



Profamilia: estudio de caso sobre cambios institucionales graduales en la prestación de servicios de aborto en Colombia

Viviana Bohórquez Monsalve

Resumen

Este artículo trata sobre las transformaciones institucionales de los servicios de salud de Bogotá en aborto a través de un estudio de caso sobre Profamilia. Dicha entidad sin ánimo de lucro fue fundada en 1965, comprometida desde sus inicios con la lucha por los derechos y la salud reproductiva. Como prestador de servicios, Profamilia vivió profundas transformaciones graduales desde el año 2006, con la despenalización parcial del aborto en tres causales ordenada por la Corte Constitucional de Colombia. Después de la decisión constitucional, Profamilia pasó de no realizar ningún procedimiento de aborto, a convertirse progresivamente en el mayor proveedor de servicios. Por consiguiente, este artículo estudia la transformación de los servicios en el tiempo, empleando el método de análisis de cambios institucionales graduales propuesto por Mahoney y Thelen, para lograr realizar un estudio a profundidad sobre los cambios internos que se llevaron a cabo para lograr el aumento en los servicios y su relación con el marco legal vigente.

Palabras clave: aborto; Corte Constitucional; cambios institucionales graduales; derechos de las mujeres; servicios de salud.

Profamilia: A Case study on Gradual Institutional Changes in the Provision of Abortion Services in Colombia

Abstract

This article studies how the health services of Bogotá underwent institutional transformations to cover abortions, analyzing the case study of Profamilia. This non-profit organization founded in 1965 has fought for health and reproductive rights since its inception. As a provider of health services, Profamilia lived through complex and gradual transformations since 2006, when abortion was partially decriminalized in three cases thanks to Colombia's Constitutional Court. After the court's decision, Profamilia went from not performing any abortion procedures to gradually becoming the country's biggest provider of abortion services. Therefore, this article studies the transformation of the services during the years, using the method of analysis for gradual institutional changes proposed by Mahoney and Thelen, in order to do an in-depth analysis of the internal changes that were made in order to achieve the increase in services provided, and their correlation to the current legal framework.

Keywords: abortion; Constitutional Court; gradual institutional changes; women's rights; health services.

Profamilia: estudo de caso sobre mudanças institucionais graduais na prestação de serviços de aborto na Colômbia

Resumo

Este artigo trata sobre as transformações institucionais dos serviços de saúde de Bogotá em aborto por meio de um estudo de caso sobre Profamilia. Tal instituição sem fins lucrativos foi fundada em 1965, comprometida desde seus inícios com a luta pelos direitos e a saúde reprodutiva. Como prestador de serviços, Profamilia sofreu profundas transformações graduais desde o ano 2006, com a despenalização parcial do aborto em três causais ordenada pela Corte Constitucional da Colômbia. Depois da decisão constitucional, Profamilia passou de não realizar nenhum procedimento de aborto, a tornar-se progressivamente o maior fornecedor de serviços. Por conseguinte, este artigo estuda a transformação dos serviços no tempo, empregando o método de análise de mudanças institucionais graduais proposto por Mahoney e Thelen, para realizar um estudo em profundidade sobre as mudanças internas que se levaram a cabo para lograr o aumento dos serviços e sua relação com o marco legal em vigor.

Palavras-chave: aborto, Corte Constitucional, mudanças institucionais graduais, direitos das mulheres, serviços de saúde.

* Artículo de investigación. Tesis doctoral "aborto y cambio institucional en Colombia."

** Directora de Jacarandas, Colombia. Abogada, con maestría en Derechos Humanos de la Universidad Central Europea y Doctorado en Derecho de la Universidad de los Andes, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7454-0622>. Correo electrónico: viviana.bohorquez1@gmail.com

Cómo citar este artículo: Bohórquez Monsalve, V. (2022). Profamilia: estudio de caso sobre cambios institucionales graduales en la prestación de servicios de aborto en Colombia. *Estudios de Derecho*, 79 (174), 166-189

Doi: [10.17533/udea.esde.v79n174a07](https://doi.org/10.17533/udea.esde.v79n174a07)

Fecha de recepción: 28/02/2022 Fecha de aceptación: 13/06/2022



Profamilia: estudio de caso sobre cambios institucionales graduales en la prestación de servicios de aborto en Colombia

Introducción

En el 2006, la Corte Constitucional tomó una decisión histórica a favor de los derechos de las mujeres: despenalizó el aborto en tres causales a través de la Sentencia C-355 (Ansolabehere, 2009; Bergallo y Ramón Michel, 2016; Jaramillo y Alfonso, 2008). Por consiguiente, el cambio legal generó la obligación de garantizar dicho procedimiento en el sistema de salud de Colombia. Eso se traduce en cambios institucionales inmediatos para la atención del aborto en caso de riesgo para la vida o la salud de las mujeres, violación o incesto o malformación del feto incompatible con la vida. En términos de atención, era pasar de un procedimiento médico que no se realizaba y, por tanto, no había entrenamiento médico, hacia un modelo de atención en cumplimiento de unos requisitos legales para garantizar los derechos de las mujeres (Gloppen y Mindy, 2013). La pregunta sobre ¿Cómo se iban a realizar los cambios institucionales en coherencia con el nuevo marco legal en las tres causales constitucionalmente permitidas? No se respondía con fundamento el cambio legal generado por la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, se necesitaba activar cambios institucionales en el sistema de salud, que parten de rutina internas.

El cambio institucional hace referencia a las transformaciones en la estructura formal, en la cultura organizacional y las metas, los programas o la misión, así como el producto de interrupciones e intromisiones de tipo externo e interno (DiMaggio & Powell, 1999). Los cambios institucionales en relación con la prestación del servicio de salud del procedimiento de aborto en Colombia no fueron automáticos, ni tan rápido como se esperaba, incluso en clínicas especializadas en salud reproductiva como Profamilia tardó varios años. Por tal razón, el objeto del presente escrito responde a dos preguntas de investigación ¿Cómo y por qué se dieron los cambios institucionales en Profamilia en la implementación del procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo? Las preguntas por la implementación permiten poner en diálogo el cambio legal con los cambios institucionales que se enfrentan a la modificación o el reconocimiento de un derecho.

Profamilia es una entidad sin ánimo de lucro, fundada en 1965 por Fernando Tamayo (1922- 2017), médico ginecólogo. Desde 1967 forma parte de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF). Desde sus inicios, Profamilia lideró en Colombia la lucha por la defensa de los métodos anticonceptivos, como una forma de evitar embarazos no deseados y evitar las interrupciones del embarazo de forma clandestina (Profamilia, 2020). Es una clínica especializada en salud sexual y reproductiva, y además ha jugado un rol fundamental en la defensa y la protección de los derechos y la salud de las mujeres. Profamilia, en los años noventa lideró campañas que tuvieron enfrentamientos por estar a favor de los métodos anticonceptivos, en especial, para eliminar la autorización de las parejas en el consentimiento informado para realizarse una ligadura de trompas (Profamilia, 2020; Sweetman, 1996).

Para el análisis del cambio institucional, se usó el marco teórico de Mahoney y Thelen desde el enfoque distributivo, que parte del estudio de los problemas de interpretación y de cumplimiento de las reglas y abre un espacio para que los actores implementen las reglas existentes de nuevas maneras¹. El análisis institucional tiene una larga trayectoria y, en los últimos veinte años, ha tenido una gran influencia de teóricos norteamericanos, quienes promueven un enfoque conceptual distinto relacionado con el estudio de los fenómenos sociales, económicos y políticos (DiMaggio & Powell, 1999; Mahoney & Thelen; 2010).

1. Cambios institucionales graduales: aproximaciones teóricas

El cambio institucional ha sido entendido a nivel teórico como la transformación en la estructura formal en la cultura organizacional y sus rutinas, así como en aspectos tanto externos como internos (DiMaggio & Powell, 1999). Mahoney & Thelen (2010), analizan el cambio en las instituciones a través de tres variables: a) características del contexto político, b) características de la institución y c) el tipo de agente dominante. Del mismo modo, tienen en cuenta tres componentes fundamentales para el análisis: la ambigüedad, el poder y la agencia. La ambigüedad, entendida como las lagunas y las grietas que se dan entre la regla, su interpretación y ejecución. La agencia, como la capacidad de interpretar y ejecutar dichas reglas. Y el poder, presente en toda institución e ingrediente clave que detona la agencia (Mahoney & Thelen, 2010). Estos elementos son esenciales para responder las

1 Han existido tres grandes enfoques teóricos del análisis institucional: elección racional (la teoría positiva de las instituciones), institucionalismo organizacional y el institucionalismo histórico (Pierson y Skocpol, 2008). En el institucionalismo histórico algunos académicos impulsaron un segundo movimiento, que es el análisis institucional, que también se conoce como nuevo institucionalismo, el cual se enfoca en establecer un diálogo más constructivo al explorar las formas en que estos paradigmas se complementan y se conectan entre sí (Campbell, 2004; Thelen & Steinmo 1992; Hall & Taylor; 1996; Mahoney & Thelen, 2010).

preguntas sobre por qué y cómo se dan los cambios institucionales, que permiten entender de cerca los factores o elementos que se dieron para lograr transformar las instituciones.

Mahoney y Thelen proponen cuatro formas de cambio gradual y cuatro tipos de agentes de cambio: 1) Desplazamiento (*Displacement*): cuando el cambio se da por la eliminación de las reglas existentes y su sustitución por otras nuevas; 2) Adición o Sobreposición (*Layering*): el cambio que se produce cuando se introducen nuevas reglas que se adicionan a las existentes sin eliminar las anteriores; 3) A la deriva (*Drift*): aquí hay cambios en el efecto de las reglas debido a modificaciones en el ambiente; 4) Conversión (*Conversion*): es el cambio que se produce cuando hay una modificación en la promulgación, interpretación o ejecución de las reglas, que infringe el sentido establecido en el diseño de la regla; es la forma de cambio que más se sirve de la explotación de las ambigüedades de la regla (Mahoney & Thelen, 2010; Streeck & Thelen, 2005). Todos los cambios no son iguales ni se dan por los mismos factores dominantes, en estos están en juego las reglas, su interpretación o sus ambigüedades.

Adicionalmente, Mahoney & Thelen (2010), señalan que es importante tener en cuenta que los cambios institucionales se producen por diferentes razones: i) cuando existen choques exógenos de contención y asentamiento en campos adyacentes o ii) cuando ocurre un movimiento endógeno, ya que las ideas dentro de un campo influyen gradualmente en prácticas en campos adyacentes. Esto a nivel legal, es muy importante porque a menudo se piensa que las leyes son choques externos que generan cambios automáticos en cumplimiento de un deber legal o de un reconocimiento de derechos. Pero el acercamiento a las instituciones nos demuestra que con frecuencia los cambios o transformaciones se dan por un diálogo entre choques internos y externos. Sobre el tema de estudio (el aborto) hay poca literatura relacionada, al igual que sobre los cambios en las instituciones.

En Colombia, la literatura de cambio institucional no es utilizada de manera frecuente por los teóricos que hacen estudios jurídicos. El reto, entonces, es dialogar con el marco de cambio institucional, a partir de un estudio que da cuenta de cómo opera una norma jurídica que logre entender las transformaciones que genera una decisión de la Corte Constitucional, así como los cambios institucionales que traen consecuencias para los profesionales de la salud, quienes tienen en sus manos el deber y el poder de hacer realidad un derecho reconocido judicialmente, pero que no es de inmediato cumplimiento, en la medida en que requiere cambios en el sistema de salud y de todos los actores que lo integran.

A partir de estas categorías del cambio institucional gradual que han sido conceptualizadas por Mahoney y Thelen, se realiza un estudio de caso sobre Profamilia y el cambio institucional en la implementación institucional de la Interrupción Voluntaria del Embarazo con posterioridad al año 2006. Esto teniendo

en cuenta que la Corte Constitucional a través de la Sentencia C-355 de 2006 despenalizó el aborto en Colombia en tres causales: riesgo para la vida y la salud de las mujeres, violación o incesto, o malformación del feto incompatible con la vida. Eso se traduce en que Profamilia como institución prestadora de salud, tenía la necesidad de adoptar sus servicios para ofrecer la Interrupción Voluntaria del Embarazo (en adelante IVE).

2. Aspectos metodológicos

El estudio de caso busca responder a lo siguiente: ¿Cómo y por qué se dieron los cambios institucionales² en Profamilia en la implementación de las tres causales de Interrupción Voluntaria del Embarazo constitucionalmente permitidas en Colombia? Profamilia es una entidad privada, sin ánimo de lucro, que cuenta con más de 45 clínicas en toda Colombia. El estudio de caso se realizó con Profamilia porque es la institución más antigua y grande que presta servicios de salud reproductiva desde 1965.

En Bogotá, Profamilia tiene cinco sedes: Teusaquillo, Quirigua, Kennedy, Tunal y Antiguo Country. Cuatro de ellas prestan servicios de IVE y una de servicios de fertilización. Su sede principal es la Clínica Fernando Tamayo, que es el nombre del fundador de Profamilia, pero se conoce como la Clínica Piloto. En la Clínica Piloto se realizaron entrevistas a siete médicos, cuatro de ellos médicos generales que se dedican a la consulta de pacientes que solicitan IVE, dos médicos ginecólogos, uno encargado de procedimientos de mayor complejidad y otro, de la parte científica. Además, se entrevistó en la parte administrativa, a la gerente de servicios, una profesional de enfermería, una persona encargada de la parte operativa y una abogada de incidencia que trabaja en los temas de IVE a nivel jurídico y político, y por último, a la asesora jurídica que trabajó por 20 años en Profamilia y que se pensionó.

En total, se realizaron doce entrevistas³, un trabajo que cubre gran parte de los profesionales que prestan los servicios de IVE en la Clínica Piloto y que equivale

-
- 2 La definición de institución varía dependiendo del enfoque teórico de análisis institucional. De acuerdo con Campbell (2004), las instituciones son “las reglas formales e informales, de vigilancia y aplicación, y sistema de significado que definen el contexto en el cual los individuos, corporaciones, sindicatos, Estados- nación, y otras organizaciones operan e interactúan entre sí” (p. 299). Para North (1993), las instituciones son “restricciones que surgen de la inventiva humana para limitar las interacciones políticas, económicas y sociales. Incluyen restricciones informales, como las sanciones, los tabúes, las costumbres, las tradiciones, y los —códigos de conducta—, como así también reglas formales (constituciones, leyes, derechos de propiedad)” (p. 13) De acuerdo a Mahoney & Thelen (2010), las instituciones son definidas como las características relativamente perdurables de la vida política y social (reglas, normas, procedimientos) que estructuran el comportamiento y que no pueden cambiarse fácil o instantáneamente.
 - 3 Las doce entrevistas anónimas fueron realizadas entre marzo y junio de 2019, con consentimiento informado. Profamilia, Bogotá.

a más del 50 % de las personas que trabajan en la prestación del servicio. Algunas entrevistas se realizaron en dos sesiones, porque excedían más de una hora, aunque en todos los casos eran las mismas preguntas, los médicos respondieron con detalles que hicieron que cada entrevista fuera diferente y también abordaron temas de contexto que enriquecieron la investigación. El periodo de análisis de los cambios institucionales en Profamilia va de 2006 hasta el 2020.

3. Cambios institucionales en Interrupción Voluntaria del Embarazo en Profamilia

En el 2006, cuando la Corte Constitucional despenalizó parcialmente el delito de aborto a través de la Sentencia C-355 de 2006, Profamilia hizo su acompañamiento con Mónica Roa, la demandante, y con todas las aliadas feministas e integrantes de la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, momento histórico para los derechos sexuales y reproductivos en Colombia (Entrevistas 12, 2019; Profamilia, 2020). Sin embargo, la apertura a los servicios y la creación de un modelo de atención de acuerdo con los parámetros establecidos a nivel legal, tomó varios años de implementación y cambios de rutinas institucionales.

El principal hallazgo del presente caso de estudio es que el modelo de atención sobre IVE en Profamilia experimentó cambios graduales, que tardaron más de una década en implementarse y que fueron el resultado de, al menos, dos factores internos y algunos externos. En primer lugar, la decisión de la dirección general de Profamilia de avanzar en el modelo de salud en coherencia con el marco legal y la protección de los derechos de las mujeres, que condujo con los años a la creación de una política nacional de aborto. En segundo lugar, la voluntad y la capacidad de los profesionales de la salud de realizar las interrupciones voluntarias del embarazo, que desde el nivel interno promovieron a ajustar el modelo de atención que fueron mostrando resultados positivos, para así confirmar que era posible, seguro, y de calidad. A nivel externo, existieron constantes tensiones políticas sobre la interpretación de la Sentencia C-355 de 2006, que hizo más lento el cambio interno.

Para estudiar los cambios legales, primero se analizaron en el tiempo las transformaciones y el contexto jurídico, político e institucional de las reglas y rutinas internas en Profamilia. En segundo lugar, se realizó una reconstrucción de la prestación del servicio de aborto, al respecto, todas las personas entrevistadas coinciden en que ello ha sido un camino largo y constante de transformaciones. Por consiguiente, a continuación, se estudian los cambios graduales mediados por el tiempo, las decisiones políticas, el contexto y el poder, que generaron dichas modificaciones de rutinas institucionales y que llevaron al cumplimiento del marco legal a favor del aborto, que creó la Corte Constitucional en el 2006 en Colombia.

3.1. Ausencia de desplazamiento y bloqueo de las reglas, 2006

Desde antes de la publicación de la Sentencia C-355 de 2006, Profamilia prestó el apoyo técnico a nivel jurídico en conjunto con otras organizaciones de la sociedad civil para la reglamentación que realizó el Ministerio de Salud sobre IVE (Barraza y Gómez, 2009). Los médicos que trabajaban en el 2006 coinciden en que la directora ejecutiva de su momento, María Isabel Plata, fue muy temerosa en la implementación y habilitación de los procedimientos de IVE. Además, Plata consideraba que la Fundación Oriéntame, podía brindar ese servicio y Profamilia seguir siendo pionera en otros temas de salud sexual y reproductiva, como lo venía haciendo desde hace varias décadas, lo que le había permitido posicionarse en gran parte de Colombia (Entrevistas 2 y 9, 2019; Profamilia, 2020).

Las reacciones de los médicos de Profamilia se debatían entre quienes querían conocer más a fondo la Sentencia C-355 de 2006 y quienes no se interesaban en absoluto en el tema. Un médico recuerda que “se imprimió el texto, era muy largo, más de 500 páginas, un magistrado vino y expuso, habló muy sencillo, seguro le dijeron que los médicos no entendíamos” (Entrevista 5, 2019). Para otros profesionales de la salud era claro que algunos colegas tenían resistencia sobre la IVE, “la reacción no fue favorable por parte de algunos médicos, una ginecóloga me dijo que nuestro nombre no iba alineado con esa decisión, teníamos que ver más con la familia” (Entrevista 8, 2019). Los profesionales de la salud entrevistados recuerdan que fue una gran noticia, pero “en ese momento no fue la que se esperaba, empezó todo más despacio. Estábamos empezando a conocer la sentencia” (Entrevista 9, 2019). Adicionalmente, en el 2006 Profamilia recibía financiación de USAID y existía una cláusula que no permitía realizar IVE, debido a una política del gobierno de los Estados Unidos de América que se conoce como *Global Gag Rule*, política que prohíbe a las organizaciones no gubernamentales extranjeras que reciben fondos de salud global de participar en trabajos relacionados con el aborto.

El cambio en términos institucionales no se produjo en parte porque la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, no logró un choque exógeno de contención y asentamiento en campos adyacentes. Es decir, no logró mover las estructuras o rutinas institucionales de forma inmediata. Tampoco ocurrió un movimiento endógeno, en el sentido de que no existían ideas dentro de un campo que influyeran gradualmente en prácticas de los campos adyacentes (Mahoney & Thelen, 2010). Eso significa que la Corte no logró choques internos en las prácticas médicas de forma inmediata, porque por el tipo de cambio que se requiere al nivel de rutinas médicas demanda varios factores y choques para lograr mover las instituciones. Los cambios legales en temas como el aborto no dependen únicamente de las modificaciones legales, hay muchos elementos en juego, como por ejemplo, la capacidad instalada para realizar el procedimiento, el lugar, las personas, y cómo

esas personas asimilen el cambio legal para proponerse realizar el cambio en las rutinas, en especial, cuando se trata de servicios privados de prestación de salud. En el ámbito privado, la obligatoriedad tiene otra relevancia que no es objeto de estudio en el presente trabajo.

3.2. Desplazamiento mínimo por resistencia, 2007-2010

La primera IVE que se hizo en Profamilia fue en el año 2007 por la causal violencia sexual. Profamilia decidió entrenar en la Fundación Oriéntame a un pequeño grupo de médicos ginecólogos en aspectos prácticos para realizar el procedimiento de IVE y conocer cómo funcionaban los diferentes métodos quirúrgicos y no quirúrgicos para realizar el IVE (Entrevista 8, 2019). De acuerdo con las cifras de Profamilia, en el primer año tras la Sentencia C-355 de 2006, en Bogotá se realizaron 2 interrupciones de embarazo, en el resto de Colombia tomaría más tiempo, al igual que la aceptación y aplicación de los lineamientos a nivel técnico, social y político.

La mayoría de los médicos entrevistados señalan que no recibieron entrenamiento en la universidad sobre IVE en el pregrado de Medicina, ni en la especialización en Ginecología y Obstetricia. Esto, para muchos, hizo más difícil la implementación de la Sentencia C-355 de 2006, pues suponía a profesionales que llevaban cinco, diez o más años ejerciendo su profesión, incluso como especialistas en ginecología y estas prácticas arraigadas son difíciles de modificar. Esto en términos institucionales se conoce como movimiento endógeno, en el sentido que se empiezan a tomar medidas internas para cambiar las rutinas institucionales (Mahoney & Thelen, 2010).

En el 2008, Profamilia decidió dar un paso más grande y empezó a atender a mujeres que invocaban la causal violencia sexual hasta la semana 12 de gestación, cuyo requisito constitucional era presentar copia de la denuncia (Corte Constitucional, Sentencia C-355 de 2006). Profamilia realizó una campaña que se llamaba “A viva voz” sobre violencia sexual, liderada por el cantante Peter Manjarrés y la actriz Diana Ángel (Entrevista 5, 2019). Bajo esta política se realizaron 8 interrupciones de embarazo en toda Colombia. Aunque con la campaña se promovió el servicio, el panorama no cambió sustancialmente en términos de rutinas institucionales internas, ni en los choques externos.

En 2009, Profamilia realizó 17 procedimientos de interrupción del embarazo por causal violencia sexual, en Bogotá. Aunque este procedimiento no se realizaba en otras partes de Colombia, la decisión era implementarlo con el tiempo, cuando existiera mayor entrenamiento y capacidad técnica en otras clínicas (Entrevistas 5 y 9, 2019). En este contexto la pregunta es ¿Por qué no hacerlo con base en las otras causales constitucionalmente permitidas? La respuesta fue que la organización no estaba preparada a nivel técnico ni a nivel del modelo de atención médico,

y por tanto, no existieron modificaciones de las rutinas internas. Aunque es claro que no existía un velo ideológico contra el derecho de las mujeres a decidir sobre la maternidad desde las líneas de poder de Profamilia (Profamilia, 2020).

En términos institucionales, la resistencia a modificar las reglas, las rutinas médicas, y las instituciones que se dio en parte por inercia, se transformó casi en veto por la firmeza de no adoptar un modelo de atención de acuerdo con los parámetros constitucionales, lo cual, en efecto, se tradujo en que en los primeros cuatro años de implementación de la Sentencia C-355 de 2006 se realizaron solo 22 interrupciones voluntarias del embarazo: 0 en el 2006, 2 en el 2007, 13 en el 2008, 17 en el 2009. En el 2010 existió un aumento a 382 interrupciones, lo que se explica por la descentralización de los servicios en otras ciudades de Colombia. En cinco años, el total es de 404 IVE, que para la capacidad institucional de Profamilia representa muy poco, frente al potencial de mujeres que podrían atender, en tanto no es ni el 1 % de todos los servicios médicos que presta Profamilia por año en Colombia.

3.3. Cambio parcial y desplazamiento de las reglas, 2011-2015

En el período 2011 a 2015 Profamilia apostó por cambios en las rutinas internas y externas. En el ámbito interno comenzó un desplazamiento de las reglas, conllevando a un cambio institucional, que partió desde la dirección ejecutiva y pasó por una interpretación más amplia a nivel legal, unas nuevas rutinas médicas y campañas de comunicación con el fin de atraer mayor demanda de servicios médicos.

a. Cambio de dirección ejecutiva y reestructuración institucional, 2012

Profamilia en 2011 y 2012 internamente adoptó dos decisiones fundamentales. En primer lugar, decidió empezar a entrenar médicos generales para la IVE y tomó la decisión de realizar abortos en causal salud, en especial, salud mental. Ampliar las causales, era decisivo para aumentar la demanda de servicios. En segundo lugar, en el 2012, Profamilia cambió de directora ejecutiva, lo que derivó en una reestructuración administrativa. Eligen a Marta Royo como directora ejecutiva, quien estudió Economía y luego realizó una maestría en Economía Social en la Universidad de Barcelona y una maestría en Literatura en la Universidad de Nueva York. Su trayectoria profesional se ha remitido a la gerencia de negocios y compras en Farmasanitas y a la Dirección Ejecutiva de la Fundación Sanitas Internacional, lo que se traduce en una experiencia relevante en el sector salud y de gerencia (Profamilia, 2020).

El primer cambio que impulsó Marta Royo fue reorganizar los grupos de trabajo de dirección médica, contratación, información, atención al usuario, jóvenes y direcciones regionales. Para el beneficio de las usuarias también se adoptaron medidas tendientes a la modernización y recepción de preguntas

por vía telefónica, virtual, presencial y escrita; se realizó la ampliación del horario de atención y se unificó a nivel nacional el procedimiento de gestión de quejas, sugerencias, peticiones y felicitaciones, para mejorar la atención al cliente (Profamilia, 2013). La fachada de Profamilia se pintó de un color verde claro y juvenil que simbolizaba la transformación y el inicio de una nueva era (Profamilia, 2020).

En el 2013, como parte del proceso de reestructuración administrativa de Profamilia, se realizaron dos investigaciones sobre IVE en los servicios de salud. La primera sobre IVE y barreras de acceso para su atención. Se entrevistaron 73 mujeres para conocer los graves problemas que enfrentan por desconocimiento del marco legal y por malas prácticas del servicio de salud que hacen que se sientan juzgadas (Profamilia, 2013). Un segundo estudio titulado: *Estigma Asociado a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia, una aproximación a partir de la experiencia en nueve Centros de Atención de Profamilia*, se realizó con el fin de identificar las barreras de acceso al servicio y para la formulación de un plan de reducción del estigma, que permitiera fortalecer los servicios y una atención humanizada para las usuarias (Profamilia, 2013).

En el 2014 y 2015, Profamilia con apoyo de cooperación internacional implementó el proyecto: *Expandingo y mejorando el acceso a servicios de aborto seguro*, que permitió que 513 empleados de todo el país, es decir, de las cuatro regionales, conocieran a través de los talleres de bioética sobre IVE, desde una perspectiva ético-religiosa, que promueve una comprensión histórica y laica sobre el tema y que busca eliminar los prejuicios y el estigma que toda persona puede llegar a tener como parte de una construcción social y cultural (Profamilia, 2014, 2015). Además, Profamilia creó el área de incidencia como una forma de hacer seguimiento ante los eventuales retrocesos o posibles avances (Entrevista 10, 2019).

b. Campañas para la promoción de los servicios de salud, 2015

En mayo de 2015, Profamilia realizó una campaña sobre IVE que se llamó “La decisión es tuya” y mostraba cifras sobre procedimientos clandestinos. La campaña señalaba que “398.000 abortos no debieron ser clandestinos”, que fue seriamente cuestionada por promover el aborto entre grupos conservadores (Rincón Escalante, 2015). En el mismo año, en septiembre, el movimiento “40 Días por la vida”, por primera vez, empezó a organizar vigiliadas cada semestre para orar por el fin del aborto en Colombia. La convocatoria en Bogotá para estas manifestaciones se han realizado frente la clínica Piloto de Profamilia y Oriéntame, las dos ubicadas en el barrio Teusaquillo. Aunque el lugar permanente de oración es frente a Oriéntame. Son 40 días, donde alrededor de 30 a 50 personas rezan por la zona y lo hacen dos veces al año. La primera se hace 40 días antes de la semana santa y la segunda se organiza 40 días antes del 28 de septiembre, día internacional de la despenalización del aborto.

Las vigilias también se hacen caminando por el barrio, en algunos momentos del día. La primera manifestación en el 2015 estuvo acompañada por hombres y mujeres de la Policía de Bogotá. Marchando con flores blancas en las manos, una camioneta de la Policía con una estatua de la Virgen y la banda de guerra de la institución. Esto generó críticas por parte de la comunidad, relacionadas con el rol de una institución del Estado en una manifestación religiosa y dichas críticas fueron publicadas en los medios de comunicación (Rincón Escalante, 2015). Para Profamilia, la participación de la Policía Nacional en muchas de estas manifestaciones las legitima y envía un mensaje de criminalización de los servicios de aborto al público (Profamilia, 2017a).

En el período de 2011 a 2015, Profamilia aumentó considerablemente dichas prácticas: 1.349 en el 2011, 2.265 en el 2012, 2.684 en el 2013, 3.473 en el 2014 y 6.213 en el 2015. Para llegar a estas cifras, Profamilia sufrió varios cambios internos, resultado de la gradualidad que ha caracterizado todo el proceso de atención. De acuerdo con Mahoney y Thelen los resultados institucionales no necesitan reflejar los objetivos de ningún grupo en particular, estos pueden ser el impacto o la promulgación no intencionada, o el resultado de un conflicto entre grupos o “compromisos ambiguos” entre actores, que pueden coordinar los medios institucionales. Eso también devela que no hay nada automático o autoinducido sobre los arreglos institucionales. Más bien hace referencia a un componente dinámico en el que las instituciones representan compromisos o asentamientos relativamente duraderos. Esto significa que los cambios toman tiempo, que a nivel institucional no hay cambios profundos, así se trate de la garantía de derechos, que son de obligatorio cumplimiento. Hasta cierto punto, porque existen acuerdos implícitos que hacen que sea difícil introducir nuevas rutinas. Desde este punto de vista el cambio y la estabilidad están estrechamente relacionados, en la medida que aquellos que se benefician de los acuerdos existentes pueden tener una preferencia objetiva por la continuidad, pero garantizar tal continuidad requiere la movilización continua de apoyo político y, a menudo, esfuerzos activos para resolver las ambigüedades institucionales a su favor.

3.4. Cambio estructural y desplazamiento de las reglas, 2016 – 2020

Desde el 2016 la dirección general de Profamilia decidió realizar cambios y transformaciones graduales en el modelo de atención en IVE. En primer lugar, la dirección general tomó la decisión de crear una coordinación general en el tema de IVE a cargo de un médico general, centralizado en Bogotá, y luego decidió crear un equipo a nivel nacional conformado por alrededor de 40 médicos. En segundo lugar, la institución decidió contar con un profesional de enfermería en la coordinación de cada una de las cuatro regionales. Según uno de los entrevistados: “En Profamilia los avances han estado en cabeza de la dirección ejecutiva, pero es

cuando tiene médicos comprometidos que se hace efectiva esa voluntad política de la institución” (Entrevista 4, 2019).

Desde ese momento, también Profamilia empezó a pensar en el aumento de número de semanas para realizar IVE. Hasta ese instante era de 12 semanas de gestación y se aumentó a 13 semanas, inicialmente. A los seis u ocho meses empezaron a realizar IVE hasta las 14.6 semanas de gestación. Esto significaba un cambio de método para realizar la IVE, porque es otro trimestre de gestación (Entrevistas 4 y 6, 2019). Para ello, los médicos de Bogotá y Medellín recibieron capacitación fuera del país. Con la estructura de coordinación general en IVE, las coordinaciones regionales y algunos médicos entrenados para IVE en segundo y tercer semestre de gestación, el paso siguiente fue hacer una transformación en lineamientos y políticas para todas las clínicas de Profamilia, lo que permitió un cambio gradual de los lineamientos legales y a los modelos de atención en IVE (Entrevistas 3 y 12).

a. La Política Nacional de Aborto de Profamilia, 2017

En el año 2017, Profamilia realizó un cambio institucional profundo en el modelo de atención médica sobre IVE al crear la Política Nacional de Aborto de Profamilia. El cambio estuvo motivado por mejorar la atención médica que cada vez era más demandada por las mujeres, responder a algunas quejas que habían presentado las mismas sobre los problemas de atención, focalizar la atención y aumentar el número de procedimientos (Entrevista 5, 2019). Habían transcurrido un poco más de 10 años de la Sentencia C-355 de 2006 y se habían publicado alrededor de 16 sentencias de tutela sobre IVE en la Corte Constitucional (Sentencias de tutela: T-171 de 2007, T-988 de 2007, T-009 de 2009, T-209 de 2008, T-946 de 2008, T-388 de 2009, T-585 de 2010, T-841 de 2011, T-959 de 2011, T-636 de 2011, T-627 de 2012, T-532 de 2014, T-301 de 2016, T-697 de 2016 y T-731 de 2016).

Para muchos profesionales el cambio era necesario, “la idea de cambiar la forma de atención era una decisión que tenía que venir de la dirección, es decir, de las directivas de Profamilia hacia los profesionales de la salud que realizaban la parte operativa del servicio” (Entrevista 3, 2019). Esta afirmación no significa que los médicos no sean tomados en cuenta, sino porque hay mucha resistencia interna respecto al tema, esto se ha dado a conocer a través de los años e incluso algunas pacientes lo han dejado reportado en las quejas al servicio y que han sido tomadas en cuenta (Entrevistas 3 y 5, 2019).

Profamilia lanzó la Política Nacional de Aborto con el fin de

Promover el reconocimiento del derecho al aborto y garantizar el acceso sin barreras a servicios de prevención y atención del embarazo no deseado como componente del derecho a la autonomía reproductiva y los principios y buenas prácticas que

deben seguir los empleados de Profamilia para su garantía y materialización. (Profamilia, 2017b, p. 1)

Dicha política buscó mejorar el acceso y aumentar la sensibilidad, al señalar por ejemplo que “todos los empleados que actualmente laboran o ingresan a Profamilia, independiente de su posición o cargo, deben recibir sensibilización y capacitación sobre el derecho al aborto” (Profamilia, 2017b, p. 1).

Profamilia reconoce “el derecho al aborto”, que se materializa con el acceso a la información y la prestación de servicios de aborto que cumplan con todos los atributos de la calidad y seguridad” (Profamilia, 2017b, p. 2). Uno de los temas más sensibles en la prestación del servicio de salud es la objeción de conciencia. Sobre el particular los lineamientos de Profamilia son los siguientes:

Considerando que el derecho a la libertad de conciencia ejercido como objeción a la realización de procedimientos de aborto por parte de profesionales médicos podría limitar el acceso de las mujeres a la atención y que la prestación de las mismas es parte de la labor misional de Profamilia, la organización debe garantizar que el talento humano está dispuesto para la prestación de los servicios de salud. (Profamilia, 2017b, p. 2).

Con estas palabras, está diciendo que realizar una IVE es un procedimiento misional y que por tanto, todos los médicos que hacen parte de la organización deben estar dispuestos a realizarlo. Por supuesto, esto no se traduce en que no se respeten los derechos de los objetores de conciencia. Adicionalmente, como parte de la Política Nacional de Aborto, Profamilia adoptó una política de selección de personal que permite contratar médicos con afinidad a la misión de la organización, la cual hace parte de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Para las personas que llevan años trabajando en la institución el “Pacto de compromiso por la garantía al derecho al aborto”, es una medida pedagógica para promover responsabilidades de todas las personas que trabajan en sus clínicas, a través de la firma de un compromiso sobre la información y la atención de los servicios de IVE:

Por medio de este pacto, _____ con número de Cédula _____ de _____ quien ingresa al cargo de _____, me comprometo a ser facilitador de la información en derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el derecho al aborto. De igual modo, me comprometo a facilitar y no obstruir de ninguna forma el acceso de las niñas y mujeres a los servicios de aborto voluntario que presta la organización. Esto incluye no imponer

ninguna barrera, por acción u omisión, de tipo informativo, actitudinal y/o administrativa que puedan restringir, dilatar o impedir el acceso a los servicios de aborto en condiciones de calidad y humanización. Por último, afirmo haber leído y entendido la “Política Nacional de Aborto”, y me comprometo a su cumplimiento desde el área en la que me desempeñaré. (Profamilia, 2017a, p. 3)

Este Pacto buscó un compromiso más allá del contrato y de las relaciones contractuales clásicas. Era una forma de hablar y generar consensos, a través de una firma simbólica donde quedaba plasmado el compromiso en la prestación del servicio sobre IVE. Sin embargo, para muchas personas no fue leído así. El Sindicato de Trabajadores se pronunció en contra de obligar a los trabajadores y contratistas a asumir posiciones contrarias a sus propias creencias en relación con la IVE. Esto develó muchas tensiones internas que se tradujeron en la necesidad de contratar personas nuevas, con el pacto a favor de la IVE.

Detrás de ese compromiso, estaban algunas quejas y testimonios de mujeres que habían llegado a preguntar y solicitar información o servicios de IVE y personas vinculadas a Profamilia que estaban en los pasillos o en los puntos de ingreso había reaccionado de forma contraria, algunas veces no daban la información, ofrecían la información errada, negaban que existieran ese tipo de servicios e incluso algunas reaccionaban con juicios negativos hacia las mujeres, tales como “mejor cuídese, planifique y no pregunte por eso” (Entrevista 4, 2019).

La Clínica Piloto fue pionera en la implementación de la política y desarrolló sus propias estrategias para la implementación teniendo en cuenta la demanda, el espacio y los profesionales que trabajan allí. “Esta es la clínica que más hace abortos de toda Colombia, mueve el 30 % de toda Profamilia. Se hacen diario, entre 20 y 25 procedimientos” (Entrevista 4, 2019). Así, en la Clínica Piloto cambió el modelo de atención en salud especializado en IVE a través de cuatro medidas que se pudieron identificar en las entrevistas: a) médicos y equipo de trabajo capacitado y sensibilizado, b) un lugar especializado para la prestación del servicio, c) creación de un turno digital en la entrada sobre IVE y d) métodos y técnicas para realizar el IVE en todas las semanas de gestación.

b. Equipo de trabajo capacitado y sensibilizado en IVE

La Clínica Piloto en el marco de la Política Nacional de Aborto creó un equipo de trabajo conformado por profesionales de medicina general, ginecología y obstetricia, enfermería y auxiliares de enfermería. Gran parte del equipo es nuevo porque los médicos que tienen más años en Profamilia no estaban de acuerdo con la prestación. Se habilitaron cuatro consultorios de consulta externa a cargo de médicos generales para realizar IVE de forma ambulatoria con prescripción

de medicamentos. Un consultorio para realizar Aspiración Manual Endouterina (AMEU), con una sala de espera y espacio para sedación y cuatro quirófanos con ginecólogos habilitados para IVE después de la semana 20 (Entrevistas 5 y 9, 2019).

Los médicos generales y los ginecólogos recibieron entrenamiento para realizar IVE y capacitación a nivel jurídico sobre el contenido y el alcance de las sentencias sobre IVE de la Corte Constitucional, los protocolos del Ministerio de Salud y las circulares de la Superintendencia de Salud. Varios médicos señalaron que tenían experiencia en otras clínicas especializadas, privadas o en hospitales públicos, en derechos sexuales y reproductivos donde se prestaba el servicio de IVE, lo que permitió tener un equipo entrenado en pocos meses y sensibilizado con las pacientes (Entrevistas 5 y 9, 2019).

Los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería no tienen un papel protagónico durante el procedimiento de IVE, pero son necesarios en el modelo integral de atención, en la medida que son quienes reciben a las pacientes, están cerca durante el tiempo de espera y las direccionan en general durante todo el trámite médico. Sin embargo, fueron quienes tuvieron mayor resistencia a trabajar tiempo completo atendiendo a mujeres que solicitaron IVE y manifestaron su negativa a estar en ese espacio, por no estar de acuerdo con la IVE. Existió el caso de una enfermera que tuvo el turno en el piso de IVE y esa experiencia cambió su opinión sobre la IVE, lo que demuestra que la gente se deja llevar por prejuicios, pero puede cambiarlos (Entrevistas 5 y 9, 2019).

Los médicos cuentan con un material de apoyo, unas cartillas sobre IVE, donde está descrito de forma sencilla qué es el IVE, su soporte legal y riesgos. También tiene un material para la entrega de los medicamentos donde describen de forma sencilla cómo se deben tomar y qué deben hacer en caso de emergencia y el número de contacto. Esto permite que la atención de las mujeres tenga el mismo nivel de información o la mayor cantidad unificada posible (Profamilia, 2017a).

Este material traduce la causal legal de riesgo para la salud física y mental en situaciones concretas que son más fáciles de entender al alcance de los médicos y de las pacientes. Por ejemplo, cuando señala: “aspectos sociales que generen o aumenten la vulnerabilidad de sufrir afectaciones a la salud física y mental como condiciones crónicas de pobreza o embarazo temprano” (Profamilia, 2017a), con estas palabras, se les informa a las mujeres que cuando tienen un embarazo en condiciones de pobreza, es un riesgo para la afectación a la salud mental y social, ese riesgo no es presente, puede ser futuro, no es real, es la posibilidad de que exista. Igualmente, cuando señala “estrés por condiciones sociales, materiales precarios o de marginación” (Profamilia, 2017a). Adicionalmente, el material de apoyo también se hizo para personas con discapacidad y para niñas y adolescentes.

c. Lugar y turno especializado para la atención en IVE, 2018-2020

Históricamente, la Clínica Piloto se ha especializado en anticoncepción, así en su mayoría son hombres y mujeres en edad reproductiva quienes solicitan una asesoría en salud reproductiva. Sin embargo, en un momento esto resultó incómodo para las pacientes que querían solicitar una interrupción del embarazo, ya que tenían que compartir el espacio con personas que iban a otros servicios. Por decisión de la parte administrativa y los profesionales de la salud, se creó el piso 2b, que empezó a funcionar en el segundo semestre de 2017.

Esto se dio después de que algunos profesionales de la salud identificaron que se estaban presentando problemas, en especial porque, en palabras de un entrevistado:

Había pacientes perdidas, les empezamos a preguntar y la historia clínica no aparecía, la historia estaba escondida, no se sabía nada, pacientes que tenían carácter y ponían la queja, pero también sabemos que seguramente muchas se quedaron calladas y simplemente no fueron atendidas. (Entrevista 9, 2019).

Para evitar ese problema se consideró que lo mejor era crear una ruta que permitiera a la paciente, una vez que ingresara a la clínica, ser atendida en el menor tiempo posible, “el objetivo lograr que no las maltraten, pueden llegar ahí al segundo piso y ubicarse” (Entrevista 9, 2019). Este problema también fue identificado en algunas investigaciones sobre las barreras que sufren las mujeres que solicitan IVE en Bogotá y se documentaron casos de mujeres que solicitaron servicios en la Clínica Piloto (Profamilia, 2013 y 2014).

Además del piso y sección para IVE, en el 2018 se instaló el turno digital donde existe la opción de interrupción del embarazo. Las mujeres entran y escogen en la pantalla el servicio que requieren, aparece que deben ir al piso 2b. Esta fue una forma de aprovechar la tecnología y evitar contacto con personas que puedan dar información equivocada sobre la IVE (Entrevista 9, 2019). Para la parte administrativa era una forma de resolver el problema de la desinformación y de la cultura institucional en contra de la IVE y así

No se pierdan las usuarias, no podemos estar con los ojos encima para que no se oculte la historia clínica, o evitar los comentarios, mala cara. En ese momento dijimos no puede seguir, cuadrarnos un piso único y un turno digital. (Entrevista 9, 2019)

Pero había otro problema que dificultaba la atención de las mujeres: la facturación y la caja. Las mujeres que solicitan los servicios de IVE pueden facturar

como particulares o a través de la EPS. En este último, casi siempre y cuando exista convenio con Profamilia. Así, un paso en el modelo de atención es la facturación. Muchas mujeres se sentían incómodas cuando en voz alta decían que iban a pagar una IVE. Por esa razón, en el piso 2b también hay una facturación. No tienen que ir a otro lugar (Entrevistas 6, 2 y 9)⁴.

Para algunos médicos, “la mejor opción es que no tengan contacto con nada, oprime ‘embarazo no deseado’ y dice se dirige al piso 2b” (Entrevista 9, 2019). Es resultado de tener empatía por las mujeres:

Me pongo en los zapatos de las mujeres, que expectativas tengo cuando voy a solicitar el servicio, me gusta que nadie me tenga que preguntar muchas cosas, me dirijo a un piso, es mejor, solo le cuento todo mi rollo al médico. (Entrevista 9, 2019)

En algunos casos hemos visto que se generan redes, “comparten historias entre ellas, se cambian teléfonos. Muchas vienen solas y necesitan hablar con alguien, de pronto va a estar al lado de alguien que está en la misma situación” (Entrevista 2, 2019). En otros, es una forma de ocultar el problema de fondo. “Con este método se evita que las pacientes se encuentran con personas que no cumplen con su deber” (Entrevista 10, 2019). En esta ruta también se adoptó un cambio de lenguaje, en la medida en que se hace referencia a IVE, aunque todo el material y en el nombre de la política dice la palabra “aborto”: “no se usa esa palabra en ninguna parte, es una palabra fuerte, porque no se genera estigma, interrupción del embarazo, de entrada, genera preguntas. Socialmente aborto es fuerte, es pesada” (Entrevista 5, 2019).

d. Técnicas y límite de semanas para realizar la IVE

El aborto se realiza con diferentes métodos, este está ligado al número de semanas de gestación. En las primeras semanas de gestación los abortos se pueden realizar con medicamentos. Después de la semana 10 del embarazo se practican otros métodos. La legalización por causales del aborto introdujo entonces un cambio de rutina de la práctica médica, que incluía el entrenamiento para aplicar diferentes métodos para interrumpir el embarazo y que debía adaptarse a los avances médicos y científicos del momento. Las facultades de medicina por

4 El espacio de Profamilia para la realización de IVE es un privilegio si se compara con los servicios de la red pública de salud, pues no está mezclado con las mujeres que tienen una emergencia obstétrica, control prenatal o parto. Es un espacio sencillo, con paredes libres de cualquier tipo de información o símbolo, tiene capacidad de una sala de espera de 20 personas sentadas (durante el periodo de entrevistas estuvo casi siempre lleno). Habitado por el silencio, es un espacio donde se respira cierta tensión, pero está libre de juicios o comentarios. La mayoría de mujeres asisten acompañadas, pero como señalan los médicos, entran solas a los consultorios. No todas las mujeres requieren el mismo tiempo de atención o de espera, eso depende de cada caso concreto en especial, es decir, por el número de semanas de gestación.

muchos años no enseñaron a realizar abortos, porque no tenían marco legal para su aplicación o práctica médica. Así, a nivel de cambio de rutina institucional, significó recibir nuevos entrenamientos, nuevos aprendizajes y adaptaciones, que van desde la ruta de atención, hasta los métodos médicos para realizar el procedimiento.

En el 2006 ningún médico de Profamilia estaba entrenado para realizar un procedimiento de aborto de acuerdo con los estándares modernos. Entonces tocó motivar un cambio institucional interno y empezar a remover las rutinas institucionales. Muchos médicos simplemente sabían hacer legrados, que es un procedimiento que en la actualidad no recomienda la Organización Mundial de la Salud. Esto significó un cambio total en la rutina institucional. Profamilia pasó por un entrenamiento progresivo antes de determinar que estaba preparada para atender mujeres en todas las semanas de gestación. Esto llevó a que algunos médicos se negaran a hacer o recibir entrenamiento de aborto, en especial en relación con embarazos con avanzada edad gestacional (Entrevista 5, 2019).

El cambio de rutina institucional y entrenamiento fue un proceso que duró alrededor de 10 años, que necesitó de sensibilización constante y confianza científica. El método está adaptado al número de semanas. Profamilia sigue los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud y del Ministerio de Salud, en concreto la Resolución 3280 de 2018. En una IVE de menos de 10 semanas de gestación, se usa método farmacéutico (Misoprostol y Mifepristona), se dan las indicaciones de cómo usar los medicamentos y qué hacer en caso de emergencia. De acuerdo con lo que los profesionales manifestaron en las entrevistas, el tiempo se traduce en calidad de atención, lo que significa que “en una hora se hace una IVE de 7 semanas, 20 minutos para conseguir el medicamento, si ella no tiene que esperar nada más, 40 minutos son de consulta, 10 minutos en el proceso de facturación” (Entrevista 5, 2019).

Entre las 15 y las 20 semanas de gestación se realiza dilatación y evacuación (D&E), para ello, se necesita de al menos dos visitas a la clínica. El primer día requiere valoración con el anestesiólogo, lo que puede durar alrededor de dos horas. El segundo día, entre 4 y 6 horas de seguimiento:

No requiere incapacidad, no requiere de un tiempo de recuperación, no demanda reposo absoluto, se les da incapacidad para la ausencia laboral o académica, o asistencia a consulta. Para más de 20 semanas de gestación se demora al menos tres días porque debemos remitirlo a otro hospital para que terminen la realización del procedimiento. El primer día es la valoración con el ginecólogo y los exámenes de rutina. El

segundo día y el tercer día se hace la inducción del óbito fetal.
(Entrevista 4, 2019)

Hemos intentado convenios con varios hospitales, pero ha sido imposible. Así, que las pacientes se remiten en este momento a un hospital de Soacha. Es lejos, el traslado puede ser una hora o más, depende del tráfico, no es fácil llegar allá, pero es el único lugar con el que logramos convenio.
(Entrevista 4, 2019)

Los médicos que están en el servicio de IVE de Profamilia en la clínica Piloto dedican todas sus horas laborales a realizar procedimientos, lo que identifican muchos médicos como “la posibilidad para adquirir la destreza, con la cabeza enfocada en el procedimiento. Nuestra memoria está totalmente disponible para eso, no estamos pensando en otras cosas” (Entrevista 4, 2019). Además de la parte técnica “también sentimos mayor sensibilidad para escuchar, entender y no juzgar a las mujeres” (Entrevista 2, 2019).

Ante los pocos médicos ginecólogos entrenados y disponibles para hacer procedimientos de embarazos avanzados, Profamilia decidió realizar un procedimiento en segundo y tercer trimestre y decidió enviar para entrenamiento a un médico ginecólogo a Ciudad de México, por su experiencia en interrupciones legales en todas las edades gestacionales. Esto significa que la institución realizó una inversión para mejorar la prestación del servicio.

Tuve administrativos que me apoyaron mucho, nos dio miedo, eso estigmatiza a una institución y adentro hay mucha gente que no está de acuerdo. Cuando hice el primer caso de los grandes, me llamaban cada 5 minutos, la presión que uno siente es alta, pero luego todo empezó a ir bien, se cambian las cosas.
(Entrevista 2, 2019)

Después de la implementación de la política de aborto, los resultados fueron contundentes, el número de abortos realizados por año aumentó considerablemente. Esto en términos institucionales se da por un cambio endógeno que impulsa la transformación y que se da por desplazamientos que toman tiempo en el cambio de rutinas y adaptación institucional. Por tal razón, el aumento fue progresivo y sostenido: 6.440 en el 2016, 10.514 en el 2017, 16.870 en el 2018, 22.146 en el 2019 y 21.354 en el 2020 (Profamilia, 2022). En el último año disminuyó por la pandemia del COVID-19 y el confinamiento obligatorio por varios meses, ordenado por el gobierno nacional, que trajo límites para el acceso a la salud sexual y reproductiva de las personas en Colombia (Profamilia, 2021).

Conclusiones

A nivel de teoría, en coherencia con el marco teórico de cambio institucional que proponen Mahoney y Thelen, se observa que el cambio en Profamilia en el caso de estudio, se dio en parte porque ocurrió un movimiento endógeno, este se dio ya que las ideas dentro de un campo influyen gradualmente en prácticas en campos adyacentes. El aborto es un asunto legal que requiere transformación en el sistema de salud, es decir, en los prestadores de servicios, quienes desde el principio mostraron resistencia al cambio, en especial, para interpretar los riesgos para la salud que un embarazo acarrea. Por tanto, no se cambia de práctica institucional con la mera transformación legal, que a nivel institucional es entendida como un choque externo.

A Profamilia le costó más de 10 años la implementación de un modelo de atención en salud que cumpliera con las características constitucionales y que además, garantizara aspectos que están regulados por el Ministerio de Salud. En ningún momento existió una veto o resistencia ideológica por parte de las directivas de Profamilia, por el contrario, durante muchos años en la esfera pública participaron de discusiones públicas a favor de la IVE como derecho y en algunas oportunidades intervinieron judicialmente ante la Corte Constitucional.

El cambio en la prestación de los servicios de salud en aborto ha sido gradual. En los primeros cuatro años se hicieron menos de 1.000 IVE, pero en los años siguientes los cambios fueron aumentando, en gran medida por la discrecionalidad de los médicos. En términos institucionales, la resistencia a modificar las reglas, las rutinas médicas y las instituciones, dada en parte por inercia, se transformó casi en veto por la firmeza de no adoptar un modelo de atención de acuerdo con los parámetros constitucionales (Mahoney & Thelen, 2010).

Además, la discrecionalidad de los médicos está sujeta a las políticas y rutinas de la organización. La forma en que los profesionales entienden la ley se debe, en parte, a la forma en que su organización empleadora administra la ley. Las organizaciones y la ley son endógenas (Edelman, Abraham & Erlanger, 1992), lo que significa que se construyen conjuntamente entre sí. En lugar de que la ley actúe exclusivamente como una influencia de arriba hacia abajo en las organizaciones, las organizaciones ayudan a crear el significado de las leyes que tienen la intención de gobernarlas, por lo tanto, deben rehacer la ley.

El cambio institucional en Profamilia es promovido por asuntos internos de la organización, pese a sus cercanías al movimiento feminista y el litigio constitucional. El origen del cambio se dio desde la dirección general de Profamilia y va de la mano de la experticia de algunos médicos, que con su experiencia en IVE en otros lugares, saben que es un procedimiento seguro y que representa la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El cambio no se hizo por

presiones externas a nivel legal o nivel social, si bien la Corte Constitucional se había pronunciado con mayor profundidad de 2009 a 2017, la jurisprudencia no fue directamente influyente. Hasta el 2016, Profamilia empezó su transformación interna. A nivel social, la vigilancia contra el aborto y la posición contra sus campañas de servicios de 2015, no afectó o impidió que se gestaran cambios en la prestación del servicio de aborto. En conclusión, los cambios institucionales en Profamilia fueron graduales en la atención de servicios de aborto, tal como se resume en el cuadro 1:

Cuadro 1. *Cambios institucionales en Profamilia en IVE*

Año	Política interna	Discrecionalidad de los médicos	Tipo de cambio
2006	Conocer la Sentencia C-355 de 2006 y apoyar la implementación.	Nulo	Ausencia de cambio y bloqueo de las reglas.
2007-2010	IVE en casos de violación sexual con limitación de las semanas de gestación.	Bajo	Cambio mínimo por resistencia.
2011-2015	IVE en causal salud y violación con limitación de semanas.	Intermedio	Cambio parcial y desplazamiento de las reglas.
2016-2020	IVE en todas las causales, todas las semanas y con medicamentos.	Alto	Cambio estructural y desplazamiento de las reglas.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

De la información recolectada se puede inferir que los cambios institucionales en Profamilia en IVE se centraron en la experiencia de la Clínica Piloto, la cual se encuentra ubicada en Teusaquillo, una zona que, desde los años setenta, tiene varias clínicas pequeñas que realizan interrupciones del embarazo por fuera del marco legal. Además, donde tiene la sede administrativa. Los cambios no fueron una simple transformación de arriba hacia abajo, es decir, de la dirección general hacia los médicos, sino que de abajo hacia arriba también existieron argumentos de peso para ir modificando los servicios. Para ello fue fundamental el acompañamiento que realizó la oficina de incidencia jurídica de Profamilia. Los médicos que le apostaron a la causal salud y al aumento del número de semanas de gestación en la prestación de servicio sintieron confianza en la dirección de Profamilia, así como en el ambiente laboral compuesto por médicos, ginecólogos, enfermeros, auxiliares de enfermería y el gran grueso de empleados.

Referencias bibliográficas

- Ansolabehere, K. (2009). Oportunidades y Decisiones: la judicialización del aborto en perspectiva comparada. *SELA (Seminario en Latinoamérica de Teoría Constitucional y Política) Papers*. 77.
- Barraza C. y Gómez C. (2009). *Un derecho para las mujeres: la despenalización parcial del aborto en Colombia*. Bogotá: Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
- Bergallo, P. y Ramón Michel, A. (2016). Constitutional developments in Latin American abortion law. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 135(2), 228-231.
- Campbell, J. L. (2004). *Institutional change and globalization*. Princeton: Princeton University Press.
- Colombia. Corte Constitucional. (10 de mayo de 2006). Sentencia C-355 de 2006. [MP. Jaime Araújo Rentería y MP. Clara Inés Vargas Hernández].
- Colombia. Corte Constitucional. (9 de marzo de 2007). Sentencia T-171 de 2007. [MP. Jaime Córdoba Triviño].
- Colombia. Corte Constitucional. (20 de noviembre de 2007). Sentencia T-988 de 2007. [MP. Humberto Antonio Sierra Porto].
- Colombia. Corte Constitucional. (16 de enero de 2009). Sentencia T- 009 de 2009. [MP. Manuel José Cepeda Espinosa].
- Colombia. Corte Constitucional. (28 de febrero de 2008). Sentencia T-209 de 2008. [MP. Clara Inés Vargas Hernández].
- Colombia. Corte Constitucional. (2 de octubre de 2008). Sentencia T-946 de 2008. [MP. Jaime Córdoba Triviño].
- Colombia. Corte Constitucional. (28 de mayo de 2009). Sentencia T-388 de 2009. [MP. Humberto Antonio Sierra Porto].
- Colombia. Corte Constitucional. (22 de julio de 2010). Sentencia T-585 de 2010. [MP. Humberto Antonio Sierra Porto].
- Colombia. Corte Constitucional. (3 de noviembre de 2011). Sentencia T-841 de 2011. [MP. Humberto Antonio Sierra Porto].
- Colombia. Corte Constitucional. (16 de diciembre de 2011). Sentencia T-959 de 2011. [MP. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo].
- Colombia. Corte Constitucional. (25 de agosto de 2011). Sentencia T-636 de 2011. [MP. Luis Ernesto Vargas Silva].
- Colombia. Corte Constitucional. (10 de agosto de 2012). Sentencia T-627 de 2012. [MP. Humberto Antonio Sierra Porto].
- Colombia. Corte Constitucional. (18 de julio de 2014). Sentencia T-532 de 2014. [MP. Luis Guillermo Guerrero Pérez].

- Colombia. Corte Constitucional. (9 de junio de 2016). Sentencia T-301 de 2016. [MP. Alejandro Linares Cantillo].
- Colombia. Corte Constitucional. (13 de diciembre de 2016). Sentencia T-697 de 2016. [MP. Gloria Stella Ortiz Delgado].
- Colombia. Corte Constitucional. (19 de diciembre de 2016). Sentencia T-731 de 2016. [MP. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo].
- Colombia. Corte Constitucional. (17 de octubre de 2018). Sentencia SU-096 de 2018. [MP. José Fernando Reyes Cuartas].
- DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1999). *The new institutionalism in organizational analysis* (Vol. 17). IL: University of Chicago Press Chicago.
- Edelman, L. Abraham, S. & Erlanger, H. (1992). Professional Construction of Law: The Inflated Threat of Wrongful Discharge. *Law & Society Review*, 26(1), 47-83.
- Hall PA, Taylor RCR (1996)**. Political science and the three new institutionalisms. *Polit. Stud.* 44:936-57
- Gloppen, S. y Roseman, J. M. (2013). Introducción. ¿Pueden los litigios judiciales volver más justa la salud? En A. E. Yamin y S. Gloppen (eds.), *La Lucha por los derechos de la salud: ¿puede la justicia ser una herramienta de cambio?* (pp. 13-30). Siglo XXI Editores.
- Jaramillo, I. C. y Alfonso, T. (2008). *Mujeres, cortes y medios: la reforma judicial del aborto*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad de los Andes.
- Mahoney, J. & Thelen, K. (2010). A Theory of Gradual Institutional Change. In J. Mahoney & K. Thelen (eds.), *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency and Power* (pp. 1-37). Cambridge: Cambridge University Press.
- North, D. (1993). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pierson, P. y Skocpol, T. (2008). El institucionalismo histórico en la ciencia política contemporánea. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 17(1), 7-38.
- Profamilia. (2013). *Estigma Asociado a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia, una aproximación a partir de la experiencia en nueve Centros de Atención de Profamilia*. Profamilia.
- Profamilia. (2014). *Informe de gestión 2014*. Profamilia. Recuperado de <https://bit.ly/3foAULt>
- Profamilia. (2015). *Informe de gestión 2015*. Profamilia. Recuperado de <https://bit.ly/3BM9kQ6>
- Profamilia. (2017a). *Pacto de compromiso en aborto* (Documento de circulación interna).
- Profamilia. (2017b). *Política Nacional de aborto* (Documento de circulación interna). Profamilia.

- Profamilia. (2021). *Hechos y derechos, 55 años cambiando la historia*. Panamericana. Recuperado de <https://bit.ly/3UASXOM>
- Profamilia. (2022). *Estadísticas sobre el número de abortos realizados en los servicios de abortos prestados en Colombia de 2006 a 2020*.
- Rincón Escalante, J. C. (14 de octubre de 2015). Policías contra el aborto. *El Espectador*. Recuperado de <https://bit.ly/3dLYiIU>
- Steinmo, K. Thelen, & F. Longstreth (1992), *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis* (Cambridge Studies in Comparative Politics, pp. I-Vi). Cambridge: Cambridge University Press.
- Streeck, W., & Thelen, K. (2005). Introduction: institutional change in advanced political economies. In W. Streeck, & K. Thelen (Eds.), *Beyond continuity: institutional change in advanced political economies* (pp. 1-39). Oxford et al.: Univ. Press.
- Sweetman C. Interview ([1996]. Maria Isabel Plata, executive director of Profamilia, talks to Caroline Sweetman about the work of the organisation in Colombia. *Gend Dev*. 1996 Jun;4(2):54-6.