

Características, causales y complicaciones de las mujeres que se realizaron una Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Hospital Universitario Departamental de Nariño a partir de la Sentencia de Despenalización.

Córdoba Diana Camila

Delgado Delgado Viviana Alexandra

Ramirez Benavides Dana Gabriela

Torres Fuli María José

Fundación Universitaria San Martín

Ciencias de la salud

Facultad de Medicina

San Juan de Pasto

2024

Características, causales y complicaciones de las mujeres que se realizaron una Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Hospital Universitario Departamental de Nariño a partir de la Sentencia de Despenalización.

Córdoba Diana Camila

Delgado Delgado Viviana Alexandra

Ramirez Benavides Dana Gabriela

Torres Fuli María José

Asesor-Coautor

Dra. Ana Isabel Vallejo

Dra. Adriana Bravo

TRABAJO DE GRADO PARA RECIBIR EL TITULO DE MEDICO GENERAL

Fundación Universitaria San Martín

Ciencias de la Salud

Facultad de Medicina

San Juan de Pasto

2024

DEDICATORIA

En este proyecto quiero agradecer principalmente a Dios, por acompañarme en todo momento, por todas sus bendiciones y por cada oportunidad que me ha brindado, tanto para aprender como también para hacer de mí una mejor persona cada día. Le agradezco por ser mi guía y mi fortaleza en el proceso de mi carrera como estudiante de medicina. A mi tía Amparo, quien me brindó su confianza y me ha apoyado a lo largo de mi carrera y desde mi niñez, quién ha visto en mi una persona que puede lograr grandes cosas, gracias por enseñarme siempre a hacer las cosas bien y seguir hacia el camino correcto, a no rendirme y buscar siempre superarme en todo aspecto.

A mi madre por darme la vida, su amor incondicional, y su apoyo en los momentos difíciles a lo largo de mi vida. Quien ha estado conmigo y me ha enseñado lo fuerte que puedo llegar a ser cuando se me presentan nuevos retos, gracias por enseñarme con su nobleza que a pesar de las adversidades debo ser siempre una mejor persona.

A mi hijo Matías, quien ha sido el motivo más grande por el cual he decidido persistir en este sueño, siempre estaré agradecida con Dios por ti, por llegar a alegrar mi vida, y porque con tan corta edad me enseñas día a día a ver siempre el lado bueno de las cosas, a ser feliz y a disfrutar cada instante. Gracias por ser mi motor, mi fuerza y mi mayor motivación para alcanzar mis más grandes sueños.

A mis compañeras Viviana, María José y Danna, por todo el tiempo y el ánimo invertido, sé que lograremos grandes cosas, espero que Dios las acompañe siempre en sus caminos y sueños.

Diana Camila Córdoba.

DEDICATORIA

Este proyecto de investigación se lo dedico a Dios por regalarme el milagro de la vida, por ser mi guía y fortaleza, a mi esposo Efraín Mallama (QEPD) de quien desde el Cielo siempre siento su amor y protección; y quien siempre ha sido para mi vida motivo de inspiración como persona y médico; a mis padres y hermanos quienes con su amor y apoyo han estado en cada paso de mi vida.

A mi mayor y más grande tesoro, mi inspiración, mi alegría, mi compañero y mi vida entera mi hijo Andrés Camilo; quien con su amor y ternura hace que mi vida sea perfecta y quien es el motivo e inspiración de cada uno de mis proyectos, a mi Universidad San Martín quien me brindó la oportunidad de cumplir uno de mis sueños más anhelados el de ser médico, a mis profesores quienes con generosidad me ayudan a formarme como persona y profesional; a mis asesoras de proyecto Dra. Ana Vallejo y Dra. Adriana Bravo; y a mis compañeras Danna, Camila y María José por su amistad y dedicación a este proyecto.

Viviana Alexandra Delgado D.

DEDICATORIA

A Dios por darme salud, por ser mi fortaleza, por no dejarme desistir en esos momentos difíciles de mi carrera y permitirme lograr esta meta que tanto anhele.

A mis padres por confiar en mí, por su amor incondicional, sus sacrificios y apoyo constante, sin ustedes, nada de esto sería posible, gracias por enseñarme que todo con esfuerzo y dedicación se puede lograr, por siempre estar ahí para mí a pesar de la distancia, por su confianza y por todo el apoyo y sacrificios que hicieron para que hoy yo pudiera llegar hasta aquí.

A mi hermana por ser mi confidente y amiga, y por estar siempre a mi lado. Este logro es de ustedes. ¡Los amo con todo mi corazón!

A mi tío José Alfonso, parte de lo que soy hoy te lo debo a ti, gracias por los valores inculcados y el cariño brindado, gracias por aceptarme como si fuera una hija, por preocuparse cada día de que estuviera bien y no me faltara nada, por ayudarme a perseguir mis sueños y motivarme para que nunca me rinda, desde el cielo sé que me seguirás guiando por el camino correcto.

A mis amigo y hermano John Guerrero por apoyarme siempre, por darme ánimos cuando estaba cansada, por escuchar todas mis quejas y problemas, su paciencia y cariño.

A mis compañeras de tesis Camila, Viviana y María José por su dedicación, esfuerzo y por compartir juntas este viaje académico que juntas hemos superado obstáculos y alcanzando metas que hoy celebramos con orgullo.

Dana Gabriela Ramirez B.

DEDICATORIA

Gracias a Dios por estar siempre a mi lado, llenarme de fuerzas para seguir cada día adelante, por rodearme de personas extraordinarias y por acompañarme a lo largo de este camino.

A mi amada familia, cuyo amor incondicional y apoyo han sido mi roca en este viaje académico, sencillamente gracias por llenarme de inspiración y esa inquebrantable fe en mí. Cada paso que he dado, cada obstáculo que he superado ha sido guiado por su ejemplo y amor. Gracias a eso este logro ha sido posible. Papá, mamá y Davidcito, los amo con todo mi corazón.

Gracias a la docente Ana Isabel Vallejo, por su invaluable orientación y mentoría que han enriquecido este trabajo.

A mis compañeras de proyecto de investigación Danna, Camila y Viviana, cuya dedicación, colaboración y compañerismo han hecho de este proyecto una experiencia significativa, a cada una le guardo un gran cariño. Que Dios y la sabiduría las acompañen en cada paso que den.

A todos ustedes, les agradezco de corazón por su contribución a mi desarrollo profesional y personal. Esta tesis está dedicada a cada uno de ustedes.

María José Torres F.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos principalmente a Dios por ser nuestro principal apoyo, brindándonos la sabiduría, fuerza y orientación en este camino. También queremos expresar nuestra gratitud a quienes hicieron posible esta investigación, a la Fundación Universitaria San Martín y al Hospital Universitario Departamental de Nariño, a quienes fueron un apoyo constante y una base fundamental para el desarrollo de este proyecto.

A nuestra docente y asesora metodológica Ana Isabel Vallejo y a la Doctora Adriana Bravo, nuestra asesora científica por brindarnos su aporte y las pautas apropiadas para ejecutar el respectivo estudio, satisfactoria y eficazmente sobre nuestra población objeto y culminar de este proyecto de la mejor manera.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	18
ABSTRACT	20
INTRODUCCIÓN	21
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	22
1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	26
II. JUSTIFICACIÓN	27
III. MARCO DE REFERENCIA	30
3.1 MARCO DE ANTECEDENTES	30
3.2 MARCO TEÓRICO	33
3.2.1 <i>Generalidades</i>	33
3.2.2 <i>Contexto mundial del aborto</i>	33
3.2.3 <i>Tipos de aborto</i>	34
3.2.4 <i>Amenaza de aborto</i>	34
3.2.5 <i>Aborto incompleto</i>	35
3.2.6 <i>Aborto completo</i>	35
3.2.7 <i>Aborto retenido</i>	35
3.2.8 <i>Aborto inducido</i>	35
3.2.9 <i>Aborto espontáneo</i>	36
3.2.10 <i>Aborto ilegal</i>	36
3.2.11 <i>Aborto legal</i>	36
3.2.12 <i>Técnicas para la interrupción voluntaria del Embarazo</i>	37
3.2.13 <i>Contexto del aborto en Colombia</i>	38
3.2.14 <i>Causales</i>	39
3.3 MARCO DEMOGRÁFICO O CONTEXTUAL	40
3.4 MARCO LEGAL	41
3.5 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE	44
3.6 PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022-2031	46
3.7 PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO.....	46
IV. OBJETIVOS	47
4.1 OBJETIVO GENERAL	47
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	47
V. METODOLOGÍA	48
5.1 DEFINICIÓN DEL ESTUDIO.....	48
5.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	48
5.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	48
5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	48
5.4.1 <i>Criterios de inclusión</i>	48

5.4.2	<i>Criterios de exclusión</i>	49
5.5	FUENTES DE RECOLECCIÓN PRIMARIA O SECUNDARIA	50
5.6	CONTROLES DE ERRORES Y SESGOS	51
5.6.1	<i>ERRORES</i>	51
5.6.2	<i>SESGOS</i>	51
5.7	DISEÑO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA	53
5.7.1	<i>Universo</i>	53
5.7.2	<i>Población</i>	53
5.7.3	<i>Muestra</i>	53
5.8	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	54
5.8.1	<i>Instrumentos de recolección</i>	54
5.8.2	<i>Definición de variables</i>	54
5.9	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS	65
5.9.1	<i>Procesamiento</i>	65
5.9.2	<i>Análisis estadístico</i>	66
VI.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	67
VII.	RESULTADOS	69
VIII.	DISCUSIÓN	87
IX.	CONCLUSIONES	94
X.	RECOMENDACIONES	96
XI.	LIMITACIONES	97
XII.	BIBLIOGRAFÍA	98
XIII.	ANEXOS	103

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Variables Objetivo 1	54
Tabla 2. Variables Objetivo 2	57
Tabla 3. Variables Objetivo 3	62
Tabla 4. Variables Objetivo 4	63
Tabla 5. Tabla resumen, distribución de frecuencias de variables sociodemográficas IVE 2021-2023.	71
Tabla 6. Caracterización, según variables de hábitos	72
Tabla 7. Distribución de frecuencia de las causales según la Sentencias C-355 de 2006 y C-055 del 2022.	74
Tabla 8. Distribución de la administración farmacológica para la IVE	77
Tabla 9. Características ginecobstétricas (1.1).....	78
Tabla 10. Características ginecobstétricas (1.2).....	78
Tabla 11. Características ginecobstétricas (1.3).....	79
Tabla 12. Relación entre características sociodemográficas, ginecobstétricas y la causal “Decisión propia.....	80
Tabla 13. Relación entre características sociodemográficas, ginecobstétricas y la causal “Afección física o emocional”.....	81
Tabla 14. Relación entre características sociodemográficas, ginecobstétricas y la causal “Malformación incompatible con la vida”.....	83
Tabla 15. Relación entre características sociodemográficas, ginecobstétricas y la causal “Riesgo de la vida o salud de la madre”.	84
Tabla 16. Relación entre características sociodemográficas, ginecobstétricas y la causal “Violación, Incesto o artificial o de transferencia de óvulo fecundado o no consentida”.	85

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Edad	70
Gráfica 2. Estancia en días	73
Gráfica 3. Distribución de frecuencias de los casos de IVE según los años 2021-2023.....	73
Gráfica 4. Complicaciones post-IVE.....	75
Gráfica 5. Semanas de gestación.	76

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Flujograma de selección de las pacientes sometidas a la IVE en el HUDN a partir de la Sentencia de Despenalización	69
---	----

IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MACROPROYECTO

INVESTIGADOR 1

Diana Camila Córdoba

CC. 1088653881

3183691542

cordobacamila037@gmail.com

0009-0008-2602-7881

INVESTIGADOR 2

Viviana Alexandra Delgado Delgado

CC. 59653542

3162689828

vividelgadod16@gmail.com

0009-0005-4912-8608

INVESTIGADOR 3

Dana Gabriela Ramirez Benavides

CC. 1006816128

3153844341

dannagramirez13@gmail.com

0009-0009-3723-7128

INVESTIGADOR 4

María José Torres Fuli

CC. 1061798657

3015903911

majo.tf97@hotmail.com

0009-0009-7805-5726

LINEA DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación hace parte de un macroproyecto de la línea de epidemiología general. El objetivo, se basó en la realización de una caracterización sociodemográfica, causales y complicaciones de las mujeres que acudieron a una IVE en el Hospital Departamental Universitario de Nariño, teniendo como referente las Sentencias de Despenalización del Aborto C-355 del 2006 y C-055 del 2022; la población a estudiar fue seleccionada a partir de historias clínicas con el fin de completar y depurar totalmente la base de datos.

GLOSARIO

IVE: interrupción voluntaria del embarazo

HUDN: Hospital Universitario Departamental de Nariño

OMS: organización mundial de la salud

MSPS: ministerio de salud y protección social

APS: atención primaria en salud

ODS: objetivos de desarrollo sostenible

AMEU: aspiración manual endouterina

D&C: dilatación y curetaje

ETS: enfermedades de transmisión sexual

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN.

I. RESUMEN

El presente estudio tipo descriptivo, basado en un paradigma positivista con enfoque cuantitativo, de tipo observacional descriptivo transversal, parte de la importancia que tiene el brindar garantías para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; a partir de la legalización del aborto en analizamos las características, causales y complicaciones que tienen las mujeres, niñas y personas gestantes a la hora de realizarse una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) a partir de la Sentencia de Despenalización. La muestra inicial del estudio fue de 337 mujeres, de las cuales se redujo a 254 mujeres, a través de un muestreo no probabilístico; a ellas se les aplicó la revisión de historia clínica como método de recolección de datos.

Entre los principales resultados se encontraron, que las mujeres entre 14 a los 26 años, son quienes más recurren a este procedimiento, las causales por la cual las mujeres accedieron a una IVE fueron: “afección física o emocional” y, “decisión propia”.

En cuanto a complicaciones, mostro que es un procedimiento seguro., otro de los datos importantes fue las semanas de gestación, en el que se observa que la mayoría de IVE'S se realizaron en el primer trimestre.

Finalmente, cabe resaltar que, aunque el estudio muestra resultados significativos que permiten un análisis del impacto que ha tenido la legalización del aborto en Colombia a través de la Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional, sin embargo, hace falta una mayor investigación sobre el tema en Colombia y en el mundo, esto debido a lo reciente que es el tema de la legalización del IVE en diversos países en Latinoamérica y el mundo; este estudio, por tanto, se presenta como una puerta de ingreso para nuevas investigaciones a nivel local, departamental, nacional e internacional, del impacto que tiene esta legalización en la práctica de IVE seguras en centros asistenciales y hospitalarios.

Palabras clave: Interrupción Voluntaria del Embarazo, causales, complicaciones, semanas de gestación, despenalización, pacientes embarazadas.

II. ABSTRACT

This descriptive study, based on a positivist paradigm with a quantitative approach and a cross-sectional observational design, emphasizes the importance of ensuring guarantees for the exercise of sexual and reproductive rights for women. Following the legalization of abortion, we analyzed the characteristics, reasons, and complications faced by women, girls, and pregnant individuals when undergoing a Voluntary Interruption of Pregnancy (VIP) from the decriminalization sentence. The initial sample consisted of 337 women, which was reduced to 254 through non-probabilistic sampling; data were collected using a clinical history review.

Among the main findings, women between the ages of 14 and 26 were the most likely to undergo this procedure. The primary reasons for seeking a VIP were “physical or emotional health concerns” and “personal decision.”

Regarding complications, the study found that the procedure is generally safe. Another key finding was related to gestational age, with the majority of VIPs occurring within the first trimester.

Finally, although the study provides significant results that enable an analysis of the impact of abortion legalization in Colombia, specifically following Constitutional Court ruling C-055 of 2022, further research is needed in Colombia and globally due to the recent nature of VIP legalization in various countries across Latin America and the world. This study, therefore, serves as an entry point for future research at the local, departmental, national, and international levels on the impact of this legalization on the practice of safe VIPs in healthcare and hospital settings.

Key words: voluntary termination of pregnancy, causes, complications, decriminalization, pregnant patients.

III. INTRODUCCIÓN

Los Organismos de Derechos Humanos han entregado algunas orientaciones sobre la despenalización del aborto, aludiendo que ya, de por sí, el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es un asunto de derechos humanos y respeto por los derechos sexuales de la mujer; por lo que se considera fundamental asegurar el acceso a estos servicios de manera gratuita en entidades de salud públicas, las cuales puedan garantizar una atención oportuna, segura, con calidad y sin barreras en la atención y, sobre todo, sin estigmatización ni discriminación.

Siendo este el motivo por el cual se consideró necesario realizar esta investigación, con el fin de aportar información que permita comprender mejor su realidad frente a esta experiencia y contribuir a mejorar la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres a nivel local, regional, nacional e internacional. Por tanto, el objetivo de este estudio es establecer una caracterización sociodemográfica, causal y de complicaciones de las mujeres que se realizaron una IVE a partir de la Sentencia de Despenalización.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Interrupción Voluntaria del Embarazo (en adelante IVE) es definida por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) como la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable, es decir, capaz de llevar una vida extrauterina independiente. La viabilidad suele definirse en función de la duración del embarazo o del peso del feto, y en ocasiones de la longitud de este” (2).

Dicha interrupción, en la normativa legal Colombiana es penalizada, salvo en las tres causales que fueron definidas por la sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional de Colombia, a saber: “cuando pelagra la vida o la salud de la madre, cuando se presenta malformación del feto incompatible con la vida y, cuando el embarazo es producto de abuso, violación, incesto, transferencia de ovulo o inseminación no consentida”(2); en estos casos, se garantiza el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

Hay que tomar en consideración que, para la OMS, el aborto se constituye como un problema de salud pública que enfrenta la sociedad moderna a nivel mundial, es por ello que la OMS ha dictaminado nuevas directrices sobre la atención del aborto, cuya finalidad es acudir a mecanismos que no vulneren los derechos fundamentales de la mujer, en particular los derechos sexuales y reproductivos, y proteger su salud, así como disminuir los abortos no seguros. En este sentido, la OMS sugiere que “seis (6) de cada diez (10) embarazos no deseados se interrumpen voluntariamente en el mundo, y de ellos, cerca del 45% se realizan en condiciones peligrosas; el 97% de ellos se practican en los países en desarrollo”. “Por su parte, un informe presentado por el Ministerio de Protección Social de Colombia realizado en el 2014 estimaba que, en Colombia, el número de muertes maternas relacionadas con el

aborto ha disminuido de manera importante. La tasa de 16% estimada para 1994 bajó al 9% para el año 2007” (4).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), teniendo en cuenta los estimativos recientes, en el país se realizan 400.400 abortos clandestinos cada año, con cerca de 130.000 complicaciones, de las cuales, 93.000 requieren atención médica. La tasa actual de complicaciones que alcanza el 33%, ha aumentado con respecto al 29% estimado para 1989 (9). “De 780 muertes maternas ocurridas en Colombia en 2008, aproximadamente 70 se debieron a abortos inseguros, quizá la causa más evitable de mortalidad materna” (4).

La situación problemática de la IVE clandestina, y la vulneración al derecho de la misma, han sido las razones por las que organismos no gubernamentales y grupos conformados evocaron la necesidad de generar o proponer políticas que salvaguarden los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que han decidido abortar; sin embargo, la Sentencia C-355 de 2006 no fue suficiente para reducir la IVE clandestina, siendo los abortos en esta situación una de las principales causas de mortalidad, junto a la alta tasa de casos médicos de mujeres que han tenido complicaciones médicas posteriores a dichas intervenciones, de modo que las instituciones practicantes de IVE mantuvieron prácticas inseguras, que no solo vulneraron los derechos, sino la integridad de aquellas mujeres que voluntariamente acudieron a estos centros asistenciales.

Este cambio llevó a la Corte Constitucional de Colombia a emitir una sentencia definitiva, legalizando el derecho previamente establecido en la sentencia anterior. El 8 de febrero de 2022, se promulgó la Sentencia C-055, que permite a las mujeres acceder a la IVE, hasta las 24 semanas de gestación por sus propias razones, sin necesidad de justificar su decisión, y garantizando que el procedimiento sea legal. Las dos sentencias de la Corte Constitucional ahora permiten que mujeres y personas gestantes opten por una IVE no solo bajo las tres causales establecidas en la Sentencia C-355 de 2006. Esto reduce las restricciones de la sentencia

anterior, con el objetivo de salvaguardar la vida de la mujer y prevenir las complicaciones asociadas a los abortos clandestinos.

En enero de 2023, se emitió la Resolución 051 del Ministerio de Salud, la cual consolida los estándares constitucionales reconocidos por la Corte Constitucional para la atención integral en salud de la IVE, además de establecer las normas técnicas para realizar este procedimiento de manera segura, oportuna y con calidad, garantizando así este derecho fundamental. Esta nueva normativa permite que más mujeres accedan a los servicios de salud para recibir esta práctica médica, asegurando el debido proceso y todos los elementos necesarios para una elección informada de la IVE. Por lo tanto, es crucial mantener un seguimiento epidemiológico de la práctica de la IVE, ya que desde la sentencia anterior existe un subregistro y falta de monitoreo claro del número de mujeres que han optado por este método de interrupción del embarazo y las complicaciones asociadas (23).

En cuanto a la literatura internacional, en ella se reflejan algunos datos epidemiológicos sobre el aborto y su legislación en otros países, como en Chile, donde el aborto no fue legal sino hasta finales de 2017.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha realizado estudios sobre la práctica de abortos, evaluando el tema en diferentes regiones del mundo. Uno de estos estudios estima que la tasa de abortos inseguros en mujeres entre los 15 y 44 años de edad es de aproximadamente 22 millones anuales. De estos, el 99% ocurren en países en desarrollo, representando el 13% de la mortalidad materna. Esto se traduce en 70.000 muertes innecesarias cada año debido a abortos inseguros y a las graves complicaciones asociadas (5).

Según la OMS, la situación en América Latina es preocupante. Se realizan alrededor de 3.700.000 abortos inseguros al año, de los cuales, aproximadamente el 70% corresponden a mujeres de entre 15 y 30 años. En los países en desarrollo, el riesgo de muerte es de 370 por cada 100.000 casos, siendo responsable del 17% de las

muerdes maternas. Las estimaciones indican que en Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana se registran casi 4 abortos por cada 10 nacidos vivos, mientras que, en Chile, la cifra es de cerca de 6 abortos por cada 10 nacimientos (5).

Estos datos estadísticos reflejan nuestra realidad en Colombia, donde el número de adolescentes embarazadas sigue en aumento. Según una encuesta de Profamilia, una de cada tres adolescentes ha estado embarazada. En cuanto a la práctica del aborto, aunque no hay datos concretos, el Instituto Guttmacher estima que, de los 400,000 abortos anuales en el país, solo entre el 8% y el 10% se realizan en instituciones sanitarias con garantías de calidad. Esta situación contribuye a que el aborto inseguro cause el 10% de las muertes maternas y aproximadamente 130,000 complicaciones anuales, a pesar de las sentencias de la Corte Constitucional y la normativa del Ministerio de Salud y Protección Social.

Estudios recientes indican que el Ministerio de Salud y Protección Social no dispone de cifras públicas actuales sobre la IVE en Colombia. Sin embargo, la organización "Oriéntame", que asesora sobre el acceso al aborto, reportó haber atendido a alrededor de 11,600 mujeres en el último año, frente a las 11,494 del período anterior. Estas cifras sugieren que la despenalización del aborto no ha resultado en un "aumento significativo" del número de mujeres que buscan interrumpir su embarazo (6).

Considerando que, a nivel regional y nacional, no se evidencian estudios científicos que muestren un monitoreo claro del número de mujeres embarazadas que han optado por la IVE, amparadas en la Sentencia C-055 del 2022, junto a una caracterización sociodemográfica de las mismas, se considera importante realizarla; actualmente, no existen estudios en esta variable.

Asimismo, no se encuentran estudios actuales en la región sobre las causas por las cuales las gestantes decidieron optar por la IVE, tampoco hay evidencia sobre la

caracterización de los métodos utilizados por los ginecólogos para realizar una IVE, ni se reportan estudios en la literatura sobre las complicaciones que puedan presentarse en las gestantes después de la realización del procedimiento.

Estas razones hacen necesario realizar este estudio investigativo, teniendo en cuenta que el aborto es un problema de salud pública con un alto índice de mortalidad materna. Con esto, queremos brindar un aporte a la salud pública, basándonos en la pregunta de investigación que se presentará a continuación.

1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características, causales y complicaciones de las mujeres que se realizaron una Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Hospital Departamental Universitario de Nariño a partir de la Sentencia de Despenalización?

II. JUSTIFICACIÓN

“La OMS declara que “El aborto es un problema de salud pública” (6). En el mundo ocurren cerca de 46 millones de abortos al año y se estima que 22 millones son inseguros; de éstos, 98% ocurren en países en desarrollo como Colombia.

A la luz de la situación actual con la (IVE) en Colombia, el panorama ante esta situación también es crítico, ya que se estima que hay 89 embarazos no planeados por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva; y muchas mujeres recurren a métodos no seguros, a pesar de los riesgos y complicaciones que pueden ser mortales como: sangrado severo, infección, peritonitis, lesiones en vagina y útero, entre otros.

Teniendo en cuenta que las prácticas de riesgo para la interrupción voluntaria del embarazo son una de las cinco principales causas de mortalidad materna en el mundo y la única prevenible, se han planteado a nivel mundial diferentes políticas de despenalización del aborto; asegurando una IVE de manera asistida en instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas por el ente territorial regulador.

Sumado a lo anterior la literatura revela que, además de las complicaciones ginecobstétricas, juegan un papel importante las condiciones sociodemográficas, económicas, sociales, mentales, creencias religiosas y de accesibilidad, para que una mujer tome la decisión de optar por un aborto clandestino y no seguro, antes de un procedimiento asistido; sin embargo, a nivel departamental no se conoce una red causal definida.

A nivel regional no se evidencia registro sobre los abortos realizados y las complicaciones, tampoco se evidencia algún estudio sobre datos epidemiológicos

que nos detallen los casos de abortos en Nariño, ni sus complicaciones, a partir de la nueva normativa.

Por ello, es importante realizar este estudio investigativo, como una forma de diagnóstico de la tendencia en la práctica de la IVE de manera asistida antes de la aprobación de la Sentencia de Despenalización y después de la despenalización, realizando una caracterización específica, sus posibles complicaciones, y las causales que llevan a las mujeres en edad fértil a optar por este método seguro amparados en la norma legal vigente.

A partir de lo anterior, queremos enfocar nuestra investigación en las características y posibles complicaciones en las mujeres que se realizaron la IVE en el HUDN, en a partir de la Sentencia de Despenalización, amparadas en la nueva legislación de despenalización del aborto.

El análisis de los datos que surjan de este estudio nos brindará las herramientas para comprobar que el aborto es un problema de salud pública al que hay que responder, y que las complicaciones y mortalidad son prevenibles, siempre y cuando, la IVE se realice de una manera segura y con la asistencia médica adecuada.

Este estudio va dirigido a las Instituciones de Salud, profesionales de la salud, estudiantes de medicina y comunidades científicas que fomentan la salud sexual y reproductiva de las mujeres, y a la comunidad en general, pero, de manera prioritaria y especial, a las mujeres en edad fértil. Con esta investigación queremos demostrar, de manera concreta que, con cada aborto seguro proporcionado, es posible mantener información estadística que permita tomar decisiones en torno a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, amparadas en datos epidemiológicos actualizados referentes a frecuencia de IVE, complicaciones presentadas, reducción de mortalidad, entre otros.

III. MARCO DE REFERENCIA

3.1 Marco de Antecedentes

En la búsqueda de la evidencia científica se hizo uso de revistas indexadas, además de literatura gris dado que el tema de investigación no posee suficiente contenido bibliográfico.

Saldarriaga, G. y col., en el artículo “*Conocimientos y actitudes sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo en estudiantes de una Universidad de Cartagena*”, encontraron en su estudio que, a pesar del amplio conocimiento que poseen los estudiantes de medicina y enfermería en cuanto a la IVE, un porcentaje significativo aún desconocía las tres causales por las cuales el aborto no se considera un delito, al igual que casi la mitad de estudiantes tenían posiciones y actitudes negativas frente a la legalización; esto hace concluir que, dentro del sector salud, los estudiantes deben poseer un conocimiento más amplio acerca de las distintas normativas que en Colombia se han dado respecto del tema, las cuales están contenidas en las sentencias vigentes relacionadas con la despenalización del aborto (C-355 de 2006 y C-055 de 2022), al igual que las implementaciones prácticas y los criterios establecidos para la realización de una IVE segura y legal emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social (8).

Por su parte, Ituarte, M. y col., en la realización del artículo “*Las adolescentes frente a la decisión de interrumpir un embarazo en un contexto legal*” realizaron su estudio con base a las experiencias que vivieron varias adolescentes que decidieron someterse a una IVE dentro de los marcos legales en Montevideo, Uruguay, en los años 2016 y 2018 (9); a la luz de los resultados obtenidos concluyeron que la mayoría de las adolescentes entrevistadas se encontraban cursando bachillerato, además, se trató de embarazos no deseados, producto del mal uso de métodos anticonceptivos, pobreza y desinformación (9).

El trabajo de Garces, M., activista del equipo de trabajo sobre el derecho de las mujeres en Amnistía Internacional, titulado “*¿Qué está pasando con el derecho al aborto en el mundo?*” describe por qué un acceso al aborto seguro debería considerarse como un derecho que toda mujer, que puede quedar embarazada debería poseer, y al mismo tiempo, establece que su supresión llegaría a causar la violación de múltiples derechos, incluyendo el de la propia vida, salud y autonomía. Por otra parte, menciona algunos obstáculos con los que ellas podrían encontrarse además de la de una legislación restrictiva, como son: costos elevados, estigmatización, e incluso la objeción de conciencia del personal sanitario. Finalmente, concluye, que, “imponer restricciones en el acceso a un aborto seguro, no desemboca en un menor número de abortos, sino en un mayor número de mujeres que tienen que poner su vida en riesgo para que se les practique el aborto en malas condiciones” (10).

Niño, M. y col., en su texto “*Todo sobre el primer año de aborto despenalizado*” mencionan algunos avances que se han encontrado entorno al aborto durante el primer año de implementación del fallo histórico, algunos los cuales son: a) el reconocimiento de la IVE como un derecho gratuito y urgente que tienen todas las mujeres, hombres trans y personas no binarias nacionales o extranjeras que así lo requieran; b) que “el 66% de las atenciones en centros de apoyo, en cuanto al aborto, correspondieron a asesorías y el 34% a acompañamientos legales, con un aumento en un 14% de las mujeres que acudieron respecto al periodo anterior. Esto indica que la cobertura mediática que tuvo la Sentencia C-055 de 2006 generó interés en el derecho a la IVE y su ruta de acceso” (11).

El artículo “*Pese a despenalización del aborto en Colombia, barreras de acceso persisten*”, realizado en el ciclo de conversatorios presenciales del Grupo de investigación Derecho y Género de la Universidad de los Andes, establece que, a pesar de la obligatoriedad en el cumplimiento de la sentencia, aún se encuentran

barreras que impiden a las mujeres acceder al servicio de IVE, mencionando que dichas barreras provienen principalmente del sector salud, y se ven cada vez más marcadas para ciertos grupos de mujeres como, migrantes, niñas y adolescentes, además de mujeres que pertenecen a alguna comunidad étnica o de zonas rurales” (12).

Niño, M. Triviño, C, de la Fundación Oriéntame, en el artículo “*Balance de los 100 días del fallo histórico: ¿Cómo va la implementación de la Sentencia C-055 de 2022?*”, determinan que, a los 100 días de implementada la sentencia, y aunque esta debería ser de obligatorio cumplimiento, aún se observan obstáculos que dificultan el acceso oportuno a la IVE en los centros de salud, incluso, en algunos casos, se impide completamente este servicio; ellas concluyen que, estas barreras de acceso se encuentran fuertemente relacionadas con desinformación, desconocimiento en cuanto al marco legal, fallas en la prestación del servicio, y diversos estigmas sociales sobre el aborto, los cuales, en gran parte, provienen especialmente del sector salud. Ante esto sugiere que es de gran importancia que el Estado garantice el conocimiento claro y conciso de esta sentencia, al igual que el manejo dentro del sector salud (13).

3.2 Marco teórico

3.2.1 Generalidades

El aborto, a pesar de ser una práctica muy antigua, es un fenómeno social que ha generado extensos debates a lo largo del tiempo en la humanidad. En la antigua Grecia y Roma 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, generando consigo la catalogación del aborto provocado como homicidio, en consecuencia, se implementaron una serie de medidas en contra de la mujer, entre las que se cuentan: la pena de muerte, castigos corporales y el exilio.

3.2.2 Contexto mundial del aborto

Kukso, F. explica cómo la percepción del aborto ha cambiado a lo largo de la historia, al igual que las actitudes hacia esta práctica, que han oscilado entre la aceptación y la prohibición. Por ejemplo, en el Papiro de Ebers, redactado alrededor del 1500 a.C. en el Antiguo Egipto, se detallan fórmulas para interrumpir el embarazo, utilizando ingredientes como fruta inmadura de acacia, dátiles y cebollas mezcladas con miel de manera similar, en el Papiro de Kahun se menciona el uso de excremento de cocodrilo como método preventivo y abortivo. Además, en excavaciones arqueológicas realizadas en regiones como China, Persia e India, se han encontrado instrumentos que sugieren la realización de abortos. (14)

A pesar del impacto que tuvo la adopción del cristianismo en el Imperio Romano y su postura sobre el aborto provocado, como mencionamos anteriormente, en el siglo XVII, alrededor de 1602, surgieron posturas más moderadas, donde intelectuales en países como Alemania y Francia promovieron sanciones más humanitarias,

especialmente en casos de violación, defendiendo el derecho de las mujeres a disponer de su propio cuerpo. sin embargo, no sería sino hasta 1916, en Suiza, donde se permitió el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la embarazada, y, además, se promovió la planificación familiar y el feminismo en defensa de la legalización del aborto, siendo pionera en este nuevo giro legal.

Más de 50 países han modificado su legislación para permitir el acceso al aborto. Como por ejemplo Asia, América Latina como Chile, Argentina, México, Ecuador y Colombia. Europa es el continente donde el derecho a una IVE segura está más extendido, en Irlanda fue el último país en despenalizarlo, a finales de 2018. Otros países como Polonia, sólo lo permiten en caso de que la vida de la embarazada esté en peligro o en caso de violación (15).

3.2.3 Tipos de aborto

Para entender las diversas problemáticas y dinámicas sociales relacionadas con el aborto, es fundamental tener claridad sobre ciertos conceptos básicos. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1995, el aborto es la interrupción del embarazo, que puede ocurrir de manera espontánea o ser provocada. Teniendo en cuenta esta definición, es importante describir las diferentes nociones que subyacen a la misma.

3.2.4 Amenaza de aborto

Se manifiesta como un sangrado genital o una leve hemorragia que puede durar varios días, acompañada de dolor en la zona baja del abdomen, de intensidad leve a moderada, con el cérvix aún cerrado. En este caso, no hay cambios cervicales, y se puede observar la presencia de un embrión vivo en la cavidad uterina.

3.2.5 Aborto incompleto

Se define como la expulsión parcial de los productos de la gestación. Se caracteriza por sangrado profuso, modificación del cérvix y expulsión de tejidos fetales, placentarios, lo cual incluye la pérdida de líquido amniótico (16).

3.2.6 Aborto completo

Se trata de un aborto en el que ocurre la expulsión completa del feto, la placenta y las membranas. Es fundamental verificar que todos los productos de la gestación han sido expulsados por completo. Este proceso se manifiesta con un sangrado abundante y dolor tipo cólico, seguido por una reducción gradual tanto del sangrado como del dolor, aunque puede continuar un sangrado leve durante un período posterior.

3.2.7 Aborto retenido

Se caracteriza por la permanencia en el útero de un embrión o feto fallecido (incluyendo el embarazo sin embrión) o por la interrupción del desarrollo normal del embarazo. En este escenario, el embrión deja de estar vivo, pero no es expulsado del útero por la retención, en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo. En este caso, el embrión muere, pero no es expulsado (16).

3.2.8 Aborto inducido

Se define así a la interrupción del embarazo por medio de una intervención deliberada; dentro de este tipo podemos encontrar varias técnicas para la terminación del embarazo.

3.2.9 Aborto espontáneo

Se refiere a la interrupción del embarazo que ocurre de forma natural, sin que se realice ninguna intervención o procedimiento abortivo. Las causas suelen estar relacionadas con anomalías genéticas en el feto o con problemas hormonales, médicos o psicológicos de la mujer.

3.2.10 Aborto ilegal

Es considerado así de acuerdo con el contexto normativo que rige en cada país, y se refiere a situaciones en las que la interrupción del embarazo está prohibida parcial o totalmente por la ley. Este tipo de aborto suele realizarse en condiciones sanitarias deficientes, con pocas opciones de recibir atención médica de urgencia en un hospital.

3.2.11 Aborto legal

Cuando esta práctica se lleva a cabo dentro del marco legal de cada país. Cabe anotar que, la legalización o prohibición de la IVE ha creado numerosas controversias políticas, religiosas e ideológicas a lo largo del tiempo, manteniéndose como un tema relevante en las agendas políticas y legislativas de la mayoría de las naciones; sin embargo, gracias a los esfuerzos de movimientos sociales y organizaciones internacionales que han buscado visibilizar el aborto como un problema de salud pública, dada su repercusión en la salud física y mental de las mujeres, así como en la mortalidad materna, muchos países han comenzado a priorizar este asunto. En la actualidad, alrededor del 60% de la población mundial reside en países donde el aborto inducido es permitido bajo criterios amplios o sin restricciones significativas, no obstante, se consideran los derechos humanos para fomentar la conciencia y el debate en aquellos países que aún no lo han despenalizado por completo, especialmente en casos de violación, incesto o inseminación artificial no consentida. En el caso colombiano, la Sentencia C-055 de

2022 demanda de la Corte Constitucional, reafirmó que el aborto es un derecho fundamental para las mujeres, reconociéndolo como un derecho reproductivo cuando se realiza después de las 24 semanas.

3.2.12 Técnicas para la interrupción voluntaria del Embarazo

Método farmacológico

El método recomendado para embarazos de menos de 9 semanas consiste en la administración de mifepristona por vía oral, se aconseja una dosis de 200 mg, según lo indicado por la OMS. Posteriormente, se debe administrar misoprostol (400 mg) por vía vaginal entre 1 y 2 días (24 a 48 horas) después de la ingesta de mifepristona. En Colombia, la Institución Profamilia se establece como el centro de referencia para este procedimiento, permitiendo su aplicación hasta la semana 12 de gestación. Durante las semanas 10 a 12, la usuaria debe permanecer bajo estricta supervisión, mientras que hasta la semana 9 puede realizar el proceso desde su hogar. En este contexto, se utiliza el misoprostol como el único medicamento, administrando tres dosis de 800 mg cada una y, al día siguiente, se lleva a cabo un control en la institución para confirmar la expulsión completa del producto mediante un seguimiento médico y ecográfico (17).

Método quirúrgico

Se utilizan dos métodos dependiendo de la edad gestacional de la mujer: para menores de 15 semanas el método de elección es la aspiración al vacío, manual o eléctrica, y la dilatación y el curetaje. Este último, sin embargo, es catalogado por la OMS, como un método obsoleto, por lo que no debe ser utilizado si es menor a 15 semanas ya que se ha comprobado su mayor asociación con complicaciones como sangrado y perforación, mayores tiempos de estancia y mayores costos. Por su parte, la aspiración al vacío se puede realizar hasta la semana 15 por personal debidamente capacitado y cánulas del tamaño adecuado (5).

Es importante considerar que, según algunos estudios, la aspiración manual y eléctrica tienen igual eficacia, sin embargo, la aspiración manual reporta menos dolor y dificultad durante el procedimiento, pues, con la aspiración de vacío manual, el vacío se crea utilizando un aspirador plástico de 60 cc, sostenido y activado con la mano (también llamado jeringa) (5).

En Profamilia, el procedimiento se lleva a cabo con anestesia local o general, y los dispositivos de aspiración que se utilizan están disponibles en diferentes tamaños de cánulas, los cuales oscilan entre 4 mm y 16 mm de diámetro. Para cada intervención, es necesario seleccionar la cánula del tamaño adecuado, según la edad gestacional y el nivel de dilatación cervical necesario en el cuello del útero, aunque, generalmente, el diámetro de la cánula está relacionado con la edad gestacional en semanas (17).

En mujeres con gestaciones por encima de las 15 semanas, el método quirúrgico de elección es la dilatación y evacuación. Actualmente, se evidencia que este método quirúrgico es el más seguro, incluso por encima de los métodos farmacológicos, para procedimientos de evacuación mayores de 15 semanas, siempre y cuando se tenga la capacitación necesaria y el instrumental adecuado (17).

3.2.13 Contexto del aborto en Colombia

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Colombia ha sido un tema de debate y, gracias a los esfuerzos de la sociedad civil, especialmente de las mujeres, la Corte Constitucional emitió en 2006 la Sentencia C-355, la cual regula la despenalización de la IVE bajo tres causales: peligro para la vida o la salud de la madre (incluyendo bienestar físico, mental y psicosocial), malformación del feto incompatible con la vida, y embarazo resultante de abuso, violación, incesto, transferencia de óvulo o inseminación no consentida (19). Años después, en 2022, la misma Corte modificó el artículo 122 del Código Penal con la Sentencia C-055,

despenalizando el aborto hasta la semana 24 de gestación, añadiendo dos nuevas causales: “afección física o emocional” y “decisión propia” (20), sin embargo, se tiene establecido que después de este periodo se realizará la IVE bajo las tres causales despenalizadas en 2006.

3.2.14 Causales

Peligro para la vida o la salud de la mujer

Tiene como requisito ser certificada por un médico, o un profesional de la psicología. El profesional certifica que existe esta probabilidad de daño, pero es la mujer quien decide el nivel de riesgo o peligro que está dispuesta a correr, es decir, hasta donde permitirá que la gestación altere su bienestar.

Malformaciones del feto incompatibles con la vida

Consta de un certificado médico expedido por un profesional de la salud, y no se requiere que el médico sea especialista en fetología.

Acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto

Copia de la denuncia penal excepto cuando se trate de:

- Menor de 14 años, porque en estos casos se presume jurídicamente que la niña o adolescente fue víctima de algún tipo de violencia sexual.
- Mujeres víctimas de violencia en el marco del conflicto armado, a quienes el artículo 23 de la ley 1719 de 2014 les da el derecho a obtener atención integral y gratuita en salud, independientemente de la existencia de denuncia penal (19).

A la luz de estas causales, y teniendo en cuenta lo estipulado por la Sentencia C-005 de 2022, el Ministerio de Salud y Protección Social emite la resolución 051 de 2023 (23), la cual recopila los estándares estipulados por la Corte Constitucional

para la atención integral en salud de la IVE, y las normas técnicas para la realización de este procedimiento de forma segura, oportuna y con calidad para la garantía efectiva de este derecho fundamental. Entre dichos estándares recopilados por el Ministerio en la resolución, se destacan los siguientes:

- La atención debe ser de carácter urgente de manera gratuita, en todos los niveles de complejidad y en cualquier etapa del embarazo.
- Según la normatividad establecida, se debe tener en cuenta las semanas de gestación, para la aplicación de cualquiera de las causales.
- El secreto profesional debe ser estrictamente guardado en los casos de IVE.
- Las niñas y adolescentes tienen derecho a la IVE y pueden decidir autónomamente.
- No se deben realizar juntas médicas, remisiones a consultas previas de orientación o asesoría.
- Las IPS y EPS están obligadas a garantizar de manera oportuna y con calidad el acceso a la IVE.
- Por su parte la objeción de conciencia solo lo pueden hacer los profesionales de la salud encargados de realizar directamente la IVE de manera escrita expresando sus razones y se remitirá el caso.

3.3 Marco demográfico o contextual

El Hospital Universitario Departamental de Nariño es una Institución de nivel III en la red pública del país. Se encuentra localizado en la ciudad de Pasto, Nariño, Colombia, que funciona desde el 15 de diciembre de 1975 y, a partir del 10 de diciembre de 1994, se constituye en una Empresa Social del Estado, por medio de la Ordenanza 067 de la Asamblea Departamental de Nariño, proyectándose, desde entonces, con los avances de la ciencia, la tecnología y la gerencia moderna para la comunidad del Sur Occidente del País (18).

Dentro del contexto de este proyecto, el servicio de Ginecobstetricia cuenta con un área exclusiva para la atención de pacientes gestantes y con patologías ginecológicas, garantizando un servicio especializado las 24 horas, con alta capacidad resolutoria de urgencias obstétricas y ginecológicas de alta complejidad. Además, se ofrecen servicios de Neonatología, Pediatría, Nefrología y Oftalmología pediátrica, en donde, gracias al personal de apoyo de enfermería, se garantiza una atención integral con calidad, seguridad y respuesta oportuna, bajo un ambiente de calidez y confianza.

Dentro de los diferentes servicios que el Hospital ofrece, se incluye, además, los servicios de consulta externa, urgencias, quirúrgicos, de hospitalización, terapéutico, farmacéutico y ambulancias las 24 horas del día.

3.4 Marco legal

La Interrupción Voluntaria del Embarazo se define como “un procedimiento clínico para finalizar un embarazo, realizado por profesionales sanitarios acreditados, amparado bajo los derechos fundamentales sexuales y reproductivos de la mujer” (19).

Norma acusada: “LEY 599 DE 2000” Por la cual se expide el Código Penal “Artículo 122”. **Aborto.** La mujer que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses. A la misma sanción estará sujeto quien, con el consentimiento de la mujer, realice la conducta prevista en el inciso anterior” (20); todo lo anterior fue acusado a partir de la **Sentencia C-355 de 2006** la cual reconoce el derecho al aborto legal y seguro como parte integral e indivisible de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la mujer, en tres circunstancias específicas:

1. “Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico” (19).

2. “Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico” (19).
3. “Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto” (19).

La Corte se basó para ello en el desarrollo de tres argumentos jurídicos provenientes del derecho constitucional nacional y del derecho internacional que garantizan el derecho a la IVE a la mujer embarazada en cualquiera de las tres circunstancias mencionadas.

En octubre del año 2018 con la **Sentencia SU-096** el alto tribunal ratificó el debate jurídico sobre el derecho fundamental a la IVE, y buscó eliminar las barreras de acceso al aborto que seguían enfrentando las mujeres en Colombia para el acceso a la IVE; así, la sentencia invita al poder legislativo a que “en ejercicio de su potestad de configuración legislativa, regule el derecho fundamental a la IVE, avanzando en la protección de los derechos fundamentales de las mujeres y buscando eliminar las barreras aún existentes para el acceso a la IVE” (21).

Norma a seguir “**Sentencia C-055-22**” La corte declara exequible la tipificación del delito de aborto consentido, en el sentido de que no se configura el delito cuando la conducta se practique antes de la semana 24 de gestación y sin sujeción a este límite, cuando se presenten las causales de que trata la Sentencia C-355 de 2006.

Después de este periodo, se mantienen las 3 causales despenalizadas en 2006, sin límite de tiempo de gestación, también se pidió al Congreso y al Gobierno Nacional que en el menor tiempo posible formulen una política pública integral que, entre otros elementos, cuente con:

1. Divulgación clara de las opciones que tienen las mujeres gestantes durante y después del embarazo.

2. Eliminación de cualquier obstáculo para el pleno ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos Insumos para la anticoncepción y la prevención del embarazo no deseado.
3. Desarrollo de programas de educación integral para la sexualidad para todas las personas.

La Corte se basó en diferentes fundamentos al volver a pronunciarse sobre el aborto y ampliar la despenalización:

1. Desde el 2006 las políticas nacionales de salud y de política criminal han cambiado, así como la comprensión de la Corte frente al aborto, permitiéndole hoy tener más elementos para aclarar las condiciones en las que debe ser despenalizado.
2. El Derecho Internacional de los Derechos Humanos ha dado lineamientos claros para despenalizar el aborto más allá de las 3 causales despenalizadas en 2006, dando una nueva comprensión constitucional, y destacando la necesidad de despenalizarlo como una medida necesaria para garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.
3. Finalmente, la legislación nacional y la jurisprudencia de la Corte han perfilado con mayor precisión la valoración de la violencia contra las mujeres, reconociendo, en este sentido, la necesidad de garantizar su libertad, autonomía, derechos, así como su salud sexual y reproductiva.

Pese a todo este marco legal - normativo que, durante estos años, en Colombia, se han establecido frente a la IVE, debido a "la desinformación, las dilaciones en los tiempos de atención, el estigma y las dificultades para acceder a centros médicos por razones socioeconómicas, siguen siendo barreras para las mujeres y personas gestantes al solicitar el procedimiento"(22).

Ahora bien, el 12 de enero del año 2023 se aprueba en Colombia la Resolución 051, "por medio de la cual se adopta la regulación única para la atención integral en salud

frente a la IVE, y se modifica el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante la Resolución 3280 de 2018” (23).

Por su parte, en septiembre del año 2015, la Asamblea General de Naciones Unidas aprueba la Agenda 2030 sobre el desarrollo sostenible, la cual acepta 17 objetivos de desarrollo sostenible con 169 metas que comprenden los servicios económicos, sociales y ambientales. Dentro de las metas que surgen a la luz de estos objetivos está el acceso universal a los derechos reproductivos y a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información, educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. De este modo, el derecho a una IVE segura es una tarea urgente para los estados.

3.5 Objetivos de Desarrollo Sostenible

En lo que respecta al tema de salud sexual y reproductiva los ODS presenta los siguientes objetivos:

- En cuanto a la salud, el **Objetivo 3** busca garantizar, para 2030, el acceso universal a los servicios de salud y reproductiva, incluyendo planificación familiar, información y educación. Además, se plantea “reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos” (23).
- **El Objetivo 5**, "lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres, niñas y adolescentes", busca "asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, tal como se acordó conforme al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de revisión" (23).

En un análisis comparativo, considerando las estadísticas, muestra que la proporción de abortos inseguros aumenta en países con leyes restrictivas, y disminuye en aquellos donde se ha despenalizado el aborto, observándose una reducción significativa en la proporción de abortos. La premisa de "no dejar a nadie atrás" de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible requiere orientar los esfuerzos hacia una igualdad de oportunidades reales, lo cual es inconcebible sin políticas públicas que promuevan el acceso a la salud sexual y reproductiva y a la educación sexual integral de las mujeres y niñas (23).

A la luz de los ODS, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, como política de Estado, busca guiar la labor en salud pública del país durante la próxima década. Destaca la Estrategia 3: "Gestión de la Atención Primaria Integral en Salud" (24), fundamentada en los principios de la Atención Primaria en Salud (APS). Su objetivo y meta es que, para 2031, el país cuente con una estrategia de APS fortalecida, capaz de responder de manera coordinada, integral, sostenible y participativa a las necesidades de salud de personas, familias y comunidades, considerando las diferencias poblacionales y territoriales. Además, promueve el disfrute del cuerpo y una sexualidad segura en todas las etapas de la vida.

Esto sugiere la necesidad de desarrollar estrategias integrales de educación sexual que no se limiten a intervenciones específicas en eventos de salud pública. Es esencial fomentar un aprendizaje que permita vivir una sexualidad informada, segura y libre de riesgos y violencias (24).

Se vincula con asegurar los derechos sexuales y reproductivos de toda la población en todos los niveles de atención del sistema de salud, garantizando condiciones de calidad, accesibilidad, oportunidad y equidad, especialmente para mujeres y personas gestantes que lo necesiten.

Particularmente, se incluye la atención integral de las condiciones de salud relacionadas con las infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos,

prevención del embarazo adolescente, atención de reafirmación de género para personas trans, prevención y atención de violencias basadas en género, especialmente en niños/as y adolescentes, y violencia sexual. También abarca la atención materno-perinatal, la prevención del embarazo no deseado, la fertilidad y el acceso a la IVE, conforme a la Sentencia C-055 de 2022, permitiendo avances en su reglamentación. Esto incluye el diseño, implementación, adecuación, validación y difusión de documentos técnicos sobre la atención postaborto (aborto en curso, aborto espontáneo y complicaciones del aborto), así como la asesoría pre y post-IVE y el acompañamiento y atención integral en el nivel bajo de complejidad (24).

3.6 Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031

En consecuencia, uno de los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 es alcanzar las metas relacionadas con la IVE, proponiendo “disminuir las complicaciones de la IVE en un 70% o más.” Esta meta se enfoca en la adolescencia y juventud. Adicionalmente, en el ámbito materno perinatal, se establece la meta de reducir a 0 las muertes maternas por abortos inseguros. Aunque ambas metas parecen estar alineadas, no se incluye explícitamente una meta dirigida a promover la autonomía y el derecho de las mujeres a tomar decisiones conscientes sobre su maternidad.

3.7 Plan de Desarrollo Departamental de Nariño

El Plan de Desarrollo "Para la paz y la vida en Nariño" (2024-2027) se fundamenta en tres referentes centrales: el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, "Colombia Potencia Mundial de la Vida", el programa de gobierno del Gobernador Luis Alfonso Escobar Jaramillo (2024-2027), y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Este plan busca consolidar el capital social del Departamento de Nariño, alineando esfuerzos locales con metas globales de sostenibilidad. Se enfoca particularmente en el Objetivo 3 (Salud y Bienestar) y el Objetivo 5 (Igualdad de Género) de los ODS, promoviendo la equidad, la justicia social y el desarrollo económico sostenible.

Una normativa correctamente estructurada, implementada y supervisada en esta investigación es crucial para reducir el riesgo de afectaciones en la salud de las mujeres (25).

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Establecer las características, causales y complicaciones de las mujeres que se realizaron una Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Hospital Universitario Departamental de Nariño a partir de la Sentencia de Despenalización.

4.2 Objetivos específicos

- 1. Caracterizar sociodemográficamente a las pacientes que se han realizado una Interrupción Voluntaria de Embarazo.*
- 2. Identificar las causales y complicaciones de la IVE según las Sentencias C-355 de 2006 y C-055 del 2022.*
- 3. Identificar características ginecobstétricas, farmacológicas y quirúrgicas de las pacientes que se realizaron una IVE.*
- 4. Establecer la relación entre las causales de IVE y las características ginecobstétricas y complicaciones presentadas en las mujeres que se realizaron una IVE.*

V. METODOLOGÍA

5.1 Definición del estudio

La investigación se basó en un paradigma positivista con enfoque cuantitativo, de tipo observacional descriptivo transversal, y con respecto al tiempo retrospectivo.

5.2 Área de estudio

Se desarrolló en el área de ginecología del Hospital Universitario Departamental de Nariño.

5.3 Población de estudio

Según la base de datos entregada por el HUDN, la población objeto de estudio fueron las mujeres en edad fértil que se han realizado una Interrupción Voluntaria del Embarazo a partir de la Sentencia de Despenalización.

5.4 Criterios de selección

5.4.1 Criterios de inclusión

- Registros de mujeres en edad fértil que se han realizado una interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital Universitario Departamental de Nariño.

- Historias clínicas de mujeres embarazadas diagnosticadas con embarazo de alto riesgo, que terminaron en una IVE.
- Historias clínicas de mujeres embarazadas a quienes se les confirmó malformaciones en el feto incompatibles con la vida.
- Registro de embarazos no deseados a causa de violaciones.
- Registro de historias clínicas de mujeres gestantes con predisposición a padecer una afección de la salud física y mental que accedieron a una IVE.
- Registro de pacientes que han firmado una autorización para una Interrupción Voluntaria del Embarazo.

5.4.2 Criterios de exclusión

- Mujeres registradas que ingresaron con diagnóstico de abortos espontáneos y/o embarazos ectópicos.
- Mujeres que ingresaron con IVE incompletas realizadas en otras instituciones.
- Historias clínicas que al momento del ingreso solicitan una IVE y por encontrarse en semanas superiores a la 20, la institución no realiza el procedimiento y son remitidas a otras instituciones.
- Errores en la identificación de las gestantes encontrados en la base de datos entregada por el hospital.
- Pacientes diagnosticadas con IVE que al realizar la historia clínica se retractaron.

5.5 Fuentes de recolección primaria o secundaria

Se realizó mediante fuente secundaria, mediante la revisión y el análisis de historias clínicas, es secundaria ya que los datos fueron previamente recogidos por personal de la salud calificado, por lo que las historias clínicas son para nuestro caso de investigación una herramienta fundamental y con alto grado de confiabilidad con las cuales podremos realizar la caracterización de nuestra población a estudiar además de las posibles complicaciones que se pudieran presentar en las mujeres que se han realizado una IVE.

5.6 Controles de errores y sesgos

5.6.1 ERRORES

- No tener o crear una base de datos falsa o errónea en donde se asocien criterios que no ayuden con la información.
- No conocer, ni tener clara la fuente primaria de información.

5.6.2 SESGOS

Sesgo de información

En esta investigación este sesgo se controló de la siguiente manera:

- Se contó con una base de datos la cual fue codificada según los datos de cada variable a través de la selección de listas desplegables.
- Se revisó la coherencia entre las variables de cada objetivo y los hallazgos de la historia clínica a través de una prueba piloto y un ajuste de operadores. Al finalizar la revisión de todas las historias clínicas se realizó una depuración de la base de datos con el fin de verificar datos mal escritos, coherencia de los datos, completitud de las variables.
- Se hace fundamental el haber conocido las historias clínicas, saber de donde surgen y nos tomamos el tiempo para revisar y así obtuvimos los resultados más verídicos y confiables.
- Codificamos todos los datos de las variables a seguir para poder cumplir con los objetivos de la investigación.
- Se revisaron aleatoriamente 5 historias clínicas de cada compañera para evitar cambiar por completo el resultado final.

Sesgo de selección

Se controló de la siguiente manera:

- Se establecieron de manera clara los criterios de selección de los participantes en el estudio.
- Con la base de pacientes entregada por el hospital se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión.
- Se realizó un segundo filtro a través de la revisión de las historias clínicas

Sesgo del observador

Al no poderse controlar en la fase de análisis de datos, se controla en la fase de planificación y en la fase de recogida de datos por medio de medidas tales como:

- Se elaboró un protocolo preciso para la recogida de datos (donde se detallan los procesos, pacientes e instrumentos relacionados con la obtención de datos) y entrenamiento adecuado de los investigadores encargados de la recogida de datos.
- Se utilizaron definiciones operativas inequívocas de los eventos a estudiar (con categorías excluyentes y exhaustivas para las variables cualitativas o categóricas y precisando las escalas y/o unidades de medida para las cuantitativas).
- Se establecieron codificaciones en la recogida de datos para mejorar su posterior procesamiento.
- Se emplearon normas estandarizadas de medida para todos los sujetos, así como instrumentos estructurados, calibrados y validados.
- Mantenimiento de controles a lo largo de todo el proceso (como evaluaciones intermedias de la información recogida, reuniones con las personas encargadas de la recogida de datos, etc.).
- Se aplicaron medidas que eviten la influencia de la persona que recoge los datos sobre la persona estudiada (efecto del investigador y/o Hawthorne).

- Se realizó una prueba piloto para valorar la idoneidad y viabilidad de los métodos e instrumentos.

5.7 DISEÑO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA

5.7.1 Universo

Mujeres se han realizado una Interrupción Voluntaria del Embarazo.

5.7.2 Población

Pacientes en edad fértil que se hayan realizado una Interrupción Voluntaria del Embarazo en el HUDN.

5.7.3 Muestra

Pacientes en edad fértil que se hayan realizado una Interrupción Voluntaria del Embarazo en el HUDN a partir de la Sentencia de Despenalización y que cumplan con los criterios de selección previstos en el presente proyecto.

Teniendo en cuenta lo anterior los investigadores tomarán el 100% de la población por tanto no se calculará tamaño de muestra.

5.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

5.8.1 Instrumentos de recolección

Base de datos creada por los autores, la cual contiene variables relacionadas con los siguientes ítems:

5.8.2 Definición de variables

Objetivo 1. Caracterizar sociodemográficamente a las pacientes que se han realizado una Interrupción Voluntaria de Embarazo.

Tabla 1. Variables Objetivo 1

Nombre de la variable	Definición de la variable	Respuesta	Tipo de variable
Tipo de Identificación	Documento con el que se identifica la persona	1. Cédula de ciudadanía 2. Tarjeta de identidad 3. Cédula extranjera	Cuantitativa, discreta
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha	1. 10-20 años 2. 21-30 años 3. 31- 40 años 4. 41-50 años 5. Mayor de 50 años	Cuantitativa, discreta

Lugar de procedencia	Lugar en donde nació la persona	Respuesta	Cualitativa, nominal
Número de historia clínica	Número con el que se encuentra registrada la historia clínica de la paciente en la base de datos del hospital	Respuesta	Cuantitativa, discreta
Estado civil	Situación que determina la relación de la persona con su pareja	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Unión libre	Cualitativa, nominal
Ocupación	Actividad que desempeña la persona para generar ingresos	1. Ama de casa 2. Estudia 3. Trabaja 4. Sin ocupación	Cualitativa, nominal
Nivel Educativo	Nivel de educación que la persona ha culminado	1. Primaria 2. Secundaria 3. Pregrado 4. Postgrado	Cualitativa, nominal
Estrato socioeconómico	Clasificación del inmueble en el que reside la persona	1. 1 2. 2 3. 3	Cuantitativa, discreta

		4. 4 5. 5	
Seguridad social en salud	Protección para asegurar el acceso a la asistencia médica en caso de vejez, desempleo, invalidez, accidentes.	1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Especial EPS 1. Asmet salud 2. Comfamiliar Nariño 3. Emssanar 4. Mallamas 5. Nueva EPS	Cualitativa, nominal
Etnia	Es el grupo étnico del cual es descendiente el enfermo	1. Indígena 2. Afrodescendiente 3. Otro	Cualitativa, nominal
Consumo de alcohol	Consumo de bebidas embriagantes y su frecuencia	1. Si 2. No	Independiente
Consumo de cigarrillo	Consumo de tabaco u otra sustancia en	1. Si 2. No	Independiente

		forma de cigarro o cigarrillo		
Consumo de sustancias psicoactivas	de	Consumo de alguna sustancia que, introducida en el organismo, inhalada, fumada, o inyectada, produce alteración del sistema nervioso central	1.Marihuana 2.Cocaína 3.Heroína 4.Éxtasis 5.Bazuco	Independiente

Objetivo 2. Identificar las causales por las que se realizó la Interrupción Voluntaria del Embarazo según los casos presentados en la aplicación de la Sentencia C-055 del 2022.

Tabla 2. Variables Objetivo 2

Nombre de la variable	Definición de la variable	Respuesta	Opción de respuesta	Tipo de variable
Conoce sobre planificación familiar	Método o dispositivo para la prevención del embarazo no deseado después de la IVE		1. Si 2. No	Cualitativa, nominal
Utiliza método anticonceptivo	Técnica, dispositivo o medicamento utilizado para		1. Si 2. No	

	prevenir el embarazo.			
		1.Anticonceptivo de emergencia	1.Si 2.No	Cualitativa, nominal
		2.Anticonceptivo oral	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal
		3.DIU	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal
		4.Hormonal	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal
		5.Implante subdérmico	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal
		6.Inyección trimestral	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal
		7.Inyección mensual	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal
		8.Preservativo	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal

Cuál es la causal de aborto	Aquellos casos en los que se regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo según la Sentencia C-355 del 2006 y la Sentencia C-055 del 2022	1. Peligro para la vida o salud de la madre	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal
		2. Malformación incompatible con la vida	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal
		3. Violación, incesto, inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado o no consentidas	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal
		4. Afección física o emocional	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal

		5.Decisión propia	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal
Semanas de gestación	Descripción del avance del embarazo en tiempo	1. 1 a 10 2.10 a 20 3. 20 a 30 4. 30 a 42		Cuantitativa discreta
Asiste a control prenatal	Acciones y actividades realizadas para vigilar la evolución del embarazo, identificar el riesgo y prevenir complicaciones	1. Si 2.No		cuantitativa discreta
Antecedentes ginecobstétricos	Revisión y recopilación de la información sobre la salud reproductiva de la mujer	1.Edad de la primera menstruación		Cuantitativa
		2.Embarazos previos: gestas, partos, abortos, cesáreas		Cualitativa

Se ha realizado una IVE antes	Información sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo previa		1. Si 2. No	Cualitativa
Método por el que se le realizó IVE previamente	Descripción del procedimiento de la interrupción voluntaria del embarazo	1. Farmacológico	1. Si 2. No	Cualitativa nominal
		2. Quirúrgico por aspiración manual endouterina	1. Si 2. No	Cualitativa nominal
		3. Quirúrgico por aspiración eléctrica	1. Si 2. No	Cualitativa nominal
		4. Dilatación o curetaje	1. Si 2. No	Cualitativa nominal

Objetivo 3. Procedimientos fármaco quirúrgicos de las mujeres que se realizaron Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Tabla 3. Variables Objetivo 3

Nombre de la variable	Definición de la variable	Respuesta	Opción de respuesta	Tipo de variable
Método utilizado para la Interrupción Voluntaria del embarazo	Medio por el cual el profesional de la salud realiza el procedimiento	1.Farmacológico	1. Si 2. No	Cualitativa nominal
		2. Quirúrgico	1. Si 2. No	Cualitativa nominal

Objetivo 4. Describir las complicaciones presentadas en las mujeres como hemorragias, infecciones, restos placentarios, deciduales y fetales, entre otros.

Tabla 4. Variables Objetivo 4

Nombre de la variable	Definición de la variable	Respuesta	Opción de respuesta	Tipo de variable
Complicaciones durante y después del procedimiento	Identificación de eventualidades durante el procedimiento que puedan poner en riesgo la recuperación o vida de la paciente	1.Hemorragias	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal
		2.Infecciones	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal
		3.Mala cicatrización	1. Si 2. No	
		4.Perforación uterina	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal

		5. Restos placentarios, deciduales o fetales	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal
		6. Reacción a medicamentos o anestesia	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal

5.9 PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

5.9.1 Procedimiento

Los autores previos a obtener los avales de la universidad y la institución donde se aplicó la presente investigación, se llevó a cabo la prueba del instrumento de recolección de datos, analizando las variables contenidas en este, basándose en los datos que ofrecen las historias clínicas, esto con el fin de realizar la aplicación de la base de datos, identificando los posibles errores que este pueda presentar antes de la aplicación del mismo a los datos que el HUDN puede brindar.

Posterior a esto, teniendo en cuenta la prueba piloto a la base de datos, se realizó la calibración de las variables obteniendo la base de datos a aplicar en esta investigación.

Una vez se obtuvo el aval y se cumplieron con los requisitos del HUDN, se solicitó al hospital la base de datos de historias clínicas obstétricas en donde se encontró el registro de pacientes que se realizaron una IVE. A dichas historias clínicas se les aplicó los criterios de selección establecidos en el proyecto de investigación, al igual que los criterios de exclusión, esto nos permitió realizar una revisión individual y detallada de cada registro. Una vez se individualizó cada historia clínica se aplicó la base de datos creada por los autores con el fin de obtener las variables que dan respuesta a los objetivos específicos.

En el momento en que se obtuvo la base de datos completa se aplicaron los criterios para controlar los sesgos de información en la base de datos complementando celdas vacías, verificando que la información corresponda a las variables, en resumen, una depuración completa de la base de datos lista para ser exportada al paquete estadístico.

5.9.2 Análisis estadístico

Plan de análisis

Teniendo en cuenta las variables establecidas, este proyecto va a hacer uso de la estadística descriptiva a través del modelo de análisis univariado, por la tipificación de las variables, haremos medición de frecuencias absolutas y relativas representadas en tablas o gráficos. Para las variables cualitativas estas estarán representadas a través de las medidas resumen como las medidas de tendencia central o medidas de dispersión.

A demás este proyecto va a hacer uso de la estadística descriptiva a través del modelo de análisis bivariado donde se va a calcular frecuencias absolutas y relativas, entre las variables independientes de los objetivos 1 – 4 con la variable dependiente que en nuestro caso serán la Sentencias de Despenalización del aborto C-355 y C-055, y para el cálculo de relación entre las variables se aplicará la prueba de Pearson y Fisher.

VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Resolución 8430 de 1993: la presente investigación se clasifica en la categoría: “investigación sin riesgo” ya que se basará en una revisión documental a través de historias clínicas; el propósito de esta investigación es generar un aporte al conocimiento con un importante impacto social y científico, enfocado a la revisión y control de un problema de salud pública como es la IVE (26).

Esta investigación se ajustará a los principios científicos y éticos que corresponden al estudio, respetando:

1. Autorización de la institución investigadora
2. Autorización de la institución donde se realice la investigación
3. Aprobación del proyecto por parte del comité de ética en investigación de la institución

De igual forma, en la presente investigación prevalecen los principios éticos basados en un criterio de respeto y protección de los derechos de la mujer garantizando que a la información obtenida sólo tendrán acceso los investigadores.

Principio de beneficencia y no maleficencia: dentro de la investigación, la beneficencia está implicada en el contexto de la confidencialidad de los datos, esto significa que la información instaurada en las historias clínicas como base de datos de las pacientes debe ser manejada de manera que garantice su seguridad y privacidad. El principio de no maleficencia significa evitar causar daño. En términos de manejo de información médica, esto incluye proteger a las pacientes de posibles daños que puedan surgir de la divulgación no autorizada de sus datos personales. La divulgación inapropiada de información puede tener consecuencias graves,

incluyendo daño emocional, estigmatización social, y en algunos casos, repercusiones legales.

Principio de valor social: los resultados de la presente investigación brindan un aporte positivo hacia la comunidad en una de las problemáticas más relevantes como es el aborto clandestino, con lo cual se favorece a la salud futura de la sociedad.

Principio de respeto a los sujetos de la investigación: además de proteger la confidencialidad de los participantes, se permite que cualquier involucrado se retire del estudio si este llega a no estar de acuerdo con el mismo en algún momento.

Principio de selección justa de los sujetos: en el estudio se tiene respeto por cualquier situación social, evitando cualquier tipo de aprovechamiento por vulnerabilidad por parte de los investigadores, asegurando que los riesgos y beneficios se establecen de manera justa a todos los participantes.

Principio de justicia: dentro del estudio se realiza una distribución equitativa de todos los involucrados sin excepción alguna, cumpliendo con los objetivos establecidos de manera unánime.

Principio de validez científica: la investigación se realiza mediante una metodología adecuada llevando a cabo los objetivos propuestos y los criterios analizados previamente, en donde se evita incluir conclusiones inadecuadas o estadísticas erróneas.

VII. RESULTADOS

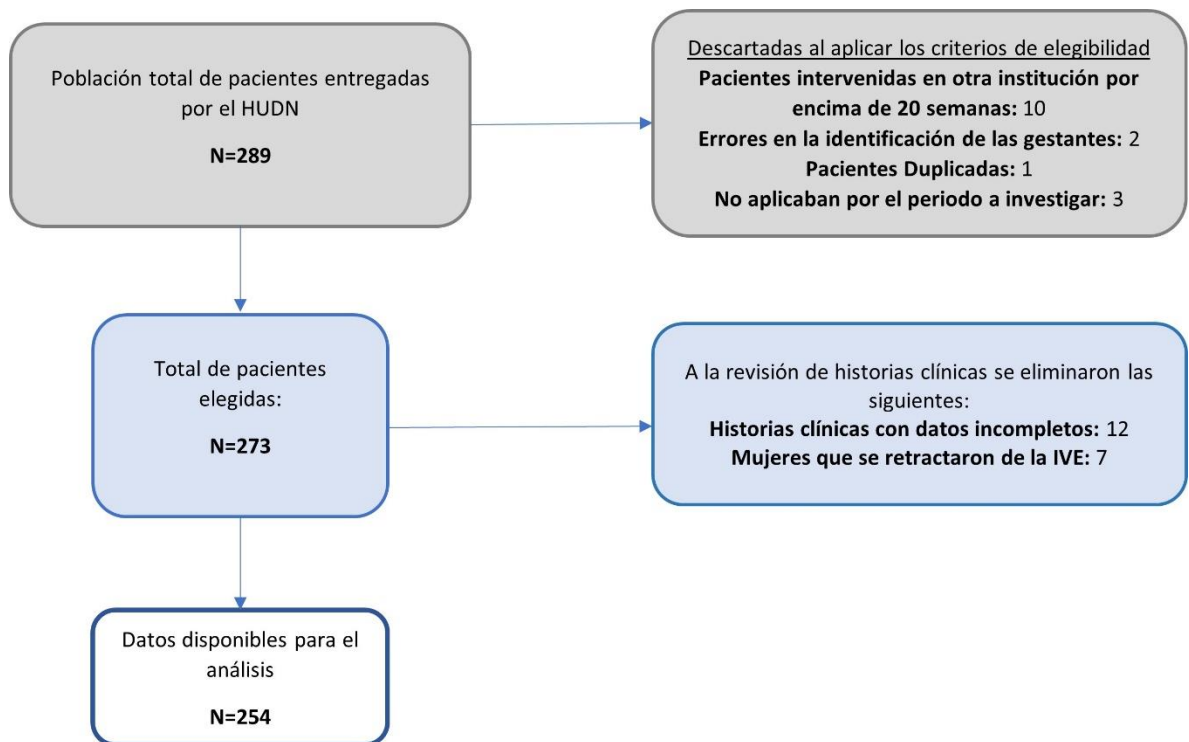
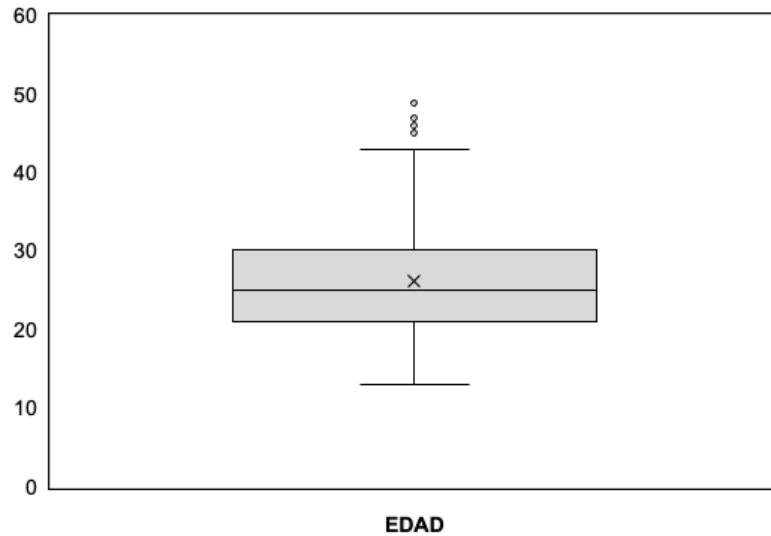


Figura 1. Flujograma de selección de las pacientes sometidas a la IVE en el HUDN a partir de la Sentencia de Despenalización

Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores.

En el periodo estudiado para el análisis, un total de 254 mujeres se sometieron a un procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). El año 2023 concentró la mayor cantidad de casos. En cuanto al grupo etario, se observó una edad promedio de 26,15 años, con un rango que osciló entre los 13 y los 49 años. La desviación estándar de 7,08 años indica una variabilidad considerable en la distribución de las edades (gráfica 1).

Gráfica 1. Edad



N: 254

Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores.

Si bien el grupo etario con mayor frecuencia de casos individuales fue el de 26 años, al analizar los datos por rangos de edad, se observa que la categoría "Juventud" (14-26 años) concentró la mayor proporción de casos (46,06%). Le siguió la categoría "Adulthood" (27-59 años) con un 43,70%, y, por último, la categoría "Adolescencia" (12-18 años) con un 10,23% del total de historias clínicas revisadas.

Objetivo 1. Caracterizar sociodemográficamente a las pacientes que se han realizado una Interrupción Voluntaria de Embarazo.

En las siguientes tablas se resumen los aspectos demográficos como: edad, sexo, estado civil, régimen en salud, Sisbén, etnia, departamento, estancia en días, hábitos tóxicos (ver tabla 5).

Tabla 5. Distribución de frecuencias de variables sociodemográficas IVE 2021-2023.

Variable	N	%
Estado civil		
Soltera	230	90,6
Unión libre	12	4,7
Casada	12	4,7
Escolaridad		
Primaria	124	48,8
Secundaria	107	42,1
Técnico	4	1,6
Tecnológico	3	1,2
Pregrado	14	5,5
Posgrado	2	0,8
Tipo de régimen		
No reporta	4	1,6
Contributivo	66	26,0
Especial	6	2,4
Excepción	3	1,2
No asegurado – Pobre	2	0,8
Simplificado	1	0,4
Subsidiado	172	67,7
Sisbén categorizado		
A – Pobreza extrema	97	38,2
B – Pobreza moderada	75	29,5
C – Vulnerable	21	8,3
D – No pobre, No vulnerable	61	24,0
Etnia		
Ninguno	224	88,2
Afrocolombiana	19	29,5
Pueblo indígena	11	8,3
Departamento		
Cauca	2	0,8

Cundinamarca	2	0,8
Huila	1	0,4
Magdalena	1	0,4
Nariño	231	90,9
Putumayo	15	5,9
Valle del cauca	1	0,4

Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores.

En lo concerniente al régimen de salud, el régimen subsidiado predominó con un 67,7% del total de casos (N=172). Sin embargo, en términos de EPS, Emssanar concentró la mayor proporción de pacientes (44,9%), seguida de Nueva EPS (19,7%) y Sanitas (7,5%).

Respecto al Sisbén, la categoría A (pobreza extrema) fue la más representativa con un 38,2%, seguida de las categorías B (pobreza moderada), D (No pobre, Ni vulnerable) y C (Vulnerable) con 29,5%, 24,0% y 8,3% respectivamente.

En cuanto a la etnia, la mayoría de las pacientes (88,2%) no se auto identificaron con ninguna etnia. No obstante, se evidenció una significativa proporción de población afrocolombiana (29,5%) y de población indígena (8,3%).

Finalmente, en cuanto al departamento de origen, Nariño concentró la mayor parte de los casos (90,9%), seguido de Putumayo (5,9%) y Cauca (0,8%).

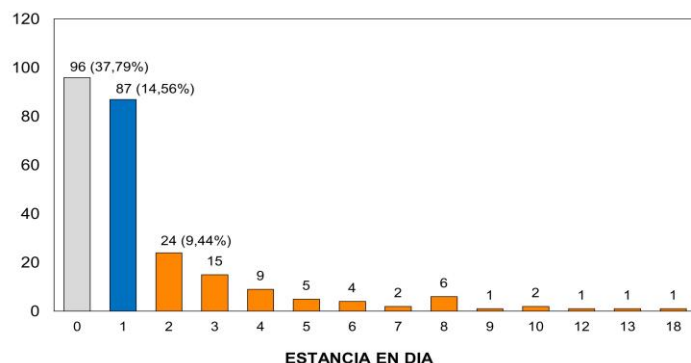
Tabla 6. Caracterización, según variables de hábitos

Variable	n	%
Consume alcohol		
No	249	97,8
Si	5	2,2
Fuma		
No	252	99,6
Si	2	0,4
Consume sustancias psicoactivas (SPA)		
No	252	99,1
Si	2	0,9

Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores.

En cuanto a los hábitos de consumo, los resultados revelaron que el 99% de la población estudiada reportó no consumir sustancias psicoactivas, alcohol ni tabaco. Un porcentaje mínimo declaró el consumo de algún tipo de sustancia, lo cual sugiere un bajo nivel de prevalencia de estos hábitos en la muestra analizada.

Gráfica 2. Estancia en días

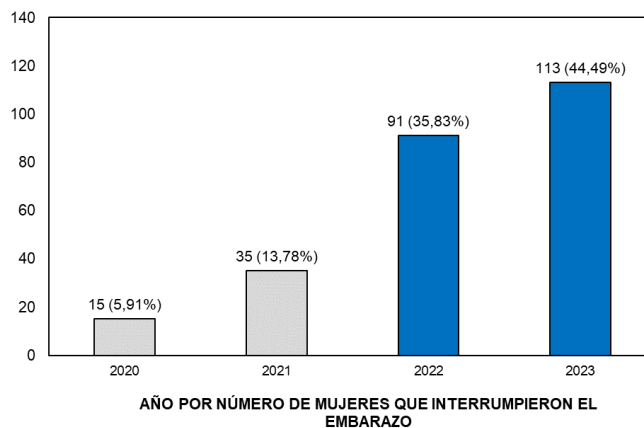


Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores.

La presencia de comorbilidades en las pacientes que se sometieron a IVE, conllevaron a hospitalizaciones, con un promedio de 1,2 días habituales, alcanzando un máximo de 18 días, sin embargo, la mayor proporción de casos (37,79%), el procedimiento fue ambulatorio.

Objetivo 2. Identificar las causales y complicaciones de la IVE según la Sentencias C-355 de 2006 y C-055 del 2022.

Gráfica 3. Distribución de frecuencias de los casos de IVE según los años 2021-2023



- Antes de la Sentencia C 055 – 2022 (años 2020 y 2021) = n: **50 (19,69%)**
- Después de la Sentencia C 055 – 2022 (años 2022 y 2023) = n: **204 (80,31%)**

N: 254 Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores.

Se denota una tendencia al aumento de las IVE en los años 2022 y 2023 año en el cual en Colombia la interrupción voluntaria del embarazo es totalmente despenalizada bajo la Sentencia C-055 de la Corte Constitucional, y se establecen lineamientos para el acceso a la IVE sin barreras, en comparación con el año 2021 donde la normatividad vigente era la Sentencia C-355, donde la IVE era limitada hasta la semana 24 y bajo las 3 causales: Cuando la vida o la salud de la mujer esté en riesgo, cuando haya malformaciones en el feto que hagan inviable su vida, en casos de violación, incesto, inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado o no consentidas, resultados como se describe en la Tabla 7.

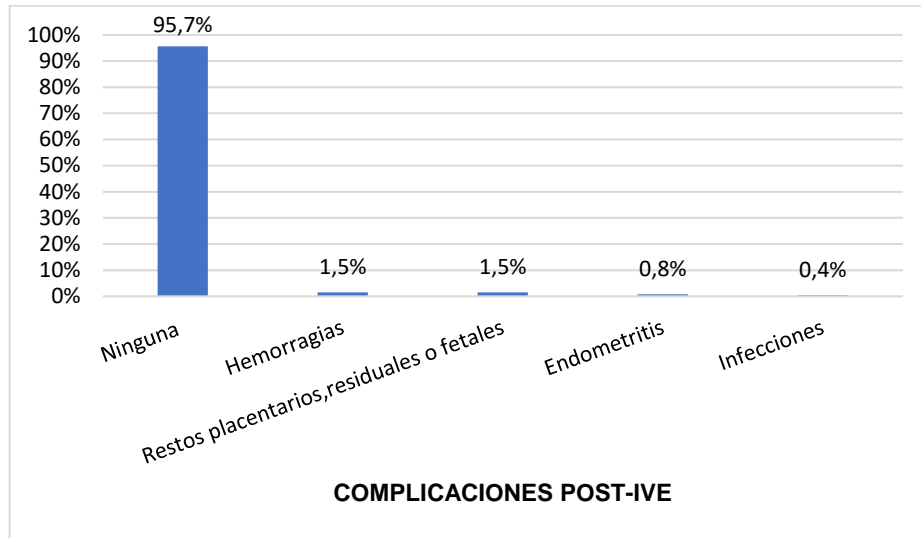
Tabla 7. Distribución de frecuencia de las causales según la Sentencias C-355 de 2006 y C-055 del 2022.

Variable	n	%
<i>Interrupción voluntaria del embarazo.</i>		
Decisión propia	41	16,1
Afección física o emocional	156	61,4
Malformación del feto incompatible con la vida	21	8,3
Riesgo de vida o salud de la madre	28	11,0
Violación, incesto, inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado o no consentidas	8	3,1
<i>IVE previa</i>		
No	222	87,4
Si	32	12,6
<i>Método por el que se realizó la IVE previamente</i>		
Aspiración manual endouterina	187	73,6
Legrado uterino por dilatación y curetaje	67	26,4

Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores.

Del total de casos (N-254), la mayor proporción de IVE fue realizada bajo la causal “Afección física o emocional” con un porcentaje de 61,4%, seguida de la causal “Decisión propia” con 16,1%, “Riesgo de vida o salud de la madre” con 11,0%, “Malformación del feto e incompatible con la vida” con 8,3%, y “Violación, incesto, inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado o no consentida” con un 3,1%. Teniendo en cuenta el método utilizado al realizar la IVE previa, predomina el método de Aspiración manual endouterina con un 73,6% y en menor proporción el método de Dilatación y Curetaje con un 26,4%.

Gráfica 4. Complicaciones post-IVE.

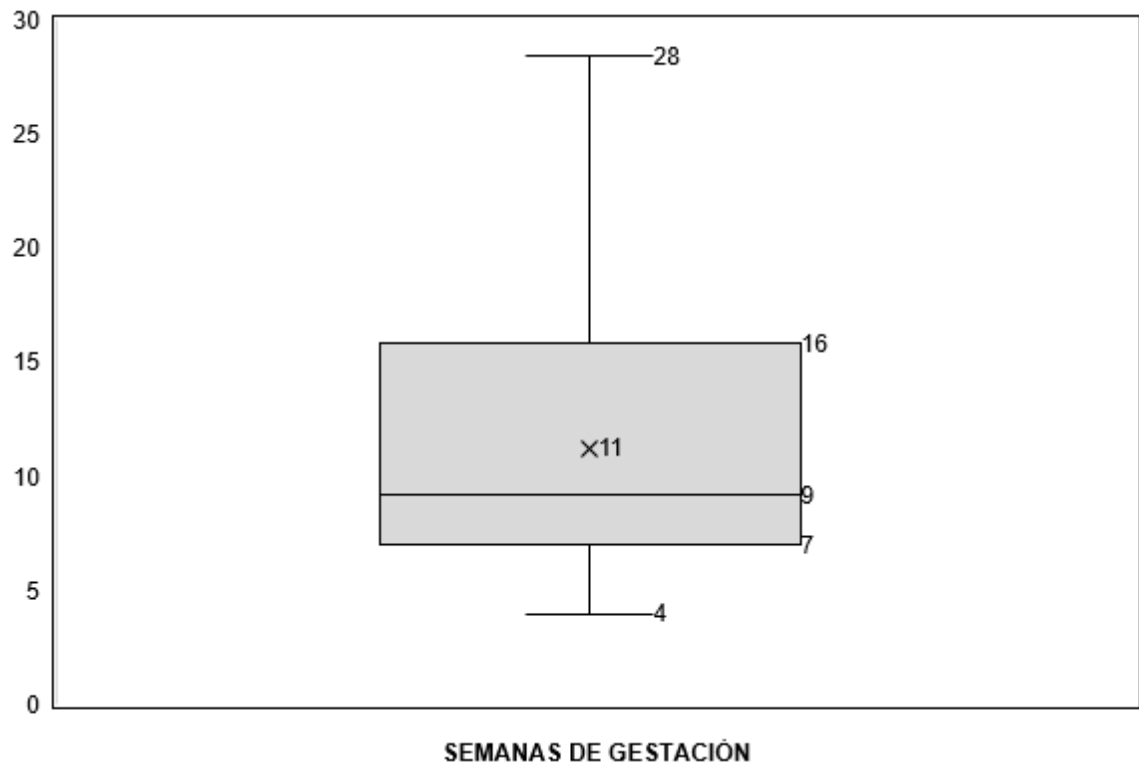


Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores.

Si bien, de las (254;100%) de mujeres que accedieron a IVE, el 95,7% no presentaron complicaciones, (11; 4,3%) presentaron complicaciones como hemorragias, endometritis, infecciones, presencia de restos placentarios, deciduales o fetales; siendo la hemorragia y los restos los casos que más se presentaron con un 3% del total de complicaciones.

Objetivo 3. Identificar características ginecobstétricas, farmacológicas y quirúrgicas de las pacientes que se realizaron una IVE

Gráfica 5. Semanas de gestación.



N: 254

Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores.

El estudio reveló que el 63,3% de las IVE realizadas en el HUDN se practicaron en el primer trimestre del embarazo entre la semana (1-12) y el 36,6% en el segundo trimestre del embarazo entre la semana (13 - 26) y ninguna interrupción realizada en el tercer trimestre.

Tabla 8. Distribución de la administración farmacológica para la IVE

Variable	n	%
Procedimiento		
Farmacológico Misoprostol 200 mcg/VO + 2 tab 200 mcg/VV. Vigilar sangrado y restos ovulares	183	72,0
Farmacológico Misoprostol 2 Tab 300 mcg/VO + 2 tab 300 mcg/VV. Vigilar sangrado y expulsión de restos	2	0,8
Farmacológico Misoprostol 400 mg/VO + 400 mg/VV. Vigilar sangrado y restos ovulares	57	22,4
Farmacológico Misoprostol 600 mcg vaginal y oral c/3h. Vigilar sangrado y restos ovulares.	1	0,4
Farmacológico Misoprostol 800 mcg/VO c/3h. Vigilar sangrado y restos ovulares.	2	0,8
Quirúrgico por riesgo de la vida de la madre por patología de base la cual es ingresada a UCI	1	0,4
Sin dato	8	3,1

Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores.

El análisis de las variables relacionadas con procedimientos de IVE indica que la combinación más comúnmente utilizada fue de Misoprostol 200 mcg VO + 2 tab 200 mcg VV, representando el 72% de los casos. Por otra parte, otras combinaciones menos frecuentes incluyeron dosis más altas de Misoprostol, como 400 mg VO + 400 mg VV (22,4%).

Tabla 9. Características ginecobstétricas (1.1)

Variable	N	%
Conocimiento de planificación		
No	172	67,7
Si	82	32,3
¿Anticoncepción?		
No	209	82,3
Si	45	17,7
Tipo de Anticoncepción		
Ninguna	207	81,5
Anticonceptivos orales	12	4,7
DIU	2	0,8
Implante subdérmico	20	7,9
Inyección mensual	6	2,4
Inyección trimestral	4	1,6
Preservativos	1	0,4
Pomeroy	2	0,8

Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores.

El análisis de las variables relacionadas con la planificación familiar reveló que un alto porcentaje de las mujeres (81%) no había planificado su embarazo. Además, el 67% de la muestra manifestó desconocer los métodos anticonceptivos disponibles. Entre aquellas mujeres que utilizaban algún método, el implante subdérmico fue el más frecuente, seguido de los anticonceptivos orales y las inyecciones intramusculares.

Tabla 10. Características ginecobstétricas (1.2)

Variable	N	%
Controles prenatales		
No	238	93,7
Si	16	6,3
Numero de controles prenatales		
0 Controles	238	93,7
1 Control	13	6,3
2 Controles	2	0,0
3 Controles	1	0,4
Antecedentes ginecobstétricos		
No	233	91,7
Si	21	8,3
¿Cuáles?		
Ninguno	233	91,7

Aborto	2	0,8
Endometritis	1	0,4
Hipertensión materna	1	0,4
IVE fallida	4	1,6
Legrado	7	2,8
Leiomioma de útero	1	0,4
Miomatosis uterina	1	0,4
Ovario poliquístico	1	0,4
Preeclampsia	2	0,8
Sífilis gestacional	1	0,4

Fuente: Base de datos IVE elaborada por los investigadores.

Los resultados del estudio revelaron una alta concentración de casos en los que las mujeres no accedieron a controles prenatales. Además, se observó una ausencia significativa de antecedentes obstétricos en el 93% de la población estudiada. En los casos en los que se registraron antecedentes obstétricos, como se detalla en la Tabla 10, se identificaron eventos relevantes como IVE'S fallidas y legrados incompletos.

Tabla 11. Características ginecobstétricas (1.3)

Variable	N	%
<i>Embarazos previos</i>		
<i>Número de partos</i>		
0 Partos	203	79,9
1 Partos	33	13,0
2 Partos	11	4,3
3 Partos	3	1,2
4 Partos	1	0,4
5 Partos	2	0,8
6 Partos	1	0,4
<i>Número de cesáreas</i>		
0 Cesáreas	218	85,8
1 Cesárea	30	11,8
2 Cesáreas	3	1,2
3 Cesáreas	3	1,2

Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores.

Si bien se identificó un grupo de mujeres multíparas, el análisis de los datos reveló que la mayoría de la población estudiada correspondía a primigestas, es decir, mujeres que estaban experimentando su primer embarazo.

Objetivo 4. Establecer la relación entre las causales de IVE y las características ginecobstétricas y complicaciones presentadas en las mujeres que se realizaron una IVE.

Tabla 12. Relación entre características sociodemográficas, ginecobstétricas y la causal "Decisión propia."

VARIABLES INDEPENDIENTES		DECISIÓN PROPIA			Chi-2 de Pearson
		NO	SI	Total	
ESTADO CIVIL	SOLTERA	196	34	230	0,004
	UNIÓN LIBRE	11	1	12	
	CASADA	6	6	12	
NIVEL EDUCATIVO	PRIMARIA	116	8	124	0,001
	SECUNDARIA	34	16	50	
	BACHILLER	44	13	57	
	TÉCNICO	4	0	4	
	TECNÓLOGO	2	1	3	
	PREGRADO	11	3	14	
	POSGRADO	2	0	2	
ETNIA	NINGUNO	187	37	224	0,807
	AFROCOLOMBIANA	16	3	19	
	PUEBLO INDIGENA	10	1	11	
CONSUMO DE ALCOHOL	NO	208	41	249	0,412
	SI	5	0	5	
CONSUMO DE CIGARRILLO	NO	211	41	252	0,703
	SI	2	0	2	
CONSUMO DE SPA	NO	211	41	252	1,000
	SI	2	0	2	
CONOCIMIENTO EN PLANIFICACIÓN	NO	139	33	172	0,056
	SI	74	8	82	
GESTAS	1 EMBARAZO PREVIO	129	26	155	0,732
	MÁS DE DOS	84	15	99	
CESÁREAS	NINGUNO	181	37	218	0,326
	1 CESÁREA	27	3	30	
	MÁS DE DOS	5	1	6	
PARTOS	NINGUNO	129	26	155	0,732
	1 PARTO	84	15	99	

	MÁS DE DOS	213	41	254	
ABORTOS	NINGUNO	189	38	227	0,536
	1 ABORTO	18	3	21	
	MÁS DE DOS	6	0	6	
ANTICONCEPCIÓN	NO	173	36	209	0,312
	SI	40	5	45	
COMPLICACIONES	NO	204	39	243	0,693
	SI	9	2	11	
IVE PREVIA	NO	183	39	222	0,1
	SI	30	2	32	

Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores

Al establecer la relación entre las características ginecobstétricas y sociodemográficas, con respecto a la causal “Decisión propia”, se observa que no tener conocimiento en planificación, un nivel educativo bajo y ser soltera, existe una relación estadísticamente significativa con tomar la decisión de practicar una interrupción voluntaria del embarazo.

Tabla 13. Relación entre características sociodemográficas, ginecobstétricas y la causal “Afección física o emocional”.

VARIABLES		FISICA-EMOCIONAL		Total	Chi-2 de Pearson
		NO	SI		
					0,009
ESTADO CIVIL	SOLTERA	82	148	230	
	UNION LIBRE	7	5	12	
	CASADA	9	3	12	
NIVEL EDUCATIVO	PRIMARIA	32	92	124	0,001
	SECUNDARIA	30	20	50	
	BACHILLER	26	31	57	
	TÉCNICO	1	3	4	
	TECNÓLOGO	1	2	3	
	PREGRADO	6	8	14	
	POSGRADO	2	0	2	
ETNIA	NINGUNO	85	139	224	0,330
	AFROCOLOMBIANA	10	9	19	
	PUEBLO INDIGENA	3	8	11	
CONSUMO DE ALCOHOL	NO	97	152	249	0,389
	SI	1	4	5	
CONSUMO DE CIGARRILLO	NO	98	154	252	0,260
	SI	0	2	2	
	NO	97	155	252	0,624

CONSUMO DE SPA	SI	1	1	2	
CONOCIMIENTO EN PLANIFICACIÓN	NO	77	95	172	0,003
	SI	21	61	82	
ANTICONCEPCIÓN	NO	86	123	209	0,048
	SI	12	33	45	
IVE PREVIA	NO	87	135	222	0,601
	SI	11	21	32	
GESTAS ANTERIORES	1 EMBARAZO PREVIO	55	100	155	0,204
	MÁS DE DOS	43	56	99	
CESÁREAS	NINGUNA	86	132	218	0,514
	1 CESÁREA	11	19	30	
	MÁS DE DOS	1	5	6	
PARTOS	NINGUNO	74	129	203	0,119
	1 PARTO	13	20	33	
	MÁS DE DOS	11	7	18	
ABORTOS	NINGUNO	87	140	227	0,844
	1 ABORTO	8	13	21	
	MÁS DE DOS	3	3	6	

Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores

Al establecer la relación entre las características ginecobstétricas y sociodemográficas, con respecto a la causal "Afectación física o emocional", se observa que no tener conocimiento en planificación y uso de anticoncepción, un nivel educativo bajo y ser soltera, presenta una relación estadísticamente significativa con tomar la decisión de practicar en una IVE.

Tabla 14. Relación entre características sociodemográficas, ginecobstétricas y la causal “Malformación incompatible con la vida”.

VARIABLES INDEPENDIENTES		MALFORMACIÓN INCOMPATIBLE CON LA VIDA		Total	Chi-2 de Pearson
		NO	SI		
ESTADO CIVIL	SOLTERA	215	15	230	0,007
	UNIÓN LIBRE	8	14	12	
	CASADA	10	2	12	
NIVEL EDUCATIVO	PRIMARIA	112	12	124	0,000
	SECUNDARIA	45	5	50	
	BACHILLER	56	1	57	
	TÉCNICO	3	1	4	
	TECNÓLOGO	3	0	3	
	PREGRADO	13	1	14	
	POSGRADO	1	1	2	
ETNIA	NINGUNO	204	20	224	0,497
	AFROCOLOMBIANA	18	1	19	
	PUEBLO INDIGENA	11	0	11	
CONSUMO DE ALCOHOL	NO	228	21	249	0,286
	SI	5	0	5	
CONSUMO DE CIGARRILLO	NO	231	21	252	0,771
	SI	2	0	2	
CONSUMO DE SPA	NO	231	21	252	0,548
	SI	2	0	2	
CONOCIMIENTO EN PLANIFICACIÓN	NO	155	17	172	0,347
	SI	78	4	82	
ANTICONCEPCIÓN	NO	189	20	209	0,000
	SI	44	1	45	
GESTAS ANTERIORES	1 EMBARAZO PREVIO	144	11	155	0,448
	MÁS DE DOS	89	10	99	
CESÁREA	NINGUNA	200	18	218	0,773
	1 CESÁREA	27	3	30	
	MÁS DE DOS	6	0	6	
PARTOS	NINGUNO	186	17	203	0,355
	1 PARTO	30	3	33	
	MÁS DE DOS	17	1	18	
ABORTOS	NINGUNO	209	18	227	0,402
	1 ABORTO	19	2	21	
	MÁS DE DOS	5	1	6	

Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores

Al establecer la relación entre las características ginecobstétricas y sociodemográficas, con respecto a la causal “Malformación incompatible con la vida”, se observa que un nivel educativo bajo, no usar anticoncepción y ser soltera, presenta una relación estadísticamente significativa con tomar la decisión de practicarse una IVE.

Tabla 15. Relación entre características sociodemográficas, ginecobstétricas y la causal “Riesgo de la vida o salud de la madre”.

VARIABLES INDEPENDIENTES		RIESGO DE LA VIDA O SALUD DE LA MADRE		Total	Chi-2 de Pearson
		NO	SI		
ESTADO CIVIL	SOLTERA	205	25	230	0,785
	UNIÓN LIBRE	10	2	12	
	CASADA	11	1	12	
NIVEL EDUCATIVO	PRIMARIA	115	9	124	0,065
	SECUNDARIA	45	5	50	
	BACHILLER	45	12	57	
	TÉCNICO	4	0	4	
	TECNÓLOGO	3	0	3	
	POSGRADO	1	1	2	
ETNIA	PREGRADO	13	1	14	0,240
	NINGUNO	202	22	224	
	AFROCOLOMBIANA	15	4	19	
CONSUMO DE ALCOHOL	PUEBLO INDIGENA	9	2	11	0,517
	NO	222	27	249	
CONSUMO DE CIGARRILLO	SI	4	1	5	0,617
	NO	224	28	252	
CONSUMO DE SPA	SI	2	0	2	0,077
	NO	225	27	252	
CONOCIMIENTO EN PLANIFICACIÓN	SI	1	1	2	0,656
	NO	152	20	172	
ANTICONCEPCIÓN	SI	74	8	82	0,585
	NO	187	22	209	
IVE PREVIA	SI	39	6	45	0,036
	NO	201	21	222	
GESTAS ANTERIORES	SI	25	7	32	0,093
	1 EMBARAZO PREVIO	142	13	155	
	MÁS DE DOS	84	15	99	

CESÁREAS	NINGUNA	194	24	218	0,636
	1 CESÁREA	26	4	30	
	MÁS DE DOS	6	0	6	
PARTOS	NINGUNO	183	20	203	0,486
	1 PARTO	28	5	33	
	MÁS DE DOS	15	3	18	
ABORTOS	NINGUNO	204	23	227	0,178
	1 ABORTO	18	3	21	
	MÁS DE DOS	4	2	6	

Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores

Al establecer la relación entre las características ginecobstétricas y sociodemográficas, con respecto a la causal “Riesgo de la vida o salud de la madre”, se observa únicamente relación estadísticamente significativa con el hecho de haberse realizado una IVE previa en torno a la decisión de una IVE.

Tabla 16. Relación entre características sociodemográficas, ginecobstétricas y la causal “Violación, Incesto o artificial o de transferencia de óvulo fecundado o no consentida”.

VARIABLES INDEPENDIENTES		VIOLACION, INCESTO, TRANSFERENCIA DE ÓVULO O INSEMINACION			Chi-2 de Pearson
		NO	SI	Total	
ESTADO CIVIL	SOLTERA	222	8	230	0,650
	UNIÓN LIBRE	12	0	12	
	CASADA	12	0	12	
NIVEL EDUCATIVO	PRIMARIA	121	3	14	0,325
	SECUNDARIA	46	4	50	
	BACHILLER	57	0	57	
	TÉCNICO	4	0	4	
	TECNÓLOGO	3	0	3	
	PREGRADO	13	11	14	
	POSGRADO	2	0	2	
ETNIA	NINGUNO	218	6	224	0,142
	AFROCOLOMBIANA	17	2	19	
	PUEBLO INDIGENA	11	0	11	
CONSUMO DE ALCOHOL	NO	241	8	249	0,684
	SI	5	0	5	
CONSUMO DE CIGARRILLO	NO	244	8	252	0,798
	SI	2	0	2	
	NO	244	8	252	

CONSUMO DE SPA	SI	2	0	2	
CONOCIMIENTO EN PLANIFICACIÓN	NO	165	7	172	0,224
	SI	81	1	82	
ANTICONCEPCIÓN	NO	201	8	209	0,182
	SI	45	0	45	
IVE PREVIA	NO	214	8	222	0,275
	SI	32	0	32	
GESTAS ANTERIORES	1 EMBARAZO PREVIO	150	5	155	0,931
	MÁS DE DOS	96	3	99	
CESÁREA	NINGUNO	211	7	218	0,904
	1 CESÁREA	29	1	30	
	MÁS DE DOS	6	0	6	
PARTOS	NINGUNO	197	6	203	0,089
	1 PARTO	33	0	33	
	MÁS DE DOS	16	2	18	
ABORTOS	NINGUNO	219	8	227	0,612
	1 ABORTO	21	0	21	
	MÁS DE DOS	6	0	6	

Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores

Al establecer la relación entre las características ginecobstétricas y sociodemográficas, con respecto a la causal “Violación o incesto”, no se encontró variables que modelen una relación estadísticamente significativa con tomar la decisión de practicar una interrupción voluntaria del embarazo. Este hallazgo probablemente esté asociado al bajo tamaño de población en la IVE por esta causal (N=8).

VIII. DISCUSIÓN

Gómez y Yépez (27), en un estudio realizado para la revista colombiana de Ginecología y obstetricia refiere una mediana de edad de 23 años, lo cual es coincidente con la presente investigación, en donde el rango de edad se encuentra entre los 14 y 26 años en un 46,06%.

Respecto al estado civil, en el presente estudio se encontró que, el 90.6% de mujeres estaban solteras al momento de acceder a la IVE, lo cual es congruente con la investigación de Cárdenas, Escudero y Noreña (28), realizada en Medellín, en donde si bien no se encontró un 90% del total con este estado civil, si hubo un 79,9% de mujeres que estaban solteras al momento de realizarse la IVE, al igual que en el estudio realizado por Gonzales y Barrios (29), se obtuvo un resultado del 74,4%.

En lo que respecta a la escolaridad, si bien en nuestra investigación se encontró que el 48,8% estudiaron hasta básica primaria, según estudios realizados en Medellín por Gonzales y Barrios (29), se encontró que el 63,3% tenían estudios secundarios, y a nivel internacional, por otra parte, según Sierra Martínez (30), se logra deducir que la gran mayoría de mujeres que accedieron a una IVE en otros países, estaban realizando estudios superiores en escuelas universitarias o técnicas con un 26%.

Por el contrario, al tipo de régimen de las mujeres que se realizaron una IVE, en la presente investigación la gran mayoría en un 67,7% pertenecían al régimen subsidiado, sin embargo, según el estudio presentado por Gonzales y Barrios (29), el 95% de mujeres pertenecieron al régimen subsidiado representando esto casi el 100% del total de mujeres estudiadas.

En lo que a estrato socioeconómico respecta, en la presente investigación se encontró un 38% con pobreza extrema, lo cual coincide con investigaciones como

la de Gómez y Yépez (27), en donde establece una relación significativa de pobreza y la decisión de realizarse una IVE.

Respecto a la etnia, en esta investigación se encontró que la gran mayoría, 88,2% no pertenecían a ninguna etnia, sin embargo, el 29,5% pertenecían a comunidades afro, lo cual no pudo ser corroborado por la literatura al haber muy pocos estudios en torno a etnia y su relación con la decisión de IVE.

Teniendo en cuenta, el consumo de alcohol, cigarrillo o sustancias psicoactivas, en esta investigación se encontró que el 99% de la población estudiada no refirió haber tenido hábitos tóxicos en el momento de realizarse una IVE, sin embargo, no se encontró literatura que establezca una relación entre hábitos tóxicos y la decisión de realizarse una IVE.

Los resultados encontrados coinciden en algunas cosas, mientras, difieren en otras, con los de otros estudios y autores en cuanto a las principales causas de la IVE; en este estudio se incluyó mujeres que accedieron a la IVE bajo las causales instauradas antes y después de la despenalización del aborto a partir del año 2022, en las cuales se incluyen la afectación física o emocional y la decisión propia, ampliado el rango de causales, mostrando una variabilidad en el trato recibido por parte del personal de salud. Los resultados muestran que la principal causa para acceder a la IVE fue mayoritariamente “afectación física o emocional” (254; 61,4%), que cerca del 16,1% (n:41) de las mujeres que accedieron a una IVE fue por “decisión propia”, el 11% (n:28) presentaba algún riesgo para su salud; el 8,3% (n:21) malformación del feto incompatible con la vida y que el 3,2 % (n:8) de las gestantes eran víctimas de algún tipo de violencia física, incesto o inseminación no consentida.

En relación con las razones para la IVE, se alinean con el estudio de Gómez y Yépez (27), donde la causa más común de IVE fue la afectación de la salud mental de la mujer (55,5%). Sin embargo, Gómez y Yépez (27), reportan que la segunda causa

más frecuente fue la malformación e incompatibilidad con la vida fetal (44,4%), mientras que en el presente estudio esta causa representa solo el 8,3%. Al comparar con otros estudios, como los de Cárdenas, Escudero y Noreña (28), y Gonzáles y Barrios (29), se observa que difieren significativamente, pues, en sus investigaciones, el riesgo para la salud de la mujer fue la causa del 94,2% y 98,25% de las IVE, respectivamente, cifras notablemente superiores a las encontradas en este estudio.

Respecto a las complicaciones, la proporción es muy baja, observándose que de las 254 pacientes atendidas, el 95,7% (n:243) no presenta ningún tipo de complicación, en relación al estudio de Cárdenas, Escudero, Noreña (28), quienes reportan que en un porcentaje alto no se presentó complicaciones en las mujeres que accedieron a una IVE manifestando al respecto que, “la tasa de perforación uterina es muy baja y que en condiciones ideales, no se observan diferencias significativas pero varían principalmente complicaciones tales como hemorragias o infecciones, y la necesidad de un segundo procedimiento para completar el aborto”, además reportan que la técnica de aspiración manual endouterina (AMEU) se utilizó en el 95,6% de los casos, mientras que el 4,4% fueron sometidas a dilatación y curetaje (D&C) de las cuales 12 de las pacientes presentaron complicaciones hasta el séptimo día posoperatorio como hemorragia post-IVE en 9 pacientes que requirieron de nuevo procedimiento; además, se presentaron 3 casos de perforación uterina, no hubo complicaciones en el grupo sometido a AMEU, el 80% de las mujeres asistieron a control el séptimo día post-IVE.

Se correlaciona con nuestro presente estudio que el 73,6 % de las pacientes fueron sometidas a procedimientos de AMEU, mientras que el 26,4% a D&C, de las cuales el 4,3% presenta complicaciones donde la hemorragia y los restos placentarios, deciduales y fetales abarcan el 3%. Se observa que, ocasionalmente, se requiere una reintervención, como se reporta en este estudio. Comparar las técnicas médicas y quirúrgicas no es sencillo, ya que la decisión puede estar influenciada por múltiples

factores que dificultan una asignación aleatoria entre alternativas mutuamente excluyentes. No obstante, en condiciones ideales, no se observan diferencias significativas en la proporción de complicaciones, pero varían en ambos casos, principalmente hemorragias o restos, y la necesidad de un segundo procedimiento para completar el aborto. La frecuencia de complicaciones en D&C fue menor que la reportada por Cárdenas, Escudero y Noreña (28), quienes en una cohorte de 1,444 abortos en dos Instituciones Prestadoras de Salud-IPS en Medellín, Colombia, en el 2019, informaron una tasa de complicaciones en abortos quirúrgicos que varió entre el 1 y el 12% (28).

Por otra parte, dentro de esta investigación se estableció una relación entre las causales de IVE y las características gineco obstétricas y sociodemográficas, en donde se encontró que, respecto a las causales “Decisión propia”, “Afección física o emocional” y “Malformación del feto incompatible con la vida”, al no tener conocimiento en planificación o anticoncepción, un nivel educativo bajo y ser soltera, existe una relación estadísticamente significativa con tomar la decisión de practicar una interrupción voluntaria del embarazo, sin embargo, con respecto a la causal “Riesgo de la vida o salud de la madre”, se observa una relación estrecha con el hecho de haberse realizado una IVE previa. Por último, en cuanto a la causal “Violación, incesto, inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado o no consentidas”, no se encuentra una relación estadísticamente significativa con tomar la decisión de practicar una interrupción voluntaria del embarazo.

La despenalización de la IVE, ha tenido un impacto significativo en el acceso a este servicio. Antes de la Sentencia C-055 teniendo en cuenta la Sentencia C-355, se reconocían los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la IVE, como parte fundamental de estos. No obstante, hasta el año 2021, la misma Corte Constitucional no había reconocido la IVE como un derecho fundamental no penalizable, siempre que se cumplieran alguna de las tres causales establecidas. En este estudio, se observó que antes de la Sentencia C-055 de 2022, entre los

años 2020 y 2021, el 19,69% (50 mujeres) enfrentan numerosas barreras legales y sociales para acceder a la IVE, lo cual a menudo resultaban procedimientos inseguros y riesgos para su salud Después de la Sentencia C-055 de 2022, entre los años 2022 y 2023, la facilidad de acceso a la IVE incrementó significativamente, con un 80,31% (204 mujeres) beneficiando de servicios de salud seguros y regulares, disminuyendo así los riesgos y complicaciones de procedimientos clandestinos (19) (20).

Los resultados obtenidos en este estudio aportan información valiosa sobre las características ginecobstétricas, farmacológicas y quirúrgicas de las pacientes que se sometieron a una IVE en Colombia tras la Sentencia de Despenalización.

Uno de los hallazgos más significativos es que un alto porcentaje de las mujeres (82,3%) no utilizaba ningún método anticonceptivo antes de la IVE, lo cual refleja una deficiencia en la planificación familiar. Esto concuerda con estudios previos que subrayan la falta de acceso o conocimiento adecuado sobre anticoncepción.

Los hallazgos de este estudio coinciden con la literatura previa, destacando una preocupante falta de uso y conocimiento de métodos anticonceptivos entre las mujeres que se sometieron a una IVE. En este estudio, se observó que el 82,3% de las pacientes no utilizaban ningún método anticonceptivo, cifra que, aunque alarmante, es ligeramente inferior a la reportada por Salas, AL y Sanches (31), quienes encontraron que el 99,8% de las mujeres desconocían los métodos anticonceptivos disponibles. García y Delmis (32), también informan que el 61,5% de las mujeres no utilizan ningún método anticonceptivo, lo que refuerza la urgencia de mejorar el acceso y la educación sobre planificación familiar.

En cuanto al conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, el 67% de las mujeres evaluadas en este estudio desconocían los métodos disponibles y se encontró una relación estadísticamente significativa ($P=0,05$) con las causales de la IVE. Esta cifra es consistente con lo reportado por Bórmida y Marchetti (33), donde

el 65% de las mujeres mencionaron dificultades para acceder o entender el uso de anticonceptivos.

Además, Martínez (34), enfatiza el escaso conocimiento tanto de métodos anticonceptivos como de enfermedades de transmisión sexual (ETS). En la población adolescente, García y Delmis (32), también, encontró que el 69,8% de las jóvenes tenía un conocimiento deficiente sobre los métodos anticonceptivos, lo que subraya una brecha generacional importante en la educación sexual y reproductiva. Por otro lado, el hecho de que el 93,7% de las mujeres no asistiera a controles prenatales refleja una deficiencia crítica en el acceso y seguimiento a servicios de salud materna, una tendencia que ya ha sido identificada en estudios previos que analizan la atención de salud en el contexto del aborto. Esta falta de atención prenatal podría estar relacionada con los bajos niveles de educación sexual, el desconocimiento de los derechos reproductivos y el miedo a ser estigmatizadas (35).

Finalmente, es notable que el 91,7% de las mujeres no tenían antecedentes ginecobstétricos, lo cual podría sugerir que muchas de estas pacientes no habían tenido un contacto previo significativo con el sistema de salud para gestionar su salud reproductiva, lo que refuerza la importancia de ofrecer intervenciones educativas y preventivas en etapas más tempranas de la vida reproductiva de las mujeres.

Los resultados muestran que la gran mayoría de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) se realizaron durante el primer trimestre (63.3%;161), mientras que 88 procedimientos ocurrieron en el segundo trimestre y ninguna en el tercero.

En comparación con Ribera y Pérez (36), cuando aún no se había despenalizado el aborto en Colombia, quienes mostraban que el 7,7% de las IVE se realizaban en el segundo trimestre, los hallazgos realizados en este estudio se muestran consistentes con la tendencia global de que la mayoría de las IVE se llevan a cabo

en etapas tempranas del embarazo, cuando los riesgos quirúrgicos y farmacológicos son menores. Esto puede reflejar una mayor accesibilidad a servicios seguros y oportunos tras la despenalización del aborto en Colombia, lo que ha facilitado el acceso a un procedimiento seguro, especialmente en las primeras semanas de gestación.

Estos datos indican que, antes de la despenalización, el acceso a una IVE era mucho más limitado, especialmente para las mujeres de menores recursos o con menor nivel educativo (36).

IX. CONCLUSIONES

Una edad promedio de 20-26 años, junto con una alta representación de mujeres en pobreza extrema (38,2%), sugiere que las decisiones sobre la IVE están fuertemente influenciadas por factores socioeconómicos, lo que resalta la necesidad de políticas públicas que aborden estas desigualdades.

El notable incremento en la cantidad de IVE realizadas en 2022 y 2023, tras la despenalización hasta la semana 24, evidencia que los diferentes cambios en la legislación pueden tener un impacto directo en el acceso y la práctica de la IVE. Esto demuestra la necesidad de prestar atención continua a los efectos de políticas públicas en la salud reproductiva y de la mujer.

Por otra parte, el hecho de que el 81% de las mujeres no había planificado su embarazo y el 67% desconociera los métodos anticonceptivos disponibles, sugiere, una falta de educación y acceso a la planificación familiar dentro del país. Esto resalta la necesidad de implementar programas educativos que fomenten el conocimiento sobre métodos anticonceptivos e incentiven a la planificación familiar.

El impacto de la despenalización es claro, pues más mujeres pueden acceder a una IVE segura en etapas más tempranas del embarazo, reduciendo el número de procedimientos tardíos y mejorando los resultados en salud materna. No obstante, los estudios previos sugieren que aún es necesario mejorar la educación sexual y el acceso equitativo a servicios de salud reproductiva para garantizar que todas las mujeres, independientemente de su edad, estado civil o nivel socioeconómico, puedan acceder a una IVE en condiciones seguras y oportunas.

Por último, la relación significativa entre la decisión de practicarse una IVE y factores como el bajo nivel educativo, la falta de conocimiento sobre planificación familiar y

ser soltera, indica que es indispensable mejorar la educación y el acceso a recursos para fortalecer a las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud reproductiva.

X. RECOMENDACIONES

- Reconocer la autonomía de las mujeres y personas gestantes sobre sus cuerpos, estableciendo un marco legal que promueve la equidad de género, constituyéndolo como derecho fundamental que se debe defender tanto el ámbito social como legal.
- Educar sobre el acceso a la IVE, es esencial para asegurar que todas las mujeres gestantes, independientemente de su raza, condición socioeconómica, creencias, género y ubicación geográfica, puedan acceder a este servicio de manera segura, oportuna, respetando sus derechos y autonomía.
- Trabajar en la creación de rutas de acceso que vinculen a las mujeres en áreas remotas con servicios de salud adecuados, ya sea mediante transporte, telemedicina o programas comunitarios.
- Ampliar la educación y el acceso a servicios de planificación familiar es crucial para asegurar que todas las mujeres, especialmente las de bajos recursos y con menor nivel educativo, puedan ejercer su derecho a decidir sobre su reproducción, garantizando que, los métodos anticonceptivos sean gratuitos o subsidiados.
- Implementar programas de consejería personalizados y obligatorios después de una IVE. Estos programas pueden ayudar a las mujeres a comprender sus opciones, elegir el método anticonceptivo que mejor se adapta a sus necesidades.
- Realizar seguimiento y acompañamiento psicológico a las mujeres y personas gestantes que se realizan una IVE, ya que la decisión de practicarse una IVE y, en sí, el mismo procedimiento, conlleva un componente emocional muy importante.

XI. LIMITACIONES

Las limitaciones de este estudio son múltiples. En primer lugar, el uso de una fuente secundaria, en este caso, las historias clínicas, reveló variables incompletas según la revisión realizada. Esto limitó la capacidad del estudio para caracterizar adecuadamente el perfil sociodemográfico de las mujeres gestantes que se sometieron a una IVE. Como resultado, muchas de estas variables no pudieron ser abordadas de manera exhaustiva, lo que impidió realizar un análisis más profundo y significativo.

En segundo lugar, otra limitación importante se encuentra en las historias clínicas y las complicaciones post-IVE conllevando a una subestimación de las posibles complicaciones. Aunque la muestra es significativa, es limitada, ya que no abarca la totalidad de las mujeres y personas gestantes que se realizaron una IVE en Nariño. Esto se debe a que el HUDN no es la única institución de salud en el Departamento de Nariño donde se puede acceder a una IVE.

Finalmente, la escasez de estudios previos sobre la IVE en Colombia y sobre el impacto de la despenalización del aborto bajo la Sentencia C-055 del 2022 añade un grado más de dificultad para los investigadores, la falta de literatura científica limita la posibilidad de realizar comparaciones y establecer unas referencias sólidas que nos podrían proporcionar una visión más integral y precisa del impacto generado tras la despenalización del aborto.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Naciones Unidas, Latina, A., & Caribe, E. (2023). *ABORTO*. [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO Abortion WEB SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO%20Abortion%20WEB%20SP.pdf)
2. Cifuentes P, Salinas M. Interrupción Voluntaria del Embarazo: definición, proyectos de ley y legislación extranjera [Internet]. Chile; 2015 feb. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/Abortion-Worldwide.pdf>,
3. Ministerio de salud y protección social - Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) [Internet]. Derechos en salud sexual y reproductiva. [citado 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/Derechos-en-salud-sexual-y-reproductiva.aspx>
4. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Prevención del Aborto Inseguro en Colombia [Internet]. 2014 [citado 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>
5. Ruiz M, Miller ST, María LM, Villarroel C. HACIA LA ARMONIZACIÓN DE LAS ESTIMACIONES DE MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA. noviembre de 2015 [citado 17 de abril de 2023];1-119. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/39297/S1500944_es.pdf
6. Suarez A. Colombia: avances y barreras a un año de despenalizar aborto [Internet]. 2023 [citado 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.latimes.com/espanol/internacional/articulo/2023-02-21/colombia-avances-y-barreras-a-un-ano-de-despenalizar-aborto>
7. Noticias departamentales G. La OMS publica nuevas directrices sobre el aborto para ayudar a los países a prestar una atención que salve vidas [Internet]. El acceso al aborto seguro es fundamental para la salud de las mujeres y las niñas. 2022 [citado 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2022-access-to-safe-abortion-critical-for-health-of-women-and-girls>

8. Saldarriaga-Genes G, Ruidiaz-Gómez KS, Cortés-Marchán MM, Guerrero-Martínez D, Salas-Díaz EI, Hernández-Bello LS, et al. Conocimientos y actitudes sobre la interrupción voluntaria del embarazo en estudiantes de una Universidad de Cartagena (Colombia). *Univ Salud* [Internet]. 30 de agosto de 2022 [citado 28 de mayo de 2023];24(3):248-55. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072022000300248&lng=en&nrm=iso&tlng=es
9. Ituarte ML, Alejandra López-Gómez. Las adolescentes frente a la decisión de interrumpir un embarazo en un contexto de aborto legal. Vol. 37, *Cadernos de Saude Pública*. Fundación Oswaldo Cruz; 2021. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zJR7vrGdyCRCq4jHsKS96M/?lang=es>
10. Garcés de los Fayos, M. L. (2023, septiembre 25). *¿Qué está pasando con el derecho al aborto en el mundo?* AMINISTIA INTERNACIONAL. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/que-esta-pasando-con-el-derecho-al-aborto-en-el-mundo-1/>
11. Grupo de Investigación de Derecho y Género. (2023, febrero 16). *Pese a despenalización del aborto en Colombia, barreras de acceso persisten*. Universidad de los Andes, Facultad de Derecho. <https://derecho.uniandes.edu.co/pese-a-despenalizacion-del-aborto-en-colombia-barreras-de-acceso-persisten/>
12. Niño, M. I., & León, J. (2023). *Todo sobre el primer año de aborto despenalizado «Primer año del fallo histórico»*. Mesa por la vida y salud de las mujeres. <https://despenalizaciondelaborto.org.co/hablemos-de-los-derechos-sexuales-de-las-ninas-ninos-y-adolescentes-2/>
13. Niño MI, Triviño C. Balance de los 100 días ¿Cómo va la implementación de la Sentencia C-055 de 2022? [Internet]. Bogotá; 2022 may. Disponible en: <https://orientame.org.co/>
14. Federico Kukso. Breve historia del aborto [Internet]. 2018 [citado 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.lacapital.com.ar/mas/breve-historia-del-aborto-n1574518.html>
15. Amnistía Internacional - España [Internet]. 2022. La situación del aborto en el mundo. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/el-aborto-en-el-mundo/>
16. Fabricio. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de Práctica Clínica. Dirección Nacional de Normatización. 1ra Edición [Internet]. 2013; Disponible en: www.msp.gob.ec
17. UISALUD. GUÍA PARA EL MANEJO DE PACIENTES QUE SOLICITAN INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. 2019 may. Disponible en: <https://uis.edu.co/wp-content/uploads/2022/03/boletin10.pdf>

18. Ministerio de Salud y Protección Social. ESE Hospital Universitario Departamental de Nariño, primera en ser acreditada en el suroccidente del país [Internet]. Boletín de Prensa, 2010 [citado 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ESEHospitalUniversitarioDepartamentaldeNari%C3%B1o,primeraenseracreditadaenelsuroccidentedelpa%C3%A4Ds.aspx>
19. MP Araujo Rentería J, Vargas Hernández CI. C-355-06 Corte Constitucional de Colombia [Internet]. [citado 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>
20. Antonio MS, Lizarazo Ocampo J, Ríos AR. SENTENCIA C-O55-22. Bogotá; 2022 feb. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2022_sentenciac05522_col.pdf
21. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU096-18 [Internet]. 2018 [citado 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/SU096-18.htm>
22. Periódico El Tiempo. Aborto: qué ha pasado tras 100 días de ampliación de despenalización [Internet]. Bogotá; 2022 jun [citado 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/justicia/cortes/aborto-que-ha-pasado-tras-100-dias-de-ampliacion-de-despenalizacion-676831>
23. Ministerio de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN NÚMERO 051 DE 2023. Bogotá; Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20051%20de%202023.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20051%20de%202023.pdf)
24. Ruíz F, Escobar GM, Milena Cuellar Segura C, Teresa Buitrago Grupo ME, María Henríquez Grupo GM, Stella Ríos Grupo LM, et al. PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP 2022-2031. Bogotá; 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>
25. Escobar, A., Rosero Vera, Menza, L., Ceballos, V., Benavides, A., Bastidas, H., Osejo, E., Preciado, G., Cerón, T., Sandoval, Y., Arteaga, B., Erazo Casabón, A., Ocaña, E., Velasco, J., & Martínez Gaviria, F. (s. f.). *Plan de Desarrollo Departamental 2024-2027*. Recuperado 1 de abril de 2024, de https://narino.gov.co/wp-content/uploads/2024/03/Plan_desarrollo_Narino_2024_2027.pdf
26. Ministerio de Salud. RESOLUCIÓN NÚMERO 8430 DE 1993. Bogotá. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>

27. Gómez-Dávila JG, Yepes-Delgado CE. Significado de afrontar una interrupción voluntaria del embarazo tardía en mujeres que se realizaron el procedimiento en instituciones de salud de dos ciudades colombianas. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 19 de septiembre de 2023 [citado 10 de octubre de 2024];74(3). Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/4016/3902>
28. Cárdenas-Arias EF, Escudero-Cardona DE, Noreña-Mosquera EA. Seguridad de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en dos Instituciones Prestadoras de Salud en Medellín, Colombia, en 2019. Cohorte histórica. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2022 [citado 10 de octubre de 2024];73(1):39-47. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3760/3765>
29. González-Pérez LA, Barrios Arroyave FA. Interrupciones voluntarias del embarazo recurrentes. Estudio de prevalencia y exploración de factores asociados. Antioquia, Colombia, 2015 - 2021. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 30 de diciembre de 2023 [citado 10 de octubre de 2024];74(4):276-86. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/4018/3920>
30. Sierra Martínez. ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO Y DE NIVELES DE ANSIEDAD DE LAS MUJERES QUE OPTAN A INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN CASTILLA Y LEÓN [Internet]. Valladolid; [citado 10 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/12842>
31. Salas Castillo L, Alomá I, Sánchez Redonet E, Bangdiwala SI. Interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital Ginecobstétrico “América Arias”, La Habana, Cuba [Internet]. Ontario, Canadá; 2021. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-3111-0689>
32. García Rivas, Delmis. CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO MADRE TERESA DE CALCUTA, CASTILLA - PIURA, 2024 [Internet]. Chimbote, Perú; 2024 jun [citado 10 de octubre de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/37268/ADOLESCENTES_CONOCIMIENTO_METODOS_ANTICONCEPTIVOS_USO_GARCIA_RIVAS_DELMIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. Bórmida Y, Marchetti M. Dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos que reconocen las personas usuarias en el sistema de salud del partido de Olavarría (Argentina). 2021-2022 [Internet]. Olavarría, Argentina; 2024 mar [citado 10 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/21426/2/TFLACSO-2024YDBC.pdf>

34. Martínez Ocampo AD. Comprensión sobre la Planificación Familiar y los Métodos Anticonceptivos de los Estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena en Colombia. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 19 de julio de 2024 [citado 10 de octubre de 2024];8(3):9391-410. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/12082/17569>
35. Barrera M, Pino E. “Estereotipos de género y el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes” [Internet]. Ambato, Ecuador; 2024 jun [citado 10 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/42473/1/BJCS-TS-498.pdf>
36. Font-Ribera L, Pérez G, Espelt A, Salvador J, Borrell C. Determinantes del retraso de la interrupción voluntaria del embarazo. *Gac Sanit* [Internet]. 5 de marzo de 2009 [citado 10 de octubre de 2024];23(5):415-9. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/ga/v23n5/original8.pdf

XIII. ANEXOS

13.1 ARTÍCULO CIENTÍFICO

CARACTERÍSTICAS, CAUSALES Y COMPLICACIONES DE LAS MUJERES QUE SE REALIZARON UNA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO A PARTIR DE LA SENTENCIA DE DESPENALIZACIÓN.

Characteristics, causes and complications of women who underwent a Voluntary Interruption of Pregnancy at the Departmental University Hospital of Nariño from the Decriminalization Sentence.

Autores:

Córdoba Diana Camila¹
Delgado Delgado Viviana Alexandra²
Ramírez Benavides Dana Gabriela³
Torres Fuli María José⁴
Dra. Ana Isabel Vallejo⁵
Dra. Adriana Bravo⁶

RESUMEN

El presente estudio tipo descriptivo, basado en un paradigma positivista con enfoque cuantitativo, de tipo observacional descriptivo transversal, parte de la importancia que tiene el brindar garantías para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; a partir de la legalización del aborto en analizamos las características, causales y complicaciones que tienen las mujeres, niñas y personas gestantes a la hora de realizarse una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) a partir

de la Sentencia de Despenalización. La muestra inicial del estudio fue de 337 mujeres, de las cuales se redujo a 254 mujeres, a través de un muestreo no probabilístico; a ellas se les aplicó la revisión de historia clínica como método de recolección de datos.

Entre los principales resultados se encontraron, que las mujeres entre 14 a los 26 años, son quienes más recurren a este procedimiento, las causales por la cual las mujeres accedieron a una IVE fueron: “afección física o emocional” y, “decisión propia”.

En cuanto a complicaciones, mostro que es un procedimiento seguro., otro de los datos importantes fue las semanas de gestación, en el que se observa que la mayoría de IVE'S se realizaron en el primer trimestre.

Finalmente, cabe resaltar que, aunque el estudio muestra resultados significativos que permiten un análisis del impacto que ha tenido la legalización del aborto en Colombia a través de la Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional, sin embargo, hace falta una mayor investigación sobre el tema en Colombia y en el mundo, esto debido a lo reciente que es el tema de la legalización del IVE en diversos países en Latinoamérica y el mundo; este estudio, por tanto, se presenta como una puerta de ingreso para nuevas investigaciones a nivel local, departamental, nacional e

¹ Fundación Universitaria San Martín Sede Pasto

² Fundación Universitaria San Martín Sede Pasto

³ Fundación Universitaria San Martín Sede Pasto

⁴ Fundación Universitaria San Martín Sede Pasto

⁵ Fundación Universitaria San Martín Sede Pasto

⁶ Fundación Universitaria San Martín Sede Pasto

internacional, del impacto que tiene esta legalización en la práctica de IVE seguras en centros asistenciales y hospitalarios.

Palabras clave: Interrupción Voluntaria del Embarazo, causales, complicaciones, semanas de gestación, despenalización, pacientes embarazadas.

INTRODUCCIÓN

Los Organismos de Derechos Humanos han entregado algunas orientaciones sobre la despenalización del aborto, aludiendo que ya, de por sí, el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es un asunto de derechos humanos y respeto por los derechos sexuales de la mujer; por lo que se considera fundamental asegurar el acceso a estos servicios de manera gratuita en entidades de salud públicas, las cuales puedan garantizar una atención oportuna, segura, con calidad y sin barreras en la atención y, sobre todo, sin estigmatización ni discriminación.

Siendo este el motivo por el cual se consideró necesario realizar esta investigación, con el fin de aportar información que permita comprender mejor su realidad frente a esta experiencia y contribuir a mejorar la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres a nivel local, regional, nacional e internacional. Por tanto, el objetivo de este estudio es establecer una caracterización sociodemográfica, causal y de complicaciones de las mujeres que se realizaron una IVE a partir de la Sentencia de Despenalización.

1. MÉTODOLÓGIA

Definición del estudio

La investigación se basó en un paradigma positivista con enfoque cuantitativo, de tipo observacional descriptivo transversal, y con respecto al tiempo retrospectivo.

Área de estudio

Se desarrolló en el área de ginecología del Hospital Universitario Departamental de Nariño.

Población de estudio

Según la base de datos entregada por el HUDN, la población objeto de estudio fueron las mujeres en edad fértil que se han realizado una Interrupción Voluntaria del Embarazo a partir de la Sentencia de Despenalización.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Registros de mujeres en edad fértil que se han realizado una interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital Universitario Departamental de Nariño.
- Historias clínicas de mujeres embarazadas diagnosticadas con embarazo de alto riesgo, que terminaron en una IVE.
- Historias clínicas de mujeres embarazadas a quienes se les confirmó malformaciones en el feto incompatibles con la vida.
- Registro de embarazos no deseados a causa de violaciones.
- Registro de historias clínicas de mujeres gestantes con predisposición a padecer una afección de la salud

física y mental que accedieron a una IVE.

- Registro de pacientes que han firmado una autorización para una Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Criterios de exclusión

- Mujeres registradas que ingresaron con diagnóstico de abortos espontáneos y/o embarazos ectópicos.
- Mujeres que ingresaron con IVE incompletas realizadas en otras instituciones.
- Historias clínicas que al momento del ingreso solicitan una IVE y por encontrarse en semanas superiores a la 20, la institución no realiza el procedimiento y son remitidas a otras instituciones.
- Errores en la identificación de las gestantes encontrados en la base de datos entregada por el hospital.
- Pacientes diagnosticadas con IVE que al realizar la historia clínica se retractaron.

Fuentes de recolección primaria o secundaria

Se realizó mediante fuente secundaria, mediante la revisión y el análisis de historias clínicas, es secundaria ya que los datos fueron previamente recogidos por personal de la salud calificado, por lo que las historias clínicas son para nuestro caso de investigación una herramienta fundamental y con alto grado de confiabilidad con las cuales podremos realizar la caracterización de nuestra población a estudiar además de las posibles complicaciones que se

podieran presentar en las mujeres que se han realizado una IVE.

Controles de errores y sesgos

ERRORES

- No tener o crear una base de datos falsa o errónea en donde se asocien criterios que no ayuden con la información.
- No conocer, ni tener clara la fuente primaria de información.

SESGOS

Sesgo de información

En esta investigación este sesgo se controló de la siguiente manera:

- Se contó con una base de datos la cual fue codificada según los datos de cada variable a través de la selección de listas desplegables.
- Se revisó la coherencia entre las variables de cada objetivo y los hallazgos de la historia clínica a través de una prueba piloto y un ajuste de operadores.
Al finalizar la revisión de todas las historias clínicas se realizó una depuración de la base de datos con el fin de verificar datos mal escritos, coherencia de los datos, completitud de las variables.
- Se hace fundamental el haber conocido las historias clínicas, saber de donde surgen y nos tomamos el tiempo para revisar y así obtuvimos los resultados más verídicos y confiables.
- Codificamos todos los datos de las variables a seguir para poder cumplir con los objetivos de la investigación.
- Se revisaron aleatoriamente 5 historias clínicas de cada compañera para evitar cambiar por completo el resultado final.

Sesgo de selección

Se controló de la siguiente manera:

- Se establecieron de manera clara los criterios de selección de los participantes en el estudio.
- Con la base de pacientes entregada por el hospital se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión.
- Se realizó un segundo filtro a través de la revisión de las historias clínicas

Sesgo del observador

Al no poderse controlar en la fase de análisis de datos, se controla en la fase de planificación y en la fase de recogida de datos por medio de medidas tales como:

- Se elaboró un protocolo preciso para la recogida de datos (donde se detallan los procesos, pacientes e instrumentos relacionados con la obtención de datos) y entrenamiento adecuado de los investigadores encargados de la recogida de datos.
- Se utilizaron definiciones operativas inequívocas de los eventos a estudiar (con categorías excluyentes y exhaustivas para las variables cualitativas o categóricas y precisando las escalas y/o unidades de medida para las cuantitativas).
- Se establecieron codificaciones en la recogida de datos para mejorar su posterior procesamiento.
- Se emplearon normas estandarizadas de medida para todos los sujetos, así como instrumentos estructurados, calibrados y validados.
- Mantenimiento de controles a lo largo de todo el proceso (como evaluaciones intermedias de la información recogida, reuniones con

las personas encargadas de la recogida de datos, etc.).

- Se aplicaron medidas que eviten la influencia de la persona que recoge los datos sobre la persona estudiada (efecto del investigador y/o Hawthorne).
- Se realizó una prueba piloto para valorar la idoneidad y viabilidad de los métodos e instrumentos.

DISEÑO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA

Universo

Mujeres se han realizado una Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Población

Pacientes en edad fértil que se hayan realizado una Interrupción Voluntaria del Embarazo en el HUDN.

Muestra

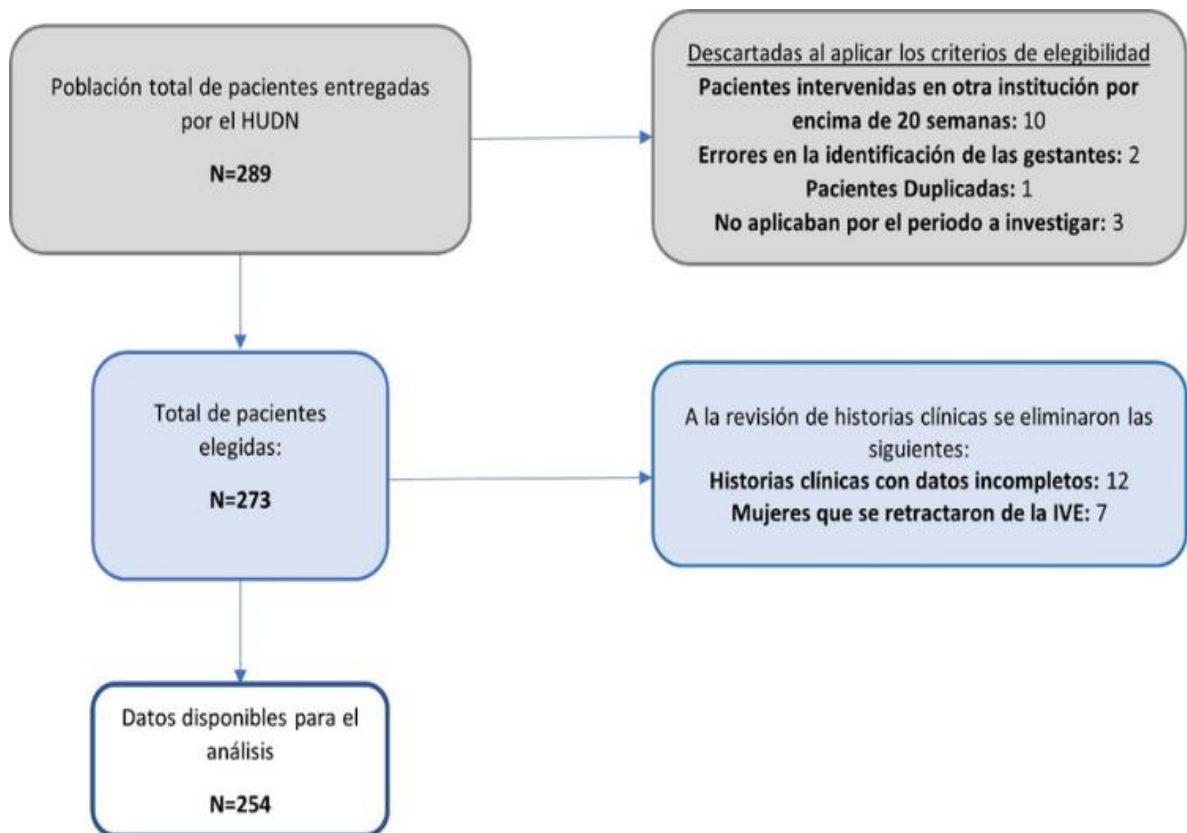
Pacientes en edad fértil que se hayan realizado una Interrupción Voluntaria del Embarazo en el HUDN a partir de la Sentencia de Despenalización y que cumplan con los criterios de selección previstos en el presente proyecto. Teniendo en cuenta lo anterior los investigadores tomarán el 100% de la población, por tanto, no se calculará tamaño de muestra.

RESULTADOS

En el periodo estudiado para el análisis, un total de 254 mujeres se sometieron a un procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). El año 2023 concentró la mayor cantidad de casos. En cuanto al grupo etario, se observó una edad promedio de 26,15 años, con un rango que

osciló entre los 13 y los 49 años. La desviación estándar de 7,08 años indica una variabilidad considerable en la distribución de las edades.

Figura 1. Flujograma de selección de las pacientes sometidas a la IVE en el HUDN a partir de la Sentencia de Despenalización



Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores.

Si bien el grupo etario con mayor frecuencia de casos individuales fue el de 26 años, al analizar los datos por rangos de edad, se observa que la categoría "Juventud" (14-26 años) concentró la mayor proporción de casos (46,06%). Le siguió la categoría "Adultez" (27-59 años) con un 43,70%, y, por último, la categoría "Adolescencia" (12-18 años) con un

10,23% del total de historias clínicas revisadas.

Objetivo 1. Caracterizar sociodemográficamente a las pacientes que se han realizado una Interrupción Voluntaria de Embarazo. En lo concerniente al régimen de salud, el régimen subsidiado predominó con un 67,7% del total de casos (N=172). Sin embargo, en

términos de EPS, Emssanar concentró la mayor proporción de pacientes (44,9%), seguida de Nueva EPS (19,7%) y Sanitas (7,5%).

Respecto al Sisbén, la categoría A (pobreza extrema) fue la más representativa con un 38,2%, seguida de las categorías B (pobreza moderada), D (No pobre, Ni vulnerable) y C (Vulnerable) con 29,5%, 24,0% y 8,3% respectivamente.

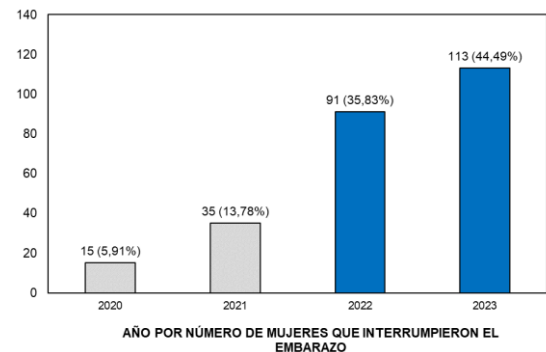
En cuanto a la etnia, la mayoría de las pacientes (88,2%) no se auto identificaron con ninguna etnia. No obstante, se evidenció una significativa proporción de población afrocolombiana (29,5%) y de población indígena (8,3%). Finalmente, en cuanto al departamento de origen, Nariño concentró la mayor parte de los casos (90,9%), seguido de Putumayo (5,9%) y Cauca (0,8%).

En cuanto a los hábitos de consumo, los resultados revelaron que el 99% de la población estudiada reportó no consumir sustancias psicoactivas, alcohol ni tabaco. Un porcentaje mínimo declaró el consumo de algún tipo de sustancia, lo cual sugiere un bajo nivel de prevalencia de estos hábitos en la muestra analizada.

La presencia de comorbilidades en las pacientes que se sometieron a IVE, conllevaron a hospitalizaciones, con un promedio de 1,2 días habituales, alcanzando un máximo de 18 días, sin embargo, la mayor proporción de casos (37,79%), el procedimiento fue ambulatorio.

Objetivo 2. Identificar las causales y complicaciones de la IVE según las Sentencias C-355 de 2006 y C-055 del 2022.

Gráfica 1. Distribución de frecuencias de los casos de IVE según los años 2021-2023



Antes de la Sentencia C 055 – 2022 (años 2020 y 2021) = n: **50 (19,69%)**

Después de la Sentencia C 055 – 2022 (años 2022 y 2023) = n: **204 (80,31%)**

N: 254

Fuente: Base de datos IVE elaborado por los investigadores.

Se denota una tendencia al aumento de las IVE en los años 2022 y 2023 año en el cual en Colombia la interrupción voluntaria del embarazo es totalmente despenalizada bajo la Sentencia C-055 de la Corte Constitucional, y se establecen lineamientos para el acceso a la IVE sin barreras, en comparación con el año 2021 donde la normatividad vigente era la Sentencia C-355, donde la IVE era limitada hasta la semana 24 y bajo las 3 causales: Cuando la vida o la salud de la mujer esté en riesgo, cuando haya malformaciones en el feto que hagan inviable su vida, en casos de violación, incesto, inseminación artificial o de

transferencia de óvulo fecundado o no consentidas.

Del total de casos (N-254), la mayor proporción de IVE fue realizada bajo la causal "Afección física o emocional" con un porcentaje de 61,4%, seguida de la causal "Decisión propia" con 16,1%, "Riesgo de vida o salud de la madre" con 11,0%, "Malformación del feto e incompatible con la vida" con 8,3%, y "Violación, incesto, inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado o no consentida" con un 3,1%. Teniendo en cuenta el método utilizado al realizar la IVE previa, predomina el método de Aspiración manual endouterina con un 73,6% y en menor proporción el método de Dilatación y Curetaje con un 26,4%. Si bien, de las (254;100%) de mujeres que accedieron a IVE, el 95,7% no presentaron complicaciones, (11; 4,3%) presentaron complicaciones como hemorragias, endometritis, infecciones, presencia de restos placentarios, deciduales o fetales; siendo la hemorragia y los restos los casos que más se presentaron con un 3% del total de complicaciones.

El estudio reveló que el 63,3% de las IVE realizadas en el HUDN se practicaron en el primer trimestre del embarazo entre la semana (1-12) y el 36,6% en el segundo trimestre del embarazo entre la semana (13 - 26) y ninguna interrupción realizada en el tercer trimestre.

El análisis de las variables relacionadas con procedimientos de IVE indica que la combinación más comúnmente utilizada fue de

Misoprostol 200 mcg VO + 2 tab 200 mcg VV, representando el 72% de los casos. Por otra parte, otras combinaciones menos frecuentes incluyeron dosis más altas de Misoprostol, como 400 mg VO + 400 mg VV (22,4%).

El análisis de las variables relacionadas con la planificación familiar reveló que un alto porcentaje de las mujeres (81%) no había planificado su embarazo. Además, el 67% de la muestra manifestó desconocer los métodos anticonceptivos disponibles. Entre aquellas mujeres que utilizaban algún método, el implante subdérmico fue el más frecuente, seguido de los anticonceptivos orales y las inyecciones intramusculares.

Los resultados del estudio revelaron una alta concentración de casos en los que las mujeres no accedieron a controles prenatales. Además, se observó una ausencia significativa de antecedentes obstétricos en el 93% de la población estudiada. En los casos en los que se registraron antecedentes obstétricos, se identificaron eventos relevantes como IVE'S fallidas y legrados incompletos.

Si bien se identificó un grupo de mujeres multíparas, el análisis de los datos reveló que la mayoría de la población estudiada correspondía a primigestas, es decir, mujeres que estaban experimentando su primer embarazo.

Objetivo 4. Establecer la relación entre las causales de IVE y las características ginecobstétricas y

complicaciones presentadas en las mujeres que se realizaron una IVE.

Al establecer la relación entre las características ginecobstétricas y sociodemográficas, con respecto a la causal “Decisión propia”, se observa que no tener conocimiento en planificación, un nivel educativo bajo y ser soltera, existe una relación estadísticamente significativa con tomar la decisión de practicar una interrupción voluntaria del embarazo.

Al establecer la relación entre las características ginecobstétricas y sociodemográficas, con respecto a la causal “Afectación física o emocional”, se observa que no tener conocimiento en planificación y uso de anticoncepción, un nivel educativo bajo y ser soltera, presenta una relación estadísticamente significativa con tomar la decisión de practicar en una IVE.

Al establecer la relación entre las características ginecobstétricas y sociodemográficas, con respecto a la causal “Malformación incompatible con la vida”, se observa que un nivel educativo bajo, no usar anticoncepción y ser soltera, presenta una relación estadísticamente significativa con tomar la decisión de practicarse una IVE.

Al establecer la relación entre las características ginecobstétricas y sociodemográficas, con respecto a la causal “Riesgo de la vida o salud de la madre”, se observa únicamente relación estadísticamente significativa con el hecho de haberse realizado una

IVE previa en torno a la decisión de una IVE.

Al establecer la relación entre las características ginecobstétricas y sociodemográficas, con respecto a la causal “Violación o incesto”, no se encontró variables que modelen una relación estadísticamente significativa con tomar la decisión de practicar una interrupción voluntaria del embarazo. Este hallazgo probablemente esté asociado al bajo tamaño de población en la IVE por esta causal (N=8).

DISCUSIÓN

El estudio realizado por Gómez y Yépez destaca que la mediana de edad de las mujeres que accedieron a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es de 23 años, coincidiendo con un rango de edad de 14 a 26 años en un 46,06% en la investigación actual. En cuanto al estado civil, se observa que el 90,6% de las mujeres eran solteras al momento de acceder a la IVE, lo que se alinea con otros estudios que reportan cifras similares. Respecto a la escolaridad, un 48,8% de las participantes solo había completado la educación básica primaria, contrastando con estudios que indican un mayor porcentaje de mujeres con educación secundaria o superior.

Con relación al régimen de salud, el 67,7% de las mujeres pertenecían al régimen subsidiado, aunque otros estudios reportan cifras más altas. En términos de estrato socioeconómico, el 38% de las mujeres se encontraban en situación de pobreza extrema, lo que sugiere una relación significativa

entre la pobreza y la decisión de realizarse una IVE. En cuanto a la etnia, la mayoría de las participantes no se identificaron con ninguna etnia específica, aunque un 29,5% pertenecía a comunidades afro.

El consumo de sustancias psicoactivas fue mínimo, con un 99% de las mujeres sin hábitos tóxicos al momento de la IVE. Las principales causas para acceder a la IVE fueron la afectación física o emocional, la decisión propia y riesgos para la salud, con una notable discrepancia en comparación con otros estudios que reportan diferentes prioridades en las causas. Las complicaciones post-IVE fueron bajas, con un 95,7% de las pacientes sin complicaciones, lo que coincide con otros estudios que también reportan tasas bajas de complicaciones.

La investigación también revela que un alto porcentaje de mujeres (82,3%) no utilizaba métodos anticonceptivos antes de la IVE, lo que indica una deficiencia en la planificación familiar. Además, el 67% de las mujeres desconocía los métodos anticonceptivos disponibles, lo que se relaciona con las causas de la IVE. La falta de controles prenatales fue alarmante, con un 93,7% de las mujeres no asistiendo a tales controles, lo que sugiere una brecha en el acceso a servicios de salud materna.

Finalmente, la mayoría de las IVE se realizaron en el primer trimestre, lo que refleja una tendencia hacia la realización de procedimientos en etapas tempranas del embarazo,

facilitada por la despenalización del aborto en Colombia. Esto indica un acceso mejorado a servicios seguros y oportunos tras la despenalización, especialmente para mujeres de menores recursos o con menor nivel educativo.

CONCLUSIONES

Una edad promedio de 20-26 años, junto con una alta representación de mujeres en pobreza extrema (38,2%), sugiere que las decisiones sobre la IVE están fuertemente influenciadas por factores socioeconómicos, lo que resalta la necesidad de políticas públicas que aborden estas desigualdades.

El notable incremento en la cantidad de IVE realizadas en 2022 y 2023, tras la despenalización hasta la semana 24, evidencia que los diferentes cambios en la legislación pueden tener un impacto directo en el acceso y la práctica de la IVE. Esto demuestra la necesidad de prestar atención continua a los efectos de políticas públicas en la salud reproductiva y de la mujer.

Por otra parte, el hecho de que el 81% de las mujeres no había planificado su embarazo y el 67% desconociera los métodos anticonceptivos disponibles, sugiere, una falta de educación y acceso a la planificación familiar dentro del país. Esto resalta la necesidad de implementar programas educativos que fomenten el conocimiento sobre métodos anticonceptivos e incentiven a la planificación familiar.

El impacto de la despenalización es claro, pues más mujeres pueden acceder a una IVE segura en etapas más tempranas del embarazo, reduciendo el número de procedimientos tardíos y mejorando los resultados en salud materna. No obstante, los estudios previos sugieren que aún es necesario mejorar la educación sexual y el acceso equitativo a servicios de salud reproductiva para garantizar que todas las mujeres, independientemente de su edad, estado civil o nivel socioeconómico, puedan acceder a una IVE en condiciones seguras y oportunas.

Por último, la relación significativa entre la decisión de practicarse una IVE y factores como el bajo nivel educativo, la falta de conocimiento sobre planificación familiar y ser soltera, indica que es indispensable mejorar la educación y el acceso a recursos para fortalecer a las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud reproductiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Naciones Unidas, Latina, A., & Caribe, E. (2023). ABORTO. [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO Abortion WEB SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO%20Abortion%20WEB%20SP.pdf)
2. Cifuentes P, Salinas M. Interrupción Voluntaria del Embarazo: definición, proyectos de ley y legislación extranjera [Internet]. Chile; 2015 feb. Disponible en: <http://www.gutmacher.org/pubs/Abortion-Worldwide.pdf>,
3. Ministerio de salud y protección social - Interrupción voluntaria del

embarazo (IVE) [Internet]. Derechos en salud sexual y reproductiva. [citado 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/Derechos-en-salud-sexual-y-reproductiva.aspx>

4. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Prevención del Aborto Inseguro en Colombia [Internet]. 2014 [citado 17 de abril de 2023]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/S-M-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>

5. Ruiz M, Miller ST, María LM, Villarroel C. HACIA LA ARMONIZACIÓN DE LAS ESTIMACIONES DE MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA. noviembre de 2015 [citado 17 de abril de 2023];1-119. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/39297/S1500944_es.pdf.

6. Suarez A. Colombia: avances y barreras a un año de despenalizar aborto [Internet]. 2023 [citado 17 de abril de 2023]. Disponible en:

<https://www.latimes.com/espanol/internacional/articulo/2023-02-21/colombia-avances-y-barreras-a-un-ano-de-despenalizar-aborto>.

7. Noticias departamentales G. La OMS publica nuevas directrices sobre el aborto para ayudar a los países a prestar una atención que salve vidas [Internet]. El acceso al aborto seguro es fundamental para la salud de las mujeres y las niñas. 2022 [citado 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09->

03-2022-access-to-safe-abortion-critical-for-health-of-women-and-girls

8. Saldarriaga-Genes G, Ruidiaz-Gómez KS, Cortés-Marchán MM, Guerrero-Martínez D, Salas-Díaz EI, Hernández-Bello LS, et al. Conocimientos y actitudes sobre la interrupción voluntaria del embarazo en estudiantes de una Universidad de Cartagena (Colombia). Univ Salud [Internet]. 30 de agosto de 2022 [citado 28 de mayo de 2023];24(3):248-55. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072022000300248&lng=en&nrm=iso&tlng=es

9. Ituarte ML, Alejandra López-Gómez. Las adolescentes frente a la decisión de interrumpir un embarazo en un contexto de aborto legal. Vol. 37, Cadernos de Saude Pública. Fundación Oswaldo Cruz; 2021. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zJR7vrGdyCRCq4jJhSKS96M/?lang=es>

10. Garcés de los Fayos, M. L. (2023, septiembre 25). ¿Qué está pasando con el derecho al aborto en el mundo? AMINISTIA INTERNACIONAL. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/que-esta-pasando-con-el-derecho-al-aborto-en-el-mundo-1/>

11. Grupo de Investigación de Derecho y Género. (2023, febrero 16). Pese a despenalización del aborto en Colombia, barreras de acceso persisten. Universidad de los Andes, Facultad de Derecho. <https://derecho.uniandes.edu.co/pese-a-despenalizacion-del-aborto-en-colombia-barreras-de-acceso-persisten/>

12. Niño, M. I., & León, J. (2023). Todo sobre el primer año de aborto despenalizado «Primer año del fallo histórico». Mesa por la vida y salud de las mujeres. <https://despenalizaciondelaborto.org.co/hablemos-de-los-derechos-sexuales-de-las-ninas-ninos-y-adolescentes-2/>

13. Niño MI, Triviño C. Balance de los 100 días ¿Cómo va la implementación de la Sentencia C-055 de 2022? [Internet]. Bogotá; 2022 may. Disponible en: <https://orientame.org.co/>

14. Federico Kukso. Breve historia del aborto [Internet]. 2018 [citado 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.lacapital.com.ar/mas/breve-historia-del-aborto-n1574518.html>

15. Amnistía Internacional - España [Internet]. 2022. La situación del aborto en el mundo. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/el-aborto-en-el-mundo/>

16. Fabricio. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de Práctica Clínica. Dirección Nacional de Normatización. 1ra Edición [Internet]. 2013; Disponible en: www.msp.gob.ec

17. UISALUD. GUÍA PARA EL MANEJO DE PACIENTES QUE SOLICITAN INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. 2019 may. Disponible en: <https://uis.edu.co/wp-content/uploads/2022/03/boletin10.pdf>

18. Ministerio de Salud y Protección Social. ESE Hospital Universitario Departamental de Nariño, primera en ser acreditada en el suroccidente del país [Internet].

Boletín de Prensa, 2010 [citado 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ESEHospitalUniversitarioDepartamentaldeNari%C3%B1o,primeraenseracreditadaenelsuroccidentedelpa%C3%ADs.aspx>

19. MP Araujo Rentería J, Vargas Hernández CI. C-355-06 Corte Constitucional de Colombia [Internet]. [citado 18 de abril de 2023]. Disponible en:

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

20. Antonio MS, Lizarazo Ocampo J, Ríos AR. SENTENCIA C-055-22. Bogotá; 2022 feb. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2022_sentenciac05522_col.pdf

21. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU096-18 [Internet]. 2018 [citado 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/SU096-18.htm>

22. Periódico El Tiempo. Aborto: qué ha pasado tras 100 días de ampliación de despenalización [Internet]. Bogotá; 2022 jun [citado 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/justicia/cortes/aborto-que-ha-pasado-tras-100-dias-de-ampliacion-de-despenalizacion-676831>

23. Ministerio de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN NÚMERO 051 DE 2023. Bogotá; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/NormatividadNuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20051%20de%202023.pdf>

24. Ruíz F, Escobar GM, Milena Cuellar Segura C, Teresa Buitrago Grupo ME, María Henríquez Grupo GM, Stella Ríos Grupo LM, et al. PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA

PDSP 2022-2031. Bogotá; 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>

25. Escobar, A., Rosero Vera, Menza, L., Ceballos, V., Benavides, A., Bastidas, H., Osejo, E., Preciado, G., Cerón, T., Sandoval, Y., Arteaga, B., Erazo Casabón, A., Ocaña, E., Velasco, J., & Martínez Gaviria, F. (s. f.). Plan de Desarrollo Departamental 2024-2027. Recuperado 1 de abril de 2024, de https://narino.gov.co/wp-content/uploads/2024/03/Plan_desarrollo_Narino_2024_2027.pdf

26. Ministerio de Salud. RESOLUCIÓN NÚMERO 8430 DE 1993. Bogotá. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>

27. Gómez-Dávila JG, Yepes-Delgado CE. Significado de afrontar una interrupción voluntaria del embarazo tardía en mujeres que se realizaron el procedimiento en instituciones de salud de dos ciudades colombianas. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 19 de septiembre de 2023 [citado 10 de octubre de 2024];74(3). Disponible en:

<https://revista.fecolsoq.org/index.php/rkog/article/view/4016/3902>

28. Cárdenas-Arias EF, Escudero-Cardona DE, Noreña-Mosquera EA. Seguridad de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en dos Instituciones Prestadoras de Salud en Medellín, Colombia, en 2019. Cohorte histórica. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2022 [citado 10 de octubre de 2024];73(1):39-47. Disponible en:

<https://revista.fecolsog.org/index.php/r cog/article/view/3760/3765>

29. González-Pérez LA, Barrios Arroyave FA. Interrupciones voluntarias del embarazo recurrentes. Estudio de prevalencia y exploración de factores asociados. Antioquia, Colombia, 2015 - 2021. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 30 de diciembre de 2023 [citado 10 de octubre de 2024];74(4):276-86. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/r cog/article/view/4018/3920>

30. Sierra Martínez. ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO Y DE NIVELES DE ANSIEDAD DE LAS MUJERES QUE OPTAN A INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN CASTILLA Y LEÓN [Internet]. Valladolid; [citado 10 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/12842>

31. Salas Castillo L, Alomá I, Sánchez Redonet E, Bangdiwala SI. Interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital Ginecobstétrico "América Arias", La Habana, Cuba [Internet]. Ontario, Canadá; 2021. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-3111-0689>

32. García Rivas, Delmis. CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DEL ASENTAMIENTO HUMANO MADRE TERESA DE CALCUTA, CASTILLA - PIURA, 2024 [Internet]. Chimbote, Perú; 2024 jun [citado 10 de octubre de 2024]. Disponible en: [https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/37268/ADOLESCENTES CONOCIMIENTO M ETODOS ANTICONCEPTIVOS US](https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/37268/ADOLESCENTES%20CONOCIMIENTO%20MÉTODOS%20ANTICONCEPTIVOS%20US)

[O GARCIA RIVAS DELMIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/21426/2/TFLACSO-2024YDBC.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

33. Bórmida Y, Marchetti M. Dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos que reconocen las personas usuarias en el sistema de salud del partido de Olavarría (Argentina). 2021-2022 [Internet]. Olavarría, Argentina; 2024 mar [citado 10 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/21426/2/TFLACSO-2024YDBC.pdf>

34. Martínez Ocampo AD. Comprensión sobre la Planificación Familiar y los Métodos Anticonceptivos de los Estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena en Colombia. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. 19 de julio de 2024 [citado 10 de octubre de 2024];8(3):9391-410. Disponible en:

<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/12082/17569>

35. Barrera M, Pino E. "Estereotipos de género y el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes" [Internet]. Ambato, Ecuador; 2024 jun [citado 10 de octubre de 2024]. Disponible en:

<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/42473/1/BJCS-TS-498.pdf>

36. Font-Ribera L, Pérez G, Espelt A, Salvador J, Borrell C. Determinantes del retraso de la interrupción voluntaria del embarazo. Gac Sanit [Internet]. 5 de marzo de 2009 [citado 10 de octubre de 2024];23(5):415-9. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/gsv23n5/original8.pdf