resto de servicios, tenemos una inequidad de acceso importante a nivel rural, entonces si podemos vivir barreras en las grandes ciudades en donde en algunos lugares tenemos acceso y en otros no, pues esa situación de las barreras se incrementa en la ruralidad.*

> ***Karen:*** *Esta falta de acceso que comentan los compañeros también hace que estos embarazos no deseados pasen a un semestre superior y son varias de las experiencias que tenemos en la Fundación [Oriéntame] con tratamientos de segundo semestre que han llegado hasta este momento por las barreras impuestas por sus territorios.*

> ***David:*** *Definitivamente es importante que tengamos en cuenta que el Estado no llega a estas zonas rurales, no llegan las personas profesionales capacitadas, ni siquiera en atención de IVE pero tampoco en un enfoque de derechos y en una atención centrada en la persona. Y tampoco llegan los entes de control, entonces tampoco hay sanción y se está constantemente vulnerando los derechos de las personas en zonas rurales y se están revictimizando. Son personas que terminan con IVE gestacionales avanzadas que tienen que ser trasladadas a ciudades grandes para que se les pueda brindar el servicio... ¡si es que tienen la suerte y la fortuna de poder llegar!*

Esto se alinea con los hallazgos del estudio de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2025) que muestra nuevamente como persiste una brecha entre lo que establece la normativa y las condiciones reales para garantizar este derecho, especialmente en contextos territoriales. En esa línea se identifican asuntos como deficiencias en los sistemas de información, la escasa disponibilidad de prestadores de servicios de IVE sumada a las fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia que derivan en dilaciones y en el aumento de la edad gestacional, por mencionar algunos ejemplos.

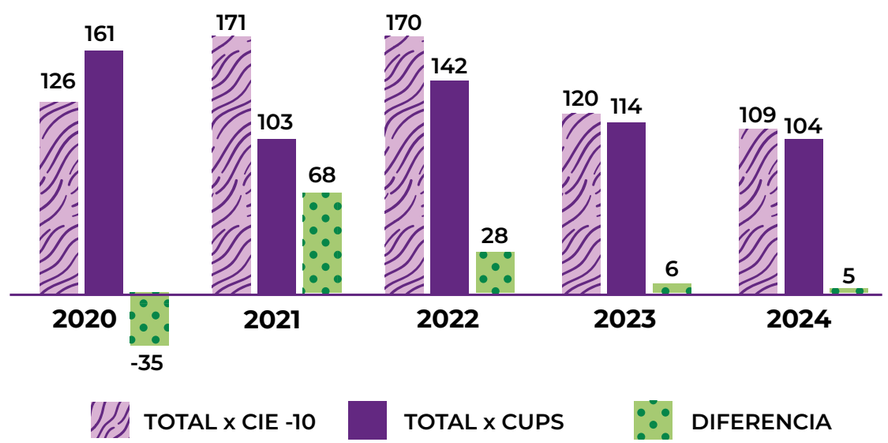
También es clave enunciar que, en cuanto al ámbito sociocultural, los imaginarios, percepciones y prejuicios juegan un papel determinante en la manera en que funcionarios y profesionales del sector salud actúan frente a la IVE en el territorio. El estudio de La Mesa (2025) también resalta que el estigma, la moralización y la influencia de creencias religiosas inciden directamente en la atención, profundizando las inequidades y configurando un ambiente social en el que la IVE continúa siendo un tema tabú.

Sistemas de recolección de datos sobre IVE

La información remitida por el Ministerio de Salud y Protección Social como respuesta a la solicitud de información elevada, supuso retos para el análisis. En primer lugar, los datos extraídos del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) reportada por

los prestadores de salud se consolida a través de dos filtros: (1) diagnóstico principal acorde a la Clasificación Internacional de la Enfermedad CIE-10 y (2) la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS). No obstante, al totalizar los datos se encuentran diferencias. La Ilustración 1 presenta los datos para cada filtro y la diferencia entre ambos para los años considerados:

Ilustración 1. *Total servicios de IVE prestados a mujeres con discapacidad, según Códigos CIE-10, CUPS y diferencial (Colombia, 2020-2024)*



Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos provistos por el Ministerio de Salud y Protección Social en consulta a la bodega de datos del SISPRO el 24 de junio de 2025.*

Estas diferencias no son exclusivas de los datos de discapacidad, sino que también se encuentran en los datos de acceso por parte de mujeres sin discapacidad según la información suministrada por el Ministerio. Dicha diferencia, da cuenta de una codificación imprecisa de acuerdo con el profesional médico consultado[4] y que puede explicarse por:

> *"Muy pocas instituciones codifican bien el proceso completo. A esto se suma que algunas IVE farmacológicas no se acompañan de un CUPS específico, en otras se mezclan atenciones posaborto o de complicaciones dentro del conteo de 'acceso'; y que persisten errores de codificación(por ejemplo, usar O04.9[5] en todas las etapas, o registrar como aborto espontáneo lo que fue una IVE)."*

4 *Concepto técnico David Zambrano - Fundación ESAR y Grupo Médico por el Derecho a Decidir (Comunicación personal, 15 de agosto de 2025).*

5 *Corresponde a Aborto médico completo o no especificado, sin complicación.*

Si bien los códigos O040 a O049 son útiles para medir el acceso a servicios de IVE, deben leerse con cautela pues pueden estar mezclando atenciones en el marco del acceso a estos servicios con atenciones posteriores por complicaciones por hemorragia o infecciones, entre otros.

En lo que concierne a la información presentada a través de los CUPS, el profesional consultado consideró que aquellos relacionados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su respuesta 695101 - Aspiración al vacío de útero para terminación del embarazo, 750101 - Legrado uterino obstétrico posparto o posaborto por dilatación y curetaje, 750105 - Legrado uterino obstétrico posparto o posaborto por aspiración al vacío, 750201- Dilatación y legrado para terminación del embarazo, 750303 - Evacuación uterina para terminación del embarazo por otros métodos, 751201 - Amnioreducción (reducción fetal, procedimiento terapéutico) y 753733 - Punción fetal:

> *"No son suficientes y debe también contemplarse el código 750302, Evacuación uterina para terminación del embarazo por aspiración al vacío. Además, el código 750105 suele reflejar el manejo posaborto y no el acto de terminación de la IVE" (Comunicación personal, 15 de agosto de 2025).*

De otro lado, siendo que una de las causales aceptadas para el acceso a servicios de IVE es la violencia sexual, los RIPS no son una base suficiente para medir el acceso por dicha causal. En tal caso, se debe acceder a los datos de la Ficha de Salud Pública SIVIGILA para medir la magnitud de las solicitudes en tal circunstancia.

Finalmente, cabe mencionar que frente a la desagregación estadística solicitada no se hizo entrega de dos elementos: en primer lugar, la distinción entre procedimientos farmacológicos y no farmacológicos. En la práctica el código más utilizado es el 750303, evacuación uterina para terminación del embarazo por otros métodos, pero éste también es usado para el método de dilatación y evacuación (D&E). Sin embargo, algunas instituciones usan los códigos CIE-0 O040 a O049 y dejan en el registro los medicamentos. Por tanto, a la hora de interpretar el método a través del cual se gestionó la IVE, no es posible hacer una distinción tajante entre farmacológico y no farmacológico sin que se posean otros datos o haya un mayor nivel de desagregación. En segundo lugar, no se entregó información sobre las semanas de gestación ya que es un dato que pertenece a la historia clínica y no algo requerido en la base RIPS.

Formación en discapacidad para profesionales de la salud

Como se mencionó antes, una de las principales brechas en la atención de la IVE a personas con discapacidad está relacionada con la falta de capacitación del personal de salud quien carece de conocimientos normativos, de herramientas para implementar accesibilidad y de formación para ofrecer un trato digno y respetuoso a esta población. Esta ausencia de preparación no es únicamente un problema de actualización profesional, sino que se origina desde las bases mismas de la formación universitaria en ciencias de la salud donde no se incluyen contenidos suficientes ni prácticos para garantizar una atención adecuada a las personas con discapacidad:

> ***David:*** *[...] definitivamente la formación en salud, específicamente en mi caso del pregrado en Medicina, el único acercamiento que tiene uno, y ni siquiera hablar de IVE sino de cualquier atención en salud para personas con discapacidad, es lo que uno alcanza a ver en materias como neurología. [...] Y la atención específicamente de interrupción voluntaria del embarazo para personas con discapacidad pues claramente tiene que estar basada en un enfoque de derechos, en un respeto a la autonomía, a la igualdad y a la no discriminación. Y claramente de eso carecen los programas formativos en ciencias de la salud y no solamente en Colombia sino en Latinoamérica, no sé por fuera de la región, pero definitivamente es una constante.*

> ***Oscar:*** *Desde la formación pues más difícil aún, porque en las Facultades de Medicina o en las Facultades de Ciencias de la Salud no nos ponen de frente esta problemática y no nos ponen de frente a estas atenciones. Simplemente nos enseñan a hacer atenciones universales y creemos que todas las personas las debemos manejar de la misma manera. [...] Y no tenemos en cuenta que para ciertas poblaciones y, especialmente para las personas con discapacidad, la posibilidad e importancia de tener esos ajustes razonables [es fundamental] para que nos puedan comprender la información, podamos asesorarlas con facilidad y que puedan tomar decisiones basadas en principios de autonomía.*

> ***Julio Cesar:*** *Porque estoy totalmente de acuerdo con el doctor Zambrano uno nunca ha tenido una formación suficiente, mínima o por lo menos adecuada para manejar la comunicación, la interpretación y poder establecer un diálogo adecuado con las personas [con discapacidad] y poder garantizar sus derechos y lo que ellos realmente desean.*

> ***Johanna:*** *No recibí capacitación ni cuando me formaba como enfermera. Creo que hay algunos docentes que intentan abordar esos temas, pero no hay unos mecanismos de capacitación estructurados [...] Además creo que lo que uno aprende cuando se está formando son malas prácticas, uno aprende como no debe hacer las cosas, uno se da cuenta después [cuando] ya se empieza a trabajar en todo el tema de derechos.*

En conjunto, estas voces revelan que la falta de enfoque en discapacidad y de formación en derechos sexuales y reproductivos durante la formación profesional no solo reproduce prácticas inadecuadas y discriminatorias, sino que además profundiza las brechas en el acceso a la IVE. En lugar de preparar a los futuros profesionales para garantizar una atención centrada en la persona y ajustada a sus necesidades, los sistemas educativos siguen reforzando modelos de atención homogeneizantes y desactualizados que intencionalmente desconocen las condiciones que deben garantizarse en la atención de poblaciones históricamente marginadas, como las personas con discapacidad.

Como lo expresa Women Enabled International (2020), el acceso a información imparcial, accesible y basada en la evidencia resulta fundamental para garantizar la autonomía reproductiva, pues la manera en que se transmite puede influir profundamente en las decisiones de una persona embarazada sobre todo cuando está mediada por estigmas en torno a la discapacidad o al aborto. Para evitar sesgos y discriminación, el personal de salud debe estar capacitado para brindar información con enfoque de derechos y respeto por la autonomía, asegurando su accesibilidad a través de formatos alternativos como lectura fácil, lenguaje sencillo o interpretación en lengua de señas.

En esta misma línea, se evidencian algunos esfuerzos por parte de instituciones prestadoras de servicios de salud privadas que han comenzado a incorporar procesos formativos orientados a garantizar una atención más adecuada en los servicios de IVE para personas con discapacidad.

> ***Luis:*** *En Fundación Unimédicos tan pronto ingresa un nuevo profesional, un nuevo equipo, se le hace la inducción súper enfocado en derechos sexuales y reproductivos y pues ahí se derivan las dos ramas que es anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo. Entonces, todo lo que es el equipo legal y los profesionales como los médicos, que han tenido la experiencia de atender a una persona con discapacidad se encargan de luego dar una capacitación justamente para eso.*

> ***Oscar:*** *Oriéntame es una institución que ha trabajado un poco en este tema. Yo siento que aunque ya hemos adquirido mucha experiencia aunque todavía seguimos mirando como poder atender a las personas con discapacidad. Obviamente hay algunas situaciones que tenemos ya instauradas en la Fundación Oriéntame para que las personas puedan tener atenciones con humanización, con calidez y con claridad frente a esos ajustes razonables [...]*

Estas experiencias reflejan que, si bien existen avances institucionales en la formación y sensibilización del personal de salud, los procesos aún son incipientes y requieren consolidarse como prácticas estructurales y sostenidas en todo el sistema para garantizar la plena accesibilidad y las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.

Prácticas en la atención servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo

Enfoques para la atención servicios de IVE

Uno de los hallazgos en esta investigación es la persistencia de un enfoque médico paternalista en la atención de la IVE que se traduce en la infantilización de las personas consultantes y en la imposición de juicios morales sobre sus decisiones reproductivas. Bajo esta lógica, el personal de salud asume una posición de poder que subordina a las personas con discapacidad, limitando su autonomía y condicionando el ejercicio de sus derechos a valoraciones externas sobre lo que consideran “responsable” o “justificado”. Esta dinámica se refleja en los siguientes testimonios:

David: *[...] esto se resume en un gran problemática y es el paternalismo en la medicina y es que terminamos infantilizando a las personas que son nuestras consultantes, pues empezando desde el término paciente. Es un término que definitivamente tiene una connotación de subordinación y en un ejercicio de poder de un profesional de la salud versus una persona que está consultando. Al llamarlo paciente pues ya lo estoy subordinando y que tiene que ser paciente con lo que yo le estoy recomendando o imponiendo para su proyecto de vida y su salud.*

Mujer con discapacidad: *El médico trató de persuadirme para no practicarme el aborto.*

Mujer con discapacidad: *En un contexto médico se me ha dicho que la IVE para mi es justificado porque de lo contrario sería "irresponsable".*

Frente a estas prácticas paternalistas, también emergen voces dentro del personal de salud que subrayan la importancia de garantizar un enfoque de derechos y, por tanto, de respetar la autonomía y dignidad de personas con discapacidad en la toma de decisiones frente a la IVE.

Oscar: *Cumpliendo por supuesto el mandamiento de la Constitución en donde las personas tienen dignidad, tiene libertad de decisión y expresión y, por lo tanto, pueden elegir los tratamientos, procedimientos y atenciones que se van a hacer sobre su cuerpo.*

Un verdadero enfoque de derechos en la atención en salud reproductiva requiere reconocer que la autonomía sólo puede ejercerse en condiciones de equidad, lo que implica garantizar la accesibilidad y realizar ajustes razonables de acuerdo con las necesidades de cada persona. Esto supone adaptar los entornos físicos para que resulten cómodos, así como abrir espacios de diálogo donde se indague directamente qué apoyos son necesarios de modo que la atención se ofrezca de manera inclusiva y respetuosa de la diversidad de las personas gestantes con discapacidad.

Luis: *Entonces, [revisamos] que hay que [hacer para que la persona] se sienta totalmente cómoda. Si vemos que de pronto está incómoda, puedes preguntar si podemos mejorar el ambiente, si debemos de pronto apagar las luces o si hay de pronto hay mucho ruido pasarla a un lugar donde haya mayor silencio. Porque hay algunas de ellas que tienen demasiada incomodidad con lo sensorial.*

David: *Y pues hablando específicamente de las personas con discapacidad es tomarme la molestia de preguntar: ¿qué necesita?, ¿qué puedo hacer con las pocas herramientas que tengo y la ignorancia que tengo?, ¿qué puedo hacer para que la atención sea más inclusiva y sea más integral? Y que si definitivamente yo no tengo las competencias, pues tengo que apoyarme con otras personas del equipo o tengo que buscar cómo. Hablando [tanto] de la atención pública como de la atención privada.*

Atención y reconocimiento de la autonomía

Una de las principales preocupaciones en el marco del goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad es la garantía de su capacidad jurídica para tomar decisiones libres e informadas sobre la atención en salud, incluidos tratamientos, la preservación de la fertilidad y la autonomía reproductiva (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2016). Sin embargo, en la práctica persisten tensiones que ponen en riesgo este principio: con frecuencia se desconoce la validez de la voluntad y el consentimiento de las personas con discapacidad, reproduciendo lógicas de sustitución en la toma de decisiones.

Organizaciones que brindan acompañamiento jurídico e información han señalado con preocupación cómo, a pesar de la eliminación de la figura de la interdicción en Colombia, en la práctica su lógica sigue operando donde familiares, acompañantes o, incluso, profesionales de la salud asumen un rol decisorio sobre los cuerpos y proyectos de vida de las personas con discapacidad. Esto no solo desconoce el marco jurídico vigente que reconoce el derecho a recibir apoyos cuando la persona con discapacidad así lo estime necesario, sino que perpetúa formas de sustitución de la voluntad especialmente en un ámbito tan sensible como el acceso a una IVE.

Lucero: *[...] una de las grandes preocupaciones es por la garantía de la autonomía de la persona, por ejemplo, en [casos] de malestares emocionales, de la neurodivergencia y demás, pues muchas veces intentan las personas que rodean o las personas que acompañan (su familia) tomar decisiones.*

Abogada de La Mesa: *Cuando hay una discapacidad recibimos preguntas constantes sobre la interdicción o la posibilidad de acompañamiento para los procesos de interdicción. La mayoría de las preguntas que recibimos tienen que ver acerca de la validez de la manifestación de la voluntad de las personas con discapacidad, sin ningún otro trámite requisito o adorno burocrático. Como qué necesito para que mi voluntad y mi consentimiento sea tomado en cuenta y tenga validez en el sistema de salud.*

Lucero: *Y en ese sentido la garantía de la autonomía es una de las necesidades fundamentales a pesar de que en este momento ya no exista la figura de la interdicción en Colombia. [Lo que sucede] en el imaginario colectivo, en el pensamiento de la mayoría de las personas, es que aún existe. Y que además de eso buscan distintas formas y caminos para aún tomar las decisiones y no como se supone que está regulado en este momento que es a través de las figuras de apoyo y cosas por el estilo.*

Esta sustitución de la voluntad de las personas con discapacidad por parte de familiares o profesionales de la salud se evidencia de manera particular en el acceso a la IVE. El imaginario social que infantiliza a estas personas refuerza la idea de que no son capaces de comprender los procedimientos ni de tomar decisiones sobre su cuerpo, lo que genera temores y resistencias en el personal médico. En lugar de garantizar los apoyos y ajustes razonables necesarios para que puedan ejercer su autonomía, se privilegia la voz de familiares, tutores o acompañantes, reproduciendo dinámicas de dependencia que niegan en la práctica derechos fundamentales y el marco legal vigente.

David: *Ahora, no me quiero ni imaginar qué pasa con las personas con discapacidad donde definitivamente la infantilización es mucho mayor y, como nos decía Johanna, pues terminan las personas comunicándose directamente con las responsables o las personas que "sí me entienden" o las personas que vienen trayendo a esta persona. Casi como cosificando a la consultante que está buscando el servicio de salud.*

Oscar: *Entonces creo que allí si nos falta mucho trabajo para lograr atenciones con humanización, sin estigma y sin todas las cosas que a veces se asocian, porque como lo decía David creemos que son o infantilizamos a estas personas y creemos que no nos van a entender, creemos que nos toca es mejor hablar con el tutor o el acompañante para que tome la decisión. Porque de pronto tratar de hacernos comprender pues va a ser una atención mucho más larga, con mucha mayor dificultad y es preferible que el tutor nos de las respuestas o el acompañante nos de las respuestas.*

Johanna: *El tema es que en el sistema de salud tampoco se ha integrado la normativa, entonces "la fácil" es pedirle el concepto a la persona de apoyo. Y estamos utilizando esta figura de interdicción que además ya se eliminó, pero todavía se sigue utilizando como prestadores dentro del sistema.*

Luis: *[Porque] ella se podría hacer ilusiones con su embarazo o quisiera ser mamá, pero sus cuidadores en este caso, como vuelvo y lo menciono, atendemos población muy, muy vulnerable, [piensan] que si tienen para el transporte no tienen para el desayuno o para el almuerzo. Y pues la capacidad de razonamiento de sus cuidadores es interrumpamos [el embarazo] porque es que no tenemos ni la oportunidad o las garantías de poderle ofrecer una estabilidad a ella ¡Ahora un bebé! Entonces ahí es donde viene el mayor temor y ¿qué hacemos?, ¿cuál es la mejor decisión para ella?, ¿cómo podemos hacernos entender?*

En contraste con estas prácticas de infantilización, también se encuentran experiencias donde los equipos de salud buscan asegurar que las personas con discapacidad puedan tomar decisiones autónomas sobre la IVE. En estos casos se hacen esfuerzos por interpretar el contexto, la forma de comunicación y las preferencias de la persona para garantizar que su decisión sea libre y no esté condicionada por influencias externas. Este tipo de prácticas no solo dan cumplimiento a la normativa vigente, sino que, sobre todo, ponen en el centro a la persona gestante con discapacidad como sujeta de derechos, reafirmando que la autonomía y la libertad de decisión deben ser los principios rectores en la atención en salud sexual y reproductiva.

Julio Cesar: *Creo que la experiencia ha sido hacer la mejor interpretación tanto del contexto de la persona, como de siempre centrarnos en la persona con capacidades diferentes. Y apoyarnos técnicamente o apoyarnos en las acompañantes, cuidadores, familiares, que bueno... el conocerlas y el vivir con ellas pues les da algunas herramientas adicionales de interpretación y de comunicación para nosotros poder concluir realmente cuál es su decisión, y si su decisión no está sesgada, si su decisión está libre de cualquier influencia externa.*

Oscar: *Pero creo que hay unos retos que deben ser dentro de esas atenciones para poder cumplir con lo que la normativa nos pide en primera instancia [...] Y lo más importante es cumplirle a esa persona porque es quien tiene la necesidad y debemos dar todo de sí como profesionales de salud para que tomen las mejores decisiones, como lo dije inicialmente basadas en su propia autonomía y en su libertad de decisión.*

Luis: *Respecto al tutor siempre se pasan las personas totalmente solas y si en llegado caso el tutor pues manifiesta de que estas personas no tienen la capacidad de poder tomar alguna [decisión], pues debe estar demostrado legalmente para que las puedan acompañar. O ya si la persona no quiere acceder [sin su persona de apoyo], pues debemos comprender y pasarlas con su tutor legal.*

Atención y comunicación

Otro aspecto fundamental identificado es la comunicación en el marco de la atención en salud. Las personas participantes señalaron que, con frecuencia, el personal de salud evita atender a personas con discapacidad porque consideran que no cuentan con las herramientas necesarias para comunicarse con ellas, en especial en casos de discapacidades cognitivas y psicosociales. La principal preocupación radica en garantizar la comprensión efectiva de la información y en la capacidad de brindar apoyo o contención emocional durante la atención. Ante estas dificultades, en varios casos se ha optado por derivar la situación a otras especialidades como psiquiatría, neurología o psicología. Esta práctica refleja una falta de preparación del personal de salud en la atención inclusiva y limita el derecho de las personas con discapacidad a recibir una atención integral y directa.

Lo anterior coincide con lo señalado por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016) que advierte que a las mujeres con discapacidad se les puede denegar el acceso a la información y la comunicación en salud sobre la base de estereotipos nocivos. El Comité enfatiza que el acceso a la información en salud sexual y reproductiva debe incluir de manera plena y accesible temas como la IVE sin riesgo y la atención posterior.

David: *En la Fundación ESAR lo que hemos hecho es capacitar a otras personas profesionales de la salud en temáticas de salud sexual y reproductiva y nos hemos encontrado exactamente con la misma problemática y son profesionales de la salud que definitivamente evaden incluso la atención a personas con discapacidad. Porque no saben ni siquiera cómo comunicarse, no saben cómo brindar unos apoyos para poder mejorar la atención, no saben cómo tienen que garantizar que sus servicios de salud pues se adapten a las personas y no al contrario que sean las personas que terminen adaptándose a los servicios. Y casi que dicen: "si viene una persona con discapacidad que la atienda la psicóloga, la neuróloga o la psiquiatra [porque] yo no sé cómo atenderla", y se van.*

Johanna: *Creo que no es tan difícil, por ejemplo, con personas que tienen discapacidad visual o este tipo de discapacidades inclusive auditivas. Creo que la dificultad más grande está con discapacidades cognitivas,*

porque siempre está ahí la duda de lo que te digo, de si estoy haciendo lo necesario para que de verdad me entienda, si las herramientas que estoy utilizando son las adecuadas. Además que encuentras mayor dificultad en el entorno respecto a las personas con discapacidad cognitiva. Entonces probablemente no solamente sea una conversación con esa persona [con la que debas] hacer todos tus esfuerzos, sino también escuchar lo que tienen que decir, por ejemplo, las personas de apoyo, su red de apoyo, su familiar más cercano.

Oscar: *Por ejemplo, personas con alguna afectación en la salud mental como depresión (trastornos afectivos bipolares, esquizofrenia, etc) es un escenario supremamente difícil porque en el caso de la Subred [Centro-Oriente] siempre buscamos el apoyo del especialista que trata este tipo de afectaciones, psicología o psiquiatría. [...] Esa contención inicial es lo que nos genera la dificultad porque no sabemos cómo manejarla. Y entonces creo que el escenario más fácil es de pronto pedir la interconsulta y que nos ayuden.*

No obstante, también se encuentran experiencias positivas en las que a partir del contacto continuo con personas con discapacidad el personal de salud ha desarrollado herramientas para ofrecer una atención más adecuada y respetuosa de la autonomía corporal.

Julio Cesar: *[...] creo que solito uno va aprendiendo de las personas. Entonces yo trabajo siempre enfocado en la persona, [por eso] inicio la consulta solamente con ella y trato de quitar todos los sesgos externos iniciales de familiares o acompañantes. Hago las pausas necesarias, trato de interpretar reacciones. He aprendido mucho de ciertos detalles, significados, conceptos, explicaciones que voy a dar a diferentes personas.*

Este testimonio refleja cómo la práctica, la escucha activa y el esfuerzo por reconocer y trabajar con las características de cada paciente permiten construir un ejercicio clínico más humano, inclusivo y sensible a las necesidades específicas de las personas con discapacidad.

Atención y privacidad

A pesar de los avances normativos y constitucionales en Colombia, las mujeres con discapacidad continúan enfrentando múltiples vulneraciones a sus derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Una de las problemáticas más persistentes es la falta de garantías plenas al derecho a la privacidad y a la intimidad, tanto en la atención en salud en general, como de manera particular en los procesos de IVE. Con frecuencia se exige la presencia de familiares o acompañantes durante las consultas médicas, lo que limita la posibilidad de que las mujeres expresen libremente sus decisiones, inquietudes o experiencias, lo que constituye una forma de vulneración a su autonomía. Además, estas vulneraciones no se limitan a las barreras de acceso inicial, sino que se extienden durante la atención e incluso después de ella, con impactos que trascienden lo médico y afectan otras dimensiones de la vida de las mujeres como lo señala La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.

Abogada de La Mesa: *[...] pese a que Colombia tiene un marco constitucional legal, normativo, sanitario, pues sigue presentando barreras no solamente para acceder, sino barreras durante el acceso o después del acceso que significan violaciones a otros derechos humanos como la privacidad, la intimidad de la historia clínica, las posibilidades laborales luego de haber accedido o no a un aborto.*

Riesgo de prácticas violentas en la atención por motivos de discapacidad

Los diálogos con organizaciones que brindan acompañamiento jurídico o acompañamiento en abortos autogestionados muestran cómo los vacíos en una atención en salud adecuada ponen en riesgo a las personas con discapacidad gestantes, generando prácticas violentas y vulneraciones a sus derechos reproductivos. Estas violencias abarcan desde episodios de violencia gineco-obstétrica hasta formas de violencia psicológica, y se agravan cuando las personas enfrentan barreras estructurales que impiden el acceso efectivo a una IVE segura. La situación es aún más crítica en el caso de mujeres con discapacidades cognitivas y psicosociales, quienes con mayor frecuencia ven cuestionada su capacidad de decisión, lo que las expone a formas exacerbadas de violencia institucional y simbólica.

Estos hallazgos se articulan con lo que organizaciones de la región han documentado en casos emblemáticos, como el de Beatriz en El Salvador en el 2013, a quien se le negó un

aborto terapéutico a pesar de tener un embarazo de alto riesgo. Fue obligada a continuar hasta el parto, sufriendo violencia obstétrica y dando a luz a un bebé que murió pocas horas después. En este caso tampoco fue reconocido que el avance de su diagnóstico de lupus constituía en sí mismo una condición discapacitante, así como los efectos de haber llevado su embarazo a término teniendo que suspender su tratamiento causaron sobre su estado de salud.

Lucero: *Entonces ese elemento de la violencia ginecoobstétrica, de las violencias patriarcales pues es también una preocupación porque son recurrentes en este tipo de procesos y de acompañamientos ya sea porque el proceso de aborto surge en una situación de violencia de cualquier tipo, de violencia psicológica, de violencia física, de violencia patrimonial, no necesariamente tiene que ser violencia sexual. Pero, luego entonces en el marco, por ejemplo, del desarrollo del proceso en aborto pueden surgir otro tipo de violencia, esa por supuesto es otra preocupación.*

Lilo: *era una mujer con discapacidad múltiple en la que su mamá manifestaba que no sabía qué hacer. Era una mujer adulta mayor [y que ella expresaba] también que era la cuidadora principal de su hija. Y en ese sentido era muy fuerte porque cuando nos comunicábamos con el equipo psicosocial que atendió principalmente a ella, nos decía uno de los trabajadores sociales que cuando adecuaban el lenguaje y la comunicación con la mujer [con discapacidad] ella manifestaba que no quería continuar con el embarazo. Finalmente, obligan a la mujer a continuar con este embarazo. Este embarazo básicamente termina en un parto completamente deshumanizado porque ella llega a término con este embarazo por malformación fetal y por incompatibilidad con la vida extrauterina, y el feto nace muerto.*

Abogada de La Mesa: *Hemos recibido casos, como les decía, recordamos especialmente de una mujer que se refería a sí misma como con una condición de discapacidades múltiples. Ella tenía discapacidades cognitivas y físicas, pero tenía una muy buena comunicación con su red cercana. Y lo que recibía era barreras y dudas del sistema de salud y también violencias.*

Lilo: *[Frente a las discapacidades cognitivas y psicosociales] me parece que es una reflexión necesaria siendo como los casos justamente a los que se enfrentan a mayores tipos de violencias institucionales y simbólicas.*

Además, se evidencia que las violencias se extienden a prácticas que vulneran de manera directa la integridad personal y contravienen el derecho a la protección frente a la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes en clara intersección con los derechos sexuales y reproductivos. Entre estas prácticas en el marco de la prestación de servicios de IVE se mencionan las esterilizaciones forzadas y las malas praxis médicas, todas acciones que constituyen graves violaciones de derechos humanos. Como lo señala La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres:

Abogada de La Mesa: *Hemos encontrado incluso impactos en los derechos de salud reproductiva haciendo histerectomías o por efectos de la sobremedicalización o por mala praxis médica o por esterilidad forzada. Entonces, claro que los derechos siguen en juego por un lado pues por su vigencia, pero por otro lado siempre el sistema encuentra goles por donde hacer sentir el castigo sobre un derecho tan recientemente adquirido y pues que en su cumplimiento le da tantos golpes certeros al sistema".*

Mujer con discapacidad: *Siento que hay injusticias. Siento que hay represiones físicas y psicosociales. Hay un veto social frente a la sexualidad de las mujeres con discapacidad.*

Estos testimonios reflejan cómo, a pesar de los avances normativos, persiste un escenario donde los derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad son vulnerados sistemáticamente, reproduciendo formas de castigo y control que niegan su autonomía y profundizan la discriminación estructural.

Barreras presentes en los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo

Barreras físicas

El acceso a los servicios de salud en condiciones de igualdad sigue siendo un reto estructural para las personas con discapacidad, especialmente cuando se trata de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. No se trata solo de las exigencias institucionales que deslegitiman su capacidad de decisión, sino también de la ausencia de condiciones físicas básicas en hospitales y clínicas, como infraestructura accesible, camillas adaptadas o mobiliario médico adecuado. Estas barreras constituyen una forma de discriminación que impide materializar el derecho a la IVE y generan una exclusión sistemática en el acceso a la atención en salud. Como lo señala la participante:

Lucero: *[Y] me imagino la cantidad de barreras diciéndole cómo: "No, ¿dónde está su tutor', ¿dónde está la persona responsable?". Pero en términos de la infraestructura pues también faltan años luz para que realmente las entidades prestadoras de salud tengan lo necesario alrededor de las garantías para el acceso, para el solo hecho de acceder, de entrar al berraco hospital o a la clínica.*

Barreras en la información y comunicación

La accesibilidad en la comunicación y la información constituye una de las principales deudas del sistema de salud con las personas con discapacidad. El uso de un lenguaje excesivamente técnico, la ausencia de materiales accesibles (lectura fácil, audiodescripción, contenidos compatibles con tecnologías de apoyo, videos o comunicación a través de servicios de interpretación en Lengua de Señas Colombiana) y la falta de protocolos claros para orientar la interacción con esta población hacen que los servicios resulten inaccesibles y que se vulneren derechos como el acceso a la información y la comunicación en conexión con el derecho a la IVE. Estas barreras generan experiencias de exclusión que refuerzan la desigualdad y profundizan la discriminación estructural.

Mujer con discapacidad: *La barrera para mí es que la Ley está hecha sólo para abogados.*

Laura Torres Betancourt: *Creo que hay muchos retos también en general. Digamos que el uso del lenguaje es uno de ellos.*

Johanna: *Sin embargo, inclusive en esa organización que era tan sensible a derechos no había protocolos claros de atención a personas con discapacidad, o sea como que se abordaban había alguna charla, como que hablamos: "¡claro las personas con discapacidad tienen derecho!". Pero, por ejemplo, no había cartillas específicas para personas con algún tipo de discapacidad, así que tú hacías lo que podías, pues con lo que con la sensibilidad que tenías y con las herramientas que vas a adquirir en otros lugares o en otras conferencias.*

Karen: *Con respecto a lo que tú manifiestas efectivamente siempre hay un temor de generar una acción con daño y a veces dentro de esas herramientas que permitan la acción de cuidado también se busca cómo acudir a quien puede hacerlo, entonces [puedo buscar] quien me acompañe, [como] la psicóloga o la persona que maneja una comunicación diferente. Aunque el acercamiento al enfoque de género, al enfoque diferencial es constante dentro de la organización, sí permanece el temor hacia las herramientas con las que yo cuento para poder acercarme a una persona que tiene una diversidad funcional, una discapacidad y es muy generalizado.*

Frente a este vacío institucional, las organizaciones sociales y feministas que brindan acompañamiento jurídico o para el aborto autogestionado han reconocido la importancia de replantear sus propias prácticas comunicativas. Si bien han hecho avances significativos, persisten retos importantes en garantizar que la información y los canales de atención sean accesibles a toda la diversidad de personas con discapacidad.

Yela: *Una de las cosas que nosotras, por ejemplo, más hemos identificado en la última asamblea regional es el tema del acceso a la información, en la que la mayoría de nuestras comunicaciones, la mayoría de nuestros flyers, cómics, publicaciones informativas que muchas veces guían y apoyan al acompañamiento de aborto no consideran a personas discas.*

Daniela: *Muy bien se mencionó al inicio y tiene que ver con que la manera en la que nosotros brindamos la información es a través de WhatsApp. Sin embargo, nosotras actualmente no recibimos llamadas telefónicas, ni permitimos la comunicación a través de audios y eso puede representar una barrera importante para personas [quiénes] el medio escrito no es el medio más idóneo para la comunicación con nosotras.*

En suma, mientras el sistema de salud mantiene prácticas que invisibilizan las necesidades comunicativas de las personas con discapacidad, las organizaciones acompañantes se enfrentan al desafío de construir estrategias más inclusivas, sensibles y adaptadas. Esta falta de accesibilidad en la comunicación no solo es una barrera práctica, sino que constituye una forma de discriminación que restringe la autonomía y los derechos reproductivos.

Barreras actitudinales

En la investigación, las personas participantes señalaron diversas barreras, en particular de carácter actitudinal. Estas se agrupan principalmente bajo tres perspectivas: la eugenésica, la paternalista y la capacitista. Una de las más persistentes se relaciona con prejuicios de corte eugenésico que sostienen que las personas con discapacidad no deberían tener hijos, bajo la idea de que resulta "irresponsable" reproducir la discapacidad. Estos imaginarios generan un doble estándar frente a la IVE: mientras que a las mujeres sin discapacidad se les juzga y estigmatiza por decidir interrumpir un embarazo, en el caso de las mujeres con discapacidad se recomienda e incluso se justifica el aborto, muchas veces sin que medie su consentimiento. Ello puede derivar en prácticas coercitivas y en abortos no deseados ni consentidos.

Mujer con discapacidad: *El personal médico (cercano) me dice: "en el caso de las mujeres con discapacidad se justifica". Para mí esto no tiene coherencia, ¿por qué para mí está justificado mientras que se sataniza para otras mujeres?*

Mujer con discapacidad: *La gente le tiene miedo a la discapacidad. Y por eso justo se informa sobre el aborto, señalando la "irresponsabilidad" de reproducir la discapacidad.*

Mujer con discapacidad: *No entiendo las razones de abortar cuando es impuesto por un médico que cree que no es viable por ser una persona con discapacidad.*

Mujer con discapacidad: *Hace 2 años fui a consulta por un ovario y quería ligarme las trompas. Me dijeron en Mederi no se hacen ligaduras, ni abortos, ni vasectomías, pero por tener discapacidad lo aceptaron. Como una acción de "doble moral".*

Otro de los estereotipos más extendidos es la infantilización. Desde una mirada paternalista se considera que las mujeres con discapacidad son "niñas eternas" o personas excesivamente vulnerables que deben ser protegidas de su propia sexualidad. Esto se traduce en la negación de su derecho a recibir información adecuada y accesible sobre salud sexual y reproductiva, dificultando que puedan tomar decisiones autónomas y oportunas sobre sus cuerpos y proyectos de vida. En muchos casos, estas barreras familiares, sociales y del sistema de salud incrementan los riesgos de sufrir violencias cuando se busca acceder a una IVE.

Laura Torres Betancourt: *[...] ese prejuicio de considerar que las personas con discapacidad no tienen ni siquiera sexualidad, el deseo, por lo tanto entonces [no existen] embarazos no deseados y la decisión de abortar. Entonces creo que ese prejuicio sigue ahí [y] hace que entonces pensemos en que no es urgente incorporar estos saberes.*

Mujer con discapacidad: *En mi casa no se satanizó el tema, porque no creyeron que yo podía acceder a eso por cuenta de la infantilización.*

Mujer con discapacidad: *El aborto siempre lo vi como un juicio y señalamiento desde la infantilización y siempre diferí de esta perspectiva. Yo pienso en el aborto como la posibilidad del control sobre mi cuerpo y maternar desde la decisión.*

Abogada de La Mesa: *[...] hay un interés muy claro del Estado patriarcal capitalista principalmente en los cuerpos con discapacidad. Ellas encontraban por supuesto un interés o una barrera como maternal en el Estado. Como yo te materno y te tengo que proteger a ti que no tienes ni idea de lo que estás haciendo, solo sé yo.*

Finalmente, desde una lógica capacitista, se pone en duda la capacidad de las personas con discapacidad para tomar decisiones sobre su sexualidad y reproducción, en especial a las mujeres. Este prejuicio lleva al personal médico a considerar que deben ser los tutores, familiares o acompañantes quienes decidan, ignorando o sustituyendo su voluntad de la mujer con discapacidad. En otros casos se ejercen presiones directas para influir en sus decisiones, se brinda información sesgada o se niega el acceso a servicios de IVE bajo la premisa de que “no comprenden” las implicaciones. Estas actitudes refuerzan el estigma, promueven la deshumanización en la atención y perpetúan la exclusión.

Oscar: *Entonces creo que allí sí nos falta mucho trabajo para lograr atenciones con humanización, sin estigma y sin todas las cosas que a veces se asocian, porque como lo decía David creemos que son o infantilizamos a estas personas y creemos que no nos van a entender, creemos que nos toca es mejor hablar con el tutor o el acompañante para que tome la decisión.*

Johanna: *Creo que también faltan apuestas políticas más profundas desde las direcciones de los sistemas de salud para empezar a desmantelar todas estas creencias. Sí, creo que siempre hay temor de que no hagamos lo suficiente para que las personas tomen las decisiones basadas en información. Ese temor de si esa información sí de verdad está llegando.*

Mujer con discapacidad: *Los médicos creen que tienen el derecho a decidir sobre la sexualidad y la reproducción. O buscan influir en las familias sobre la decisión de la IVE porque son ellas quienes deberían tomar la decisión.*

En conjunto, estas experiencias y testimonios evidencian cómo los prejuicios eugenésicos, paternalistas y capacitistas configuran un entramado de barreras que restringen el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad. Más allá de casos aislados, se trata de prácticas sistemáticas que refuerzan la desigualdad y ponen en riesgo la autonomía y el consentimiento informado. El desafío es avanzar hacia un modelo de atención en salud que reconozca a las personas con discapacidad como sujetas de derechos, capaces de tomar decisiones libres sobre sus cuerpos y proyectos de vida, garantizando entornos libres de coerción, estigma y discriminación.

Barreras institucionales

Así mismo, las voces recogidas en la investigación reflejan cómo en la práctica el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad se encuentra mediado por un entramado de obstáculos burocráticos y sociales que limitan el ejercicio de su autonomía. Las organizaciones y acompañantes denuncian que en lugar de garantizar el cumplimiento de los derechos, el Estado y las instituciones de salud trasladan responsabilidades a terceros o generan procesos engorrosos que terminan por desincentivar o impedir el acceso oportuno a la atención de la IVE.

Abogada de la Mesa: *Por otro lado, encontramos unas respuestas muy frecuentes del Estado y es: “Pero, ¿eso no había organizaciones por allá de derechos humanos que le ayudan a usted con eso?”. [Y nosotras decimos:] “No Estado, eres tú el que recibe la plata y tú tienes que cumplir los derechos”.*

Lilo: *Ya mencionaron algunas de mis compañeras sobre cómo los procesos burocráticos también [implican] unas barreras sociales frente a lo que hablaba ahorita sobre esta sobreprotección limitante que recae finalmente en la restricción del acceso al derecho y el acceso al goce de la salud sexual y reproductiva.*

Lilo: *[...] a lo largo de la identificación de barreras nosotras nos hemos dado cuenta que el personal de salud sí incurre en múltiples barreras alrededor de este derecho y lo decimos porque uno de los acompañamientos que nosotras llegamos a tener como una posibilidad*

de llevar este caso en representación psicodurídica era uno que ya había pasado de una mujer en el municipio de Urrao que había querido acceder a su derecho al aborto hace 5 años aproximadamente y aquí el personal de salud lo que hizo fue llamar a las juntas médicas de revisión para la aprobación por el personal de salud y por auditores.

Johanna: *Entonces, si me encuentro que hay mucha dificultad y esta mirada de si tienes alguna discapacidad psicosocial eso no se atiende inmediatamente (como decía David y también lo decía Óscar) es lo que me diga el psiquiatra, si la puedo atender o si no. Entonces creo que si hay mucha dificultad en los otros prestadores, hay también temor. Y también hay como un tipo de infantilización de las decisiones de las personas con discapacidad psicosocial.*

Estos testimonios muestran que la burocratización excesiva no solo retrasa la atención en salud, sino que funciona como un mecanismo de exclusión. La exigencia de tutores, juntas médicas o valoraciones adicionales sin justificación deslegitima las decisiones de las personas con discapacidad y obstaculiza su derecho a interrumpir un embarazo. A ello se suman los procesos demorados por la negativa a brindar accesibilidad de manera directa, supeditándola a órdenes administrativas o a mecanismos de vigilancia y control que prolongan innecesariamente los trámites. Superar estas prácticas implica no solo ajustar los procedimientos institucionales para que sean inclusivos, sino también transformar las lógicas capacitistas que sostienen la idea de que las personas con discapacidad no pueden decidir por sí mismas.

Estrategias desplegadas por los actores no institucionales

Los testimonios de actores no gubernamentales evidencian que las personas con discapacidad sí buscan acompañamiento en el ejercicio de sus derechos reproductivos. Organizaciones como Jacarandas ha recibido solicitudes de información a través de canales como WhatsApp, principalmente sobre el acceso al aborto en etapas tempranas. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres ha resuelto consultas sobre las rutas y la normatividad aplicable en casos de discapacidad. De manera similar, el colectivo de aborto autogestionado Las Parceras ha identificado requerimientos de mujeres con discapacidad que buscan información clara, acompañamiento cercano y orientaciones para llevar a cabo

de manera segura un aborto autogestionado. Estos acercamientos muestran que, aunque la demanda de apoyo jurídico directo o acompañamiento a aborto autogestionado no es mayoritaria, sí existe un interés creciente por contar con alternativas confiables, accesibles y respetuosas de la autonomía de las mujeres con discapacidad y que fortalezcan su acceso a la IVE desde un enfoque de derechos.

Enfoque para el acompañamiento

En los relatos de las organizaciones, colectivas y redes que acompañan procesos de aborto tanto desde lo jurídico como desde la información, emerge un esfuerzo consciente por reconocer y transformar las prácticas hacia personas con discapacidad que se han acercado a ellas. Las voces muestran cómo estas organizaciones buscan no solo garantizar un acompañamiento feminista y/o diferencial, sino también avanzar hacia perspectivas anticapacitistas y anticuerdistas que les permitan responder a la diversidad de experiencias y necesidades de las personas con discapacidad. Varias participantes señalan:

Yela: *Lo que hemos tenido el último año es un acercamiento y el reconocimiento también de las prácticas cuerdistas y capacitistas en el acompañamiento, las estrategias de accesibilidad para hacer los acompañamientos y el capacitismo como un sistema de opresión que está directamente relacionado con el capitalismo y con el sistema de producción.*

Laura Torres Betancourt: *Dentro de los enfoques que nos interesa trabajar y desde el cual nos nombramos también es desde el enfoque antirracista y nos encantaría tener también todos los argumentos y trabajo diario y práctico también para enunciarnos contracapacitistas.*

Lilo: *Desde la colectiva Justicia Mujer por supuesto que caminamos también a un acompañamiento de aborto que tenga un enfoque completamente diferencial, que tenga incorporados los enfoques feministas que por supuesto tengan una perspectiva y una mirada anticapacitista y creo que esto es muy importante mencionarlo.*

Los testimonios también reflejan una preocupación por empezar a transformar los modos en que se realizan los acompañamientos, reconociendo que la inclusión de las personas con discapacidad requiere ajustes específicos en la práctica. Esto implica reconsiderar los protocolos establecidos, flexibilizar principios como la confidencialidad cuando la participación de redes de apoyo, asistentes personales o cuidadores resulta necesaria, y asumir que todavía existe una deuda en la construcción de rutas adecuadas para garantizar acompañamientos más sensibles y accesibles. Estas colectivas han empezado a diseñar mecanismos de registro y seguimiento que permitan identificar barreras particulares que enfrentan las personas con discapacidad, avanzando hacia una práctica que reconozca las diferencias.

Yela: *Como mencionaba también [Lucero] y la importancia también de muchas veces dentro del acompañamiento como que decimos confidencialidad y hablamos solamente con la persona que aborta, pero en ocasiones en situaciones de acompañamiento con personas discas también hay que tener una apertura a reconocer la red de apoyo o la asistencia de cuidadores.*

Laura Torres Betancourt: *Y dentro de esos, pues en efecto más que protocolo, un punto adicional pues es una deuda también desde la colectividad [de tener] muchísimo más énfasis y tratamiento de manera adecuada de personas con discapacidad que se acerquen a nosotras.*

Laura Munárriz Awad: *Además también estamos implementando como una nueva estrategia y es que en el primer seguimiento que se le hace a las personas que acuden a nosotras en busca de información, pues vamos a tener preguntas y categorías especiales para cuando la persona nos indica que es una persona con discapacidad y [poder] identificar barreras que surjan de su condición. Entonces pues eso también lo queremos implementar.*

Junto con las apuestas y transformaciones en curso las colectivas reconocen importantes desafíos que limitan la consolidación de un enfoque anticapacitista. En particular, existe una mayor dificultad y temor al acompañar a personas con discapacidades relacionadas

con la salud mental o el malestar emocional, en contraste con la relativa familiaridad frente a las discapacidades físicas. Esto refleja cómo la sociedad en general ha desarrollado más estrategias para lo que es visible y tangible, dejando rezagadas las respuestas a situaciones psicosociales. Por ello, se hace necesario que las redes de acompañamiento se formen, se preparen y generen protocolos que contemplen desde el primer contacto las necesidades específicas y los ajustes razonables que garanticen el acceso pleno al derecho.

Yela: *Ahora es mucho más complejo cuando se trata de una persona [con discapacidad], es mucho más denso la posibilidad de acceder al derecho y justamente por eso la importancia de que las redes también nos formemos y estemos preparadas para atender a personas discas también dentro de nuestros acompañamiento.[...] En nuestro caso, creo que por ejemplo, le tenemos a veces más miedo acompañar discapacidad relacionada al malestar emocional que al físico, porque digamos que en el físico tenemos [personas] quienes también están más cerca y nos pueden orientar, digamos que a veces es más resolvible, más intuitivo también.*

En conjunto, estos relatos evidencian un proceso en construcción: las colectivas de acompañamiento han empezado a identificar sus propias prácticas capacitistas y cuerdistas y, a partir de ello, buscan transformarlas en apuestas políticas y metodológicas anticapacitistas. Si bien han surgido iniciativas concretas para hacer los procesos más inclusivos, persisten retos estructurales, conceptuales y prácticos que demandan formación, intercambio de experiencias y la creación de protocolos accesibles y sensibles a la diversidad.

Acceso a la información y la comunicación

Las experiencias de las colectivas evidencian que la accesibilidad en la información y la comunicación se ha convertido en un eje central para garantizar un acompañamiento inclusivo en los procesos de aborto. Además de los ajustes individuales, se han empezado a consolidar enfoques colectivos que ponen en el centro la producción de materiales accesibles y diversificados, así como el diseño de estrategias comunicativas que no presupongan una única forma de interacción. Desde modelos de lectura fácil hasta el uso de formatos audiovisuales y contrastes visuales adecuados, las voces destacan que el acceso a la información es un derecho que debe estar garantizado desde el inicio de los procesos de acompañamiento.

Yela: *Una de las recomendaciones a las que llegamos en la última formación regional y como en los acuerdos de asamblea es la necesidad de que las redes hagamos modelos de lectura fácil, instructivos de aborto y que acordemos estrategias de comunicación previas al acompañamiento no dando por hecho que simplemente es una única forma de comunicarnos.*

Laura Munárriz Awad: *Las Cómplices creo que sí nos hemos dado estas conversaciones, sobre todo como desde [la] comunicación y gestión del conocimiento. Nos damos el espacio para pensar como intentar garantizar que la información y las interacciones sean accesibles para todas las personas y eso ligado desde el momento cero en el que pensamos la línea gráfica y cómo íbamos a producir contenido y cómo íbamos a priorizar qué tipo de letra, cuánto texto, si íbamos a tener las descripciones de las imágenes.*

Abogada de La Mesa: *Luego de eso buscar las capacitaciones o los contactos que nos permitan tener a nosotras la sensibilización y la información. Nos hemos capacitado en dos sentidos y nos hemos capacitado todo el equipo administrativo y el equipo jurídico. Después de esas conversaciones, reflexiones y capacitaciones pasamos a preguntarnos sobre la forma en la que teníamos disponible nuestra información y el acceso a nuestra página web.*

Daniela: *Y esto va muy de la mano con la estrategia de comunicaciones que maneja Jacarandas en las redes sociales, entonces también se han realizado a lo largo del tiempo diferentes ajustes para que no sólo la información de aborto, sino también todo el contenido que se hace desde redes en Jacarandas sea mucho más accesible ya sea con subtítulos, con textos alternativos, entre otras herramientas que estamos actualmente explorando para facilitar ese acceso.*

Lilo: *Creo que es muy importante señalar eso, que seguimos trabajando en la incorporación de unas formas de lenguaje propias para la comunicación con las múltiples personas que lleguen en búsqueda de nuestro acompañamiento entre esas mujeres y personas con discapacidad. También generar insumos, documentos, formatos accesibles que sean bien de lectura fácil o que tengan audio descriptivo o que tengan también un contraste visual adecuado. Creo que todas estas cosas siguen siendo también unos elementos de mejora para nosotras.*

En conjunto, estas iniciativas reflejan una apuesta política y práctica por democratizar el acceso a la información y reducir las barreras comunicativas que históricamente han afectado a las personas con discapacidad. La incorporación de diversas acciones son parte de un esfuerzo más amplio por transformar las dinámicas de comunicación y gestión del conocimiento dentro de las colectivas, redes u organizaciones. Si bien aún existen desafíos en cuanto a formación y recursos, los avances muestran un compromiso sostenido con la creación de entornos informativos más inclusivos para acompañar y garantizar el ejercicio pleno del derecho a acceder a servicios de IVE.

Seguimiento a la implementación efectiva

El papel de las organizaciones de acompañamiento jurídico sobre el acceso a la IVE incluye una labor clave de seguimiento, documentación y exigibilidad frente al sistema de salud y al Estado. Por ello, han asumido la tarea de rastrear la implementación efectiva de la normativa actual, no solo para evidenciar cómo se reproducen las barreras estructurales en el acceso a derechos, sino también para generar insumos que fortalezcan procesos de denuncia e incidencia política futura. Al hacerlo, cuestionan la falta de respuesta institucional adecuada a las personas con discapacidad en los servicios de IVE, lo que configura un incumplimiento sistemático de las obligaciones estatales.

Abogada de La Mesa: *Entonces nuestra apuesta siempre será documentar toda la vía administrativa con [tres] enfoques. El primero, es implementar todas las acciones dentro del sistema de salud y acompañar y acostumbrar al sistema de salud. La segunda es poder evidenciar al mismo sistema de salud sus fallas dentro de una ruta o dentro de la garantía y el cumplimiento de un derecho y de una obligación estatal.*

Y la tercera es poder documentar todo ese paso a paso que muestra la vulneración de derechos por parte del mismo Estado o su ineficacia, inoperancia o falta de voluntad para documentar nuestros casos de incidencia internacional habiendo agotado la vía del Estado.

Lucero: *Entonces me parece importante igual hacer ese énfasis de que si bien nosotras le apostamos a la autonomía, pues también pasan estas cosas en la institucionalidad que acompañamos, que conocemos, que nos ha tocado. Entonces hay que denunciar hospitales, poner quejas en la Superintendencia de salud, generar procedimientos administrativos, etcétera, porque siguen reproduciéndose esas barreras.*

Abogada de La Mesa: *Yo les quiero contar que, para mí, mi principal frustración es como la pared a la que llega el trámite administrativo que buscamos. Por ejemplo, en Superintendencia de Salud cuando documentamos suficientes casos como para decir: "la obligación del sistema de salud o el sector protección de disponer de los apoyos y ajustes razonables para los servicios de salud de personas con discapacidad no existe. No está la voluntad, ya le preguntamos a las EPS y es porque no quieren y esto nos respondieron". Entonces a la Superintendencia de Salud [le decimos]: "aquí le tenemos todo esto muy bien documentado para que usted siga su proceso administrativo". La Superintendencia dice: "ah bueno, tenga su número de radicado", [¡y ahí queda!].*

En conjunto, estas citas muestran que la documentación y el uso de vías administrativas se convierten en herramientas de resistencia y de presión frente a la ineficacia estatal. Aunque las organizaciones enfrentan frustraciones al encontrarse con respuestas superficiales o trámites que no se traducen en cambios concretos, su insistencia permite acumular evidencias que trascienden lo local y alimentan procesos de incidencia nacional e internacional. De esta manera se posicionan como actores fundamentales en la vigilancia de los compromisos normativos y en la denuncia de las brechas entre la ley y la práctica, abriendo caminos para que el derecho a la salud y a la IVE sea garantizado en condiciones de accesibilidad e igualdad para las personas con discapacidad.

Articulación con aliados

Las experiencias compartidas de las personas participantes destacan la importancia de articularse con organizaciones aliadas, en especial con aquellas que tienen un conocimiento acumulado en discapacidad y en la defensa de derechos. Para las colectivas de acompañamiento, esta articulación no solo fortalece sus capacidades técnicas y de incidencia, sino que también permite ofrecer respuestas mejor ajustadas a la diversidad de experiencias que enfrentan las personas con discapacidad en el acompañamiento para el acceso a la IVE y en procesos de aborto autogestionado. Además, estas alianzas funcionan como espacios de aprendizaje mutuo y como respaldo frente a la desconfianza en las respuestas estatales, aportan herramientas conceptuales, prácticas y legales que potencian la labor de acompañamiento.

Abogada de La Mesa: *Y como tenemos nuestra duda lógica de la experiencia del acompañamiento y de personas que han enfrentado históricamente las barreras también llamemos a una de nuestras organizaciones aliadas, porque no confiamos solamente en el panorama del Estado. Entonces intentamos trabajar estos casos en compañía de una organización aliada y de una entidad del Estado con esa competencia y documentarlo y reportarlo administrativamente para que nos sirva como cifra. Y estos son los casos en los que nos interesa acompañar hasta el final, sea cual sea la decisión o el resultado de la atención.*

Laura: *Entonces para eso tuvimos como una capacitación muy importante con ALCE [Abolición de Lógicas de Castigo y Encierro] en donde pues hablamos de todo este tema de ajustes, de discapacidad, de cómo nosotras podemos volvernos más accesibles en la atención, sobre todo en la atención por WhatsApp que es pues por donde nosotras realizamos todos los acompañamientos jurídicos o todo lo que se hace también de brindar información. [...] Entonces pues nosotras la idea es trabajar enfocadas en eso, en reconocer como cuáles son los sistemas de apoyos, cómo funcionan, el tema de la toma de decisiones. Pero mientras eso se da, pues lo ideal siempre es como apoyarnos en la colectividad y nunca dejar a una persona sin la ayuda, sin la atención. [...]Entonces pues reconocernos como comunidad que podemos pedirle ayuda a organizaciones que tienen más experiencia que nosotras en ciertos temas. Pues está bien y siento que es lo ideal.*

> ***Lucero:*** *A Polimorfas justamente las tenemos a ustedes [como referentes en este tema de discapacidad]. Digamos una posibilidad que a nosotras también nos ha funcionado alrededor de la construcción de conocimiento y de investigación, parte de que todas tenemos las mismas preguntas y no hay respuestas. [Entonces], es encontrarnos entre nosotras como acompañantes y decir: "bueno listo, entonces ante el tema de los medicamentos esto es lo que sabemos, esto es lo que hemos encontrado en relación a los efectos". Y si no lo sabemos ni lo hemos encontrado entonces qué creemos [que debemos hacer] a partir de las experiencias construidas, a partir de los protocolos, pero también de la sistematización de las experiencias que hemos acompañado.*

La articulación con organizaciones de personas con discapacidad resulta clave no solo para fortalecer las estrategias de acompañamiento, sino también para reconocer los saberes que éstas han construido desde la experiencia encarnada y el trabajo colectivo. Sus recorridos les permiten posicionar temas fundamentales que muchas veces no son visibles en los marcos institucionales, aportando miradas situadas sobre los apoyos necesarios, la toma de decisiones y las condiciones reales de accesibilidad. Además, es importante también reconocer que la defensa del derecho a la IVE debe ser colectiva, articulada y sostenida en el reconocimiento de saberes diversos que aseguren el acceso real y en igualdad de condiciones para todas las personas.

5. Recomendaciones

El alcance de esta investigación presentó algunas limitaciones que conviene considerar para futuros ejercicios. En primer lugar, no fue posible recolectar información con personal de instituciones prestadoras de servicios de salud del sector público, donde se presume que las barreras para el acceso a la IVE de personas con discapacidad pueden ser mayores y más profundas. En este sentido, se recomienda que futuras investigaciones incorporen estas instituciones con el fin de fortalecer el seguimiento y ampliar la comprensión sobre las dinámicas de acceso en dicho sector.

De igual manera, los hallazgos no profundizan en detalle las realidades territoriales. Es probable que en estas zonas se expresen barreras aún más significativas, atravesadas por condiciones sociales, culturales y geográficas particulares. Se sugiere, por tanto, el desarrollo de investigaciones con enfoque territorial que permitan identificar cómo se configuran estas desigualdades en distintas regiones del país.

Asimismo, resulta fundamental posicionar el tema en la agenda de las personas con discapacidad y de sus organizaciones representativas. Esto contribuiría a abrir diálogos informados así como desestigmatizar y transformar la forma en que se ha abordado la IVE en este grupo poblacional, promoviendo el reconocimiento de la autonomía como condición mínima indispensables para el ejercicio del derecho a la IVE y que requiere que se garanticen apoyos y ajustes conforme a lo establecido en la normatividad vigente.

En cuanto a los sistemas de información, es clave mejorar las herramientas disponibles de modo que se pueda medir la demanda no satisfecha (solicitudes, negaciones y motivos) y fortalecer estrategias de comunicación accesibles que permitan a las personas con discapacidad conocer y usar los canales de queja ante negaciones del servicio. Contar con estas evidencias hará posible un seguimiento más preciso y el diseño de políticas y programas que garanticen el ejercicio pleno de este derecho en condiciones de igualdad.

Por último, es fundamental establecer alianzas sólidas y permanentes con organizaciones de personas con discapacidad y colectivos que trabajan desde la experiencia directa en torno a la autonomía, los derechos reproductivos y la accesibilidad. Estas alianzas no deben limitarse a consultas ocasionales, sino consolidarse como espacios de participación en la formulación de lineamientos, protocolos de atención y materiales educativos sobre la IVE, en coherencia con lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad respecto al ejercicio de la participación. Un involucramiento activo de estas organizaciones permite que las estrategias incorporen enfoques anticapacitistas y anticuerdistas basados en la experiencia vivida. Esto favorece la identificación de ajustes razonables que podrían ser requeridos en los servicios, fortalece la pertinencia cultural y comunicativa de la información y contribuye a la generación de protocolos sensibles a la diversidad de necesidades de las personas con discapacidad.

6. Referencias

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016). *Observación general núm. 3 (2016), sobre las mujeres y las niñas con discapacidad*. [ONU]

Corte Constitucional de Colombia (2006) *Sentencia C-355 de 2006*. Bogotá, D.C. Magistrados Ponentes: Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández.

Corte Constitucional de Colombia (2008). *Sentencia T-946 de 2008*. Expediente: T-1927682. Bogotá, D.C. Magistrado Ponente: Jaime Córdoba Triviño.

Corte Constitucional de Colombia (2009). *Sentencia T-388 de 2009*. Expediente: T-1.569.183. Bogotá D.C. Magistrado Ponente: Humberto Antonio Sierra Porto.

Corte Constitucional de Colombia (2010). *Sentencia T-585 de 2010*. Expediente: T-2.597.513. Bogotá D.C. Magistrado Ponente: Humberto Antonio Sierra Porto.

Corte Constitucional de Colombia (2011) *Sentencia T-841 de 2011*. Expediente: T-3.130.813. Bogotá D.C. Magistrado Ponente: Humberto Antonio Sierra Porto.

Corte Constitucional de Colombia (2018) *Sentencia SU-096 de 2018*. Expediente: T-6.612.909. Bogotá, D.C. Magistrado Ponente: José Fernando Reyes Cuartas.

Corte Constitucional de Colombia (2022) *Sentencia C-055 de 2022*. Expediente: D-13.956. Magistrados Ponentes: Antonio José Lizarazo Ocampo y Alberto Rojas Ríos.

Corte Constitucional de Colombia (2024) *Sentencia T-402 de 2024*. Expediente: T-9.578.252. Magistrado Ponente: José Fernando Reyes Cuartas

Profamilia (2020) *Aborto seguro: Necesidades y oportunidades. Un análisis en tres ciudades de Colombia: Bucaramanga, Popayán y Tunja.*

La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2023). *Primer año del fallo histórico: ¿Cómo va la implementación de la sentencia Causa Justa (C-055 de 2022)?*

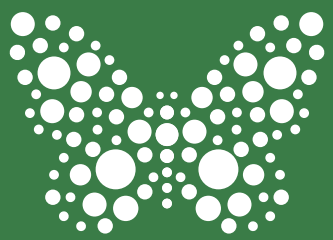
La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2025). *Barreras para la garantía de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Una propuesta de reclasificación.*

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2018). *Resolución 3280 de 2018.*

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2018). *Resolución 1904 de 2017.*

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2023). *Resolución 051 de 2023.*

Women Enabled International (2020). *Abortion and Disability: Towards an Intersectional Human Rights-Based Approach.*



CORPORACIÓN
POLIMORFAS