



FACTORES SOCIOECONÓMICOS RELACIONADOS EN LA TOMA DE DECISIÓN DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

**PAULA ANDREA VASCO QUINTERO
LAURA VANESSA ZULUAGA PAREDES**

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA

TULUA-VALLE

2017



**FACTORES SOCIOECONÓMICOS RELACIONADOS EN LA TOMA DE
DECISIÓN DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**

**ASESORA TEORICA Y METODOLOGICA
DRA. LINA MARIA MONTOYA
MEDICA EPIDEMIOLOGA**

**PAULA ANDREA VASCO QUINTERO
LAURA VANESA ZULUAGA PAREDES**

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA

TULUA-VALLE

2017



TABLA DE CONTENIDO

	PAG
1. INTRODUCCIÓN	4
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
3. JUSTIFICACION	6
4. PREGUNTA DE INVESTIGACION	7
5. ESTADO DEL ARTE	7
6. OBJETIVOS	15
6.1. OBJETIVO GENERAL	15
6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	15
7. HIPOTESIS	16
7.1. HIPOTESIS NULA	16
7.2. HIPOTESIS ALTERNA	16
8. METODOLOGÍA	16
8.1. TIPO DE ESTUDIO	16
8.2. AREA DE ESTUDIO	16
8.3. POBLACION Y MUESTRA	16
8.4. CRITERIOS DE INCLUSION	16
8.5. CRITERIOS DE EXCLUSION	16
8.6. VARIABLES: RESPUESTA E INDEPENDIENTES	17
8.7. RECOLECCION DE INFORMACION	18
8.8. PLAN DE ANALISIS	18
8.9. MARCO BIOETICO	19
9. CRONOGRAMA	21
10. PRESUPUESTO	21
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	22

1. INTRODUCCION

En el año 2006, mediante sentencia 355, la Corte Constitucional (1) despenalizó el aborto bajo tres circunstancias específicas:

1. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico
2. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico
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.

La Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en Colombia, ha suscitado un debate en que la misma Corte Constitucional se ha pronunciado en torno a las dificultades y obstáculos que se presentan para la realización del IVE (2). Así mismo, desde la academia se han realizado análisis que proponen develar situaciones, impactos y percepciones sobre la Sentencia C-355 de 2006 (3). De otro lado se encuentran tesis de grado que buscan construir argumentos que permitan resolver la tensión alrededor de la decisión de interrumpir un embarazo de manera voluntaria y el conflicto con los posibles derechos del no nacido, a partir de los postulados de Rawls, en el marco del Estado Constitucional Democrático (4). Igualmente, otros trabajos tienen como propósito mostrar los logros y los desaciertos de una manera muy objetiva, en la aprobación del aborto en sus tres formas establecidas por la Corte Constitucional de Colombia, los avances y las soluciones al problema (5). De otra parte, el Ministerio de la Protección Social (MPS), en convenio con la Universidad Nacional, produjeron un documento que aborda las implicaciones Éticas, Jurídicas y Médicas de la Sentencia C-355 de 2006, de la Corte Constitucional (6).

Sin embargo, a pesar de la abundante literatura que se ha producido alrededor de la (IVE), se ha prestado poca atención al estudio y análisis de los factores socioeconómicos que influyen en la decisión de las mujeres que toman la decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo.

Por lo anterior, el presente proyecto de investigación tiene como objetivo identificar y analizar los factores socioeconómicos que influyen en gran medida en las pacientes que toman la decisión de (IVE), como una forma de aportar elementos



para introducir mejoras en los programas de salud orientados a atender esta población lo que sin duda permitiría el goce efectivo del derecho a la salud.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los contextos social, político, cultural y económico particulares de cada país influyen en la capacidad de las mujeres para evitar el embarazo no deseado, y son factores condicionantes de sus respuestas en caso de encontrarse en dicha situación. La legislación nacional, las políticas y los servicios de salud también desempeñan un papel importante en la materia. Colombia no es la excepción. El país ha avanzado mucho en la disponibilidad de medios para evitar el embarazo no deseado; sin embargo, el problema del embarazo no deseado no ha desaparecido. Como resultado, el aborto inducido es frecuente. A pesar de la sentencia que a partir de 2006 permite el aborto bajo ciertas circunstancias, casi todos los abortos que ocurren actualmente—al menos el 99.9%— suceden por fuera de la ley. Es posible que estos abortos, en manos de proveedores no capacitados, sean realizados en condiciones inseguras que conduzcan a complicaciones y tengan consecuencias que afectan la salud. De esta forma, el aborto inducido continúa amenazando el bienestar de miles de mujeres colombianas cada año. En el país, como en la mayor parte de América Latina, el aborto inducido es motivo de debate y está estigmatizado y restringido legalmente. En este contexto, la condena religiosa y moral del aborto afecta las actitudes respecto al procedimiento en todos los niveles de la sociedad.

La sentencia 355 de 2006 promulgada por la Corte Constitucional significó un gran avance en términos legales al levantar la prohibición absoluta para permitir las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) bajo tres criterios: cuando un médico certifica que la vida o la salud de la mujer embarazada está en riesgo; cuando un médico certifica que el feto presenta una malformación incompatible con la vida extrauterina, y cuando el embarazo es resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto

Los cambios sociales, económicos, y legales que se presentan en la sociedad son determinantes de las decisiones de las mujeres sobre el número de hijos que desean tener, así, alrededor del 51% de los nacimientos recientes en el 2010 no fueron planeados comparados con el 36 % en 1990. Este aumento en nacimientos



no planeados, sin embargo, no revela como el deseo de tener menos hijos pueda afectar las tendencias de los embarazos que terminan en abortos. No obstante, la forma en que el número de abortos se relaciona con el número de nacidos vivos es un indicador de la motivación de las mujeres para evitar llevar a término un embarazo no deseado. En la actualidad hay 52 abortos por cada 100 nacidos vivos, un aumento sustancial en relación con los 35 por 100 en 1989.

La amenaza para la salud de la mujer siempre está presente cuando se realizan abortos inducidos fuera de la ley. 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. La tasa de complicaciones en las mujeres pobres del medio rural es la más alta de todos los subgrupos, 53% vs 24-44%

Es probable también que los cambios demográficos contribuyan a las tendencias en el número de abortos. Debido a las altas tasas de crecimiento poblacional en el pasado. En la actualidad simplemente hay más mujeres en edad reproductiva expuestas al riesgo de embarazo no deseado en relación con el año 1989. En efecto, la población de mujeres en edad reproductiva creció de 7.9 millones en 1989 a 10.2 millones en 2008. Además, algunas investigaciones han mostrado que las mujeres que viven en ciudades y las que tienen mayor nivel de escolaridad tienden a presentar tasas de aborto más altas que otras mujeres. Colombia continua urbanizándose rápidamente: la proporción de la población que vive en áreas urbanas, en donde el deseo de tener familias más pequeñas es especialmente fuerte, aumentó del 68% en 1990 al 75% en 2010 y en años recientes, la proporción de mujeres en edad reproductiva que ha asistido a la universidad casi se triplica, del 9% en 1990 al 24% en 2010, mientras que la proporción con educación primaria solamente, disminuyó a la mitad, es decir del 41% al 22%. Algunos grupos de mujeres enfrentan un mayor riesgo de embarazo no deseado, El riesgo de embarazo no deseado—que está estrechamente vinculado con la probabilidad de tener un aborto— es más alto en mujeres que no usan anticonceptivos o que lo hacen de manera esporádica o inefectiva. Ese riesgo probablemente ha aumentado en un grupo de mujeres que tienen una necesidad especial de evitar un embarazo: las jóvenes adultas sexualmente activas y solteras. Aunque en general el uso de métodos anticonceptivos ha aumentado mucho, la motivación particularmente fuerte de las mujeres jóvenes por evitar el embarazo no deseado en ese momento, no siempre coincide con uso efectivo y consistente de métodos modernos. Otro grupo especialmente vulnerable a embarazo no deseado son las mujeres desplazadas por la violencia social y política que ha asolado a Colombia por décadas. Se estima que, a finales de 2009, 3.3–4.9 millones de colombianos eran desplazados; dado el trauma en la vida de las mujeres desplazadas y su potencial exposición a la



violencia sexual, es probable que muchas deseen posponer el embarazo. Sin embargo, la pobreza extrema y el aislamiento social de las mujeres desplazadas, pueden limitar su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, y en particular los de anticoncepción.

Es en este contexto social y económico que se analizan los embarazos que no son resultado de violación o incesto, malformaciones o que la vida de la madre esté en riesgo; sino por acciones, tales como pueden ser la falta de uso de anticonceptivos, el uso erróneo o la falla de los métodos, o porque las mujeres desean evitar el embarazo porque carecen de los recursos para criar un hijo, porque no han terminado la escuela o proceso educativo; no tienen una relación estable; se considera que aún no se tiene la edad adecuada para tener hijos; para mencionar algunas de las más importantes condiciones relacionadas con la IVE; donde surge la pregunta de investigación **¿Cuáles son los factores socio-económicos, relacionados con la toma de decisión de Interrupción Voluntaria del Embarazo?**

Este proyecto tiene como propósito responder al problema de investigación, utilizando una base de datos de las pacientes que, en el marco de la Sentencia 355 de 2006, de la Corte Constitucional, solicitaron una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el Hospital Tomas Uribe Uribe, del municipio de Tuluá (Valle), durante el periodo 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2017. (7)

3. JUSTIFICACIÓN

El Estado colombiano al despenalizar el aborto, en las condiciones que tipifica la sentencia 355 de 2006 de la Corte Constitucional (8) : 1. Cuando hay peligro para la vida o salud de la mujer embarazada. 2. Cuando hay malformaciones del feto incompatibles con vida extra uterina. 3. Cuando el embarazo resulta de violación o incesto. Debe asegurar la información y atención adecuadas cuando la mujer solicite la (IVE), siempre respetando sus derechos sexuales y reproductivos, sus derechos humanos.

Por lo anterior el proyecto de investigación se justifica en dos motivaciones, una académica y una social. La motivación académica surge como un requisito de la materia de investigación que hace parte del pensum académico de la Facultad de Medicina de la Unidad Central del Valle (UCEVA). Por su parte, la motivación social radica en que el resultado final del trabajo constituye una herramienta para los formuladores de políticas públicas y para realizar ajustes en la política pública y de



esta manera apoyar la lucha femenina por los derechos sexuales y reproductivos a la (IVE), en las condiciones que tipifica la sentencia.

PLAUSIBILIDAD

Existe una abundante literatura sobre la (IVE) que muestra la importancia de los factores socioeconómicos que inciden en la decisión de las mujeres que deciden realizarse una (IVE), en las situaciones que planteo la (CC).

IMPACTO Y COBERTURA

Buscamos generar con el proyecto de investigación, información sobre los factores socioeconómicos individuales que inciden en la decisión de las mujeres de realizarse una (IVE) y por esta vía impactar los programas de salud que atienden los casos de (IVE), introduciendo ajustes en los mismos. El proyecto de investigación utiliza como fuente de información una base de datos e historias clínicas de mujeres que tomaron la decisión de realizarse una (IVE), en el Hospital Tomas Uribe Uribe, del municipio de Tuluá (Valle) durante el periodo de 1 Enero de 2017 a 31 de Diciembre de 2017.

FACTIBILIDAD

Los estudiantes titulares del proyecto tienen previstos el tiempo y los recursos necesarios para desarrollar la investigación, de acuerdo al cronograma de desarrollo del proyecto, se cuenta con una base de datos que el Hospital Tomas Uribe Uribe va a facilitar donde se tomaran los datos pertinentes para la realización de la misma y la relación entre factores para probar las hipótesis generadas en este proyecto de investigación.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cuáles son los factores socioeconómicos relacionados en la toma de decisión de la interrupción voluntaria del embarazo?

Palabras Clave: escolaridad, economía, interrupción voluntaria del embarazo, factores sociales, familia.

5. ESTADO DEL ARTE

Dado que Colombia no cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica como instrumento para el estudio de la (IVE) desde el punto de vista de la Salud Pública, y que la mayor proporción de abortos en Colombia se realiza de manera clandestina, se dificulta estimar el número real de (IVE) y obtener datos estadísticos confiables. En estas circunstancias, las mediciones que se han realizado sobre los determinantes socioeconómicos de la (IVE), han estado relacionadas, en su gran mayoría, con estimaciones indirectas.

En este contexto, el estudio Determinantes del Aborto Inseguro y Barreras de Acceso para la Atención para la Interrupción Voluntaria del Embarazo, en mujeres colombianas, mediante una entrevista estructurada a (73) pacientes en edad reproductiva entre 14 y 44 años de edad de varias regiones del país, que se han practicado un aborto o una (IVE), encuentra que la mayoría de mujeres entrevistadas tienen estudios universitarios (27.4%), y que existen diferencias por regiones en cuanto al nivel educativo, pues, mientras en Bogotá el (50%) tiene estudios de posgrado, en el caso de la región de la Amazonia y la Orinoquia, el (25%) no terminaron secundaria. Otro de los hallazgos del estudio hace referencia a que la mayoría de las mujeres entrevistadas pertenecen a los estratos 2,3 y 4, con el (15.1%, 23.3% y 17.8%), respectivamente (9).

Por otro lado, el (MPS), señala la existencia de una correlación entre factores individuales, socioeconómicos y culturales con el aborto inducido y con el embarazo no planeado. La variable nivel educativo y las condiciones socioeconómicas son factores, según el (MPS) que influyen en gran medida en los niveles de las tasas de fecundidad (10).

Así mismo, encontramos que una de las secretarías de salud departamentales, quizá la única, que produce un boletín epidemiológico que incorpora la (IVE), es la Secretaría de Salud de Medellín. En el boletín de la secretaria de salud, se realiza un análisis de tipo observacional descriptivo de las solicitudes de (IVE) en el municipio de Medellín realizadas por las IPS de la ciudad independientemente del lugar de residencia de las mujeres solicitantes y se estudian las siguientes variables: edad de la paciente, fecha de solicitud, semana de gestación, estado civil, causal, barreras de acceso, grupo étnico, nivel de educación, método y complicaciones. Como fuentes de información se utilizaron: las solicitudes de (IVE) derivadas y los datos de proyección de población para algunos cálculos. Del total de los casos reportados se encontró que las mujeres entre 22 y 49 años de edad, son las que ejercen el derecho a la (IVE), mientras que en relación con el estado civil, las mujeres solteras ocupan el primer lugar con el (64%). En cuanto a la variable



educación se encontró que el (39%) tenía educación secundaria y, en segundo lugar, se encuentra las mujeres con nivel de primaria (11).

De otra parte, el Instituto de Política Familiar (IPL) (12), a partir de información de EUROSTAT y fuentes nacionales, presenta un informe sobre las estadísticas y principales características del aborto en Europa, UE2 (13). Según el informe, “en Europa (UE27 y resto de Europa), se produjeron 2.863.649, en el año 2008. En los últimos quince años se “han perdido” más de 20 millones de niños (20.635.919), por aborto en la UE27. De esta manera el aborto, señala el informe, el aborto se ha convertido en la primera causa de mortalidad en Europa” (en la mayoría de los países de la UE27, está permitido el aborto en determinadas circunstancias, aunque con distintas características y condiciones).

Los efectos del aborto en Europa se expresan en las bajas tasas de natalidad de la UE27 y del resto de Europa y en el envejecimiento de la población.

En cuanto a las características del aborto en la UE27 y el resto de Europa, el estudio muestra que “uno de cada cinco embarazos (18.3%), termina en aborto. De los 6.5 millones de embarazos que se produjeron en la UE27, en 2008, 1.2 millones de esos embarazos, terminaron en abortos. En 2008, 1 de cada siete abortos (14.2%) en la UE27, fue de chicas menores de 20 años.

De otro lado, La Viceconsejería Servicio de Información y Evaluación. Consejería de Salud. Unidad Estadística, de la Comunidad Andaluza, de España, ha elaborado un estudio cuyo objetivo es proporcionar información estadística para el estudio de la incidencia de la I.V.E. en la comunidad Andaluza y sus provincias. La información de la I.V.E, es suministrada por el registro de I.V.E., de la Comunidad Andaluza, Consejería de Salud. La población objeto de estudio corresponde a mujeres residentes en Andalucía de 15 a 44 años, aunque estas hayan realizado I.V.E, fuera de Andalucía.

Las variables que se describen en el estudio, son seleccionadas del registro de I.V.E. como las más relevantes para la descripción del perfil social de las mujeres: número de IVE, según provincia de residencia, grupo de edad, estado civil, convivencia en pareja, número de hijos, nivel de educación, situación laboral, ingresos económicos (14).

De otra parte, en el estudio Determinantes Contextuales del Aborto Inducido, un Análisis de Panel, Mar Llorente - Marrón, Montserrat Díaz-Fernández y Paz Méndez-Rodríguez, del Departamento de Economía Cuantitativa. Facultad de Economía y Empresa. Universidad de Oviedo, España, analizan las características contextuales e individuales que explican las diferencias en la tasa de aborto



inducido, temporal y territorialmente, con una muestra de 22 países de Europa, para el periodo 2001-2009.

En este estudio se realiza un análisis econométrico, con datos panel, sobre la influencia de la inversión pública en salud y renta *per cápita* sobre el aborto inducido, además de una medición del efecto de factores sociales y económicos relacionados con el mercado laboral y con la reproducción: empleo femenino, inmigración, fecundidad adolescente y nupcialidad.

Los autores, encuentran que la variabilidad territorial del aborto inducido fue consecuencia de factores socioeconómicos contextuales e individuales. Por ejemplo, mayores niveles de renta nacional y de inversión en salud pública, reducen su incidencia. Así mismo, el análisis muestra que los factores sociodemográficos también fueron regresores significativos del aborto inducido: empleo femenino, estado civil, migración y fecundidad adolescente (15).

El estudio concluye que el “aborto inducido responde a patrones sociodemográficos, en los que las peculiaridades de cada país son fundamentales. Las desigualdades socioeconómicas, a nivel individual y contextual, afectan de forma significativa su incidencia. Es necesaria más investigación acerca de relaciones entre crecimiento económico, mercado laboral, instituciones y normas sociales, para comprender mejor su variabilidad transnacional, y para poder reducir su incidencia”.

Así mismo, El estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Guttmacher, denominado “Aborto Inducido: Incidencia y Tendencias Mundiales de 1995 a 2008 y publicado en 2012, Proporciona datos que permiten el análisis cuantitativo y cualitativo de la situación global del aborto y sobre sus particularidades en diversas regiones del mundo. Esta investigación revela que a lo largo del periodo, el promedio anual de abortos inducidos o voluntarios a nivel mundial fue de 44 millones; 7.5 millones en los Países Desarrollados; países en Desarrollo 36.1 millones; América Latina 4.2 millones. Este estudio logra establecer que América Latina alcanza en el año 2008 la tasa más alta de IVE, con 32 abortos por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años

La investigación logra a su vez realizar un cruce de variables entre tipo de normatividad en materia de aborto que rige en cada País y la proporción de abortos que se realizan en condiciones inadecuadas o de riesgo y la relación entre ambas variables resultado directamente proporcional: a Mayores restricciones para la interrupción, más elevada la proporción de abortos que se realizan en condiciones de riesgo. (16)



Se concluye de esta manera que “En América Latina, lo mismo que en otras regiones del mundo en desarrollo, la prohibición del aborto no disuade a las mujeres que deciden interrumpir un embarazo no deseado ni planeado y, en cambio, las orilla a recurrir a los servicios clandestinos que genera la prohibición. La capacidad económica de la mujer determina si el aborto será clandestino, pero seguro: en condiciones de higiene, de atención profesional y de discreción; o si, debido a la precariedad económica —situación en que se encuentra la mayoría de latinoamericanas— el aborto tendrá que realizarse en un sitio clandestino e insalubre, a manos de personas insuficientemente capacitadas, con riesgo de sufrir hemorragias o infecciones e incluso, de ser llevadas a prisión. Los casos más extremos son aquellos en que las mujeres mismas se practican el aborto (mediante golpes, objetos punzocortantes, píocimas abortivas), con lo que aumentan considerablemente los riesgos para su salud y su vida”

De otra parte, la Revista de Bioética y Derecho en su número extra No.33, publica un artículo “Bioética, aborto y políticas públicas en América Latina” por Mina Piekarewicz Sigal, en el año 2015, donde se expresa que la “La bioética en América latina está fuertemente influida por creencias religiosas, lo que resulta en la regulación más restrictiva del orbe en salud sexual y reproductiva y, muy señaladamente, en aborto. Los impedimentos legales no disuaden a las mujeres que optan por interrumpir embarazos no deseados; cada año tienen lugar más de 4 millones de abortos ilegales en los que las latinoamericanas más pobres arriesgan su salud y su vida... Este texto recupera el sentido que V.R. Potter-creador del término. Dio a la bioética: “una ética basada en el conocimiento científico”. Propone el gradualismo-modelo sustentado en la evidencia científica que aportan la embriología, la genética y la neurofisiología-como el idóneo para la regulación del aborto en América latina. El gradualismo respeta el derecho de toda mujer a decidir sobre su maternidad y es el modelo adoptado por los Países con los índices más altos en salud sexual y reproductiva. Se concluye finalmente que América Latina esta urgida de medidas efectivas para prevenir los embarazos no deseados, que son la causa principal del aborto: educación en salud sexual y reproductiva, acceso a anticonceptivos modernos, y apenas severas contra el abuso sexual de mujeres, adolescentes y niñas.

El grupo de estudios de ética clínica de la sociedad médica de Santiago- sociedad chilena de medicina interna, respondiendo a sus objetivos y a las circunstancias actuales, ha considerado un deber dar a conocer su opinión frente a un proyecto de ley actualmente una discusión que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales" siendo un proyecto que incide directamente en el ejercicio de la profesión, desarrollan un estudio



“Consideraciones acerca de la interrupción Voluntaria del Embarazo”, desde el punto de vista ético-médico.

Este grupo de profesionales establece que existen acciones que realiza el médico que no parecen ser estrictamente médicas, pero para las cuales el profesional está facultado u obligado por ley a realizar. Se trata aquí de actos que realiza el médico, ya sea como perito, pero que no son actos médicos sino gestos con significación social.

El significado que propone en comentario, de transformar la “interrupción voluntaria del embarazo en tres casuales” en una “legítima prestación de salud” implicaría la introducción por vial legal de una nueva acción médica. Solo el riesgo inminente de la vida de la madre alude a una situación propiamente médica, mientras que las dos siguientes son situaciones que el derecho penal chileno actual tipifica como aborto y que no son, primaria y estrictamente, problemas médicos. Solo eventualmente puede convertirse en un problema médico, como por ejemplo un embarazo de alto riesgo en una niña violada o una crisis de angustia en razón de ultraje.

“En caso de que este proyecto se aprobara, y específicamente en la viabilidad fetal y embarazo por violación, el médico estaría legitimando a realizar un aborto en virtud de una indicación “no-médica”, lo que puede ser conceptualizado como una “indicación por razón estatal”. Sería entonces necesario, determinar si en estos dos casos el médico actúa como médico o como un agente del estado.”

“Carlos Echeverría, et al”- “no es nuestro rol –en cuanto médicos- condenar a la mujer que solicita la realización de un aborto o que se lo ha practicado. Sin embargo, estimamos como mejor solución propender al acogimiento, a la vez que se entregue el necesario sostén, tanto en lo humano como en lo técnico, a la mujer que crea estar en grave dificultad personal en relación con su embarazo, por lo que solicita ayuda médica” (17)

Así mismo, en la Revista Cubana de Salud Pública “Experiencias y opiniones de los profesionales de la salud frente a la despenalización del aborto” analiza diferentes situaciones en varios Países respecto a la IVE

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS). Bogotá, Colombia.

La sentencia C-355 del 2006 despenalizó el aborto en Colombia bajo tres situaciones. Así la interrupción voluntaria del embarazo irrumpió en la sociedad colombiana en medio de una gran controversia y debate que no fue ajena a los profesionales de la salud.



Como trasfondo de la trascendental decisión, en el país se estimaba que una tercera parte de las mujeres que abortaron ilegalmente desarrollaron complicaciones que necesitaron tratamiento en una institución de salud. La tasa de abortos en Colombia aumentó aproximadamente el 8% en las últimas décadas (de 36 en 1989 a 39 en el 2008 aborto por cada 1000 mujeres en edad reproductiva) así el aborto inducido y el embarazo no planeado se constituyeron en problemas de salud pública.

En algunos países de África y Asia se realizan estudios acerca de las experiencias de los profesionales frente a la IVE. Se refleja una amplia flexibilidad y un mayor número de causas aceptadas para la misma en comparación con América Latina. La despenalización del aborto en Sudáfrica, muestra una permisibilidad en las causas por las cuales las mujeres pueden solicitar la IVE, siendo quizás una de las leyes más flexibles del continente, siendo quizás una de las leyes más flexibles del continente. Un estudio cualitativo entre los sudafricanos, exploró actitudes hacia la IVE de los ginecólogos, enfermeras, matronas y consejeros donde surgieron las categorías: 1. La no disposición a la práctica del aborto, 2. Barreras de los servicios de salud y 3. Conocimiento y comprensión de la ley. Los resultados reflejan que a mayor conocimiento de la ley aumentaban la disposición a realizar el procedimiento y los que se oponían eran poco claros con sus razones.

En Brasil, se evalúan los conocimientos y opiniones de ginecobstetras acerca del aborto legal, mediante una primera medición durante el 2003 y una segunda en el 2005 con el fin de valorar si hay cambios en esos. En Argentina realizan una investigación exploratoria con diseño mixto para reflexionar sobre el rol de los ginecólogos(as) en torno a las políticas públicas en salud reproductiva. En España, se despenaliza el aborto mediante la Ley Orgánica 9 de 1985, modificada en el 2010, que avanza en el reconocimiento de la autonomía de la mujer. Esta última posibilita a la mujer mayor de 16 años para decidir y solicitar la IVE antes de la semana 14 solo bajo su petición, y a los profesionales de la salud les reconoce el derecho a la objeción de conciencia según sus convicciones morales. En Estados Unidos el aborto es legal desde 1973 en todos los estados. (18)

La discusión Latinoamericana continúa planteando la posición y estado de la IVE, como se observa en el estudio "Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de la conciencia en Uruguay" planteando que el derecho a la objeción de conciencia es válido en el caso de IVE solamente para el acto concreto, no abarca la atención pre y posaborto, si no se circunscribe de esta forma puede llegar a interpretarse como abandono de la paciente u omisión de asistencia. A su vez el derecho a la objeción no es un derecho absoluto y no es equiparable al derecho a la asistencia

médica. Siempre que sea posible deben preservarse ambos y garantizar la asistencia por el resto del personal de salud, pero en caso de que esto no sea posible, prevalece el derecho de la paciente. Debe haber proporcionalidad si esa objeción arrastra perjuicios no fácilmente reparables para los derechos de terceros o pone en cuestión la vigencia general del derecho en términos no tolerables; habrá que optar por el sacrificio de la libertad de conciencia individual haciendo prevalecer los valores éticos y el profesionalismo. Esto es primordial cuando no se garantiza la asistencia por una vía alternativa. (19)

Finalmente, el estudio realizado durante los años 2013 y 2014 “Voces de los médicos en el Hospital de San José-Bogotá-este estudio tiene como objetivo comprender la percepción acerca de la interrupción voluntaria del embarazo, bajo las tres causales definidas en la sentencia C-355 del 2006 de la Corte Constitucional, en un grupo de médicos del hospital San José de Bogotá-Colombia y donde se plantea como resultados:

- La Sentencia C-355 de 2006, fue percibida como una disposición necesaria que le reconoce a la mujer el derecho a decidir sobre su vida y reproducción, además, ofrece una interrupción del embarazo seguro.
- Aporta a la disminución de problemáticas sociales del mismo Sistema de Salud y familiares, aunque en la sociedad colombiana persiste una percepción negativa de la IVE
- Sentencia T-301 de 9 junio de 2016: no existe limitación de carácter temporal para la realización de procedimiento de IVE en las causales dispuestas en la sentencia c-355 del 2006. Así se precisa, siendo exigible incluso en etapas avanzadas del embarazo. En estas circunstancias, el criterio medico es relevante para la determinación de la procedencia de la realización del procedimiento, en especial frente al peligro que para la mujer puede representar la realización del procedimiento y el conocimiento informado por parte de la madre de dicho peligro. En cualquier caso, las EPS deben estar preparadas para atender solicitudes de aborto que se encuadren en las situaciones identificadas en la sentencia c-355 de 2006, que tengan que ver con embarazos en etapas avanzadas.
- Según el ministerio de salud y protección social en el documento técnico para prestadores de servicios de salud “atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo en primer nivel de complejidad” especifica que “En relación con los niveles de complejidad, conviene resaltar que por tratarse de procedimientos en su mayoría sencillos, la atención de la IVE debe realizarse en instituciones de baja complejidad y preferiblemente de tipo ambulatorio, procurando que la interrupción del embarazo se realice durante el primer trimestre. No obstante, es necesario que se cuente con servicios



relacionados en todos los niveles y se disponga de la adecuada referencia entre niveles de complejidad cuando sea necesario para atender complicaciones o IVE en estadios más avanzados de la gestación”

- Sentencia T-636 del 2007: En esta sentencia la corte reitera la protección del derecho constitucional a la salud por acción de tutela y aclara que el derecho al diagnóstico hace parte de él.
- Sentencia T-988 del 2007: La corte reitera el derecho a la IVE por causal violación para una mujer con discapacidad, impedida de expresar su voluntad. Defendiendo que en cualquier circunstancia se debe actuar para su beneficio de acuerdo con el artículo 13 de la constitución nacional y de la sentencia C-355 del 2006.
- Sentencia T-171 del 2007: En esta sentencia se reitera el deber de las entidades judiciales y de salud de proteger el derecho a la IVE de una mujer que presenta embarazo con grave malformación del feto y hace inviable su vida fuera del útero.
- Sentencia T-209 del 2008: En esta sentencia se definen las condiciones para apelar a la objeción de conciencia, como un recurso individual el médico que sólo podrá hacer uso de él garantiza una remisión efectiva para la prestación del servicio de IVE a otro profesional competente.
- Sentencia T-946 del 2008: En esta sentencia la corte reitera que el único requisito para acceder al derecho de la IVE en caso de violación, incesto o inseminación artificial no consentida es la denuncia del hecho, y considera cualquier otro requisito como barrera en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.
- Sentencia T-388 del 2009: Esta sentencia reitera que la consecuencia en la salud no está referida únicamente a la salud física, certificada por un médico, sino también a la afectación de la salud mental certificada por los/as psicólogos/as. Además, ordena la implementación de procesos masivos de educación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.
- Sentencia T-009 del 2009: Esta sentencia señala que el derecho a la dignidad humana se viola si se irrespeta la autonomía de una mujer para tomar la decisión de la IVE y enfatiza que la mujer afectada es la única persona que puede decidir al respecto. Incluyendo las menores o niñas de 14 años tienen derecho a la IVE, y debe respetarse su decisión incluso si sus padres no están de acuerdo con ésta.
- Auto 279 del 2009: Es el cumplimiento de la sentencia T-009 del 2009.
- Sentencia T-585 del 2010: Esta sentencia establece que los derechos sexuales y reproductivos, incluida la IVE, son parte de los derechos fundamentales reconocidos en la constitución de 1991.
- Sentencia T-636 del 2011: Esta sentencia establece la responsabilidad de la EPS para evaluar si la IVE es procedente en cada caso concreto bajo criterios científicos y con observancia de la jurisprudencia.



- Sentencia T-841 del 2011: En esta sentencia se establece que el riesgo para salud mental de la mujer es razón suficiente para llevar a cabo una interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Se reitera un plazo de 5 días para que las EPS atiendan las solicitudes de IVE y lleven a cabo los procedimientos en los casos en los que se encuentran permitidos.
- Los participantes (médicos) reconocen los cuestionamientos que nacen de esta práctica y que son producto de sus valores religiosos y familiares, y de la estigmatización social del aborto. (20)

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar y analizar los factores socioeconómicos relacionados con la toma de decisión de la interrupción voluntaria del embarazo, en las circunstancias establecidas por la Corte Constitucional en la sentencia 355 de 2006.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores sociales y económicos con mayor prevalencia en mujeres en edad reproductiva que deciden interrumpir el embarazo.
- Establecer la ubicación en los diferentes estratos socio-económicos de las mujeres que solicitaron la Interrupción Voluntaria del Embarazo
- Establecer el promedio de edad de las mujeres que accedieron a la Interrupción Voluntaria del Embarazo
- Determinar los niveles educativos, escolaridad, estado civil y religión de las mujeres que decidieron interrumpir el Embarazo
- Identificar el rango de edad en el que se ubican las mujeres que decidieron interrumpir el Embarazo
- Identificar las entidades de salud a las cuales pertenecen las mujeres que decidieron interrumpir el Embarazo
- Definir procedencia y ocupación de las mujeres objeto de estudio
- Establecer la edad gestacional de las mujeres que decidieron Interrumpir el Embarazo
- Diferencias número de abortos por mujer considerados en la Sentencia C355 del 2006 y los que están por fuera de ella



- Determinar la prevalencia de la interrupción del embarazo desde su implementación en la institución.

7. HIPOTESIS

7.1 HIPOTESIS NULA

No Existen factores socio económicos relacionados en la toma de decisión del (IVE).

7.2 HIPOTESIS ALTERNA

Existen factores socioeconómicos relacionados en la toma de decisión del (IVE).

8. METODOLOGIA

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio de análisis de tipo descriptivo retrospectivo de prevalencia.

8.2 AREA DE ESTUDIO

Se trabajará con la base de datos de la sala de IVE del Hospital Tomas Uribe Uribe,

8.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Base de datos de historias clínicas de mujeres en edad reproductiva de cualquier lugar de procedencia, que solicitaron una (IVE) en el Hospital Tomas Uribe Uribe, del municipio de Tuluá (Valle), durante el año 2017.

Se tomará una muestra por conveniencia de las pacientes que consultaron al hospital del 1 de Enero de 2017 al 31 de Diciembre de 2017.

8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres que solicitaron una Interrupcion Voluntaria del Embarazo (IVE) y que cumplen las condiciones señaladas en la sentencia 355 de 2006 de la Corte Constitucional (CC) y que realizaron esta practica en el hospital Tomas Uribe Uribe. Condiciones tales como:

- 1.Por malformaciones del feto
- 2.Embarazo producto de violación o incesto
3. Que la vida de la madre este en riesgo

8.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que no cumplen con el tiempo establecido para el estudio, como es la práctica de la Interrupción del Embarazo en periodos diferentes al considerado en el estudio, 1 de Enero a 31 de Diciembre e 2017

8.6. VARIABLES

Causa, edad, condición socioeconómica, religión, escolaridad, estado civil, régimen de salud, anticonceptivos usados, paridad, procedencia, ocupación, edad gestacional, abortos anteriores, número de IVE realizados en el pasado.

Tabla 1. Operacionalización de las variables

NOMBRE	DEFINICIÓN	TIPO	MEDIDA
EDAD	Permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	CUANTITATIVO	AÑOS <ul style="list-style-type: none"> 18-49 años
CONDICION SOCIO-ECONOMICA	Característica que clasifica la población en grupos sociales en combinación de variables económicas	CUALITATIVO	ESTRATO (Nivel 1,2,3,4,5)
RELIGION	Conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina	CUALITATIVO	TIPO DE RELIGION (catolicismo, cristianismo, testigos de jehová)
ESCOLARIDAD	Educación certificada por el sistema nacional educativo	CUANTITATIVO	GRADOS
ESTADO CIVIL	Situación de las personas determinadas por su relación de matrimonio o parentesco	CUALITATIVA	TIPO DE RELACION (Unión libre, soltero, casado, divorciado, viudo)
ENTIDAD DE SALUD	Son empresas del Sistema de Salud en Colombia, las cuales no prestan servicios médicos, sino que promueven dichos servicios a usuarios en un esquema de aseguramiento.	CUANTITATIVA	Tipo de EPS contributivo Régimen Subsidiado
PROCEDENCIA	Lugar de donde viene una persona.	CUALITATIVA	País, ciudad, municipio.
OCUPACIÓN	Actividad a la que se dedica una persona	CUALITATIVA	
ANTICONCEPTIVOS USADOS	Es cualquier método o dispositivo para prevenir el embarazo.	CUALITATIVOS	De barrera, orales, intradérmicos, inyección, DIU.

EDAD GESTACIONAL	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio	CUANTITATIVO	Meses, semanas, días.
PARIDAD	Número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.	CUANTITATIVO	Número de embarazos
ABORTOS ANTERIORES	interrupción prematura del embarazo en todas sus formas, cuando el mismo no ha cumplido aún las veinte semanas de gestación.	CUANTITATIVO	Número de abortos
NUMERO DE IVE REALIZADOS EN EL PASADO	Cantidad de procedimientos IVE realizados antes del presente	CUANTITATIVO	Numero de IVE realizadas anteriormente
CAUSAL	Razón por la cual se realiza el procedimiento	CUALITATIVO	<p>I. Derecho al aborto cuando hay peligro para la vida o salud de la mujer embarazada.</p> <p>II. Derecho al aborto cuando hay malformaciones del feto incompatibles con la vida extrauterina</p> <p>III. Derecho al aborto cuando el embarazo resulta de una violación o incesto.</p>

8.7 RECOLECCION DE INFORMACION

Se usara una base de datos e historias clínicas con la información pertinente de las mujeres que se realizaron un procedimiento de (IVE), en el Hospital Tomas Uribe Uribe.

8.8 PLAN DE ANALISIS

Se analizarán los datos obtenidos usando programas de análisis de variables aprobados por las entidades correspondientes como SPSS y EXCEL.

Se hara un análisis univariado aplicando las medidas de tendencia central y estadísticas como mediana, moda, frecuencias y porcentajes. Y se realizara un



análisis bivariado donde se comparen variables que se relacionen con el evento principal para establecer las tendencias estadísticas posibles.

8.9. MARCO BIOETICO

El presente protocolo de investigación será entregado al Comité de Ética Médica (CEM) de la Universidad Unidad central del Valle del Cauca, para contar con la respectiva aprobación, requisito indispensable para poder continuar con el proceso de investigación, utilizando una base de datos e historias clínicas de mujeres que decidieron interrumpir voluntariamente el embarazo, en el Hospital Tomas Uribe Uribe, procesamiento de los datos y concluir con el análisis de la información y la proyección de los nuevos conocimientos a la comunidad académica, a través de diversos medios de comunicación.

Para llevar a cabo la investigación, se pondrán en práctica los principios establecidos en las normas internacionales, tales como: la Declaración de Helsinki (21), la cual cita la importancia del respeto a los derechos del sujeto de estudio, prevaleciendo su interés sobre la ciencia y la sociedad. En el tema del consentimiento informado se presenta una situación que la declaración de Helsinki considera como excepcional “podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación” (artículo 32). Esta situación se configura en la práctica porque las estudiantes utilizaran como fuente de información para el desarrollo de la investigación una base de datos e historias clínicas con información de pacientes que tomaron la decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo, en el Hospital Tomas Uribe Uribe. Así mismo, el proyecto incorpora el principio del respeto por la libertad del individuo, que en el caso sería de la entidad que proporciona la base de datos.

De otro lado, el proyecto de investigación incorpora las pautas CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences) (22), en su versión revisada en 2016, que dará los principios éticos que deben regir la ejecución de la investigación en seres humanos, especialmente en países en desarrollo, dadas las circunstancias socioeconómicas, leyes, reglamentos y disposiciones ejecutivas y Administrativas.

Así mismo, se tendrá en cuenta las Guías de la Buena Práctica Clínica de la Conferencia Internacional de Armonización (GPC/ICH) (23).



A nivel nacional se tendrán en cuenta la Ley 1581 de octubre de 2012 (24), por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales y la resolución 008430 de octubre 4 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se enfatizará en el respeto a la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar de los pacientes que hagan parte de la investigación (Artículo 5) (25).

La investigación será realizada por: Paula Andrea Vasco Quintero y Laura Vanesa Zuluaga Paredes, en donde se contará con una persona idónea con conocimientos y experiencia (Art 6° Res 8430/2003) (26). A su vez se tendrá en cuenta la importancia de proteger la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice (Art 8° Res 8430/2003) (27). Cabe anotar que la fuente de información para el desarrollo de la investigación es una base de datos e historias clínicas de pacientes que se practicaron la (IVE) en el Hospital Tomas Uribe Uribe.

De acuerdo al artículo 9° de la resolución 8430/2003 (28), ésta investigación es catalogada con riesgos mínimos, dado que será un estudio descriptivo de prevalencia donde se empleará la información contenida en una base de datos e historias clínicas de pacientes que se realizaron voluntariamente la (IVE), en el Hospital Tomas Uribe Uribe.

No existe probabilidad de que el sujeto investigado sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, pues no se hará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participarán en el estudio.

La presente investigación carece de conflicto de interés desde el punto de de vista de los patrocinios o de remuneración alguna (Art. 51 Res 8430/2003) (29).

Dicha investigación tendrá como fin: Determinar los factores socioeconómicos relacionados en la toma de decisión de interrupción voluntaria de embarazo.

9. CRONOGRAMA

Tabla 3. Cronograma

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES							
	AGOST	SEPT	OCT	NOV	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
PLANEACIÓN PROYECTO	X	X	X	x				
EVALUACIÓN COMITÉ ETICA					X	X		
RECOLECCION DE DATOS							X	
ANÁLISIS DE DATOS							X	X
CONCLUSIÓN DE INVESTIGACIÓN							X	X
SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS								X
REALIZACIÓN DE ARTICULO DE INVESTIGACIÓN								X

10. PRESUPUESTO

Tabla 2. Presupuesto

INSUMOS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PAPELERÍA	RESMAS DE PAPEL (2)	\$10.000	\$20.000
TRANSPORTE	PASAJES (120)	\$1500	\$180.000
REFRIGERIO	AVENA	\$2500	\$12500
IMPRESIONES	300	300	\$90.000
CALCULADORAS	2	\$6.000	\$12.000
Sueldo investigador principal	62 horas	\$ 50.000	\$3.100.000
Sueldo investigador secundario	62 horas	\$ 40.000	\$ 2.480.000
Software	2	\$300.000	\$600.000
TOTAL			\$6.494.500

11. REFERENCIAS

1. Sentencia C-355/06 de la Corte Constitucional. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/Asbfwn>
2. Ministerio de salud y Protección Social [internet]. Interrupción voluntaria del embarazo un derecho humano de las mujeres, 2016. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/jXc7C7>
3. Machado Santacruz PF. Análisis de la interrupción voluntaria del embarazo. [Santiago de Cali]: Universidad del valle; 2012. Recuperado a partir de: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co>
4. Pabon Mantilla AP, Meija Quintana O (dir). El debate en torno a la liberalización de la interrupción voluntaria del embarazo: una propuesta desde la democracia consensual. [tesis] [Bogotá, D.C , Colombia]: Universidad Libre; 2016. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/Z8usu5>
5. Corpas M. David E. Universidad de Pamplona, España, 2014.
6. Álvarez Quintana MC. Un paso a la protección de los derechos de la mujer [Bogotá, D.C, Colombia]: Pontifica Universidad Javeriana; 2014. Recuperado a partir de: <https://repository.javeriana.edu.co>
7. Prada E, Singh S, Remez L, Villareal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: Causas y consecuencias. Nueva York Guttmacher Institute; 2011. Report No.: ISBN: 978-1-934387-08-5
8. Atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo en el primer nivel de complejidad. Ministerio de Salud y Protección Social/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2014. ISBN: 978 958 8735 73
9. ABCE. Línea Salud Materna-Derecho a la Maternidad Elegida. Interrupción Voluntaria del Embarazo un Derecho Humano de las Mujeres. Ministerio de Salud y Protección Social, 2016.
10. Secretaria de Salud de Medellín. Boletín Epidemiológico número 2 de 2017.
11. Secretaria de Salud de Medellín. Boletín Epidemiológico No.2, 2017.
12. El informe es realizado por el Instituto de Política Familiar. El *Instituto de Política Familiar (IPF)* es un organismo civil internacional e independiente, fundado en 2001,



con estatus consultivo especial ante el ECOSOC de las Naciones Unidas, y que tiene como misión la promoción y defensa de la institución familiar, así como la ayuda a sus componentes.

13. Bélgica, España, Francia, Reino Unido, Finlandia, Luxemburgo, Italia, Países Bajos, Alemania, Irlanda, Grecia, Dinamarca, Austria, Portugal, Suecia, Chipre, Polonia, Hungría, República Checa, Eslovaquia, Malta, Rumania, Bulgaria, Estonia, Letonia, Lituania y Eslovenia) y, resto de Europa (no UE27): Albania, Andorra, Bielorrusia, Bosnia-Herzegovina, Croacia, Islandia, Macedonia, Moldavia, Montenegro, Noruega, Serbia, Suiza, Ucrania y Rusia.

14. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Andalucía 2002-2003. Evolución de la Incidencia de I.V.E. Años 1991-2003. Distribución de las I.V. E. En Los Distritos Sanitarios 1991-2003. (2003 Datos Provisionales). Viceconsejería Servicio de Información y Evaluación. Consejería de Salud. Unidad Estadística. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/5HLWm6>

15. El aborto en Europa y en España [internet]. Instituto de Política Familiar. 2010. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/snoHwn>

16. La Organización Mundial de la Salud define al aborto en condiciones inadecuadas como el 'procedimiento para terminar un embarazo no deseado, ya sea practicado por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un ambiente carente de estándares médicos mínimos, o ambos'. En: Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre Prevención y Atención del Aborto Inseguro, Ginebra, abril de 1992, WHO/MSM/92.5.)

17. Echeverría C, Serani A, Arriagada A, Goic A, Herrera Quintana C, Et Al. "Consideraciones acerca Interrupción Voluntaria del Embarazo", desde el punto de vista ético-médico (a propósito de un proyecto de ley). Rev Medica Chile. 2015; 143: 1478-1483

18. Laza Vásquez C, Castiblanco Montañez R. Experiencias y opiniones de los profesionales de la salud frente a la despenalización del aborto. Revista Cubana Salud Publica. 2013; 39 (5): 939-949.

19. Cópola F. Interrupción voluntaria del embarazo y objeción de la conciencia en Uruguay. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Rev Méd Urug 2013; 29(1):43-46



20. Laza-Vásquez C, Castiblanco-Montañez R.A. Percepción del Aborto: voces de los médicos en el hospital de San José (Bogotá), 10 de junio 2014, publicado el 18 de enero de 2017. Rev.Fac.Nac.Salud Publica, 2017;35(1): 71-78.

21. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975.

22. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud que involucra a seres humanos. Preparado por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), Suiza, 2016.

23. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, España. Buenas Prácticas Clínicas (GCP), Guía actualizada y exhaustiva de los principios que rigen las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) de la Conferencia Internacional de Armonización (ICH).

24. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

25. Resolución 8430 de 1993. [internet]: Ministerio de Salud y protección social (Colombia) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/xnFksQ>

26. Resolución 8430 de 1993. [internet]: Ministerio de Salud y protección social (Colombia) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/xnFksQ>

27. Resolución 8430 de 1993. [internet]: Ministerio de Salud y protección social (Colombia) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/xnFksQ>.

28. Resolución 8430 de 1993. [internet]: Ministerio de Salud y protección social (Colombia) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/xnFksQ>

29. Resolución 8430 de 1993. [internet]: Ministerio de Salud y protección social (Colombia) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y



administrativas para la investigación en salud. Recuperado a partir de:
<https://goo.gl/xnFksQ>.