



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

**Caracterización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el  
período 2010 – 2017, Medellín.**

**Melisa Forero Velilla**

**Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
Medellín, Colombia  
2021**

**Caracterización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el  
período 2010 – 2017, Medellín.**

**Melisa Forero Velilla**

**Trabajo de grado para optar al título de  
Gerente de Sistemas de Información en Salud**

**Asesora  
Nora Adriana Montealegre Hernández  
PhD**

**Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
“Héctor Abad Gómez”  
Medellín  
2021**

## Contenido

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>8</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>10</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>11</b>
3.1 <i>Objetivo general.....</i>	<i>11</i>
3.2 <i>Objetivos específicos.....</i>	<i>11</i>
<b>4. MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>12</b>
<b>5. MARCO LEGAL .....</b>	<b>14</b>
<b>6. METODOLOGÍA.....</b>	<b>23</b>
6.1 <i>Tipo de estudio .....</i>	<i>23</i>
6.2 <i>Unidad de análisis.....</i>	<i>23</i>
6.3 <i>Población objetivo.....</i>	<i>23</i>
6.4 <i>Muestra y tamaño muestral.....</i>	<i>23</i>
6.5 <i>Criterios de inclusión .....</i>	<i>23</i>
6.6 <i>Criterios de exclusión .....</i>	<i>24</i>
6.7 <i>Plan de recolección de información .....</i>	<i>24</i>
<i>El proceso de extracción y estructuración de los datos RIPS estuvo a cargo del profesional designado por el proyecto para esta labor, el cual mediante la unificación de los archivos de usuario (US), procedimientos (AP), medicamentos (AM) y consulta externa (AC) llevo a cabo la identificación del individuo a partir de los códigos CUPS de los procedimientos de interés, posteriormente, se procedió a la identificación de las atenciones de consulta externa, psicología y los medicamentos suministrados durante el periodo comprendido entre el año 2010 y 2017, adicionalmente, se asignó un id que de forma anonimizada permitió la identificación del paciente en los diferentes servicios.....</i>	<i>24</i>
6.8 <i>Operacionalización de variables .....</i>	<i>24</i>
6.9 <i>Control de sesgos.....</i>	<i>30</i>
6.10 <i>Procesamiento de la información.....</i>	<i>30</i>
6.11 <i>Plan de análisis.....</i>	<i>30</i>

6.12 Aspectos éticos.....	31
<b>7. RESULTADOS .....</b>	<b>33</b>
<b>8. DISCUSIÓN.....</b>	<b>44</b>
<b>9. CONCLUSIONES.....</b>	<b>52</b>
<b>10. FORTALEZAS .....</b>	<b>53</b>
<b>11. LIMITACIONES.....</b>	<b>54</b>
<b>12. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>55</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>57</b>

## Lista de tablas

<b>Tabla 1.</b> Características sociales y demográficas de los casos de mujeres a las que se les practico una Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín durante 2010 – 2017. ....	34
<b>Tabla 2.</b> Distribución de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín según tipo de procedimiento, finalidad y ámbito de realización durante 2010 – 2017. ....	35
<b>Tabla 3.</b> Diagnóstico principal de los procedimientos de Interrupción Voluntaria del Embarazo según categoría y subcategoría de la CIE-10, Medellín 2010 – 2017. .	36
<b>Tabla 4.</b> Consultas realizadas por la mujer hasta 5 días antes del procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín 2010 – 2017. ....	37
<b>Tabla 5.</b> Consultas realizadas por la mujer hasta 42 días después del procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín 2010 – 2017. ....	38
<b>Tabla 6.</b> Casos de mujeres a las que se les practico una Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín durante 2010 – 2017 según nivel de complejidad, tipo de IPS y ámbito de realización del procedimiento. ....	39
<b>Tabla 7.</b> Distribución de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín según tipo de IPS y usuario 2010 – 2017. ....	40
<b>Tabla 8.</b> Distribución de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín según nivel de complejidad y tipo de usuario 2010 – 2017. ....	40
<b>Tabla 9.</b> Distribución de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín según grupo de edad y tipo de IPS 2010 – 2017. ....	41
<b>Tabla 10.</b> Características sociodemográficas de las mujeres que tuvieron más de una Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín 2010 – 2017 mediante el uso del medicamento Misoprostol. ....	41
<b>Tabla 11.</b> Regresión de Poisson según variables de interés. ....	43

## Lista de figuras

<b>Figura 1.</b> Procedimientos de IVE realizados en Medellín durante 2010-2017.....	33
<b>Figura 2.</b> Consultas médicas en las 6 semanas posteriores a la realización del procedimiento IVE. ....	38

## INTRODUCCIÓN

El tema de la interrupción voluntaria del embarazo tradicionalmente ha generado extensos debates, ya que agrupa diversos aspectos que se relacionan con los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres, pero también con la ética y moralidad de las personas, incluyendo como parte fundamental el papel y posición sobre este tema por parte de las religiones en las diversas sociedades.

Según datos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2012, el 41% de los embarazos que ocurren en todo el mundo no son previstos; de éstos, cerca del 26% terminan en abortos (seguros e inseguros) y más del 80% tienen lugar en países en desarrollo (1), ubicando esta problemática como una de las principales causas de morbi-mortalidad materna según el Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano. En el año 2003, la OMS publicó un documento llamado *“Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”* como respuesta al compromiso adquirido en la Asamblea General de las Naciones Unidas, desarrollada en junio de 1999, donde los gobiernos decidieron que *“en circunstancias donde el aborto no sea ilegal, los sistemas de salud deben entrenar y equipar a los proveedores de los servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que los abortos sean seguros y accesibles. Deben tomarse medidas adicionales para salvaguardar la salud de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo.”* (2).

En coherencia con los compromisos adquiridos en la Asamblea General de Naciones Unidas de la cual Colombia es miembro fundador, La Corte Constitucional de nuestro país en el año 2006 revisó la prohibición total sobre el aborto inducido y decidió legalizar el procedimiento en tres situaciones específicas, las cuales son: cuando está en riesgo la vida o la salud de la mujer; por malformación del feto y cuando el embarazo es resultado de una violación, incesto o inseminación artificial no consentida. Es importante recalcar que la sentencia de la Corte se enmarcó en términos de los derechos de las mujeres a la salud y la vida (3).

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos 25 años las tasas de aborto a nivel mundial han ido disminuyendo, este cambio se asocia a la evolución de las leyes en gran parte de los países del mundo, donde se incluyó en la agenda legislativa la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y el poder que tienen ellas para decidir sobre su propio cuerpo.

A pesar de que la tasa anual de aborto a nivel mundial disminuyó entre 1990–1994 y 2010–2014, la mayor parte de este cambio se produjo en las regiones desarrolladas, donde paso de 46 a 27 abortos por 1.000 mujeres en edad reproductiva; contrario a la tasa de aborto en las regiones en desarrollo, donde se redujo apenas de 39 a 36 por 1.000 mujeres. En estos mismos periodos de tiempo, la tasa global de embarazo no planeado disminuyó de 74 embarazos no planeados por 1.000 mujeres en edad reproductiva en 1990–1994 a 62 por 1.000 mujeres en 2010–2014, al contrario de las tasas de aborto, los indicadores de embarazos no planeados disminuyeron sustancialmente en países desarrollado y en vía de desarrollo (4).

Las disminuciones en las tasas anteriormente mencionadas, son consecuencia directa de la creación de políticas de salud sexual y reproductiva que promueven el uso de anticonceptivos en gran parte de los países del mundo; pero también los procesos de transición demográfica repercuten en esta realidad. Según cifras del Banco Mundial, en 1960 el promedio global de hijos por mujer era de 5, cifra que redujo en 2012 a una media de 2,5 hijos por mujer en todas las regiones. En Colombia la tasa total de fecundidad (TTF) descendió de casi 7 hijos por mujer en el período 1960-1964 hasta 2,1 entre 2005 y 2009. Lo anterior, es resultado del aumento del nivel educativo de las personas y en particular de las mujeres además del reconocimiento de estas como ejes de desarrollo (5).

Las tasas de aborto en el mundo varían dependiendo la región, en el caso de América Latina y el Caribe se registra la tasa de aborto anual más alta de todas las regiones, siendo de 44 por 1.000 mujeres en edad reproductiva, en comparación con 36 en Asia, 34 en África, 29 en Europa y 17 en América del Norte todas por 1.000 mujeres (6). En el caso puntual de Colombia, se estima que hay 89 embarazos no planeados por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva y que el 44% de estos tienen como fin un aborto inducido. A nivel mundial, se calcula que aproximadamente el 13% de las muertes maternas son consecuencia directa de las complicaciones generadas por abortos inseguros, lo cual representa unas 47.000 muertes por año (7).

En Colombia en el año 2003 el Ministerio de la Protección Social emitió la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR), la cual incorporó las recomendaciones dictadas en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995)

y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994). En esta política, se acoge la postura de la OMS donde se consideran los derechos sexuales y reproductivos como parte fundamental de los derechos humanos y se hace énfasis especial en los procesos de maternidad segura, planificación familiar, Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual; además de tener como principio orientador la equidad social y de género y el empoderamiento de las mujeres (8).

En esa línea y como respuesta a distintos debates legales y sociales, la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia se puede realizar legalmente en una institución de salud, por solicitud de la mujer y amparándose en alguna las 3 causales que establece la Sentencia C-355/2006.

Sin embargo, la práctica del aborto se da en nuestro país en mayor parte de forma ilegal; en algunos casos, porque las mujeres que desean interrumpir su embarazo no cumplen con ninguna de las situaciones mencionadas en la Sentencia y en otros, donde se acogen a una de las causales de IVE legal, se ve su derecho vulnerado por la imposición de barreras y requisitos adicionales para acceder a este procedimiento. Es por esto que las mujeres buscan interrumpir su embarazo con procedimientos y métodos clandestinos. Se estima que una tercera parte de todas las mujeres que abortan ilegalmente en Colombia, desarrollan complicaciones que demandan de atención médica; anualmente, el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS ofrece tratamiento postaborto a aproximadamente a 93.000 mujeres en edad reproductiva (7).

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las características sociales, demográficas y epidemiológicas de las mujeres que deciden practicarse una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en la ciudad de Medellín en el periodo 2010-2017?

## 2. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, gran cantidad de países prohíben el aborto inducido o sólo lo permiten en determinados casos. En estas naciones, las mujeres embarazadas decididas a no llevar a fin este proceso biológico, encuentran en el aborto clandestino la salida, este procedimiento es muy riesgoso y causa una letalidad 350 veces más alta que la del aborto seguro. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que de los 208 millones de embarazos que se gestan mundialmente, aproximadamente el 34% no son planeados y alrededor del 19% terminan en abortos, sin hacer una discriminación entre seguros e inseguros (9). El aborto inseguro, siendo prevenible, sería responsable de aproximadamente el 17% de las muertes maternas en Latinoamérica y el Caribe (10).

En el caso específico de Colombia, el aborto puede ser practicado de forma legal en 3 casos puntuales según la Sentencia C-355 de 2006, sin embargo, permanece una necesidad de mejorar la implementación de esta y garantizar el respeto a las directrices para la prestación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), ya que se ha demostrado que todavía existe desconocimiento de la sentencia a pesar de haber transcurrido más de 14 años desde su expedición (11).

Por consiguiente, es fundamental mejorar la difusión de las disposiciones legales para que cada vez, más mujeres que se encuentren amparadas en la Sentencia C-355 puedan acceder a este procedimiento de forma segura y exijan el cumplimiento de sus derechos sin que se les impongan barreras de acceso. Para esto, es necesario disponer de información clara y precisa a la hora de tomar decisiones y desarrollar políticas, planes, programas o proyectos orientados a mejorar la calidad de vida y el bienestar de las poblaciones, en este caso, particularmente, de las mujeres. Tener información confiable sobre la incidencia y prevalencia del aborto permitiría realizar campañas acertadas para continuar difundiendo la Sentencia de la Corte entre la sociedad y las instituciones de salud, para que cada vez sean menos las mujeres que practiquen la interrupción de forma clandestina, en donde ponen en riesgo la vida.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general**

Determinar las características de los procedimientos de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) según la información disponible en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS entre los años 2010 y 2017, Medellín.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar los casos de las mujeres a quienes se les practicó un procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) según variables sociales, demográficas y epidemiológicas durante los años analizados.
- Analizar la trazabilidad de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) hasta 5 días antes y 42 días después de efectuado el procedimiento.
- Identificar posibles factores asociados a la de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) según variables de interés.

#### 4. MARCO CONCEPTUAL

Para comprender las distintas problemáticas y dinámicas sociales que convergen en torno al aborto, es necesario hacer referencia a unos conceptos básicos. La Organización Mundial de la Salud en el año 1995 define el aborto como la interrupción del embarazo, la cual puede ser espontánea o inducida. Cuando se habla de una interrupción del embarazo donde no existe mediación de alguna intervención o maniobra abortiva, sino que las causas son problemas genéticos del feto, trastornos hormonales, médicos o psicológicos de la mujer, se hace referencia a un **aborto espontáneo**; por otro lado, cuando se habla de una interrupción del embarazo por medio de una intervención deliberada se define como **aborto inducido**.(12)

Tanto el aborto inducido como el espontáneo, se pueden vincular directamente con distintos problemas sociales y personales, pero el aborto inducido por decisión de la mujer, trae consigo unas profundas y complejas implicaciones médicas, culturales, religiosas, políticas y psicológicas.(13)

Dentro de las técnicas existentes para terminar el embarazo mediante el aborto inducido, se encuentra el **aborto farmacológico**, el cual hace referencia a una interrupción a través métodos médicos no quirúrgicos, entre los cuales destacan el uso de medicamentos como la mifepristona y el misoprostol. La segunda técnica es el **aborto quirúrgico**, este pretende mediante el uso de procedimientos transcervicales como la aspiración de vacío y la dilatación y evacuación poner fin al embarazo.

De acuerdo al contexto normativo que rige en cada país del mundo, se puede hablar de **aborto ilegal** cuando el intento o finalización del embarazo está prohibido por la ley parcial o totalmente. Por otro lado, se considera que es un **aborto legal** cuando esta práctica se realiza dentro del marco normativo referente a cada país.(12)

El aborto a pesar de ser una práctica muy antigua, es un fenómeno social que ha generado extensos debates a lo largo de los diferentes momentos que ha vivido la humanidad. En la Grecia y Roma antiguas se consideraba un método de control familiar, ya que socialmente había una idea de que el feto era parte de la madre y ella era quien podía disponer sobre su propio cuerpo. El cambio de percepción y creencias frente a esta práctica, se generó en Roma cuando las concepciones cristianas pusieron en debate criterios de valoración de la vida y dieron la categoría de homicidio al aborto provocado; en consecuencia, se implementaron una serie de medidas en contra de la mujer como la pena de muerte, castigos corporales y el exilio.(14)

La legalización o no de la interrupción voluntaria del embarazo ha generado sinnúmero de disputas políticas, religiosas e ideológicas a lo largo del tiempo, manteniéndose presente en las agendas políticas y legislativas de la mayoría de los

países. Como consecuencia de los esfuerzos de los movimientos sociales y las organizaciones internacionales para visibilizar el aborto como una problemática de salud pública, debido a su impacto en la salud física y mental de las mujeres tanto como en la mortalidad materna; muchos países han incorporado este tema en sus prioridades. Actualmente, más del 60% de la población mundial vive en países donde el aborto inducido se permite bajo criterios amplios o sin mayores restricciones (15). Sin embargo, se mantiene el desafío en materia de derechos humanos como la necesidad de generar conciencia y debate en los países que aún lo mantienen penalizado en su totalidad, como lo es el caso de El Salvador, Nicaragua, Honduras, Haití, Surinam, Malta, El Vaticano, República Dominicana, entre otros (16).

Colombia no ha estado ajena a estos debates, y producto de los esfuerzos de la sociedad civil, particularmente de las mujeres, la Corte Constitucional en el año 2006 dictó la Sentencia C-355 donde se regula la despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, permitiendo la realización de este procedimiento bajo tres causales: cuando está en riesgo la vida o la salud de la mujer, por malformación del feto y cuando el embarazo es resultado de una violación, incesto o inseminación artificial no consentida. En esa misma sentencia, La Corte ratificó que el aborto es un derecho fundamental de las mujeres, considerándolo un derecho reproductivo (17).

Lo anterior, va enfocado directamente con la garantía del derecho fundamental a la salud, el cual en nuestro país se encuentra constitucionalmente protegido y por ser fundamental, acarrea diversos compromisos por parte del Estado para garantizar su protección. Pero que, por otro lado, también se encuentra relacionado con la autonomía personal y el libre desarrollo; implicando que el individuo tenga la opción de tomar unas decisiones relacionadas con su salud que deben estar libre de influencias estatales y de terceros (18).

La Sentencia C-355 de 2006 concluyó que la prohibición del aborto en su totalidad era inconstitucional, esto configuró un gran paso en la visibilización del derecho a la autonomía reproductiva de la mujer. Permitiéndole a las mujeres la capacidad para tomar decisiones sobre sus cuerpos y sus vidas.

## 5. MARCO LEGAL

Al abordar el tema del aborto y las discusiones que se generan en torno a este, es necesario profundizar sobre su regulación; en el caso particular de Colombia, desde el año de 1936 es considerado un delito contra la vida y la integridad personal (19). Actualmente, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se encuentra reglamentada y es reconocida como un derecho fundamental de las niñas y mujeres desde el 2006 a partir de la promulgación de la Sentencia C-355 de la Corte Constitucional; el artículo 122 del Código Penal (Ley 599 de 2000) considera el aborto como un delito, sin embargo este fue declarado exequible en la Sentencia C-355, reconociendo que no se incide en el delito de aborto cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se solicita en las siguientes situaciones: i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer; ii) Cuando existan malformaciones del feto incompatibles con la vida; y, iii) Cuando el embarazo sea resultado de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto (20).

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) como derecho fundamental se encuentra inmersa en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. En Colombia la Corte Constitucional los define así: *«Los derechos sexuales y reproductivos reconocen y protegen la facultad de las personas, hombres y mujeres, de tomar decisiones libres sobre su sexualidad y su reproducción y otorgan los recursos necesarios para hacer efectiva tal determinación. [...] Tanto hombres como mujeres son titulares de estos derechos, sin embargo, es innegable la particular importancia que tiene para las mujeres la vigencia de los mismos ya que la determinación de procrear o abstenerse de hacerlo incide directamente sobre su proyecto de vida pues es en sus cuerpos en donde tiene lugar la gestación y, aunque no debería ser así, son las principales responsables del cuidado y la crianza de los hijos e hijas, a lo que se añade el hecho de que han sido históricamente despojadas del control sobre su cuerpo y de la libertad sobre sus decisiones reproductivas por la familia, la sociedad y el Estado»* (21).

Aunque la Sentencia C-355 marca un antes y un después en lo que se refiere a la autonomía reproductiva de la mujer colombiana, comprende solo una pequeña parte de las garantías que se brindan a aquellas mujeres que deciden practicarse una IVE. Es por esto, que después del 2006 se han emitido una serie de Sentencias y Circulares que complementan la protección de este derecho fundamental frente a las posibles sanciones que están previstas actualmente en el Código Penal. A continuación, estos complementos se mencionarán cronológicamente.

- Sentencia T-988/2007:
  - Estableció que en los casos en que la mujer haya sido víctima de violencia sexual, se encuentre en estado de gravidez y que al

momento de solicitar la interrupción del embarazo presente limitaciones físicas, psíquicas y sensoriales que le imposibilitan la manifestación libre y directa del consentimiento; la solicitud de interrupción del embarazo puede efectuarla cualquiera de los padres de la mujer que se halle en esta situación u otra persona que actúe en su nombre sin requisitos formales adicionales al denuncia penal por acceso carnal violento o no consentido o abusivo (22).

- Sentencia T-171/2007:
  - La Corte resaltó la existencia del Decreto 4444 de 2006 (el cual reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva), y la Resolución 4905 de 2006 que adopta la norma técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo: *“Aborto sin riesgo: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud”* de la Organización Mundial de la Salud. También señaló que el decreto y la Resolución anterior, debían tenerse en cuenta en todos los casos futuros donde la IVE fuera aplicable según la Sentencia C-355 (23).
  
- Sentencia T-636/2007:
  - En esta sentencia se reconoce que, la protección del Derecho a la Salud incorpora el Derecho al Diagnóstico, en la medida en que del último depende un tratamiento adecuado para el restablecimiento de la salud. Establece que la EPS es responsable por negligencia, si no practica de forma oportuna y satisfactoria los exámenes que sus propios médicos hayan ordenado, además señala que no pueden negarse a practicar un diagnóstico sobre la base de aspectos económicos, administrativos o de convivencia institucional, ya que la demora injustificada en el diagnóstico vulnera el principio de dignidad humana (24).
  
- Sentencia T-209/2008:
  - En este caso, La Corte estableció que las menores de catorce (14) años que se encuentren en estado de embarazo no necesitan presentar la denuncia de abuso sexual para tener derecho a solicitar la práctica de una IVE, pues en su caso, la exhibición de la denuncia se torna en una mera formalidad y la falta de la misma no puede ser un pretexto para dilatar la interrupción del embarazo, si la mujer solicita que se le practique el aborto.
  - También resalta que según la Resolución 4905 de 2006, proferida por el Ministerio de la Protección Social, el procedimiento IVE se debe realizar máximo dentro 5 días posteriores a la solicitud.
  - Estableció que aquellos profesionales de la salud que en razón de su conciencia no estén dispuestos a practicar el aborto, y se trate de una convicción de carácter religioso debidamente fundamentada, se les

garantizará la posibilidad de acudir al instituto denominado objeción de conciencia (25).

- Sentencia T-946/2008:
  - Esta sentencia dispuso que exigir cualquier requisito adicional a los establecidos en la sentencia C-355 de 2006 se considera un obstáculo al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.
  - Estableció que los jueces que omitan ordenar la práctica de la IVE, cuando la mujer se encuentra bajo las condiciones establecidas en la sentencia C-355 son meritorios de una investigación penal y jurídica por las autoridades competentes.
  - Decretó que los médicos que invoquen la objeción de conciencia, tienen el deber de remitir a la mujer a un profesional o centro médico que si le realice la IVE, sino lo hacen, incurrirán en una falta disciplinaria (26).
  
- Sentencia T-009/2009
  - Esta sentencia ratifica el derecho de la gestante a decidir autónomamente sobre la continuación o interrupción de embarazo en los casos despenalizados; sin que la continuación o interrupción del embarazo pueda serle impuesta por un profesional de la salud, IPS, EPS o autoridad judicial (27).
  
- Sentencia T-388/2009
  - Establece que está terminantemente prohibido elevar obstáculos, exigencias o barreras adicionales a las establecidas en la referida sentencia C355 para la práctica del aborto en los supuestos allí previstos. Entre las barreras inadmisibles se encuentran, entre otras: impedir a las niñas menores de 14 años en estado de gravidez exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo, aun cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicha interrupción.
  - Ratifica que las autoridades judiciales no pueden objetar de conciencia frente a la IVE.
  - Prohíbe la negación de la práctica del procedimiento IVE por el tipo de afiliación a la seguridad social o por condiciones sociales y/o similares .
  - Prohíbe tajantemente la discriminación a la mujer por decidir practicarse un procedimiento IVE.
  - Establece que cuando una mujer que se encuentre en las hipótesis de la sentencia C-355 de 2006 desee acceder al servicio de IVE, deberá contar con los servicios de interrupción del embarazo en todo el territorio nacional y todos los niveles de complejidad que lo requieran (28).

- Sentencia T-585/2010
  - Establece que es deber de las EPS e IPS contar con protocolos de diagnóstico rápido en aquellos eventos en que los/as profesionales de la salud advierten la posibilidad de que se configure alguna de las hipótesis contenidas en la sentencia C-355 de 2006. Esto es deber de las IPS/EPS y no de las pacientes. Dichos protocolos deben ser integrales, es decir, incluir también una valoración del estado de salud mental (29).
  
- Sentencia T-841/2011
  - Establece que cuando un juez conozca de una tutela interpuesta para exigir el derecho fundamental a la IVE debe reservar en la sentencia la identidad de la titular del derecho y cualquier otro dato que conduzca a su identificación, lo que incluye no sólo su nombre sino, entre otros, su documento de identificación, lugar de residencia, números telefónicos, nombres de familiares, hijos, cónyuges o compañeros, instituciones de salud y personal médico que la atendió. Esta reserva de identidad se deberá asegurar también a través de la limitación del acceso al expediente a las partes del proceso, quienes de todos modos deben guardar la misma reserva.
  - Prohíbe la dilación o negación de diagnósticos o certificados para IVE (30).
  
- Sentencia T-636/2011:
  - Dispuso que no se debe exigir una orden judicial para la práctica de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, además, estableció que es responsabilidad de la EPS proporcionar los servicios y atención que permitan determinar oportunamente si la mujer gestante se encuentra dentro de las 3 causales de despenalización del aborto.
  - Se establece que no existe un límite de edad gestacional en el cual las mujeres puedan acceder a la IVE, pero mantiene la importancia de tener en cuenta el criterio médico para la realización del procedimiento en edades gestacionales avanzadas, sin coartar las decisiones autónomas que toman las mujeres en torno a su salud sexual y su autonomía reproductiva (31).
  
- Sentencia T-627/2012:
  - Sentó un precedente en cuanto a la calidad y veracidad de la información referente a la IVE que es difundida por los funcionarios públicos. También estableció, que el derecho a la información en la IVE y demás derechos sexuales y reproductivos debe ser oportuna, completa, accesible, pero principalmente debe ser fidedigna y confiable.

- Establece que las declaraciones sobre asuntos de interés general que realicen los altos funcionarios públicos, independientemente si son de nivel nacional, local o departamental no entran en su derecho a la libertad de expresión u opinión.
  - Decretó que la anticoncepción oral de emergencia no representa un carácter abortivo; además, el uso de esta pastilla no se encuentra restringido a las 3 causales despenalizadas de aborto; aquellas mujeres que ingieran esta pastilla y no se encuentren en las situaciones señaladas en la sentencia C-355, no incurrir en el delito de aborto.
  - Insta que en Colombia no existe el derecho a la vida del nasciturus, de no nacido o del niño por nacer, sin embargo, son objeto de protección constitucional en virtud del bien de la vida (32).
- Circular 003/2013 de la Superintendencia de Salud
    - Prohíbe exigir a las adolescentes menores de 14 años en estado de gravidez, el consentimiento de sus representantes legales para acceder a los servicios de IVE.
    - Establece que los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, tienen prohibido generar obstáculos o exigir requisitos adicionales a los señalados en la Sentencia C-355 de 2006 para prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo, portal razón deben: “[...] *Numeral 4. Permitir a las mujeres que accedan a la IVE de manera real, oportuna y efectiva con servicios de calidad dentro del marco del Sistema de Seguridad Social en Salud en todos los niveles de complejidad*”.
    - Ratifica que los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, así como todos los profesionales de la Salud, no pueden decidir por la mujer la práctica de la IVE o la continuación del embarazo.
    - Ratifica que las mujeres que se encuentren en cualquiera de las causales de la Sentencia C-355 de 2006 y deseen acceder a una IVE, en ejercicio del derecho a la salud, tienen el derecho de obtener de manera oportuna un diagnóstico de su estado de salud, para poder conocer con precisión, cuáles son los procedimientos, tratamientos o medicamentos que requiere. Por lo anterior, establece como una obligación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, garantizar el derecho al diagnóstico. Los Prestadores de Servicios de Salud, en aplicación de tal derecho, deben adoptar protocolos de diagnóstico oportuno que permitan determinar si la mujer se encuentra en los supuestos despenalizados por la Corte Constitucional en la

sentencia C-355 de 2006, y en consecuencia expedir el certificado médico que dé cuenta de las causales.

- Establece que los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, tienen la obligación de acatar todos los fallos de la Corte Constitucional y aplicar las reglas sentadas en la sentencia C-355 de 2006 y en cualquier otra providencia que establezca parámetros respecto de la práctica de la IVE.
- Ratifica que los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales están obligados a brindar plena confidencialidad y a mantener la reserva legal sobre la información recibida.
- Recuerda que, como toda intervención médica, la práctica de la IVE debe estar precedida de un consentimiento idóneo e informado sobre el procedimiento a realizar y sus riesgos y beneficios.
- Establece que no pueden existir clínicas, hospitales, centros de salud o entidades similares, que tengan legalmente la posibilidad de presentar una objeción de conciencia a la práctica de un aborto cuando se cumplan cualquiera de las condiciones señaladas en la sentencia C-355 de 2006.
- Establece que en los casos de solicitud de práctica de IVE para mujeres en condición de discapacidad, los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, no pueden elevar obstáculos ni exigir requisitos adicionales a los contemplados en la C-355 de 2006 para la prestación del servicio de IVE. En esa eventualidad, la solicitud de la IVE puede efectuarla cualquiera de sus representantes legales u otra persona que actúe en su nombre, sin requisitos formales adicionales al denuncia penal por acceso o acto carnal violento o abusivo.
- Establece que, los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, deben responder de forma oportuna las solicitudes de IVE. El término razonable para ello y para realizar su práctica (de ser medicamente posible) es de cinco (5) días, contados a partir de la consulta.
- Establece que, los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, deben conocer que en ausencia de una norma legal que establezca una restricción de carácter temporal para la IVE en las hipótesis despenalizadas, se debe garantizar el mínimo reconocido en la sentencia C-355 de 2006. No existe una regla general que impida la

- IVE después de cierto tiempo de gestación, por lo cual no corresponde a ninguna autoridad establecerla.
- Establece que, los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, deben brindar a todas las mujeres información, suficiente, amplia y adecuada así como orientación, apoyo y acompañamiento en relación con las alternativas terapéuticas disponibles en la prestación de servicios de IVE, a fin de facilitar el acceso oportuno y eficiente a dichos servicios y permitir que puedan tomar una decisión informada en ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye, el derecho a estar plenamente informadas respecto al alcance de las sentencias de La Corte Constitucional y de esta Circular (33).
- Sentencia T-532/2014:
    - Reitera que, a las solicitudes realizadas por las mujeres para efectuarse un procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo, se les debe dar una respuesta pronta y con celeridad. El plazo de los 5 días se mantiene y señalan que es indispensable el cumplimiento de este en los casos de embarazos avanzados (34).
  - Sentencia C-754/2015:
    - Establece la obligatoriedad de la aplicación del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual expedido por el Ministerio de la Protección Social; con el cual se debe garantizar el acceso a la anticoncepción oral de emergencia durante las 72 horas posteriores al evento de violencia sexual, el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y así mismo, a la atención psicosocial.
    - Insta que el derecho a la salud de las víctimas de violencia sexual constituye acceder a una atención inmediata, integral, especializada, con enfoque diferencial, gratuita y durante el tiempo que sea necesario para que la persona supere las afectaciones físicas y psicológicas que se hayan derivado de las agresiones.
    - Ratifica la Interrupción Voluntaria del Embarazo realizada en el marco de la sentencia C-355, como un derecho fundamental de las mujeres que hace parte de los derechos reproductivos (35).
  - Sentencia C-274/2016:
    - Reconoció que el personal de enfermería puede acudir a la objeción de conciencia, siempre y cuando se haga según las pautas que indique la jurisprudencia constitucional para el ejercicio de la profesión el área de la salud.

- Decreta como estándar que solo pueden acudir a objeción de conciencia aquellas personas que participen directamente la interrupción Voluntaria del Embarazo, no se tendrán en cuenta quienes participen en los actos preparatorios o posteriores a la IVE (36).
- Sentencia T-301/2016:
  - Se estableció que el derecho fundamental a la Interrupción Voluntaria del Embarazo no solo hace referencia a la realización del procedimiento; sino que está compuesta por el derecho a la información, accesibilidad y disponibilidad; en caso tal de que alguno de estos componentes sea vulnerado por parte de los prestadores, se puede apelar a una indemnización de perjuicios.
  - Reconoció que en los casos donde la mujer apele a dos o más causales, el operador o la EPS debe aplicar aquella que sea más conveniente y oportuna para la mujer (37).
- Sentencia C-327/2016:
  - Concluyó que ninguna norma nacional o internacional desencadena el deber de protección del no nacido equiparándolo al derecho a la vida de las personas. En consecuencia, estableció que la protección de la vida no es absoluta, ya que conllevaría al sacrificio integral de los derechos fundamentales de las mujeres (38).
- Sentencia T-694/2016:
  - Establece que, si se realiza un procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo, la trabajadora tiene derecho a un descanso remunerado por un lapso entre dos y cuatro semanas, o menos, según lo considere el médico tratante. En ese período de tiempo, el empleador debe garantizar la estabilidad del empleo de la trabajadora (39).
- Sentencia T-697/2016:
  - Se enfatizó en el plazo máximo de cinco días para la realización del procedimiento IVE desde el momento de la solicitud formal. También resaltó la importancia de que las entidades mejoraran los protocolos de atención para las menores de edad que solicitan la interrupción del embarazo.
  - Estableció que las niñas y adolescentes que solicitan la IVE tienen derecho a tomar la decisión de manera autónoma, a guardar la confidencialidad de su identidad, a recibir atención de forma prioritaria en los casos de violencia sexual y a presentar quejas ante las autoridades competentes en caso de que se les dilate injustificadamente la prestación del servicio (40).

- Sentencia T-731/2016:
  - Ratificó la obligación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF para suministrar información clara, acertada y oportuna; la cual de ninguna forma debe estar enfocada en disuadir a la mujer, niña o adolescente para desistir en su decisión.
  - Estableció que dilatar el proceso para que la mujer en una edad gestacional avanzada acceda a la IVE tiene consecuencias directas y negativas en la afectación mental de la mujer. A partir de esto, se ratifica el derecho al diagnóstico oportuno (41).
  
- Sentencia SU-096/2018:
  - Esta sentencia recoge todos los precedentes jurisprudenciales en lo referente a Interrupción Voluntaria del Embarazo y ratifica los estándares para la protección y garantía de este derecho, los cuales son de obligatorio cumplimiento (42).

De acuerdo a lo anteriormente nombrado, en Colombia, la legislación les ha dado progresivamente más garantías a las mujeres para decidir sobre su propio cuerpo y aunque existe la ley, no se obliga a ninguna mujer a optar por la Interrupción Voluntaria del Embarazo, esto ratifica los derechos a la autonomía y la autodeterminación reproductiva. Actualmente, gran parte de la jurisprudencia de los países occidentales considera que el feto es sujeto de protección, pero también la madre, y que los derechos del feto se ejecutan al momento del nacimiento (43). Aunque las anteriores sentencias y circulares representan un gran avance, persisten desafíos en materia de salud pública y en nuestro sistema de salud para garantizar una atención segura del aborto donde no existan barreras que eviten a las mujeres acceder a este derecho.

## 6. METODOLOGÍA

### 6.1 Tipo de estudio

Se enmarca en el paradigma científico empírico-analítico, de naturaleza cuantitativa, observacional y retrospectivo. El tipo de estudio adoptado es descriptivo, con fuente de información secundaria.

### 6.2 Unidad de análisis

La población de referencia del estudio sobre la caracterización de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) en Medellín, está conformada por las mujeres que solicitaron un procedimiento de aborto inducido ante sus EPS

### 6.3 Población objetivo

Registros anonimizados de mujeres que figuren en los RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios) con procedimientos de Interrupción Voluntaria del Embarazo en instituciones de salud de la ciudad de Medellín durante los años 2010-2017.

### 6.4 Muestra y tamaño muestral

Muestra censal, se seleccionaron todos los datos consignados en el Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS que figuren con los códigos CUPS que se mencionarán en los criterios de inclusión. No se aplicó ninguna técnica de muestreo.

### 6.5 Criterios de inclusión

- Se realizó una revisión de la normatividad referente a la IVE y se decidió incluir los registros de las mujeres que cumplieran con los siguientes códigos CUPS: **695101** - Aspiración al Vacío de Útero para Terminación del Embarazo. Incluye La Aspiración Manual Endouterina (Ameu Con Aspirador Plástico Pequeño) y La Aspiración Eléctrica Endouterina (Aeeu); **743100** - Remoción De Embarazo Ectópico Abdominal; **743200** - Remoción de Feto en Cavidad Peritoneal Subsiguiente a Ruptura Uterina o Tubárica SOD; **750101** - Legrado Uterino Obstétrico Postparto o Postaborto por Dilatación y Curetaje; **750105** - Legrado Uterino Obstétrico Postparto o Postaborto por Aspiración al Vacío; **750201** - Dilatación y Legrado para Terminación Del Embarazo; **751200** - Amniocentesis Terapéutica (No Deliberadamente Abortiva) SOD.

- Registros de mujeres en edad fértil de 10 a 54 años según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE.

#### **6.6 Criterios de exclusión**

- 4.639 registros los cuales registraban los procedimientos de interés, pero que no fue posible identificar los datos de usuario.
- 51 registros que figuraron sexo masculino.
- 12 registros de mujeres con edades menores de 10 años.

#### **6.7 Plan de recolección de información**

El plan de recolección de información inició mediante una solicitud formal de los datos de las atenciones en salud que se encuentran bajo la custodia del proyecto “Área Metropolitana del Valle de Aburrá- Implementación Plan de Gestión Integral de la Calidad del Aire” que realizan en conjunto la Facultad Nacional de Salud Pública y el Área Metropolitana del Valle de Aburrá con el propósito de medir la contaminación atmosférica y sus efectos sobre la Salud de los habitantes del valle de Aburrá; en la carta, se enfatizó que en el marco de este trabajo de grado se analizarían únicamente casos anonimizados, a los cuales se les daría el tratamiento idóneo, ético y de confidencialidad de acuerdo a la reglamentación para la investigación establecida en Colombia como lo es: la Resolución No 8430 de 1993, particularmente en el Artículo 8 sobre Privacidad de los sujetos objeto de estudio y en lo que respecta al Artículo 11, declaramos: “Que esta investigación es sin riesgo, pues se emplearan métodos y técnicas de investigación documental, datos retrospectivos y los métodos serán los propios de la Estadística, los Sistemas de Información y la economía”, y cumpliendo los preceptos de los artículos de la Ley Estatutaria 1266 de 2008 (Hábeas Data) y la Ley 1581 de 2012; “Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales”.

El proceso de extracción y estructuración de los datos RIPS estuvo a cargo del profesional designado por el proyecto para esta labor, el cual mediante la unificación de los archivos de usuario (US), procedimientos (AP), medicamentos (AM) y consulta externa (AC) llevo a cabo la identificación del individuo a partir de los códigos CUPS de los procedimientos de interés, posteriormente, se procedió a la identificación de las atenciones de consulta externa, psicología y los medicamentos suministrados durante el periodo comprendido entre el año 2010 y 2017, adicionalmente, se asignó un id que de forma anonimizada permitió la identificación del paciente en los diferentes servicios.

#### **6.8 Operacionalización de variables**

- **Variables de identificación**

Nombre de la variable	Naturaleza de la variable	Nivel de medición	Categorías	
Tipo de identificación del usuario	Cualitativa	Nominal	CC	Cédula ciudadanía
			CE	Cédula de extranjería
			PA	Pasaporte
			RC	Registro civil
			TI	Tarjeta de identidad
			AS	Adulto sin identificación
			MS	Menor sin identificación
Tipo de usuario	Cualitativa	Nominal	1	Contributivo
			2	Subsidiado
			3	Vinculado
			4	Particular
			5	Otro
			6	Desplazado con afiliación al Régimen Contributivo
			7	Desplazado con afiliación al Régimen subsidiado
			8	Desplazado no asegurado (Vinculado)
Tipo de afiliado	Cualitativa	Nominal	1	Cotizante
			2	Beneficiario
			3	Adicional
Código de la Ocupación	Cualitativa	Nominal	Tabla de Clasificación internacional de ocupaciones y oficios.	
Edad	Cuantitativa	Razón	Número entero de hasta 3 cifras	
Unidad de medida de la edad	Cualitativa	Ordinal	1	Años
			2	Meses
			3	Días

Zona de residencia habitual	Cualitativa	Nominal	U	Urbana
			R	Rural

- **Variables de consulta**

Nombre de la variable	Naturaleza de la variable	Nivel de medición	Categorías	
Código entidad administradora de planes de beneficios	Cualitativa	Nominal	Número completo del código de la Entidad Administradora de Planes de Beneficio, asignado por la Superintendencia Nacional de salud.	
Código del prestador de servicios de salud	Cualitativa	Nominal	Código consignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)	
Fecha de la consulta	Cuantitativa	Ordinal	Se debe usar el formato estándar de fecha: dd/mm/aaaa	
Código de la consulta	Cualitativa	Nominal	Códigos registrados en la tabla de procedimientos en salud: CUPS	
Finalidad de la consulta	Cualitativa	Nominal	06	Detección de alteraciones del embarazo
			10	No aplica
Causa Externa	Cualitativa	Nominal	10	Sospecha de abuso sexual
			11	Sospecha de violencia sexual
			12	Sospecha de maltrato emocional
			13	Enfermedad general
			15	Otra

Código del diagnóstico principal	Cualitativa	Nominal	Según CIE-10
Valor de la consulta	Cuantitativa	Razón	Este dato corresponde al valor que el prestador cobrará al pagador por esa consulta, cuando ésta se paga por evento. Si las consultas se realizan como parte de un paquete de servicios, cualquiera sea éste (capitación, pago fijo por actividad final, DRG, atención integral por patología o condición del paciente), ésta no tiene valor unitario, por cuanto el valor corresponde al paquete. Se debe registrar en este campo "0" (cero).
Valor de la cuota moderadora	Cuantitativa	Razón	Corresponde al pago que debe hacer el usuario del servicio, como cuota de recuperación, cuota moderadora o copago. En los dos últimos casos el prestador actúa como recaudador de ingresos a terceros, pues estos dineros corresponden al pagador. Se debe registrar el valor pagado por el usuario.
Valor neto a pagar	Cuantitativa	Razón	Este dato corresponde al valor

			que el prestador cobrará al pagador por esa consulta, cuando ésta se paga por evento. Si las consultas se realizan como parte de un paquete de servicios, cualquiera sea éste (capitación, pago fijo por actividad final, DRG, atención integral por patología o condición del paciente), ésta no tiene valor unitario, por cuanto el valor corresponde al paquete. Se debe registrar en este campo "0" (cero).
--	--	--	---

- **Variables de procedimiento**

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Naturaleza de la variable</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Categorías</b>	
Fecha del procedimiento	Cuantitativa	Ordinal	Se debe usar el formato estándar de fecha: dd/mm/aaaa	
Código del procedimiento	Cualitativa	Nominal	Procedimiento registrado en la tabla de procedimientos: CUPS	
Ámbito de realización del procedimiento	Cualitativa	Nominal	1	Ambulatorio
			2	Hospitalario
			3	Urgencias
Finalidad del procedimiento	Cualitativa	Nominal	1	Diagnóstico
			2	Terapéutico
			3	Protección específica
			4	Detección temprana de enfermedad general

Diagnostico principal	Cualitativa	Nominal	Solo se diligencia cuando se trata de procedimientos quirúrgicos. Se codifica según Reglas de Codificación de la CIE 10, se debe encontrar en la tabla de CUPS.
Complicación	Cualitativa	Nominal	Se registra según reglas de codificación con CIE 10, cuando surja una complicación directamente relacionada con el procedimiento (el acto quirúrgico, la administración de la anestesia, la aplicación de sangre, líquidos, prótesis u otros).
Valor del procedimiento	Cuantitativa	Razón	Este dato corresponde al valor que el prestador cobrará al pagador por ese procedimiento, cuando éste se paga por evento. Si los procedimientos se realizan como parte de un paquete de servicios, cualquiera sea éste (capitación, pago fijo por actividad final, DRG, atención integral por patología o condición del paciente), ésta no tiene valor unitario, por cuanto el valor corresponde al paquete. Se debe registrar en este campo "0" (cero).

- **Variables de medicamentos**

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Naturaleza de la variable</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Categorías</b>
Nombre genérico de medicamento	Cualitativa	Nominal	Nombre textual del medicamento
Forma farmacéutica	Cualitativa	Nominal	Forma de suministro del medicamento

## 6.9 Control de sesgos

- **De Información:** Los registros que se procesarán y analizarán en esta investigación provienen de una fuente de información secundaria (Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS), es por esto que pueden contar con errores originados desde la captura y el procesamiento de los datos, también es factible encontrar variables en blanco y errores en el proceso de codificación de procedimientos de acuerdo a la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS. Lo anterior no es posible controlarlo por parte del investigador, sin embargo, existe un compromiso ineludible a no adulterar los registros de la base de datos de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en la ciudad de Medellín entre los años 2010 y 2017.
- **De selección:** En concordancia con la revisión de literatura y normatividad referente al tema en cuestión, se optó por incluir solamente los registros de las mujeres que cumplieran con los códigos CUPS mencionados en los criterios de inclusión y con los criterios de consistencia, duplicidad y no respuesta establecidos para evaluar la calidad de los datos.  
Se evaluó la calidad de los datos mediante indicadores de consistencia, duplicidad y no respuesta para los archivos de usuario (US), procedimientos (AP), medicamentos (AM) y consulta externa (AC) en todas las variables que son de interés para este trabajo. Se obtuvo un total de 24598 registros de procedimientos IVE, se procedieron a realizar las exclusiones quedando con un total de 19896 procedimientos de interrupción de embarazo realizados en Medellín durante entre los años 2010 y 2017.

## 6.10 Procesamiento de la información

Para el procesamiento de los datos se utilizó SPSS versión 21; para el almacenamiento, la generación de tablas y gráficos se utilizará Microsoft Excel 2010 y SPSS versión 21. En cuanto a la presentación de los informes, se realizaron mediante Microsoft Word.

## 6.11 Plan de análisis

Objetivo específico	Variables relacionadas	Análisis
---------------------	------------------------	----------

<p>Caracterizar los casos de las mujeres a quienes se les practicó una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) según variables sociales, demográficas y epidemiológicas para cada uno de los años analizados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de usuario</li> <li>• Tipo de IPS</li> <li>• Nivel de complejidad</li> <li>• Ámbito de realización</li> <li>• Edad</li> <li>• Zona de residencia habitual</li> <li>• Procedimiento</li> <li>• Diagnóstico principal</li> </ul>	<p>Cálculo de frecuencias, porcentajes, tablas de contingencia y pruebas de independencia.</p>
<p>Analizar la trazabilidad de las consultas de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) hasta 5 días antes y 42 días después de efectuado el procedimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de consulta</li> <li>• Fecha de procedimiento</li> <li>• Diagnóstico principal</li> <li>• Tipo de consulta</li> </ul>	<p>Cálculo de frecuencias, porcentajes, tablas de contingencia. Cálculo de intervalos de tiempo para las delimitar las consultas pre y post procedimiento.</p>
<p>Identificar posibles factores asociados a la de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) según variables de interés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de usuario</li> <li>• Tipo de IPS</li> <li>• Nivel de complejidad</li> <li>• Ámbito de realización</li> <li>• Edad</li> <li>• Zona de residencia habitual</li> </ul>	<p>Pruebas de normalidad, homogeneidad de varianzas, regresiones de Poisson simples y ajustadas.</p>

## 6.12 Aspectos éticos

A los datos utilizados en esta investigación se les dará tratamiento idóneo, ético y de confidencialidad de acuerdo a la reglamentación para la investigación establecida en Colombia como lo es: la Resolución No 8430 de 1993, por lo tanto nos acogemos en primera instancia al Artículo 8 sobre Privacidad de los sujetos objeto de estudio y en lo que respecta al Artículo 11, declaramos: *“Que esta investigación es sin riesgo, pues se emplearan métodos y técnicas de investigación documental, datos retrospectivos y los métodos serán los propios de la Estadística, los Sistemas de Información y la economía”*, y cumpliendo los preceptos de los artículos de la Ley

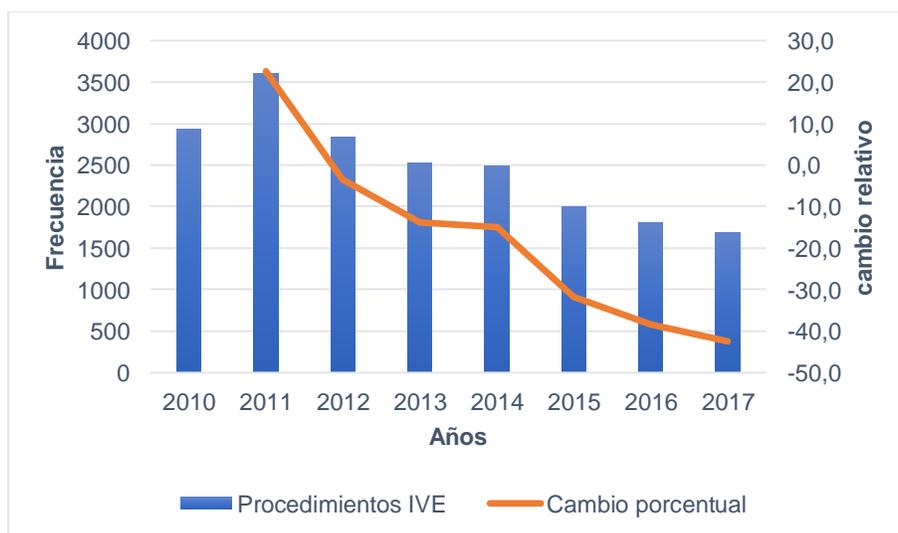
Estatutaria 1266 de 2008 (Hábeas Data) y la Ley 1581 de 2012 *"Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales"*.

## 7. RESULTADOS

En el período de estudio, se observa una tendencia a la disminución de los procedimientos IVE realizados en Medellín. En los casos de mujeres en edad fértil que se practicaron un procedimiento de IVE en el período analizado en la Ciudad, predominó el grupo de edad de 18 a 26 años con un 46,0% (9.136), seguido por las mujeres mayores entre 27 y 54 años con un 44,5% (8.831), destacan 1.895 procedimientos realizados en menores de edad; el 1,7% (330) de los embarazos interrumpidos se llevaron a cabo en niñas entre 11 y 14 años, mientras que las adolescentes representan el 7,9% (1565).

En cuanto al tipo de usuario, las mujeres del régimen contributivo son las que más acuden al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para solicitar un procedimiento IVE, representando un 42,74% (8.504), seguidas por las que pertenecen al régimen subsidiado con casi 10 puntos porcentuales menos 33,61% (6.687). Por otro lado, respecto a la zona de residencia de las mujeres que se practicaron un procedimiento de IVE, la diferencia entre lo urbano y lo rural es abismal, con porcentajes de 99,27% (19.750) y 0,73% (146) respectivamente.

El 86,17% de los procedimientos de IVE realizados en Medellín, se llevan a cabo en los 2 y 3 niveles de complejidad; al analizar las frecuencias de acuerdo al tipo de IPS, no se evidencian diferencias muy marcadas debido a que un 50,11% fueron realizados en IPS públicas y el 49,89% restante en privadas. (Ver figura 1) (Ver tabla 1)



**Figura 1.** Procedimientos de IVE realizados en Medellín durante 2010-2017.

**Tabla 1.** Características sociales y demográficas de los casos de mujeres a las que se les practico una Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín durante 2010 – 2017.

<b>Variable (n=19.989)</b>		<b>%</b>
<b>Edad categorizada*</b>		
11 - 14 años	330	1,7
15 - 17 años	1565	7,9
18 - 26 años	9136	46,0
27 - 54 años	8831	44,5
<b>Tipo de usuario</b>		
Contributivo	8504	42,7
Subsidiado	6687	33,6
Particular	1214	6,1
Vinculado	2704	13,6
Otro	787	4,0
<b>Zona</b>		
Urbana	19750	99,3
Rural	146	0,7
<b>Nivel de complejidad</b>		
II	9144	46,0
III	8001	40,2
IV	2751	13,8
<b>Tipo de IPS</b>		
IPS privada	9927	49,9
IPS pública	9969	50,1

\*Se excluyeron 34 mujeres que no registraron edad

La mayoría de procedimientos IVE realizados en Medellín en el período 2010 – 2017 son codificados en los RIPS bajo el código CUPS 750101 (Legrado uterino obstétrico; incluye por aborto, aborto incompleto o endometritis puerperal) con un peso porcentual de 82,04. Por otra parte; la finalidad terapéutica del procedimiento destaca con un 89,43%, seguida por la finalidad que busca diagnosticar con 9,75%. Finalmente, en el ámbito de realización prevalecen los procedimientos que son realizados de forma ambulatoria 50,03% y también destacan aquellos que son realizados en urgencias 39,11%. (Ver tabla 2)

**Tabla 2.** Distribución de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín según tipo de procedimiento, finalidad y ámbito de realización durante 2010 – 2017.

<b>Variable</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Procedimiento</b>		
Legrado uterino (obstétrico); incluye por aborto. Aborto incompleto o endometritis puerperal	16323	82,0
Legrado uterino obstétrico postparto o postaborto por aspiración al vacío	2637	13,3
Otros procedimientos	936	4,7
<b>Finalidad del procedimiento</b>		
Terapéutico	17793	89,4
Diagnóstico	1940	9,8
Otras finalidades	163	0,8
<b>Ámbito de realización del procedimiento</b>		
Hospitalario	7781	39,1
Ambulatorio	9954	50,0
Urgencias	2161	10,9

Con relación a la codificación de los diagnósticos principales según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y tomando como referente sus categorías, se encontró que el aborto espontáneo fue el diagnóstico más común en el período analizado; con una prevalencia del 38,5% (7653), seguido por el aborto no especificado 16,3% (3252), otros productos anormales de la concepción 9,6% (1914), otro aborto 8,5% (1695) y aborto médico con un 4,4% (885). Cabe resaltar que el diagnóstico principal del 22,6% (4497) de los procedimientos restantes, se distribuyó en 168 categorías diferentes.

Por otro lado, al revisar el comportamiento de los diagnósticos principales según subcategoría, se evidenció que el aborto espontáneo: incompleto, sin complicación representa el 35,2% (7000), precedido por el aborto no especificado: incompleto, sin complicación con un 15,8% (3142), el aborto retenido representa el 8,6% (1720), otro aborto: incompleto, sin complicación 7,2% (1425), amenaza de aborto 4,0% (788). Es importante aclarar que el 29,3% (5821) de los diagnósticos restantes, se distribuyeron 361 subcategorías diferentes. (Ver tabla 3)

**Tabla 3.** Diagnóstico principal de los procedimientos de Interrupción Voluntaria del Embarazo según categoría y subcategoría de la CIE-10, Medellín 2010 – 2017.

<b>Diagnóstico principal CIE – 10</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Categoría</b>		
Aborto espontáneo	7653	38,5
Aborto no especificado	3252	16,3
Otros productos anormales de la concepción	1914	9,6
Otro aborto	1695	8,5
Aborto médico	885	4,4
Hemorragia precoz del embarazo	811	4,1
Dolor abdominal y pélvico	491	2,5
Embarazo ectópico	334	1,7
Otras categorías	2861	14,4
<b>Subcategoría</b>		
Aborto espontáneo: incompleto, sin complicación	7000	35,2
Aborto no especificado: incompleto, sin complicación	3142	15,8
Aborto retenido	1720	8,6
Otro aborto: incompleto, sin complicación	1425	7,2
Amenaza de aborto	788	4,0
Aborto médico: completo o no especificado, sin complicación	546	2,7
Abdomen agudo	413	2,1
Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	271	1,4
Embarazo ectópico, no especificado	232	1,2
Aborto médico: incompleto, sin complicación	226	1,1
Otras subcategorías	4133	20,8

En cuanto a las consultas médicas realizadas de forma previa al procedimiento IVE, se analizó hasta 5 días antes de efectuar la interrupción del embarazo y se evidencia que las mujeres consultan mayoritariamente por urgencias con un 60,5% (6879), seguidas por las consultas de medicina general 20,1% (2281). Aunque el porcentaje de consultas por psicología y las prequirúrgicas no son altos, vale la pena mencionar

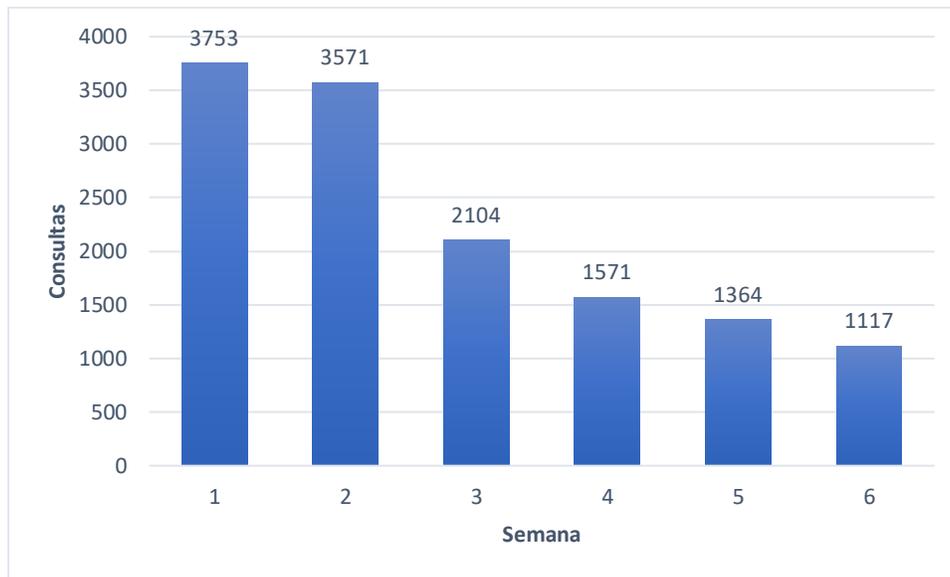
su aporte al total, con porcentajes de 2,0% (227) y 2,8 (313) respectivamente. (Ver tabla 4)

**Tabla 4.** Consultas realizadas por la mujer hasta 5 días antes del procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín 2010 – 2017.

<b>Consulta</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Urgencias	6879	60,5
Medicina general	2281	20,1
Medicina especializada	643	5,7
Odontología	348	3,1
Consulta prequirúrgica	313	2,8
Enfermería	240	2,1
Psicología	227	2,0
Ginecología y obstetricia	143	1,3
Otros tipos de consulta	299	2,6
<b>Total</b>	<b>11373</b>	<b>100</b>

Al revisar los diagnósticos principales registrados en las consultas realizadas por la mujer hasta 5 días antes de la interrupción del embarazo, se encontró que en todos los días predominó como diagnóstico principal la consulta por amenaza de aborto, sin embargo, es importante mencionar que hasta dos días antes de la realización del procedimiento, los 5 diagnósticos principales se relacionan con la existencia de un aborto incompleto.

Por otra parte, al examinar la dinámica de las consultas realizadas por las mujeres hasta 42 días después de la interrupción del embarazo, se puede observar que acuden principalmente al médico en la primera y segunda semana posterior a la realización del procedimiento IVE con porcentajes de 27,8% (3753) y 26,5% (3571) a partir de ahí, se observa una tendencia clara a la disminución de consultas hasta la sexta semana. (Ver figura 2)



**Figura 2.** Consultas médicas en las 6 semanas posteriores a la realización del procedimiento IVE.

En cuanto a los 5 diagnósticos principales relacionados a las consultas realizadas por la mujer durante las 6 semanas posteriores a la IVE, predominó en cada semana, el consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción.

Al analizar el tipo de especialidad por la que las mujeres acuden al SGSSS, se evidencia que acuden principalmente a consultar por medicina general 51,5% (6942), seguidas por las que asisten a urgencias con una participación del 12,6% (1695), llama la atención un porcentaje de 6,8% (923) que representa consultas de estimulación temprana, también destaca el bajo porcentaje de consultas de psicología solicitadas por las mujeres 1,4% (190). (Ver tabla 5)

**Tabla 5.** Consultas realizadas por la mujer hasta 42 días después del procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín 2010 – 2017.

Consulta	n	%
Medicina general	6942	51,5
Urgencias	1695	12,6
Medicina especializada	1158	8,6
Consulta prequirúrgica	659	4,9
Estimulación temprana	923	6,8
Enfermería	905	6,7
Odontología	432	3,2
Psicología	190	1,4
Ginecología y obstetricia	99	0,7

Otros tipos de consulta	477	3,5
<b>Total</b>	13480	100

En el tercer nivel de complejidad, la mayoría de procedimientos se realizan en instituciones de naturaleza privada (77,2%), mientras que en el segundo nivel, predominan ampliamente las instituciones públicas (89,1%); es de anotar que el total de los procedimientos realizados en el cuarto nivel, se llevan a cabo en instituciones privadas; en las instituciones públicas a medida que aumenta el nivel de complejidad disminuyen los procedimientos IVE realizados, una situación contraria se presenta en las IPS de naturaleza privada, donde a medida que aumenta el nivel de complejidad, aumentan las IVE realizadas.

En los tres niveles de complejidad analizados, se realizan mayoritariamente procedimientos ambulatorios y hospitalarios, sin embargo, en el nivel III es donde más se realizan Interrupciones Voluntarias del Embarazo en el área de urgencias. (Ver tabla 6)

**Tabla 6.** Casos de mujeres a las que se les practico una Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín durante 2010 – 2017 según nivel de complejidad, tipo de IPS y ámbito de realización del procedimiento.

Variable	Nivel de complejidad							
	II		III		IV		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Tipo IPS</b>								
Pública	8143	89,1	1826	22,8	0	0	9969	50,1
Privada	1001	10,9	6175	77,2	2751	100	9927	49,9
<b>Ámbito de realización del procedimiento</b>								
Ambulatorio	5243	57,3	3207	40,1	1504	54,7	9954	50,0
Hospitalario	3780	41,3	3021	37,8	980	35,6	7781	39,1
Urgencias	121	1,3	1773	22,2	267	9,7	2161	10,9

Al analizar los registros de procedimientos de Interrupción Voluntaria del Embarazo según tipo de IPS y usuario, se observó que en las mujeres que pertenecen al régimen contributivo; las que solicitan el servicio de forma particular y las que figuran como otro tipo de usuario, acuden mayoritariamente a IPS de naturaleza privada con porcentajes de 84,5% (7184), 65,2% (792) y 82,1% (646) respectivamente. Por otro lado, en las mujeres de régimen subsidiado y vinculado predominan las IPS públicas con porcentajes de más del 80%. (Ver tabla 7)

**Tabla 7.** Distribución de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín según tipo de IPS y usuario 2010 – 2017.

Tipo de usuario	Tipo de IPS					
	Privada		Pública		Total	
	n	%	n	%	n	%
Contributivo	7184	84,5	1320	15,5	8504	100
Subsidiado	1033	15,4	5654	84,6	6687	100
Vinculado	272	10,1	2432	89,9	2704	100
Particular	792	65,2	422	34,8	1214	100
Otro	646	82,1	141	17,9	787	100

En la distribución de los procedimientos según el nivel de complejidad y tipo de usuario, se encontró que el porcentaje de IVE realizadas en instituciones de III y IV nivel de complejidad en las mujeres que pertenecen al régimen contributivo, particular y otro (régimenes especiales) oscila entre el 64 y 84 por ciento; mientras que, el porcentaje de procedimientos realizados en instituciones de ese mismo nivel de complejidad en mujeres pertenecientes al régimen subsidiado y vinculado varía entre 18 y 24 por ciento. (Ver tabla 8)

**Tabla 8.** Distribución de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín según nivel de complejidad y tipo de usuario 2010 – 2017.

Tipo de usuario	Nivel de complejidad							
	II		III		IV		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Contributivo	1286	15,1	5613	66,0	1605	18,9	8504	42,7
Subsidiado	5075	75,9	1278	19,1	334	5,0	6687	33,6
Vinculado	2214	81,9	408	15,1	82	3,0	2704	13,6
Particular	439	36,2	524	43,2	251	20,7	1214	6,1
Otro	130	16,5	178	22,6	479	60,9	787	4,0

Al analizar la distribución de las IVE según los grupos de edad y el tipo de IPS, se evidencia que a medida que aumenta la edad de las mujeres, el porcentaje de ellas que acude a instituciones de naturaleza privada, aumenta. (Ver tabla 9)

**Tabla 9.** Distribución de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín según grupo de edad y tipo de IPS 2010 – 2017.

Edad en grupos (años)	Tipo de IPS					
	Privada		Pública		Total	
	n	%	n	%	n	%
11 - 14	89	27,0	241	73,0	330	100
15 - 17	519	33,2	1046	66,8	1565	100
18 - 26	3998	43,8	5138	56,2	9136	100
27 - 54	5297	60,0	3534	40,9	8831	100

Se realizó un análisis diferenciado de las mujeres que registraron un procedimiento de interrupción del embarazo, pero que además también suspendieron la gestación en otro momento, pero mediante el uso del medicamento misoprostol. Se describieron las características sociodemográficas de las mujeres que registraron una IVE o más en Medellín durante 2010-2017, se lograron identificar 2701 mujeres reincidentes; de las cuales el 50,9% (1374) se encuentran entre los 27 y 54 años, el 43,2% (1167) son adultas jóvenes que se encuentran entre los 18 y 26 años, llama la atención 160 niñas y adolescentes que han interrumpido su embarazo en más de una ocasión. Por otro lado, mayoritariamente residen en zonas urbanas 99,1% (2677), pertenecen al régimen contributivo 60,3% (1628), acuden a IPS de naturaleza privada 63,7% (1720) y la interrupción del embarazo se realiza predominantemente en instituciones de tercer nivel de complejidad 76,3% (2061). (Ver tabla 10)

**Tabla 10.** Características sociodemográficas de las mujeres que tuvieron más de una Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín 2010 – 2017 mediante el uso del medicamento Misoprostol.

Variable	N	%
<b>Edad categorizada</b>		
11 - 14 años	21	0,8
15 - 17 años	139	5,1
18 - 26 años	1167	43,2
27 - 54 años	1374	50,9
<b>Zona</b>		
Urbana	2677	99,1
Rural	24	0,9
<b>Tipo de usuario</b>		
Contributivo	1628	60,3
Subsidiado	400	14,8
Vinculado	303	11,2

Particular	216	8,0
Otro	154	5,7
<b>Tipo de IPS</b>		
IPS Pública	981	36,3
IPS Privada	1720	63,7
<b>Nivel de complejidad</b>		
II	295	10,9
III	2061	76,3
IV	345	12,8

Se realizaron Regresiones de Poisson simples con las variables zona, tipo de IPS, nivel de complejidad, edad categorizada, tipo de usuario y ámbito de realización del procedimiento con el fin de identificar las variables candidatas a la hora de realizar un modelo ajustado.

En los modelos crudos se encontró que todos eran significativos y candidatos a entrar al modelo, al ajustar el modelo, se encontró que todas las variables mantenían su significancia, sin embargo, los valores disminuyeron para las variables tipo de IPS y tipo de usuario.

Al analizar los datos arrojados por el modelo ajustado, se encontró que por cada procedimiento IVE que se realiza en mujeres que residen en zona rural, se llevan a cabo aproximadamente 33 interrupciones del embarazo en mujeres residentes en el casco urbano de Medellín. En cuanto al tipo de IPS, se evidencia que, en el período de estudio, aumentaron en un 19% los procedimientos realizados en las instituciones de naturaleza privada en comparación con las públicas.

Por otro lado, las Interrupciones Voluntarias del Embarazo realizadas en instituciones de II nivel de complejidad incrementan, respectivamente, en un 53% y 257% con referencia a las de III y IV nivel de complejidad. En lo que respecta a la edad, son más propensas a practicarse una IVE, las mujeres de 18 a 26 años en comparación con los otros grupos de edad. (Ver tabla 11)

**Tabla 11.** Regresión de Poisson según variables de interés.

<b>Variable</b>	<b>OR crudo</b>	<b>IC 95%</b>	<b>OR ajustado</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Zona</b>				
Rural	0,02	(0,02 - 0,03)	0,03	(0,02 - 0,03)
Urbana	1		1	
<b>Tipo IPS</b>				
Pública	1,63	(1,62 - 1,63)	0,84	(0,83 - 0,84)
Privada	1		1	
<b>Nivel de complejidad</b>				
IV	0,26	(0,26 - 0,27)	0,28	(0,28 - 0,30)
III	0,64	(0,63 - 0,64)	0,65	(0,64 - 0,65)
II	1		1	
<b>Edad categorizada</b>				
11 - 17 años	0,38	(0,38 - 0,40)	0,33	(0,33 - 0,34)
27 - 54 años	0,91	(0,91 - 0,92)	1,01	(1,01 - 1,03)
18 - 26 años	1		1	
<b>Tipo de usuario</b>				
Otro	0,27	(0,26 - 0,27)	0,34	(0,33 - 0,34)
Vinculado	1,13	(1,13 - 1,14)	0,86	(0,85 - 0,86)
Particular	0,15	(0,15 - 0,17)	0,14	(0,14 - 0,15)
Subsidiado	1,59	(1,58 - 1,59)	1,29	(1,28 - 1,29)
Contributivo	1		1	
<b>Ámbito de realización</b>				
Urgencias	0,56	(0,56 - 0,57)	1,48	(1,47 - 1,49)
Hospitalario	0,96	(0,96 - 0,97)	1,49	(1,48 - 1,50)
Ambulatorio	1		1	

## 8. DISCUSIÓN

El debate en torno a la legalidad del aborto se mantiene como un tema polémico que genera extensas discusiones a nivel mundial, debido a que implica diversas posiciones morales y religiosas; sin embargo, con el pasar del tiempo, el foco de este debate ha trascendido y se han orientado las discusiones legales y académicas hacia las implicaciones de este evento en la salud pública, además de la búsqueda del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

El Observatorio de Derechos Humanos señala que el debate va mucho más allá, ya que alrededor del derecho a la IVE convergen otros derechos como: a la salud, el derecho a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a la seguridad personal, a la libertad, a la privacidad, a la información, a no ser sometido a trato cruel, inhumano y degradante, a decidir el número y espaciamiento de los hijos, a gozar de los beneficios del progreso científico y a la libertad religiosa y de conciencia (44).

Con respecto a la legislación referente al aborto, puede ser completa o parcialmente prohibicionista y permisiva o sin restricciones. La legislación en cada país tiene un tratamiento diferente; en el caso de América Latina y El Caribe, los países que no sostienen restricciones de causales para el aborto son Cuba, Guyana, Guyana Francesa, Uruguay, México DF, Puerto Rico y Argentina; en El Salvador, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Haití el aborto es considerado un delito y no tiene excepciones; en el caso de Paraguay, Venezuela, Guatemala, Perú y Costa Rica sus legislaciones son restrictivas, pero despenalizan el delito de aborto en aquellas ocasiones donde la vida o la salud de la mujer se vea amenazada. Chile, Colombia, Brasil y Ecuador despenalizaron este delito en casos de amenaza a la vida o la salud de la mujer, inviabilidad del feto y violencia sexual. Adicional a las causales mencionadas anteriormente, países como Bolivia y Belice incluyeron respectivamente, las causales de incesto y factores socioeconómicos (45).

En Colombia la despenalización parcial y la regulación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo no ha sido una tarea fácil, ya que su posicionamiento lo ha realizado la Rama Legislativa, sin embargo, desde 1975 se han radicado diversos proyectos de ley que tenían como objetivo la despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo(46), pero ninguno prosperó. Quizás por las implicaciones sociales a las que conlleva sentar una opinión clara sobre este tema, del cual históricamente en el país y en el mundo ha generado extensas polémicas como se ha expresado.

En esta cronología, en mayo de 2006 y como consecuencia de las diversas luchas que durante décadas llevó a cabo el movimiento de mujeres en Colombia, la Corte Constitucional emitió la Sentencia C-355 de 2006, donde refirió:

“[...]una regulación penal que sancione el aborto en todos los supuestos, significa la anulación de los derechos fundamentales de la mujer, y en esa medida supone desconocer completamente su dignidad y reducirla a un mero receptáculo de la vida

en gestación, carente de derechos o de intereses constitucionalmente relevantes que ameriten protección.” (3)

Desde ese año, La Corte despenalizó el delito de aborto en las tres situaciones anteriormente mencionadas y con el pasar del tiempo y como efecto directo de la necesidad de las mujeres por reivindicar el derecho a decidir sobre su cuerpo, ha emitido una serie de sentencias complementarias que se han incorporado en el Bloque Constitucional de Colombia; las cuales buscan garantizar y proteger los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres del territorio nacional.

Según los hallazgos de este estudio, en la ciudad de Medellín durante 2010 y 2017 se realizaron 19896 procedimientos IVE, mientras que, en Colombia, durante ese mismo período, se interrumpieron mediante procedimientos 378953 embarazos (47). La capital antioqueña, representa el 5,3% de los procedimientos de aborto no constitutivos de delito a nivel nacional entre los años 2010 y 2017.

La Interrupción Voluntaria del Embarazo en Medellín, durante el período de estudio, evidenció un contundente descenso, registrando una disminución del 42,5% en los procedimientos realizados durante el primer y último año de análisis. Situación que coincide con los datos suministrados por Acevedo y Hernández, donde en Colombia, para el mismo período, se identificó una disminución del 6,6% en los procedimientos legales que buscaban interrumpir los embarazos (47). Este comportamiento del aborto en Medellín y Colombia contrasta y es opuesto a lo que plantea el Instituto Guttmacher, el cual informa que entre los quinquenios 1990–1994 y 2010–2014, los abortos disminuyeron de 12 a 7 millones en las regiones desarrolladas; mientras que, en las regiones en desarrollo, como Colombia, pasaron de 39 a 50 millones en los períodos en cuestión (48).

En cuanto a los diez diagnósticos principales de los procedimientos IVE según subcategoría de CIE-10, se encontró que, durante el período de estudio, predominó el “Aborto espontáneo: incompleto, sin complicación” con un 35,2% (7000), seguido por el “Aborto no especificado: incompleto, sin complicación” con un porcentaje del 15,8 (3142). De acuerdo con el Movimiento Feminista Latinoamericano y del Caribe, entre el 10 y el 30 % de las camas de los servicios de ginecología y obstetricia las ocupan mujeres con diagnóstico de aborto incompleto (49). Se estima que, en Colombia, anualmente, se presentan alrededor de 132000 complicaciones en lo referente al aborto, las cuales se pueden deber a infecciones, perforaciones uterinas y abortos incompletos (50).

Con respecto a la variable demográfica de la edad, en este estudio prevalecieron los procedimientos IVE realizados en mujeres entre los 18 y 26 años con una participación del 46,0%. Estos hallazgos son diferenciales con los de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2015, debido a que el grupo de edad en el cual se registró el mayor porcentaje de embarazos terminados en abortos, fue en las mujeres menores de 20 años (51). Mientras que, según la Secretaría de Salud de Medellín durante el período 2014 – 2016 sobresalió el grupo de edad de 22 a 49

años (52). No obstante, cabe resaltar que el abordaje en cada estudio se hizo según clasificaciones diferentes.

En la ciudad de Medellín durante los años de análisis, se realizaron 330 procedimientos en niñas de 11 a 14 años y 1565 en adolescentes de 15 a 17, es importante mencionar que, en Colombia, el embarazo en menores de 14 años es un delito, el cual se considera consecuencia de un acceso carnal violento o acceso carnal abusivo, según lo estipula la Ley 599 de 2000, artículos 205 a 209, y la Ley 1236 de 2008, artículos 1 al 6 (53). El estatus penal del aborto en nuestro país, implica que día a día se sigan interrumpiendo embarazos de forma clandestina y muchas veces en condiciones no adecuadas, poniendo en riesgo la vida de las mujeres, especialmente la de las niñas y adolescentes, la cuales se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad. En muchos países, se estima que las complicaciones asociadas con el embarazo, aborto y parto son la principal causa de muerte entre las niñas y adolescentes de 15 a 19 años (54).

Diversos estudios evidencian que el embarazo, y en consecuencia el aborto, en menores de 15 años es una problemática que requiere un abordaje multidimensional, ya que suele ser consecuencia de diversos factores como: el alcance limitado de las políticas públicas en salud y equidad de género y la violencia sexual, la cual es ejercida mayoritariamente por integrantes de la familia o personas del entorno social y familiar (55).

Durante 2010 y 2017 en Medellín, 21 niñas de 11 a 14 años y 139 adolescentes de 15 a 17 solicitaron y se les practicó más de una IVE, situación que a la luz de las limitaciones de los datos permite plantear varias hipótesis; entre ellas el abuso sexual sistemático, la deficiencia en educación sexual y reproductiva, la necesidad básica insatisfecha de planificación familiar, entre otros. Según lo planteado anteriormente, se pone en evidencia que en el embarazo adolescente intervienen diversos factores; entre ellos la violencia sexual, las condiciones económicas como la pobreza y la falta de educación.

La situación de los embarazos y en consecuencia los abortos (legales o clandestinos) en niñas y adolescentes de Colombia y Medellín se pueden relacionar con el hallazgo de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2015, donde se evidenció que la edad de la menarquia en las mujeres colombianas bajo de 13,2 años en las mujeres de 45 a 49 años a 11,9 en las de 13 a 14. Esto conlleva a implicaciones socioculturales y va más allá de la ampliación de la etapa reproductiva de la mujer, debido a que plantea cambios estructurales en la formación y necesidades de las niñas y adolescentes colombianas con respecto a la educación sexual integral de forma temprana, debido a que, en promedio, las mujeres colombianas pueden reproducirse desde los 12 años (51). Por otra parte, se estima que las adolescentes embarazadas tienen un riesgo de suicidio hasta tres veces más alto que las adolescentes que no lo están; esto se debe a distintos factores entre ellos la violencia, la estigmatización y la penalización del aborto (56).

Según los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, en Medellín, los procedimientos IVE realizados en su mayoría, se efectuaron en mujeres pertenecientes al régimen contributivo con un 42,7%, lo cual es concordante con los reportes de la Secretaría de Salud de Medellín, durante 2015 y 2016, con participaciones del 43% y 46% respectivamente (52) y del Ministerio de Salud y Protección Social 2012, del 57% (57), diferencia que podría explicarse porque en este reporte se aborda toda la geografía colombiana, cuyas características culturales son diversas y además, es probable que el impacto de las campañas educativas que se han masificado en el país, varíen según el departamento.

En el análisis de los procedimientos de Interrupción Voluntaria del Embarazo realizados en Medellín durante 2010 y 2017, se encontró que en las mujeres que acudían a interrumpir el embarazo a la IPS de naturaleza privada, el 90% lo hizo instituciones de III y IV nivel de complejidad, mientras que a aquellas a las que se les practicó el procedimiento en IPS públicas, el 89% fueron atendidas en el II nivel de complejidad, instituciones donde hay menos capacidad de respuesta en caso de que la mujer requiera atención post aborto.

Otra diferencia importante se evidencia en el tipo de institución al que acuden las mujeres a solicitar su procedimiento IVE; ya que las mujeres con capacidad de pago como las que pertenecen al régimen contributivo, pagan de forma particular el procedimiento y aquellas que pertenecen a regímenes especiales (Fuerzas Armadas, Magisterio, ECOPEPETROL y Congreso de la República) prefirieron mayoritariamente acudir a IPS de naturaleza privada y con niveles de complejidad más altos. Un comportamiento completamente opuesto, se registró durante el período de análisis en los grupos de mujeres más vulnerables, como lo son las que pertenecen al régimen subsidiado y vinculado, donde la mayoría acudió instituciones de naturaleza pública con niveles de complejidad básicos. En el análisis realizado también se evidencia una transición de la realización de las interrupciones del embarazo en instituciones privadas y públicas según la edad, ya que a medida que la mujer va entrando en unas etapas más productivas, las cuales se asocian con el trabajo y el devengar de un salario, va aumentando también el porcentaje de ellas que decide acudir a instituciones privadas.

Lo expuesto anteriormente, permite afirmar que en Medellín durante 2010 y 2017 predominó el ejercicio del derecho fundamental a la IVE en mujeres jóvenes y con cierta capacidad de pago, ya que la mayoría hizo efectivo el ejercicio de este derecho fundamental mediante una financiación particular o amparadas por su afiliación al régimen contributivo en salud. El comportamiento anteriormente mencionado, es congruente con los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015, la cual evidenció que el conocimiento de la Sentencia C-355 de 2006 es mayor en las mujeres de 20 a 34 años, solteras, que habitan en zonas urbanas, con nivel de educación superior y en el quintil de riqueza más alto, y particularmente en ciudades como Bogotá, Cali y Medellín; la encuesta también

reflejó que el 56,1% de las mujeres colombianas de 13 a 49 años tuvieron conocimiento sobre el estatus actual de la despenalización del aborto en el país, sin embargo, aproximadamente el 45% de las mujeres en edad reproductiva mantienen un desconocimiento del contexto legal del aborto en Colombia. Es de resaltar que de las mujeres que tienen conocimiento sobre el estatus de despenalización, más del 85 por ciento conoce sobre las causales de malformaciones fetales graves y el embarazo por violación; más del 60 por ciento conoce las causales de despenalización para salvar la vida de la mujer y cuando la salud física se encuentra en riesgo. Pero menos del 41% tiene conocimiento sobre las causales de despenalización cuando está en riesgo la salud mental de la mujer, en casos de incesto y cuando la mujer es menor de 14 años (donde el embarazo puede definirse como producto de abuso sexual) (51).

Según Culwell y Hurwitz, a nivel global, la principal barrera de acceso al aborto es ocasionada por un marco legal restrictivo, en los países en los que es permitido, también suelen presentarse barreras de tipo social, económico, cultural o relacionadas con la prestación de los servicios de salud; las cuales disminuyen la posibilidad de que las mujeres accedan a la interrupción del embarazo de forma segura y oportuna (58).

El procedimiento para interrumpir el embarazo que predominó durante el período de análisis fue el “Legrado uterino (obstétrico); incluye por aborto. Aborto incompleto o endometritis puerperal” con una contundente mayoría del 82,0% (16323), es de resaltar que este procedimiento no se recomienda y actualmente, es considerado por la OMS como un método obsoleto y anticuado, en su lugar, sugiere implementar en la prestación de servicios para la interrupción del embarazo, la aspiración al vacío (manual o eléctrica), debido a que se relaciona con menos complicaciones para la mujer y menos costos para el sistema de salud (59). En Medellín, durante los años analizados, solo el 2,6% (530) de los procedimientos para interrumpir embarazos se realizaron mediante aspiración al vacío.

En razón de lo anterior, se pone en discusión, el riesgo al que fueron expuestas las mujeres de Medellín mientras hicieron valer su derecho fundamental a una IVE durante 2010 y 2017, ya que el legrado uterino se considera una técnica más dolorosa y menos segura para la mujer, al compararla con la aspiración al vacío. También es de resaltar que las complicaciones de los embarazos interrumpidos mediante un legrado, son hasta tres veces más altas en contraste con las IVE realizadas mediante aspiración al vacío, procedimiento que la OMS considera como un servicio obstétrico de primer nivel de atención (60). Un estudio realizado en un hospital de tercer nivel en Medellín durante 2013 y 2014 evidenció que el 41,0% de las mujeres a las que se les interrumpió el embarazo mediante un legrado, desarrollaron complicaciones de sangrado uterino por retención de placenta (61). La prevalencia de la práctica del legrado uterino para la terminación del embarazo en Medellín, puede ser el reflejo de múltiples factores, entre ellos, la falta de los equipos necesarios y la ausencia de capacitación al personal médico.

Es deber del Estado garantizar el acceso oportuno a la IVE, pero también, es imprescindible prestar a la mujer un servicio con los menores riesgos posibles, la práctica del legrado uterino pone en una situación de vulnerabilidad a aquellas mujeres a las cuales se les realiza, ya que implica un mayor riesgo de presentar complicaciones en su salud, las cuales también repercuten en el costo de la atención. Un estudio realizado por Prada y Maddow registró que ocho de cada 10 procedimientos IVE realizados en instituciones colombianas de segundo y tercer nivel se hace mediante legrado, también, estimaron que la mediana del costo directo de la atención de una mujer con complicaciones de aborto, osciló entre \$44 y \$141 dólares estadounidenses, lo que representa un gasto anual para el sistema de salud de aproximadamente \$14 millones de dólares; por otro lado, en instituciones de segundo y tercer nivel de complejidad, el costo de un aborto legal fluctuó entre \$189 y \$213 dólares, precio considerablemente alto, el cual se puede deber a la implementación del legrado uterino para interrumpir los embarazos, además de las barreras administrativas que se puedan presentar a la hora de realizar el procedimiento. Lo anterior, contrasta con las estimaciones de costos para las instituciones privadas y especializadas de primer nivel, donde se interrumpe el embarazo mediante medicamentos y la aspiración manual endouterina, cada IVE costo en promedio \$45 dólares (62).

En este estudio, también se analizaron las consultas realizadas por la mujer hasta 42 días después de efectuado el procedimiento IVE, en el marco de la Atención Postaborto (APA), allí se encontró que aproximadamente el 54,0% de las consultas de mujeres que se practicaron un aborto legal, se llevan a cabo entre la primera y segunda semana posterior al procedimiento. El objetivo de la APA es disminuir las tasas de morbi-mortalidad maternas, además de mejorar la vida y la salud sexual y reproductiva de las mujeres, y, en busca de ese objetivo, no solo se consideran los aspectos médicos sino también los determinantes bio-psico-sociales (50). En ese sentido y buscando encontrar indicios de las dinámicas de APA en la ciudad de Medellín durante 2010 y 2017, se examinaron las especialidades por las cuales consultan las mujeres, hasta 42 días después de la interrupción de su embarazo, así como los diagnósticos principales.

Se evidenció que el 51,5% (6942) de las mujeres consultan por medicina general; seguido por urgencias 12,6% (1695); es importante mencionar que el porcentaje de consultas por psicología es mínimo, con un 1,4% (190); llaman la atención 923 consultas de estimulación temprana ya que son mujeres que se practicaron una interrupción del embarazo, esto puede reflejar deficiencias en la codificación de las consultas, las cuales repercuten en la calidad del dato. La APA, se enfoca principalmente en los servicios de anticoncepción y planificación familiar con el fin de prevenir nuevos embarazos no deseados (50), lo planteado anteriormente, es coherente con lo encontrado en las consultas postaborto del presente estudio, ya que se evidencia que, durante las 6 semanas posteriores al procedimiento, predominan las consultas con diagnóstico de consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción.

Como se ha abordado anteriormente en este documento, en Colombia, a pesar de llevar más de 14 años de la emisión de la Sentencia C-355 de 2006, aún persiste el desconocimiento parcial o total de la misma dentro de la población en general y particularmente en las mujeres, siendo este factor uno de los principales obstáculos para que las mujeres colombianas de todas las esferas sociales gocen de la garantía efectiva de su derecho para acceder a una IVE de forma legal y oportuna.

En Medellín durante 2010 y 2017, se evidenció que las mujeres entre 18 y 26 años son más propensas a la práctica de la IVE, los análisis realizados también reflejaron que por cada procedimiento IVE realizado en mujeres residentes en zonas rurales, se practicaron 33 interrupciones del embarazo en mujeres que registraron vivir en el casco urbano de la ciudad. Lo anterior, se relaciona con lo registrado en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 donde se habla de un mayor conocimiento de la Sentencia en mujeres de zonas urbanas. Según Naciones Unidas, tener conocimiento sobre los derechos en salud sexual y reproductiva se relaciona directamente con la garantía de tomar decisiones acerca de la sexualidad y la reproducción de forma libre, informada, voluntaria y responsable (51). Esta situación se asocia directamente con el ejercicio del derecho, sin embargo, esta diferencia tan amplia, también permitiría hablar de una posible ausencia de una red de prestación de estos servicios de salud sexual y reproductiva en zonas rurales de la ciudad, lo que conlleva a que probablemente, las mujeres se remitan al casco urbano para recibir la atención que requieren. Es importante mencionar que, según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia *“los servicios de IVE se pueden implementar en todos los niveles de complejidad, tanto a nivel público como privado”* (59).

Como se abordó anteriormente, en este estudio, prevaleció el ejercicio del derecho a una IVE en mujeres que tienen cierta capacidad de pago y, además, esas mismas mujeres, acudían mayoritariamente a instituciones privadas y con niveles de complejidad mayores en comparación con aquellas que pertenecen al régimen subsidiado y vinculado. En esa línea, se encontró que los procedimientos para interrumpir embarazos realizados en IPS de naturaleza privada, durante 2010 y 2017 en Medellín, aumentaron en un 19% con respecto a aquellos embarazos que se interrumpieron en IPS públicas; situación que contrasta con lo evidenciado para Colombia en la ENDS 2015, donde se afirma que la mayoría de atenciones que tenían como fin interrumpir embarazos se llevaron a cabo en hospitales, centros o puestos de salud públicos (51).

En los países como Colombia, donde existe una restricción legal para la práctica de aborto, son las mujeres de menos ingresos las más afectadas, ya que al contrario de aquellas que cuentan con recursos, estas no pueden acceder a procedimientos seguros por fuera de la ley, por lo que se exponen a complicaciones que ponen en riesgo su vida (60). Según la OMS, adicional al factor socioeconómico, ser una mujer adolescente, que reside en zonas rurales, pertenece a grupos étnicos minoritarios y es refugiada, desplazada, víctima de violencia sexual o doméstica;

aumenta el riesgo de tener un aborto inseguro y sufrir complicaciones que pongan en riesgo su salud e incluso la vida (56).

Lo expuesto anteriormente, evidencia el impacto del aspecto socioeconómico en la práctica del aborto (legal o clandestino), el cual es un elemento determinante en el momento de establecer políticas públicas que permitan verdaderamente el avance en la democratización y la igualdad para el conocimiento y acceso a los derechos sexuales y reproductivos en las mujeres de todas las dimensiones de la sociedad colombiana, sin embargo, se deben reforzar las intervenciones o campañas en las mujeres más pobres, ya que es a ellas a quienes más garantías se les deben brindar por su condición de vulnerabilidad.

## 9. CONCLUSIONES

- A pesar de que en Colombia han pasado más de 14 años desde la expedición de la Sentencia C-355 de 2006 y posteriores, estas no han sido difundidas de la forma adecuada en la sociedad, ya que como se mencionó en el documento, persiste un desconocimiento total de la despenalización parcial del aborto de alrededor del 40%. Tener acceso a información en lenguaje claro es fundamental para que las personas puedan hacer efectivos sus diferentes derechos, en este caso, los referentes a la salud sexual y reproductiva.
- El reconocimiento de la IVE como un derecho fundamental de las mujeres colombianas da cuenta de un gran avance en el proceso de reconocimiento de la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres, reconociéndolas como sujetos autónomos capaces de decidir en libertad sobre su cuerpo y su reproducción, advirtiendo que no hay lugar en la legalidad para la maternidad a toda costa.
- La no implementación de los métodos recomendados internacionalmente para la práctica de abortos legales en Colombia, pone en riesgo la salud de las mujeres que están ejerciendo su derecho y, además, acarrea unos gastos considerables para el SGSSS; ya que es mucho más costoso proveer un aborto legal mediante la técnica de legrado comparado con la aspiración, debido a que el precio es mayor y es más probable que la mujer requiera atenciones posteriores a la IVE, ya que este procedimiento implica un mayor riesgo de complicación.
- La existencia de barreras normativas y administrativas dificultan el acceso a los servicios de aborto seguro de forma oportuna, esto puede generar que las IVE se practiquen en edades gestacionales más avanzadas, donde no es viable interrumpir el embarazo por medio de medicamentos (técnica más segura y económica) y se haga necesario recurrir a procedimientos invasivos que acarreen más riesgo de complicación y mayores costos.
- La penalización del aborto es una situación de desigualdad social, ya que las mujeres con menos recursos son las más afectadas, debido a que recurren a métodos clandestinos poco seguros que ponen en riesgo su salud e incluso la vida. Es fundamental tener en cuenta el aspecto socioeconómico de las mujeres a la hora de plantear y replantear políticas públicas que busquen la igualdad de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

## 10. FORTALEZAS

- En Colombia, pocos estudios referentes a la Interrupción Voluntaria del Embarazo analizan este evento en su totalidad, casi todos son estudios de casos o en instituciones en específico. En esta ocasión, se analizaron todos los registros de procedimientos de interrupción del embarazo en la ciudad de Medellín consignados en los RIPS.
- Se realizó un proceso cuidadoso para garantizar la calidad de los datos, donde se tuvieron en cuenta indicadores de consistencia, duplicidad y no respuesta.
- Se trabajaron casos anonimizados y no eventos, lo que permitió hacer un seguimiento integral antes, durante y después de la realización del procedimiento IVE.
- Se realizó una revisión teórica detallada desde el punto de vista jurídico con el fin de reconocer el panorama actual de la IVE en Colombia.

## 11. LIMITACIONES

- La ausencia en la fuente de información de variables como tipo de causal en la cual se ampara la mujer, edad gestacional, nivel educativo y estado civil, limitan la profundidad de los análisis que se realizaron.
- La falta de interacción de los sistemas de información en Colombia, también permite inferir la mala calidad del dato que se observó al estudiar este evento, además, del muy probable subregistro, debido a que lo observado y lo consultado no pudo confrontarse con la posible realidad de la IVE en Medellín y Colombia. Lo anterior, deja en claro la necesidad urgente de contar con información confiable y actualizada sobre las IVE realizadas no solo en Medellín sino en el país, ya que la información clara y precisa es un insumo fundamental para la formulación de políticas, programas y proyectos.

## 12. RECOMENDACIONES

- En el marco de este estudio, se realizó una consulta a la Secretaria de Salud de Medellín, donde se indagó por los procedimientos IVE realizados en IPS de la ciudad durante el período 2013 – 2017, según la información suministrada, en ese lapso de tiempo, se interrumpieron 6608 embarazos. En ese mismo período, según los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, se realizaron en IPS de Medellín 10530 procedimientos de interrupción de embarazos. Dadas las inconsistencias entre los reportes de las entidades oficiales en Medellín, urge la necesidad de crear un sistema de información que permita la captación fiel y coherente de la información de este evento en particular.
- El desconocimiento total o parcial de la despenalización del aborto en Colombia influye directamente en la decisión de las mujeres para practicarse un aborto inducido por fuera de la ley, el cual puede ser altamente riesgoso. Es por esto que surge la necesidad de crear campañas informativas, las cuales estén dirigidas a todos los niveles y zonas de la sociedad; con el fin de que contribuyan a ampliar el conocimiento y la interpretación del marco legal de la IVE, no solo en las mujeres en edad reproductiva sino en la población en general. Es prioritario que todas las mujeres tengan conocimiento de que, en determinados casos, pueden acceder a una IVE de forma legal, segura y oportuna, lo cual impactaría en la garantía del ejercicio libre y pleno de los derechos sexuales y reproductivos, influyendo directamente en la materialización de la despenalización parcial del aborto y, además, influye directamente en la mortalidad materna. Otro aspecto fundamental es fortalecer las intervenciones enfocadas en la prevención de embarazos no deseados, ya que esto influye de forma directa en los abortos que se realizan de forma ilegal y en condiciones no adecuadas.
- Es fundamental abordar la problemática del embarazo en la niñez y adolescencia, y, en consecuencia, también de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en estos grupos poblacionales altamente vulnerables, desde un enfoque que se base en el conocimiento, garantía y el ejercicio pleno de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las niñas y adolescentes mediante la simplificación de los procesos que permitan el acceso a servicios de planificación familiar eficientes. Al abordar la Interrupción Voluntaria del Embarazo en las niñas y adolescentes, también es imprescindible garantizar la inexistencia de barreras para que ellas puedan ejercer ese derecho fundamental.
- Es imprescindible modernizar los servicios de IVE en todas las instituciones de salud, se debe promover constantemente el reemplazo de la práctica del

procedimiento de legrado uterino (dilatación y curetaje) por la aspiración al vacío (manual o eléctrica) con el fin de disminuir riesgos de complicaciones para la mujer y exceso de costos para el sistema de salud.

- Se recomienda realizar estudios posteriores que indaguen por las secuelas y complicaciones que puedan desarrollar con el paso del tiempo las mujeres a las que se les practica un procedimiento IVE.
- Se recomienda realizar estudios que midan el impacto de la IVE en la mortalidad de las mujeres.
- Realizar desde la salud pública estudios a profundidad donde se analice en particular los casos de niñas y adolescentes que se practican una IVE.
- También se recomienda realizar estudios sobre los costos de cada tipo de procedimiento mediante los cuales se interrumpen los embarazos en el sistema de salud, además de los costos de las posibles complicaciones que puedan presentar las mujeres.
- Se deben realizar procesos de sensibilización al personal asistencial y administrativo en salud con el fin de prevenir las barreras de acceso relacionadas con la atención de Interrupciones Voluntarias del Embarazo, asegurando a su vez la disponibilidad y el acceso de toda la población que lo requiera, a servicios integrales de aborto seguro. Lo anterior, repercutiría en la prevención de abortos clandestinos y, en consecuencia, en las muertes y secuelas que puedan tener las mujeres al realizarse estos procedimientos inseguros.

## REFERENCIAS

1. Marván ML, Orihuela-Cortés F, Río AÁ del. Actitudes hacia la interrupción voluntaria del embarazo en jóvenes mexicanos, y su opinión acerca del aborto inseguro como problema de salud pública. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018;34(10):1-10. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018001005012&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001005012&lng=es&tlng=es)
2. Organización Mundial de la Salud. ABORTO SIN RIESGOS - Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud [Internet]. 2003 [citado 9 de mayo de 2019]. 110 p. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43391/9275324824\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43391/9275324824_spa.pdf?sequence=1)
3. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 [Internet]. 2006 p. 575. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/sentencia-c-355-de-2006.pdf>
4. Instituto Guttmacher. Un nuevo informe destaca las variaciones a nivel mundial en la incidencia y seguridad del aborto | Guttmacher Institute [Internet]. 2018 [citado 9 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/news-release/2018/un-nuevo-informe-destaca-las-variaciones-nivel-mundial-en-la-incidencia-y>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020 dinámica demográfica y estructuras poblacionales [Internet]. Bogotá; 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Env/ejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>
6. Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok L, Onda T. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access [Internet]. 2017 [citado 9 de mayo de 2019]. Disponible en: [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf)
7. Prada E, Singh S, Remez L, Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias [Internet]. Nueva York; 2009 [citado 9 de mayo de 2019]. Disponible en: [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/embarazo-no-deseado-colombia\\_1.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/embarazo-no-deseado-colombia_1.pdf)
8. Ministerio de la Protección Social. MARCO NORMATIVO SSR [Internet]. Bogotá; 2008. Disponible en:

[https://www.mindefensa.gov.co/irj/go/km/docs/Mindefensa/Documentos/descargas/estrategia\\_planeacion/desa\\_capital/salud/marco\\_normativo.pdf](https://www.mindefensa.gov.co/irj/go/km/docs/Mindefensa/Documentos/descargas/estrategia_planeacion/desa_capital/salud/marco_normativo.pdf)

9. Ministerio de Salud y Protección Social. Prevención del Aborto Inseguro en Colombia Protocolo para el Sector Salud [Internet]. GÓMEZ MEJÍA ML, HENAO LONDOÑO EV, editores. Bogotá D.C.; 2014. 1-114 p. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>
10. Alvarado-zeballos S, Acevedo- T, Taype-rondan A. Opinión de estudiantes de medicina sobre la legalización del aborto en casos de violación , y sus factores asociados , Perú , 2015. Acta Médica Peru. 2016;33(4):267-74.
11. Instituto Guttmacher. Datos sobre el embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia [Internet]. Nueva York; 2013 [citado 9 de mayo de 2019]. Disponible en: [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas [Internet]. COMITÉ EDI. MEJÍA GÓMEZ ML, editor. 2014. 268 p. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/SM-Determ-aborto-inseguro.pdf>
13. Faúndez A, Barzelatto J. El drama del aborto. Lom Edicio. 2014. 237 p.
14. Discacciati V. En Argentina , durante 2018 el aborto salió del armario pero no de la clandestinidad. Rev Evid Online [Internet]. 2018;21-2:42-4. Disponible en:  
<http://www.evidencia.org.ar/index.php/Evidencia/article/view/3316>
15. Reproductivos C de D. Panorama mundial del derecho al aborto [Internet]. 2011. Disponible en:  
[https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/newsletter/crr\\_spanish\\_globalview.pdf](https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/newsletter/crr_spanish_globalview.pdf)
16. Dides Castillo C, Fernández C. Aborto en Chile: avances en derechos humanos. Rev Bioética y Derecho [Internet]. 2018;(43):61-76. Disponible en:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n43/1886-5887-bioetica-43-00061.pdf>
17. Corte Constitucional. Relatoría Sentencia C-754 de 2015 [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/C-754-15.htm>
18. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Circular 034 de 2012 [Internet]. Bogotá; 2012. Disponible en:  
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=53703>

19. De la Rosa C. Reflexiones Sobre el Aborto: Eficacia de las Normas que lo Regulan en Colombia. Rev Virtual Via Inven Iudicandi [Internet]. 2012;13(7):50. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/317384669\\_Reflexiones\\_Sobre\\_el\\_Aborto\\_Eficacia\\_de\\_las\\_Normas\\_que\\_lo\\_Regulan\\_en\\_Colombia](https://www.researchgate.net/publication/317384669_Reflexiones_Sobre_el_Aborto_Eficacia_de_las_Normas_que_lo_Regulan_en_Colombia)
20. Ministerio de Salud y Protección Social. ABECÉ - Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres. [Internet]. Bogotá D.C.; 2015. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-maternidad-elegida.pdf>
21. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-732/09 [Internet]. T-732/09 Colombia; 2009 p. 6-8. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-732-09.htm#:~:text=T-732-09 Corte Constitucional de Colombia&text=En virtud de la autodeterminación,cuándo y con qué frecuencia.>
22. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-988/07 [Internet]. Colombia; 2007 p. 51. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-988-07.htm>
23. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-171/07 [Internet]. Colombia; 2007 p. 17. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-171-07.htm>
24. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-636/07 [Internet]. Colombia; 2007 p. 32. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-636-07.htm>
25. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209/08 [Internet]. Colombia; 2008 p. 44. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-209-08.htm>
26. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-946/2008 [Internet]. Colombia; 2008 p. 23. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-946-08.htm#:~:text=La Corte consideró que los,de la objeción de conciencia.>
27. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209/08 [Internet]. Colombia; 2008 p. 19. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/T-009-09.htm>
28. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-388/09 [Internet]. Colombia; 2009 p. 100. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-388-09.htm>
29. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-585/10 [Internet]. Colombia; 2010 p. 43. Disponible en:

- <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2010/T-585-10.htm>
30. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-841/11 [Internet]. Colombia; 2011 p. 58. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2011/T-841-11.htm>
  31. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-636/11 [Internet]. Colombia; 2011 p. 8. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-636-11.htm>
  32. Corte Constitucional de Colombia. T-627 de 2012 [Internet]. Colombia; 2012 p. 258. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-627-12.htm>
  33. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular Externa 0022 de 2013 [Internet]. Colombia; 2013 p. 16. Disponible en:  
[http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Circular Externa 0022 de 2013.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Circular%20Externa%200022%20de%202013.pdf)
  34. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-532/14 [Internet]. Colombia; 2014 p. 41. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-532-14.htm>
  35. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-754/15 [Internet]. Colombia; 2015 p. 102. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/C-754-15.htm#:~:text=DE LA REPÚBLICA-,Por la cual se modifican algunos artículos de las Leyes,y se dictan otras disposiciones.>
  36. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-274/16 [Internet]. Colombia; 2016 p. 62. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2016/C-274-16.htm>
  37. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-301/16 [Internet]. Colombia; 2016 p. 82. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-301-16.htm>
  38. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-327/16 [Internet]. Colombia; 2016 p. 101. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2016/C-327-16.htm>
  39. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-694/2016 [Internet]. Colombia; 2016 p. 21. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/T-694-16.htm>
  40. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-697/16 [Internet]. Colombia; 2016 p. 52. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/T-697-16.htm>
  41. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-731/16 [Internet]. Colombia; 2016 p. 45. Disponible en:

- <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/T-731-16.htm>
42. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU-096/18 [Internet]. Colombia; 2018 p. 272. Disponible en:  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/SU096-18.htm>
  43. Molina Betancur CM. El derecho al aborto en Colombia: El concepto jurídico de vida humana [Internet]. Universida. Correa Restrepo L, editor. Medellín; 2006. 273 p. Disponible en:  
[https://books.google.cl/books?id=NGhsrqKC3jQC&pg=PA131&lpg=PA131&dq=compilacion+normas+de+aborto+legal+en+colombia&source=bl&ots=itOC4DT\\_Oc&sig=ACfU3U2mlkKb-nDqQV0bgjExmp6TcofCFQ&hl=es&sa=X#v=onepage&q&f=false](https://books.google.cl/books?id=NGhsrqKC3jQC&pg=PA131&lpg=PA131&dq=compilacion+normas+de+aborto+legal+en+colombia&source=bl&ots=itOC4DT_Oc&sig=ACfU3U2mlkKb-nDqQV0bgjExmp6TcofCFQ&hl=es&sa=X#v=onepage&q&f=false)
  44. Human Rights Watch. Derecho internacional de los derechos humanos y aborto en América Latina [Internet]. <https://www.hrw.org/>. Nueva York; 2005. Disponible en:  
<https://www.hrw.org/legacy/spanish/informes/2006/wrd0106/wrd0106sp.pdf>
  45. Centro de Derechos de Mujeres. Situación del aborto en América Latina y el Caribe [Internet]. <https://derechosdelamujer.org/>. 2018. Disponible en:  
<https://derechosdelamujer.org/documentos/situacion-del-aborto-en-america-latina-y-el-caribe/>
  46. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. La Despenalización parcial del Aborto en Colombia [Internet]. 1.<sup>a</sup> ed. Cortes M, editor. Bogotá D.C.; 2009. 74 p. Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org/co/>
  47. Acevedo OD, Hernández YE. LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Y SU PANORAMA POLÍTICO, SOCIAL Y ECONÓMICO EN COLOMBIA PARA EL AÑO 2020 [Internet]. <https://repository.ces.edu.co/>. Universidad CES; 2020. Disponible en:  
[https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/5172/1/71295483\\_2021.pdf](https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/5172/1/71295483_2021.pdf)
  48. Guttmacher Institute. Aborto inducido a nivel mundial [Internet]. <http://www.redaas.org.ar>. Nueva York; 2018. Disponible en:  
<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-unintended-pregnancy-us.pdf>
  49. Lezcano D, Berrio P. El difícil acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia: a doce años de la despenalización. Hojas el Bosque [Internet]. 2017;3(6):58-63. Disponible en:  
<https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/HEB/article/view/2620>
  50. Ministerio de Salud y Protección Social. Atención post aborto y sus complicaciones [Internet]. Mejía Gómez ML, editor. Vol. 1. Bogotá D.C.; 2014. 76 p. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM->

IVE-DT-Atencion-postaborto.pdf

51. MinSalud, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Encuesta Nacional de Demografía y Salud - Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva [Internet]. EDM Comuni. Profamilia. 2015. 1-834 p. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-II.pdf>
52. Secretaría de Salud de Medellín. Boletín epidemiológico [Internet]. Medellín; 2017. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/>
53. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de Atención a la Embarazada Menor de 15 Años [Internet]. UNFPA. Riaño OL, editor. UNFPA. Bogotá D.C.; 2014. 143 p. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/es/publications/protocolo-de-atención-la-embarazada-menor-de-15-años>
54. El embarazo adolescente: afectación de la salud y garantía de los derechos Grupo Médico por el Derecho a Decidir-Colombia Red Global Doctors for Choice.
55. Casas X, Cabrera O, Reingold R, Grossman D. Vidas Robadas: Un estudio multipais sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9–14 años [Internet]. <https://clacaidigital.info/>. 2015. 108 p. Disponible en: <https://clacaidigital.info/handle/123456789/977>
56. Federation International Planned Parenthood, Women’s Link Worldwide. Pautas para la toma de decisiones clínicas cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer. [Internet]. Álvarez C, Mnéndez V, editores. Vol. 1, <https://clacaidigital.info>. Madrid: Women’s Link Worldwide; 2018. 1-87 p. Disponible en: <https://clacaidigital.info/handle/123456789/1157>
57. Procuraduría General de la Nación. Informe De Vigilancia Superior a La Implementación De La Sentencia C-355 De 2006 [Internet]. Bogotá D.C.; 2012. Disponible en: [https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/portal\\_doc\\_interes//97\\_II Informe de Vigilancia Superior de la Implementación de la Sentencia C-355 de 2006.pdf](https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/portal_doc_interes//97_II Informe de Vigilancia Superior de la Implementación de la Sentencia C-355 de 2006.pdf)
58. Culwell KR, Hurwitz M. Addressing barriers to safe abortion. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 1 de mayo de 2013 [citado 30 de abril de 2021];121:16-9. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2013.02.003>
59. Ministerio de Salud y Protección Social. Atención integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad. Mejía Gómez ML, editor. Bogotá D.C.; 2014. 84 p.
60. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de

políticas para sistemas de salud [Internet]. 2.<sup>a</sup> ed. Berer M, editor. Organización Mundial de la Salud. Montevideo; 2012. 134 p. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf)

61. Restrepo-Bernal DP, Colonia-Toro A, Duque-Giraldo MI, Hoyos-Zuluaga C, Cruz-Osorio V. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN MEDELLÍN, COLOMBIA, 2013-2014. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [citado 24 de mayo de 2021];70(3):84-9. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342019000300174#B8](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342019000300174#B8)
62. Prada PE, Maddow-Zimet I, Juárez F. El costo de la atención postaborto y del aborto legal en Colombia. Perspect Int en Salud Sex y Reprod [Internet]. 2014;2-12. Disponible en: <http://clacaidigital.info/handle/123456789/490>