

 Artículo de revisión

# Interrupción voluntaria del embarazo: análisis de argumentos médicos y legales en Colombia

Ortíz-Bernal Karen Ximena<sup>1</sup>; Molano-Dorado Hoover<sup>2</sup>;  
Álzate María Fernanda<sup>1</sup>; Sánchez-Duque Jorge A<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Libre seccional Pereira. Pereira, Risaralda, Colombia.

<sup>2</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia.

<sup>3</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia.

## Resumen

**Objetivo:** Analizar los argumentos médicos y legales en torno a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia.

**Métodos:** revisión narrativa de literatura en once bases de datos, desde enero del 2007 hasta febrero del 2019.

**Resultados:** de una preselección de 652 artículos, 32 fueron seleccionados para el análisis de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Se diseñó una línea jurisprudencial del aborto en Colombia, la cual registró 25 sentencias de la Corte Constitucional Colombiana con modificaciones en la legislación del aborto desde 1994. En las bases de datos se encuentra múltiple literatura con poco rigor metodológico y científico.

**Conclusiones:** Se identificaron los argumentos más sólidos disponibles en la literatura científica sobre IVE en Colombia.

**Palabras claves:** aborto; anticoncepción; derechos reproductivos; derechos de la mujer; complicaciones del embarazo.

## Voluntary termination of pregnancy: Analysis of medical and legal arguments in Colombia


### Abstract


**Objective:** To analyze the medical and legal arguments surrounding the voluntary termination of pregnancy in Colombia.

**Methods:** Narrative literature review using eleven databases from January 2007 to February 2019.


**Results:** From a pre-selection of 652 articles, 32 were selected for analysis based on the study's inclusion and exclusion criteria. A jurisprudential line on abortion jurisprudence in Colombia was identified, which included 25 rulings



## Información del artículo

 **Autor de correspondencia**  
jorandsanchez@utp.edu.co

 **Cómo citar este artículo**  
Ortiz-Bernal KX, Molano-Dorado H, Alzate MF, Sánchez-Duque JA. Interrupción voluntaria del embarazo: Análisis de argumentos médicos y legales en Colombia. Rev Colomb Enferm [Internet]. 2023;22(1), e056.

 **doi** <https://doi.org/10.18270/rce.v22i1.2905>

 **Recibido:** 30-01-2021  
**Aprobado:** 30-01-2023

 Ediciones anteriores 

## Redes sociales



by the Colombian Constitutional Court and changes in abortion legislation since 1994. Much literature with little methodological and scientific rigor can be found in the databases.

**Conclusions:** The most solid arguments available in the scientific literature on voluntary termination of pregnancy in Colombia were identified.

**Keywords:** Abortion; contraception; reproductive rights; women's right; pregnancy complications.

## Interrupção voluntária da gestação: análise de argumentos médicos e legais na Colômbia

### Resumo

**Objetivo:** Analisar os argumentos médicos e legais em torno da interrupção voluntária da gestação (IVG) na Colômbia.

**Métodos:** Revisão narrativa da literatura em onze bases de dados, de janeiro de 2007 a fevereiro de 2019.

**Resultados:** De uma pré-seleção de 652 artigos, 32 foram selecionados para análise de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Foi desenhada uma linha jurisprudencial sobre o aborto na Colômbia, que registrou 25 sentenças do Tribunal Constitucional colombiano com modificações na legislação sobre o aborto desde 1994. Nas bases de dados existe uma literatura múltipla com pouco rigor metodológico e científico.

**Conclusões:** Foram identificados os argumentos mais fortes disponíveis na literatura científica sobre IVG na Colômbia.

**Palavras-chave:** aborto; contracepção; direitos reprodutivos; direitos das mulheres; complicações da gravidez.

## Introducción

El inicio de la vida y la muerte constituyen dos momentos de gran debate ético y moral; el primero, por la ausencia de consenso sobre el punto crítico del desarrollo donde se puede considerar a un ser humano; discusión en la que se encuentran enfrentadas posturas religiosas, políticas, médicas y culturales, no solo a nivel local, sino también global, en torno a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) (1–9). Las posiciones más radicales a favor del aborto defienden la idea de que la IVE no es mala ni buena en sí misma, sino que el problema radica en el embarazo no deseado, donde deben respetarse los derechos reproductivos de la mujer, quien debe poder decidir libremente sobre su propio cuerpo (7, 8). Los opositores radicales consideran al embrión como una persona, a quien se le deben garantizar sus derechos fundamentales, de modo que, el aborto en sí es equivalente a un homicidio (9, 10).

Desde el resurgimiento del movimiento feminista en 1970, la mujer ha tenido un papel fundamental en la búsqueda del derecho a decidir sobre su propio cuerpo y lograr interrumpir voluntariamente un embarazo. La legalización del aborto ha sido una de sus demandas básicas, pero comenzó a dar frutos en Europa solo hasta 1985 cuando se dieron los primeros casos de abortos legales durante el primer trimestre del embarazo (1). Durante el siglo XXI, en la mayor parte de Europa y en un importante número de países americanos como Estados Unidos, Canadá, México, Uruguay, Cuba, Puerto Rico y Guyana se ha despenalizado o legalizado la práctica del aborto durante el primer trimestre del embarazo, incluso durante el segundo trimestre bajo ciertas condiciones específicas (1, 4, 11–16).

Sin embargo, la mayoría de países latinoamericanos son reacios a su aprobación, siempre bajo la influencia de conceptos políticos, morales, éticos o religiosos, por lo que los debates continúan muchas veces sin llegar a acuerdos democráticos basados en la ciencia (1, 4, 13–16). Por lo anterior, se han generado movimientos feministas y agrupaciones quienes promueven ideales de justicia social y resolución de problemas de salud pública (11, 12). Algunas de las agrupaciones de mayor reconocimiento son “cinco líneas de información sobre el aborto seguro”, “Movimiento Causa Justa” y “Oriéntame”, las cuales fueron conformadas por colectivos feministas en un creciente número de países donde el aborto es inseguro y restringido por la ley. En Latinoamérica, estas líneas se encuentran en Argentina, Chile, Ecuador, Perú, Venezuela y Colombia, para promover la autonomía de las mujeres y su derecho a decidir si continuar o interrumpir su embarazo (8, 17–20).

## Interrupción voluntaria del embarazo

La IVE es una práctica generalizada a nivel mundial y se realiza en sociedades rurales y urbanas, en distintos grupos sociales, étnicos y de edad; con gran heterogeneidad a la hora de establecer razones para finalizar el embarazo, donde las principales variaciones se dan en la técnica o protocolo abortivo,

el cual se encuentra condicionado por factores socioculturales, económicos y del desarrollo médico de cada país (4, 10, 12, 16, 21, 22).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la IVE (también llamado aborto seguro) se define como la culminación de una gestación por personal idóneo, cumpliendo criterios de calidad establecidos y relacionados con el personal de salud y las instituciones, para otorgar la certeza de la reducción de riesgos asociados al procedimiento. En Colombia, el proceso se encuentra regulado por el sistema obligatorio de garantía en calidad de atención del sistema general de seguridad social en salud colombiano (22–24).

En el 2006, la Corte Constitucional de Colombia promulgó la sentencia C-355, en la cual amparó la IVE bajo tres causales específicas: 1) cuando pelagra la vida o la salud de la madre; 2) cuando se presenta malformación del feto incompatible con la vida; y c) cuando el embarazo es producto de abuso, violación, incesto, transferencia de óvulo o inseminación no consentida. Según dicha sentencia, estas causales no se encuentran limitadas a un periodo de gestación, aspecto fundamentalmente diferente a lo establecido en otros países donde solo puede ejecutarse durante el primer trimestre del embarazo (15, 21, 25, 26). En el 2022, la Corte Constitucional colombiana expidió la Sentencia C-055, que despenaliza el aborto hasta la semana 24 de embarazo y mantiene el amparo establecido en la sentencia C-355 en cualquier momento de la gestión (27)

En el caso de Colombia, se estima que el inicio de las relaciones sexuales es cada vez más temprano, lo que predispone a un aumento en el número tanto de embarazos no deseados como de abortos legales e ilegales, mientras que el rol de las uniones ha sido pasivo (consensual y/o legal). Lo anterior incrementa el periodo de exposición al riesgo de embarazo adolescente prematrimonial y la proporción de madres solteras, la cual pasó del 18 % en 1990 al 29 % en el 2010 (14, 27–29). Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2015, desde el 2006 comenzó un descenso progresivo en la fecundidad de la población colombiana, especialmente adolescente, sin embargo, el porcentaje de embarazos no deseados persiste por encima del 20,0 % (hasta el 21,3 % para 2015) (5, 20, 27–31).

## Aborto inseguro

La fecundidad se encuentra condicionada por factores individuales (psicosociales, culturales, económicos), interpersonales (pareja o familiares) y contextuales (comunidades, políticos) que determinan aspectos como el inicio de las relaciones sexuales, el uso de métodos de control natal y el aborto, principalmente; aspectos que al igual que las leyes vigentes son frecuentemente desconocidos, incluso, por miembros del personal de salud (6, 8, 19–21, 27–31).

Según reportes del instituto estadounidense Guttmacher, en el país ocurren cada año alrededor de 400.400 abortos, lo que corresponde a 1 aborto por cada 1,8 nacidos vivos, lo cual constituye sólida evidencia de que la restricción legal del aborto no lo elimina, sino más bien promueve un interesante negocio clandestino en el que las mujeres acceden a abortos instrumentados y farmacológicos ilegales e inseguros (14, 27).

En Colombia, el número de instituciones equipadas y habilitadas para ofrecer IVE es limitado; además se estima que solo el 11 % de las instalaciones elegibles ofrecen el servicio (27, 30), situación que expone dificultades administrativas y médicas del sistema de salud. En ausencia de acceso a IVE (aborto seguro), el riesgo de abortos inseguros, autoinducidos o prestados sin garantizar técnicas y controles de seguridad se encuentra latente, exponiendo a complicaciones que pueden aparecer del 56 % al 65 % de los casos (28–30). Las complicaciones asociadas a abortos inseguros más frecuentes son aborto incompleto (93,8 %), sepsis (9,9 %) y estado de choque (4,9 %) (31). También se estima que solo un tercio de estas mujeres que sufren complicaciones consultan al sistema de salud para tratamiento (28). Esto contrasta fuertemente con la prevalencia de complicaciones reportada en aquellos países con un acceso sin restricciones a la IVE, que se sitúa tan solo entre el 0,3 % y el 1,8 % de los casos (32–43).

Desde la promulgación de la sentencia C-355 del 2006 hasta el 2022, se han presentado más de veinte sentencias de tutela, que han llevado a la Corte Constitucional a pronunciarse sobre este derecho tan controversial. A pesar de la expedición reciente de la Sentencia C-055, aún se considera un litigio abierto dado que continúa pendiente la formulación e implementación de políticas públicas integrales por parte del Congreso de la República; sin embargo, la ruta parece estar demarcada con la decisión del actual gobierno en cabeza de Gustavo Petro de retirarse de la Declaración del Consenso de Ginebra (27, 44–49).

La información anterior ofrece un panorama sobre la IVE en Colombia. Sin embargo, no se dispone de revisiones narrativas que analicen y contrasten cronológicamente la literatura científica médica con la jurisprudencia colombiana. Ante este vacío, se requiere una revisión de tema en torno a la pregunta de investigación: ¿Qué evidencia médico-legal apoya la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia? El objetivo de la presente revisión fue analizar los argumentos médicos y legales entorno a la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia.

## Métodos

Se realizó una revisión no sistemática desde una perspectiva narrativa y crítica siguiendo las recomendaciones de la guía PRISMA (50). Se llevó a cabo una búsqueda de literatura científica disponible publicada entre el 1.º de enero del 2007 y el 31 de diciembre del 2019 en las diferentes bases de datos a las cuales se encuentran adscritas la Universidad Tecnológica de Pereira, la Universidad Libre y la Universidad del Cauca. Las bases de datos consultadas fueron por orden alfabético: Dialnet, Lexbase, Leyex.Info, Medline vía PubMed, Multilegis, Proquest, Google Scholar, SciELO, Science Direct, Scopus y Universia. Se incluyeron estudios originales, revisiones, artículos de reflexión y de opinión referidos exclusivamente al efecto generado por la legalización o no legalización del aborto. La estrategia de búsqueda en español empleó términos DECS: (“Aborto AND Colombia”; “Aborto AND Latinoamérica”) y en inglés, términos MESH (“Abortion AND Colombia”; “Abortion AND Latin America”; “Abortion AND Law”; “Induced Abortion AND First trimester”).

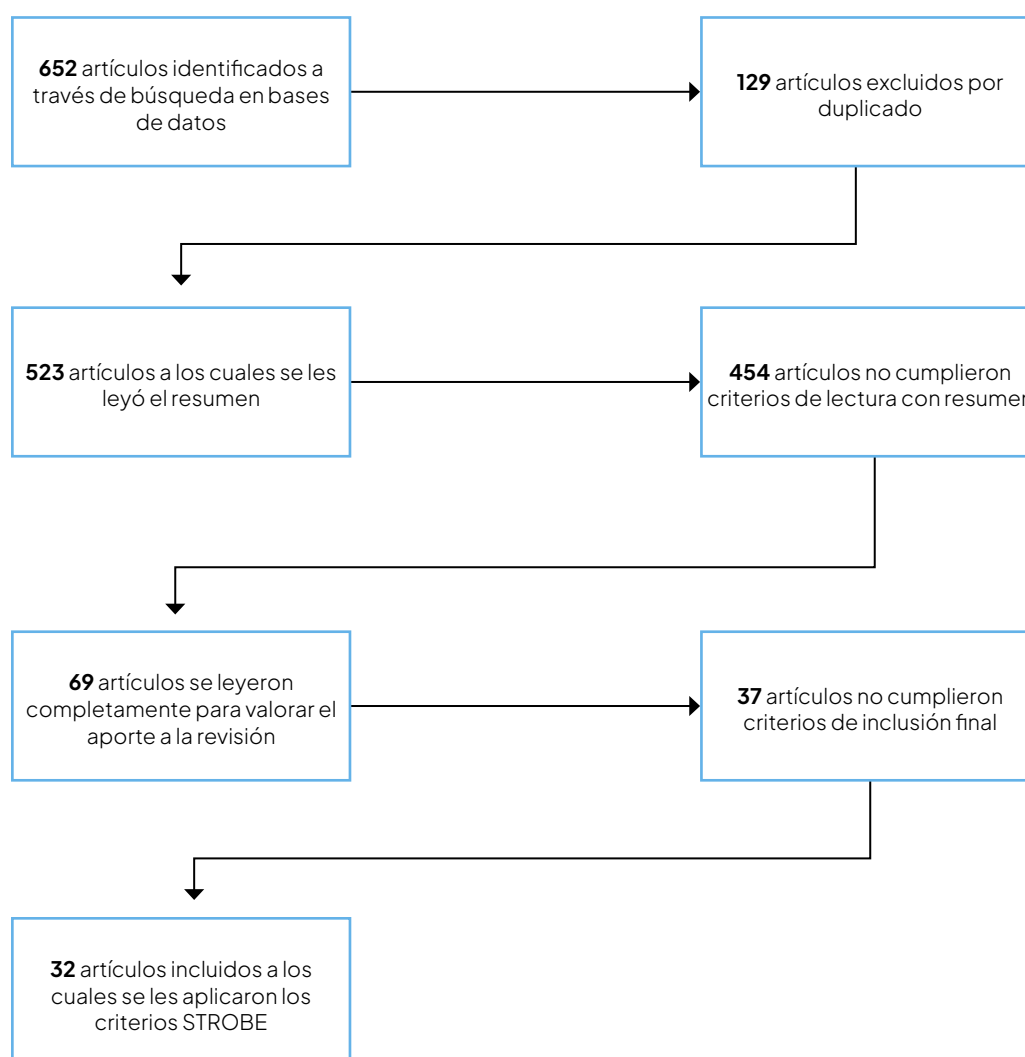
La búsqueda inicial se realizó entre septiembre y diciembre del 2019. Se excluyeron artículos duplicados. Dos autores revisaron de modo independiente el resumen, el título o ambas secciones de cada artículo obtenido con las estrategias de búsqueda. Se tuvieron en cuenta tres criterios de lectura para determinar si el documento era elegible para lectura completa: describir con claridad el impacto de la legalización del aborto, indicar la morbilidad materna y los costos asociados en abortos ilegales y describir los cambios que ha presentado la legislación colombiana en torno al aborto. Aquellos manuscritos que cumplieron criterios de lectura, fueron descargados en texto completo sin restricción por el idioma. Dos autores evaluaron independientemente la presencia de datos descriptivos o inferenciales que establecieran su aporte a la revisión para ser finalmente incluidos, cualquier desacuerdo fue resuelto por el tercer autor. Para evaluar el riesgo de sesgo, los artículos fueron sometidos a una evaluación de calidad según las recomendaciones STROBE (51, 52), las cuales consisten en 32 recomendaciones para el reporte adecuado de estudios epidemiológicos observacionales distribuidos en 22 ítems. Cada ítem tenía tres opciones: Sí (cumplía el criterio), No (no cumplía el criterio) o No aplicable. En marzo del 2022 se realizó una búsqueda de confirmación con los mismos parámetros para verificar la información y disminuir los sesgos.

De forma complementaria, se construyó una línea jurisprudencial que incluyó los pronunciamientos más relevantes realizados por la Corte Constitucional de Colombia que hacen mención directa al aborto o a la IVE, excluyendo aquellos cuyo fundamento o finalidad fuera reiterativa o redundante. En cuanto a la búsqueda de sentencias, se debe precisar sobre el antes y el después de la Constitución política de 1991, momento en el que se incluyó el carácter social, democrático y participativo, donde prevalece un Estado social y democrático de derecho, que implica la aparición de los derechos fundamentales y las nuevas acciones constitucionales para su protección, donde la Corte Constitucional es la responsable directa de velar por la constitucionalidad de las normas que rigen al país. A partir de ese momento, se incorporó un nuevo modelo de jerarquización del Estado, es decir, de sus jueces, esto con el fin de garantizar el acceso y dar solución a los problemas de los colombianos, teniendo en cuenta la gravedad y la importancia de cada asunto.

## Resultados

Las estrategias de búsqueda arrojaron como resultado 652 artículos, de los cuales se excluyeron 129 por ser duplicados; se leyó el resumen de los 523 restantes y 69 de ellos cumplieron con los criterios de lectura. Se excluyeron 37 artículos por no hacer un aporte claro a la revisión (datos descriptivos y/o inferenciales) (véase Figura 1). Los 32 artículos incluidos se evaluaron con las normas STROBE.

**Figura 1.** Diagrama de flujo de la selección de artículos según normas PRISMA



Se seleccionaron 15 artículos en español, de los cuales 8 fueron publicados en revistas colombianas. Los 7 restantes, al igual que los 17 textos en inglés, se encuentran publicados en revistas internacionales dentro de las cuales se destacan *New England Journal of Medicine*, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* y *Reproductive Health Matters*. Los artículos incluidos en el estudio presentaron un cumplimiento global de las recomendaciones STROBE en un 52,6%.

## Interrupción voluntaria del embarazo en Colombia

El 14 de abril del 2005 fue presentada una acción pública de inconstitucionalidad ante la Corte Constitucional colombiana, la cual argüía la declaración de inexequibilidad del artículo 122 del Código Penal (Ley 599 del 2000). Dicho artículo criminalizaba el aborto sin excepción, lo que convertía a Colombia en uno de los países con leyes más restrictivas en el mundo (2, 8, 46). La demanda reclamaba que penalizar la IVE cuando el embarazo es resultado de una violación, existe una malformación del feto que es incompatible con la vida extrauterina o ante peligro para la salud o la vida de la mujer viola el derecho a la salud, a la integridad física, a la no discriminación, a la igualdad, a la autonomía reproductiva, argumentos que fueron acogidos el 10 de mayo de 2006 cuando la Corte Constitucional profirió la mencionada sentencia C-355 (3, 19, 22, 25–29).

Posteriormente, la IVE comenzó a ser contemplada por la ley colombiana (16, 44); sin embargo, su despenalización condicionada a los tres causales visibilizó la gran desigualdad entre mujeres que no podían acceder a la IVE por condiciones diferentes a las tres causales, lo cual afectaba especialmente a aquellas en condición socioeconómica desfavorable (47, 48). Con el trasfondo de la sentencia C-355, la fecundidad disminuyó significativamente, mientras que la tasa de abortos en Colombia aumentó aproximadamente el 8% (de 26 en 1989 a 39 en el 2008 por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva), lo cual corresponde a 400.000 abortos de los cuales 322.000 fueron legales (29).

Debido a la ausencia de un plan de políticas públicas integrales para la IVE en Colombia, el número de instituciones preparadas y habilitadas para realizar estos procedimientos es limitado, razón por la cual un importante número de abortos, incluso legales, fueron realizados por proveedores no capacitados lo que generó una exposición o riesgo a desarrollar complicaciones y secuelas en las pacientes e impuso una alta e innecesaria carga al sistema de salud (13, 23). Así, hasta 93.300 mujeres colombianas son tratadas anualmente por complicaciones asociadas a abortos inseguros; con una mortalidad materna de 75 muertes por cada 100.000 nacidos vivos; de estos casos el 12 % se da por complicaciones asociadas a abortos inseguros (28–30, 37–39).

Entre 1994 (pre- C-355–2006) y 2007 (post: C-355–2006) la proporción de muertes maternas causadas por abortos inseguros se redujo aproximadamente a la mitad, pasando del 16 % al 9 % (28, 29, 38). Tomando como base la estimación de la OMS, de unas 780 muertes maternas ocurridas en Colombia en el 2008, se concluye que aproximadamente 70 mujeres murieron debido a abortos inseguros, siendo esta quizá la causa más evitable de mortalidad materna para este año. En general, se estima que cada año un total de 132.000 mujeres sufren complicaciones debido al aborto inducido practicado en condiciones clandestinas, es decir, 40.000 más de las que consultan a servicios de urgencias (53–55).

Aunque las muertes maternas relacionadas con el aborto inseguro han disminuido en términos de frecuencias, los primeros análisis tras la promulgación de la C-355 no evidenciaron un impacto estadísticamente significativo en términos de mortalidad materna, lo cual fue explicado por la ausencia de sitios habilitados para la ejecución de procedimientos y barreras socioeconómicas para su acceso, razón por la cual la comunidad continuaba solicitando la legalización de la IVE, para garantizar el principio de voluntad y autonomía de la mujer (37, 38, 49).

Como si fuera poco, los análisis realizados sólo incluían complicaciones a corto plazo, sin embargo, complicaciones a largo plazo como infertilidad o enfermedad pélvica inflamatoria crónica pasaron a un segundo plano, dejando un vacío en el conocimiento que requiere ser estudiado (27–29).

La Corte Constitucional se pronunció mediante la sentencia C-055 del 2022 en la cual despenalizó la IVE hasta la semana 24 de gestación y mantuvo la aplicación de la sentencia C-355 del 2006 con las causales conocidas sin límite en cuanto a la edad gestacional. Adicionalmente instó al Congreso de la República y al Gobierno nacional a formular y aplicar una política pública integral que pueda ser aplicada en cada región del país (27). Para dar cumplimiento a esta petición de la Corte Constitucional, se requiere de un análisis profundo tanto de datos y recomendaciones nacionales e internacionales sobre la IVE, como del contexto de la legislación y del sistema de salud colombiano. Durante 2023, estas sentencias han sido mantenidas mediante el Auto-243 y el Auto-660, sin embargo, es un debate que persistirá abierto en Colombia, por sucesos como la reciente sentencia T-158 de 2023 sustanciada por el magistrado Antonio José Lizarazo Ocampo, que resolvió prevenir a la Asociación Indígena del Cauca, al Cabildo Indígena de Polindara y la IPSI Totoguampa, para que en adelante, valoren de manera completa, cierta y exhaustiva las razones que justificarían la realización de una IVE, en atención a las particularidades de la situación de la población indígena.

Hacer un análisis detallado del contexto del sistema de salud colombiano escapa de los objetivos de la presente revisión; sin embargo, se decidió construir una línea jurisprudencial con los pronunciamientos más relevantes de la Corte Constitucional sobre la IVE y el aborto, incluyendo pronunciamientos sobre la legislación previa (Decreto 100 de 1980), y la actual legislación que fue expedida el 24 de julio de 2000 (Ley 599 de 2000) hasta el 31 de diciembre del 2022 (véase Tabla 1) (25, 27, 39, 40).

**Tabla 1.** Línea jurisprudencial sobre el aborto en Colombia

Sentencia	Año	Magistrado ponente	Pronunciamiento
C-133	1994	Antonio Barrera C.	La Corte Constitucional por medio de la sentencia C-133/94, le reconoció al nasciturus el derecho fundamental a la vida, así: “la Corte equipara al no nacido a la persona humana y le otorga protección absoluta por ser expresión del valor de la vida.
C-213	1997	Eduardo Cifuentes M.	La Corte Constitucional por medio de la sentencia C-213/97, concluye que la mujer embarazada como resultado de acceso carnal violento, abusivo o de inseminación artificial no consentida que causare el aborto o permitiere que otro se lo cause, incurrirá en arresto de cuatro meses a un año. En la misma pena incurrirá el que causare el aborto por estas circunstancias.
C-013	1997	José Gregorio Hernández Galindo	La Corte Constitucional por medio de la sentencia C-013/97, concluye que la mujer embarazada como resultado de acceso carnal violento, abusivo o de inseminación artificial no consentida que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause, incurrirá en arresto de cuatro meses a un año. En la misma pena incurrirá el que causare el aborto por estas circunstancias.
C-647	2001	Alfredo Beltrán Sierra	La sentencia C-647/01, tipifica el delito del aborto, ya sea que la mujer se lo cause a sí misma, o permita que otro se lo cause. Así mismo establece como circunstancias de atenuación punitiva el embarazo que fuere resultado de conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, de transferencia de óvulo fecundado no consentida o de inseminación artificial sin consentimiento de la mujer.
C-1299	2005	Álvaro Tafur A.	En la sentencia C-1299/05 asegura que las barreras legales que impiden el acceso a tratamientos médicos que sólo requieren las mujeres para proteger su vida o su salud constituyen una violación del derecho a la igualdad en el derecho internacional.
C-1300	2005	Marco G. Monroy C.	La sentencia C-1300/05 hace referencia a que la mujer que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años. A la misma sanción estará sujeto quien, con el consentimiento de la mujer, realice la conducta prevista en el inciso anterior.”
C-198	2002	Clara Inés Vargas H.	Inconstitucionalidad del parágrafo del artículo 124 de la Ley 599 del 2000 que hace referencia al aborto eugenésico
C-355	2006	Jaime Araujo R. y Clara I. Vargas H.	Considerada como la sentencia base para la despenalización el aborto en tres causales en Colombia: por malformación del feto; condición de salud (discapacidad física o mental) de la mujer que se encuentra en estado de embarazo; por acceso carnal violento (violación), incesto o inseminación artificial no consentida.
Auto-360	2006	Manuel José Cepeda Espinosa	Es la respuesta a la solicitud de nulidad de la sentencia C-355 del 2006 que aducía la falta de congruencia con el contenido de las demandas de inconstitucionalidad y la falta de competencia y jurisdicción. La respuesta de la Corte fue negar esta petición.
T-171	2007	Jaime Córdoba Triviño	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	Año	Magistrado ponente	Pronunciamiento
T-636	2007	Humberto Antonio Sierra Porto	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.
T-988	2007	Humberto Antonio Sierra Porto	La Corte reitera el derecho a la IVE por causal de 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.
Auto-292	2008	Clara Inés Vargas H.	Resuelve la solicitud de nulidad instaurada por Coomeva EPS (práctica de aborto en Cúcuta)
T-209	2008	Clara I. Vargas H. y Jaime Araujo R.	Se definen las condiciones para apelar a la objeción de conciencia, entendido como un recurso individual el médico del que solo podrá hacer uso si se garantiza una remisión efectiva para la prestación del servicio de IVE a otro profesional competente.
T-946	2008	Mauricio González Cuervo	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.
T-009	2009	Rodrigo Escobar Gil	Se 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. Además, se indica que las mujeres menores de 14 años tienen derecho a la IVE, y debe respetarse su decisión incluso si sus padres no están de acuerdo con esta.
Auto-279	2009	Jorge Iván Palacio	Avoca el trámite de cumplimiento de la sentencia T-209 de 2008.
T-388	2009	Juan Carlos Henao Pérez	Reitera que las consecuencias en la salud no están referidas únicamente a la salud física, certificada por un médico, sino también a la afectación de la salud mental certificada por profesionales en psicología. Además ordena la implementación de procesos masivos de educación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.
T-585	2010	Humberto Antonio Sierra Porto	Esta sentencia establece que los derechos sexuales y reproductivos, incluida la IVE, son parte de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución de 1991.
T-636	2011	Luis Ernesto Vargas Silva	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.
T-841	2011	María Victoria Calle Correa	Establece que el riesgo para la salud mental de la mujer es razón suficiente para llevar a cabo una IVE. Se reitera un plazo de cinco (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.
T-627	2012	María Victoria Calle Correa	La Corte señala la autodeterminación reproductiva, reconoce, respeta y garantiza la facultad de las personas de decidir libremente sobre la posibilidad de procrear o no, cuándo y con qué frecuencia. Ordenando nuevamente la inclusión del misoprostol en el Plan Obligatorio de Salud.



Sentencia	Año	Magistrado ponente	Pronunciamento
Ley Orgánica 11	2015		Refuerza la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. Faculta a menores de edad y a personas con capacidad modificada para acceder a la IVE, con su manifestación de voluntad, más el consentimiento expreso de sus representantes legales.
SU-096	2018	José Fernando Reyes Cuartas	La Corte se manifiesta con relación a la causal de cuando el embarazo constituye un peligro para la vida o la salud de la mujer; señala que esta "no cobija exclusivamente la afectación de la salud física de la mujer gestante sino también aquellos casos en los cuales resulta afectada su salud mental". Además, sobre los plazos para la práctica del aborto, la Corte señala que la línea jurisprudencial no impone límite alguno a la edad gestacional.
C-055	2022	Antonio José Lizarazo Ocampo y Alberto Rojas Ríos	Se resuelve modificar el artículo 122 del Código Penal, despenalizando el aborto cuando se realice antes de la semana 24 de gestación. Después de este periodo, se mantienen las tres (3) causales despenalizadas en 2006, sin límite de tiempo de gestación: a) cuando existe peligro para la salud o la vida de la mujer; b) cuando existe grave malformación del feto que haga inviable su vida; c) cuando el embarazo sea resultado de violación, incesto o inseminación no consentida.
Auto-243	2023	Antonio José Lizarazo Ocampo y Natalia Ángel Cabo	El 01 de marzo de 2023, en sala plena, mediante el auto-243, se resuelve negar solicitudes de nulidad presentadas.
Auto-660	2023	Natalia Ángel Cabo	El 04 de mayo de 2023, mediante el auto-660, se resuelve dejar en firme las sentencias C-355 de 2006 y C-055 de 2022, rechazando la demanda de inconstitucionalidad presentada.
T-158	2023	Antonio José Lizarazo Ocampo	Resolvió prevenir a la Asociación Indígena del Cauca, al Cabildo Indígena de Polindara y la IPSI Totoguampa, para que en adelante, valoren de manera completa, cierta y exhaustiva las razones que justificarían la realización de una IVE, en atención a las particularidades de la situación de la población indígena.

C = Constitucionalidad; T = Tutela; SU = Sentencia de unificación.

## IVE en el mundo

Existen dos vías de aborto: la quirúrgica y la farmacológica. La primera fue la única disponible entre 1970 y mediados del año 2000 en Estados Unidos; registra una frecuencia de complicaciones del 5 % al 17 % y se destaca las secuelas psicológicas en las pacientes (42). La segunda involucra antagonistas de la progesterona y análogos de prostaglandina. Realizada en condiciones adecuadas, configura un procedimiento muy seguro, con un riesgo de complicación menor del 1 %, al dejar solo sangrados leves de máximo 2 días de duración (39, 41–47).

En Estados Unidos, se realizaron 1,2 millones de abortos durante el 2008; se estima que una de cada tres mujeres será sometida a esta práctica al menos una vez en su vida antes de llegar a la menopausia, siendo una de las intervenciones médicas más frecuentes. Aproximadamente el 90 % de los abortos se realizan durante el primer trimestre por ser embarazos no deseados, pero una pequeña porción (1–2 %) se practica de forma tardía por alteraciones fetales o enfermedades serias en la mujer (10, 41).

En el mundo, los 82 países con legislaciones restrictivas sobre el aborto presentan tasas de 23 abortos inseguros por cada 1.000 mujeres en edades entre 15–49 años; los 52 países que permiten la IVE registran una media de abortos inseguros de solo 2 por 1.000 mujeres entre 15–49 años (53–55). Lo anterior evidencia que la restricción no limita la finalización del embarazo ni lleva al nacimiento de un individuo,

sino, por el contrario, genera un riesgo prevenible de complicaciones que ameritan atención intrahospitalaria, además de costos asociados y secuelas, que pueden estar presentes en hasta un 50 % de los abortos inseguros, frente a solo un 5 % de las IVE (27–33, 37, 53–55).

Veinte años después de la legalización del aborto en Estados Unidos, los índices de homicidio, crimen y demás problemas sociales disminuyeron notablemente, lo que trajo consigo múltiples investigaciones por medio de las cuales fue posible afirmar que su legalización acarrea un impacto en el número de asesinatos. La teoría que respaldó dicha afirmación sugiere que aquellas personas nacidas, no planeadas ni deseadas tienen mayor riesgo de contraer problemas psicológicos, mayor consumo de sustancias psicoactivas y propensión a presentar aptitudes notablemente agresivas hacia otras personas (4, 10, 43, 56). Estos resultados promovieron la legalización del aborto a nivel mundial hasta que en el 2009 se publicaron resultados que contradecían tales beneficios (57, 58), lo que generó entre el 2011 y el 2014 un aumento de las restricciones contra el aborto en Estados Unidos y España (30, 45). Estas oscilaciones llevan a modificar la jurisprudencia sobre el tema y evidencia el continuo debate a nivel global sobre los derechos reproductivos de la mujer (14, 59, 60).

Como parte de la sociedad médica, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ha participado activamente en la búsqueda de estrategias que lleven a reducir la morbimortalidad materna, estableciendo como prioridad la reducción del aborto inseguro y sus consecuencias. Para esto, creó un grupo de trabajo integrado por representantes en varios países alrededor del mundo con la colaboración de la OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), la International Women's Health Coalition, la Universidad de Columbia, Engenderhealth y el Centro de Derechos Reproductivos (20, 31, 61–63). Sus conclusiones han evidenciado la necesidad de implementar políticas institucionales sobre el manejo integral de la IVE para reducir el número de embarazos no deseados y abortos repetidos ulteriores, pues el aborto inseguro es una pandemia ignorada que sugiere un peligro para la vida de la mujer (27).

## Discusión

Hasta hace pocos años, al enfrentar un embarazo no planeado, las mujeres se veían forzadas a llevarlo a término o a buscar un aborto ilegal e inseguro, el cual podía llevar a la muerte en aproximadamente el 13 % de los casos (26). La prohibición de la IVE generó 21,2 millones de abortos inseguros a nivel mundial durante el 2008 y la muerte de 47.000 mujeres al año, es decir, más de 128 mujeres por día (13, 31).

La proporción de madres adolescentes ha presentado un alza en las últimas décadas en numerosos países de Suramérica, con algunas excepciones como Paraguay. Sobresale el caso de Colombia que, de acuerdo con información de las Encuestas de Demografía y Salud de la Región, es el país de la región con mayor aumento en la prevalencia de embarazo adolescente (proporción de adolescentes madres o embarazadas) entre 1990 y 2005 llegando a un 20,5 %, del cual el 67,0 % es no deseado (5, 28, 29).

La evidencia actual sugiere que por medio de un abordaje integral y temprano de la IVE se logra disminuir los costos directos e indirectos, el número de procedimientos, las estancias hospitalarias, así como mejorar la calidad de vida (30, 61, 64, 65). Los costos aproximados de la IVE farmacológica oscila entre los USD 33 en ausencia de complicaciones y los USD 132 cuando se asocia a complicaciones; el costo de la IVE instrumentalizada vía aspiración ronda los USD 90 en comparación con los USD 374 en pacientes con complicaciones, y el proceso de dilatación y curetaje pueden estar costando USD 458, que pueden ascender hasta los USD 2.000 en aquellas pacientes con complicaciones (30, 31).

En Colombia, los costos directos de la IVE oscilan entre USD 44 y USD 141, pero pueden ascender por encima de los USD 972 cuando se presentan complicaciones que ameritan manejo quirúrgico o uso de unidades de cuidados intensivos, lo que representa un costo anual para el sistema de salud cercano a los 14 millones de dólares anuales (66, 67), valor superior al estimado para la construcción e implementación de la política integral de IVE que demanda la sociedad colombiana y las sentencias C-355 del 2006 y C-055 del 2022 (27, 66–69).

Desde una perspectiva de salud pública y de economía de la salud, la construcción e implementación de políticas públicas integrales deben estar basadas en la mejor evidencia científica disponible, así como, estar en constante actualización, como el caso de la IVE, donde se debe combatir a la pandemia ignorada del aborto inseguro.

## Conclusiones

Esta revisión narrativa permitió identificar los argumentos más sólidos disponibles en la literatura científica sobre la IVE en Colombia.

Además, es la primera revisión de este tipo sobre el aborto en Colombia que describe de forma rigurosa y crítica el impacto de su legalización y la implementación de la IVE, con base en el análisis de literatura científica local e internacional contrastado con los avances de la legislación colombiana.

Esta revisión presenta algunas limitaciones. Desde la perspectiva de la atención primaria, faltó profundizar de un modo más extenso en connotaciones psicosociales, éticas, de promoción, prevención y rehabilitación de la mujer que lleva a cabo una IVE. La principal limitación metodológica radicó en utilizar variaciones de la estrategia PRISMA, por lo que esta no configura una revisión sistemática de la literatura; por su parte, la estrategia STROBE fue diseñada para analizar estudios observacionales de cohortes, casos y controles, y estudios transversales, mientras que en este estudio se incluyeron otro tipo de artículos, como trabajos cualitativos sobre aspectos legales, éticos, bioéticos, de derechos, sobre el posicionamiento de los ciudadanos, etc., en los cuales no se pueden valorar algunas variables cuantitativas, siendo su aplicación inadecuada en este tipo de estudios.

Resulta pertinente generar más investigación sobre los desenlaces clínicos y factores asociados a la legalización del aborto con conocimiento y participación gubernamental que permitan tomar acciones basadas en la ciencia con enfoque social.

## Agradecimientos

A los familiares, amigos y colegas que realizaron lecturas críticas del manuscrito, especialmente a los doctores Víctor A. Castrillón Muñoz (PhD en derecho), Daniel E. Henao (magíster en Epidemiología Clínica y Salud Colectiva) y William Andrés Ordoñez Bastidas (magíster en derecho médico).

## Conflictos de interés

Los autores manifiestan no presentar ningún conflicto de interés.

## Financiación

Los autores no recibieron ninguna financiación para la realización de la presente revisión.

## Referencias bibliográficas

1. Brunerie-Kauffmann J. Interrupción voluntaria del embarazo. EMC - Trat Med [Internet]. 2005;9(4):1-4. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(05\)70363-9](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(05)70363-9)
2. De Jesús L, Frank M. Aborto y derechos prenatales en América Latina y el Caribe: un análisis comparativo de leyes y jurisprudencia relevantes tras la adopción de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. *Ars Boni et Aequi*. 2014;10(1):11-100.
3. García-Pereáñez J. Consideraciones sobre la despenalización del aborto en Colombia. *Iatreia*. 2010;23(3):294-301.
4. Harris LF, Awoonor-Williams JK, Gerds C, Gil-Urbano L, González-Vélez AC, Halpern J, et ál. Development of a conceptual model and survey instrument to measure conscientious objection to abortion provision. *PLOS ONE* [Internet]. 2016;11(10):e0164368. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164368>
5. Torres A. Colombia: la Iglesia católica y el control de la natalidad en los años sesenta. *Hye* [Internet]. 2015;(43):145-69. Disponible en: <https://doi.org/10.25100/hye.v10i43.1212>
6. Escobar-Picasso E, Escobar-Cosme AL. Principales corrientes filosóficas en bioética. *Bol med Hos Infant Mex*. 2010;67(3):196-203.

7. León F. Morning-After decisions: Legal mobilization against emergency contraception in Chile. *Mich J Gender & L.* 2014;21:123.
8. Zárate A. ¿Es el aborto un derecho sexual y reproductivo de la mujer? Análisis desde el bioderecho, la bioética, la biopolítica y la biojurídica en Estados Unidos, España y Colombia. *Rev Latinoam Bioética.* 2014;27(2):12–27.
9. Torres J. Límites en la interrupción avanzada del embarazo. *Med Clínica [Internet].* 2011;136(11):491–94. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.09.027>
10. Whelan P. Abortion rates and universal health care. *N Engl J Med.* 2010; 362(13): e45. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1002985>
11. Lamas M. El aborto en la agenda del desarrollo en América Latina. *Perf Latinoam.* 2008;16(31):65–93.
12. López E. Aborto inducido: ¿ignorancia o negación de una tragedia? *Rev Salud Colect.* 2014;10(2):153–56.
13. Fink LR, Stanhope KK, RoCHAT RW, Bernal OA. “The Fetus is my patient, too”: Attitudes toward abortion and referral among physician conscientious objectors in Bogotá, Colombia. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2016;42(2):71–80. Disponible en: <https://doi.org/10.1363/42e1016>
14. Koch E, Bravo M, Gatica S, Stecher JF, Aracena P, Valenzuela S, et ál. Sobrestimación del aborto inducido en Colombia y otros países latinoamericanos. *Ginecol Obstet Mex.* 2012;80(5):360–72.
15. Rossi M, Triunfo P. Aborto en Uruguay y América Latina: el posicionamiento de los ciudadanos. *Equidad Desarro.* 2012;(18):9–21. Disponible en: <https://doi.org/10.19052/ed.1787>
16. Ruibal A. Movement and counter-movement: A history of abortion law reform and the backlash in Colombia 2006–2014. *Reprod Health Matters [Internet].* 2014;22(44):42–51. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)44803-1](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(14)44803-1)
17. Drovetta R. Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women’s access to safe abortions in Latin America. *Reprod Health Matters [Internet].* 2015;23(45):47–57. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.06.004>
18. Malagón L. El reconocimiento del derecho fundamental a abortar: un camino para evitar la desigualdad. *Rev. Derecho del Estado.* 2006;19:3.
19. Zárate A. Implicaciones bioéticas y biojurídicas de la objeción de conciencia institucional con relación al aborto en el ordenamiento jurídico colombiano. *Rev Prolegómenos.* 2011;14(27): 43–56. Disponible en: <https://doi.org/10.18359/prole.2398>
20. Piekarewicz M. Bioética, aborto y políticas públicas en América Latina. *Rev Bioét Derecho [Internet].* 2015;(33):3–13. Disponible en: <https://doi.org/10.1344/rbd2015.Extra.14712>
21. Angulo C, Luque J. Panorama internacional de los derechos humanos de la mujer: una mirada desde Colombia. *Rev Derecho.* 2008;(29):23–54.
22. Maldonado-Castañeda O. Cortes, Expertos y grupos de interés: movilización y localización del conocimiento experto en la sentencia C-355 de 2006. *Univ Humaníst [Internet].* 2014;77: 327 - 353. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UH77.cegi>
23. Laza C, Castiblanco R. Experiencias y opiniones de los profesionales de la salud frente a la despenalización del aborto. *Rev Cubana Salud Pública.* 2013;39:939–49.
24. Organización Mundial de la Salud. Norma técnica para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Bogotá: Organización Mundial de la Salud; 2006.
25. Álvarez JS. Análisis de las sentencias de la Corte Constitucional de Colombia sobre la despenalización parcial del aborto. *Foro Rev Derecho.* 2017;(9):219–36.
26. Díaz E, García MCC, Crisanchó KR, Salas EP, Hauzeur EB. Obstacles and challenges following the partial decriminalization of abortion in Colombia. *Reprod Health Matters [Internet].* 2010;18(36):118–26. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(10\)36531-1](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(10)36531-1)
27. Hinojosa-Millán S, Suarez-Orozco L, Gómez-Jaramillo V, Sánchez-Duque JA. La pandemia ignorada del aborto inseguro: una llamada a la acción. *Semergen [Internet].* 2022;49(3):101909. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2022.101909>

28. Prada E, Singh S, Remez L, Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: casas y consecuencias. Bogotá: Guttmacher Institute; 2011.
29. Prada E, Biddlecom A, Singh S. Induced abortion in Colombia: New estimates and change between 1989 and 2008. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2011;114–24. Disponible en: <https://doi.org/10.1363/3711411>
30. Rodriguez MI, Mendoza WS, Guerra-Palacio C, Guzman NA, Tolosa JE. Medical abortion and manual vacuum aspiration for legal abortion protect women's health and reduce costs to the health system: findings from Colombia. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2014;22:125–35. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)43788-1](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(14)43788-1)
31. Vlassoff M, Singh S, Onda T. The cost of post-abortion care in developing countries: A comparative analysis of four studies. *Health Policy Plan*. 2016;31(8):1020–30. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapol/czw032>
32. Weitz TA, Taylor D, Desai S, Upadhyay UD, Waldman J, Battistelli MF, et ál. Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *Am J Public Health*. 2013; 103: 454 - 461. Disponible en: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301159>
33. World Health Organization. Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems. Ginebra: World Health Organization; 2012.
34. Fundación Liderazgo y Democracia. Aborto: presente y futuro en Colombia. ¿Quién toma el liderazgo sobre una difícil decisión? [Internet]. La Silla Vacía. 2015, nov. 11. Disponible en: <http://lasillavacia.com/silla-llena/red-l-der/historia/foroaborto-presente-y-futuro-en-colombia-qui-n-toma-el-liderazgo>
35. Sandoval-Rojas N. La movilización social en tiempos de la Constitución: feministas, indígenas y víctimas de crímenes de Estado ante la Corte Constitucional colombiana. *Colombia Int*. 2013;79(1):191–217.
36. Hamel MB, Ruger JP, Ruger TW, Annas GJ. The elusive right to health care under US Law. *N Engl J Med* [Internet]. 2015;372:2558–63. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMhle1412262>
37. Prada E, Singh S, Villarreal C. Health consequences of unsafe abortion in Colombia, 1989–2008. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012; 118: S92 - S98. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60006-X](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60006-X)
38. Díaz-Amado E. Abortion: Ethically inconclusive legally and politically feasible. *Rev Latinoam Bioética*. 2009;9:114–23.
39. Bernal-Crespo JS. Los derechos fundamentales de las menores en las causales de despenalización del aborto (juez de tutela y Corte Constitucional colombiana). *Rev Derecho (Valdivia)*. 2012;25(1):227–35.
40. Madies CV, Cantafo FF. Defensa al derecho fundamental a la reproducción – Sentencia T-627 de 2012 de la Corte Constitucional de Colombia. *R Dir Sanit*. 2014; 15 (1): 171 - 178. Disponible en: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v15i1p171-178>
41. Templeton A, Grimes DA. A request for abortion. *N Engl J Med*. 2011;365:2198–204. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1103639>
42. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard Ø, Mortensen PB. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *N Engl J Med*. 2011;364:332–39. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0905882>
43. Donohue J, Levitt S. The impact of legalized abortion on crime. *Q J Econ*. 2011;379–420. Disponible en: <https://doi.org/10.1162/00335530151144050>
44. Gómez C. Visibilizar, influenciar y modificar: despenalización del aborto en Colombia. *Nómadas*. 2006;24:92–105.
45. Miranda B. Debate sobre el aborto se toma la agenda política de varios países. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2014;79(1):67–68. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0717-75262014000100012>
46. Molina C, Roldán S. La distancia entre el discurso jurídico y la práctica del aborto en Colombia. *Rev Opin Jurid*. 2006;5(10):15–31.

47. Sandoval-Vargas YG, Eslava-Schmalbach JH. Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años (2000–2001), (2005–2006) y (2008.2009). *Rev Salud Pública*. 2013;15:529–41.
48. 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 Publica*. 2023;47:e49. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.49>
49. Oyarzún E. Por qué el proyecto de ley sobre aborto inducido en 3 causales no es presentable ni viable. *Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]*. 2015; 80:196–7. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0717-75262015000200017>
50. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche P, Loannidis JP, et ál. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *Ann Intern Med*. 2009;151:W-65–W-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>
51. VonElm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandembroucke JP, et ál. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Prev Med*. 2007;45:247–51. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.08.012>
52. Vandembroucke JP, VonElm E, Altman DG, Gotsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et ál. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Ann Intern Med*. 2007;147:W-163–W-94. Disponible en: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010-w1>
53. Fawcus SR. Maternal mortality and unsafe abortion. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2008; 22: 533 – 548. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2007.10.006>
54. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, et ál. Unsafe abortion: The preventable pandemic. *Lancet*. 2006; 368: 1908 – 1919. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69481-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69481-6)
55. Haddad LB, Nour NM. Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality. *Rev Obstet Gynecol*. 2009; 2:122. PMID: 19609407.
56. Donohue JJ, Grogger J, Levitt SD. The impact of legalized abortion on teen childbearing. *Am Law Econ Rev*. 2009;11(1):24–46. Disponible en: <https://doi.org/doi.org/10.2139/ssrn.2900898>
57. Joyce T. A simple test of abortion and crime. *Rev Econ Stat*. 2009; 91:112–23. Disponible en: <https://doi.org/10.1162/rest.91.1.112>
58. Shoemith GL. Crime, teenage abortion, and unwantedness. *Crime Delinq*. 2017; 63(11): 1458 – 1490. Disponible en: <https://doi.org/0011128715615882>
59. Jefatura del Estado, España. Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo., Boletín Oficial del Estado. 2010 mzo. 3;55:21001–014. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2>
60. Roura C. Declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO sobre la Ley Orgánica 2/2.010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. *Prog Obstet Ginecol*. 2011;54(2):96–99.
61. Gómez-Sánchez PI, Escandón I, Gaitán-Duarte H. Evaluación de la atención integral al pos-aborto en 13 hospitales de Colombia. *Rev Salud Pública*. 2007; 9: 241–52.
62. Mesa-Salamanca CA, Junca-Rodríguez GA. Análisis de reducción de la fecundidad en Colombia: modelo de determinantes próximos. *Cuad Econ*. 2011;30:127–50.
63. Gómez-Sánchez PI, Urquijo-Velásquez LE, Villarreal C. Estrategia FIGO para la prevención del aborto inseguro. Experiencia en Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]*. 2011;62(1):24–35. Disponible en: <https://doi.org/10.18597/issn.0034-7434>

64. Baum S, De Piñeres T, Grossman D. Delays and barriers to care in Colombia among women obtaining legal first- and second- trimester abortion. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015; 131: 285 - 288. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.036>
65. Monterrosa-Castro A, Paternina-Caicedo AJ, Alcalá-Cerra G. Aborto inducido en Cartagena, Colombia: estimación mediante la "Metodología de Complicaciones de Aborto Inducido". *Rev Salud Pública* [Internet]. 2011;13:253-61.
66. Prada E, Maddow-Zimet I, Juarez F. The cost of postabortion care and legal abortion in Colombia. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2013; 39(3): 114 - 123. Disponible en: <https://doi.org/10.1363/3911413>
67. Ordóñez-Bastidas WA, Ordóñez-Fernández JW, Ramírez-Guevara LD. Consentimiento informado en medicina anticonceptiva, interrupción voluntaria del embarazo y ecografía prenatal en Colombia. *Principia Iuris*. 2020;17(37):11-34.
68. Sánchez-Duque JA, Su Z, Rosselli D, Chica-Ocampo MC, Lotero-Puentes MI, Bolaños-Portilla AN, et ál. The ignored pandemic of public health corruption: A call for action amid and beyond SARS-COV-2/COVID-19. *J Exp Biol Agric Sci* [Internet]. 2021;9(2):108-16. Disponible en: [https://doi.org/10.18006/2021.9\(2\).108.116](https://doi.org/10.18006/2021.9(2).108.116)
69. Villanueva-Bedoya J, Valencia-Guizado A, Álzate-González MF, Sánchez-Duque JA. Conocimiento científico y medios de comunicación: desafíos del periodismo científico en Colombia. *Rev Inv Andina* [Internet]. 2020;19 (35):105-16. Disponible en: <https://doi.org/10.33132/01248146.950>