

Características, causales y complicaciones de la interrupción voluntaria del embarazo posterior a la despenalización colombiana en institución de salud de Nariño

Characteristics, causes, and complications of voluntary termination of pregnancy following Colombian decriminalization in a health institution in Nariño

Diana Camila Córdoba

Fundación Universitaria San Martín

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-2602-7881>

E-mail: cordobacamila037@gmail.com

Viviana Alexandra Delgado Delgado

Fundación Universitaria San Martín

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4912-8608>

E-mail: vividelgadod16@gmail.com

Dana Gabriela Ramírez Benavides

Fundación Universitaria San Martín

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3723-7128>

E-mail: dannagramirez13@gmail.com

María José Torres Fuli

Fundación Universitaria San Martín

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7805-5726>

E-mail: majo.tf97@hotmail.com

Ana Isabel Vallejo

Fundación Universitaria San Martín

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2125-5489>

E-mail: ana.vallejo@sanmartin.edu.co

Adriana Mercedes Bravo

Fundación Universitaria San Martín

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5196-7235>

E-mail: abravon@hosdenar.gov.co

Jairo Geoffrey Gómez

Fundación Universitaria San Martín

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4179-8242>

E-mail: jairo.gomez@sanmartin.edu.co

Autor responsable de correspondencia: Ana Isabel Vallejo.

Fundación Universitaria San Martín

E-mail: ana.vallejo@sanmartin.edu.co

Declaración sobre conflictos de interés: Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Cómo citar: Diana Camila Córdoba, Viviana Alexandra Delgado Delgado, Dana Gabriela Ramírez Benavides, María José Torres Fuli, Ana Isabel Vallejo, Adriana Mercedes Bravo y Jairo Geoffrey Gómez. Características, causales y complicaciones de la interrupción voluntaria del embarazo posterior a la despenalización colombiana en institución de salud de Nariño. Rev San Ciencias Salud. 2025; vol 2 pág. 17-23.

Resumen

Introducción

El presente estudio permitió establecer las características del impacto que ha tenido la legalización del aborto en Colombia, específicamente en el departamento de Nariño, a través de la Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer el proyecto de vida en los adolescentes y jóvenes como las acciones en salud.

Objetivo

Establecer las características, complicaciones y causales presentes en las mujeres que se realizaron una interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Como objetivos específicos se plantearon: caracterizar sociodemográficamente a la población objeto de estudio; identificar las causales y complicaciones de la IVE según las Sentencias C-355 de 2006 y C-055 del 2022; describir las características ginecobstétricas, farmacológicas y quirúrgicas; y establecer la relación entre las causales de IVE y las características ginecobstétricas con las complicaciones presentadas.

Método

El presente estudio es de tipo observacional descriptivo, de temporalidad retrospectiva, con una muestra de 254 mujeres, con información de origen secundario a partir de una revisión de historia clínica como método de recolección de datos.

Resultados

Entre los principales resultados se identificó que, las mujeres entre los 14 y 26 años que accedieron a la IVE, lo hicieron principalmente por "Afección física o emocional" y "Decisión propia". Además, se evidenció que la mayoría de ellas se encontraba en el primer trimestre de gestación.

Conclusiones

La mayor proporción de las mujeres que accedieron a la IVE tenían entre 20 y 26 años, pertenecientes a contextos de pobreza extrema, lo que evidencia probablemente una asociación entre la condición socioeconómica y el proyecto de vida.

Palabras clave: aborto; aborto inducido; embarazo no deseado.

Abstract

Introduction:

This study established the characteristics of the impact of the legalization of abortion in Colombia, specifically in the department of Nariño, through Constitutional Court Ruling C-055 of 2022. This highlighted the need to strengthen the life plans of adolescents and young people, including health-related initiatives.

Objective

To establish the characteristics, complications, and causes present in women who underwent voluntary termination of pregnancy (VTP). The following specific objectives were established: to characterize the sociodemographic aspects of the study population; to identify the causes and complications of VTP according to Sentences C-355 of 2006 and C-055 of 2022; to identify gynecological, obstetric, pharmacological, and surgical characteristics; and to establish the relationship between the causes of VTP and the gynecological, obstetric characteristics and the complications presented.

Method

This is a descriptive, observational, retrospective study with a sample of 254 women. Data were collected using secondary sources based on a medical record review.

Results

Among the main results, it was identified that women between 14 and 26 years of age who

had abortions had a “physical or emotional condition” and “own decision,” and the majority of them were in the first trimester of pregnancy.

Conclusions

The majority of women who had abortions were between 20 and 26 years of age and lived in extremely poor settings, likely suggesting an association between socioeconomic status and life plans.

Keywords: abortion; induced abortion; unwanted pregnancy.

Introducción

La despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Colombia, mediante la sentencia C-355 de 2006, ampliada en 2022 hasta la semana 24 de gestación, ha representado un avance importante en la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres¹. Sin embargo, persisten vacíos importantes en la caracterización sociodemográfica, causal y clínica de las mujeres que acceden a este servicio.

Estudios nacionales indican que, a pesar de la legalidad del procedimiento, las mujeres continúan enfrentando obstáculos relacionados principalmente con la desinformación, la estigmatización social y la objeción de conciencia por parte del personal médico. Esto se evidencia en el estudio de Restrepo et al., realizado en Medellín, donde se encontró que, aunque la mayoría de las interrupciones se realizaron antes de la semana 18 con métodos seguros como el misoprostol o la aspiración manual endouterina (AMEU), las mujeres experimentaron otros efectos no deseados y complicaciones, especialmente en gestaciones más avanzadas². Se identificó que el 61 % de las interrupciones se realizaron por riesgo para la salud materna, el 26,4 % por violencia sexual y el 12,6 % por malformaciones fetales.

De ahí que, diversas organizaciones internacionales hayan destacado que la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) constituye un derecho fundamental, vinculado al goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, lo que obliga a los Estados a garantizar su acceso sin discriminación, estigmatización, ni barreras institucionales. En el caso colombiano, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)³ y el Comité de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)⁴ han reiterado la necesidad de implementar políticas públicas que aseguren la prestación gratuita, oportuna y de calidad de los servicios de aborto legal en concordancia con los estándares internacionales.

Complementando lo anterior, el estudio de Quintero et al., identificó que las mujeres desconocen sus derechos sexuales y reproductivos, lo que limita su acceso a la IVE⁵. En la población migrante que hizo parte del estudio, se identificaron barreras de acceso a IVE asociadas principalmente a la xenofobia, la falta de inclusión en el sistema de seguridad social y la desinformación sobre el marco legal colombiano.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶ también ha enfatizado que el acceso seguro al aborto es una condición esencial para la salud pública y recomienda que este se brinde en el marco del sistema de salud como parte integral de la atención en salud sexual y reproductiva. La evidencia sugiere que los países que han adoptado estos

lineamientos han logrado reducir significativamente las tasas de morbilidad y mortalidad materna asociadas a abortos inseguros.

A pesar del marco normativo que garantiza el derecho a la IVE en Colombia, existe limitada evidencia científica que documente o caracterice las causas que motivan la decisión de interrumpir el embarazo, las complicaciones del procedimiento o los efectos en la morbimortalidad, especialmente en contextos locales y regionales. La falta de evidencia en estos ámbitos limita la comprensión de los contextos de las mujeres desde un enfoque de salud pública y derechos humanos. En esta línea, Quintero et al., y Campo-Arias destacan la necesidad de generar nuevo conocimiento que permita visibilizar la IVE y los factores que la determinan⁵⁻⁷.

En consecuencia, este estudio tuvo como objetivo describir las causales, las características clínicas y el perfil sociodemográfico de las mujeres que accedieron a una IVE en una institución de salud de Nariño, tras la implementación de la Sentencia C-055 de 2022.

Metodología

Este estudio se enmarcó en el paradigma positivista, con un diseño observacional descriptivo de corte transversal, de tipo cuantitativo, fundamentado en la revisión retrospectiva de historias clínicas, que permitió caracterizar aspectos sociodemográficos, causales y clínicos de las mujeres que accedieron a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) durante el periodo comprendido entre abril del 2022 y abril del 2024, posterior a la emisión de la Sentencia C-055 de la Corte Constitucional de Colombia.

El estudio se llevó a cabo en el servicio de ginecología de una institución de salud de referencia en el departamento de Nariño, ubicada en la ciudad de Pasto, Colombia. La recolección de datos se basó en los registros de la atención clínica prestada a las mujeres que solicitaron o accedieron al procedimiento de IVE dentro del marco legal vigente, así como en aquellas que, al egreso hospitalario, registraron procedimientos de IVE. El proceso de recolección inició con un listado de pacientes entregado por la institución de salud, el cual contenía identificación, número de historia clínica, diagnóstico de egreso y fecha de atención.

Según los criterios de elegibilidad, se incluyeron las historias clínicas que documentaban el cumplimiento de alguna de las causales permitidas por la ley colombiana (malformaciones fetales incompatibles con la vida, riesgo para la salud física o mental de la gestante y embarazo producto de violencia sexual), casos de embarazo de alto riesgo que culminaron en una IVE, y las historias que indiquen la firma del consentimiento informado para la

realización de la IVE.

Fueron excluidas aquellas historias clínicas que correspondieran a abortos espontáneos, embarazos ectópicos, IVE incompletas realizadas en otras instituciones, gestaciones que superaban el límite permitido por la institución para la realización del procedimiento (mayores a 20 semanas), registros con errores en la identificación o con información inconsistente, así como aquellos casos en los que la paciente se retractó de la solicitud de IVE tras la evaluación clínica.

Las variables consideradas estuvieron relacionadas con las características sociodemográficas (edad, estado civil, nivel educativo, afiliación al sistema de salud), las causales de IVE (violencia sexual, riesgo para la salud física o mental, malformaciones fetales, embarazo no deseado), las complicaciones clínicas posteriores al procedimiento y los antecedentes ginecobstétricos. Todas las variables fueron definidas operativamente con categorías mutuamente excluyentes, medibles y codificadas, lo que garantizó su coherencia y precisión durante la recolección y análisis.

Los datos de las variables se obtuvieron de fuentes secundarias, a partir de la revisión de historias clínicas de la institución participante. La información fue registrada en una herramienta de recolección en Excel, previamente calibrada por los investigadores y validada mediante una prueba piloto. Los registros se organizaron conforme a los objetivos específicos del estudio por medio de variables codificadas.

Para mitigar el riesgo de sesgos en el estudio, se implementaron estrategias específicas orientadas al control del sesgo de información. Este se abordó mediante la codificación de las variables, la revisión cruzada de registros y la depuración de la base de datos, aplicando criterios de calidad como representatividad, coherencia y completitud. Se controló además el sesgo de selección mediante la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, con la lectura y la revisión de cada historia clínica. Finalmente, el sesgo del observador se abordó desde la fase de planificación, con el entrenamiento del equipo en el protocolo de recolección, definición precisa de variables y reuniones periódicas de supervisión para mantener la calidad de los datos.

En cuanto al tamaño del estudio, se incluyeron 254 casos que cumplieron con criterios de elegibilidad; por tanto, la muestra fue a conveniencia, tal como se representa en la Figura 1.

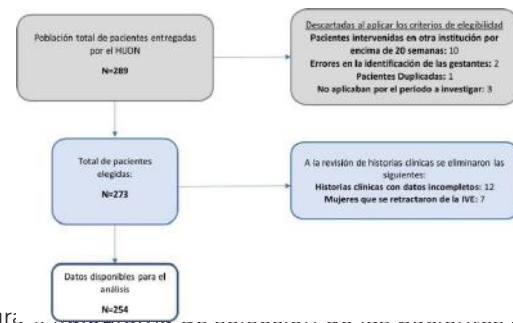


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de los pacientes sometidos a la IVE a partir de la Sentencia de Despenalización.

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos IVE.

Análisis estadístico

La base de datos se gestionó en Excel y fue depurada para garantizar su coherencia y completitud; posteriormente, el procesamiento y las salidas estadísticas se realizaron en SPSS. Para la caracterización de los casos se realizó un análisis descriptivo, basado en frecuencias absolutas y relativas. Referente a las variables cuantitativas, se calcularon medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo con su distribución y representadas en mediana y rangos intercuartílicos. Se realizaron tablas de 2x2 y se tomó como variable dependiente cada una de las causales de IVE, comparada con las características sociodemográficas y clínicas. La relación entre variables se evaluó a partir del cálculo de Pearson.

Resultados

En el periodo de estudio se analizaron 254 historias clínicas de mujeres que se sometieron a un procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Aunque la mayor concentración de casos de IVE se registró en el año 2023, el 19,69 % de los casos se presentaron en el periodo previo a la emisión de la Sentencia C-055 de 2022 (años 2020 y 2021), mientras que el 80,31 % correspondieron al periodo posterior a su promulgación (años 2022 y 2023), lo que refleja un aumento significativo en la demanda del servicio tras el cambio en el marco normativo.

En relación con la edad, el promedio fue de 26,15 años (DE = 7,08), con un rango entre 13 y 49 años. El grupo etario con mayor frecuencia fue la categoría "Juventud" (14-26 años) con el 46,06 % de los casos, seguida por "Adulthood" (27-59 años) con 43,70 % y "Adolescencia" (12-18 años) con 10,23 %.

Respecto al régimen de salud, el 67,7 % de las pacientes pertenecían al régimen subsidiado. En términos de afiliación a EPS, Emssanar representó el 44,9 % de los casos, seguida por Nueva EPS (19,7 %) y Sanitas (7,5 %). Según clasificación del Sisbén, el 38,2 % de las pacientes estaba en la categoría A, seguida de B (29,5 %), D (24,0 %) y C (8,3 %).

En cuanto a pertenencia étnica, el 88,2 % no se autoidentificó con ninguna etnia, aunque se reportaron pacientes afrocolombianas (29,5 %) e indígenas (8,3 %). Territorialmente, la mayoría de los casos procedía del departa-

mento de Nariño (90,9 %), seguido por Putumayo (5,9 %) y Cauca (0,8 %). Sobre hábitos de consumo, el 99 % no reportó uso de sustancias psicoactivas, alcohol ni tabaco. El análisis mostró una baja prevalencia de estos hábitos en la muestra.

La presencia de comorbilidades en las pacientes que se sometieron a IVE, generó la necesidad de hospitalización, con una estancia promedio de 1,2 días, hasta una duración máxima de 18 días; no obstante, en la mayor proporción de casos (37,79 %) el procedimiento se realizó de forma ambulatoria.

En lo referente a causales y complicaciones de la IVE según la Sentencias C-355 de 2006 y C-055 del 2022, se encontró que la mayor proporción de IVE fue realizada bajo la causal "Afección física o emocional" (61,4 %), seguida de "Decisión propia" (16,1 %), "Riesgo de vida o salud de la madre" (11,0 %), "Malformación fetal incompatible con la vida" (8,3 %) y "Violación, incesto, inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado o no consentida" con un 3,1 %.

En cuanto al método empleado para la realización de la IVE, el 73,6 % de los procedimientos se efectuó mediante aspiración manual endouterina (AMEU), mientras que el 26,4 % por dilatación y curetaje. El 95,7 % de los casos no presentó complicaciones, en tanto que el 4,3 % restante registró eventos como hemorragias, infecciones, endometritis o restos fetales, siendo las hemorragias y restos los más frecuentes (3 %).

En cuanto a la edad gestacional, el 63,3 % de las IVE se realizaron en el primer trimestre (semanas 1-12) y el 36,6 % en el segundo (semanas 13-26). No se evidenciaron procedimientos en el tercer trimestre. La conducta terapéutica para la IVE indica que la combinación más común de medicamentos fue misoprostol 200 mcg VO + 2 tab 200 mcg VV (72 %). Por otra parte, otras combinaciones menos frecuentes incluyeron dosis más altas de misoprostol, como 400 mg VO + 400 mg VV (22,4%).

El análisis de las variables relacionadas con la planificación familiar reveló que: el 81 % de las mujeres no había planificado su embarazo, y el 67 % desconocía los métodos anticonceptivos. El implante subdérmico fue el método más utilizado entre quienes sí usaban anticoncepción.

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

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

En el cálculo de Chi² de Pearson, frente a las causales y las variables sociodemográficas y clínicas, se evidenció una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la causal "Decisión propia" y las variables: desconocimiento en planificación, bajo nivel educativo y ser soltera. Para la causal "Afectación física o emocional", el cálculo de Pearson encontró significancia ($p < 0.05$) con las mis-

mas variables. En la causal "Malformación incompatible con la vida", se mantuvo esta asociación ($p < 0.05$). Para "Riesgo de vida o salud de la madre", solo haber tenido una IVE previa presentó significancia ($p < 0.05$). No hubo asociación significativa ($p > 0.05$) para "Violación o incesto"

Discusión

Los hallazgos de este estudio reflejan tendencias sociodemográficas y clínicas similares a investigaciones previas en Colombia, un país donde la despenalización parcial del aborto hasta la semana 24 de gestación ha transformado el panorama de salud sexual y reproductiva desde la Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional, con un impacto significativo en el acceso a este servicio.

Antes de dicha sentencia, entre los años 2020 y 2021, el 19,69 % de las mujeres enfrentó barreras legales y sociales para acceder a la IVE, lo que a menudo derivó en procedimientos inseguros y riesgos para su salud⁸. Posterior a la derogación de la sentencia, entre 2022 y 2023, se evidenció un incremento significativo en el acceso a servicios de IVE: el 80,31 % de las mujeres pudo beneficiarse de procedimientos realizados en el sistema de salud de manera segura y regular, lo que contribuyó a disminuir los riesgos y complicaciones asociados a procedimientos clandestinos. Estos hallazgos son consistentes con el estudio de Ortiz et al⁹.

En cuanto al perfil sociodemográfico, la mayoría de las mujeres atendidas eran jóvenes, solteras y con bajo nivel educativo, lo que concuerda con estudios recientes que señalan que las mujeres jóvenes y de escasos recursos económicos representan el grupo más vulnerable en cuanto al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva¹⁻⁹. El hecho de que el 67,7 % de las mujeres estuvieran afiliadas al régimen subsidiado también se alinea con hallazgos previos que evidencian la persistencia de barreras estructurales para las mujeres en condiciones de vulnerabilidad social¹⁰.

En términos de estrato socioeconómico, el 38 % de las participantes se encontraban en situación de pobreza extrema, lo que coincide con la asociación entre pobreza y decisión de realizarse una IVE reportada en estudios de Gómez y Yépez¹¹, respecto a la pertenencia étnica, el 29,5 % de las mujeres se identificaron como afrodescendientes; sin embargo, la literatura existente es limitada para evidenciar la relación entre etnia y decisión de IVE.

Frente a las motivaciones para solicitar la IVE, la causa más frecuente fue la "Afectación física o emocional", seguida de la "Decisión propia". Estas razones se encuentran dentro del marco legal colombiano y están respaldadas por estudios que han identificado que la salud mental y el bienestar emocional son factores críticos en la decisión de interrumpir un embarazo, particularmente en contextos de precariedad económica o violencia de género¹⁻¹².

Sin embargo, la causa asociada a malformación fetal representó el 44,4 %, cifra significativamente mayor y consistente con el estudio de Visconti et al., quienes relacionaron los embarazos en mujeres con antecedentes

de enfermedad trombofílica materna o con dos o más abortos espontáneos con la presencia de malformaciones congénitas que culminaron en aborto, sumado con la edad materna avanzada¹³. Por otro lado, Cárdenas y González reportaron que el riesgo para la salud de la mujer fue la causa principal en el 94,2 % y 98,25 % de los casos, respectivamente, cifras superiores a las encontradas en este estudio¹⁰⁻¹¹⁻¹⁴.

La investigación encontró que el 82,3 % de las mujeres no utilizaban ningún método anticonceptivo, y que el 67 % desconocía la oferta de métodos disponibles. Estos datos confirman el rezago en educación sexual integral, a pesar de su reconocimiento como estrategia fundamental para la prevención de embarazos no deseados y abortos inseguros¹⁵. De lo anterior, Cabrerizo Egeaa et al¹⁶, reportaron que casi el 70% de las mujeres desconocían los métodos anticonceptivos, mientras que García et al., identificaron que el 61,5 % de las mujeres no utilizaban ningún método anticonceptivo¹⁷. En ese sentido, la falta de cobertura y calidad en los programas de educación sexual en América Latina ha sido documentada como una barrera importante para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos¹⁷⁻¹⁸.

En cuanto al tipo de procedimiento, se observó una baja incidencia de complicaciones (95,7 % sin eventos adversos). Lo anterior concuerda con la literatura internacional, que ha demostrado la seguridad y la eficacia de técnicas como la aspiración manual endouterina (AMEU) y el uso de medicamentos como el misoprostol y la mifepristona en el contexto de la IVE¹⁰⁻¹⁹.

Ahora bien, se demostró una relación estadísticamente significativa entre las causales de IVE y las características sociodemográficas o clínicas. En particular, las mujeres con bajo nivel educativo, en condición de soltería o que no utilizaban métodos anticonceptivos tendieron a tomar decisiones de IVE relacionadas con afectaciones físicas/emocionales o por decisión propia. Lo anterior reafirma la influencia del capital educativo y de las condiciones psicosociales en la toma de decisiones reproductivas²⁰. Este hallazgo puede reforzar el hecho de que más del 90 % de las mujeres no hubiese asistido a controles prenatales, siendo consistente con Aznar et al., o el estudio de Gómez, donde se sugiere una desconexión entre los servicios de salud y las necesidades reproductivas de esta población, asociada a factores como el estigma, la desinformación, la baja escolaridad o la falta de rutas claras de atención¹³⁻²⁰.

Conclusión

De esta forma, se concluye que, si bien la legalización del aborto en Colombia desde una perspectiva epidemiológica, social y de salud pública ha mejorado el acceso, la evidencia sugiere trabajar en determinantes sociales que abordan la desigualdad en temas relacionados con conceptos teóricos de la salud sexual y reproductiva, conocimiento sobre derechos reproductivos, uso de anticonceptivos y vinculación al sistema de salud⁵⁻⁹⁻¹⁴⁻²⁰⁻²¹.

Abordar estas inequidades requiere políticas públicas integrales que fortalezcan la educación sexual, garanticen el acceso gratuito a métodos anticonceptivos modernos y eliminen las barreras institucionales en el acceso a servicios de salud reproductiva⁵⁻⁶⁻²². Si bien la despenaliza-

ción del aborto en Colombia ha favorecido el acceso a servicios seguros, persisten obstáculos de carácter social, institucional y territorial que afectan de manera particular a las mujeres en contextos rurales y de bajos ingresos. Estas inequidades reflejan la necesidad de mejorar la implementación efectiva de la política pública en salud sexual y reproductiva, además de fortalecer la capacitación continua del personal médico para garantizar un enfoque libre de estigmas sociales.

Finalmente, los resultados de esta investigación constituyen un insumo valioso para futuros trabajos académicos y de orden investigativo en el campo de la salud pública y la medicina familiar y comunitaria, enmarcados dentro de la salud materna. Soportado no solo por los hallazgos, sino por los estudios documentados, se ha resaltado la importancia de abordar la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) desde un enfoque integral, considerando no solo los aspectos médicos, sino también los sociales, legales y psicológicos¹⁻⁷⁻²⁰. Por ejemplo, Urrego Mendoza¹ analiza cómo la violencia sexual se convierte en un determinante relevante en la decisión de optar por una IVE; por su parte, Campo-Arias et al., y Aznar et al., destacan los aportes del enfoque de salud mental sobre el impacto emocional y psicosocial que enfrentan las mujeres⁷⁻²⁰. Por otro lado, la seguridad de los procedimientos de IVE se sustenta en la evidencia de que, cuando se realizan en condiciones clínicas apropiadas, el riesgo es bajo²⁻¹⁰⁻²².

A nivel regional, se reconoce también la necesidad de diseñar políticas públicas informadas y basadas en evidencia científica para reducir el aborto inseguro y mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva⁵⁻⁶⁻⁹. Además, organismos internacionales como la ONU y la CIDH³⁻⁴ han insistido en el carácter de derecho humano de la IVE, lo cual compromete a los Estados a garantizar su acceso seguro, oportuno y digno. Así, esta investigación se inscribe en una agenda investigativa renovada⁹⁻²³ que pretende aportar a la mejora de las políticas públicas y/o sistemas de salud más equitativos y centrados en la garantía de los derechos reproductivos.

Las limitaciones del estudio se relacionaron con la información restringida registrada por profesionales que atendieron a las pacientes. Aunque la calibración de operadores mediante la prueba piloto logró eliminar variables no existentes en la historia clínica, al finalizar la recolección de datos fueron excluidas por calidad de información historias que no contenían la totalidad de las variables.

Conflictos de interés y financiamiento: la investigación hace parte de un macroproyecto profesoral sobre salud sexual y reproductiva, financiado en la IV convocatoria San Martín Investiga de la Fundación Universitaria San Martín, sede Pasto (código proyecto PYI-2023-012), y en financiación en tiempo de investigador por la institución de salud ESE Hospital Universitario Departamental de Nariño.

Referencias

1. Urrego Mendoza ZCc. Interrupción voluntaria del embarazo (ive) por causal violencia sexual: estudio de un caso en la ciudad de bogotá, colombia [internet]. 2013. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/51463/interrupcionvoluntariadelembarazo.pdf?sequence=1&isallowed=1>

2. Restrepo-Bernal DP, Colonia-Toro A, Duque-Giraldo M, Hoyos-Zuluaga C, Cruz-Osorio V. Seguridad del tratamiento de la interrupción voluntaria del embarazo según edad gestacional en medellín, colombia, 2013-2014. *Rev colomb obstet ginecol*. 30 de septiembre de 2019;70(3):174-80.
3. Cidh, 2021 [internet]. [citado 6 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/jsform/?file=/es/cidh/prensa/comunicados/2021/208.asp>
4. ONU [internet]. [citado 6 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk584736/>
5. Quintero LD, Osorio Osorio H, Bojorquez-Chapela I, Isaza L, Acosta-Reyes J, Fernández-Niño JA. Interrupción voluntaria del embarazo y salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes en barranquilla. *Rev panam salud pública*. 3 de marzo de 2023;47:1.
6. Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas.
7. Campo-Arias A, Herazo E. Interrupción voluntaria del embarazo en colombia: aportes al debate desde la salud mental pública. *Rev colomb psiquiatr*. Octubre de 2018;47(4):201-3.
8. Ortiz J, Blades N, Prada E. Motivations for using misoprostol for abortion outside the formal healthcare system in colombia: a qualitative study of women seeking postabortion care in bogotá and the coffee axis. *Reprod health*. 1 de junio de 2024;21(1):76.
9. Ramos S. Investigación sobre aborto en américa latina y el caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo). *Estud demográficos urbanos*. 1 de septiembre de 2016;31(3):833-60.
10. Cárdenas-Arias EF, Escudero-Cardona DE, Noreña-Mosquera EA. Seguridad de la interrupción voluntaria del embarazo (ive) en dos instituciones prestadoras de salud en medellín, colombia, en 2019. *Cohorte histórica*. *Rev colomb obstet ginecol*. 30 de marzo de 2022;73(1):39-47.
11. Gómez-Dávila JG, Yepes-Delgado CE. Significado de afrontar una interrupción voluntaria del embarazo tardía en mujeres que se realizaron el procedimiento en instituciones de salud de dos ciudades colombianas. *Rev colomb obstet ginecol*. 19 de septiembre de 2023;74(3):202-13.
12. Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The lancet*. Noviembre de 2019;394(10210):1750-63.
13. Visconti D, Neri C, De Santis M, Sabusco GP, Gratta M, Campagna G, Et Al. Recurrent miscarriage and fetal congenital malformations: is there a neglected causal association? *Eur j obstet gynecol reprod biol*. Mayo de 2020;248:233-7.
14. González-Pérez LA, Barrios Arroyave FA. Interrupciones voluntarias del embarazo recurrentes. Estudio de prevalencia y exploración de factores asociados. Antioquia, colombia, 2015 – 2021. *Rev colomb obstet ginecol*. 30 de diciembre de 2023;74(4):276-86.
15. UNFPA 2020 [internet]. [citado 6 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://mexico.unfpa.org/es/topics/educaci%C3%B3n-integral-de-la-sexualidad-0>
16. Cabrerizo MJ, Barroso García MP, Rodríguez-Contreras R. Interrupción voluntaria del embarazo y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que ejercen la prostitución en almería. *Gac sanit*. Mayo de 2015;29(3):205-8.
17. Rosa AEC, Delmis GR. Facultad de ciencias de la salud programa de estudio de obstetricia acta n° 0132-111-2024 de sustentación del informe de tesis. Disponible en: https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/37268/adolescentes_conocimiento_mtodos_anticonceptivos_uso_garcia_rivas_delmis.pdf?sequence=1&isallowed=y
18. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The lancet*. Julio de 2016;388(10041):258-67.
19. Schreiber CA, Creinin MD, Atrio J, Sonalkar S, Ratcliffe SJ, Barnhart KT. Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. *N engl j med*. 7 de junio de 2018;378(23):2161-70.
20. Foster DG, Biggs MA, Ralph L, Gerdtz C, Roberts S, Glymour MM. Socioeconomic outcomes of women who receive and women who are denied wanted abortions in the united states. *Am j public health*. Septiembre de 2022;112(9):1290-6.
21. Gatter M, Cleland K, Nucatola DL. Efficacy and safety of medical abortion using mifepristone and buccal misoprostol through 63 days. *Contraception*. Abril de 2015;91(4):269-73.
22. Reyes JCU. Factores asociados a la interrupción voluntaria del embarazo en colombia: análisis a profundidad a partir de la encuesta nacional de demografía y salud 2015. 2019; disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/4a8cfb45-f91c-4c20-ab3a-7d7959571cf3/content>
23. Aznar J, Cerdá G. Aborto y salud mental de la mujer. *Acta bioethica*. 30 de noviembre de 2014;20(2):189-95.