



capítulo 13

Aborto e
interrupción
voluntaria del
embarazo

13.1. Introducción

El aborto y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) son temas de gran relevancia en los ámbitos de la obstetricia, la salud pública, los derechos sexuales y reproductivos, y la ética médica. Se trata de un procedimiento que se realiza de forma habitual y frecuente en todo el mundo. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), seis de cada diez embarazos no planeados y tres de cada diez de todos los embarazos terminan en un aborto provocado. Cuando estos se llevan a cabo de manera segura y por profesionales idóneos, se reduce significativamente la probabilidad de que una mujer sufra complicaciones graves o incluso muera. Sin embargo, a nivel global, el 45,0 % de los abortos son inseguros y el 14,4 % se realizan en condiciones con alto riesgo de complicaciones (OMS, 2022a).

En aquellas naciones con leyes restrictivas sobre el aborto, la proporción de procedimientos inseguros es considerablemente mayor. Se estima que en los países en vías de desarrollo alrededor de siete millones de mujeres requieren atención médica por complicaciones derivadas de abortos realizados en condiciones inseguras, sin supervisión médica y con métodos peligrosos. Entre los principales factores que contribuyen al aborto inseguro se encuentran las restricciones legales, que obligan a muchas mujeres a recurrir a métodos clandestinos y peligrosos. En algunos territorios, la interrupción del embarazo solo está permitida en casos específicos, como riesgo para la vida de la mujer, violación o incesto. Incluso en lugares donde el aborto es legal, la falta de acceso a servicios de salud adecuados, la escasez de infraestructura y la insuficiencia de profesionales capacitados pueden generar condiciones inseguras para las mujeres (OMS, 2022a).

Las desigualdades socioeconómicas también desempeñan un papel importante en las consecuencias del aborto sobre las mujeres, teniendo en cuenta que aquellas de bajos recursos y las que viven en zonas rurales o remotas enfrentan mayores dificultades para acceder a servicios seguros. La falta de educación en derechos sexuales y reproductivos agrava esta problemática. Además, el estigma social alrededor del aborto sigue siendo una barrera en muchas culturas, lo

que provoca discriminación, rechazo, y falta de apoyo familiar y comunitario para las mujeres que optan por interrumpir un embarazo.

A nivel mundial, entre las regiones con mayores índices de aborto inseguro se encuentran África, América Latina, Asia y Pacífico, donde las restricciones legales y la limitada disponibilidad de servicios de salud contribuyen a altas tasas de procedimientos peligrosos. En contraste, en zonas de altos ingresos, donde el aborto es legal y accesible, los procedimientos suelen ser seguros y las tasas de mortalidad materna (MM) por aborto significativamente más bajas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó que entre 2010 y 2014 se realizaron aproximadamente 4,89 millones de abortos inseguros por año en las Américas, con una mortalidad materna atribuible cercana al 10,0 % (OPS y OMS, 2024).

En Colombia, las ENDS han permitido analizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en un contexto legal, social y cultural particular. Desde la despenalización parcial del aborto en 2006, ampliada en 2022 con la **Sentencia C-055** de la Corte Constitucional, el país ha experimentado avances en la regulación y la provisión de servicios de IVE. A pesar de estos cambios, aún persisten desafíos en la implementación de políticas, la garantía de un acceso oportuno y seguro, y en la eliminación del estigma asociado al procedimiento (Corte Constitucional de Colombia, 2006 y 2022; Bohórquez Monsalve, 2024).

La Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social establece directrices para la atención integral de la IVE, incluyendo consejería, consentimiento informado, realización del procedimiento y atención posaborto. La Resolución 051 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social refuerza este marco normativo y busca garantizar que las mujeres tengan acceso a servicios seguros y respetuosos, integrando las disposiciones de la **Sentencia C-055** de 2022, que permite la interrupción del embarazo por voluntad de la mujer hasta la semana 24, y de la **Sentencia C-355** de 2006, que establece causales específicas para su realización después de ese periodo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Según la OMS (2023), entre el 2015 y el 2019 la prevalencia global de embarazos no deseados por año fue de 121 millones, de los cuales el 61,0 % terminan en un aborto. De acuerdo con la ENDS 2015, aproximadamente el 49,5 % de los embarazos en Colombia fueron deseados, lo que implica que una proporción significativa de mujeres (50,5 %) enfrentó la decisión de continuar o interrumpir su gestación para ese periodo de análisis.

Estudiar la estimación de la ocurrencia y los determinantes que influyen en la prestación de servicios de salud a mujeres que optan por una IVE o cuya gestación termina en aborto es fundamental para comprender la magnitud del fenómeno y orientar políticas de salud pública que fortalezcan la educación, el acceso a servicios de IVE y las condiciones en las que se realiza el procedimiento. Garantizar estos aspectos puede contribuir a la reducción de la morbilidad materna y al ejercicio efectivo de los derechos reproductivos.

El marco normativo del aborto en Colombia, junto con la ruta de atención materno-perinatal, busca asegurar que las mujeres accedan a servicios de salud seguros y de calidad. Es esencial que los profesionales de la salud estén capacitados y sensibilizados en estos temas para brindar una atención integral y respetuosa. Esto no solo protege la salud de las mujeres, sino que también fortalece su autonomía y empoderamiento en el ejercicio de sus derechos reproductivos.

En este capítulo se describen la ocurrencia del aborto y de la IVE, las características sociodemográficas y algunos determinantes sociales que están relacionados con este fenómeno. El capítulo consta de cuatro temas: estimación de la ocurrencia, los conocimientos de la población encuestada, las características de acceso, las experiencias y barreras, y la red de apoyo a la mujer en las prácticas de la IVE. Se finaliza con las conclusiones y recomendaciones.

13.2. Objetivos

13.2.1. General

Analizar la ocurrencia de abortos espontáneos y abortos inducidos/interrupciones voluntarias del embarazo, caracterizándolos según variables sociodemográficas y determinantes sociales, así como explorar los conocimientos, experiencias, barreras de acceso, y la participación de mujeres y de hombres en el ejercicio del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.

13.2.2. Específicos

- Analizar la ocurrencia del aborto espontáneo y del aborto inducido/IVE en mujeres en edad fértil, considerando factores sociodemográficos y determinantes sociales.
- Identificar el nivel de conocimiento de la población sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, incluyendo las causales permitidas por la legislación vigente.
- Examinar las condiciones de acceso, experiencias y barreras que enfrentan las mujeres para obtener servicios de IVE en el sistema de salud.
- Explorar la participación de la pareja y la red de apoyo en la toma de decisiones y en el acompañamiento durante el proceso de aborto inducido o IVE.

13.3. Metodología

La ENDS 2025 recopila información representativa a nivel nacional sobre aspectos demográficos y de salud. La obtención de la información para este capítulo se ajusta a los principios generales de la encuesta presentados en el apartado de metodología general.

Este estudio se realizó utilizando la muestra maestra representativa del país para hombres y mujeres en seis regiones: Atlántica, Oriental, Bogotá, Central, Pacífica, y Orinoquía y Amazonía. Para la recolección de los datos se utilizaron los instrumentos de información de las viviendas, hogares y personas.

Los detalles metodológicos en cuanto al muestreo, proceso de recolección de datos, cálculos estadísticos, depuración y evaluación de calidad del dato, consideraciones éticas y de confidencialidad se describen en la sección inicial del libro.

El análisis estadístico se realizó siguiendo los lineamientos establecidos en el plan de análisis correspondiente al diseño de la fase I. Las variables de naturaleza cualitativa se presentaron por medio de tablas de frecuencias absolutas y porcentuales. Las tablas y gráficos estadísticos se analizaron según características seleccionadas, y distribuidas en grupos como edad, nivel de educación, quintil de riqueza y área geográfica de residencia. Las bases de datos y rutinas de procesamiento y análisis se realizaron en el **software** estadístico de distribución libre R (R Core Team, 2023).

La población considerada en este capítulo incluye mujeres y hombres en edad reproductiva (de 13 a 49 años para las mujeres y de 13 a 59 años para los hombres) que refirieron haber tenido relaciones sexuales, con un énfasis desde el 2006 cuando surge la despenalización parcial del aborto, y que fue ampliada en 2022 con la **Sentencia C-055** de la Corte Constitucional.

Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario estructurado estandarizado, adaptado al contexto local, que incluye preguntas relacionadas con la terminación de los tres últimos embarazos y el conocimiento de la normatividad sobre la IVE en Colombia. Esto último en cuanto a los derechos de acceso y uso de los servicios de salud, y en cuanto a la participación de la pareja en el proceso.

Para la escritura del capítulo, inicialmente se realizó revisión de la literatura y recolección de la evidencia con la ayuda de la Unidad de Evidencia y Deliberación (UNED), de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Luego de eliminar los archivos duplicados, el personal de la UNED encontró 1032 artículos, de los cuales se descartaron 954 mediante el tamizaje de títulos y resumen. Las 78 referencias restantes fueron revisadas en texto completo, de las cuales se excluyeron 24. La búsqueda en portales web y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales identificó 23 reportes, de los cuales se excluyeron cuatro.

Además, mediante revisión manual de referencias, se identificaron 18 reportes adicionales y la evidencia que se presenta proviene de 79 recursos bibliográficos.

El análisis del capítulo se hizo principalmente en el marco de los siguientes referentes normativos nacionales: PDSP 2022-2031, Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, y las sentencias de la Corte Constitucional del 2006 y 2022. De igual forma, entre los referentes internacionales se tuvieron en cuenta el documento de las directrices para la atención de aborto de la OMS (WHO, 2022b) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2016-2030.

Con los resultados obtenidos, el grupo de autores revisó la evidencia, la documentación bibliográfica, y las ENDS de 2010 y 2015, a partir de lo cual identificó herramientas clave para la escritura del capítulo en cada uno de los tópicos que se indagaron, utilizando el método índice y comparativo, y vertebrando el desarrollo de cada subtema según lo propuesto en los objetivos específicos. Además, se realizó la interpretación, discusión y comparación con la literatura, y con estadísticas reportadas en fuentes primarias y secundarias de la OPS y OMS, y del Ministerio de Salud y Protección Social.

Algunas limitaciones pueden ser los sesgos de recuerdo, especialmente en relación con eventos ocurridos al inicio del periodo de referencia, lo que podría afectar la precisión de los datos recopilados. A pesar de estos desafíos, la metodología empleada está orientada a garantizar que la información obtenida refleje de manera fiel la realidad del aborto y la IVE, proporcionando una base sólida para el desarrollo de políticas y programas orientados a mejorar el sistema de salud.

La ENDS 2025 mantuvo algunos indicadores propuestos en las ENDS previas, como los desarrollados para estimar la ocurrencia de la IVE y el aborto espontáneo, y los conocimientos acerca de la normatividad y de la legislación colombiana. De nuevo, se incluyó la pregunta de conocimiento de la despenalización del aborto hasta la semana 24, con base en la **Sentencia C-055** del 2022. Se eliminaron las preguntas de opinión acerca de las causales permitidas y se tuvieron en cuenta algunos indicadores no analizados previamente, como las

condiciones, barreras y experiencias en el acceso a los servicios de IVE. Además, se indagó por la red de apoyo, en especial la participación de la pareja en las prácticas de aborto inducido.

Al final del capítulo se realizan recomendaciones en términos de salud pública, metodológicas e investigativas para garantizar el derecho de las mujeres en el acceso a la IVE, contemplado en la normativa colombiana, y para el desarrollo de futuras ENDS.

13.4. Resultados

13.4.1. Ocurrencia de aborto espontáneo y aborto inducido/IVE como resultado del último embarazo de las mujeres en edad fértil

Medir la ocurrencia de abortos en el mundo ha sido difícil debido a que existe subreporte en los sistemas de información en salud, por diferentes causas. Adicionalmente, aún se practican abortos de forma insegura que no son notificados a los sistemas de salud. Este mismo fenómeno de subreporte se puede presentar en encuestas como las ENDS, debido a que es un tema sensible y que las personas tienden a limitar sus respuestas en estas temáticas.

Desde 2015, se mejoró el instrumento para que las personas encuestadas pudieran comprender mejor las preguntas y obtener unos mejores datos. De esta manera, en la ENDS 2015 y en la ENDS 2025 se preguntó por la forma de terminación del último, penúltimo y antepenúltimo embarazo, permitiendo una mejor comparación entre ambas.

En los datos arrojados por la ENDS 2015, la proporción de pérdida o aborto espontáneo fue de un 6,8 %, y para 2025, de 15,4 %. El porcentaje de interrupción/aborto inducido se ubicó en 1,1 % en la ENDS 2015 vs. 1,5 % en la ENDS 2025. El embarazo extrauterino se reportó en 1,7 % en ambas encuestas. La

muerte fetal o nacido muerto varió de 0,3 % en 2015 a 1,8 % en 2025. Los nacidos vivos fueron 90,4 % en 2015 vs. 79,6 % en 2025.

La Tabla 13.1. presenta los resultados de la distribución de la terminación del embarazo en las mujeres encuestadas de 13 a 49 años, agrupadas por regiones, subregiones y características sociodemográficas. Alrededor de un 79,6 % manifestaron haber tenido un hijo vivo y en un 18,6 % la terminación de la gestación fue diferente a nacido vivo (aborto espontáneo, interrupción/aborto inducido, muerte fetal y embarazo extrauterino).

Asimismo, la Tabla 13.1. también permite observar que las mujeres menores de 20 años, las no unidas, las de área urbana, con nivel de educación superior y las de índice de riqueza alto y más alto tuvieron las proporciones de IVE más elevadas, resultados similares a los reportados en la ENDS 2015.

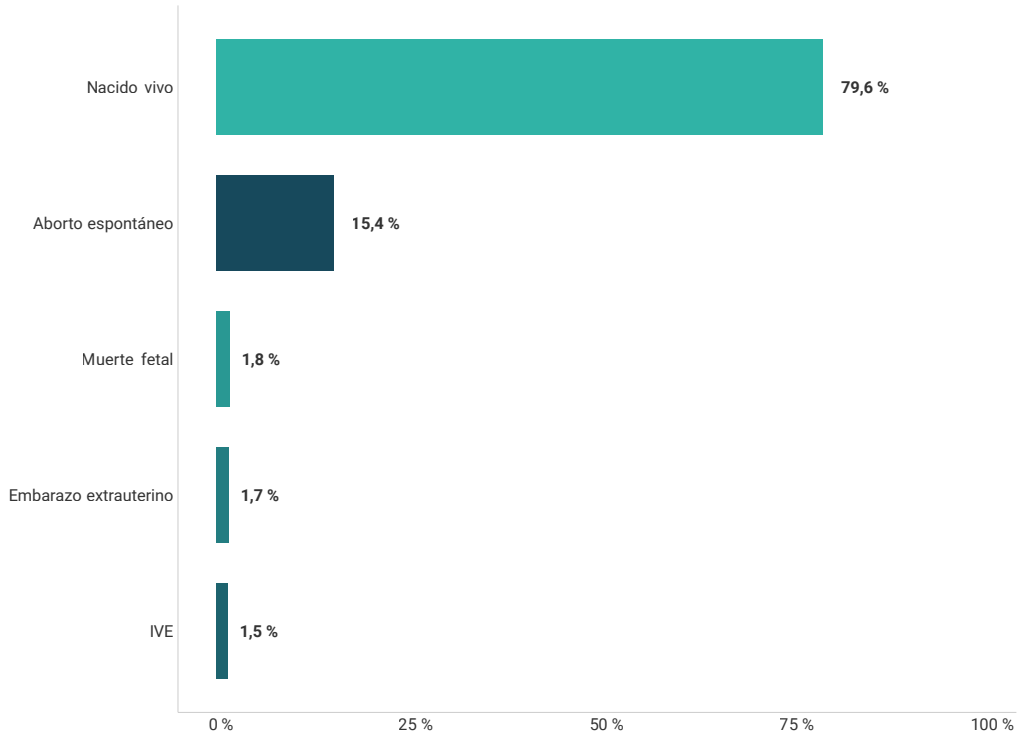
La región Central fue la que mayor proporción de interrupciones/aborto inducido presentó, con un 2,9 %; mientras la Atlántica fue la de menor proporción, con 0,9 %.

Tabla 13.1.
 Distribución porcentual de las mujeres de 13 a 49 años que estuvieron alguna vez embarazadas, por tipo de terminación del último embarazo, según características seleccionadas

Característica	Resultado del último embarazo					Población de mujeres alguna vez embarazadas
	Pérdida o aborto espontáneo	Aborto inducido	Embarazo extrauterino	Muerte fetal o nacido muerto	Normal	
Grupo de edad						
<20	13,7	1,8	0,6	0,8	83,1	115.253
20-34	14,0	1,4	1,3	1,8	81,5	1.997.479
35-49	16,7	1,6	2,1	1,9	77,7	2.240.890
Estado conyugal actual						
Actualmente unida	16,6	1,4	1,8	2,1	78,1	2.673.586
No unida	13,4	1,8	1,5	1,4	81,9	1.680.036
Zona						
Urbana	15,8	1,6	1,9	1,7	79,1	3.389.837
Rural	13,9	1,4	1,1	2,3	81,3	963.785
Región						
Atlántica	8,2	0,9	1,1	0,8	89,1	1.406.905
Oriental	21,2	1,4	1,4	2,0	74,1	725.140
Central	23,9	2,9	1,4	3,6	68,2	764.406
Bogotá	15,6	1,8	4,1	2,0	76,5	516.907
Pacífica	15,7	1,6	2,0	1,7	79,1	775.238
Orinoquía y Amazonía	9,2	1,1	0,8	1,9	87,0	165.028
Subregión						
La Guajira, Cesar, Magdalena	5,3	0,3	0,9	1,0	92,5	539.787
Barranquilla A. M.	4,7	1,5	1,6	1,0	91,1	227.886
Atlántico, San Andrés, Bolívar norte	6,9	1,2	0,8	0,0	91,0	325.969
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	17,0	1,0	1,1	1,0	79,9	313.263
Santanderes	22,7	1,3	1,5	3,2	71,2	288.163
Boyacá, Cundinamarca, Meta	20,2	1,4	1,3	1,3	75,9	436.976
Bogotá	15,6	1,8	4,1	2,0	76,5	516.907
Medellín A. M.	11,9	1,1	0,5	1,3	85,1	377.719
Antioquia sin Medellín	47,2	4,2	2,7	8,0	37,9	122.209
Caldas, Risaralda, Quindío	28,1	6,4	1,6	4,2	59,8	116.270
Tolima, Huila, Caquetá	32,1	3,6	2,4	5,2	56,7	148.208
Cali A. M.	16,0	2,2	2,5	2,0	77,4	220.172
Valle sin Cali ni Litoral	20,1	2,9	1,5	0,0	75,5	113.102
Cauca y Nariño sin Litoral	5,8	0,5	0,3	1,0	92,4	366.484
Litoral Pacífico	56,5	3,0	9,4	6,6	24,5	75.480
Orinoquía y Amazonía	9,2	1,1	0,8	1,9	87,0	165.028
Nivel educativo						
Sin educación	14,6	0,2	3,4	0,6	81,3	49.875
Primaria	16,5	1,1	1,3	2,6	78,5	1.223.714
Secundaria	13,0	1,5	1,7	1,5	82,4	1.845.787
Superior	17,8	2,2	2,0	1,6	76,4	1.234.247
Es o se reconoce como víctima del conflicto armado						
Sí	22,3	2,2	2,1	3,0	70,4	781.962
No	13,9	1,4	1,5	1,5	81,7	3.558.612
No sabe	8,3	0,0	18,5	10,1	63,1	13.048
Quintil de riqueza						
Más bajo	13,8	1,0	0,9	2,2	82,0	969.117
Bajo	16,3	1,6	1,4	2,3	78,4	894.779
Medio	15,1	1,3	2,4	1,8	79,4	894.549
Alto	14,2	1,4	1,6	1,6	81,1	878.122
Más alto	18,0	2,8	2,2	0,9	76,0	717.055
Nacional	15,4	1,5	1,7	1,8	79,6	4.353.622

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Gráfico 13.1.
 Porcentaje del tipo de terminación del último embarazo



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

La educación en derechos sexuales y reproductivos, sumada a las políticas menos restrictivas para al acceso a servicios de IVE, son estrategias que contribuyen a disminuir la mortalidad por aborto inseguro y las complicaciones derivadas del mismo. Sin embargo, la estigmatización del aborto, tanto en la comunidad como en los profesionales de la salud, conlleva a generar barreras de acceso a la IVE, como ocurre con la inequidad en el acceso a la educación, las dificultades geográficas y las creencias morales.

En la ENDS 2025 se indagó sobre la solicitud de IVE a partir del año 2006 por parte de mujeres en edad fértil (de 13 a 49 años) que han tenido relaciones sexuales. Según los resultados que se muestran en la Tabla 13.2., el porcentaje nacional de quienes solicitaron la IVE fue del 0,3 %. Este dato se mantuvo constante, sin diferencias significativas según el estado conyugal, y sin diferencias entre zonas urbanas y rurales.

A nivel regional, la Pacífica y la Central reportaron el porcentaje más alto de solicitudes de IVE, alcanzando el 0,4 %. Las demás regiones mostraron porcentajes de 0,2 %. En cuanto a las subregiones, se destacan Caldas, Risaralda y Quindío, con 1,0 %, mientras que otros territorios, como Boyacá, Cundinamarca, Meta, Cauca y Nariño sin el Litoral presentaron un porcentaje más bajo, de 0,1 %,

Un hallazgo particularmente relevante es el de las mujeres víctimas del conflicto armado, quienes reportaron haber recurrido a la IVE en un 0,5 %, en contraste con el 0,2 % observado en mujeres no víctimas. Además, en el grupo de adolescentes de 13 a 19 años que respondieron sobre si alguna vez solicitaron una IVE, se destaca una alta proporción de respuestas de “No sabe/No responde”. Este comportamiento es más frecuente en el rango de 13 a 14 años.

Las mujeres que más solicitaron la IVE fueron las de nivel educativo superior y las de nivel de riqueza medio y más alto, con un 0,4 %; sin embargo, las diferencias porcentuales son mínimas entre los diferentes grupos. El 98,4 % de las encuestadas no solicitó la IVE.

Tabla 13.2.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con vida sexual activa, según si solicitaron alguna vez un aborto inducido o la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en una institución de salud después del año 2006

Característica	Solicitó alguna vez un aborto inducido o la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en una institución de salud después del 2006			Población de mujeres de 13 a 49 que han tenido relaciones sexuales
	Sí	No	No sabe o no responde	
Grupo de edad				
13-14	0,0	89,4	10,6	62.888
15-19	0,0	98,0	2,0	929.305
20-24	0,2	98,7	1,1	1.900.482
25-29	0,4	98,9	0,7	2.129.961
30-34	0,4	98,3	1,3	2.046.433
35-39	0,1	98,6	1,3	1.851.087
40-44	0,4	98,6	1,1	2.135.220
45-49	0,3	97,8	1,9	1.183.104
Estado conyugal actual				
Actualmente unida	0,3	98,6	1,1	6.301.583
No unida	0,3	98,2	1,5	5.936.898
Zona				
Urbana	0,3	98,6	1,1	9.630.161
Rural	0,3	97,8	1,9	2.608.320
Región				
Atlántica	0,2	98,1	1,7	2.618.159
Oriental	0,2	99,1	0,7	2.278.520
Central	0,4	98,6	1,0	2.917.424
Bogotá	0,2	98,8	1,0	2.067.281
Pacífica	0,4	97,4	2,2	1.999.368
Orinoquia y Amazonía	0,2	98,7	1,1	357.729
Subregión				
La Guajira, Cesar, Magdalena	0,1	97,7	2,1	848.243
Barranquilla A. M.	0,5	99,2	0,4	497.590
Atlántico, San Andrés, Bolívar norte	0,0	99,8	0,1	495.522
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	0,3	96,7	3,0	776.803
Santanderes	0,4	98,9	0,7	928.950
Boyacá, Cundinamarca, Meta	0,1	99,2	0,7	1.349.569
Bogotá	0,2	98,8	1,0	2.067.281
Medellín A. M.	0,2	99,3	0,5	872.363
Antioquia sin Medellín	0,2	98,9	0,9	777.391
Caldas, Risaralda, Quindío	1,0	97,6	1,4	600.066
Tolima, Huila, Caquetá	0,4	98,2	1,4	667.605
Cali A. M.	0,5	96,0	3,5	569.263
Valle sin Cali ni Litoral	0,4	99,2	0,4	429.564
Cauca y Nariño sin Litoral	0,1	96,8	3,1	647.961
Litoral Pacífico	0,7	98,7	0,6	352.581
Orinoquia y Amazonía	0,2	98,7	1,1	357.729
Nivel educativo				
Sin educación	0,0	96,5	3,5	131.362
Primaria	0,3	97,6	2,1	2.893.446
Secundaria	0,2	98,5	1,3	4.955.367
Superior	0,4	99,0	0,6	4.258.306
Es o se reconoce como víctima del conflicto armado				
Sí	0,5	98,4	1,0	1.893.720
No	0,2	98,4	1,3	10.300.256
No sabe	0,0	97,6	2,4	44.504
Quintil de riqueza				
Más bajo	0,2	97,8	2,0	2.367.263
Bajo	0,3	98,4	1,3	2.339.573
Medio	0,3	98,4	1,3	2.382.635
Alto	0,3	98,6	1,1	2.612.598
Más alto	0,4	98,9	0,8	2.536.411
Nacional	0,3	98,4	1,3	12.238.481

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

El desconocimiento en cuanto al uso de métodos de planificación familiar por parte de las mujeres conlleva a una mayor tasa de embarazos no planeados ni deseados. Según la OMS (2022a), entre 2010 y 2014, la tasa global de embarazos no deseados por 1000 mujeres de 15 a 44 años fue de 62, y el porcentaje global de embarazos no deseados que terminaron en aborto fue del 56,0 %. Esta falta de información y conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos pueden convertirse en barreras y minimizar la posibilidad de acceso a una IVE cuando se presenta un embarazo no planeado.

La Tabla 13.3. muestra la solicitud de interrupciones del embarazo en mujeres que desconocían su derecho a la planificación familiar. En ese sentido, se observa que en el caso de mujeres menores de 14 años no se solicitó IVE, pero también hay un porcentaje alto de respuestas “No sabe/No responde” cuando se compara con los otros grupos etarios. A nivel nacional, la solicitud de la IVE en estas mujeres fue baja y solo el 0,2 % la solicitaron. La región Pacífica tuvo el porcentaje más alto, con un 0,9 %, al igual que la subregión Litoral Pacífico, con un 1,7 %.

Tabla 13.3.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años que desconocen su derecho a la planificación familiar, según si solicitaron alguna vez un aborto inducido o la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en una institución de salud después del año 2006

	Solicitó alguna vez un aborto inducido o interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en una institución de salud después del 2006			Población de mujeres que desconocen el derecho a la planificación familiar
	Sí	No	No sabe o no responde	
Grupo de edad				
13-14	0,0	82,2	17,8	32.723
15-19	0,0	96,1	3,9	257.927
20-24	0,2	97,2	2,6	392.640
25-29	0,1	97,6	2,4	423.122
30-34	0,2	96,3	3,4	418.277
35-39	0,0	97,6	2,4	392.753
40-44	0,4	97,4	2,2	465.299
45-49	0,7	93,6	5,8	253.526
Estado conyugal				
Actualmente unida	0,1	97,4	2,5	1.365.134
No unido	0,3	95,7	4,0	1.271.133
Zona				
Urbana	0,2	96,9	2,9	1.891.252
Rural	0,3	95,6	4,1	745.015
Región				
Atlántica	0,1	96,5	3,4	725.808
Oriental	0,1	98,2	1,7	365.715
Central	0,1	97,2	2,7	527.566
Bogotá	0,0	96,6	3,4	455.301
Pacífica	0,9	94,7	4,4	472.654
Orinoquía y Amazonia	0,0	96,6	3,4	89.223
Subregión				
La Guajira, Cesar, Magdalena	0,0	97,0	3,0	289.851
Barranquilla A. M.	0,4	98,9	0,7	172.059
Atlántico, San Andrés, Bolívar norte	0,0	99,7	0,3	120.385
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	0,3	89,7	10,0	143.513
Santanderes	0,0	97,3	2,7	117.928
Boyacá, Cundinamarca, Meta	0,1	98,6	1,3	247.787
Bogotá	0,0	96,6	3,4	455.301
Medellín A. M.	0,0	98,7	1,3	126.779
Antioquia sin Medellín	0,0	96,2	3,8	142.022
Caldas, Risaralda, Quindío	0,3	96,1	3,7	109.379
Tolima, Huila, Caquetá	0,0	97,7	2,3	149.386
Cali A. M.	0,8	91,6	7,6	103.679
Valle sin Cali ni Litoral	1,1	98,4	0,5	126.332
Cauca y Nariño sin Litoral	0,3	92,0	7,7	155.247
Litoral Pacífico	1,7	97,6	0,7	87.397
Orinoquía y Amazonia	0,0	96,6	3,4	89.223
Nivel educativo				
Sin educación	0,0	96,4	3,6	64.803
Primaria	0,2	95,5	4,3	858.441
Secundaria	0,1	96,9	3,0	1.083.723
Superior	0,4	97,6	2,1	629.301
Es o se reconoce como víctima				
Sí	0,6	97,0	2,4	349.689
No	0,2	96,5	3,3	2.272.560
No Sabe	0,0	92,3	7,7	14.018
Quintil de riqueza				
Más bajo	0,2	95,7	4,1	726.957
Bajo	0,4	96,9	2,8	538.353
Medio	0,2	96,5	3,4	476.787
Alto	0,0	96,4	3,6	448.747
Más alto	0,3	97,8	1,8	445.423
Nacional	0,2	96,6	3,2	2.636.267

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

13.4.2. Conocimiento de mujeres y hombres sobre el derecho y las causales permitidas para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia

A continuación, se presenta el nivel de conocimiento de las mujeres y de los hombres sobre el derecho a la IVE y las causales despenalizadas. Para ello, la información fue analizada a partir de dos preguntas: conocimiento general de la despenalización del aborto y el conocimiento específico de las causales. A las mujeres se les preguntó sobre el conocimiento de la nueva legislación de la **Sentencia C-055** del 2022. La Tabla 13.4. y la Tabla 13.6. muestran si los encuestados sabían que la IVE es legal en Colombia y si conocían todas, algunas o ninguna de las causales permitidas, o si tenían dudas al respecto. Aquellos que afirmaron que el aborto no está permitido en ningún caso evidencian un desconocimiento general del marco legal vigente, al igual que quienes manifestaron no saber que la IVE es legal en el país.

El menor nivel de conocimiento sobre la IVE se observa en adolescentes de 13 a 14 años, tanto en mujeres (66,2 %) como en hombres (73,2 %). En contraste, el grupo mejor informado corresponde a mujeres de 30 a 34 años, con un 30,0 % de conocimiento completo, y a hombres de 35 a 39 años, con un 32,3 %.

En cuanto al estado conyugal, el desconocimiento sobre la legalidad de la IVE es mayor entre quienes están en unión conyugal, alcanzando el 39,5 % en mujeres. En el caso de los hombres, el porcentaje entre unidos y no unidos es muy similar (46,5 % y 46,6 %, respectivamente).

A nivel geográfico, las zonas rurales presentan las tasas más altas de desconocimiento: 49,6 % en mujeres y 59,0 % en hombres. Entre las subregiones, aquella conformada por La Guajira, Cesar y Magdalena registra el mayor desconocimiento entre mujeres, con un 54,8 %. En hombres, esa misma subregión muestra un porcentaje de 67,9 %. En contraste, Bogotá es la región con el mayor nivel de conocimiento sobre todas las causales, con un 41,8 % de mujeres y un 42,6 % de hombres.

Las mujeres y los hombres víctimas del conflicto armado muestran un menor porcentaje de conocimiento de la legalidad de la IVE en Colombia (19,4 % y 21,3 %,

respectivamente), comparados con los que no se reconocen como víctimas, donde el 30,0 % de las mujeres y el 30,4 % de los hombres reconocen la legalidad de la IVE en todos los casos.

En relación con los quintiles de riqueza, el conocimiento sobre la IVE es más elevado en el grupo de mayor ingreso, con un 41,9 % de información completa entre las mujeres y 45,4 % entre los hombres.

A nivel nacional, el 38,4 % de las mujeres sigue sin conocer la legalidad de la IVE, y solo el 28,3 % reconoce todas las causales despenalizadas. Es relevante destacar que en la ENDS 2015 solo el 5,1 % de las mujeres encuestadas tenía un conocimiento completo de la norma. En los hombres, el 46,5 % no sabe que la IVE es legal y el 29,0 % la reconoce en todos los casos, mientras que en la ENDS 2015 solo el 4,0 % la reconoció en todos los casos.

Según la Tabla 13.5., el mayor reconocimiento entre las mujeres se da en casos de malformaciones fetales, con un porcentaje de 87,0 %, seguido de embarazos producto de violación (85,5 %) y riesgo para la vida de la mujer (84,6 %). Por el contrario, solo el 60,6 % tiene la comprensión de que la IVE se hace por voluntad de la mujer hasta la semana 24, según se estipula en la **Sentencia C-055** de 2022. El 70,8 % de las mujeres reconoce la causal cuando se pone en riesgo la salud mental de la mujer, lo cual aumentó con respecto a la ENDS 2015, donde el 40,5 % la reconocía como causal.

En los hombres, la Tabla 13.7. muestra un patrón similar. La causal más reconocida es la malformación fetal, con una tasa de 87,2 %, mientras que el menor nivel de conocimiento se registra en casos de embarazo en niñas menores de 14 años, con un 67,0 %. Ante la causal de salud mental de la mujer, el 71,7 % de los hombres la reconocieron, mientras que en la ENDS 2015 la reconocieron el 43,8 %, lo que refleja un aumento de 27,9 puntos porcentuales.

Cabe resaltar que a los hombres no se les preguntó específicamente sobre la despenalización del aborto hasta la semana 24, como lo contempla la **Sentencia C-055** de 2022.

Tabla 13.4.

Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años con vida sexual activa, según su conocimiento sobre los casos en los que está despenalizada la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Colombia

Característica	Conocimiento de casos en que está despenalizado el aborto en Colombia						Población de mujeres que han tenido relaciones sexuales
	No sabe que la IVE es legal	Todos los casos	Algunos casos	Ningún caso	No sabe/insegura	Total	
Grupo de edad							
13-14	66,2	11,1	17,8	4,9	0,1	100,0	62.888
15-19	45,5	23,0	29,6	1,7	0,2	100,0	929.305
20-24	38,7	28,4	30,3	2,1	0,5	100,0	1.900.482
25-29	34,9	29,8	31,9	2,8	0,6	100,0	2.129.961
30-34	38,0	30,0	28,8	2,7	0,5	100,0	2.046.433
35-39	37,5	29,3	29,3	3,6	0,4	100,0	1.851.087
40-44	37,2	28,2	29,7	4,3	0,6	100,0	2.135.220
45-49	40,9	26,7	27,8	3,6	1,0	100,0	1.183.104
Estado conyugal actual							
Actualmente unida	39,5	26,7	29,6	3,5	0,7	100,0	6.301.583
No unida	37,1	30,1	29,8	2,7	0,4	100,0	5.936.898
Zona							
Urbana	35,3	30,8	30,4	2,9	0,5	100,0	9.630.161
Rural	49,6	19,1	27,0	3,7	0,5	100,0	2.608.320
Región							
Atlántica	50,3	22,1	25,2	1,9	0,4	100,0	2.618.159
Oriental	33,9	27,1	33,2	4,7	1,0	100,0	2.278.520
Central	31,6	29,2	34,0	4,7	0,5	100,0	2.917.424
Bogotá	37,0	41,8	20,2	0,9	0,2	100,0	2.067.281
Pacífica	37,8	24,6	34,8	2,2	0,6	100,0	1.999.368
Orinoquia y Amazonía	45,4	17,8	30,9	5,5	0,4	100,0	357.729
Subregión							
La Guajira, Cesar, Magdalena	54,8	17,3	23,5	3,7	0,7	100,0	848.243
Barranquilla A. M.	53,3	30,0	16,1	0,4	0,2	100,0	497.590
Atlántico, San Andrés, Bolívar norte	49,1	23,7	26,7	0,4	0,1	100,0	495.522
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	44,1	21,4	32,0	1,9	0,6	100,0	776.803
Santanderes	35,8	23,5	34,1	5,3	1,3	100,0	928.950
Boyacá, Cundinamarca, Meta	32,7	29,6	32,7	4,2	0,9	100,0	1.349.569
Bogotá	37,0	41,8	20,2	0,9	0,2	100,0	2.067.281
Medellín A. M.	22,4	31,5	40,9	5,0	0,2	100,0	872.363
Antioquia sin Medellín	34,1	25,2	33,0	6,8	0,9	100,0	777.391
Caldas, Risaralda, Quindío	28,2	31,7	34,9	4,7	0,5	100,0	600.066
Tolima, Huila, Caquetá	43,8	28,4	25,4	2,1	0,3	100,0	667.605
Cali A. M.	30,4	34,0	32,8	1,9	0,8	100,0	569.263
Valle sin Cali ni Litoral	29,8	28,3	39,1	2,4	0,2	100,0	429.564
Cauca y Nariño sin Litoral	41,5	19,6	35,9	2,4	0,6	100,0	647.961
Litoral Pacífico	52,4	14,0	30,9	2,0	0,7	100,0	352.581
Orinoquia y Amazonía	45,4	17,8	30,9	5,5	0,4	100,0	357.729
Nivel educativo							
Sin educación	74,6	9,3	13,4	2,7	0,0	100,0	131.362
Primaria	53,8	18,0	24,1	3,6	0,5	100,0	2.893.446
Secundaria	39,6	26,1	30,5	3,2	0,5	100,0	4.955.367
Superior	25,2	38,5	33,1	2,6	0,6	100,0	4.258.306
Es o se reconoce como víctima del conflicto armado							
Sí	42,9	19,4	33,9	3,3	0,5	100,0	1.893.720
No	37,5	30,0	29,0	3,0	0,5	100,0	10.300.256
No sabe	46,7	25,7	25,9	0,0	1,6	100,0	44.504
Quintil de riqueza							
Más bajo	55,2	16,0	25,2	3,2	0,4	100,0	2.367.263
Bajo	41,9	23,3	30,7	3,6	0,6	100,0	2.339.573
Medio	38,2	26,7	31,2	3,4	0,6	100,0	2.382.635
Alto	32,3	32,4	31,9	2,8	0,6	100,0	2.612.598
Más alto	25,8	41,9	29,4	2,4	0,5	100,0	2.536.411
Nacional	38,4	28,3	29,7	3,1	0,5	100,0	12.238.481

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Tabla 13.5.

Conocimiento de las causales despenalizadas entre las mujeres que reconocieron el derecho a la IVE

Característica	Conocimiento de las causales								Población de mujeres que saben que la IVE es legal
	Por la sola decisión de la mujer hasta la semana 24 + 6 de gestación	Cuando el embarazo es por una violación	Cuando el feto tiene malformaciones graves	Para salvar la vida de la mujer	Cuando el embarazo pone en riesgo la salud física de la mujer	Cuando el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer	Cuando el embarazo es por relaciones sexuales con el papá, hermano, tío o abuelo	Cuando la mujer es menor de 14 años	
Grupo de edad									
13-14	42,9	81,8	83,0	78,8	69,9	74,6	79,9	78,0	21.249
15-19	61,0	87,9	81,3	84,7	77,4	67,8	80,1	68,1	506.208
20-24	62,3	87,8	87,0	86,3	80,0	72,9	80,5	68,1	1.164.911
25-29	60,2	87,7	89,0	84,6	80,4	68,7	79,1	67,4	1.385.818
30-34	62,1	85,4	88,4	85,9	80,8	72,6	77,8	67,8	1.269.794
35-39	61,0	84,5	88,5	85,0	79,5	72,7	78,9	66,5	1.156.647
40-44	59,6	82,9	85,5	81,8	77,6	69,0	75,1	63,7	1.340.516
45-49	58,0	82,1	85,0	84,8	79,3	70,4	73,6	65,9	699.760
Estado conyugal actual									
Actualmente unida	58,5	83,1	85,6	82,8	77,4	69,2	75,7	64,4	3.810.027
No unida	62,8	87,9	88,4	86,5	81,5	72,4	80,2	69,1	3.734.876
Zona									
Urbana	62,6	87,0	88,3	86,0	81,3	72,1	79,2	68,6	6.230.632
Rural	51,5	78,4	80,9	78,4	70,6	64,5	71,8	57,9	1.314.271
Región									
Atlántica	61,9	86,9	89,8	86,4	77,2	71,1	77,5	63,4	1.301.943
Oriental	55,6	81,9	83,0	79,6	76,5	66,8	76,1	64,8	1.505.331
Central	56,7	83,3	85,1	81,7	76,6	65,5	75,4	61,1	1.995.279
Bogotá	80,4	95,9	94,7	94,2	91,0	83,7	87,0	85,7	1.302.969
Pacífica	53,1	81,9	84,6	85,2	79,3	71,7	77,2	64,3	1.244.225
Orinoquia y Amazonia	47,2	77,8	81,6	74,7	70,2	62,5	65,5	50,1	195.156
Subregión									
La Guajira, Cesar, Magdalena	58,3	82,1	84,4	81,8	74,4	66,3	72,4	54,7	383.376
Barranquilla A. M.	75,8	91,8	97,2	92,1	85,4	87,8	92,1	82,5	232.362
Atlántico, San Andrés, Bolívar norte	60,8	87,4	91,7	85,4	77,1	70,3	77,1	61,3	252.319
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	58,2	88,2	89,6	88,0	75,5	66,8	74,4	62,1	433.886
Santanderes	53,3	82,1	82,1	80,0	73,3	62,7	76,9	58,8	596.449
Boyacá, Cundinamarca, Meta	57,1	81,8	83,6	79,4	78,6	69,5	75,6	68,8	908.882
Bogotá	80,4	95,9	94,7	94,2	91,0	83,7	87,0	85,7	1.302.969
Medellín A. M.	54,6	87,4	87,4	84,8	78,0	62,4	77,2	58,3	676.883
Antioquia sin Medellín	49,2	72,2	77,6	72,9	68,3	60,0	67,3	55,8	512.362
Caldas, Risaralda, Quindío	61,7	85,2	87,1	83,3	79,7	71,7	76,4	62,7	430.601
Tolima, Huila, Caquetá	65,2	89,2	89,0	86,3	81,8	71,2	81,8	71,6	375.434
Cali A. M.	62,7	86,1	86,4	85,0	82,0	75,5	80,5	72,5	395.989
Valle sin Cali ni Litoral	52,9	81,1	87,3	91,1	84,5	78,6	79,7	69,0	301.377
Cauca y Nariño sin Litoral	45,2	80,5	83,2	80,6	72,2	61,3	72,5	56,7	378.936
Litoral Pacífico	49,1	77,1	78,7	85,2	79,5	74,0	75,3	53,8	167.922
Orinoquia y Amazonia	47,2	77,8	81,6	74,7	70,2	62,5	65,5	50,1	195.156
Nivel educativo									
Sin educación	43,8	71,1	82,4	63,6	57,8	52,5	65,7	49,2	33.410
Primaria	51,8	77,5	79,8	78,7	74,2	66,8	71,7	58,0	1.336.655
Secundaria	58,5	84,1	85,7	82,5	77,1	68,6	77,7	65,0	2.991.662
Superior	66,6	90,3	91,3	89,4	84,1	74,7	80,9	72,1	3.183.176
Es o se reconoce como víctima del conflicto armado									
Si	49,5	80,0	83,3	80,5	74,3	64,9	72,4	55,1	1.081.021
No	62,5	86,4	87,6	85,4	80,3	71,8	78,9	68,7	6.440.180
No sabe	54,0	80,6	96,9	77,4	79,0	59,0	74,9	68,5	23.702
Quintil de riqueza									
Más bajo	50,3	77,8	79,9	78,5	70,5	64,7	71,0	56,0	1.061.230
Bajo	54,4	81,9	84,0	79,9	73,7	65,7	74,2	58,8	1.359.995
Medio	58,0	84,1	85,3	83,8	77,8	68,0	78,5	66,4	1.471.545
Alto	61,7	88,2	89,3	86,2	83,1	73,6	79,8	70,1	1.769.617
Más alto	72,0	90,8	92,3	90,7	86,5	77,4	82,3	75,6	1.882.516
Nacional	60,6	85,5	87,0	84,6	79,5	70,8	77,9	66,7	7.544.903

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Tabla 13.6.

Distribución porcentual de hombres de 13 a 59 años que han tenido relaciones sexuales, reconocen que la IVE es legal y reportan conocer las causales despenalizadas para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia

Característica	Conocimiento de casos en que está despenalizado el aborto en Colombia						Población de hombres que han tenido relaciones sexuales
	No sabe que la IVE es legal	Todos los casos	Algunos casos	Ningún caso	No sabe/inseguro	Total	
Grupo de edad							
13-14	73,2	7,9	17,5	1,4	0,0	100,0	51.067
15-19	56,9	21,2	19,4	1,5	1,1	100,0	966.042
20-24	46,5	29,7	21,2	2,2	0,4	100,0	1.993.285
25-29	43,8	31,7	22,5	1,8	0,3	100,0	2.125.248
30-34	43,4	31,4	22,0	2,4	0,8	100,0	2.001.212
35-39	43,8	32,3	20,9	2,6	0,3	100,0	1.772.239
40-44	46,1	29,0	20,5	3,2	1,1	100,0	1.955.169
45-49	46,8	26,8	22,9	3,1	0,4	100,0	1.128.016
50-54	48,4	28,0	19,8	3,4	0,3	100,0	1.299.590
55-59	49,3	25,2	21,2	3,6	0,7	100,0	1.226.077
Estado conyugal actual							
Actualmente unido	46,5	28,8	21,1	3,1	0,6	100,0	7.668.553
No unido	46,6	29,3	21,5	2,1	0,6	100,0	6.849.390
Zona							
Urbana	42,8	32,4	21,8	2,4	0,6	100,0	11.159.721
Rural	59,0	17,8	19,3	3,2	0,6	100,0	3.358.222
Región							
Atlántica	60,2	20,8	17,2	1,4	0,4	100,0	3.091.456
Oriental	40,6	30,3	23,8	4,3	1,0	100,0	2.775.085
Central	41,8	29,3	24,8	3,6	0,5	100,0	3.487.272
Bogotá	41,5	42,6	15,1	0,6	0,3	100,0	2.391.807
Pacífica	46,0	26,4	24,5	2,4	0,7	100,0	2.355.657
Orinoquia y Amazonía	55,7	17,8	21,6	4,4	0,5	100,0	416.666
Subregión							
La Guajira, Cesar, Magdalena	67,9	14,6	14,4	2,3	0,8	100,0	986.724
Barranquilla A. M.	54,4	31,1	13,4	0,8	0,3	100,0	614.368
Atlántico, San Andrés, Bolívar norte	54,2	25,5	18,7	1,4	0,1	100,0	545.715
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	59,4	17,7	21,7	0,9	0,3	100,0	944.649
Santanderes	43,3	25,2	25,7	4,6	1,2	100,0	1.120.394
Boyacá, Cundinamarca, Meta	38,8	33,8	22,5	4,0	0,8	100,0	1.654.691
Bogotá	41,5	42,6	15,1	0,6	0,3	100,0	2.391.807
Medellín A. M.	29,0	36,4	30,9	3,3	0,5	100,0	1.103.032
Antioquia sin Medellín	44,6	23,7	25,9	4,8	0,9	100,0	871.248
Caldas, Risaralda, Quindío	38,7	30,6	25,9	4,6	0,2	100,0	715.038
Tolima, Huila, Caquetá	59,1	24,2	14,3	1,9	0,5	100,0	797.953
Cali A. M.	35,3	40,4	21,7	1,7	0,9	100,0	625.641
Valle sin Cali ni Litoral	39,6	30,0	27,1	2,3	0,9	100,0	617.831
Cauca y Nariño sin Litoral	52,9	17,3	26,1	3,0	0,7	100,0	785.006
Litoral Pacífico	62,2	14,4	20,8	2,3	0,2	100,0	327.179
Orinoquia y Amazonía	55,7	17,8	21,6	4,4	0,5	100,0	416.666
Nivel educativo							
Sin educación	75,3	13,6	7,5	2,5	1,1	100,0	315.528
Primaria	60,9	18,3	17,2	2,9	0,7	100,0	4.413.239
Secundaria	48,1	27,6	21,1	2,7	0,6	100,0	5.449.255
Superior	27,9	43,0	26,5	2,1	0,5	100,0	4.339.921
Es o se reconoce como víctima del conflicto armado							
Sí	52,6	21,3	22,9	2,9	0,4	100,0	2.068.298
No	45,5	30,4	21,0	2,6	0,6	100,0	12.409.551
No Sabe	54,7	12,5	27,8	1,6	3,5	100,0	40.094
Quintil de riqueza							
Más bajo	64,0	16,1	16,4	3,0	0,5	100,0	2.956.559
Bajo	53,3	22,0	21,1	2,9	0,7	100,0	2.671.276
Medio	48,0	28,1	20,4	2,9	0,6	100,0	2.679.772
Alto	41,6	31,7	23,6	2,2	0,8	100,0	3.095.749
Más alto	27,7	45,4	24,5	2,1	0,3	100,0	3.114.587
Nacional	46,5	29,0	21,3	2,6	0,6	100,0	14.517.943

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Tabla 13.7.

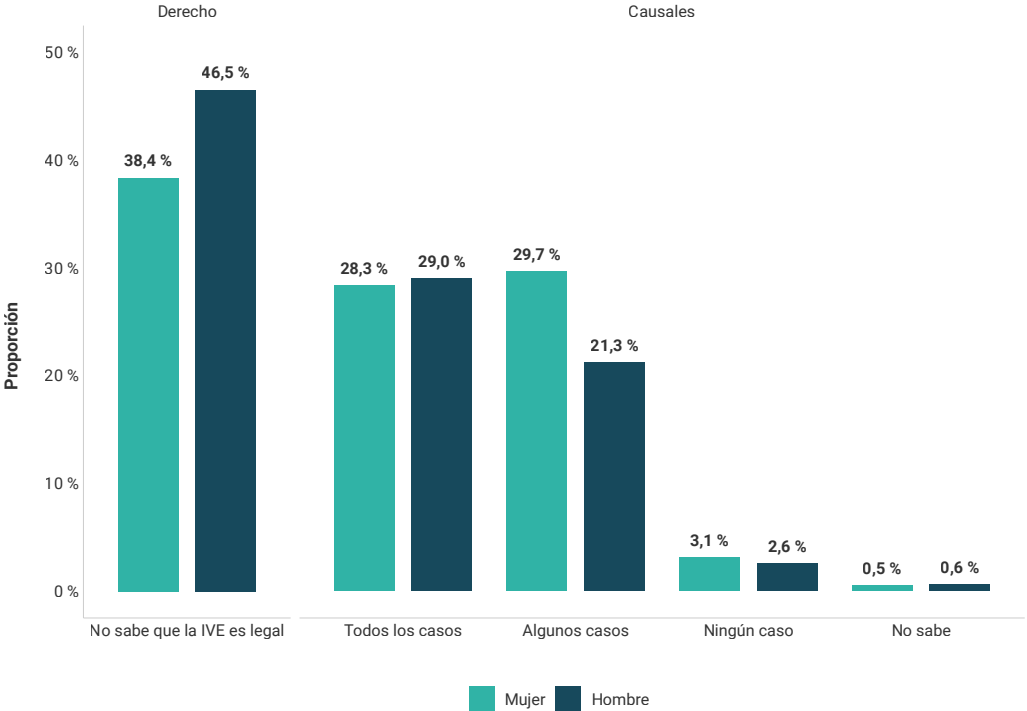
Conocimiento de las causales despenalizadas entre los hombres que reconocieron el derecho a la IVE

Característica	Conocimiento de las causales							Población de hombres que saben que la IVE es legal
	Cuando el embarazo es por una violación	Cuando el feto tiene malformaciones graves	Para salvar la vida de la mujer	Cuando el embarazo pone en riesgo la salud física de la mujer	Cuando el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer	Cuando el embarazo es por relaciones sexuales con el papá, hermano, tío o abuelo	Cuando la mujer es menor de 14 años	
Grupo de edad								
13-14	80,3	84,3	77,0	64,0	67,0	79,4	52,7	13.704
15-19	85,3	81,7	84,7	75,3	67,1	74,8	66,9	416.652
20-24	87,9	88,9	87,4	80,7	72,1	80,8	69,8	1.066.395
25-29	89,6	89,1	87,7	81,1	74,1	79,2	71,1	1.195.158
30-34	86,5	87,8	86,7	79,7	69,8	78,1	68,4	1.131.995
35-39	85,8	89,7	86,6	83,1	74,2	78,0	67,6	995.523
40-44	81,5	85,7	84,3	78,4	69,3	75,0	65,0	1.053.162
45-49	78,9	85,3	81,6	76,3	70,1	69,9	62,7	599.963
50-54	80,7	86,9	85,4	83,1	75,3	78,9	64,9	670.350
55-59	78,3	84,4	82,3	76,9	71,2	72,2	60,4	621.800
Estado conyugal actual								
Actualmente unido	82,6	86,8	84,6	79,2	71,7	75,6	65,7	4.104.895
No unido	86,8	87,7	86,8	80,6	71,8	78,5	68,4	3.659.806
Zona								
Urbana	86,6	88,5	87,1	81,6	73,3	78,9	69,2	6.388.721
Rural	75,3	81,0	78,8	71,7	64,2	67,9	56,5	1.375.980
Región								
Atlántica	86,2	90,8	88,7	80,8	73,1	78,4	64,9	1.229.872
Oriental	81,4	83,2	81,9	77,0	67,8	74,2	65,1	1.647.853
Central	82,8	84,6	83,4	77,7	66,8	74,6	62,2	2.031.063
Bogotá	94,8	95,5	92,3	88,4	84,9	87,1	84,6	1.399.518
Pacífica	79,7	84,7	84,5	77,8	69,8	73,4	61,8	1.271.691
Orinoquia y Amazonia	77,7	82,3	80,0	71,9	65,3	66,4	52,1	184.704
Subregión								
La Guajira, Cesar, Magdalena	80,1	85,3	83,9	80,1	71,3	72,3	55,4	316.491
Barranquilla A. M.	94,5	96,6	93,2	86,0	86,4	89,3	77,5	280.260
Atlántico, San Andrés, Bolívar norte	83,5	89,9	87,6	80,5	74,0	79,5	64,9	249.666
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	87,1	91,8	90,3	77,9	64,4	74,8	63,4	383.455
Santanderes	77,5	80,6	79,9	76,5	65,0	71,6	57,6	635.606
Boyacá, Cundinamarca, Meta	83,9	84,8	83,2	77,2	69,5	75,8	69,8	1.012.247
Bogotá	94,8	95,5	92,3	88,4	84,9	87,1	84,6	1.399.518
Medellín A. M.	89,6	88,7	88,3	80,8	66,1	76,1	63,3	783.296
Antioquia sin Medellín	68,3	75,9	74,0	72,1	63,8	66,2	52,5	482.865
Caldas, Risaralda, Quindío	83,9	84,9	82,6	76,4	67,3	76,5	62,4	438.370
Tolima, Huila, Caquetá	86,3	87,3	86,7	80,1	72,7	81,2	73,2	326.533
Cali A. M.	86,8	87,9	87,4	84,5	75,7	79,3	75,0	404.806
Valle sin Cali ni Litoral	77,6	88,6	86,3	80,0	75,8	76,6	64,7	373.353
Cauca y Nariño sin Litoral	74,8	79,2	80,4	68,4	56,7	64,6	49,8	369.854
Litoral Pacífico	77,1	78,7	82,0	76,9	70,9	70,5	46,1	123.679
Orinoquia y Amazonia	77,7	82,3	80,0	71,9	65,3	66,4	52,1	184.704
Nivel educativo								
Sin educación	71,4	80,7	78,8	77,9	70,5	65,5	59,7	78.032
Primaria	74,7	80,0	79,5	73,3	67,1	72,6	59,1	1.726.159
Secundaria	85,2	87,5	85,1	79,2	72,4	76,1	65,4	2.829.500
Superior	89,8	91,1	89,7	84,0	73,7	80,5	72,9	3.131.010
Es o se reconoce como víctima del conflicto armado								
Sí	79,7	84,4	82,7	76,2	68,2	72,7	58,9	980.698
No	85,3	87,6	86,1	80,4	72,3	77,7	68,2	6.765.827
No Sabe	81,5	88,3	81,2	84,5	55,1	58,2	34,5	18.177
Quintil de riqueza								
Más bajo	74,7	81,0	79,7	72,8	66,7	68,9	56,1	1.064.825
Bajo	80,0	82,2	80,8	75,8	65,1	74,1	59,2	1.247.641
Medio	83,1	86,4	84,9	79,6	70,8	76,3	66,3	1.392.918
Alto	85,5	88,0	86,2	79,4	73,5	78,3	68,7	1.807.306
Más alto	92,0	92,8	91,2	86,0	76,9	81,8	75,3	2.252.011
Nacional	84,6	87,2	85,7	79,8	71,7	77,0	67,0	7.764.701

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

El Gráfico 13.2. muestra la proporción de hombres y de mujeres que identifican el derecho a la IVE en Colombia y las causales despenalizadas. En ambos sexos se identifica el desconocimiento de la legalidad de la IVE, con una mayor proporción de mujeres informadas en comparación con los hombres. Sin embargo, un porcentaje significativo de mujeres aún desconoce este derecho. Cuando el conocimiento se evalúa según las causales la brecha es menor, pero persiste el desconocimiento en general.

Gráfico 13.2.
Proporción de mujeres y de hombres que identifican el derecho a la IVE y las causales despenalizadas



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

13.4.3. Condiciones, experiencia y barreras de acceso para acceder a servicios de salud de interrupción voluntaria del embarazo

5.4.1.3. Oportunidad en la realización de la IVE

Según la Sentencia C-355 del 2006, enunciada de nuevo en la Resolución 051 del 2023, la atención de las mujeres que solicitan IVE debe ser integral, sin barreras y de carácter urgente. Por lo tanto, siempre se deberá llevar a cabo de forma inmediata. Solo en casos excepcionales y justificados, se podrá prever un plazo máximo de hasta cinco días calendario, contados a partir de la manifestación de voluntad que haga la persona gestante para interrumpir el embarazo.

De acuerdo con la Tabla 13.8., al 84,4 % de las mujeres entre 13 a 49 años que solicitaron el procedimiento se les realizó la IVE. Entre estas, al 49,5 % se lo realizaron dentro de los cinco días siguientes a la solicitud.

La Tabla 13.8. evidencia que a las mujeres actualmente unidas se les realizó la IVE en instituciones de salud en mayor proporción. Esta fue de 91,2 % frente a un 76,6 % de las no unidas. Sin embargo, el tiempo de resolución entre uno y cinco días, estipulado por la Corte Constitucional, fue superior para las no unidas (61,3 %) que para las unidas (40,8 %).

La realización de la IVE en instituciones de salud fue menor en mujeres de zonas rurales (77,8 %) que en aquellas de zonas urbanas (86,2 %). Vale la pena anotar que el número absoluto de mujeres rurales que accedieron al procedimiento fue considerablemente menor con respecto a las que residen en zonas urbanas. En cuanto al tiempo de resolución entre uno y cinco días, fue del 45,8 % en los casos urbanos y del 64,4 % de los rurales, con una ligera ventaja en la oportunidad de acceso para el área rural.

Existen disparidades significativas en el acceso según la región. En la Atlántica, el 95,7 % de las solicitudes fueron concretadas, y un 88,9 % se resolvió entre uno y cinco días. En la región Oriental solo el 55,9 % logró acceso efectivo, representando la proporción más baja entre las regiones analizadas.

En Bogotá, aunque el acceso fue del 100,0 %, la oportunidad de resolución se distribuyó en tiempos extremos, con un 42,3 % de los procedimientos realizados entre 16 a 31 días y el restante 57,7 % en 31 días o más.

Las mujeres que se identificaron como víctimas del conflicto armado presentaron menores tasas de realización de la IVE, con 83,7 % frente a un 84,7 % en las no víctimas. Además, solo el 33,2 % de estas solicitudes se resolvió en los primeros cinco días, en comparación con el 56,3 % de las mujeres que no son víctimas.

Las encuestadas de los niveles socioeconómicos altos alcanzaron un 100,0 % de realización de la IVE, superando incluso al nivel socioeconómico más alto (76,0 %). No obstante, solo al 55,0 % de las mujeres en los niveles más bajos de riqueza se les realizó el procedimiento de manera oportuna, entre uno y cinco días. Esta situación también se presentó en mujeres de niveles más altos, que tuvieron mayores proporciones de tiempos extendidos en la espera para la realización: un 31 %, entre uno y cinco días; un 25,2 %, entre seis y quince días, y un 43,8 %, entre dieciséis y treinta días.

Tabla 13.8.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años que reportaron haber solicitado una IVE, según si accedieron efectivamente al procedimiento, y el tiempo transcurrido entre la solicitud y la realización de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia

Característica	La institución de salud le realizó ese aborto inducido o IVE que usted solicitó		Población de mujeres que solicitaron la IVE	Oportunidad en la realización de la IVE				Población de mujeres a quienes se practicó la IVE
	Cuánto tiempo transcurrió (en días) desde que solicitó ese aborto inducido o IVE y la realización del procedimiento							
	Sí	No		1 a 5 días	6 a 15 días	16 a 30 días	31 días o más	
Estado conyugal actual								
Actualmente unida	91,2	8,8	18.608	40,8	28,9	16,8	13,4	16.976
No unida	76,6	23,4	16.378	61,3	17,4	11,1	10,2	12.545
Zona								
Urbana	86,2	13,8	27.413	45,8	23,0	16,1	15,1	23.626
Rural	77,8	22,2	7.573	64,4	27,9	7,7	0,0	5.895
Región								
Atlántica	95,7	4,3	5.829	88,9	11,1	0,0	0,0	5.579
Oriental	55,9	44,1	4.552	53,8	46,2	0,0	0,0	2.545
Central	88,6	11,4	11.783	43,0	39,2	17,8	0,0	10.438
Bogotá	100,0	0,0	3.958	0,0	0,0	42,3	57,7	3.958
Pacífica	77,9	22,1	8.209	54,2	18,7	7,1	20,0	6.391
Orinoquía y Amazonía	93,2	6,8	655	55,8	0,0	44,2	0,0	611
Nivel educativo								
Sin educación	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Primaria	80,9	19,1	8.278	56,8	36,4	6,8	0,0	6.699
Secundaria	81,8	18,2	10.507	76,0	14,8	2,4	6,7	8.596
Superior	87,8	12,2	16.202	30,1	23,7	25,3	21,0	14.227
Es o se reconoce como víctima del conflicto armado								
Sí	83,7	16,3	10.343	33,2	37,7	14,4	14,7	8.653
No	84,7	15,3	24.643	56,3	18,3	14,4	10,9	20.869
No Sabe	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Quintil de riqueza								
Más bajo	80,9	19,1	5.316	55,0	34,5	10,6	0,0	4.301
Bajo	78,6	21,4	6.524	67,7	32,3	0,0	0,0	5.128
Medio	86,5	13,5	6.550	56,9	15,8	4,8	22,5	5.664
Alto	100,0	0,0	7.554	45,4	17,5	6,9	30,2	7.554
Más alto	76,0	24,0	9.043	31,0	25,2	43,8	0,0	6.875
Grupo de edad								
13-49	84,4	15,6	34.986	49,5	24,0	14,4	12,1	29.521

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

13.4.3.2 Proporción de mujeres a quienes no se les realizó la IVE por diferentes causas

A nivel nacional, las principales barreras que se presentaron para la realización de la IVE fueron que el equipo de salud la hizo cambiar de decisión, con un 34,3 %, y la falta de información completa y oportuna, con un 21,1 %. Luego, se situaron la demora de la IPS en programar el procedimiento, con un 16,2 %, y temor porque se podía morir, con un 12,1 %. Las otras causas se pueden visualizar en la Tabla 13.9. y el Gráfico 13.3

En relación con el estado conyugal, la Tabla 13.9. permite observar que la tasa de no realización de la IVE fue más alta en mujeres no unidas (23,4 %) que en mujeres unidas (8,8 %).

Por lugar de residencia, la mayoría de los casos en los que la IVE no se realizó correspondieron a mujeres de zonas rurales, con un 22,2 %, mientras que en las zonas urbanas el porcentaje fue menor, con un 13,8 %. No obstante, el número absoluto de mujeres que solicitaron la IVE en zonas rurales fue significativamente menor que en las de zonas urbanas.

A nivel regional, el porcentaje más alto de solicitudes de IVE no realizadas se registró en la región Oriental, con un 44,1 %, seguida por la Pacífica, con un

22,1 %. Respecto al nivel educativo, el porcentaje más alto de no realización se observó en mujeres con educación primaria, con un 19,1 %.

En esta encuesta se encontró que hasta el 60,5 % de las mujeres en área rural, el 22,7 % del área urbana y el 100,0 % del nivel educativo primaria y del quintil más bajo de riqueza cambiaron la decisión de realizarse la IVE motivadas por el talento humano en salud. A nivel nacional, el porcentaje de mujeres que declinaron de interrumpir voluntariamente su embarazo motivadas por el personal de salud fue de 34,3 %.

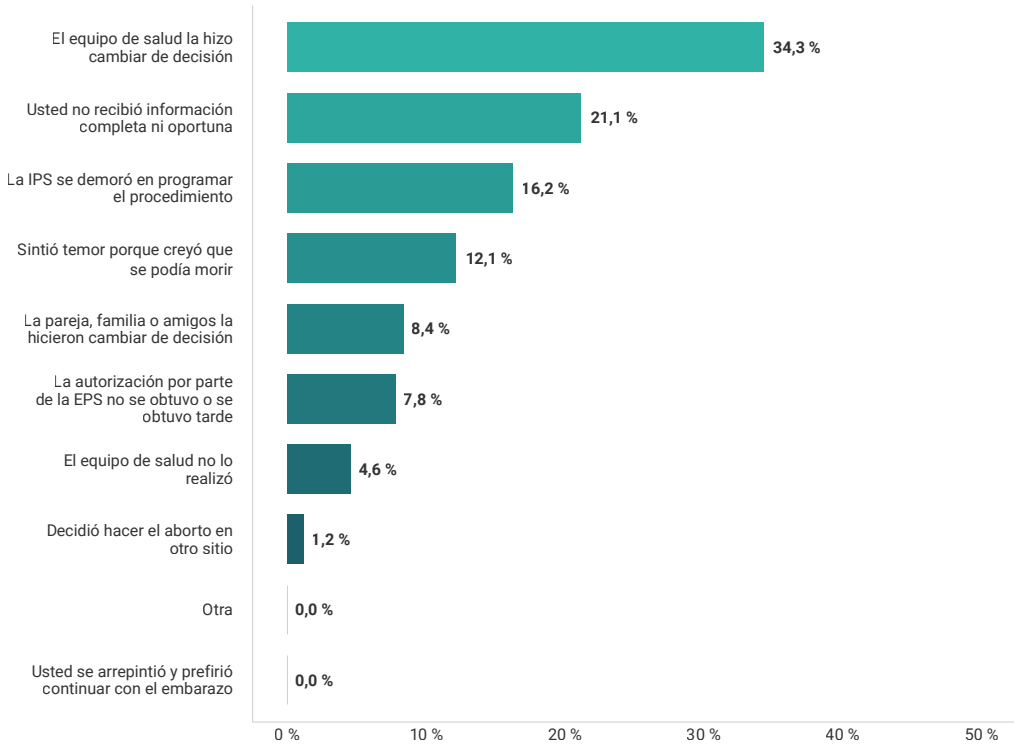
Tabla 13.9.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años que solicitaron una IVE y no accedieron al procedimiento, según las razones reportadas para la no realización de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia

Característica	La institución de salud no le realizó ese aborto inducido o IVE que usted solicitó	Población de mujeres que solicitaron la IVE	Razones de la no realización de la IVE										Población de mujeres que no se realizaron la IVE
			La pareja, familia o amigos la hicieron cambiar de decisión	El equipo de salud la hizo cambiar de decisión	Usted no recibió información completa ni oportuna	El equipo de salud no la realizó	La IPS se demoró en programar el procedimiento	Sintió temor porque creyó que se podía morir	Usted se arrepintió y prefirió continuar con el embarazo	La autorización por parte de la EPS no se obtuvo o se obtuvo tarde	Decidió hacer el aborto en otro sitio	Otra	
Estado conyugal actual													
Actualmente unida	8,8	18.608	0,0	62,2	8,8	0,0	0,0	0,0	0,0	26,2	2,7	0,0	1.632
No unida	23,4	16.378	12,0	22,4	26,4	6,5	23,1	17,3	0,0	0,0	0,6	0,0	3.833
Zona													
Urbana	13,8	27.413	12,1	22,7	30,5	6,6	23,4	0,0	0,0	11,3	1,8	0,0	3.788
Rural	22,2	7.573	0,0	60,5	0,0	0,0	0,0	39,5	0,0	0,0	0,0	0,0	1.678
Región													
Atlántica	4,3	5.829	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,8	0,0	250
Oriental	44,1	4.552	0,0	78,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	21,3	0,0	0,0	2.008
Central	11,4	11.783	34,1	0,0	0,0	0,0	65,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1.345
Bogotá	0,0	3.958	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Pacífica	22,1	8.209	0,0	16,3	63,6	0,0	0,0	36,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1.818
Orinoquía y Amazonía	6,8	655	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	44
Nivel educativo													
Sin educación	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Primaria	19,1	8.278	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1.579
Secundaria	18,2	10.507	0,0	15,5	15,5	1,2	46,4	34,7	0,0	0,0	3,5	0,0	1.911
Superior	12,2	16.202	23,2	0,0	43,5	11,5	0,0	0,0	0,0	21,7	0,0	0,0	1.975
Es o se reconoce como víctima del conflicto armado													
Sí	16,3	10.343	27,2	50,8	26,0	13,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1.691
No	15,3	24.643	0,0	26,9	19,0	0,6	23,5	17,5	0,0	11,3	1,8	0,0	3.775
No Sabe	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Quintil de riqueza													
Más bajo	19,1	5.316	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1.015
Bajo	21,4	6.524	0,0	21,2	31,5	17,9	0,0	47,4	0,0	0,0	4,8	0,0	1.396
Medio	13,5	6.550	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	886
Alto	0,0	7.554	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Más alto	24,0	9.043	21,2	26,0	33,0	0,0	0,0	0,0	0,0	19,8	0,0	0,0	2.168
Grupo de edad													
13-49	15,6	34.986	8,4	34,3	21,1	4,6	16,2	12,1	0,0	7,8	1,2	0,0	5.465

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

El Gráfico 13.3. muestra las principales barreras que tuvieron las mujeres para acceder a la IVE. Las barreras más frecuentes fueron la influencia del equipo de salud para el cambio de decisión y la falta de información completa y oportuna, seguidas por la demora en la realización por parte del equipo humano de la institución de salud y por el temor de la paciente frente al procedimiento.

Gráfico 13.3.
Porcentaje de mujeres que experimentaron barreras para acceder a los servicios de IVE



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

13.4.3.3. Percepción de la atención en los servicios de IVE en Colombia

El análisis de la experiencia con los servicios de salud en relación con la información y el acceso a la IVE muestra variaciones según distintos factores sociodemográficos. De acuerdo con los datos de la Tabla 13.10., las mujeres no unidas tienen una mejor percepción del servicio, con 87,7 % que la calificaron como buena y ninguna como mala. Entre las unidas, el 57,8 % evaluaron la experiencia como buena y un 30,2 % como mala. En cuanto a la zona de residencia, todas las mujeres rurales calificaron su experiencia como buena, mientras que el 63,2 % de la zona urbana la consideraron buena, un 15,2 % regular y un 21,7 % mala. Por regiones, las mujeres a las que se les realizó la IVE en Bogotá evaluaron su experiencia como mala, mientras que en la Atlántica, con 93,2 %, Oriental, con 100,0 %, y Pacífica, con 80,0 %, predominó una percepción positiva. Según el nivel educativo, las mujeres con educación secundaria tuvieron el nivel de satisfacción más alto con 82,0 %. Entre las víctimas del conflicto armado, ninguna reportó una experiencia negativa, en contraste con aquellas que no se reconocen como víctimas, de las cuales el 24,5 % calificaron su experiencia como mala. En términos económicos, las mujeres del quintil más bajo evaluaron su experiencia de manera positiva, con un porcentaje de 99,8 %. La percepción positiva fue menor en los quintiles medio (52,5 %) y más alto (61,3 %).

En general, el 70,5 % de las mujeres a las que se les realizó la IVE reportó haber tenido una experiencia buena, el 12,1 % la consideró regular y para el 17,3 % fue mala.

Tabla 13.10.
Distribución porcentual de mujeres de 13 a 49 años que accedieron a una IVE, según su percepción sobre la calidad de la atención recibida en los servicios de salud en relación con la información brindada y el acceso al procedimiento

Característica	Cómo evalúa su experiencia con los servicios de salud en relación con la información brindada y el acceso al procedimiento de aborto inducido o IVE			Población de mujeres a quienes la institución de salud les realizó la IVE
	Buena	Regular	Mala	
Estado conyugal actual				
Actualmente unida	57,8	12,0	30,2	16.976
No unida	87,7	12,3	0,0	12.545
Zona				
Urbana	63,2	15,2	21,7	23.626
Rural	100,0	0,0	0,0	5.895
Región				
Atlántica	93,2	0,0	6,8	5.579
Oriental	100,0	0,0	0,0	2.545
Central	73,6	19,0	7,4	10.438
Bogotá	0,0	0,0	100,0	3.958
Pacífica	80,0	20,0	0,0	6.391
Orinoquía y Amazonía	44,9	53,6	1,4	611
Nivel educativo				
Sin educación	0,0	0,0	0,0	0
Primaria	78,3	15,9	5,8	6.699
Secundaria	82,0	18,0	0,0	8.596
Superior	59,9	6,8	33,3	14.227
Es o se reconoce como víctima del conflicto armado				
Sí	69,8	30,2	0,0	8.653
No	70,8	4,7	24,5	20.869
No sabe	0,0	0,0	0,0	0
Quintil de riqueza				
Más bajo	99,8	0,0	0,2	4.301
Bajo	79,2	20,8	0,0	5.128
Medio	52,5	40,8	6,7	5.664
Alto	69,8	0,0	30,2	7.554
Más alto	61,3	3,0	35,6	6.875
Grupo de edad				
13-49	70,5	12,1	17,3	29.521

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

13.4.4 Red de apoyo y participación de la pareja en las prácticas de la IVE

Se exploró la participación y el conocimiento de los hombres en los procesos de IVE de sus parejas. Desde una perspectiva etiológica, estas preguntas permiten analizar los factores asociados al involucramiento masculino en estos procesos, y ayudan a identificar patrones y factores que influyen en el nivel de participación masculina en decisiones reproductivas debido a que sus respuestas se caracterizan en distintos niveles de interés y apoyo. Se incluyeron variables tales como si la institución de salud le realizó la IVE a la pareja, el número de hombres que han tenido parejas que se practicaron la IVE y el grado de participación masculina. Estas se segmentan en respuestas que van desde el desinterés total hasta el apoyo activo.

En la Tabla 13.11. se observa que el 60,9 % de los hombres que residen en zona rural apoyó a su pareja, mientras que en la zona urbana lo hizo el 47,3 %. Con respecto al estado conyugal, hubo una mayor participación de los hombres actualmente unidos, teniendo en cuenta que el 55,2 % se enteró y apoyó a la pareja, mientras que entre los no unidos lo hizo el 41,6 %. Cuando se exploran los datos sobre el nivel de participación, en el grupo de los no unidos se observa también una menor proporción frente a los unidos. Mientras que el 18,2 % de los no unidos respondieron que no les interesó, este porcentaje fue de 7,0 % entre los unidos. Asimismo, el 24,7 % de los no unidos se enteró cuando ya su pareja se había realizado el procedimiento y el 15,5 % se enteró pero nunca participó. En contraste, los unidos tuvieron un menor porcentaje en estos ítems.

El nivel educativo y el quintil de riqueza influyen significativamente en el apoyo de los hombres a sus parejas durante el proceso de la IVE. Los hombres con educación superior presentaron un 52,7 % de apoyo, mientras que aquellos con educación primaria solo alcanzaron un 35,4 %. En relación con los grados de apoyo, al 15,1 % de aquellos con educación primaria no le interesó, el 10,7 % se enteró después del procedimiento y el 36,5 % se enteró pero nunca participó. En educación secundaria, un 11,5 % no mostró interés y un 21,4 % se enteró

después. En términos de riqueza, los del quintil medio presentaron un apoyo en un 67,0 %, mientras que el quintil más bajo en un 46,0 %.

A nivel nacional, el apoyo masculino fue del 51,8 % y también varió según la edad. En el grupo de 13 a 59 años un 48,7 % apoyó a su pareja y en el de 50 a 59 años este aumentó al 50,8 %, aunque en este último grupo hubo menos casos registrados y, del total de los que refirieron que sus parejas se practicaron una IVE, también fue el que mostró un mayor porcentaje de falta de interés (19,4 %).

Estos datos evidencian cómo factores socioeconómicos, educativos y etarios influyen en la participación de los hombres en los procesos de la IVE en sus parejas.

Tabla 13.11.
Distribución porcentual de hombres de 13 a 59 años con vida sexual activa que reportaron que alguna de sus parejas se practicó una IVE, según su nivel de conocimiento y participación en el proceso, así como el apoyo brindado durante la realización del procedimiento

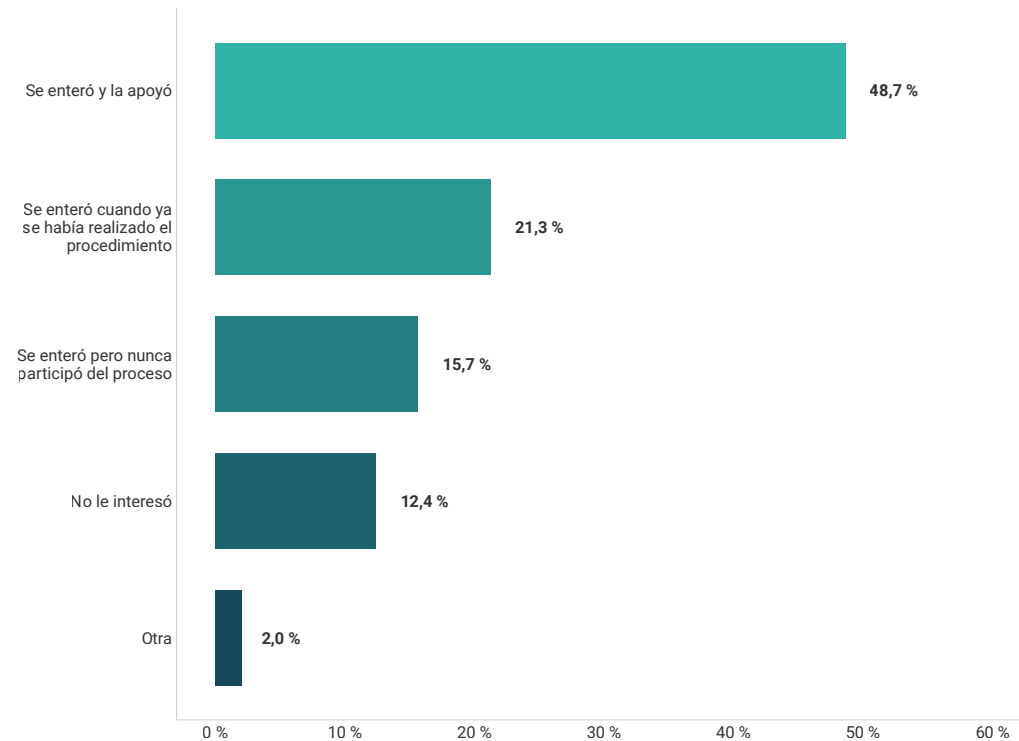
Característica	La institución de salud realizó ese aborto inducido o IVE que solicitó su pareja	Hombres que reportaron una IVE en su pareja	Cuál fue su participación en el proceso de aborto inducido o IVE de su pareja					Población de hombres con pareja que accedió a la IVE	
			No le interesó	Se enteró cuando ya se había realizado el procedimiento	Se enteró pero nunca participó del proceso	Se enteró y la apoyó	Otra		
Estado conyugal actual									
Actualmente unido	51,9	58.266	7,0	18,1	15,8	55,2	3,9	30.213	
No unido	71,0	39.357	18,2	24,7	15,5	41,6	0,0	27.953	
Zona									
Urbana	60,7	86.069	12,5	21,2	16,8	47,3	2,3	52.265	
Rural	51,1	11.554	11,5	21,9	5,7	60,9	0,0	5.902	
Región									
Atlántica	86,6	13.220	5,4	13,3	16,2	62,7	2,4	11.453	
Oriental	52,3	17.573	5,7	13,8	28,8	51,6	0,0	9.190	
Central	67,5	18.360	0,0	23,2	1,6	71,8	3,4	12.390	
Bogotá	46,0	35.377	25,0	22,2	27,0	25,8	0,0	16.280	
Pacífica	73,0	10.961	16,5	37,4	0,0	40,0	6,1	7.997	
Orinoquía y Amazonía	40,2	2.131	78,9	11,5	0,0	9,6	0,0	857	
Subregión									
La Guajira, Cesar, Magdalena	76,1	3.068	0,0	0,0	14,4	73,6	12,0	2.334	
Barranquilla A. M.	88,4	4.655	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	4.115	
Atlántico, San Andrés, Bolívar norte	98,9	3.140	0,9	22,1	33,6	43,4	0,0	3.105	
Bolívar sur, Sucre, Córdoba	80,6	2.357	31,0	43,9	25,1	0,0	0,0	1.899	
Santanderes	85,3	1.891	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	1.612	
Boyacá, Cundinamarca, Meta	48,3	15.682	6,9	16,8	35,0	41,3	0,0	7.577	
Bogotá	46,0	35.377	25,0	22,2	27,0	25,8	0,0	16.280	
Medellín A. M.	26,5	5.245	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	1.388	
Antioquia sin Medellín	100,0	2.034	0,0	60,1	0,0	39,9	0,0	2.034	
Caldas, Risaralda, Quindío	66,0	6.213	0,0	13,2	4,9	71,7	10,2	4.100	
Tolima, Huila, Caquetá	100,0	4.868	0,0	22,9	0,0	77,1	0,0	4.868	
Cali A. M.	100,0	2.681	0,0	71,4	0,0	28,6	0,0	2.681	
Valle sin Cali ni Litoral	46,8	1.169	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	547	
Cauca y Nariño sin Litoral	58,6	4.113	47,2	0,0	0,0	32,6	20,2	2.411	
Litoral Pacífico	78,7	2.998	7,9	45,7	0,0	46,4	0,0	2.358	
Orinoquía y Amazonía	40,2	2.131	78,9	11,5	0,0	9,6	0,0	857	
Nivel educativo									
Sin educación	87,8	925	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	812	
Primaria	72,9	16.216	15,1	10,7	36,5	35,4	2,4	11.829	
Secundaria	51,8	41.343	11,5	21,4	14,4	52,7	0,0	21.404	
Superior	61,6	39.138	12,2	27,0	7,1	49,9	3,8	24.122	
Quintil de riqueza									
Más bajo	64,0	9.722	20,3	33,7	0,0	46,0	0,0	6.219	
Bajo	30,4	15.395	4,6	16,6	7,2	61,3	10,4	4.687	
Medio	91,5	10.285	0,0	13,8	19,1	67,0	0,0	9.405	
Alto	61,0	30.824	15,8	8,4	33,5	38,7	3,7	18.809	
Más alto	60,7	31.396	14,5	34,7	3,6	47,2	0,0	19.046	
Grupo de edad									
13-49	61,8	77.728	10,9	23,2	15,2	48,2	2,5	48.006	
13-59	59,6	97.623	12,4	21,3	15,7	48,7	2,0	58.167	
50-59	51,1	19.895	19,4	12,0	17,7	50,8	0,0	10.160	

Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

El Gráfico 13.4. muestra la participación de los hombres en el proceso de realización de la IVE en sus parejas. El 48,7 %, se enteró del procedimiento y brindó su apoyo. En contraste, un 21,3 % indicó que su pareja le informó sobre el procedimiento cuando ya se lo había practicado

Por otro lado, un 15,7 % de los hombres se enteró del procedimiento pero no brindó apoyo, mientras que a un 12,4 % no le interesó. Finalmente, un pequeño porcentaje, cercano al 2,0 %, mencionó otra respuesta distinta a las opciones principales.

Gráfico 13.4.
Participación de hombres en la decisión y realización de procedimientos de IVE por parte de sus parejas



Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

13.5. Discusión

El aborto y la IVE son temas de gran importancia en el mundo. Como lo menciona la OMS (2022a), el aborto inseguro se debe abordar como un problema de salud pública y de derechos humanos, sexuales y reproductivos, teniendo en cuenta que la mayor proporción se presenta en países en vías de desarrollo, con leyes muy restrictivas para el aborto y en los grupos de población más vulnerables y marginados.

Colombia ha tenido avances importantes en su legislación desde el año 2006. En la ENDS del 2015 la proporción de IVE fue de 1,1 % y en la ENDS 2025 aumentó 0,4 puntos porcentuales.

En esta encuesta resulta llamativo el aumento a casi el doble de abortos espontáneos: la proporción registrada fue de 6,8 % en la ENDS 2015 , mientras que para el 2025 es del 15,4 %. Esta última cifra se acerca a lo reportado en la población general, del 12,0 % a 15,0 % de aborto espontáneo, según Magnus et al. (2019). Sin embargo, cuantificar la carga total del aborto espontáneo es un desafío porque las tasas de pérdida del embarazo son altas alrededor del momento en que los embarazos se reconocen clínicamente. Si bien no se tiene una razón específica para este incremento, este podría explicarse por factores como el envejecimiento de la población, la postergación de la maternidad o la incidencia de mujeres en edad fértil con patologías que aumentan el riesgo de aborto, como la diabetes, de acuerdo con Magnus et al. (2019). Como describe Garrido-Gimenez (2015), aún se desconoce la causa de la mayoría de los abortos espontáneos en el mundo, que presumiblemente son resultado de la interacción compleja entre la edad de los padres y factores genéticos, hormonales, inmunológicos y ambientales.

El análisis comparativo entre la ENDS 2015 y la ENDS 2025 permite evidenciar avances y desafíos persistentes en el acceso a la IVE en Colombia. En ambos periodos, los factores sociodemográficos y económicos han jugado un papel determinante en la incidencia y en el acceso a este procedimiento. Tanto en 2015 como en 2025, las mujeres menores de 20 años, no unidas, urbanas,

con educación superior y de niveles socioeconómicos altos presentan las tasas más elevadas de IVE, lo que sugiere una estabilidad en el comportamiento de algunos factores sociodemográficos y determinantes sociales de la salud que influyen en el acceso a este derecho desde el 2015.

La falta de conocimiento acerca de la planificación familiar y el acceso seguro a los servicios de salud sexual y reproductiva se convierten en barreras para el uso de estos servicios y ponen en riesgo la vida de las mujeres. Según la OMS (2022a), las muertes maternas atribuibles a abortos inseguros están entre un 4,7 % y un 13,2 %. En la ENDS 2025 se indagó por la solicitud de IVE en mujeres que desconocían su derecho a planificar y solo el 0,2 % solicitó este servicio, porcentaje que puede considerarse bajo si se mira la mortalidad materna en Colombia por aborto. Según el INS (2024), los casos de aborto séptico fueron de un 3,3 % y de aborto complicado con hemorragia del 1,6 %, superiores a la solicitud de la IVE encontrada en esta encuesta, lo que llama la atención y sugiere que aún se presentan casos de aborto inseguro en el país por falta de conocimiento y acceso a los servicios de IVE.

La persistente brecha en el conocimiento sobre el derecho a la IVE y sus causales evidencia la necesidad de fortalecer la educación en salud sexual y reproductiva. Estudios como el de Bohórquez Monsalve (2024) han documentado las barreras persistentes en el acceso al aborto, demostrando que la falta de información es uno de los principales obstáculos. Además, la OPS y la OMS (2024) señalan que el acceso a servicios de salud reproductiva en América Latina sigue siendo desigual, lo que impacta directamente en el nivel de conocimiento y en el ejercicio de derechos reproductivos.

En la ENDS 2015, cerca del 45,0 % de las mujeres y más del 50,0 % de los hombres demostraban un desconocimiento general sobre el contexto legal del aborto en el país. En la ENDS 2025 estos datos disminuyeron, el 38,4 % de las mujeres y el 46,5 % de los hombres no reconocieron el derecho a la IVE.

En cuanto al conocimiento de algunas causales, la relacionada con la salud mental de la mujer tuvo un mayor grado de conocimiento en comparación con

el año 2015. Entre las mujeres aumentó 30,3 puntos porcentuales y entre los hombres 27,9 puntos porcentuales. Sin embargo, el conocimiento de esta causal sigue siendo bajo, lo que coincide con lo expuesto por la OMS (2022a), que resalta la importancia de una interpretación integral del concepto de salud en los marcos normativos.

Asimismo, los datos de la ENDS 2025 demuestran que el nivel educativo y el acceso a la información están fuertemente relacionados con el conocimiento sobre el aborto, lo que concuerda con las investigaciones de Bohórquez Monsalve (2024) sobre el impacto de la formación en salud pública en la población general.

La falta de difusión efectiva de este derecho sigue limitando su ejercicio real. Las personas con educación superior, en los quintiles más altos de riqueza, de áreas urbanas y que no se reconocen como víctimas del conflicto armado tienen un mayor conocimiento sobre el aborto comparadas con aquellas sin educación, en los quintiles más bajos de riqueza, de áreas rurales y víctimas del conflicto armado, como lo indican los resultados de la ENDS 2025 y que se mantienen desde la ENDS 2015. Algo para resaltar en los datos del 2025 es que el nivel de desconocimiento del derecho a la IVE fue mayor en los y las adolescentes de 13 a 14 años.

Dichas diferencias reflejan un problema estructural que debería abordarse con políticas públicas más efectivas. Como lo plantea el documento de la OPS y OMS (2024), las inequidades en la seguridad social afectan directamente el acceso a información y servicios de salud. En este sentido, si las estrategias educativas no son reforzadas, el avance normativo pierde efectividad en la práctica. La implementación de programas de educación sexual y reproductiva integrales desde edades tempranas, como recomienda la OMS (WHO, 2006), es crucial para garantizar que todas las mujeres y los hombres, independientemente de su contexto socioeconómico, puedan ejercer su derecho a la IVE con conocimiento y autonomía.

Los resultados evidencian cómo factores socioeconómicos, culturales, geográficos y familiares influyen en la no realización de la IVE, lo que plantea interrogantes sobre la equidad en el acceso a este derecho. Si bien en esta encuesta al 84,4 % de las mujeres que solicitaron la IVE se les realizó el procedimiento, la mayor proporción de casos en los que no se llevó a cabo se presentó en aquellas con educación primaria y víctimas del conflicto armado, lo que sugiere que las desigualdades estructurales afectan la autonomía reproductiva.

Estos hallazgos de la encuesta son acordes con los del documento hacia un entorno de leyes y políticas que apoyen la atención del aborto de calidad, publicado por la WHO (2022), y los del documento del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2023), en los que se encuentra que existen barreras para la realización de la IVE que pueden generar retrasos en la prestación de los servicios y con plena garantía de los derechos sexuales y reproductivos, como la objeción de conciencia en los profesionales de salud, y un mayor estigma hacia las adolescentes, y según el género y la identidad de género, además de los determinantes estructurales como el contexto socioeconómico, cultural y de recursos materiales.

En el año 2022, la Corte Constitucional despenalizó el aborto hasta la semana 24 por la sola decisión de la mujer. En los resultados de la ENDS 2025 se encontró que el 60,6 % de las mujeres conoce esta nueva normativa (la pregunta no se realizó a los hombres). Esta cifra refuerza la necesidad de mayor difusión y educación sobre la legislación colombiana en la población, en especial en aquellas personas más vulnerables, como lo menciona la OMS (2006 y 2022a)

A nivel nacional, la principal barrera para la realización de la IVE fue el cambio de decisión motivado por talento humano en salud, lo cual resalta la persistente influencia de normas sociales en la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva. La diferencia entre zonas urbanas y rurales, aunque en parte explicada por la mayor concentración de usuarias en las ciudades, abre la discusión sobre las diferencias en la disponibilidad y la calidad de los servicios. Esto es acorde con los resultados del informe de la Fundación Jacarandas

(Bohórquez Monsalve, 2024), donde se ponen de manifiesto diferentes barreras para el acceso a la IVE, como la desinformación, el maltrato psicológico, el trato deshumanizado, esperas injustificadas para la realización del aborto, y desde los determinantes de la salud, como el contexto socioeconómico, cultural y político, la edad, la etnia y el territorio de procedencia. En los documentos de la WHO (2023), OMS (2022a) y el del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG 's, 2022) se recomienda la capacitación continua del talento humano en salud y la implementación de los servicios de telemedicina con el fin de mejorar el acceso y la disminución de las barreras mencionadas anteriormente.

Asimismo, la alta proporción de no realización de la IVE en ciertas regiones, como la Oriental y la Pacífica, sugiere barreras regionales específicas que pueden estar relacionadas con disponibilidad de servicios o factores culturales. Finalmente, la falta de autorización oportuna por parte de las EPS señala una barrera institucional que podría representar un obstáculo significativo, limitando el acceso efectivo al procedimiento de la IVE. Estos hallazgos resaltan la necesidad de abordar no solo la disponibilidad de los servicios, sino también los factores sociales y estructurales que influyen en la toma de decisiones de las mujeres. Recomendaciones que se plantean desde el ámbito internacional como lo sugiere la OMS en sus diferentes publicaciones (WHO, 2006, 2022b y 2023).

La evaluación de la experiencia con los servicios de salud para la IVE muestra que la percepción positiva es predominante, aunque varía según factores sociodemográficos. Las mujeres en zonas rurales, las no unidas y aquellas en los quintiles de riqueza más bajos reportaron mejores experiencias, mientras que en Bogotá la percepción fue negativa. La educación secundaria y la condición de víctima del conflicto armado parecen estar asociadas con una mejor evaluación del servicio. Estos resultados sugieren que el acceso y la calidad de la información sobre la IVE pueden estar influenciados por factores geográficos, económicos y educativos, lo que resalta la necesidad de mejorar la equidad en la atención, especialmente en contextos urbanos y en determinados niveles socioeconómicos.

Con respecto a una de las novedades que se incluyó en la ENDS 2025, las cifras reflejan una tendencia hacia una mayor participación masculina en los procesos de IVE. Sin embargo, persisten factores estructurales como la educación, el quintil de riqueza y el estado conyugal, que afectan el nivel de involucramiento. Según el documento de la OPS y OMS (2024), las mujeres casadas o en unión libre pueden tener diferentes barreras o facilitadores para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en comparación con mujeres solteras o separadas. La falta de apoyo del entorno o de la pareja sexual se destaca como una barrera significativa para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el aborto seguro. Más allá de la voluntad individual, la falta de información y las brechas socioeconómicas siguen limitando el rol de los hombres en la toma de decisiones reproductivas. Esto resalta la urgencia de políticas públicas que fomenten la educación sexual y reproductiva integral, y la corresponsabilidad en salud reproductiva, para garantizar que la mujer sea respaldada en la medida de lo posible durante el proceso de la IVE. Además, la sociedad y las políticas públicas deben garantizar la seguridad de las mujeres y la eliminación de la violencia intrafamiliar, pues se convierte en otra barrera de acceso como también lo evidencian la OPS y la OMS (2024).

Es relevante comprender los alcances y limitaciones de la ENDS 2025. En primera instancia, se trata de una encuesta poblacional, y es posible que algunas minorías poblacionales no estén representadas y se queden fuera algunas de las singularidades de las mujeres que solicitan una IVE, lo que implica que en algunos casos los datos obtenidos resulten no representativos de la población que tomó la decisión de una IVE. Además, la no respuesta de ciertos segmentos de la población, ya sea por falta de disponibilidad, desconfianza en los encuestadores, rechazo a participar o sesgo de memoria de las personas encuestadas, que hace que no mencionen hechos que no recuerdan, porque se indaga por situaciones ocurridas cinco años atrás, puede distorsionar los hallazgos y reducir la generalización de los resultados, sobre todo si se tiene en cuenta que el aborto y la IVE sigue siendo un tema tabú; como se observó en las adolescentes, cuyas altas

respuestas de “No sabe/No responde” reflejan posiblemente el desconocimiento sobre el tema o el temor para dar una respuesta concreta. Estas limitaciones deben considerarse al interpretar los datos, ya que pueden influir en la estimación de indicadores clave y en la formulación de políticas de salud basadas en los resultados de la encuesta.

A pesar de lo mencionado anteriormente, es claro que los hallazgos son consistentes con otras publicaciones y con la ENDS 2015, por consiguiente, sirven para guiar la promulgación de políticas públicas y el establecimiento de estrategias que repercutan en el mejoramiento de los indicadores en salud materna y, de esta manera, alcanzar las metas propuestas como país y las definidas en los ODS.

13.6. Conclusiones

El país ha tenido logros en la legislación y normatividad con respecto al derecho y al acceso a la IVE en condiciones seguras, que han permitido un avance en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, lo que explica un aumento de las cifras de IVE en un 0,4 % con respecto a la ENDS 2015. Sin embargo, se mantienen desigualdades e inequidades en la educación, en el acceso a la información, en la disponibilidad y en el acceso a servicios de salud amigables con las mujeres que solicitan la IVE, así como en la toma de decisiones, afectando principalmente a las mujeres con menores niveles de educación, a las más pobres y a las rurales. Esto llama a la reflexión sobre cómo enfrentar las inequidades y a mejorar en la aplicación efectiva de las políticas públicas de educación, con especial énfasis en los derechos sexuales y reproductivos en todo el territorio nacional.

El personal responsable de la atención en salud continúa siendo una barrera para la toma de decisiones autónomas por parte de las mujeres debido a que, en muchos casos, brinda una asesoría que busca cambiar la decisión de la mujer. Esta situación refleja la necesidad de capacitación en derechos humanos y en derechos sexuales y reproductivos al personal de la salud, para poder avanzar en

la garantía de la ruta de atención segura y con calidad, acorde con los estándares que exige la norma colombiana.

La despenalización del aborto en el país va a cumplir 20 años y si bien el grado de conocimiento de mujeres y hombres sobre la IVE ha avanzado, aún no es óptimo, con un desconocimiento importante del derecho en la población encuestada, que es mayor en adolescentes, y en hombres y mujeres de las áreas rurales. Por consiguiente, se necesitan mayores esfuerzos de difusión del derecho a la IVE y avanzar en el conocimiento de la legislación colombiana en relación con el tema para mejorar los porcentajes de conocimiento y participación que se evidencian en la ENDS 2025.

Los y las adolescentes son la población con menor conocimiento de la normatividad de la IVE en Colombia, lo que requiere que la formación en derechos sexuales y reproductivos sea más temprana y con metodologías acordes a esta población, que permita mejorar el conocimiento y, por ende, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Es positivo que en la ENDS 2025 se evidencie una tendencia hacia una mayor participación masculina en el apoyo a su pareja cuando enfrenta una IVE. Sin embargo, esta participación sigue estando condicionada por factores estructurales como el nivel educativo, el quintil de riqueza y el estado conyugal, lo que demuestra que no se trata solo de una cuestión de voluntad individual, sino de barreras sociales, demográficas y económicas persistentes. Esta situación refuerza la necesidad de implementar estrategias que promuevan la equidad, como la implementación de políticas públicas que fortalezcan la educación sexual y reproductiva, fomenten la corresponsabilidad y permitan que las mujeres, en la medida de lo posible, sean acompañadas por sus parejas en su decisión de la IVE.

La percepción de la atención en los servicios de salud para la IVE varía según factores sociodemográficos y económicos. Sin embargo, son evidentes barreras para la atención, como tiempos de espera prolongados, actitudes negativas del personal de la salud y falta de información adecuada y neutra, lo que se alinea con estudios internacionales y nacionales sobre desigualdades en el acceso a

este procedimiento. Estas diferencias resaltan la necesidad de mejorar el acceso y la calidad de la atención, para garantizar los derechos reproductivos de todas las mujeres.

A pesar de los cambios en el alcance de la IVE en Colombia, propiciados por las sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022, los resultados de esta encuesta no reflejan la gran complejidad que rodea las transformaciones en la autonomía y en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población. Sin embargo, sí permiten una aproximación a aspectos relevantes, como observar algunas tendencias no deseadas en la ENDS 2015 y que aún persisten (las inequidades en salud, el acceso y la calidad de la educación, el acceso y la calidad de los servicios de salud, la aplicación de la normatividad vigente en todo el territorio nacional sobre la IVE, entre otras). También evidencian la necesidad de explorar nuevas formas de aproximación, como la investigación cualitativa, para comprender mejor y actuar en consecuencia, y con ello lograr un cambio aún más profundo a favor de las mujeres en general y de las que deciden una IVE en particular.

Es importante actualizar las preguntas sobre IVE a la luz de toda la normatividad vigente en el país, con el propósito de visualizar de mejor manera los cambios en el acceso, el conocimiento, la eliminación de barreras y el cumplimiento de la norma, y para medir el avance con futuras encuestas. Esto permitirá la formulación de nuevas políticas en salud pública y educación para la población en general y para el talento humano en salud en particular, en aras de garantizar el derecho de las mujeres a la IVE.

En la última década, Colombia ha presentado un fenómeno migratorio importante, en especial de Venezuela, y estas mujeres han accedido a la IVE en el país, lo cual no se indagó en las preguntas que abordaron el tema del aborto y la IVE. Se considera importante y útil el conocimiento acerca del acceso de estas mujeres, la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos como población migrante, y la estimación de la ocurrencia del evento, de tal manera que permitan

tener datos para tomar decisiones como país en pro del mejoramiento continuo en la atención a este tipo de población.

La información que ofrece la ENDS 2025 juega un papel esencial como insumo clave para la articulación de los diferentes ministerios del gobierno nacional, y para la toma de decisiones en los procesos de diseño, implementación y seguimiento de estrategias y programas de acción en salud sexual y salud reproductiva, los cuales van mucho más allá del sector salud. Estos resultados impulsan a seguir trabajando para el logro del funcionamiento pleno de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal y el mejoramiento del acceso, la infraestructura, la dotación de servicios, la atención por personal calificado y la sostenibilidad financiera, con una perspectiva de derechos e intercultural que reconozca la dignidad humana y permitan la garantía del derecho a la salud de las mujeres y sus familias.

13.7. Recomendaciones

- La inequidad y la desigualdad son problemas estructurales que siguen vigentes y que afectan seriamente a las poblaciones más vulnerables. Se requiere un diálogo nacional con todos los actores para buscar salidas a estas situaciones y para tratar de mejorar la información, el acceso y el disfrute efectivo de los derechos sexuales y reproductivos para toda la población.
- Para mejorar el conocimiento y el acceso efectivo a los derechos sexuales y reproductivos es fundamental diseñar una estrategia de comunicación dirigida a toda la población, pero con especial énfasis en la adolescente. La estrategia debería incluir la educación sobre derechos sexuales y reproductivos en los currículos escolares, que contribuya con una mejor formación desde edades tempranas. Igualmente, es necesario ampliar el acceso a información clara y accesible a través del sistema de salud y de las redes sociales, entre otras.
- Es crucial fortalecer la difusión sobre el derecho de la mujer a la IVE hasta la semana 24 de gestación, así como sobre las causales permitidas por la legislación, con una perspectiva de equidad e intercultural que tenga presente las diferencias territoriales, socioeconómicas y culturales.
- Se debe fomentar la participación de los hombres en programas de educación sexual y reproductiva, promoviendo su involucramiento responsable en la toma de decisiones reproductivas, y acompañando a sus parejas en la decisión que en última instancia tome la mujer.
- Es esencial garantizar que los cambios normativos sobre la IVE sean difundidos de forma adecuada en poblaciones con menor nivel educativo, quintil de riqueza bajo y de zonas rurales, con el objetivo de asegurar que toda la sociedad cuente con la información necesaria para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

- También, se recomienda hacer obligatoria la inclusión de los derechos sexuales y reproductivos en los currículos de formación del área de la salud y, de esta manera, tratar de mejorar el acceso y el trato respetuoso a la población que asiste al sistema de salud.
- En relación con el desarrollo de la ENDS 2025, se recomienda mantener las preguntas que permitan comparar los resultados con encuestas anteriores e incluir nuevas preguntas de acuerdo con los avances en la normatividad colombiana, lo que posibilitará una mayor comprensión sobre el aborto e IVE, y una mejor toma de decisiones en favor del derecho a la IVE.
- Se deben mantener las preguntas que se introdujeron en esta encuesta sobre la satisfacción y barreras para la realización de la IVE, debido a que permitirán el enfoque en situaciones concretas que dificultan el acceso efectivo al derecho a la IVE, que serán tenidas en cuenta para generar políticas de salud pública que impacten dichas situaciones en favor de la reducción de la morbimortalidad de las mujeres.
- Se recomienda incluir a la población migrante en la indagación sobre la IVE para conocer la magnitud de la situación, las barreras de acceso, la calidad de la atención y su satisfacción con el procedimiento.

13.8. Lista de referencias

- Bohórquez Monsalve, V. (2024). "Agradezca que pudo abortar": Dos años de avances y barreras para acceder al aborto. Colectiva Justicia Mujer. <https://colectivajusticiamujer.org/wp-content/uploads/2024/03/Informe-Aborto-Jacarandas-2024.pdf>
- Instituto Nacional de Salud (INS). (2024). *Informe de mortalidad materna Colombia 2024*. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20INFORME%20DE%20EVENTO%202024.pdf>
- Corte Constitucional de Colombia. (2006, 10 de mayo). Sentencia C-355/06. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/C-355-06.htm>.
- Garrido-Gimenez, C. y Alijotas-Reig, J. (2015). Recurrent miscarriage: causes, evaluation and management. *Postgraduate medical journal*, 91(1073), 151-162.
- Magnus, M. C., Wilcox, A. J., Morken, N. H., Weinberg, C. R. y Håberg, S. E. (2019). Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: Prospective register based study. *BMJ*, 364, l869. <https://doi.org/10.1136/bmj.l869>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Resolución 051-2023. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%20051%20de%202023.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal*. Resolución 3280 de 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2023). *Lineamientos para la atención integral y acceso efectivo a interrupción voluntaria del embarazo por violación*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/Norma-tecnica-de-VBG-y-GVDH-.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022a). Directrices sobre la atención para el aborto. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). Access to sexual and reproductive health services in the Region of the Americas (El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en la región de las Américas). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/59914>

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). Best practice in post-abortion care. RCOG's global initiative to advocate for women's health. [Documento de mejores prácticas en atención posaborto]. [Royal College of Obstetricians and Gynaecologists]. <https://www.rcog.org.uk/media/geify5bx/abortion-care-best-practice-paper-april-2022.pdf>

World Health Organization. (2006). Reproductive health indicators: Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. World Health Organization.

World Health Organization. (2022b). Towards a supportive law and policy environment for quality abortion care: evidence brief. World Health Organization.

World Health Organization. (2023). Comprehensive Abortion Care: A Health Facility Assessment Tool.

World Health Organization. (2024). Towards a supportive law and policy environment for quality abortion care: Evidence.

13.9. Anexos

Anexo 13.1. Indicadores que se tuvieron en cuenta para la elaboración del capítulo

1. Proporción de mujeres de 13 a 49 años con vida sexual activa que han tenido aborto, aborto inducido, embarazo extrauterino o un nacido muerto como causal de terminación del embarazo.
2. Proporción de mujeres de 13 a 49 años con vida sexual activa que solicitaron la IVE a partir del 2006.
3. Proporción de mujeres que desconocían su derecho a planificación familiar y solicitaron un aborto inducido dentro de las causales establecidas.
4. Proporción de mujeres y de hombres que han tenido relaciones sexuales y que identifican el derecho a la IVE, y las causales despenalizadas en Colombia.
5. Oportunidad en la realización de la IVE.
6. Demoras atribuibles al sistema de salud y asociadas a la inoportunidad en la realización de la IVE.
7. Proporción de mujeres a quienes no se les realizó la IVE por acción u omisión de agentes del sistema de salud.
8. Proporción de mujeres que recibieron la IVE y reportaron experiencia negativa.
9. Proporción de mujeres que solicitaron apoyo judicial para acceder a la IVE.
10. Proporción de hombres de 13 a 59 años con vida sexual activa que refieren que alguna de sus parejas se practicó una IVE.
11. Apoyo masculino a la mujer en la realización de la IVE.