

Conocimientos, Actitudes y Prácticas de un grupo de Médicos Especialistas en Ginecología frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Olga Patricia Martínez Ortiz ¹, Devi Nereida Puerto ².

RESUMEN

Este estudio se propuso analizar los conceptos, actitudes y prácticas de un grupo de profesionales de la salud, ante la interrupción voluntaria del embarazo e identificar las principales barreras en relación a la solicitud de este procedimiento médico. Se realizó un estudio cualitativo de corte transversal a través de una exploración documental y el análisis de diez entrevistas semiestructuradas con profesionales de la salud, especialistas en ginecología y obstetricia. Los resultados indican que la interrupción voluntaria del embarazo está ligada aspectos éticos, morales y religiosos que influyen en la decisión de practicar este procedimiento médico, pese a concebirse como un derecho fundamental. Aunado a esto, existe desconocimiento de los elementos legales y una concepción de que esta práctica constituye una salida a los embarazos en adolescentes. Estos aspectos configuran barreras de acceso de tipo cultural, personal y estructural.

Palabras clave: Aborto Legal, Aborto Inducido, Acceso universal a servicios de salud, Embarazo, Ginecología.

1. Estudiante Maestría en Administración en Salud, Universidad del Rosario. Bogota, Colombia.
2. Directora Tesis de Maestría, Universidad del Rosario. Bogota, Colombia.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the concepts, attitudes and practices of a group of health professionals, before the voluntary interruption of pregnancy and identify the main barriers in relation to the request of this medical procedure. A qualitative cross-sectional study was carried out through a documentary exploration and the analysis of ten semi-structured interviews with health professionals, specialists in gynecology and obstetrics. The results indicate that the voluntary interruption of pregnancy is linked to ethical, moral and religious aspects that influence the decision to practice this medical procedure, despite being conceived as a fundamental right. Added to this, there is ignorance of the legal elements and a conception that this practice constitutes an exit to adolescent pregnancies. These aspects configure access barriers of a cultural, personal and structural nature.

Keywords: Voluntary interruption of pregnancy, barriers to access, Gynecology, Obstetrics.

INTRODUCCIÓN.

Colombia es uno de los pocos países de América Latina en el que el aborto no se considera un delito; a diferencia de países como Haití, el Salvador, Honduras, Nicaragua, Surinam y República Dominicana, en los que constituye una práctica médica prohibida (Castañeda, 2003). Durante el año 2006, la corte Constitucional posterior a revisar las normas del código penal, la constitución política y los tratados de derechos humanos, concluyó que penalizar el aborto en Colombia, significaba una carga desproporcional para las mujeres y una violación sistemática a derechos fundamentales como la dignidad, la vida, la integridad, la salud integral, la igualdad, la autonomía, el libre desarrollo de la personalidad, entre otros (Dalen, 2011; Comité de derechos humanos, 2004).

Como resultado de dicha decisión y como excepción a la ley penal, se ratificó a través de la sentencia C-355 de 2006, que el aborto no constituye un delito si el personal médico certifica que existe peligro para la vida o la salud de la mujer, que el feto presenta graves malformaciones que hacen inviable su vida o que el embarazo es producto de un acto sexual abusivo, incesto, inseminación artificial o transferencia de óvulo.

De igual manera, la Corte Constitucional se refiere a la legítima protección de la vida del natus (quien está por nacer); sin embargo, clarifica que esta protección no puede ser absoluta, así como ningún derecho lo es, y refiere que podría considerarse, cuando es necesario proteger los derechos fundamentales de las mujeres en las circunstancias a las que ya se hizo mención.

Dos años después de expedirse la sentencia, se identificó que una de cada 26 Colombianas tuvo un aborto inducido y que solo 0,08% de los procedimientos fueron legales y se realizaron amparados por el fallo de la corte constitucional. Se estima que en el año 2008, se realizaron 400,400 abortos inducidos, mostrando un incremento de este procedimiento al menos en dos quintas partes respecto a 1989, periodo en el que se practicaron 288,395 abortos (Susheela, Remez y Villarreal, 2011).

En esta línea, es importante mencionar que aunque el aborto como procedimiento médico reduce las secuelas y peligros para la vida de las mujeres, casi un tercio de ellas sufre complicaciones que requieren atención médica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). En coherencia con esto, el informe titulado “Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia, causas y consecuencias” realizado en 2011, llama la atención sobre el tema de los embarazos no planeados, y refiere que cerca del 44% de estos terminan en un aborto inducido (Susheela, Remez y Villarreal, 2011).

Este informe también revela que al menos el 32% de las complicaciones derivadas de un aborto inducido se asocian con el desconocimiento de los protocolos para el uso del Misoprostol (medicamento empleado en esta práctica); y debido a la escasa e inadecuada información de la que disponen las mujeres. Adicional a esto, se identificó que seis de cada 10 instituciones de salud que tienen capacidad para brindar atención post-aborto, no lo hacen y que nueve de cada 10 de estas instituciones, no ofrecen servicios de aborto legal (Susheela, Remez y Villarreal, 2011).

En este sentido, la Corte Constitucional ha debido intervenir en casos concretos donde por medio de una acción de tutela, se ha solicitado se practique un aborto inducido por alguna de las tres causales definidas en la Sentencia, logrando la prestación del servicio por parte del personal de salud (El espectador, 2017). Estas situaciones, han llevado a que se incorporen estándares legales y de doctrina internacional de protección de los derechos humanos, para ratificar las obligaciones del Estado Colombiano y hacer eficaz su cumplimiento en busca de garantizar los derechos reproductivos de las mujeres (Sentencia T- 732 de 2009).

Es así como, durante el año 2006 además de la Sentencia que despenaliza el aborto en Colombia, se definieron otra serie de disposiciones legales que involucran no solo al gobierno, los Jueces de la República sino también a los profesionales de la salud. En esta línea, vale la pena hacer mención al decreto 4444 del Ministerio de la Protección Social, por medio del cual se reglamenta la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), la Resolución 4905, por la cual se adopta la Norma Técnica para la atención de la IVE, el acuerdo 350, por medio del cual se incluye en el Plan de Beneficios del régimen Contributivo y Subsidiado la atención para la IVE.

Luego, en el año 2007 el Ministerio de la Protección Social, estableció la Circular 0031, la cual ordena proveer información sobre la provisión de servicios seguros en IVE, no constitutiva del delito de aborto. En los años 2009 y 2010, la Comisión de Regulación en Salud define el acuerdo 03 y 08, en el que se aclara y se actualiza integralmente los Planes de Beneficios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, incluye en el listado de actividades, procedimientos, intervenciones y todo lo requerido para la IVE.

En el año 2015, y con el propósito de superar los vacíos y cerrar las brechas interpretativas respecto a la IVE, el Ministerio de la Protección Social expidió nuevos lineamientos técnicos, que junto con la circular 003 de 2013 de la Superintendencia Nacional de Salud, constituyen el marco normativo reglamentario que orienta la prestación de los servicios de salud en materia de aborto en Colombia.

Aunado al avance a nivel legislativo respecto al tema de estudio, se identifican aspectos éticos que guían el ejercicio profesional en un marco de respeto por los derechos humanos, tal y como lo cita la Corte Constitucional. De este modo, el conjunto de principios y consideraciones éticas que se incluyen hacen parte de un ejercicio teórico y conceptual de consenso regional promovido desde el año 2009, entre organizaciones e instituciones de la sociedad civil en América Latina (González y Bergallo, 2012; González, 2009).

En esta línea, se alude específicamente al respeto por la autonomía reproductiva, reconociendo a las mujeres como sujetas, capaces de tomar decisiones autónomas en relación con el proyecto de vida que se quiere, lo que incluye, el respeto por sus creencias, valores y opiniones sobre su propio bienestar y en consecuencia el consentimiento informado (González, 2009).

De igual manera, se hace referencia a actuar conforme a los principios de Beneficencia y no Maleficencia, resaltando la obligación de tomar todas las medidas necesarias para cuidar de la vida y la salud de la mujer, evitando causar algún tipo de daño. Supone entonces, el deber ético de preservar la vida y la salud cuando existe un riesgo, garantizando el acceso a los servicios seguros, oportunos y practicados por personal idóneo y absteniéndose de realizar dilaciones injustificadas en la atención en salud que aumenten los riesgos para la mujer (González, 2009).

Así mismo, se hace mención a la objeción de conciencia y la confidencialidad. Respecto a la primera, se destaca que el personal de salud debe prestar sus servicios independiente a sus convicciones religiosas o creencias personales. No obstante, puede hacer uso del mecanismo de objeción de conciencia con miras a proteger su libertad religiosa y sus convicciones, pero de ninguna manera puede constituir un obstáculo para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En cuanto la confidencialidad, se alude a la importancia del secreto profesional como un deber ético fundamental (González y Bergallo, 2012; González, 2009).

Pese a lo expuesto en este apartado, se identifican graves problemas de acceso a los servicios de justicia y salud por parte de las mujeres entre ellos se hallan la dilación en la prestación de los servicios, la objeción de conciencia mal aplicada, las trabas administrativas y la negación injustificada; barreras que ponen en riesgo la salud y la vida (Comisión Séptima del Senado, 2014). Es por esta razón, que este estudio se propuso analizar los conceptos, actitudes y prácticas de un grupo de médicos especialistas en ginecología, frente a la IVE e identificar las principales barreras percibidas en relación a la realización de este procedimiento médico.

Lo anterior, debido a que se han identificado una serie de investigaciones que relevan que existe déficit conceptual en el personal de salud con relación a la normativa que aplica para la

IVE (OC). Autores como Quintero-Roa y Ochoa-Vera (2015); García-Núñez, Atienzo y Walker (2013); García, Lara y Goldman (2003) destacan la importancia de contar con información sobre aspectos legales y éticos y también, hacen mención a una actitud burocrática, de desacuerdo y falta de apoyo por parte del personal médico a las mujeres que solicitan la IVE.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio.

Esta investigación corresponde a un estudio cualitativo de corte transversal, orientado a profundizar en el conocimiento y comprensión de los conceptos, actitudes y prácticas de un grupo de médicos especialistas en ginecología frente a la interrupción Voluntaria del embarazo y a identificar las barreras de acceso a este procedimiento médico.

Sitio y periodo de estudio.

El estudio se realizó en la Ciudad de Bogotá, contando con la participación de diez profesionales de la salud, médicos especialistas en ginecobstetricia de distintas IPS de la ciudad. Los datos del estudio corresponden al año 2017.

Muestreo y convocatoria.

Se empleó un muestreo no probabilístico e intencional. Se realizó la invitación directa en diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud que ofertaran servicios de ginecología y con diferente nivel de complejidad. No se contemplaron criterios de selección como edad, género, religión, universidad de formación de pregrado o post grado, tiempo de ejercicio profesional, aspectos personales como tener hijos o no, nivel socioeconómico, entre otros. Se conformó una muestra de diez profesionales de la salud, médicos especialistas en

ginecobstetricia, quienes después de haber sido invitados a participar en el estudio y haberseles explicado el objetivo del mismo, metodología e implicaciones éticas, accedieron a participar voluntariamente. Posterior a la aceptación se procedió a la firma del consentimiento informado.

El 60% de los profesionales que aceptaron participar, fueron mujeres entre 30 y 40 años y el 70% tenían entre 1-3 años de experiencia en ginecobstetricia.

Instrumentos de recolección de Información.

La recolección de la información se realizó entre los meses de Abril y Julio de 2017. Se diseñó un cuestionario sobre conceptos, actitudes y prácticas en relación a la IVE, a partir de la revisión de fuentes documentales, análisis de normatividad vigente y entrevistas con expertos frente a la materia. Este instrumento incluyó seis apartados que agrupaban variables que indagaron acerca del aborto ilegal y la IVE, legislación, consideraciones éticas, papel del Ginecólogo en la IVE, impacto de la IVE, y las barreras de acceso a la IVE. Este instrumento fue inicialmente sometido a revisión por parte de dos expertos, se realizaron ajustes con el propósito de garantizar confiabilidad y validez.

Posteriormente fue piloteado con dos médicos especialistas en ginecología, en donde se puso a prueba el tiempo de aplicación, comprensión de los contenidos, aceptación del mismo, metodología de aplicación y exhaustividad de las variables que se querían evaluar. Una vez realizados los ajustes, se realizó el proceso de aplicación.

Procedimiento de recolección de Información.

Luego del diseño del instrumento, se estableció contacto con los participantes, se explicó nuevamente el objetivo y alcance de la investigación, se clarificaron los aspectos éticos. A todos los profesionales entrevistados se les garantizó el respeto por el anonimato, confidencialidad de la información, voluntariedad de participación, se les dio la posibilidad de suspender la aplicación del instrumento en el momento que así desearan y tuvieron la opción de no responder las preguntas que así consideraran.

Una vez diligenciado el consentimiento informado, se solicitó autorización expresa para la grabación de la entrevista para facilitar la posterior transcripción. Por sesiones individuales se realizó la aplicación del cuestionario, la cual tuvo una duración promedio de 30 minutos. Se grabó en audio la interacción del investigador con los participantes con el propósito de enriquecer los resultados del estudio.

Manejo de datos.

La información derivada de la aplicación de los cuestionarios fue analizada a la luz de los apartados definidos en el cuestionario. De igual manera, se transcribió la información de los audios y se agrupó en las categorías emergentes. Se empleó una matriz de sistematización de datos en Word y se realizó un análisis de contenido.

Para el análisis de la información se empleó el Software Atlas – ti. Se realizó una codificación abierta de la información, descripción de las categorías emergentes y codificación de las mismas, descripción de las relaciones e interconexiones entre categorías, y la generación de conclusiones y recomendaciones. De esta manera, se identificaron aspectos comunes y disimiles que definieron las categorías de análisis.

RESULTADOS.

A continuación se presentan los resultados derivados del estudio, organizados según los apartados definidos en los cuestionarios conceptos, actitudes y prácticas en relación a la IVE.

El aborto ilegal y la IVE como tema de Salud Pública.

En esta categoría se identifica que todos los participantes consideran que el aborto ilegal es un problema de Salud Pública, asociado a mortalidad materna, morbilidad, complicaciones que afectan el bienestar y la salud y ponen en riesgo al sistema de salud dadas las secuelas derivadas del procedimiento cuando no se práctica de manera segura.

Entre las principales causas que conllevan al aborto los profesionales de la salud entrevistados, aluden al embarazo en adolescentes, y refieren el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en lugares clandestinos, que carecen de asepsia y de protocolos médicos.

En este sentido, uno de los participantes señala:

“Cada vez aumenta la tasa de aborto en Colombia trayendo como consecuencia mayor tasa de complicaciones en las mujeres que se someten a estas prácticas, complicaciones como infecciones, esterilidad, incluso la muerte. Esto sucede porque las mujeres desconocen las causales por las cuales se puede practicar el aborto y por esto lo realizan de forma clandestina y sin las medidas necesarias”.

Conocimiento sobre los aspectos legales para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Colombia.

Como ya se mencionó, en Colombia existen una serie de normas, sentencias, circulares y leyes que fundamentan y regulan la práctica de la IVE por parte del personal de salud. En este sentido,

se identifica que los participantes refieren que conocen la sentencia C355 de 2006, las causales legales y los requisitos que debe cumplir una mujer para solicitar este procedimiento.

No obstante, al indagar de manera más precisa sobre el tema, se halla que los especialistas desconocen otras regulaciones del marco normativo para la IVE, y que surgieron con el fin de facilitar el acceso a los servicios de salud, ejemplo de ellos son: la Resolución 4905 de 2006, Norma Técnica para la atención de la IVE (Resolución 4905 de 2006), el Acuerdo 350 de 2006, por medio del cual se incluye en el Plan Obligatorio del régimen Contributivo y Subsidiado la atención para la IVE (Acuerdo 350 de 2006) el Acuerdo 03 de 2009 derogado por el acuerdo 08 de 2009 que incluye el listado de actividades, procedimientos e intervenciones requerido para la IVE, entre otras. Este desconocimiento se considera una barrera de acceso a la prestación del servicio.

Respecto a este aspecto, los especialistas señalan que la norma es muy general, que existen vacíos jurídicos y limitaciones específicamente en la sentencia. En este sentido, se alude a que el aborto debe ser despenalizado totalmente, que se deben clarificar las circunstancias para practicar la IVE, teniendo en cuenta que cuando hay riesgo para la vida de la madre, se aborda tanto la salud física y mental, pudiendo relacionarse con el aumento de abortos.

Adicionalmente, los participantes destacan la necesidad de que la sentencia defina claramente una edad gestacional para practicar la IVE, dado que después de las 20 semanas se debe hacer un feticidio y en caso que el feto nazca vivo habría que iniciar maniobras de reanimación neonatal haciendo de este procedimiento una carga de morbimortalidad adicional para el sistema de salud.

De igual manera, resaltan que la sentencia no define un límite de interrupciones por cada mujer que solicita el procedimiento, causando riesgos tanto a la mujer como al sistema de salud, de considerar esta práctica como un método de planificación familiar. Con relación a lo mencionado uno de los participantes señala:

“La legislación actual tiene un vacío importante...la ley no tiene ningún límite de edad gestacional, después de las 20 semanas, tampoco hay claridad cuando se refieren a la salud de la mujer, en el tema de la salud mental”.

Finalmente, respecto al manejo de la IVE en menores de edad, el tema se abordó de manera muy discreta y poco directa, los profesionales no hicieron énfasis en el asunto. Sin embargo, se podría indicar que los requisitos para solicitar la IVE son los mismos en adolescentes que en mujeres adultas.

Consideraciones éticas frente a la IVE

Las consideraciones éticas tienen un componente cognoscitivo y otro afectivo. Por una parte se respeta la sentencia y sus causales, pero por otra parte, se identifica que algunos profesionales no llevarían a cabo la IVE por razones éticas, religiosas y personales. Quienes no están de acuerdo soportan esta decisión en el respeto por el derecho a la vida de ese ser que aún no ha nacido, no se mencionan los derechos de la madre. Algunos profesionales consideran que pueden existir otras opciones distintas a la IVE, refieren que la mujer podría contemplar la adopción.

“Tengo objeción de conciencia, por mis principios médicos de propender por la vida y no por la muerte, no estoy a favor de ninguna en términos generales. Pero yéndonos a la ley esa sería la causal más argumentada y favorecida en mi concepto. Es la que supone un recién nacido con una malformación incompatible con la vida por disminuir el impacto emocional la carga asistencial”.

Por su parte, los profesionales que manifiestan estar de acuerdo, señalan que el aborto a nivel social se relaciona con aspectos judiciales y morales que afectan la oportunidad de proceder ante estos casos, incidiendo en el sub registro de abortos. De igual manera, se hace alusión a que el aborto de manera ilegal pone en riesgo la vida de la mujer y esto transgrede los derechos sexuales y reproductivos de la misma. Para algunos de los entrevistados dichos derechos se vulneran, dado el desconocimiento que existe acerca de la legislación sobre el aborto seguro en Colombia y la ambigüedad sobre quien tiene derechos (la madre o el niño), se habla de una legislación egoísta, que favorece la toma de decisiones respecto a este procedimiento médico bajo supuestos culturales y religiosos.

Se identifica que aunque la sentencia se considera un avance en el tema de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, esta resulta compleja, dado que algunos profesionales de la salud refieren estar de acuerdo con la IVE únicamente en las causales establecidas en la sentencia, sin considerar otras razones.

En el discurso de los participantes cuya postura frente a la IVE es favorable, se destaca el respeto por los derechos de la mujer, el cual se traduce a actuar de manera oportuna, brindar orientación y ofrecer planificación familiar; consideraciones éticas ligadas a la parte afectiva del profesional. De igual manera, se resalta la importancia del secreto profesional, la ética y la confidencialidad.

“Doy trámite, y hago lo necesario para que se le respeten los derechos a la mujer y se le brinde la atención necesaria”.

“En estos casos brindo la atención médica, no juzgo, no es mi función, mi función es prestar un servicio de salud, ofrezco la atención inicial, garantizo el bienestar de la madre y lo que hago es dar una orden por planificación familiar y una interconsulta por servicio de psicología para que aborden un poco más el tema”.

Papel del Ginecólogo en la IVE.

Los participantes perciben un alto compromiso en términos de educación y formación. En este sentido, se alude a la importante de brindar orientación sobre las relaciones sexuales seguras, consecuencias y complicaciones de un aborto clandestino e informar acerca de la legislación que ampara la IVE.

De igual modo, se hace mención a la importancia de la comunicación y la confianza en la relación médico- paciente para la toma de decisiones, la activación de rutas y la disminución de los riesgos en la salud de las mujeres. Para los entrevistados, el rol del profesional de la salud ante la IVE es decisivo, por tanto se requiere que la legislación sea clara y que se establezcan guías y protocolos que favorezcan el acceso a este procedimiento médico de manera segura.

“El rol de los profesionales en salud en la práctica del aborto debe ser educativa, orientar sobre el significado de la relaciones sexuales, las posibles consecuencias y a si mismo las complicaciones que pueden derivarse de realizarse abortos de tipo clandestino y sobre todo el embarazo adolescente que es frecuente en estos países Latino Americanos.”

Entre las estrategias educativas previstas para la prevención del aborto inseguro, se alude a charlas, capacitaciones o encuentros que retomen temas como: prevención de embarazos y planificación familiar, IVE y riesgo derivados del aborto, derechos sexuales y reproductivos en el ámbito legal. Los profesionales entrevistados, también llaman la atención sobre el tema de la despenalización del aborto en el primer trimestre del embarazo independientemente de la causa y la necesidad de definir acciones legales que penalicen los sitios que prestan servicios de manera clandestina.

“Es necesario educar a la población, el aborto no es un método de planificación familiar... además se debe actuar duramente con las instituciones que prestan servicios clandestinos”.

“Es importante que existan normas regulatorias y protocolos o guías que acompañen al profesional en el proceso de la IVE, para que todos hablemos un mismo idioma, tengamos un concepto definido y evitemos que cada uno haga cualquier maniobra, ya que esto aumenta la problemática de la clandestinidad y aumenta el riesgo de la paciente.”

Impacto de la IVE

Los profesionales de la salud participantes, mencionan que existe una relación entre la práctica de la IVE de manera segura y la disminución de muertes maternas durante un aborto inducido.

En este sentido, algunos participantes mencionan que con la legislación han aumentado los casos de aborto y el acceso a la IVE de manera segura, considerando que el aborto ha dejado de ser un tabú para la sociedad y el gremio de la salud, y que es justo por esto que se debe continuar trabajando en la educación respecto al tema.

“Si se realiza educación, la IVE no tiene porque aumentar los embarazos ni los abortos, la falta de educación es la que ocasiona que las pacientes planifiquen con la interrupción, para eso está la contraparte, capacitar a las maternas.”

Para algunos profesionales la importancia del asunto no radica en si aumenta o no el número de abortos, sino el lugar en donde se practican, entonces refieren la necesidad de incrementar el número de lugares seguros. Adicional a esto, el tema del sub registro del aborto ilegal constituye una preocupación para los participantes, indicando que es probable que con la legislación se establezca un registro ajustado a la realidad del país.

Finalmente, algunos participantes se refieren a la sentencia como una política de salud pública que no tiene en cuenta los conceptos individuales y se enfoca al impacto económico en el

sistema, considerándola ambigua y destacando que la IVE sea convertido en un método de planificación familiar.

“La sentencia C355 de 2006, no tiene mucha relevancia, porque en salud pública se piensa mucho en el impacto económico, psicosocial y no en concepciones personalizadas”.

Desde este punto de vista, los participantes indican que se requiere un abordaje desde el ámbito educativo y puntualizan que la implementación y evaluación de la política de la IVE debe incluir estrategias educativas de mayor impacto.

Barreras de acceso a la IVE

Se identifica que el acceso a la IVE de manera segura está ligado a barreras de tipo cultural, personal, y estructural. Entre las principales barreras se identifican la falta de información por parte de las pacientes y el personal de salud en relación a la política y su implementación, la tramitología que deben surtir las pacientes para llevar a cabo este tipo de procedimientos, el tabú que existe dentro de la sociedad en relación al tema del aborto, la falta de comunicación médico-paciente, la poca de seguridad por parte de algunos profesionales, el déficit de procesos estandarizados, las limitaciones en el acceso a los servicios de salud y la falta de atención multidisciplinaria.

“Eliminar el tabú que existe sobre el aborto hablar libremente para eliminar riesgos innecesarios en las pacientes. Comunicación y seguridad para consultar.”

“Mayor conocimiento de la ley para los profesionales de la salud, las pacientes y a todo el equipo que interviene en el proceso.”

DISCUSIÓN

El aborto inseguro constituye un problema de salud pública a nivel global. En el mundo se estima que cada año ocurren 22 millones de abortos inseguros, de los cuales el 99% ocurre en países en vías de desarrollo en donde el aborto es parcial o totalmente ilegal. Esta práctica causa entre el 8-15% del total de muertes maternas a nivel global y alrededor del 11% en Latino América y el Caribe (Kassebaum, Bertozzi-Villa, Coggeshall, Et al, 2013).

Una revisión sistemática de literatura frente al aborto médico muestra que realizado bajo las recomendaciones científicas vigentes, es seguro y efectivo y sus complicaciones son raras. En dicho estudio se indica que los profesionales de la salud que se sientan “incómodos” frente al asesoramiento a la mujer o la realización del procedimiento, deberían remitirla a otro profesional o a otro centro de atención médica, o brindarle la información respecto a los sitios en donde puede ser realizado el aborto (Nivel de evidencia IIIA) (Costescu, Guielbert, Bernardin y Black et al, 2016).

En Colombia pese a la sentencia de la Corte Constitucional promulgada en 2006, que legaliza parcialmente el aborto, la salud de las mujeres sigue estando expuesta a riesgos, debido a un acceso limitado al aborto seguro. La tasa de aborto se ha estimado en 39 por 1,000 mujeres de 15 a 44 años, una de las mayores en Latinoamérica y el Caribe. Cada año ocurren alrededor de 400,400 abortos, y solo 322 de ellos son IVE practicadas en instituciones de salud (Susheela, Remez y Villarreal, 2011).

Un aborto inducido realizado fuera de la ley se considera inseguro. En este sentido, se estima que una tercera parte del total de mujeres que tienen un aborto ilegal desarrollan complicaciones que necesitan tratamiento en una institución de salud. Desafortunadamente, una

quinta parte del total de mujeres que sufren complicaciones post-aborto no reciben tratamiento alguno y esas mujeres no tratadas son especialmente propensas a sufrir consecuencias a largo plazo (Susheela, Remez y Villarreal, 2011).

Para el sistema de salud este tratamiento post-aborto que se ofrece a las mujeres con complicaciones afecta los recursos. La tasa más alta de tratamiento, y la mayor carga de atención para el sistema de salud ocurre en la región Pacífica, en donde cada año, 16 de cada 1,000 mujeres reciben tratamiento post-aborto, también se ha identificado que las variables personales y sociodemográficas de las mujeres inciden en las tasas de aborto, así como en la edad gestacional en la que recurren al mismo (Susheela, Remez y Villarreal, 2011).

Incluso en países desarrollados, se han evidenciado diferencias respecto a estas variables. Un estudio llevado a cabo en Estados Unidos con 38.611 mujeres que se practicaron aborto, estudió la relación entre la edad gestacional en la que se practicó y las características de cada Estado, encontrando diferencias significativas, que determinan el acceso a los servicios, disparidades en los mismos, así como consecuencias para las mujeres (O'Donnell, Goldberg, Betancourt y Lieberman, 2018). En este sentido, se hace necesario fomentar el liderazgo y coordinación a lo largo de los servicios de salud que faciliten la atención integral de las mujeres que recurren a la IVE, con énfasis en las mujeres vulnerables, residentes en áreas rurales, o de bajos ingresos (Dawson, Nicolls, Bateson, Doab, et al, 2017).

De acuerdo con los resultados, el embarazo adolescente y el embarazo no planeado son las principales causas del aborto clandestino. El embarazo en la adolescencia se convierte en un problema de salud pública a partir de 1990 cuando se detecta una tendencia sistemáticamente creciente que encuentra el pico máximo en 2005. Según la Encuesta Nacional de Demografía y

Salud (ENDS) realizada en el año 2015 por el Ministerio de Salud y Protección Social, el descenso empieza a partir de 2010. Un estudio muestra que los embarazos en menores de 19 años son principalmente no planificados, contribuyendo a altas tasas de morbilidad materna, aborto inseguro y bajo peso al nacer. Si bien las tasas de embarazo en adolescentes han disminuido en muchos entornos, sigue siendo un problema sanitario y social importante en los países desarrollados y en desarrollo (Bahamondes, 2018).

En cuanto al embarazo no planeado, la ENDS encontró que este ha venido aumentando junto con la creciente preferencia por tener menos hijos, la motivación por evitar tener hijos con las pronunciadas disminuciones en la fecundidad, ha resultado en una razón de 52 abortos por 100 nacidos vivos, comparada con 35 por 100 de hace dos décadas, Bogotá es una de las regiones donde esta situación se hace mucho más evidente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

Se identificó que los especialistas entrevistados refieren un conocimiento parcial en relación a la sentencia de la corte constitucional por la cual se despenaliza el aborto en Colombia. Sin embargo, este conocimiento es limitado y no se conoce la normatividad establecida para facilitar el acceso a los servicios de salud a la IVE, lo que constituye una barrera de acceso a este procedimiento de manera segura, al igual que los mitos y tabúes que se conservan en la sociedad. Si bien se encontró una opinión favorable sobre la sentencia y las causales despenalizadas, se evidencia falta de conocimiento de los elementos legales tanto en el personal de salud como en las mujeres.

Un estudio llevado a cabo en Turquía (en donde el aborto es legal desde 1983), muestra que contar con servicios de aborto seguro va más allá de tener una legislación que lo permita,

sino que se requiere además de apoyo político y de una formación adecuada de los profesionales de la salud para llevarlo a cabo. Así mismo, se requiere abogacía para ayudar a combatir las percepciones negativas frente al tema, en la población general, políticos y responsables de toma de decisiones (Mihciokur, Akin, Guciz, Bahar, 2014). Esto mismo concluyó una investigación realizada en 153 instituciones prestadoras de Zambia, África (Cresswell, Owolabi, Chelwa, Dennis, et al, 2018).

A pesar de que es permitido, aún persisten barreras sustanciales para la realización del aborto y la atención posterior. Concluye que un marco legislativo de apoyo es esencial, pero no suficiente en sí mismo, para un acceso adecuado a los servicios. Si bien el aborto con medicamentos es un método seguro y eficaz que podría proporcionarse en entornos de bajos recursos, se requiere de una adecuada capacitación de los profesionales de salud de acuerdo a las orientaciones de la OMS y garantizar que el equipo esté disponible en la atención primaria, bajo las condiciones óptimas de calidad.

Estudios muestran que además de lo ya enunciado, para aumentar el éxito de los programas de aborto seguro, se deben considerar aspectos como la motivación, el apoyo y las condiciones de trabajo razonables para los trabajadores de salud involucrados, brindando incentivos, realizando supervisión, garantizando apoyo, suministros, sistemas adecuados de referencia y monitoreo y evaluación. Es importante realizar talleres de capacitación con los profesionales y brindar apoyo emocional para los trabajadores de la salud, e involucrar y capacitar a profesionales de la salud no médicos, que participen en el proceso de IVE (Glenton, Sorhaindo, Ganatra y Lewin, 2017).

Respecto al conocimiento por parte de las mujeres, la ratifica que el 56.1% de mujeres entre 13 a 49 años refiere que conoce el tema de la despenalización parcial del aborto en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a). En términos generales, se encontró que más del 85% de las mujeres conoce las causales que contemplan la IVE en caso de malformaciones fetales graves y embarazo por violación. Así mismo, un poco más del 60% de las mujeres reconoce como causal de interrupción del embarazo que exista riesgo para la vida y la salud física, el 40% alude a que este procedimiento se puede practicar cuando existe riesgo en la salud mental de la mujer, en casos de incesto (37.2%) y cuando se es menor de 14 años (26.5%), en este caso el embarazo puede considerarse producto de abuso sexual) (Mihciokur, Akin, Guciz, Bahar, 2014).

Lo mencionado anteriormente, sugiere que hay un avance frente al conocimiento del tema por parte de las mujeres; sin embargo vale la pena dirigir la mirada a las mujeres de las zonas rurales. A pesar que las mujeres conocen las causales contempladas, estudios han mostrado que el estigma del aborto y el contar con una serie de trámites legales para poder a la IVE, se constituyen en barreras para acceder a la misma (Sahin, Ngabo, Ortega, Nyirazinyoye, et al, 2017).

Pese a que los entrevistados no se refirieron directamente a IVE en menores de edad, estudios recomiendan contar con servicios integrales de atención postaborto, dirigidos especialmente a las mujeres jóvenes, asegurándose que reciban consejería anticonceptiva y métodos efectivos de prevención del embarazo para prevenir nuevos embarazos no deseados que puedan resultar en abortos inducidos posteriores (Kabiry, Ushie, Mutua, et al, 2016; Ganatra y Hirve, 2002; Omideyi, Akinyemi y Aina, et al, 2011)

Lo anterior, pese a que investigaciones refieren actitudes estigmatizantes hacia las mujeres jóvenes que necesitan aborto y anticoncepción entre los profesionales de la salud, se resalta la necesidad de intervenciones dirigidas a estos profesionales para reducir el estigma y los conceptos erróneos relacionados con el aborto y la anticoncepción entre las mujeres adolescentes (Hakansson, Oguttu, Gemzell-Danielsson y Makenzius, 2018; Che, Dusane-Richards, Wu, et al, 2017). Estudios muestran que mujeres jóvenes prefieren acudir a abortos inseguros, aun conociendo sus posibles complicaciones y secuelas (Appiah-Agyekum, 2018).

Otro tema que resultó complejo para los participantes se relaciona con que ni en la sentencia C-355 de 2006, ni en ninguna otra norma se ha fijado el límite temporal para la IVE en los casos despenalizados, lo que no ha permitido establecer una regla general que impida llevar a cabo el procedimiento después de cierto tiempo de gestación. Se estima que la decisión sobre la realización de la IVE en una etapa de gestación se debe dar de acuerdo a la ponderación de criterios como, el tipo de caso, la causal, el criterio médico soportado en la condición física y mental particular de la mujer gestante, y la decisión de la mujer.

Esta es una fuerte limitación y vacío jurídico señalado por los especialistas entrevistados, algunos coinciden que después de la semana 20 debe realizarse primero un feticidio, que es la acción llevada a cabo para asegurarse de que el feto nazca muerto para evitar complicaciones emocionales en el caso de la madre y legales en el caso de los profesionales. Algunos profesionales recomiendan llevar a cabo un feticidio antes del aborto médico que se produzca después de 21 semanas y 6 días de gestación, para asegurar que no haya ningún riesgo de que el feto nazca con vida.

Respecto a la preocupación de los profesionales frente a IVE en mujeres con edad gestacional avanzada, mayor a 20 semanas, existen experiencias exitosas, como en Massachusetts en donde existe un programa estatal centralizado, creado para eliminar las barreras para los abortos médicos después del segundo trimestre de gestación. Este exitoso programa es un ejemplo de intervención efectiva, altamente aceptable y potencialmente replicable para reducir las barreras de acceso a la IVE (Ho y Janiak, 2018).

De acuerdo con la ENDS el tiempo promedio de interrupción del embarazo por aborto inducido es de 2 meses, dentro del primer trimestre de embarazo. Sin embargo el hecho que no exista claridad frente a este tema constituye una preocupación para los especialistas, ya que mencionan que la mujer solicita este procedimiento en cualquier momento del periodo de gestación, lo que hace más compleja la práctica y pone en consideración algunas cuestiones éticas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

Respecto al impacto psicológico frente al aborto, estudios muestran que las mujeres que se someten a un aborto electivo en etapas tardías tienen más probabilidad de sufrir trastornos psicológicos, que aquellas que lo realizan en etapas tempranas (Kotta, Molangur, Bipeta y Ganesh, 2018). El argumento de la IVE de manera legal, está suscrito dentro de un tema de derechos humanos, que parte del derecho a la salud, y comprende todos aquellos derechos que se encuentran inmersos dentro de los derechos sexuales y reproductivos. En relación a la percepción de los Gineco-Obstetras frente a la interrupción voluntaria del embarazo, se tienen diferentes posturas.

Existen quienes se encuentran de acuerdo con la sentencia 355/2006 que despenaliza de manera parcial el aborto en Colombia, siendo esto un asunto ligado a los derechos sexuales y

reproductivos de la mujer; soportan esta decisión con base al derecho a la intimidad personal, la igualdad de sexo y género, el respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual, la decisión sobre el número de hijos e hijas, el espaciamiento entre ellos, la libertad para elegir métodos anticonceptivos, el derecho a la información veraz, completa y oportuna, el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Justamente la IVE es uno de los derechos reproductivos que han sido reconocidos de manera reciente en el orden jurídico Colombiano.

La ética profesional también juega un papel importante, y está adherida a la práctica profesional que debe primar por encima de cualquier juicio de valor que diere lugar dicha práctica. Entre quienes no están totalmente de acuerdo con la sentencia, también se destaca un argumento en relación a los derechos (derecho a la vida), pero ya no de la madre sino del ser que está por nacer, siendo un derecho fundamental y está plasmado en el artículo 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948). Esto está ligado además a creencias de tipo religioso y a razones culturales y éticas. Es claro como la ética es abordada desde dos perspectivas opuestas.

En este estudio se ponen de manifiesto algunas consideraciones éticas que están contempladas en la sentencia y que cada participante interpreta de manera diferente. La objeción de conciencia fue manifestada por uno de los entrevistados que se encontró en desacuerdo con la sentencia, relacionada dicha consideración con convicciones morales, culturales o religiosas. En este punto, vale la pena mencionar que la objeción de conciencia es considerada un derecho por parte de la Corte Constitucional, clarificando que únicamente las personas naturales involucradas directamente en la prestación del servicio de interrupción voluntaria del embarazo pueden ejercerlo. Por ello se excluye al personal administrativo, de enfermería o personal judicial.

Tampoco aplica para instituciones ni puede realizarse de forma colectiva, existen incluso ciertos requisitos para ejercer la objeción de conciencia.

Un estudio llevado a cabo en Noruega por Kibsgaard, Skirbekk, Magelssen, et al (2014) con médicos generales entrevistados frente a la objeción de conciencia respecto al aborto, mostró marcadas inconsistencias éticas y ambivalencias entre ellos, considerando vital proteger su integridad moral, pero asegurando que los intereses de las pacientes y la relación médico – paciente no fuera perjudicada. Refieren que a pesar de la objeción de conciencia, se debe ser responsables al garantizar el acceso de las pacientes a los servicios de aborto, siendo un compromiso moralmente aceptable. Las principales razones enunciadas para la objeción de conciencia fueron el respeto a la vida como un valor moral, sentimientos de culpa y protección de la integridad. En este estudio concluyeron que la objeción de conciencia fue una solución pragmática a un dilema moral. Otras posturas refieren que debería haber restricciones más severas al derecho a la objeción de conciencia (Savulescu y Schunklenk, 2017).

Otra de las consideraciones éticas abordadas por los participantes fue la confidencialidad, la cual hace parte del secreto profesional de acuerdo a lo manifestado por los entrevistados, siendo esto un pilar importante en la relación médico paciente que incide de manera positiva en la práctica del aborto seguro. Se debe garantizar que las mujeres reciban tratamiento confidencial y respetuoso con el fin de responder a algunas mujeres que por temor al maltrato, evitan buscar atención médica.

Los resultados del estudio aluden a barreras de acceso a la IVE que fueron agrupados en aspectos culturales, personales y estructurales relacionadas con el sistema de salud, destacando entre ella el desconocimiento por parte de las mujeres y funcionarios de salud sobre la existencia

de la legislación, pese a constituir una intervención prioritaria en salud pública en el país. Aquí también resulta importante señalar que todos los procedimientos e intervenciones relacionadas con la IVE están amparadas y son libres de copago o cuotas moderadoras (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015 b).

En cuanto a las barreras de tipo cultural, se hallan imaginarios, preceptos, y preferencias con énfasis religioso que conllevan a información errada, confusa y a la búsqueda de otras soluciones por parte de las mujeres, entre ellas se considera el aborto en lugares clandestinos. Respecto a las barreras estructurales, relacionadas con el desempeño del sistema de salud, se ve manifiesto en la falta de rutas y procesos claros para el acceso a la atención, de parte de las EPS e IPS, vulnerando el derecho a la información, el secreto profesional y el derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo. Se prioriza la judicialización de casos y no el restablecimiento del derecho. Así mismo existe una baja oferta institucional para la provisión efectiva de métodos de anticoncepción lo que interfiere de cierta manera en el impacto de la política establecida.

La implementación de la Sentencia C-355 emitida en 2006, seguirá enfrentando nuevos retos y debates. En mayo del 2017 los magistrados de la Corte Constitucional en Sala Plena discutieron nuevamente la posibilidad que tienen las mujeres de interrumpir su embarazo, tras una demanda presentada *“por el hecho que el artículo 122 de la ley 599 de 2000 adicionado por la sentencia C 355 de 2006 no hubiera definido un tiempo límite o no para la práctica del aborto en los casos en que el mismo está despenalizado”*. Una limitación de la sentencia es el no contar con una regulación esencial para sancionar la falta de cumplimiento.

Sin embargo tal y como lo expresaron los participantes, el aborto inseguro es un tema susceptible de prácticas preventivas centradas en la educación y dirigidas a reducir el embarazo

no planeado, mejorar el acceso a los servicios de IVE y aumentar la cobertura y calidad de la atención postaborto.

CONCLUSIONES

Se debe continuar posicionando en la agenda pública el tema de la IVE, permitiendo la desmitificación frente a la misma, para que de esta manera, las mujeres conozcan sus derechos, las diferentes causales y puedan acceder al mismo, de proceder, en las primeras etapas del embarazo y de esta manera, se cuente con procedimientos médicos seguros, bajo los parámetros de calidad idóneos y con un menor impacto para la salud física y mental.

Se deben realizar campañas de información, educación y comunicación a la población general. El trabajar articuladamente de manera intersectorial, ayudará a reducir las barreras culturales, evitando así que más mujeres, por desconocimiento, miedo, culpa, o por barreras en la prestación de los servicios, acudan a procedimientos clandestinos, inseguros y muchas veces indignos para la mujer.

Así mismo, se debe permitir ampliar el debate entre los diferentes actores del sector salud; es necesario que los profesionales de la salud puedan conocer ampliamente la normatividad vigente en la materia y de esta manera, tengan bases sólidas para sentar una posición respecto al mismo. El tema de la IVE compete a diferentes actores, no solo a los profesionales de la salud, sino vincular más de fondo a legisladores, tomadores de decisiones a nivel nacional, aseguradores y prestadores. Las barreras propias del sistema de salud son muy marcadas y se requiere un trabajo ordenado y progresivo, para definir rutas de atención, establecer las competencias de los diferentes actores, diseñar procesos y procedimientos claros

de atención, pasando por las autorizaciones de los aseguradores, hasta la prestación oportuna del servicio por los prestadores.

Se debe involucrar a la academia, permitiendo capacitar a los médicos en formación de pregrado y de ginecología, frente a estos aspectos éticos y normativos, que les permitan además de fortalecer sus competencias en la materia, adquirir las herramientas para informar, educar y comunicar adecuadamente la información a las pacientes y evitar percepciones inadecuadas.

Si bien es cierto se debe respetar la postura de los especialistas y profesionales de la salud en general frente a la IVE (bien quienes estén de acuerdo o bien quienes manifiesten objeción de conciencia por diferentes motivos), se debe garantizar por parte de los servicios de salud, la no existencia de barreras para acceder al servicio, la libre información a las pacientes, la educación y orientación respecto a los derechos, causales, procesos y procedimientos. Es perentorio garantizar que los profesionales de la salud brinden información oportuna y pertinente que favorezca el acceso seguro a este procedimiento médico en caso de declararse objetores de conciencia. El debate ético puede darse, pero debe primar el derecho de las pacientes a recibir este servicio que la ley le otorga bajo las debidas causales, bajo parámetros de oportunidad, calidad, integralidad y accesibilidad, con respeto, sin estigmatización y más aún, evitando revictimizar a estas mujeres.

Es importante generar espacios de educación continua para profesionales de la salud, respecto a normatividad vigente en cuanto a IVE, consejería a pacientes, mitos, rutas de atención, entre otros temas, que ayuden a reducir las actuales barreras de acceso que se están presentando. Se hace necesario fortalecer el trabajo de prevención de embarazos en adolescentes, así como robustecer los programas de planificación familiar, más aún, en jóvenes que ya han recurrido a la

IVE. Se necesita un mayor acceso a información no comercial y confiable sobre métodos anticonceptivos entre la población que ha acudido a los servicios de IVE, yendo más allá de brindar simple información, sino realizando enfoques centrados en la persona. Se requiere una reflexión más sensible sobre las normas y relaciones de género y, cuando las mujeres lo elijan, se deben hacer esfuerzos para incluir a sus parejas. Se necesita fortalecer las competencias y habilidades de los profesionales para realizar asesorías a la población, sensibilizar y educar.

El debate en torno a la IVE seguirá vigente, lo importante es que el tema se aborde a nivel comunitario, político, organizacional y estructural, fortaleciendo la prestación de los servicios, facilitando rutas y requisitos legales, evitando la revictimización y señalamiento. Es importante que la IVE sea contemplada por las mujeres que cumplen con los requisitos legales, como una opción válida y asequible. Se requiere favorecer la educación e información correcta hacia la población general y profesionales de la salud, el trabajo intersectorial en pro de los pacientes, que son la razón de ser del sistema, buscando trabajar por la reducción de algunas de las causas modificables (como embarazo adolescente y no deseado), garantizando la prestación del servicio bajo calidad, oportunidad e integralidad, superando barreras de acceso y favoreciendo el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Colombia.

Limitaciones

El presente estudio no contó con una muestra representativa de todas las instituciones de salud que ofertan servicios de ginecología en la ciudad de Bogotá, así como una muestra representativa de profesionales respecto a elementos como edad y tiempo de ejercicio profesional especializado, lo que impide una generalización de los resultados hacia todos los profesionales en dicha especialidad médica de la ciudad de Bogotá. Igualmente, no se logró tener el concepto de los

directivos de las sociedades científicas, aseguradores y prestadores, para conocer su percepción sobre la materia, tampoco de tomadores de decisiones y generadores de política pública a nivel Nacional. Para futuros estudios se recomienda ampliar la muestra, e incluir estos actores, con miras a triangular la información y contar con mayor riqueza, amplitud y profundidad de los datos. Adicionalmente, se recomienda analizar en futuros estudios la perspectiva de los pacientes, quienes con su experiencia, pueden ampliar este debate y generar información útil que pueda proveer recursos para mejorar las disposiciones respecto a la IVE.

Conflicto de intereses y financiación.

Ninguno declarado por los autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acuerdo 350 de 2006. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud / Ministerio de la Protección Social / Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22644>

Acuerdo 3 de 2009. Comisión de Regulación en Salud – CRES. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=37076>

Acuerdo 08 de 2009. Comisión de Regulación en Salud CRES. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=37076>

Appiah –Agyekum N. (2018). Medical abortions among university students in Ghana: implications for reproductive health education and management. *Int J Womens Health*. (5);10, 515-522.

Castañeda, S. (2013). La interrupción voluntaria del embarazo: Reflexiones teóricas, filosóficas y políticas. México. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Recuperado de https://books.google.com.co/books?id=I-IKoAzXJ_kC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false

Circular 31 de 2007. Ministerio de la Protección Social. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=24945>

Circular externa 003 de 2013. Superintendencia Nacional de Salud. Recuperado de <https://bernalynaranjo.wordpress.com/2013/05/08/circular-externa-no-003-de-2013/>.

Comité de Derechos Humanos. (2004). Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Colombia. Recuperado de

https://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/Session3/CO/CD_COL_UPR_S3_2008anx_Pronunciamentosde%20rganosdeMonitoreoenRelacionconlosDerechosHumanosylaOrientacionSexualenColombia_ES.pdf.

Costescu D, Guilbert E, Bernardin J, Black A, et al. (2016). Medical Abortion. J Obstet Gynaecol Can. 38 (4), 366-89. DOI: 10.1016/j.jogc.2016.01.002.

Comisión Séptima del Senado de la República. (2014). La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Debate de control político sobre la interrupción voluntaria del embarazo.

Barreras para la garantía del derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo..

Recuperado de <http://docplayer.es/78647941-Barreras-para-la-garantia-del-derecho-a-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo.html>

Cresswell JA, Owolabi OO, Chelwa N, Dennis ML, et. al. (2018). Does supportive legislation guarantee access to pregnancy termination and postabortion care services? Findings from a facility census in Central Province, Zambia. BMJ Glob Health. 3 (4).

Che Y, Dusabe-Richards E, Wu S, et al. (2017). A qualitative exploration of perceptions and experiences of contraceptive use, abortion and post-abortion family planning services (PAFP) in three provinces in China. 21;17(1):113. DOI: 10.1186/s12905-017-0458-z.

Dalén, A. (2011). El Aborto en Colombia cambios legales y transformaciones sociales. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de

<https://es.scribd.com/document/59067705/El-aborto-en-Colombia-Cambios-legales-y-Transformaciones-sociales>.

Dawson AJ, Nicolls R, Bateson D, Doab A, et al. (2017). Medical termination of pregnancy in general practice in Australia: a descriptive-interpretive qualitative study. *Reprod Health*. 14;14(1):39. DOI: 10.1186/s12978-017-0303-8

Decreto 4444 del 28 de noviembre de 2005. Ministerio de Protección Social. Recuperado de Http://www.normasnet.com/normasa_pdf/2005/dec4444de2005.pdf

El Espectador. (2017). Demanda revivió debate en la Corte Constitucional sobre el aborto. Redacción Judicial. Recuperado de <https://www.elespectador.com/noticias/judicial/demanda-revivio-debate-en-la-corte-constitucional-sobre-el-aborto-articulo-694143>

García-Núñez, N, Atienzo, E y Walker, D. (2013). Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales médicos en relación al aborto en México. *Salud colectiva*; 9 (2): 235-246.

García S, Lara D, Goldman L. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: Resultados de una encuesta nacional. *Gaceta Médica de México*.

Ganatra B, Hirve S. (2002). Induced abortions among adolescent women in rural Maharashtra, India. *Reprod Health Matters*. 10(19):76-85.

González, A. (2009). Causal salud: Interrupción Legal del Embarazo, ética y derechos humanos. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir. Bogotá, Colombia.

González, A y Bergallo, P. (2012.)Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres

(Colombia), la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir/ANDAR (México), el Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro/CLACAI y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia/FLASOG. Bogotá, Colombia.

Glenton C, Sorhaindo AM, Ganatra B, Lewin S. (2017). Implementation considerations when expanding health worker roles to include safe abortion care: a five-country case study synthesis. *BMC Public Health*. 21;17(1):730. DOI: 10.1186/s12889-017-4764-z.

Håkansson M, Oguttu M, Gemzell-Danielsson K, Makenzius M. (2018). Human rights versus societal norms: a mixed methods study among healthcare providers on social stigma related to adolescent abortion and contraceptive use in Kisumu, Kenya. *BMJ Glob Health*. 5;(3), 2. DOI: 10.1136/bmjgh-2017-000608.

Ho, E y Janiak, E. (2018). Impact of a case management programme for women seeking later second-trimester abortion: the case of the Massachusetts Access Program. *BMJ Sex Reprod Health*. DOI: 10.1136/bmjsex-2018-200095.

Kabiru C, Ushie B, Mutua M, et al. (2016). Previous induced abortion among young women seeking abortion-related care in Kenya: a cross-sectional analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 16:104.

Kassebaum, N. Bertozzi-Villa, A., Coggeshall, N., Et al. (2013). Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *US National Library of Medicine National Institutes of Health, Lancet*; 13; 384: 980–1004.

Kibsgaard E, Skirbekk H, Magelssen M, et al. (2014). Conscientious objection to referrals for abortion: pragmatic solution or threat to women's rights?. BMC Med Ethics.

DOI: 10.1186/1472-6939-15-15.

Kotta S, Molangur U, Bipeta R, Ganesh R. (2018). A Cross-Sectional Study of the Psychosocial Problems Following Abortion. Indian J Psychiatry. 60(2):217-223. DOI:

10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_361_16.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015 a). Encuesta Nacional de Demografía y Salud, capítulo 11 Salud Materna, 2015. Recuperado de

<http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20TOMO%20II.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015 b). ABCE Línea: Salud Materna – Derecho a la Maternidad elegida Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-maternidad-elegida.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Atención Post Aborto y Sus Complicaciones.

Recuperado de

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-IVE-DT-Atencion-postaborto.pdf>

Mihciokur, S., Akin, A., Guciz, B y Baha, S. (2014). The unmet need for safe abortion in Turkey: a role for medical abortion and training of medical students. Journal

Reproductive Health Matters. (22), 26-35.

Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

O'Donnell J, Goldberg A, Betancourt T, Lieberman E. (2018). Access to Abortion in Central Appalachian States: Examining County of Residence and County-Level Attributes. *Perspect Sex Reprod Health*. DOI: 10.1363/psrh.12079.

Omideyi AK, Akinyemi AI, Aina OI, et al. (2011). Contraceptive practice, unwanted pregnancies and induced abortion in Southwest Nigeria. *Glob Public Health*. DOI: 10.1080/17441692.2011.594073.

Quintero-Roa. E. y Ochoa-Vera, M. (2015). Actitudes de los Gineco-obstetras ante la interrupción legal voluntaria del embarazo. *Revista de Salud Pública*;17(5),776.

Resolución 4905 DE 2006. Ministerio de Protección Social. Recuperado de https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_4905_2006.pdf

Sahin Hodoglugil NN, Ngabo F, Ortega J, Nyirazinyoye L, et al. (2017). Making Abortion Safer in Rwanda: Operationalization of the Penal Code of 2012 to Expand Legal Exemptions and Challenges. *Afr J Reprod Health*. 21(1):82-92.

Savulescu J y Schunklenk U. (2017). Doctors Have no Right to refuse Medical Assistance in Dying, Abortion or Contraception. *Bioethics*. 31(3):162-170. DOI: 10.1111/bioe.12288.

Sentencias C-355 de 2006, la T- 209 de 2008 y la T-388 de 2009. Corte Constitucional. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

Sentencias T- 209 de 2008. Corte Constitucional. Recuperado de

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

Sentencias T-388 de 2009. Corte Constitucional. Recuperado de

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

Sentencias T-732 de 2009, T-585 de 2010, T-841 de 2011 y T-627 de 2012. Corte

Constitucional. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/T-732-09.htm>

Susheela, H., Remez, L y Villarreal, C. (2011). Embarazo no deseado y aborto inducido en

Colombia, causas y consecuencias. Recuperado de

https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/embarazo-no-deseado-colombia_1.pdf