	<b>GESTIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS Y BIBLIOTECARIOS</b>	<b>CÓDIGO</b>	FO-GS-15		
		<b>VERSIÓN</b>	02		
	<b>ESQUEMA HOJA DE RESUMEN</b>	<b>FECHA</b>	03/04/2017		
		<b>PÁGINA</b>	1 de 1		
<b>ELABORÓ</b>		<b>REVISÓ</b>		<b>APROBÓ</b>	
Jefe División de Biblioteca		Equipo Operativo de Calidad		Líder de Calidad	

## RESUMEN TRABAJO DE GRADO

AUTOR(ES): NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

NOMBRE(S): SEBASTIAN APELLIDOS: VARGAS CASTRO  
 NOMBRE(S): ERIKA PAOLA APELLIDOS: CASTAÑEDA LEAL

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD  
 PLAN DE ESTUDIOS: ENFERMERIA

DIRECTOR:

NOMBRE(S): GLORIA OMAIRA APELLIDOS: BAUTISTA ESPINEL  
 NOMBRE(S): DIANNE SOFIA APELLIDOS: GONZALEZ ESCOBAR

TÍTULO DEL TRABAJO (TESIS): PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA DESPENALIZACION DEL ABORTO HASTA LA SEMANA 24, EN LOS SERVICIOS DE ATENCION MATERNO-PERINATAL EN IPS DE CUCUTA, LOS PATIOS Y VILLA DEL ROSARIO EN EL 2022

### RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue Identificar las percepciones del personal de salud sobre la despenalización del aborto antes de la semana 24, en los servicios de atención materno-perinatal en IPS de Cúcuta, Los Patios y Villa del Rosario teniendo en cuenta sus posturas ante la sentencia; impactos en los servicios de salud; los mecanismos de oposición o aceptación que toma el personal de salud en su labor y la relación que se guarda con la bioética y finalmente, destacar la importancia de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. La investigación fue realizada de tipo cualitativa dentro de un enfoque fenomenológico con metodología de tipo narrativa testimonial siendo de tipo introspectivo descriptivo. Se realizaron 8 entrevistas de tipo abierta con un total de 31 preguntas y seguidamente se realizó un análisis mediante la teoría fundamentada donde se llevó a cabo un proceso de codificación del cual surgió una categoría central, 8 categorías principales y 16 subcategorías que caracterizaron el fenómeno a investigar.

PALABRAS CLAVES: Embarazo, Aborto, Aborto Despenalizado, Nasciturus, Personal De Salud

CARACTERÍSTICAS:

PÁGINAS: 168 PLANOS: \_\_\_\_\_ ILUSTRACIONES: \_\_\_\_\_ CD ROOM: \_\_\_\_\_

**PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA DESPENALIZACIÓN DEL  
ABORTO HASTA LA SEMANA 24, EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MATERNO-  
PERINATAL EN IPS DE CÚCUTA, LOS PATIOS Y VILLA DEL ROSARIO EN EL 2022**

**ERIKA PAOLA CASTAÑEDA LEAL  
SEBASTIÁN VARGAS CASTRO**



Un i v e r s i d a d  
**Francisco de Paula  
Santander**

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
SAN JOSE DE CUCUTA**

**2023**

**PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA DESPENALIZACIÓN DEL  
ABORTO HASTA LA SEMANA 24, EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MATERNO-  
PERINATAL EN IPS DE CÚCUTA, LOS PATIOS Y VILLA DEL ROSARIO EN EL 2022**

**AUTORES:**

**ERIKA PAOLA CASTAÑEDA LEAL**

**SEBASTIÁN VARGAS CASTRO**

*TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR TÍTULO  
DE ENFERMERÍA*

**DIRECTOR CIENTÍFICO:**

**GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL**

**CODIRECTOR:**

**DIANNE SOFÍA GONZÁLEZ**

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**SAN JOSE DE CUCUTA**

**2023**

# ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

## ACTA DE SUSTENTACION No. 06

### PROYECTO DE GRADO

**FECHA:** SAN JOSE DE CUCUTA, 24 DE ABRIL DE 2023 **HORA:** 05:30 P.M.

**LUGAR:** SALA JUNTAS BLOQUE C **PROGRAMA DE:** ENFERMERIA

**TITULO DE LA PASANTIA:** "PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA DESPENALIZACION DEL ABORTO HASTA LA SEMANA 24, EN LOS SERVICIOS DE ATENCION MATERNO PERINATAL EN IPS DE CUCUTA, LOS PATIOS Y VILLA ROSARIO EN EL 2022"

**JURADOS:** EDUARDO GABRIEL OSORIO S.  
JANAIRA ACEVEDO JAIMES  
MARTHA LIGIA VELANDIA GALVIS

**DIRECTOR:** GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL

**CODIRECTOR:** DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR

<b>NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES:</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOTA</b>	<b>CALIFICACION</b>		
			<b>(A)</b>	<b>(M)</b>	<b>(L)</b>
<u>SEBASTIAN VARGAS CASTRO</u>	<u>1801071</u>	<u>4.4</u>	<u>X</u>		
<u>ERIKA PAOLA CASTAÑEDA LEAL</u>	<u>1801014</u>	<u>4.4</u>	<u>X</u>		

**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
EDUARDO GABRIEL OSORIO S.  
Jurado 1

\_\_\_\_\_  
JANAIRA ACEVEDO JAIMES  
Jurado 2

\_\_\_\_\_  
MARTHA LIGIA VELANDIA GALVIS  
Jurado 3

\_\_\_\_\_  
Vo.Bo GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL  
Directora Programa Enfermería

## **DEDICATORIA**

A Dios por brindarme una nueva oportunidad cada día. A mi abuela por decirme siempre que puedo y debo esforzarme por mi futuro. A mi abuelo por decirme siempre que seré una excelente profesional el día de mañana. A mi mamá por brindarme un soporte y por cada sacrificio que hizo para acompañarme en este proceso. Luna y Miley, gracias por animarme en cada momento donde sentía que ya no podía más. Y finalmente, gracias a cada persona que puso una semilla en mi camino y ayudó a que con mucha constancia, paciencia y esfuerzo pudiera culminar esta etapa.

Erika Castañeda Leal

## **DEDICATORIA**

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo de mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Agradezco a cada una de las personas que me acompañó durante mi proceso de formación; quienes me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

Sebastián Vargas

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a todas las personas que contribuyeron a la realización del presente trabajo, en especial a la directora científica del proyecto la docente Gloria Omaira Bautista Espinel quien, con su esfuerzo y dedicación, nos acompañó durante todo el proceso brindándonos un apoyo continuo, orientación y experiencia para poder finalizar esta etapa en nuestra formación profesional.

## CONTENIDO

1. Título	15
2. Introducción	15
3. Problema	19
4. Justificación	27
5. Objetivos	31
5.1. Objetivo general	31
5.2. Objetivos específicos	31
6. Marco referencial	32
6.1. Antecedentes internacionales	32
6.2. Antecedentes nacionales	35
6.3. Regionales	41
7. Marco Teórico	42
8. Marco conceptual	46
9. Marco Contextual	52
10. Marco Legal	54
11. Marco metodológico	57
11.1. Diseño Investigativo	57
11.2. Población y muestra	59
11.2.1. Criterios de inclusión	59
11.2.2. Criterios de exclusión	59
11.3. Fuentes de la Investigación	60



11.4.	Técnicas e Instrumentos para recolección de datos	60
11.5.	Análisis y procesamiento de la Información	66
12.	Aspectos éticos	71
13.	Resultados	75
14.	Discusión	134
15.	Conclusiones	144
16.	Recomendaciones	148
17.	Referencias bibliográficas	150

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Categorías y subcategorías	66
Tabla 2 Subcategoría. Posturas ante la IVE.	70
Tabla 3 Subcategoría. Efectos en la atención por la sentencia	75
Tabla 4 Subcategoría. Colisión de principios ante el impacto social de la IVE	79
Tabla 5 Subcategoría. Conflictos experimentados por el personal de salud con la sentencia	83
Tabla 6 Subcategoría. La bioética y la toma de decisiones	86
Tabla 7 Subcategoría. Surgimiento de conflictos éticos.	89
Tabla 8 Subcategoría. La toma de decisiones y la intervención del personal	93
Tabla 9 Beneficencia en el actuar del personal de salud	96
Tabla 10 Subcategoría. Consejería en la atención	99
Tabla 11 Subcategoría. Necesidades de apoyo en el personal de salud	101
Tabla 12 Subcategoría. El papel de los sentimientos y la esfera personal durante el proceso	105
Tabla 13 Subcategoría. La importancia de la formación en el acompañamiento a las usuarias	109
Tabla 14 Subcategoría. El compromiso con el que se asume el proceso de atención	112
Tabla 15 Subcategoría. Profesionalismo y responsabilidad como punto de apoyo	114
Tabla 16 Subcategoría. Existencia de vacíos en el concepto de planificación familiar y la dignidad de la mujer	118
Tabla 17 Subcategoría. Imaginarios y desafíos que la sentencia ha planteado	121

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Enlace entre categorías generales y constructo principal.	68
Figura 2. Categoría: Otros efectos no esperados con la aparición de nuevos lineamientos de la sentencia que impactan la atención en salud.	69
Figura 3. Subcategoría: Posturas ante la IVE	70
Figura 4. Subcategoría: Efectos en la atención por la sentencia.	75
Figura 5. Categoría: Los cuestionamientos que la sentencia genera en el personal de salud y las formas no resueltas de enfrentarlos	78
Figura 6. Subcategoría: Colisión de principios ante el impacto social de la IVE	79
Figura 7. Subcategoría: Conflictos experimentados por el personal de salud con la sentencia	83
Figura 8. Categoría: Perspectiva ética en el personal de salud ante la IVE	86
Figura 9. Subcategoría: La bioética y la toma de decisiones	86
Figura 10. Subcategoría: Surgimiento de conflictos éticos	89
Figura 11. Los principios bioéticos que emergen en la asesoría	92
Figura 12. Subcategoría: La toma de decisiones y la intervención del personal	93
Figura 13. Subcategoría: Beneficencia en el actuar del personal de salud	96
Figura 14. Categoría: Dificultades en la actuación del personal de salud y toma de decisiones	98
Figura 15. Subcategoría: Consejería en la atención	99
Figura 16. Subcategoría: Necesidades de apoyo en el personal de salud	101
Figura 17. Categoría: Emociones y confrontación personal durante la atención	104
Figura 18. Subcategoría: El papel de los sentimientos y la esfera personal durante el proceso	105

Figura 19. Categoría: Las deficiencias identificadas por los profesionales en relación con su formación profesional y los desafíos actuales en la atención	108
Figura 20. Subcategoría: La importancia de la formación en el acompañamiento a las usuarias	109
Figura 21. Subcategoría: El compromiso con el que se asume el proceso de atención.	112
Figura 22. Subcategoría: Profesionalismo y responsabilidad como punto de apoyo	114
Figura 23. Subcategoría: El ejercicio de una sexualidad responsable y consiente es la principal situación emergente en el tema del aborto más allá de la disponibilidad de métodos	117
Figura 24. Subcategoría: Existencia de vacíos en el concepto de planificación familiar y la dignidad de la mujer	118
Figura 25. Subcategoría: Imaginarios y desafíos que la sentencia ha planteado	121

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Guion de la entrevista estructurada.....	154
Anexo 2. Consentimiento informado.....	158
Anexo 3. Cronograma.....	160
Anexo 4. Presupuesto.....	161

## **1. Título**

“Percepciones del personal de salud sobre la despenalización del aborto hasta la semana 24, en los servicios de atención materno-perinatal en IPS de Cúcuta, Los Patios y Villa del Rosario, en 2022”

## **2. Introducción**

La interrupción voluntaria del embarazo ha sido un tema de suma polémica a lo largo de los años, llevando a una constante modificación de la legislación de cada país acerca de esta situación. En base a esto, se ha llegado a clasificar al menos 8 tipos de legislación entre las cuales se encuentran la prohibición total, la interrupción voluntaria del embarazo para salvar la vida de la mujer; por malformación o daño del feto; para prevenir daños en la salud de la mujer; autorizada por razones socioeconómicas; con restricciones de tiempo y formalidades para la solicitud; producto de una violación o inseminación no consentida y finalmente, la interrupción voluntaria del embarazo sin restricciones (1).

De acuerdo a lo anterior y priorizando la penalización absoluta, se ha evidenciado que las mujeres en los países donde se aplica esta legislativa, es donde se presenta un mayor índice de abortos clandestinos, incrementando la mortalidad y morbilidad en esta población consecuentemente a las complicaciones que se presentan como producto de este procedimiento (1). En el año 2017, la OMS en un comunicado menciona que desde el 2010 al 2014 se han reportado aproximadamente 25 millones de abortos riesgosos representando un 45% del total de todos los abortos realizados. Teniendo en cuenta esto, los países que predominaron con un mayor reporte de estos casos fueron África, Asia y América Latina (2).

En Colombia, por medio de la sentencia C-355 de 2006 se legalizó el aborto en tres casos específicos: cuando el embarazo pone en peligro la vida o la salud de la mujer, por malformación fetal, y cuando el embarazo es producto del acceso sexual sin consentimiento. Por ello, la interrupción voluntaria del embarazo se introdujo en la sociedad colombiana en medio de una gran controversia y polémica que no es ajena en el personal de salud. (3)

El fallo de esta sentencia fue formulado sobre la base de los derechos de las mujeres a la salud y la vida, luego de un gran debate que se ha suscitado en la sociedad colombiana, una sociedad conservadora y tradicional enmarcada en fuertes valores religiosos. En el contexto de esta importante decisión, se estima en que en el país un tercio de las mujeres que se sometieron a un aborto ilegal posteriormente desarrollaron complicaciones y requirieron tratamiento en un centro de salud (3).

Cuando la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) se introduce en la sociedad colombiana, es importante conocer la perspectiva que se construye sobre ella y todos sus actores, teniendo en cuenta que debe ser tratada como un fenómeno social. Entre los actores de este fenómeno se encuentran los profesionales de la salud, así como las mujeres que acceden y atraviesan por este proceso, desarrollando experiencias, juicios y conceptos que resultan a partir de sus percepciones individuales, grupales y sociales sobre la IVE, modificando las conductas y opiniones de acuerdo sus vivencias específicas y dentro de este mismo contexto. Según esta lógica, es necesario tener en cuenta los actores que intervienen en dicho fenómeno, para que a través de sus vivencias sea posible comprender su percepción respecto a un tema tan controversial como el aborto legal y cómo influyen en sus acciones frente al mundo (3).

Los profesionales de la salud, en particular los obstetras y ginecólogos, luchan por el acceso equitativo de las mujeres a los servicios de salud, independientemente de su edad, raza, estado civil, nivel socioeconómico, asociación o religión considerando los derechos sexuales y reproductivos como parte integral de los derechos humanos. Las personas tienen derecho al más alto nivel de atención de la salud sexual y reproductiva, así como el derecho a decidir si tienen relaciones sexuales sin coerción, discriminación o violencia, y a tener una opción segura, efectiva y accesible. Así mismo, el personal de salud tiene la obligación moral y ética de proteger la salud de las mujeres, teniendo en cuenta sus vulnerabilidades, la discriminación y la violencia de género. Su misión es informar a la comunidad sobre temas de salud sexual y reproductiva, y fomentar debates que generen cambios en la legislación en salud (4).

No obstante, el profesional de salud tiene la opción de oponerse a un procedimiento o intervención, de manera legal o administrativa, si esta intervención vulnera sus creencias filosóficas o religiosas. En este caso, opera la objeción de conciencia la cual se refiere a un derecho en el que la persona puede no obedecer o ejecutar una orden, ley o norma por considerarlo contrario a las convicciones que tiene. En otras palabras, la objeción de conciencia surge cuando hay un conflicto entre el orden y los valores o creencias personales, lo cual está directamente relacionado con la autonomía y la libertad de tomar las propias decisiones. En este sentido, la Constitución Política de Colombia garantiza la libertad de conciencia al señalar que: “Nadie podrá ser perturbado ni obligado a divulgar sus creencias ni compelido a obrar contra la conciencia del individuo” (1), colocando la objeción de conciencia a nivel de un derecho fundamental, de modo que ni la constitución ni la ley puedan prevalecer sobre la conciencia (2).

Teniendo en cuenta lo anterior, se deben respetar los principios bioéticos y los derechos individuales de cada persona. Sin embargo, la objeción de conciencia no es algo que se ejecute



libremente. y cuando se usa de manera inapropiada, puede violar los principios de la bioética, principalmente la no maleficencia y la autonomía, poniendo en peligro la vida y la salud de los pacientes, generando problemas legales para el personal de salud y las instalaciones en las que desarrollan sus actividades laborales.

A pesar de esto, las decisiones del personal de salud en cuanto a dilemas morales que se presentan a lo largo de su trayectoria profesional suelen resolverse por sí solos, aunque en ocasiones es necesario realizar un análisis reflexivo y extenso de los valores envueltos y esto es lo que sucede con algunos temas controversiales en el campo de la salud sexual y reproductiva como la anticoncepción quirúrgica, anticoncepción de emergencia, aborto y reproducción asistida. En todos los casos, la decisión debe tomarse libremente, teniendo en cuenta su impacto en los demás y especialmente en los pacientes (5).

### 3. Problema

#### 3.1.Planteamiento Del Problema

Cuando se habla del aborto, es visto como una acción que se realiza de manera clandestina y se considera como algo inmoral, sin embargo, muchas de las mujeres que en algún momento piensan en el aborto como una opción, lo hacen argumentando su pensamiento dentro de un contexto social o económico. El factor económico puede influir de forma directa en la elección de este procedimiento; pese a ello, sigue siendo difícil el acceso y la atención de calidad para las mujeres, por lo que las complicaciones continúan presentándose (6).

Desde un punto de vista social, se logra observar que, aunque en algunos países el aborto haya sido despenalizado en algunas causales, sigue siendo estigmatizado por la población, motivo por el cual algunas mujeres que se hayan practicado este procedimiento, prefieren mantenerlo oculto por el miedo a ser juzgadas o en otro caso, que tengan alguna represalia a nivel legal. Por estas razones es que se opta por la realización de un aborto de forma clandestina sin importar los riesgos que representa para la salud. Las restricciones impuestas en los países donde se ha despenalizado parcialmente continúan siendo discriminatorias desde un entorno social, ya que, las mujeres que cuentan con los recursos económicos necesarios pueden acceder a este procedimiento o desplazarse a otro país donde sea legal en cualquier situación. Por el contrario, las mujeres con un nivel socioeconómico limitado, optan por correr el riesgo y buscar la forma de llevar a cabo este procedimiento en condiciones inseguras para ellas mismas (6).

A nivel mundial, la edad gestacional establecida como requisito mínimo para considerar viable un feto es de 22 semanas, cuando la edad gestacional es menor, se considera como inviable para su supervivencia. La viabilidad está determinada por los factores biológicos o

tecnológicos, contrario a lo que se cree, no guarda relación con el feto, ya que el feto por sí solo no es capaz de sobrevivir a las condiciones externas aun cuando cuenta con la edad mínima considerada como apta para su viabilidad. Teniendo en cuenta esto, el feto es viable de acuerdo a la disponibilidad que se tenga de los soportes requeridos para brindar un apoyo una vez el feto cumpla con la madurez suficiente para estar en un entorno extrauterino y posteriormente pueda ser independiente. En este caso, es responsabilidad del médico brindarle una atención completa y se considera como un paciente independiente de la autonomía de la mujer (7).

Antes de la década de 1960, un feto de 28 semanas de gestación era considerado como no viable. Aunque se ha evidenciado en algunas ocasiones que los recién nacidos que pesan menos de 1000 gramos sobreviven, la tasa de mortalidad en este grupo supera el 90%. Es necesario tener en cuenta que cuando se habla de un feto de 24 semanas, éste es considerado como un producto extremadamente prematuro, de acuerdo a la edad gestacional la cual se estima como el mejor predictor para la supervivencia de los prematuros (8).

En un estudio publicado en septiembre del 2017 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Guttmacher en el intervalo de 2010 a 2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos al año es decir 45% de todos los abortos y el 97% de los abortos se produjeron en países en desarrollo de Africa, Asia y America Latina. (65)

En datos revelados por el Ministerio de Salud y Protección Social, entre 2009 y 2018 se prestaron 68.901 atenciones relacionadas con aborto, entre las que se incluye IVE, En 2018 Fundación Oriéntame prestó el servicio de IVE a 9.743 mujeres en Bogotá. Los datos de Oriéntame, uno de los principales prestadores de servicios de aborto legal y seguro en Bogotá y

el país demuestran que entre el 22 de febrero de 2022 y el 1 de febrero de 2023, esta fundación prestó el servicio de IVE a 8.421 mujeres.(65)

En Colombia, la tasa de abortos aumentó alrededor de un 8% en las últimas décadas (de 36 en 1989 a 39 en 2008 por cada 1.000 mujeres en edad fértil). En consecuencia, el aborto y el embarazo no deseado se han convertido en un problema de salud pública estrechamente relacionado, ya que el primero es el resultado de un embarazo no deseado y está vinculado a una variedad de factores personales, sociales, demográficos y culturales implicados en ambos fenómenos. Además, los abortos realizados clandestinamente por personas no capacitadas han traído consecuencias y daños para las mujeres y sus familias, creando además una carga grande e innecesaria para el sistema de salud (3).

En Norte de Santander, en el balance presentado por La Mesa posterior a la implementación de la Sentencia C-055 de 2022 se encuentra que, según lo vivenciado por la entidad, en Norte de Santander se presentaron 15 solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo en el periodo de febrero a mayo de 2022, siendo el segundo lugar con más solicitudes a nivel nacional después de Bogotá, las edades de acceso oscilaban entre los 15 y los 49 años. En el informe presentado se recalca que las mujeres que acceden a la interrupción mediante este organismo lo hacen porque ya han experimentado barreras al momento de solicitarlo, durante el primer año de implementación de la sentencia el 70 % de las mujeres atendidas se encontraban afiliadas al SGSSS, y el 30% restante se encontraba sin afiliación. Esto debido al número de mujeres migrantes venezolanas con estatus migratorio irregular, a quienes se les imposibilita afiliarse a dicho sistema por no tener los documentos obligatorios requeridos. (65)

Durante el primer año de implementación de la sentencia el 82 % de las mujeres que acudió a solicitar el acceso a la IVE lo hizo mediante el modelo de plazo, es decir, durante las primeras 24 semanas de gestación; seguido por el 18 % restante que lo hizo después de la semana 24 de embarazo, y justificado por alguna de las causales establecidas en la Sentencia C-355 de 2006, siendo salud la principal, seguida de violencia sexual. (65)

Hace importante ver que durante el primer año de implementación de la Sentencia C-055, el 55 % de las mujeres se encontraba en las primeras 12 semanas de gestación, el 19 % se encontraba entre la semana 13 y la 20, el 10 % entre la 21 y la 24, y, finalmente, el 15 % se encontraba en el límite de las 24 semanas de gestación. Para el 1 % de los casos no se obtuvo este dato. Y la manera de acceso primaba en las EPS con un 44,70% seguido de las IPS con un 36,80%. (65)

El debate y defensa del aborto se ha extendido de manera directa con fuerza y formalidad hasta mediados de la década de 1960, con el surgimiento del movimiento de liberación de la mujer o movimientos feministas. El surgimiento de estos movimientos comenzó en 1965 y desde estos años en Estados Unidos, Inglaterra, Francia y muchos otros países occidentales, los movimientos feministas comenzaron a luchar por la aceptación de la libertad y el uso de anticonceptivos. La falta de métodos anticonceptivos 100% efectivos y la disparidad entre sexo y fecundidad despertaron preocupaciones sobre luchar por el derecho al aborto. De esta manera (9).

“Las feministas de Inglaterra y de los Estados Unidos se encuentran entre las primeras en entablar la batalla del aborto contra los defensores del irredentismo natalista y del “dejadlos vivir”. (Mitchel, 1983: 120)

En algunos movimientos feministas, el aborto se convirtió en un tema relevante, entre otros, por el poder político e importancia social que adquirieron los derechos de las mujeres durante esta época. Por lo tanto, el aborto es visto como un dilema para el cual se han elaborado políticas de salud pública con el pasar del tiempo. Siendo así, el tema del aborto plantea cuestiones de gran importancia para la filosofía, especialmente la antropología filosófica y la filosofía moral. Estos incluyen preguntas sobre si el feto es un ser humano, si se pueden imponer restricciones al derecho a la vida, qué significa el derecho a la vida en sí mismo y si se pueden establecer estándares relacionados con la libertad y los derechos humanos en las prácticas de toma de decisiones éticas (9).

El feminismo intenta justificar el aborto señalando el hecho de que no es razonable obligar a las mujeres, en cuestiones legales y religiosas, a creer que un feto tiene derecho a vivir siempre y, por lo tanto, una mujer no tiene derecho al aborto bajo cualquier circunstancia. Se argumenta que las decisiones tomadas sobre la cuestión del aborto son, en esencia, una cuestión de creencia religiosa impuesta por la ley como resultado de la alianza entre la iglesia y el estado (9).

Por otro lado, es importante destacar el papel y opinión del personal de salud en este problema de salud, ya que es quien actúa de forma directa en la realización de este procedimiento. De acuerdo a un estudio realizado en Sudáfrica, donde se buscaba indagar acerca de las actitudes del personal de salud, específicamente de los ginecólogos, enfermeras, matronas y consejeros respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, se encontró que entre más tuvieran conocimiento sobre la ley que apoyaba este procedimiento, era aún mayor el número de personas dispuestas a realizarlo, esto con la finalidad de disminuir considerablemente la tasa de

mortalidad consecuente a los abortos inseguros, así mismo, se evidencio que quienes se oponían no argumentaban de forma clara su posición (3).

De acuerdo a lo anterior, pese a que existe una influencia dentro de un marco sociocultural, religioso y moral para la oposición al aborto, el personal de salud se posiciona dentro de un contexto donde busca la disminución de la mortalidad materna como consecuencia de la realización en entornos inseguros, con el objetivo de promover una actitud positiva y preventiva, disminuyendo en lo posible los riesgos que representan para la salud de la mujer. A su vez, se observa que el personal de salud considera necesario ampliar la visión con respecto a la despenalización del aborto en diferentes situaciones ya que, en base a los derechos de la mujer, es necesario la implementación de la libertad y toma de decisiones frente a su propio cuerpo (3).

Visto desde otra perspectiva, es importante destacar el derecho a la libertad de conciencia en el personal de salud, siendo está considerada como la capacidad que una persona posee para actuar o abstenerse de realizar algo en cierto sentido, dependiendo de sus creencias, convicciones o ideologías. Es correcto sostener que, aunque nace en el valor más alto de la libertad en su posición personal, ésta implica modelos de comportamiento organizados que se basan en el propio aprendizaje personal y formación profesional, moral, religiosa y social, factores que condicionan su comportamiento en la sociedad y encaminan el ejercicio de su libertad. Por otra parte, la formación que el individuo recibe diariamente permite organizar su sistema de valores y creencias, así como formar sus propios estándares para identificar lo que es bueno, malo, justo, oportuno y equitativo de acuerdo a sus pensamientos (10).

La objeción de conciencia le permite al profesional de salud la facultad para decidir sobre su actuar incluyendo sus propias dimensiones personales, sin embargo, la negativa de los

profesionales de la salud a brindar servicios legales debido a la objeción de conciencia amenaza el acceso de las mujeres al aborto legal y seguro, así como a otros componentes de la atención médica y salud reproductiva. El derecho a la objeción de conciencia es también secundario a la obligación de cuidar, asistir y evitar el daño al paciente a su cargo. Países como el Reino Unido, Dinamarca y Guyana consideran que la objeción de conciencia no aplica en los casos en que la vida o la salud de la mujer corren peligro y no se dispone de servicios alternativos. Pese a esto, una revisión de los casos registrados en Argentina, Brasil, Colombia, Estados Unidos, México, Perú, Polonia y Rumania muestra que la objeción de conciencia se ha convertido en una barrera importante para acceder a los servicios de aborto legal (11).

El problema moral con respecto al uso generalizado de la objeción de conciencia en la actualidad, radica en el hecho de que ha pasado de ser un privilegio personal arraigado en la libertad de conciencia a convertirse en parte de las principales estrategias de lucha en los fundamentalistas religiosos. En los últimos años, se ha utilizado de manera inapropiada para protestar contra la administración de los servicios de aborto legal y la reproducción asistida. Es por esto que es necesario poder establecer las diferentes situaciones en las cuales aplica de forma justificada y argumentada en base a los principios de cada persona, permitiendo expresar de manera coherente su libertad de conciencia. Así mismo, existe la obligación de proteger a los usuarios del servicio, y por lo tanto no puede ser invocada si se socavan los derechos de los ciudadanos al acceso a los servicios de salud (12).

La objeción de conciencia aboga firmemente por proteger la libertad de conciencia y la independencia profesional, autonomía del paciente y otros derechos para garantizar la prestación de servicios. Se considera como una estrategia de política pública para la gestión de los



trabajadores de la salud disponibles en un contexto dado, asegurando que tanto los profesionales como los pacientes puedan ejercer sus derechos (12).

De acuerdo a lo anterior, es necesario poder abarcar de forma integral la percepción que tiene el personal de salud con respecto a la despenalización del aborto antes de la semana 24 de gestación, tomando en cuenta sus opiniones en base a sus principios éticos, convicciones y pensamientos personales y en caso de oponerse a esto, pueda argumentarse acertadamente haciendo uso de la objeción de conciencia.

### **3.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son las percepciones del personal de salud sobre la despenalización del aborto antes de la semana 24, en los servicios de atención materno-perinatal en IPS de Cúcuta en 2022?

#### 4. Justificación

Cuando se habla de la interrupción voluntaria del embarazo en la sociedad colombiana y su despenalización, es importante visualizar más allá de los estigmas personales, conociendo las vivencias y experiencias de los actores que influyen directamente en este proceso, entendiéndose como un fenómeno a nivel social. Entre los actores se evidencian las mujeres que desean acceder a la IVE, las que ya accedieron a este procedimiento y el personal de salud participe en el mismo. A partir de esto, se emiten juicios y opiniones desde la perspectiva personal, social y colectiva, dando paso a la transformación del actuar y el pensamiento de cada uno de los actores de acuerdo a sus vivencias acerca del fenómeno (3).

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesaria la interpretación de este fenómeno de acuerdo al contexto en el que se está, involucrando a los actores que se desenvuelven en el mismo, con el fin de comprender y abarcar sus experiencias desde un punto de vista objetivo. En el caso del profesional de salud, su comportamiento va más allá de su actuar como profesional, implica una responsabilidad a nivel social donde el profesional de salud se encarga de brindar una atención de calidad y cuidado integro a las mujeres que se someten a la IVE, tomando como partido dichas experiencias desde un punto de vista moral y religioso, así como el actuar como profesional de la salud mediante su ética, donde la mortalidad materna se toma como un punto de apoyo para que se pueda tomar una postura favorable en cuanto a la realización del aborto en búsqueda de la disminución de complicaciones y riesgos para la salud de la mujer (3).

Existe un vacío de conocimiento en cuanto a las investigaciones que se han realizado hasta el momento respecto a la percepción del personal de salud sobre la despenalización del aborto, siendo este un tema que se ha abordado a profundidad en pocos países, donde incluso

continúa siendo controversial pese a los cambios que se han realizado a nivel legislativo con el paso de los años.

De acuerdo a esto, este proyecto busca contribuir al conocimiento científico e investigativo, tomando en cuenta las experiencias del personal de salud de manera que se pueda abarcar el fenómeno de la Interrupción Voluntaria del Embarazo desde su propia perspectiva, incluyendo los principios, creencias o convicciones que puedan intervenir en el acompañamiento que se brinda a la mujer en este proceso. Con base a lo encontrado, permitirá la difusión de las experiencias ampliando el campo del saber en la formación de los futuros profesionales del área de la salud siendo un papel determinante dentro de la atención en salud.

El principal alcance de esto en un entorno científico-técnico dentro del área de la salud, es poder aplicar estos conocimientos en la atención que se brinda al paciente, generando una responsabilidad con el mismo y su naturaleza, incluyendo los principios de cada uno. Por ello, para medicina como enfermería este proyecto aportará de forma significativa a complementar su proceso de aprendizaje contribuyendo a la toma de decisiones desde un punto de vista que incluya la moral, sin afectar la prestación de un servicio de salud de calidad para la mujer (13).

Para el personal de salud en general, permitirá la generación de nuevos conocimientos y ampliación de los existentes, así como una mirada a mayor profundidad de las vivencias y opiniones del profesional desde la despenalización del aborto a partir de la sentencia C-355 del 2006 y una nueva perspectiva de acuerdo a los elementos planteados en la sentencia C-055 del 2022. Por otra parte, contribuye a la sensibilización de los profesionales involucrados resaltando la necesidad de minimizar las barreras que existen frente al acceso legal a la interrupción voluntaria del embarazo como lo son las creencias y prejuicios que se crean a partir de las percepciones personales de cada individuo.

En la prestación de servicios de salud es necesario que el personal cuente con una formación no solo a nivel académico sino también teniendo en cuenta aspectos relacionados con la bioética que faciliten el abordaje de aquellos dilemas que surgen salvaguardando la calidad de la atención y contemplando la importancia de la relación entre el profesional y el paciente sin dejar de lado la identificación de las cuestiones morales en la toma de decisiones (13). Es por esto que se busca destacar la relevancia de la bioética dentro del actuar del personal de salud y su papel en la toma de decisiones de las pacientes.

A nivel social, se busca poder facilitar espacios de reflexión respecto a las actitudes y comportamientos del personal de salud en situaciones que implican conflictos a nivel moral o legal contribuyendo a la disminución de barreras que se puedan presentar al momento de brindar asesoría a las mujeres que acuden a los servicios de salud solicitando una IVE. De esta forma, se busca resaltar la importancia de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres facilitando el acceso a los servicios de forma oportuna de acuerdo a las necesidades presentadas en torno al aborto legal y seguro.

Es necesario el fortalecimiento de la formación del personal de salud con respecto a las afectaciones que pueden presentarse durante el periodo de gestación en una mujer que solicita el servicio siendo abordada más allá del punto de vista médico tomando en cuenta el enfoque psicológico y mental de la paciente, así como la implementación de los protocolos de manejo vigentes al momento de la Interrupción Voluntaria del Embarazo teniendo en cuenta que se debe garantizar un trato humanizado.

Desde un punto de vista económico, se ha observado que el aborto ilegal incrementa los costos en la salud debido a los riesgos y complicaciones que conlleva la práctica de este procedimiento de forma clandestina e insegura, el cual ha sido uno de los motivos por los que el

personal de salud de algunas partes del mundo ha cambiado su perspectiva o se ha modificado con el paso del tiempo en búsqueda de una atención integral y de calidad para la mujer, reduciendo de forma significativa su tasa de mortalidad. De acuerdo a esto, este proyecto busca evidenciar los estigmas que aún existen entorno al aborto durante la atención en salud ampliando la percepción de los actores que intervienen en este proceso y estimando la influencia de sus conductas dentro de su papel de asesoría a las pacientes que acuden a los servicios, generando espacios seguros donde las mujeres puedan solicitar el procedimiento sin temor a ser juzgadas por su decisión.

Por medio de este proyecto, el programa de enfermería de la UFPS, podrá fortalecer sus conocimientos dentro de un entorno social, contribuyendo al desarrollo de investigaciones de enfermería basadas en la evidencia científica, beneficiando en un futuro a los siguientes profesionales en la toma de decisiones con enfoque hacia el paciente, siendo este el sujeto de cuidado principal. Así mismo, se busca contribuir al fortalecimiento de la temática con respecto a la Interrupción Voluntaria del Embarazo desde el punto de vista académico, estableciendo espacios de reflexión basados en la consideración de aspectos importantes desde lo moral y lo teórico, dejando atrás concepciones basadas en los estigmas establecidos por impresiones arraigadas a partir de convicciones personales y sociales.

Las experiencias encontradas en este estudio, permitirán al profesional de salud mirar más allá de su propia perspectiva, involucrando aspectos económicos, sociales, éticos, legales y científicos en sus experiencias en la práctica clínica y los procesos a desarrollar en caso de presentarse un dilema ético en un tema que pese a la evidencia científica respecto a las consecuencias que conlleva, continúa siendo polémico como lo es el aborto ilegal y su despenalización en determinadas ocasiones.

## **5. Objetivos**

### **5.1.Objetivo general**

Identificar las percepciones del personal de salud sobre la despenalización del aborto antes de la semana 24, en los servicios de atención materno-perinatal en IPS de Cúcuta, Los Patios y Villa del Rosario.

### **5.2.Objetivos específicos**

- Establecer las posturas que el personal de salud asume ante la sentencia de la corte constitucional que despenaliza el aborto hasta la semana 24 de gestación.
- Indagar el impacto que genera la sentencia en la prestación de los servicios ofertados en las Instituciones Prestadoras de Salud.
- Identificar los mecanismos de oposición o aceptación que el personal de salud conoce ante la implementación de sentencia y su relación con la bioética.
- Reconocer la importancia de los derechos sexuales y reproductivos al momento y su relación con la bioética al prestar servicios de salud a sus usuarias.

## 6. Marco referencial

### 6.1. Antecedentes internacionales

En Roma, hubo una supresión de su práctica desde el inicio, situación que luego se reforzó con la llegada del cristianismo siendo la iglesia católica quien se posicionaba dentro de un entorno estricto, criticando y oponiéndose abiertamente el aborto, considerándolo un acto de asesinato. Para el año 1588, el catolicismo reasume la animación del cuerpo por el alma, sosteniendo que la vida del feto es sagrada en todo momento, y desde entonces ha mantenido una actitud inflexible frente a la práctica del aborto (14).

Cuando el aborto comenzó a ser considerado de manera voluntaria y no por una cuestión específicamente médica, el asunto de trascendencia social y cultural fue favorecido por las corrientes filosóficas médicas que dominaron el pensamiento en el siglo XVIII, a finales y principios del XIX, donde se afirmó que no fuera punible y trajera consigo la libre opción femenina por este procedimiento. En Suiza, a principios del siglo XX, el consentimiento se otorgaba por determinadas razones. Para 1920, la Unión Soviética legalizó el aborto institucional, creyendo que su prohibición redundaba en que se realizara en condiciones menos seguras, mientras que, en Estados Unidos, medio siglo después, se debatía entre la no aceptación y la libre elección. (14).

En el mundo actual, existe una gran diversidad de actitudes y prácticas hacia el aborto. Por un lado, están los países que lo prohíben, y por otro están los países que pueden interrumpir un embarazo a simple petición de la mujer. Entre estos dos extremos hay muchas posibilidades intermedias.

En Argentina en el año 2018 fue presentado el proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo, donde se buscaba la despenalización y legalización de este procedimiento para cualquier mujer que lo solicitara. Desde un punto de vista social, el aborto es un tema polémico en el cual influyen diversas creencias y argumentos que apoyan o se oponen a su ejecución. A partir de esto, en Argentina se justifica la libertad de conciencia de cada individuo, haciendo referencia a que cada persona cuenta con el derecho para decidir sobre su propia autonomía en base a sus convicciones o principios morales, priorizando la legalidad y moralidad sobre las normas o políticas establecidas (15).

En la comunidad médica, así como en el resto de la sociedad, existen discrepancias al momento de opinar respecto al aborto, siendo abordado desde un punto de vista ético, moral o religioso. De acuerdo a un estudio realizado en Argentina, mediante entrevistas semiestructuradas realizadas al personal de medicina de Santa Fe y estudiantes de la Universidad Nacional de Litoral, se encontró que, de las 25 personas encuestadas, 13 se encontraban a favor y 12 personas en contra de la aprobación del proyecto que planteaba la legalización y despenalización del aborto. Quienes se encontraban a favor, respaldaron su postura indicando que la intención era brindar un entorno seguro que garantizara condiciones óptimas para la realización del procedimiento, reducir significativamente las complicaciones y tasa de mortalidad que se presentaba como producto de los abortos clandestinos, a su vez, que existiera una equidad para la mujer que no contaba con los recursos económicos necesarios para acceder a éste por otros medios (15).

En un estudio realizado en México, se realizaron 1,085 encuestas donde una de las secciones a evaluar consistía en las actitudes que tienen los ginecobstetras y personal médico, frente al aborto, incluyendo tanto a quien realiza el procedimiento como a las mujeres que optan



por éste. Entre los resultados se encontró que la mayoría de los encuestados (68%) refirió que el aborto debía ser ofertado por las instituciones de salud pública contando con los elementos necesarios y el personal adecuado para la prestación del servicio de calidad. Así mismo, un 85% de los participantes indicó que el aborto seguro debía ser un aspecto que fuera abordado desde la formación académica proporcionando destrezas a los profesionales en el área. Respecto a las actitudes evaluadas, la mitad de los participantes expresó que la mujer que decide realizarse un aborto puede influir en la decisión de otra mujer para llevar a cabo este procedimiento y sin dejar de lado las consecuencias que pueden presentarse a nivel psicológico y físico para quienes optan por este servicio (16).

En Perú desde el año 1924, fue despenalizado el aborto terapéutico bajo el artículo 119 del Código Penal Peruano donde se establece que no es condenable mientras sea ejecutado por un médico autorizado, se cuente con el consentimiento de la mujer o representante legal de ésta y a su vez, que sea llevado a cabo como única opción para prevenir un daño irreversible o en última estancia, su muerte. A partir de esto, el número de abortos terapéuticos atendidos en el país ha disminuido considerablemente, reportándose un total de 266 atenciones a mujeres entre los años 2009 a 2018, lo que ha llevado a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) a estimar que el aborto terapéutico es éticamente aceptable cuando se argumenta una causa que represente un riesgo para la salud o la vida de la gestante así como en casos de acceso carnal violento o malformaciones que disminuyan la calidad de vida del feto (17).

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), apoyada en las normas internacionales establecidas por los derechos humanos, reconoce al aborto legal como un procedimiento que permite a la mujer ejercer la autonomía como el

derecho y la capacidad para decidir sobre su propio cuerpo. Por otro lado, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, señala el aborto como algo necesario que debe ser integrado en la atención en salud a la mujer, dándose de forma legal y segura (17).

## **6.2. Antecedentes nacionales**

La decisión de la Corte Constitucional del 10 de mayo de 2006 de despenalizar parcialmente el aborto en Colombia marcó un giro en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres colombianas. Como tal, es un hito histórico para el país. Sin embargo, no es la primera vez que se habla al respecto. En esta sección se discutirá el contexto en el que se han realizado las demandas que dieron lugar a la insustancialidad del aborto y su contexto, ya que no es la primera vez que se intentó la descriminalización del aborto en Colombia (18).

El primer intento fue realizado por el senador liberal Iván López en el año 1975 donde presentó un proyecto de ley que proponía la interrupción del embarazo hasta un límite de 12 semanas de gestación en casos donde se representara un peligro para la vida o salud de la mujer, así como en casos donde se tuviera la suficiente evidencia científica que indicara que el feto contara con alguna enfermedad genética incurable. Igualmente, para acceder a dicho requerimiento, debe contar con la aprobación de dos médicos donde uno de ellos debía ser parte del sector público (18).

Otra condición establecida dentro de este proyecto de ley, fue que la mujer debía estar dentro del rango de edad entre los 15 y 45 años de edad, así como que no hubiera accedido a una IVE durante los últimos 12 meses. Un requisito adicional fue que si se encontraba casada debía contar con el permiso por parte de su pareja y en caso de ser menor de edad, contar con la autorización de la persona encargada legalmente de ella. El objetivo de este proyecto de ley era

modificar los artículos contenidos en el Código Penal de 1936 que estuvo vigente hasta el año 1980 donde se penalizaba el aborto bajo cualquier circunstancia hasta por 6 años (18).

Para el año 1979, la representante liberal Consuelo Lleras realizó el segundo intento por despenalizar el aborto complementando el proyecto anterior, siendo agregada otra causal donde se tomaban en cuenta los casos donde la gestación hubiera sido producto de un acceso carnal violento para poder despenalizar el acceso a este procedimiento, sin embargo, esto debía ser comprobado directamente por un juez asignado. Durante el planteamiento de este proyecto, se destacaba la necesidad de abordar el aborto como un problema social el cual afectaba en su mayoría a las mujeres de escasos recursos tomando como finalidad la disminución de abortos clandestinos que pusieran en riesgo la salud de las mujeres (18).

De los dos proyectos de ley mencionados anteriormente ninguno fue aprobado incluso siendo presentados en la época del despertar del movimiento feminista en Colombia. Siendo así, surge el primer Encuentro Nacional de Mujeres fue realizado en Medellín en el año 1978 donde fue adherido a una Campaña Internacional por el derecho al aborto donde gracias a los proyectos realizados, se logró visibilizar el aborto en Colombia desde espacios públicos que históricamente eran considerados solo del género masculino.

A principios de esta década, en julio de 1981, se realizó en Bogotá el primer Congreso Feminista Latinoamericano y del Caribe en el que 300 mujeres de diferentes partes del continente, y en este encuentro se trataron temas de sexualidad, aborto y elección sexual, entre otros. Como resultado, el aborto siguió siendo un tema importante en la agenda de la mujer. Para enero de 1982, Colombia ratificó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Estos hechos consolidaron la comprensión del aborto como un

problema de salud pública y un riesgo para la vida de las mujeres con menos recursos económicos, y como una cuestión social más que un problema. No como únicamente un tema de la vida privada de la mujer (18).

En este contexto, se presentaron dos proyectos de ley para abolir la penalización del aborto, en 1987, por el senador liberal Eduardo Romo Rosero, y en 1989, por el senador liberal Emilio Urea. Los dos proyectos se refieren a la despenalización en determinadas situaciones, primero cuando existe peligro para la vida o la salud de la mujer, cuando el embarazo es producto de violación o agresión física o sin consentimiento, si el feto padecía algún defecto o defecto físico o psíquico. o cuando se trata de una mujer adicta a las drogas con problemas físicos. El segundo proyecto buscaba definir claramente el aborto en casos de "grave peligro para la salud [de la mujer] física y mental, y en relación con su salud o su nivel socioeconómico. o sus familias, o las circunstancias en que se produjo el embarazo, o la expectativa de anomalías" (18).

Por lo tanto, durante casi dos décadas, el aborto se fue convirtiendo gradualmente en un tema de la agenda pública y en una problemática social y nacional, y el debate tuvo la necesidad de ser institucionalizado. Durante este recorrido, cuando se estableció la Asamblea Constituyente a principios de la década de 1990, el movimiento de mujeres tuvo una participación importante, pero finalmente no logró plasmar el derecho al aborto en la constitución, sin embargo se garantizaron importantes derechos para las mujeres, como Los principios de igualdad e indiscriminación, y posteriormente la reivindicación de los derechos humanos de las mujeres, en especial el bloque constitucional, que sería fundamental más adelante para la despenalización parcial del aborto (18).

En Colombia, entre el año 2005 y 2010, el Allan Guttmacher Institute (AGI) realizó un estudio donde se encontró que la tasa anual de abortos presentó un incremento del 8% pasando de los 36 abortos por cada 100 mujeres en 1989 a 39 abortos por cada 100 mujeres para el año 2008. De acuerdo a este estudio, las zonas donde se presentó el mayor número de reportes fue en Bogotá con 66 abortos y la región pacífica con 54 abortos, esto por cada 1000 mujeres (19).

Por otra parte, de acuerdo a los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y el Ministro de Salud y Protección Social estableció que, en Colombia “en el año 2009 se presentaron 3,674 abortos, 4,399 en el año 2010 y 3,443 casos en el año 2011”. Debido a que no se reportan cifras recientes de reportes realizados por las IPS de cada municipio, no se puede hacer una comparación precisa de los cambios que se hayan presentado respecto a la incidencia de este fenómeno. De acuerdo a los resultados del estudio, se encontró que existen diferencias entre los datos obtenidos de fuentes oficiales nacionales, esto debido a las dificultades que se presentan al momento de acceder a este procedimiento por lo cual, se tuvieron en cuenta datos proporcionados por la institución sin ánimo de lucro Profamilia. (19).

Profamilia se enfoca en la salud sexual y reproductiva de la población, brindando atención, servicios, aportes investigativos y venta de productos. El objetivo de esta organización es “promover el respeto y el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de toda la población colombiana”. Teniendo en cuenta lo anterior, en el año 2017 Profamilia procuró garantizar que todas las usuarias pudieran acceder a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) de forma segura y legal cuando se requiriera. En base a esto, se encontró que durante este mismo año fueron realizados 10.514 procedimientos de IVE, siendo un 63% más que los que se reportaron en el 2016. Ya para el año 2018, se realizaron 16.870 procedimientos y según el último reporte, para el año 2019 se realizaron 22.146 abortos seguros (20).

Estudiantes de enfermería de la Universidad de Antioquia, consideraron que la sentencia C-355 del año 2006 fue algo positivo para las mujeres del país ya que, opuesto a lo que en su mayoría se piensa, no se busca que esta política contribuya al sufrimiento o arrebatamiento de una vida, por el contrario, la idea principal es disminuir la tasa de mortalidad y complicaciones que se presentan al momento de un aborto clandestino, sobre todo, en aquellas mujeres que carecen de los recursos necesarios para una atención en salud de calidad. A su vez, puede contribuir de forma positiva en cuanto a la disminución de pobreza y abandono de menores de edad, disminuyendo significativamente el número de embarazos no deseados y, por ende, el abandono de los mismos. Desde otra perspectiva, teniendo en cuenta que una de las causales establecidas para poder acceder a este procedimiento, es en caso de acceso carnal violento, se disminuye la re victimización de aquellas mujeres que han pasado por esta situación, para que no tengan que pasar por el hecho de tener hijos producto a dicho evento (21).

Laza M y Castiblanco R, en el año 2013 realizaron un estudio en el Hospital de San José de Bogotá D.C. Colombia, donde se buscaba conocer la perspectiva del personal de salud respecto a la despenalización del aborto en el mundo en base a su experiencia. De acuerdo a esto, se encontró que el deber del profesional de salud radica en la atención y cuidado que se brinda al paciente, en este caso a las mujeres que acceden a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. De este modo, debe ser tomado desde dos puntos diferentes que está entre garantizar un servicio de calidad y efectividad en la atención, así como velar por el cumplimiento de la legislación y planteamiento de las políticas necesarias respecto a esta problemática (3).

Según lo encontrado en el estudio, el personal de salud no solo estaba a favor de la IVE dentro de las causales establecidas por la legislación, también demostraron una postura a favor argumentándose en las complicaciones que conlleva el aborto inseguro en las mujeres, resaltando

la importancia de visualizar más allá de las causales ya instauradas y abarcar esta problemática dentro de un contexto más amplio que permita la prestación de servicios integrales a esta población. Por otro lado, se tuvo en cuenta la objeción de conciencia en el personal de salud, que pese a ser considerado un derecho terminaba considerándose como un obstáculo en la atención de la mujer (3).

Entre el 2013 y 2014, Laza M, Castiblanco R y Urrego Z realizaron un estudio en la ciudad de Bogotá, donde se buscaba comprender la perspectiva de 15 médicos de ginecología en una Institución Prestadora de Salud de la ciudad con respecto a las mujeres que hayan accedido a la interrupción voluntaria del embarazo dentro de lo que se establece en la sentencia vigente para ese momento que era la C-355 del 2006. Conforme a esto, el personal de salud refirió que, aunque la IVE es considerada como un derecho para la mujer, continúa siendo un proceso difícil en cuanto a la toma de decisiones y la misma experiencia de ejecución del procedimiento, ya que, al ser un tema controversial aun para ese momento, no se contaba con mucho apoyo para la mujer que se encontraba atravesando por dicho proceso (22).

Por otra parte, existen barreras a nivel administrativo y humano que siguen obstaculizando el acceso a la IVE para las mujeres, barreras que en ocasiones son aplicadas por la misma institución prestadora de servicios entre las cuales se incluye la negación a la prestación de servicios, valores religiosos que influyen en la postura del personal y así mismo, la falta de registros de manejo para la atención en estos casos. En el caso de las entidades prestadoras de salud, imponen barreras tales como el retraso en las autorizaciones para el procedimiento, pruebas diagnósticas o la misma entrega de información acerca del proceso a seguir (22).

De acuerdo al estudio, a nivel de las barreras humanas, un aspecto importante es la objeción de conciencia en el personal de salud e impedimentos que se dan en la atención a la mujer, hechos que alargan el proceso y a su vez generan un sufrimiento en la mujer por el desarrollo de la gestación creando un compromiso de tipo emocional llegando a cuestionar su decisión (22).

### **6.3. Regionales**

Al momento de realizar la búsqueda de información se evidencia que no hay investigaciones sobre el tema a nivel departamental ni a nivel municipal.



## 7. Marco Teórico

La presente investigación toma como referencia la teoría práctica Spaemanniana planteada por Robert Spaemann donde según él, la bioética inicia desde que se considera que cada persona es alguien y no algo, y en base a esto debe estar compuesto el trato hacia ellas. Respecto al trato ético, este no debe estar guiado al instinto de someter a ese alguien en vista de nuestros intereses. En este sentido, se parte desde las principales claves de la antropología Spaemanniana que definen a la persona como un ser (23).

Spaemann, define a la persona como un ser personal donde éste toma un papel dentro de la sociedad que habita de acuerdo a su rol social, adoptando una distinción entre los demás que lo hace acreedor de determinados tratos. Siendo tomado desde un punto de vista Bioético, se entiende a la persona como merecedora de dicho trato desde la categoría del ser y no del tener, priorizando su dignidad. Otro concepto que se tiene en base a la teoría es la diferencia interna, la cual de acuerdo a Spaemann, indica que las personas no se limitan simplemente a lo que son, sino que mantienen una diferencia que los divide de los demás seres vivos, siendo capaces de cambiar su comportamiento de acuerdo a como quieran ser reconocidos. En este sentido, se destaca que el hombre es capaz de ejecutar acciones que se consideran negativas pero que hacen parte de su ser, determinando la diferencia interna en cada persona (23).

Las personas se conceptualizan dentro del contexto de sus vivencias siendo sujetos a estas experiencias y la relación que guardan con ellas basadas en la subjetividad que cada una adopta. Teniendo en cuenta esto, Spaemann destaca la relación existente entre el ser y su modo de ser donde cada persona actúa o guía su modo de ser de acuerdo a su naturaleza y esencia siendo esto considerado como la libertad que se tiene por la singularidad individual de cada uno (24).

La fundamentación basada en la teoría Spaemanniana guía en este sentido a la bioética basada en los derechos humanos de cada persona sin llegar a invalidar el valor de la dignidad de cada uno, facilitando la resolución de conflictos o dilemas que surgen entre los sujetos implicados en las experiencias vivenciadas. Así pues, se busca que la bioética guarde esta relación entre la naturaleza humana y los fines propios por los que se hace uso mediante la aplicabilidad de los principios morales necesarios para dar respuesta a dichos conflictos éticos, orientando al ser humano no solo a diferenciar entre lo que es aceptable o lo que se considera como condenable, sino a tener la capacidad de adaptarlo dentro del contexto de la actualidad el cual resulta ser complejo y a su vez cambiante, dando continuidad a la fundamentación de la bioética (23).

Por otra parte, para el desarrollo de la investigación se toma en cuenta la teoría fenomenológica en enfermería planteada por Patricia Benner, la cual busca comprender la experiencia subjetiva de cada individuo y el significado que le da dependiendo de su perspectiva. En este sentido, Benner le da una visión desde un punto de vista fenomenológico con la finalidad de poder explicar los fenómenos que se presentan en la atención mediante el análisis e interpretación de las experiencias vividas (24). Para ello, el personal de salud requiere de una formación previa a la prestación de los servicios siendo necesaria la adquisición de conocimientos y competencias que contribuyan al desarrollo de experiencias de aprendizaje. Sin embargo, es necesario que las competencias adquiridas estén en una constante actualización dependiendo de las transformaciones que se vayan dando con el tiempo en los servicios de salud. (25).

La teoría de Benner se centra principalmente en la adaptación del modelo de adquisición y desarrollo de habilidades, donde basado en un aprendizaje por medio de las experiencias, busca

que los resultados de determinadas situaciones puedan ser comparadas a medida que pasa el tiempo. El modelo inicial, se divide en 5 niveles:

- Nivel principiante: Es considerado como el periodo de inicio de la formación profesional y el momento donde comienza su vida laboral. En esta etapa, el personal de salud percibe situaciones donde no cuenta con la experiencia suficiente para poder comprenderlo y así tomar decisiones (25).

- Principiante avanzado: Pese a que ya existe una experiencia mínima, el individuo continúa actuando estrictamente a la teoría infundada en su proceso de formación sin realizar un análisis a profundidad de su entorno. Pese a esto, es capaz de hacer uso de los protocolos establecidos de acuerdo a la situación que se presente, pero aún, sin experimentar las posibles consecuencias (25).

- Competente: Para esta etapa, el personal ya cuenta con la suficiente experiencia para poder establecer intervenciones y saber los posibles resultados, basándose en la teoría, pero a su vez, pensando en las posibles repercusiones en el futuro. En este sentido, el individuo es capaz de identificar los límites impuestos en protocolos y guías dependiendo de la situación (24).

- Eficiente: El personal es capaz de discernir entre lo que se considera correcto o incorrecto, haciendo uso de la experiencia previa para la toma de decisiones al momento de desempeñar su papel, identificando posibles dificultades y escogiendo alternativas adecuadas para su solución (25).

- Experto: Para este punto, ya el personal de salud se guía por su experiencia en la práctica clínica, conocimiento teórico y actúa de acuerdo a su intuición. En caso de enfrentarse a una situación nueva, recurre a las normas o directrices necesarias para poder resolverla (24).

Benner, indica que el profesional de salud tiene una responsabilidad hacia el sujeto de cuidado, la cual se va formando a partir de sus vivencias y el conocimiento perceptivo, permitiendo así observar los cambios que se dan tanto en el paciente, su manejo y las decisiones que se deben tomar. Para Benner, la experiencia se define como “el resultado de cuestionar, especificar o negar las nociones preconcebidas en una situación”, siendo este un punto de partida para que el personal de salud, mediante su conocimiento teórico y destrezas adquiridas en la práctica, sea capaz de actuar bajo sus propios principios, adaptándolos de acuerdo a la situación que se presente, teniendo en cuenta que el profesional puede actuar bajo sus creencias o prácticas culturales (25).

Cuando se aplica una ética relacionada con el personal de salud, existe una relación entre los derechos y la justicia del paciente con las acciones y juicios del propio profesional, sin embargo, esto puede llegar a interferir en la calidad de la atención que se brinda. Es por esto que, de acuerdo a Benner, es necesario involucrar una práctica de filosofía donde se permita comprender las creencias y valores de los profesionales, ayudando a determinar las perspectivas que surgen en el actuar del sujeto frente al fenómeno presentado (24).

## 8. Marco conceptual

### **Aborto**

Se define como la interrupción espontánea o voluntaria de la gestación antes cumplir con la edad gestacional requerida para que el feto sea capaz de sobrevivir al ambiente extrauterino. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el aborto precisa como “la expulsión o extracción uterina de un embrión o feto de 500 gramos o menos, que corresponde a un embarazo de 20 a 22 semanas”. (26).

La palabra aborto proviene del latín "arborior" que significa morir antes del nacimiento (Jiménez Garrote, 2006: 1). Desde la perspectiva biomédica es la interrupción de la gestación a la que, según la participación del personal de la salud, de la mujer o el embrión se le atribuye un determinado adjetivo: así se habla de aborto espontáneo, cuando se interrumpe la gestación de forma natural, se entiende como aborto completo o incompleto en función de si se expulsa de forma total o parcial el contenido de la cavidad uterina. Cuando el aborto es inducido como consecuencia de la voluntad de la mujer se habla de aborto voluntario, con lo cual el aborto espontáneo sería comparable con involuntario. No obstante, en términos jurídicos, el aborto voluntario se denomina interrupción voluntaria del embarazo, es decir, por voluntad de la mujer (27).

La Organización Mundial de la Salud define el aborto como la terminación del embarazo cuando el feto o el embrión no puede sobrevivir fuera del útero. Una vez que existe la viabilidad, la interrupción del embarazo se considera inducción del trabajo de parto prematuro. Si la intención es extraer el feto, entonces se trata de un aborto espontáneo tardío. El aborto en el

sentido legal es cualquier acto destinado a interrumpir un embarazo, evitar que un embarazo llegue a su término normal, mientras se destruye o muere el producto (28).

### **Aborto legal**

También conocido como aborto terapéutico, es "aquel que, provocado por un médico conforme a las prescripciones de la ética profesional, cuanto se refiere a las indicaciones médicas adecuadas y de general aceptación (con fines terapéuticos como salvar la vida o preservar la salud de la mujer embarazada), no prohibido por la ley. se considera aborto legal cuando se realiza bajo consentimiento de la mujer, en un Centro Acreditado para ello y bajo un de los tres supuestos despenalizadores de la ley, es decir, cuando existe peligro para la salud o la vida de la mujer embarazada, por causa de violación o por enfermedad grave o malformaciones fetales (27).

### **Aborto despenalizado**

Es aquel aborto se practica bajo un sistema legal que ha eliminado la posibilidad de castigo en circunstancias determinadas (28).

### **Aborto ilegal e inseguro**

También conocido como clandestino, es "algo prohibido por la ley y punible como delito". Se realiza la mayor parte del tiempo en condiciones insalubres y dificulta acudir a un hospital de emergencia en caso de presentarse complicaciones (28).

### **Objeción de conciencia**

Implica la oposición de una persona a un imperativo legal o autoridad legítima, basada en los principios morales del individuo. Se aplica, por tanto, de forma individual a determinadas

conductas, con un único fundamento que se ha explicado anteriormente. Las organizaciones no tienen derecho a la objeción de conciencia, aunque pueden adherirse a los valores establecidos en sus normativas y estatutos (28).

### **Embarazo**

Según la Organización Mundial de la Salud “el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación” (29).

### **Viabilidad fetal**

La viabilidad fetal se entiende como la capacidad que tiene el recién nacido para poder sobrevivir en el ambiente extrauterino. Para ello, se establecen los criterios para verificar si un feto es se considera viable los cuales se actualizan con el paso del tiempo. Inicialmente los criterios a tener en cuenta eran: una edad gestacional de 23 semanas o más de gestación o que el feto tenga un peso igual o mayor a 500 gramos (30).

Seguidamente, se actualizaron los criterios de viabilidad donde se estableció que la edad mínima requerida era de al menos 28 semanas de gestación o 1.000 gramos de peso. Sin embargo, esto varía dependiendo del lugar, ya que en algunas localidades se considera viable un feto a partir de la semana 20 de gestación (30).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la viabilidad se considera como cualquier certeza de que hay vida al momento del nacimiento incluyendo factores como movimientos voluntarios y latidos cardiacos. Entre otras definiciones, se considera la viabilidad

como aquella capacidad para poder “vivir, crecer y desarrollarse”. Sin embargo, en el entorno clínico no se consideran totalmente ciertas estas afirmaciones ya que, para que un feto sea viable en su nacimiento debe existir más que un latido, debe haber un estado que garantice el mejoramiento de su estado inicial mediante el manejo obstétrico (31).

### **Principio de la vida**

Existen diferentes perspectivas respecto al inicio de la vida; desde un punto de vista biológico, la vida del ser humano inicia desde el momento de la fecundación, donde se producen una serie de procesos genéticos, moleculares y bioquímicos que permiten disponer de un ambiente favorable para el desarrollo del cigoto conllevando al desarrollo del ser humano con características específicas de acuerdo a los patrones genéticos a nivel celular (32).

De acuerdo a esto, la evidencia científica confirma el hecho de que la vida humana inicia desde el comienzo de la fertilización. Sin embargo, aún es necesario determinar a partir de qué punto es que la vida de ese ser humano obtiene un valor moral, siendo objeto de disputa ya que se plantean dos posturas, la primera que si el concepto de persona no es propio al ser humano o si este es adquirido en determinado punto del desarrollo embrionario. Así mismo, si esta facultad es determinada por otro ser humano en determinada situación. Desde un punto de vista ontológico, es importante determinar a partir de qué momento la vida del ser humano toma sentido desde una perspectiva moral, siendo merecedor de respeto moral (32).

### **Moral**

La moral comprende un conjunto de normas que guían la conducta del individuo en relación a su actuar. La moral puede existir sin tener presente la ética, ya que la propia moral puede llegar a cuestionar la ética de una persona. Es por esto que, se deben tener en cuenta los aspectos que se relacionan con la moral tal como los valores morales. Estos valores, son los que



se adquieren a medida del crecimiento de una persona, se adquieren ya sea desde un ámbito familiar, académico, profesional o religioso y son los que rigen al propio ser humano (33).

A partir de esto, el ser humano pasa a tener un juicio moral, donde en base a sus valores, pasa a emitir un juicio moral sobre algunas situaciones, dentro de un marco epistemológico ya establecido. El juicio moral puede clasificar el actuar del ser humano como algo inmoral, si esto se interpone entre los valores morales ya emitidos por la persona, por lo tanto, se toma desde un punto de vista subjetivo de acuerdo a cada individuo (33).

### **Dilema ético**

Un dilema ético aparece en el momento en el que un profesional afronta dos o más opciones en su actuar, siendo estas influidas por los principios morales y éticos en su experiencia personal. Cuando surge este conflicto, es necesario recordar que es de carácter moral, garantizando el respeto por sus principios en la toma de decisiones de acuerdo a la situación que se presente, para esto se debe tomar una postura de reflexión y análisis en búsqueda de la mejor opción (33).

Teniendo en cuenta lo anterior, el profesional de salud debe anticiparse a las posibles situaciones que puedan presentarse, es por esto que, debe estar en una constante búsqueda y actualización respecto a las problemáticas que puedan interferir en dichos principios y cómo afrontarlas (34).

### **Ética profesional**

La ética profesional incluye factores que guían la práctica del mismo profesional de acuerdo a sus conocimientos, creencias, convicciones y valores (35).

La ética profesional es un elemento importante que resalta las características íntegras y de calidad en el desempeño de las actividades de un profesional, lo que contribuye a desenvolverse dentro de un entorno donde se presentan situaciones polémicas y desafíos en su actuar (36).

### **Nasciturus**

El término legal para un ser humano es desde la concepción hasta el nacimiento, es decir, antes de la separación completa de su madre (28).

El «nasciturus» es el producto de la concepción que aún no ha nacido («nondum natus»), es aquel periodo de vida que va desde el momento de la concepción hasta el momento del nacimiento, y se desarrolla en las diferenciadas etapas de embrión y del feto. (37)

## 9. Marco Contextual

La investigación se realizará en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, y los municipios aledaños como Los Patios y Villa del Rosario, teniendo como apoyo la red de convenios de la Universidad Francisco de Paula Santander para llevar a cabo de una manera más efectiva el proceso de conocer las percepciones del personal de salud respecto a la despenalización del aborto antes de la semana 24 de gestación.

En la ciudad de Cúcuta, el Municipio de Villa del Rosario y Los Patios se encuentran Instituciones Prestadoras de Salud donde se ofrecen programas de atención para la mujer donde se plantea llevar a cabo el proyecto como:

### **Unidad Básica Puente Barco Leones, Cúcuta, Norte de Santander.**

La unidad Básica Puente Barco Leones se encuentra ubicada en la Avenida 4 N. 17-89, Barrio La Playa en la ciudad de Cúcuta. Siendo una empresa social del estado cuenta con la prestación de servicios como protección específica y detección temprana, consulta externa por enfermería, medicina general y gineco obstetricia, laboratorios clínicos, nutrición y dietética, odontología general, procesos de esterilización, atención del parto, planificación familiar, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, servicios de urgencias y transporte asistencial básico, entre otros.

### **Hospital Local de Los Patios**

El Hospital local de Los Patios se encuentra situado en el Municipio de Los Patios se encuentra ubicado en la Avenida 9 #7-90 del Barrio Daniel Jordán. El Hospital fue fundado por el Ingeniero Ignacio Duarte, alcalde municipal de los años 1995 al 1997. Actualmente cuenta con la prestación de servicios de primer nivel de complejidad como consulta externa (incluyendo enfermería, ginecobstetricia, medicina general, medicina interna, nutrición y dietética,

odontología general y pediatría), hospitalización, urgencias, transporte asistencial, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, protección específica y detección temprana.

**Hospital Jorge Cristo Sahium, ubicado en el Municipio de Villa del Rosario**

El Hospital Jorge Cristo Sahium ubicado en la calle 5N #7-49 del Municipio de Villa del Rosario, es la única entidad pública que presta los servicios de salud de baja complejidad a la población del Municipio de Villa del Rosario y a la población flotante del vecino municipio de San Antonio del Táchira. Cuenta con servicios como hospitalización (adulto, pediatría y obstetricia), servicios de urgencias las 24 horas, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, protección específica y detección temprana, consulta externa y transporte asistencial. La prestación de sus servicios se enfoca en el mejoramiento continuo de procesos, brindar servicios humanizados, seguridad del paciente, satisfacción del usuario para garantizar el mejoramiento de la calidad de vida de la población asistente a la institución.

## 10. Marco Legal

### **Ley 599 del 2000 – Art 122**

El artículo 122 de la ley 599 del año 2000 en el capítulo cuarto, establece que toda mujer que se ocasione o participe en la ejecución de aborto puede ser sometida a una pena de 1 a 3 años en prisión. Así mismo, toda persona que coopere de forma directa en este procedimiento, será dispuesto al mismo tipo de sanción (39).

### **Sentencia C-355 del 2006**

Por otro lado, en el año 2006 mediante la sentencia C-355, la Corte Constitucional declara que no estará sujeta a una sanción cualquier mujer que por voluntad propia, incurra al aborto, siempre y cuando se encuentre dentro de las causales establecidas en la misma sentencia que en este caso son: “(i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) 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 ovulo fecundado no consentidas , o de incesto” (38).

### **Sentencia C-055-22**

Busca 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 3 causales despenalizadas en 2006, sin límite de tiempo de gestación: i) peligro para la salud o la vida de la mujer; ii) cuando existe grave malformación del feto que haga inviable su vida; iii) cuando el embarazo sea resultado de una violación, incesto o inseminación no consentida (39).

El derecho internacional de los derechos humanos proporcionó directrices claras para despenalizar el aborto más allá de las tres causales regulada en 2006, introdujo una nueva disposición de la constitución y enfatizó la necesidad de definirlo como medidas necesarias para garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (39).

### **Sentencia T-409 de 1992**

En esta sentencia, la Corte Constitucional indicó que la libertad de conciencia hace referencia a: “La facultad de una persona para obrar de cierta manera, o para negarse a hacerlo, está determinada en un alto grado por sus convicciones, por su propia ideología y por su forma de ver el mundo. “Asume que las creencias e ideologías son producto de las condiciones sociales, morales, académicas y, en su caso, religiosas, del individuo, en la medida en que imponen pautas de comportamiento a la sociedad a la que pertenece. Esta garantía de libertad significa que este sistema de valores no puede ser violado o modificado por la acción del Estado (39).

Asimismo, en la sentencia T-547 de 1993, esta libertad fue definida como “la inmunidad contra toda fuerza exterior que obligue a obrar en contra de las propias convicciones e impida la realización de los actos dictados por la conciencia sin impedimento ni estorbo”. La sentencia C-616 de 1997 establece que la libertad de conciencia debe ser entendida como “la propia distinción entre el bien y el mal, es decir, que se relaciona con una conciencia moral” (39).

### **Sentencia C-355 de 2006**

Por lo tanto, hace referencia a que “La objeción de conciencia no es un derecho de las corporaciones o del estado. Sólo pueden percibirlo las personas naturales, por lo que no puede haber clínicas, hospitales y centros médicos manifestar objeción de conciencia al procedimiento del aborto cuando concurren las condiciones previstas en esta sentencia. Para las personas

naturales, cabe señalar que la objeción de conciencia se refiere a una legítima convicción religiosa, por lo que no se trata de cuestionar la opinión del médico sobre el aborto, y no se puede desconocer el reconocimiento de los derechos de la mujer; Por lo tanto, en caso de alegarse por un médico la objeción de conciencia, debe derivar inmediatamente a la mujer a otro médico que si pueda llevar a cabo el aborto, sin comprometer la decisión posterior sobre si la objeción de conciencia es adecuada y pertinente. A través de los mecanismos establecidos por el sector salud” (40).

## 11. Marco metodológico

### 11.1. Diseño Investigativo

El estudio se desarrollará mediante el paradigma interpretativo cualitativo de corriente epistemológica racionalista realista, dentro de un enfoque fenomenológico con una metodología de tipo narrativa testimonial dónde el nivel investigativo será introspectivo descriptivo.

Para Katayama (2014), la investigación cualitativa es vista como un paradigma emergente y en formación, siendo considerada como uno de los desarrollos más recientes para ese momento en la metodología científica. Su finalidad se basa en un acercamiento a los diversos fenómenos, principalmente sociales, que no son medibles o cuantificables lo que la diferencia de la investigación tradicional (51). Por otro lado, Mardones y Ursua (1982), mencionan que el ámbito cualitativo opta por no mantener la necesidad de cuantificar la realidad del ser humano reduciendo así la búsqueda de una explicación al comportamiento humano en una visión positivista. Es importante destacar que los hechos sociales son aquellos que influyen de forma externa y causal en el individuo, de este modo, se tiene en cuenta principalmente la importancia de la realidad del mismo, como es vivida y percibida por el mismo, incluyendo así sus ideas, sentimientos y motivaciones dentro de un este concepto (41).

En este proyecto, será abordado un enfoque fenomenológico con metodología de tipo narrativa testimonial. Bien se sabe que del enfoque de tipo fenomenológico se encarga de estudiar las vivencias o experiencias de las personas, en este caso, las percepciones del personal de salud con respecto a la despenalización del aborto en base a su experiencia en las instituciones de salud donde se presta este servicio. Husserl, en “Investigaciones Lógicas” aborda la fenomenología como un análisis descriptivo de las vivencias intencionales, es decir, el análisis



específico de dichas situaciones siendo instauradas como un momento psicológico, donde las vivencias intencionales se comprenden en diversas partes que la conforman, es entonces, la fenomenología quien se encarga de descubrirlas, describirlas e interpretarlas (42).

Teniendo en cuenta esto, es necesario indagar tanto al fenómeno de interés, en las condiciones que se desarrolla y los factores que influyen en él para que pueda ser llevado a cabo. Para Heidegger, se plantea en un método fenomenológico donde se busca describir cómo cada individuo es capaz de dar sentido a su experiencia vivida dentro del contexto de un fenómeno particular, llegando a darle una comprensión a partir de su propia percepción (43).

Por otro lado, Alfred Schutz, en la sociología fenomenológica, la problemática se aborda desde lo que el sujeto de investigación experimenta a través de sus vivencias. El objetivo de ello, es poder comprender la estructura de la vida sin darla por segura, es decir, normalmente el ser humano mediante el sentido común asume las posibles actitudes que se pueden dar en los demás. En este caso, para el investigador es necesario poder “desfamiliarizarse” de sus propias experiencias, partiendo desde un punto de vista objetivo. (44).

Como parte del enfoque fenomenológico, en este proyecto se considera importante conocer cómo se fundamenta esta corriente, para así poder comprenderla en su totalidad y aplicarla en la investigación, logrando abordar el fenómeno de interés, siendo este la percepción del personal de salud sobre la despenalización del aborto, logrando el análisis e interpretación de sus vivencias de acuerdo al significado brindado por cada uno. Para ello, es necesario realizar una explicación por parte del mismo sujeto sobre su percepción de la realidad en la que se encuentra al momento de la entrevista y así poder conocer a fondo la naturaleza de su dinámica dentro del ámbito hospitalario y la prestación de los servicios de salud (43).

## **11.2. Población y muestra**

La población que hará parte del estudio será el personal de salud en los servicios de atención materno-perinatal y programas de atención de la mujer en IPS de Cúcuta, Los Patios y Villa del Rosario. Para la muestra, se tendrán en cuenta un total esperado de 8 a 10 informantes claves.

Para esto, se hará uso del tipo de muestreo intencional con la técnica de muestreo homogéneo el cual consiste en escoger individuos o casos semejantes, resaltando las situaciones del grupo, en este caso, el personal de salud en los servicios de atención materno-perinatal y programas de atención de la mujer, centrándose en el tema a investigar que consiste en identificar las percepciones del personal de salud sobre la despenalización del aborto hasta la semana 24, con la finalidad de obtener una perspectiva de los sujetos que experimentan un mismo fenómeno y así poder estudiar a profundidad la naturaleza de su realidad.

### **11.2.1. Criterios de inclusión**

- Ser parte del personal de salud de los servicios de atención materno-perinatal y programas de atención de la mujer en las IPS seleccionadas ubicadas en Cúcuta, Los Patios y Villa del Rosario.
- Aceptar y firmar el consentimiento informado.

### **11.2.2. Criterios de exclusión**

- Ser parte del personal de salud, pero no estar relacionado con la atención materno-perinatal y programas de atención a la mujer en las IPS seleccionadas ubicadas en Cúcuta, Los Patios y Villa del Rosario.

- No ser parte del personal de salud en las IPS seleccionadas ubicadas en Cúcuta, Los Patios y Villa del Rosario.
- No aceptar el consentimiento informado.

### **11.3. Fuentes de la Investigación**

En las alternativas de Investigación Cualitativa el investigador requiere adoptar un pensamiento orientado más hacia el descubrimiento que hacía la comprobación, según lo expuesto por Mejía en 2003 (45). Por ello resulta que la búsqueda de más y nuevas fuentes de información tanto teórica como de investigaciones antecedentes va siendo orientada por los propios hallazgos que se van haciendo durante la investigación en curso. Esto implica una permanente revisión sostenida y relativamente abierta de la literatura relacionada, sin pretender llegar a constituirse en un marco único y cerrado de interpretación y análisis de la información obtenida por el investigador.

En otras palabras, la exploración de la literatura, se constituye en un referente teórico que sirve de guía indicativa y provisional para apoyar la construcción conceptual. En consecuencia, la lectura correspondiente es de naturaleza crítica y selectiva, donde el investigador extrae sus propias conclusiones y mantiene la atención sobre los aspectos que resultan atinentes al tópico de investigación planteado y a los hallazgos realizados durante el proceso (46).

### **11.4. Técnicas e Instrumentos para recolección de datos**

La recolección de datos se lleva a cabo a partir de un guion con preguntas orientadoras alineadas a indagar en los objetivos del estudio, siendo desarrollada por los estudiantes del programa de enfermería, teniendo en cuenta el tiempo y el espacio permitido por los participantes. Por medio de la entrevista se puede recopilar información y contenido detallado en

un contexto individual y personal que se puede usar para entender mejor el problema o situación (47).

La entrevista aplicada es de tipo abierta, por lo tanto, permite que las participantes puedan dar su punto de vista y pensamientos respecto al tema a tratar sin la necesidad de que el entrevistador guíe la respuesta (47). Tomando en cuenta lo anterior, y el tipo de metodología, se busca que el entrevistado se exprese de una forma libre y subjetiva, con el fin de que los estudiantes que forman parte de esta investigación, tengan la facilidad de contextualizar y entender mejor las percepciones que tiene cada individuo (48). De acuerdo a esto, la primera entrevista consta de un guion con un total de 19 preguntas, la segunda cuenta con un guion de 12 preguntas; dando un total de 31 preguntas en general. Las preguntas se encuentran agrupadas de acuerdo a los objetivos específicos de la investigación, los cuales a su vez están alineados con las respectivas dimensiones planteadas para desarrollar este proyecto investigativo.

Las preguntas creadas para la primera entrevista son:

- ¿Cuál es su opinión sobre el aborto, en general?
- ¿En su opinión cuáles son las necesidades más importantes que usted considera, tienen las mujeres al momento de tomar una decisión en torno al aborto?
- ¿Cuál considera que debería ser la edad gestacional límite para llevar a cabo el procedimiento y díganos el porqué de esta apreciación?
- En relación con la despenalización el aborto hasta la semana 24 ¿Cuál es su punto de vista personal sobre el tema?
- ¿Considera que su opinión personal sobre el tema del aborto influye en la toma de decisiones de la paciente que busca consejería?

- ¿Cuál considera que será el impacto que genera la sentencia sobre la ampliación de las semanas de gestación para realizar un aborto, en los servicios que usted ofrece la IPS?
- A raíz de la sentencia, que amplía las semanas de gestación para abortar, ¿Cuál ha sido la repercusión, que se ha generado en la población que utiliza los servicios del programa de atención materna?
- Si en la institución en la que labora, usted tuviese que participar en un aborto, ¿cuál sería su manera de actuar?
- ¿Considera que la sentencia c 055 del 2022 que amplía la edad gestacional para el aborto, es congruente con el principio de justicia, de la bioética al dejarle esta función al personal de salud, por vía judicial?
- De qué forma considera usted, ¿que promueve la autonomía de la paciente que busca acceder al servicio de interrupción voluntaria del embarazo, luego de la sentencia de la corte?
- ¿Cuál sería para usted una forma de actuación beneficiante ante una mujer que solicita los servicios de interrupción voluntaria?
- ¿Cree que existe algún momento dentro del proceso establecido para la atención de la mujer que desea interrumpir el embarazo, en el que se corra el riesgo de actuar de forma maleficiente con la paciente?
- ¿En su caso aplicaría mecanismo de oposición o aceptación, para participar en el proceso de atención para la interrupción voluntaria del embarazo y por qué razones lo haría?
- Usted, considera que los derechos sexuales y reproductivos de la mujer se relacionan con algún principio de la bioética, si su respuesta es positiva indíquenos con cual y si es negativa coméntenos porque no considera que exista esta relación

- ¿Cuál cree usted que debería ser el papel de los comités de ética y bioética, institucionales frente al proceso de interrupción voluntaria del embarazo, en mujeres menores de edad, con discapacidad cognitiva, indígenas, indigentes u otra condición que les dificulte la toma de decisiones?
- ¿Cuál considera que debe ser su postura durante en la consejería para la interrupción voluntaria del embarazo, ante mujeres menores de edad, con discapacidad cognitiva, indígenas, indigentes u otra condición que les dificulte la toma de decisiones?
- ¿Considera que el profesional que trabaja directamente con el Programa de Interrupción Gestacional Prevista en la Ley debe poseer alguna cualificación específica? ¿En caso afirmativo nos podría decir cuál? ¿En caso negativo, cuales son los elementos que mejor se aplican en este proceso?
- ¿Cómo se sintió respondiendo esta entrevista?
- ¿Tiene algo más para agregar?

Las preguntas creadas para la segunda entrevista son las siguientes:

- Dentro de su desempeño como profesional, con la nueva sentencia ha experimentado tensiones o dilemas, como: ¿sentirse obligado o presionado a brindar una información que considera, atenta contra sus principios o ética a nivel personal?
- ¿Considera que en su formación profesional le fueron brindadas las herramientas necesarias para actuar en situaciones que incluyan dilemas éticos en la atención relacionados con el aborto o por el contrario estas fueron insuficientes?, ¿Qué recomienda sobre la forma en que debe proceder en estos casos?

- ¿En caso de experimentar tensiones incompatibles con sus principios bioéticos y sus creencias, conoce los mecanismos de oposición para participar en la atención de la IVE, a sus usuarias, en el particular con la ampliación de esta sentencia? ¿Cuáles son?
- ¿Cree usted que sus emociones y vivencias, pueden influir al momento de brindar consejería o incidir en la toma de decisiones de la paciente?
- ¿Considera que omitir información relacionada con la promoción y difusión del procedimiento sentencia C-055 del 2022, (por razones personales), puede incidir en la disminución de solicitudes de IVE sin afectar los derechos de los pacientes relacionados a su atención?
- Sobre las mujeres que no están muy seguras sobre su decisión y deciden NO acogerse a lo dispuesto en la sentencia C-055-2022, ¿qué impacto le genera cuando ellas cambian de opinión y deciden continuar con su embarazo sin desearlo, al momento de prestar el servicio de salud, que ustedes le ofrecen?
- ¿Considera que el desconocimiento del uso de métodos anticonceptivos y la falta de cobertura de los servicios de salud influye en el aumento de mujeres que solicitan la IVE luego de la sentencia, o por el contrario desde lo institucional la oferta es pertinente? díganos el porqué de esta apreciación
- ¿Como personal de salud, de qué manera puede promover el acceso a los servicios de promoción y prevención en la salud sexual y reproductiva, siendo coherente con sus principios bioéticos y su ética profesional?
- En materia de derechos sexuales y reproductivos ¿desde la bioética qué opinión le merece la sentencia C-055 del 2022: esta representa un avance o un retroceso en este IVE? y díganos el porqué de esta apreciación.

- ¿Cómo observa usted la relación entre autonomía del paciente y derechos sexuales y reproductivos, ¿esta relación es absoluta, es relativa o se circunscribe únicamente a lo que dice la sentencia?
- En mujeres con incapacidad para consentir o asentir, ¿cuál cree usted que es el papel del cuidador, en materia de derechos sexuales y reproductivos al momento de la toma de decisiones respecto a los alcances de esta nueva sentencia y las implicaciones bioéticas de esta actuación?
- Si tuviera la oportunidad de replantear la sentencia, C-055-2022, ¿de qué forma lo haría?

En el presente proyecto se realizan entrevistas de tipo estructuradas que consisten en un cuestionario con preguntas específicas y el entrevistador se limita a ellas, siguiendo un orden determinado. (47). El éxito de la entrevista depende en gran manera de la comunicación que se maneje durante esta, y si se genera un óptimo nivel de confianza entre el entrevistador y el entrevistado, la calidad de las respuestas y la fluidez de la conversación será la adecuada, de la preparación que tenga el investigador, la estructura, la fidelidad al momento de transcribir y el no influenciar las respuestas de los entrevistados de ninguna forma (48).

Por lo general este tipo de método y técnica de entrevista se usa para explorar situaciones desconocidas y se caracteriza por brindar ayuda para entender mejor las experiencias vivenciadas por parte del personal ante una situación o eventualidad. Según varios autores, se indaga en lo desconocido para aportar conocimientos a una realidad específica, en este caso, a las percepciones que tiene el personal de salud ante la sentencia C-055 del año 2022 en relación a la despenalización del aborto hasta la semana 24 de gestación (49).



### **11.5. Análisis y procesamiento de la Información**

Para el análisis de los datos del proyecto, se tendrá en cuenta la metodología de la teoría fundamentada. Corbin y Strauss, indican que “se refieren a una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación”. En base a esto, Corbin y Strauss plantean que el investigador debe iniciar con un área de estudio y permitir que la propia teoría surja a partir de la información obtenida. Entre las características más representativas se encuentra que “la fundamentación de conceptos en los datos, la creatividad de los investigadores también es un ingrediente esencial”, por lo tanto, este tipo de valoración cualitativa se basa en lo crítico y lo creativo, el primero relacionándose con el análisis de la información manteniendo el rigor establecido y el segundo sobre las capacidades que posee el investigador para formular preguntas, denominar las categorías, comparar y crear un esquema a partir de los datos adquiridos (50).

Estos autores describen el proceso de la codificación como algo dinámico y que fluye de cierta manera, manifestando ser necesario para los analistas el comprender este tipo de lógica que es subyacente y lo que se busca lograr con la implementación de las técnicas, iniciando con el de la llamada “Codificación abierta”, siendo definido por ellos como: “el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones” (50).

Se debe tener en cuenta primeramente la parte de la ciencia y los conceptos, aquí es donde se nombran los fenómenos, a partir de esto, es posible examinarse comparativamente y de allí formular las preguntas. Cuando ya están planteados los interrogantes estos, permitirán especificar sistemáticamente lo que se observa, pero también pueden adoptarse como proposiciones o hipótesis, es decir, se puede encontrar relación entre los fenómenos. En base a esto los investigadores tienen

un proceso de comunicación, llevando a especificar los conceptos obtenidos y las relaciones existentes, de todo esto se puede decir que en la codificación abierta “los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan en busca de similitudes y diferencias. Los acontecimientos, sucesos, objetos y acciones o interacciones que se consideran conceptualmente similares en su naturaleza o relacionados en el significado se agrupan bajo conceptos más abstractos, denominados categorías”. Al examinar todos los datos y encontrar igualdades o diferencias permite una discriminación de las categorías (50).

La conceptualización es el primer paso para el desarrollo de una teoría, teniendo en cuenta que “Un concepto es un fenómeno al que se le ha puesto una etiqueta”. Se puede inferir que su propósito es denominar a los fenómenos, reunir diversos acontecimientos bajo una clasificación común y esto es posible debido a que se pueden encontrar características o significados relacionados conllevando a una clasificación. A partir de ello, los conceptos son usados en un proceso de interacción donde se puede localizar o colocar en una categoría donde poseen similitudes a este (50).

Al haber conceptualizado los datos u objetos se proceden a realizar las abstracciones, aquí es donde el analista les designa un nombre a lo obtenido, esto por el significado que posee o palabras textuales del mismo entrevistado, también llamado “Código in vivo”. Seguidamente, se realiza un análisis comparativo para decidir si algún otro objeto puede recibir el mismo nombre o “Código”, ya que desde la perspectiva del investigador es similar y por lo tanto, son agrupados en categorías (50).

Seguidamente, se designan las categorías donde él investigador percibe que algunos de los conceptos obtenidos se pueden agrupar “bajo un orden abstracto más elevado, basado en su

capacidad de explicar lo que está sucediendo”. Esta agrupación de conceptos le permite al investigador disminuir las unidades resaltando los aspectos más importantes a indagar de acuerdo al fenómeno de investigación. El nombre de la categoría debe ser el que mejor describa o represente lo que está sucediendo, este nombre depende de la perspectiva, el enfoque investigativo y el contexto (50).

En la segunda fase del proceso de codificación se encuentra la codificación axial siendo definida como un proceso en donde se relacionan las categorías a sus subcategorías con el fin de agrupar aquellos datos que se fragmentaron en la codificación abierta desarrollando explicaciones más completas (50).

Para Strauss, la codificación axial implica entrecruzar el nivel dimensional, en donde el investigador relaciona las categorías a las distintas dimensiones; posteriormente el analista debe estudiar la realidad en dos niveles, el primero son aquellas palabras las cuales el entrevistado utilizó y el segundo son aquellas interpretaciones de las experiencias o acontecimientos. Posteriormente se desarrollan las categorías y subcategorías para aumentar la consistencia explicativa de una teoría hasta que se considere la saturación en donde no surja nueva información durante la codificación (50).

A continuación, viene la codificación selectiva siendo el proceso de integrar y refinar las categorías. Inicialmente, se profundizan los datos comenzando desde el primer pensamiento hasta su escritura final. En esta integración se utiliza la Gestalt analítica, que incluye no sólo quién es el analista sino también la evolución del pensamiento que ocurre con el tiempo gracias a la inmersión en los datos y el cuerpo acumulado de hallazgos que hemos registrado en

memorandos y diagramas. La forma como se relacionan los conceptos es hallada en los datos sólo si se reconoce la profunda relación que en ellos emerge (50).

Los conceptos que llegan a la posición de categoría son abstracciones y representan, no la historia de un individuo o grupo, sino las historias de muchas personas o grupos reducidas a términos altamente conceptuales y representadas por ellos. El primer paso para la integración es descubrir la categoría central que representa el tema principal de la investigación. Aunque este va cambiando, es un exagerado que explica de qué se va a tratar la investigación, cada persona puede tener una explicación diferente del tema, sin embargo, una vez el analista explica en detalle cómo llegó a tal conceptualización, otros investigadores, independientemente de su perspectiva, deberían poder seguir el camino de la lógica del analista y estar de acuerdo con que la suya es una explicación valedera (50).

Para escoger la categoría central se deben tener criterios donde todas las otras categorías principales se puedan relacionar con ella, debe aparecer con frecuencia en los datos, y los datos usados para describir la categoría central deben ser abstractos de modo que puedan ser utilizados para hacer investigación en otras áreas sustantivas. La teoría crece en profundidad y poder explicativo, motivo por el cual el concepto puede explicar las variaciones, así como el asunto central al que apuntan los datos (50).

De acuerdo a esto, la teoría fundamentada será implementada en la presente investigación, la cual se considera como necesaria para un adecuado y completo proceso de análisis para los investigadores y que los resultados lleven a la razón de los participantes, todo esto siguiendo cada uno de los pasos de este método que fueron nombrados con anterioridad.

En este proceso, la entrevista a profundidad será transcrita de forma textual en un documento de Word donde se tendrá toda la información necesaria para proceder a la realización de los pasos contenidos en la teoría fundamentada y así finalmente obtener la categoría central de las percepciones del personal de salud sobre la despenalización del aborto hasta la semana 24 de gestación, en los servicios de atención materno-perinatal en IPS de Cúcuta, Los Patios y Villa del Rosario.

## 12. Aspectos éticos

El presente proyecto se acoge a lo reglamentado en la Resolución 08430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; teniendo en cuenta que los seres humanos son la esencia para la realización de la presente investigación y son ellos quienes van a aportar toda la información a lo largo de la entrevista convirtiéndose en el eje central. Por lo anterior se hace alusión al título II “de la investigación en seres humanos” del capítulo 1 “aspectos éticos de la investigación en seres humanos” en su artículo 5, en el que se busca prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. Asimismo, el artículo 8 nombra que se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice (51).

El proyecto no representa un riesgo para las personas investigadas ya que según el artículo 11 de la resolución anteriormente mencionada, se clasifica como una investigación sin riesgo y la define: “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”, en este caso a través de las entrevistas que se describen en las técnicas de recolección de información del presente proyecto (52).

Además, se caracteriza por velar por la integridad y el respeto de la persona investigada, por lo que, se encuentra orientada en “los cuatro principios: beneficencia (hacer el bien), no maleficencia (evitar hacer daño), justicia (dar a cada quien lo que se merece) y autonomía

(capacidad que tiene la persona de tomar decisiones)” formulados por Beauchamp y Childress en su obra "Principles of Biomedical Ethics (53)"

### **Principio de beneficencia**

Consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros. Beauchamp y Childress distinguen dos tipos de beneficencia: la beneficencia positiva y la utilidad.

La beneficencia positiva requiere la provisión de beneficios y la utilidad requiere un balance entre los beneficios y los daños. Dichos autores mencionan algunas reglas para llevar a cabo la beneficencia: Proteger y defender los derechos del otro, prevenir el daño, eliminar las condiciones que podrían causar daño, ayudar a discapacitados y rescatar a las personas en peligro (52).

### **Principio de no maleficencia**

El principio de no-maleficencia hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente, “no dañar”, no lesionar sus intereses; se busca eliminar el dolor, discapacidad e incluso la muerte, sin negar la importancia de los daños mentales. Las reglas típicas referidas por Beauchamp y Childress son: No matar, no causar dolor o sufrimiento, no incapacitar a otros, no ofender y no privar a otros de lo que aprecian en la vida (53).

### **Principio de justicia**

Con respecto a lo enunciado por Beauchamp y Childress, la justicia es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona, para ello, proponen los siguientes criterios para efectuar el principio de justicia: dar a cada persona una participación igual, a cada persona de acuerdo con sus necesidades individuales, a cada persona de acuerdo a sus esfuerzos individuales, a cada persona de acuerdo a su contribución social, y a cada persona de acuerdo con sus méritos (53).

### **Principio de autonomía**

Para Beauchamp y Childress, significa actuar de acuerdo con el plan auto escogido. Esta autonomía es respetada cuando se le reconoce al individuo el derecho a mantener puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales, por consiguiente, el investigador debe respetar sus opiniones, potenciar la toma de decisiones, ofrecer la posibilidad de retirarse del estudio cuando él lo crea necesario.

Beauchamp y Childress, dan algunas reglas para tratar a las personas de manera autónoma: Decir la verdad, respetar su privacidad, proteger la confidencialidad de la información, obtener consentimiento de las intervenciones, y ayudar en la toma de decisiones (53).

En relación al principio de autonomía se brinda al investigado el consentimiento informado que según el artículo 14 de la resolución ya mencionada, se entiende como el acuerdo por escrito mediante el cual los sujetos investigados autorizan libremente y sin coacción alguna la participación en la investigación (53).

El consentimiento informado, de acuerdo con el artículo 15 de la resolución 08430 debe contar con la siguiente información: Dar a conocer el por qué es importante la realización del estudio, aclarar los objetivos, procedimientos a realizar, riesgos, beneficios, los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta o duda en relación a la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, asegurar su privacidad y confidencialidad de la información dada al investigador, proporcionar información actualizada del estudio,



disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho y si es el caso amparar los gastos adicionales (54)

### 13. Resultados

La presente investigación fue realizada con la participación de ocho informantes ubicados entre las localidades de San José de Cúcuta, el Municipio de Los Patios y Villa del Rosario. Respecto a las características, siete informantes fueron de sexo femenino y uno de ellos de sexo masculino. De acuerdo a la escolaridad, los informantes contaban con pregrado universitario, seis participantes con ocupación de enfermería profesional y dos participantes con ocupación de médico. Se realizaron un total de 16 entrevistas con una media de 2 entrevistas por informante y el promedio de duración fue de 15 minutos cada una.

Durante el proceso de codificación, se evidenció que para los informantes la nueva sentencia ha generado un impacto y cambios en su manera de pensar y actuar. Así mismo, en ocasiones, llegando a originar conflictos al momento de la asesoría para la interrupción voluntaria del embarazo. Por otra parte, se presentaron dilemas morales que llegaron a cuestionar la ética en su labor profesional por lo cual se destacó la importancia del uso de los principios bioéticos al momento de la atención. En cuanto a los cambios generados a raíz de la sentencia, se evidenció la capacidad por parte de los profesionales de adaptarse y poder asumir los desafíos que se presentan en el día a día posterior a la sentencia. Cabe destacar que la participación del personal de salud influye de forma significativa dentro de la importancia que representa la salud sexual y reproductiva en la población.

De acuerdo con esto, se realizó el proceso de codificación basado en la teoría fundamentada, donde emergieron 38 códigos nominales, de los cuales se obtuvieron 16 subcategorías y

finalmente, 8 categorías generales las cuales componen el constructo principal de la investigación.

En la siguiente tabla se observan las categorías y subcategorías encontradas de acuerdo a la codificación realizada:

**Tabla 1**

Categorías y subcategorías

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>SUBCATEGORÍAS</b>
La perspectiva ética en el personal de salud ante la IVE	La bioética y la toma de decisiones Surgimiento de conflictos éticos
Los principios bioéticos que emergen en la asesoría	La toma de decisiones y la intervención del personal Beneficencia en el actuar del personal de salud
Dificultades en la actuación del personal de salud y toma de decisiones	Consejería en la atención Necesidades de apoyo en el personal de salud
Otros efectos no esperados con la aparición de nuevos lineamientos de la sentencia que impactan la atención en salud	Efectos en la atención por la sentencia Posturas ante la IVE
Los cuestionamientos que la sentencia genera en el personal de salud y las formas no resueltas de enfrentarlos	Colisión de principios ante el impacto social de la IVE Conflictos experimentados por el personal de salud con la sentencia
Emociones y confrontación personal durante la atención	El papel de los sentimientos y la esfera personal durante el proceso

<p>Las deficiencias identificadas por los profesionales en relación con su formación profesional y los desafíos actuales en la atención</p>	<p>La importancia de la formación en el acompañamiento a las usuarias</p> <p>El compromiso con el que se asume el proceso de atención</p> <p>Profesionalismo y responsabilidad como punto de apoyo</p>
<p>El ejercicio de una sexualidad responsable y consiente es la principal situación emergente en el tema del aborto más allá de la disponibilidad de métodos</p>	<p>Existencia de vacíos en el concepto de planificación familiar y la dignidad de la mujer</p> <p>Imaginarios y desafíos que la sentencia ha planteado</p>

En la tabla 1 se observan las categorías surgidas a partir del proceso de codificación. Fuente: elaboración propia

El personal de salud, siempre ha experimentado la necesidad de ampliar el panorama y que éste le permita realizar su trabajo en los servicios de salud sexual y reproductiva de manera acorde y equilibrada entre el deber y el ser individual. Actualmente enfrenta nuevos desafíos que incrementan las brechas y el entrecruzamiento de sus perspectivas personales y las diferentes vivencias de las usuarias en los servicios de IVE. En este caso, la bioética ha sido importante para poder afrontar momentos dilemáticos a nivel profesional considerando que es insuficiente el criterio enfermero de manera que se requiere apelar a nuevos elementos que apoyen y orienten esta toma de decisiones desde lo laboral.

En la imagen (Ver. Figura 1). Se observa la relación que se guarda entre las categorías establecidas con el constructo principal. A su vez, las subcategorías que se derivan se relacionan entre sí complementando a nivel general la interpretación que se brinda de la categoría central.

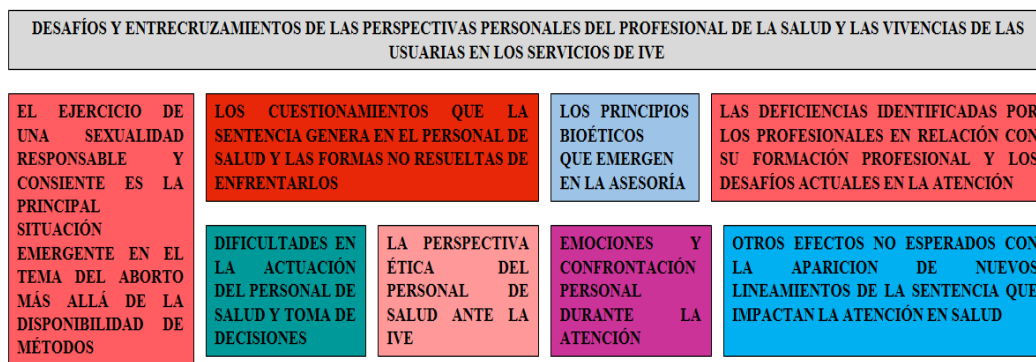


Figura 1. Enlace entre categorías generales y constructo principal.

### 13.1. Otros efectos no esperados con la aparición de nuevos lineamientos de la sentencia que impactan la atención en salud

A raíz de la aprobación de la sentencia C-055 del 2022, se evidenció el surgimiento de nuevos lineamientos que generaron impactos en la atención en salud siendo considerados como efectos no esperados por parte del personal de salud. De acuerdo a esto, los profesionales adoptan posturas ante la interrupción voluntaria del embarazo donde la perspectiva moral establece lo que el individuo considera correcto en relación a la decisión sobre la vida.

Ahora bien, la postura que asume el personal de salud se ve influenciada por el impacto generado por el procedimiento enfatizando principalmente en la edad gestacional y el riesgo que se genera al permitirse realizar un aborto en un límite de las 24 semanas de gestación. Finalmente, el profesional de la salud no desestima las razones por las que las mujeres optan por acceder a este servicio, sin embargo, se evidencia un sentido de desacuerdo cuando dichas razones no se encuentran incluidas dentro de las causales establecidas en la anterior sentencia.

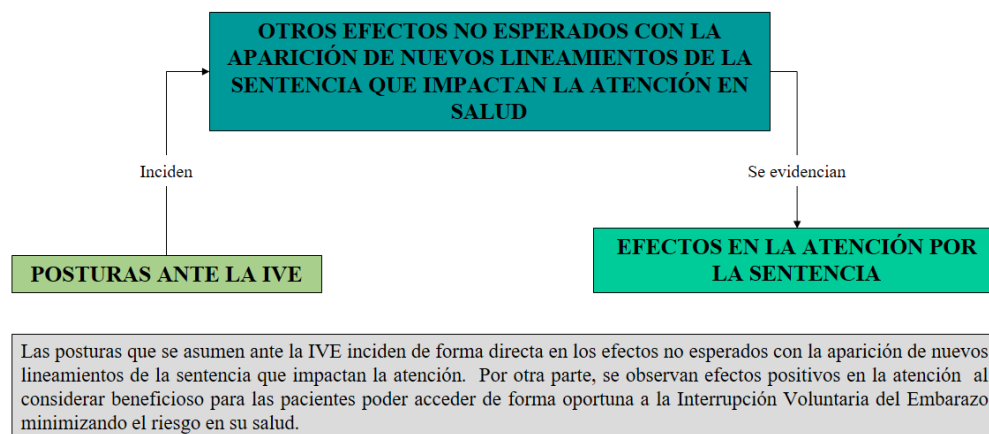


Figura 2. Categoría: Otros efectos no esperados con la aparición de nuevos lineamientos de la sentencia que impactan la atención en salud.

### 13.1.1. Posturas ante la IVE

El personal en su labor dentro del campo de la salud, comprende el aborto desde un punto de vista médico donde es el encargado de brindar orientación y asesoría a las mujeres respecto a las problemáticas encontradas durante su etapa de gestación, respetando su decisión y siendo un punto de apoyo en el proceso. Aun así, el personal de salud acoge una postura frente al procedimiento de la IVE que puede ser abordada ya sea desde una perspectiva moral, donde pese a que se encuentra en la obligación de cumplir con sus funciones dentro de la consejería busca ofrecer alternativas para dar continuidad a la gestación al no considerar que un aborto sea la decisión adecuada si se observa desde un punto de vista moral.

Seguidamente, las posturas adoptadas por el personal en la IVE están directamente influenciadas por el impacto generado debido a la edad gestacional límite establecida en la sentencia, representando un riesgo en la salud de la mujer y del producto cuanto mayor sea el tiempo para llevar a cabo el procedimiento, razón por la cual se expresa la necesidad de llegar a

replantearla. No obstante, el personal de salud considera las razones por las que las mujeres deciden acceder a este servicio resaltando en su mayoría la falta de apoyo familiar, falta de recursos económicos y el no sentirse preparadas para la maternidad.

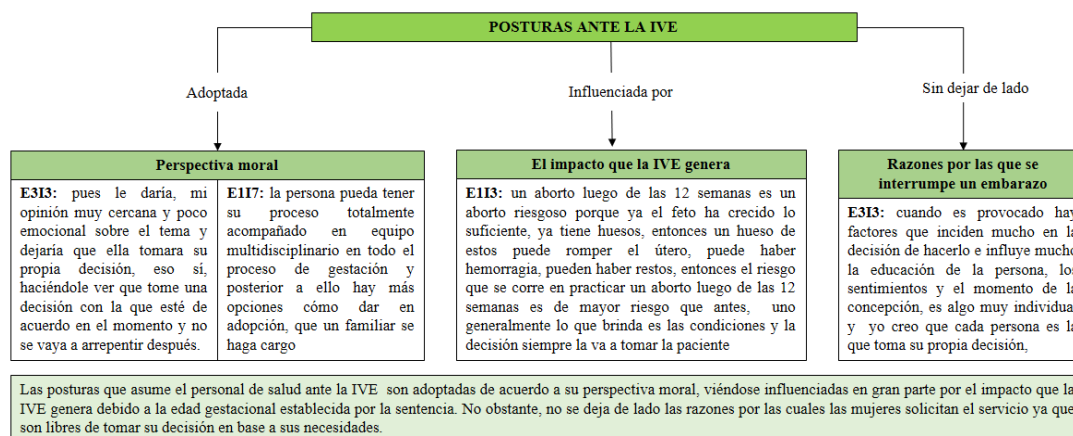


Figura 3. Subcategoría: Posturas ante la IVE

## Tabla 2

Subcategoría. Posturas ante la IVE.

**Categoría:** Otros efectos no esperados con la aparición de nuevos lineamientos de la sentencia que impactan la atención en salud.

Subcategoría: Posturas ante la IVE

Códigos

Razones por las que se interrumpe un embarazo

Perspectiva moral

El impacto que la IVE genera

En la tabla 2 se observan la subcategoría de Posturas ante la IVE. Fuente: elaboración propia

**Razones por las que se interrumpe un embarazo**

De acuerdo a una de las informantes, dentro de las necesidades más importantes en circunstancias como la interrupción voluntaria del embarazo están los medios económicos que tiene la paciente al momento de tomar la decisión, las razones familiares, o que la paciente haya sufrido violencia física o sexual. A su vez, refiere que la ausencia de apoyo familiar contribuye a tomar esta decisión.

***“E111: por temas económicos. familiares, cuando han sido violentadas así sea física o verbal la violencia, no tienen apoyo de la familia”.***

Seguidamente, otra de las participantes manifestó que cuando el aborto es provocado tiene varios factores que influyen a la toma de la decisión entre ellos están, el nivel educativo que tiene la persona, los sentimientos que tiene la persona al momento de tomar la decisión o el momento por el que atraviesa la persona, sumado a esto, la persona debe tener alguna de las causales anteriores para la realización del aborto, es decir que el feto tenga alguna malformación o corra peligro la vida de la paciente, indica que por esto cada decisión es muy personal e individual y son ellas quienes tienen la última palabra.

***“E313: cuando es provocado hay factores que inciden mucho en la decisión de hacerlo o hacerlo e influye mucho la educación de la persona, en los sentimientos y en el tipo de momento de la concepción, es algo muy individual y personal y yo creo que cada persona es la que toma su propia decisión”.***

***E313: pues para mí la indicación más importante que debe tener una mujer es cuando corre peligro su vida o el niño viene con malformaciones congénitas que afectan su vida normal, para mí esas son las indicaciones que deben prevalecer para realizar un aborto***



Entre otras respuestas, una de las informantes expresa que entre los motivos por los cuales las mujeres deciden optar al aborto es cuando no cuentan con el apoyo de alguien que las ayude durante su proceso de gestación, cuando su pareja no lo quiere tener, cuando sienten que no están preparadas para ser madres o tener otro hijo.

*“E118: ellas vienen con que no cuentan con el apoyo de la pareja o que no se sienten preparadas para tener un bebé, un primer o segundo o un tercer bebé, dicen no quiero tener a mi hijo, ya sea por el apoyo de la familia, de la pareja o porque no se sienten económicamente preparadas, o porque definitivamente ya son 3 hijos y no quiere tener un tercer o cuarto hijo”.*

### **Perspectiva moral**

De acuerdo a una de las informantes, durante la asesoría se encarga de brindar una opinión cercana y poco emocional dejando que la paciente sea quien tome su propia decisión siempre y cuando sea la adecuada de acuerdo a sus necesidades con el fin de que no se arrepienta posterior a esto. Manifiesta que le ofrece alternativas u opciones a la paciente entre ellas la adopción ya que así se protege la vida y le da la oportunidad a una mujer que no pueda ser madre. Igualmente, manifiesta que todo depende del sitio y de la persona de la cual reciba su asesoría ya que con la decisión que se tome en esta asesoría se puede salvar una vida.

*“E313: pues le daría, mi opinión muy cercana y poco emocional sobre el tema y dejaría que ella tomara su propia decisión, eso sí, haciéndole ver que tome una decisión con la que esté de acuerdo en el momento y no se vaya a arrepentir después”.*

### **El impacto que la IVE genera**

Teniendo en cuenta la edad gestacional límite para llevar a cabo una IVE después de la sentencia, uno de los informantes manifiesta los riesgos que se pueden generar al interrumpir el embarazo con edad gestacional tan avanzada por lo cual considera necesario brindarle información clara y precisa al respecto, sin embargo, la paciente es quien toma la decisión reafirmando no intervenir en ella en ningún momento de la atención.

***“E113: un aborto luego de las 12 semanas es un aborto riesgoso porque ya el feto ha crecido lo suficiente, ya tiene huesos, entonces un hueso de estos puede romper el útero, puede haber hemorragia, puede haber restos, entonces el riesgo que se corre en practicar un aborto luego de las 12 semanas es de mayor riesgo que antes y uno generalmente lo que brinda es las condiciones y la decisión siempre la va a tomar la paciente, uno no interviene en la toma de decisión de la paciente”.***

En cuanto a otra de las informantes, la edad gestacional adecuada para llevar a cabo la interrupción voluntaria del embarazo, cuando no se pueda prevenir por ninguna circunstancia, debe ser hasta máximo las 11 semanas de gestación. Refiere que lo ideal es que el procedimiento se pueda llevar a cabo al inicio de la gestación para poder actuar de forma oportuna. A su vez, pese a no estar de acuerdo con el aborto, el que una paciente acuda al servicio solicitando una IVE con pocas semanas de gestación, es algo positivo ya que representa menor riesgo en comparación de una edad gestacional límite de 24 semanas como lo establece la sentencia.

***“E115: Si no se puede evitar por cualquier otra circunstancia, máximo 11 semanas, lo ideal es que fuera al inicio, iniciando el embarazo, para poder obtener la información y no con un embarazo tan avanzado. Si llega con un embarazo un poco avanzado, entonces eso sí sería pues, algo ya negativo donde ella quisiera realizar un aborto”.***

Para otra de las informantes, la edad gestacional adecuada para realizar un aborto sería entre la semana 2 y la semana 6 de gestación como máximo. Según ella, existe la posibilidad de que la edad gestacional establecida por la sentencia promueva que las mujeres con una edad gestacional avanzada accedan a este servicio ya que, le da la opción a la mujer de solicitar el procedimiento muy cerca del límite establecido. Teniendo en cuenta esto, refiere que si por ejemplo, la justicia estableciera como límite la semana 10 de gestación, las mujeres solicitarían el acceso al aborto con menos tiempo.

*E117: hasta la semana 2 o hasta la semana 6, entre más pronto se pueda conocer las causales por las que se solicita este procedimiento se ha realizado para no dejar avanzar hasta las 24 semanas como lo dice la Ley. ¿Por qué el Ministerio de salud porque no da unas semanas para hacer este procedimiento más a un corto plazo?, ¿por qué hasta la semana 24 qué es cuando ya para ellos el bebé ya está formado?, como la justicia me dijo que como hasta la semana 24, yo en la semana 23.5 tomé la decisión, pero si de pronto la justicia me hubiera dicho no hasta la semana 10 o hasta la semana 12*

### **13.1.2. Efectos en la atención por la sentencia**

A lo largo de los años el tema del aborto ha estado lleno de estigmas por parte de la población donde las mujeres se ven aprehendidas dentro de la opinión que se tiene al respecto generando efectos negativos en la salud donde se incrementa el riesgo de mortalidad materna al abstenerse de solicitar el servicio donde se garantice una atención de calidad, esto basado en los prejuicios existentes.

En este contexto, partiendo desde la aprobación de la sentencia se han generado cambios en dichos prejuicios ya que contrario a lo que se pensaba, el facilitar el acceso al aborto legal y

seguro no generó incrementos significativos en la solicitud del servicio y debido a los beneficios de la sentencia, como lo son la disminución de complicaciones obstétricas al llevar a cabo el procedimiento en condiciones inadecuadas y el promover el acceso a los servicios de salud para las mujeres, algunos de los informantes manifestaron cambiar su opinión personal sobre ello.

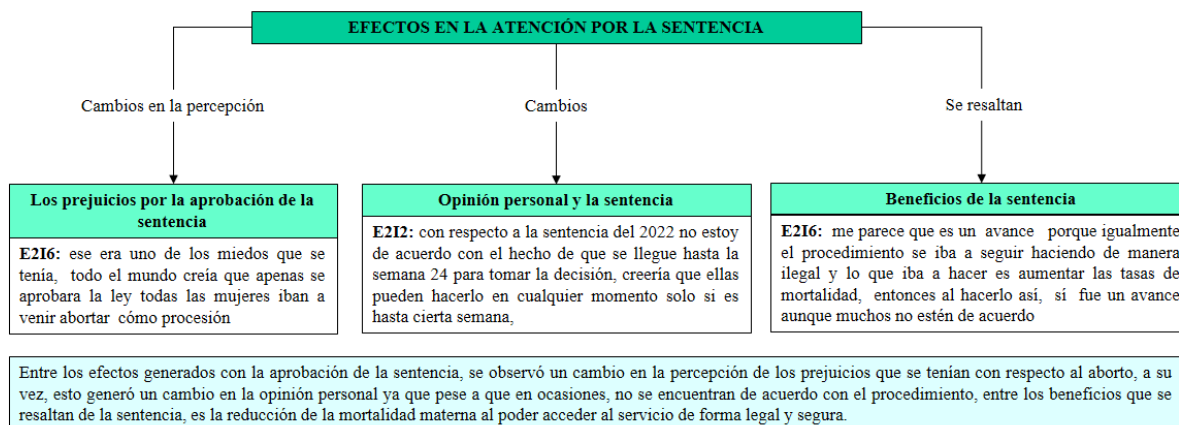


Figura 4. Subcategoría: Efectos en la atención por la sentencia.

### Tabla 3

Subcategoría. Efectos en la atención por la sentencia

---

**Categoría:** Otros efectos no esperados con la aparición de nuevos lineamientos de la sentencia que impactan la atención en salud.

---

Subcategoría: Efectos en la atención por la sentencia

---

Códigos

---

Opinión personal y la sentencia

---

Los prejuicios por aprobación de la sentencia

---

Beneficios de la sentencia

---

En la tabla 3 se observan la subcategoría de Efectos en la atención por la sentencia.

Fuente: elaboración propia

### **Opinión personal y la sentencia**

La nueva sentencia que despenaliza el aborto hasta la semana 24 de gestación, es considerado como una forma para facilitar el acceso al procedimiento a las mujeres y que termine siendo tomado como una costumbre de acuerdo a lo indicado por una de las informantes, promoviendo el no uso de los métodos anticonceptivos en la población siendo estimado como un efecto negativo de esto.

*“E115: ya la causal adicional a mí me parece es como abrir mucho el abanico para que las personas terminen viendo eso de una forma folclórica y no utilizando los métodos de planificación”.*

Por otra parte, otra de las informantes expresa que es necesario que la nueva sentencia sea considerada por profesionales de la salud, así como por la rama de justicia de forma que pueda ser replanteada, ya que, es una sentencia que permite que se interrumpa una gestación a un tiempo más avanzado, llegando a afectar a nivel mental tanto a los usuarios como al personal involucrado. No obstante, existen profesionales de la salud que refieren no estar de acuerdo con la sentencia por cuestiones religiosas o por temas personales, y ella, a nivel individual, refiere solo estar de acuerdo en caso de que el aborto sea realizado dentro de las causales establecidas en la sentencia anterior.

*“E117: yo creo que está sentencia debería solucionarse obviamente pues por los profesionales del área de la salud y más por la rama de Justicia debería estudiarse mejor esa sentencia, para que se replantee está sentencia porque es una sentencia que le da la*

*oportunidad y la mentalidad tanto los usuarios como al personal de la salud a llevar mucho más allá, a un nivel mucho más avanzado de la gestación”.*

*“E117: Hay otros que dicen no, yo no estoy de acuerdo por temas religiosos, por temas personales o no estoy de acuerdo que lo hagan, pero si estoy de acuerdo que estén dentro de las causales”.*

### **Los prejuicios por aprobación de la sentencia**

De acuerdo a la informante, luego de la aprobación de la sentencia existió un cambio en la mentalidad de algunos profesionales de la salud ya que, se dejó de juzgar o discriminar a las mujeres que deciden acceder al aborto como alternativa a su embarazo no deseado.

*“E116: la gente dejó de discriminar o de sentenciar a las mujeres que toman esta decisión, ese era uno de los miedos que se tenía, todo el mundo creía que apenas se aprobara la ley todas las mujeres iban a venir abortar cómo procesión”.*

### **Beneficios de la sentencia**

Para la informante, antes de que se aprobara la sentencia, se realizaban los abortos de manera ilegal lo cual generaba riesgos para las pacientes. De acuerdo a esto, con la existencia de la nueva sentencia, entre sus beneficios se resalta la reducción de dichos riesgos y el poder garantizar el acceso legal y seguro al aborto, además esto ha generado que las pacientes se acerquen con más confianza a solicitar el servicio de IVE.

*“E111: Igual van a abortar, entonces lo que está ayudando esta sentencia es que no lo haga ilegalmente y han venido como con más confianza a pedir el servicio”.*

### 13.2. Los cuestionamientos que la sentencia genera en el personal de salud y las formas no resueltas de enfrentarlos

La Interrupción Voluntaria del Embarazo resulta siendo una necesidad para millones de mujeres y niñas que se encuentran en estado de embarazo y no pueden llevar a cabo su etapa de gestación por diversos motivos. Sin embargo, es necesario poder garantizar a la población el acceso legal y seguro al procedimiento sin representar un riesgo para su salud y vida.

Cuando se reconoce la importancia del impacto generado por la IVE en los servicios de salud, se genera una colisión entre los principios del personal que se ven representados en los cuestionamientos que surgen por la sentencia y las formas no resueltas con las que el individuo las afronta desde la sensación de obligación a participar como las formas de eludirlo.

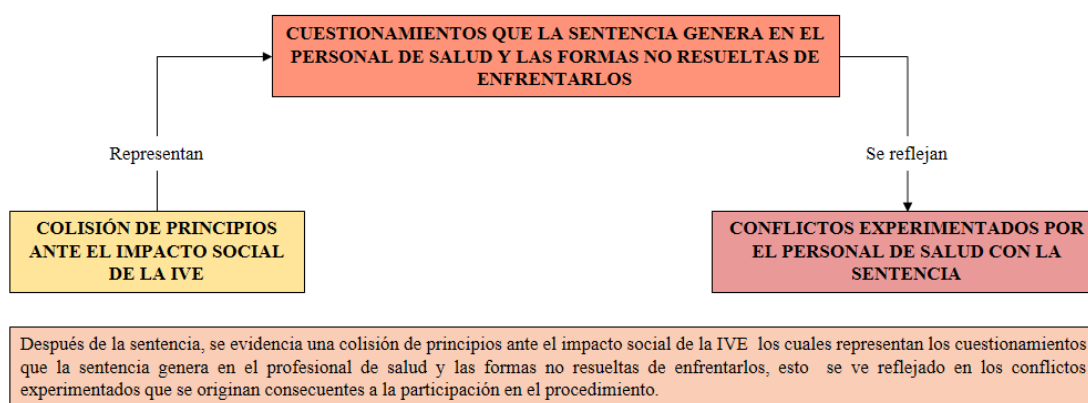


Figura 5. Categoría: Los cuestionamientos que la sentencia genera en el personal de salud y las formas no resueltas de enfrentarlos

#### 13.2.1. Colisión de principios ante el impacto social de la IVE

Una vez aprobada la sentencia, se presentó una colisión entre los principios y el impacto social ante el procedimiento generado por el abordaje que se brinda sobre el servicio si es tomado en cuenta desde la esfera personal del profesional en salud, esto es expresado principalmente por la sensación de desacuerdo que se evidencia en algunos de ellos donde se anteponen sus creencias o convicciones religiosas frente a su labor profesional, llegando a cuestionarse si lo que se realiza dentro de la práctica médica es aceptable ante sus principios a nivel individual.

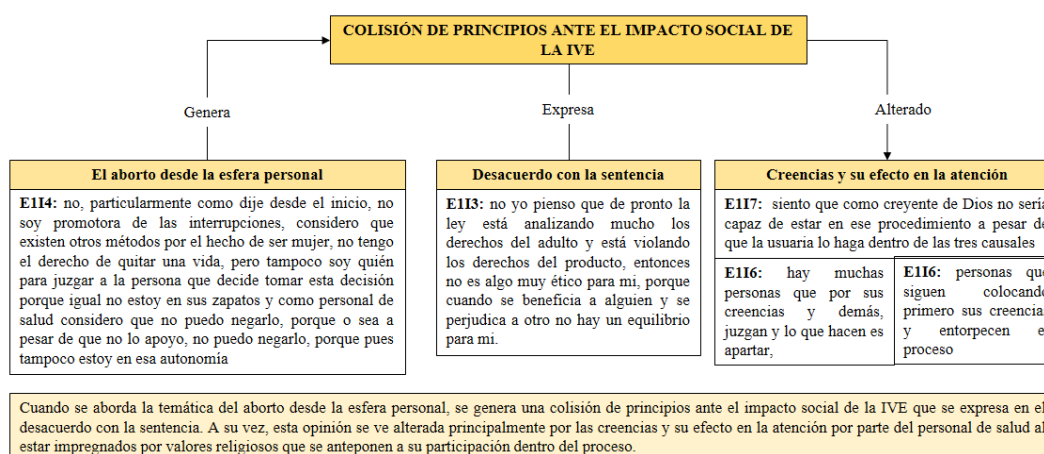


Figura 6. Subcategoría: Colisión de principios ante el impacto social de la IVE

#### Tabla 4

Subcategoría. Colisión de principios ante el impacto social de la IVE

**Categoría:** Los cuestionamientos que la sentencia genera en el personal de salud y las formas no resueltas de enfrentarlos

Subcategoría: Colisión de principios ante el impacto social de la IVE

Códigos	El aborto desde la esfera personal
	Desacuerdo con la sentencia



En la tabla 4 se observan la subcategoría de Colisión de principios ante el impacto social de la IVE. Fuente: elaboración propia

### **El aborto desde la esfera personal**

De acuerdo a lo expresado por una de las informantes, solo está de acuerdo con la IVE cuando se da por cuestiones médicas o por una malformación, pero no está de acuerdo cuando se presentan abortos por “falta de prevención y precaución en una planificación inoportuna” según manifiesta. Indica que el feto, no debe responder por los errores que tienen las personas al llevar una vida sana u organizada haciendo como alternativa continuar con el embarazo avance hasta la semana 32, 33, extraer el producto y darlo en adopción.

*“E3I3: no yo no estoy de acuerdo, para mí la opción es dejarlo, proseguir hasta las 32, 33 semanas, sacarlo y darlo en adopción, no me parece que quitarle la vida a un feto sea lo oportuno y lo ideal, prefiero que siga su embarazo y que lo den en adopción, el tiene derecho a vivir, si no lo quieren tener un hijo pues hay gente que no pueden tener un hijo y van a tener la oportunidad de tener un hijo por adopción”.*

Ahora bien, otra de las informantes, expresa que el aborto debe realizarse únicamente cuando se cuenta con las indicaciones o causales para realizarse de acuerdo a la sentencia C-355 del 2006 de manera que no a cualquier mujer debería permitirse realizarse un aborto, no si existen los métodos de planificación familiar suficientes para evitar un embarazo no deseado. Manifiesta su apoyo únicamente para las mujeres que presentan malformaciones fetales durante su embarazo o si el embarazo es causado por un acto de abuso sexual.

*“E4I4: pues mi opinión particular sobre el aborto en general es como tiene*

*indicaciones, no cualquier mujer debería realizarse un aborto existiendo métodos de planificación familiar, entonces según mi perspectiva, que abortos yo apoyo, aquellas pacientes que tienen malformaciones fetales o que se han causados posterior a un abuso sexual”.*

Otra de las informantes manifiesta que, a nivel profesional, la IVE es algo que ya era necesario implementar en el país; a pesar de ello, no deja de ser algo difícil de asimilar debido a que, a nivel personal, refiere estar a favor de la vida y en contra de dicho procedimiento, no puede indicar una edad gestacional adecuada para ejecutarlo y así mismo, involucra sus creencias religiosas al indicar que solamente Dios puede tener control sobre la vida de una persona. Sin embargo, refiere que no considera razón suficiente para llevar a cabo el procedimiento el que una mujer exprese que no quiere tener hijos y por ese motivo desee acceder al aborto. Por otra parte, no compromete su labor profesional por sus creencias personales ya que respeta la decisión de la mujer que acude solicitando una IVE.

*“E117: A nivel profesional está lo que está estipulado ya dentro de la normativa , es algo que ya pues en Colombia nos vemos en la necesidad de implementar, personalmente pues no podría dar una gestacional límite porque pues para mi, profesional como personalmente pues soy próspera y estoy en contra de todos esos procedimientos, no estoy de acuerdo ya que Dios es quién da la vida y Dios es quién la quita, no estoy de acuerdo a nivel de mi creencia a nivel religioso pero como profesional respeto, cómo profesional mi apoyo y me adapto, no estoy de acuerdo simplemente con una interrupción voluntaria del embarazo porque sí, porque la paciente diga no yo no quiero tener hijos y voy a abortar”.*

#### **Desacuerdo con la sentencia**

Una de las informantes refiere no estar de acuerdo con la sentencia y considera que es algo que sería necesario plantear nuevamente, con un equipo interdisciplinario del sector salud que cuente con los conocimientos suficientes en términos legales y de justicia.

***“E117: considero yo que, si se debería replantear, con un grupo interdisciplinario a nivel salud y a nivel justicia”.***

Un informante refiere que esta nueva sentencia son decisiones que toma el estado y que como personal de salud son leyes que debe obedecer y no puede rehusarse, únicamente debe obedecer.

***“E113: no, yo pienso que de pronto la ley está analizando mucho los derechos del adulto y está violando los derechos del producto, entonces no es algo muy ético para mí, porque cuando se beneficia a alguien y se perjudica a otro no hay un equilibrio para mí”.***

### **Las creencias y su efecto en la atención**

Para un informante existen personas que debido a sus creencias religiosas resultan entorpeciendo el proceso de atención ya que tienden a juzgar y/o señalar a la paciente manifestando que van a recibir un castigo divino en caso de estar a favor de la realización del procedimiento o participar en el mismo.

***“E116: hay muchas personas que, por sus creencias y demás, juzgan y lo que hacen es apartar, personas que siguen colocando primero sus creencias y entorpecen el proceso”***

### **13.2.2. Conflictos experimentados por el personal de salud con la sentencia**

En ocasiones, el personal de salud puede llegar a experimentar sensaciones de obligación respecto a su participación en el procedimiento como parte de su labor como profesional pese a

estar en contra de sus convicciones personales generando conflictos en relación a la aprobación de la sentencia. Como resultado de esto, el personal de salud en busca de eludir la atención en la IVE, opta por delegar sus obligaciones remitiendo a las pacientes con el equipo multidisciplinario correspondiente con el objetivo de continuar con el manejo establecido de acuerdo al seguimiento de la ruta materno perinatal.

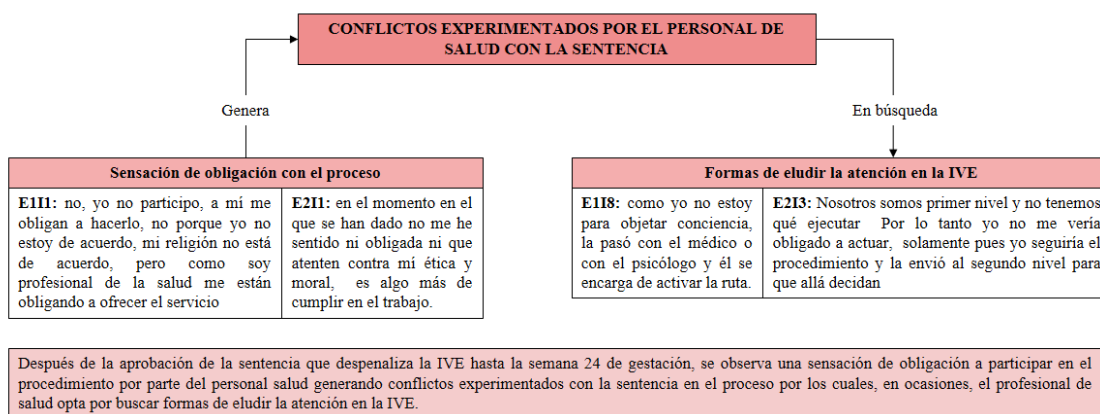


Figura 7. Subcategoría: Conflictos experimentados por el personal de salud con la sentencia

**Tabla 5**

Subcategoría. Conflictos experimentados por el personal de salud con la sentencia

---

**Categoría:** Los cuestionamientos que la sentencia genera en el personal de salud y las formas no resueltas de enfrentarlos

---

Subcategoría: Conflictos experimentados por el personal de salud con la sentencia

---

Sensación de obligación con el proceso

---

Códigos

Formas de eludir la atención en IVE

---

En la tabla 5 se observan la subcategoría de Conflictos experimentados por el personal de salud con la sentencia. Fuente: elaboración propia

### **Sensación de obligación con el proceso**

Una informante refiere sentirse obligada en cada consulta a explicar la nueva sentencia ya sea en el programa de planificación familiar o control prenatal. Manifiesta que esta es su manera de promover la autonomía de la paciente, sin embargo, indica que ella no participa por voluntad propia sino por obligación, manifiesta no estar de acuerdo por su religión e ideales personales, pero, al ser parte del personal de salud está obligada a ofrecer el servicio, dice que esta sentencia es un asunto difícil porque muchos profesionales no están de acuerdo con el procedimiento, pero los están obligando a ofrecer el servicio.

*“E111: no, yo no participo, a mí me obligan a hacerlo, no porque yo no estoy de acuerdo, mi religión no está de acuerdo, pero como soy profesional de la salud me están obligando a ofrecer el servicio”.*

Para una informante, a partir de la nueva sentencia no puede objetar conciencia debido a que ella solo brinda información, manifiesta no haberse sentido obligada ni sentir que está atentando en contra de su ética dice solo estar cumpliendo con su trabajo.

*“E211: en el momento en el que se han dado no me he sentido ni obligada ni que atenten contra mí ética y moral, es algo más de cumplir en el trabajo.”*

### **Formas de eludir la atención en IVE**

Una informante manifiesta que al no poder objetar conciencia debido a que no está involucrada directamente en el procedimiento, se encarga de delegar responsabilidades remitiendo a la paciente ya sea al personal médico o de psicología para que se pueda iniciar con la ruta de atención requerida.

***“E118: como yo no estoy para objetar conciencia, la pasó con el médico o con el psicólogo y él se encarga de activar la ruta.”***

Una informante refiere que al ser una IPS de primer nivel no tiene el compromiso de ejecutar el procedimiento, por lo tanto, no se ve obligado a actuar en dicho procedimiento, indica que su manera de actuar es remitir a la paciente al segundo nivel para que en la entidad a la que la remita tomen la decisión correcta para la paciente.

***“E213: Nosotros somos primer nivel y no tenemos qué ejecutar. Por lo tanto yo no me vería obligado a actuar, solamente pues yo seguiría el procedimiento y la envié al segundo nivel para que allá decidan”.***

### **13.3. Perspectiva ética en el personal de salud ante la IVE**

El personal de salud en su labor como profesional puede llegar a enfrentar planteamientos éticos que dan respuesta a los cuestionamientos existentes respecto a la práctica médica con el objeto de facilitar la toma de decisiones que representan conflictos estableciendo juicios de valor. Teniendo en cuenta esto, se parte desde la bioética como punto de apoyo para la toma de decisiones donde el individuo adopta una perspectiva ética ante un procedimiento como la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a su vez, el surgimiento de conflictos que aparecen a partir de los razonamientos del personal, influyen en dicha perspectiva.

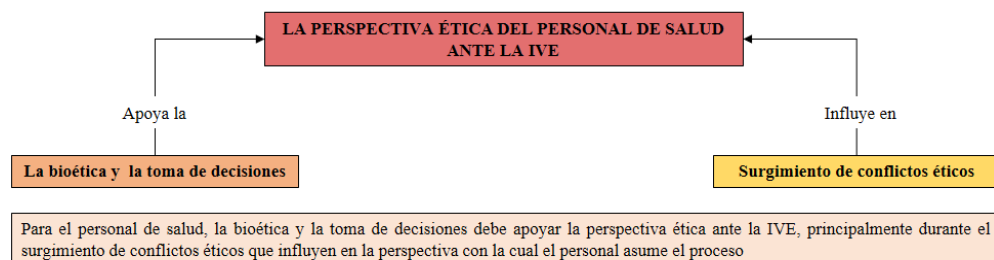


Figura 8. Categoría: Perspectiva ética en el personal de salud ante la IVE

### 13.3.1. La bioética y la toma de decisiones

Al momento de brindar asesoría en la atención para la toma de decisiones, se originan dilemas bioéticos entre lo que el profesional considera que es correcto hacer en su labor médica o enfermera, así como a nivel personal entre lo que se considera moralmente aceptable. Dicha perspectiva se relaciona con la bioética y en esto ve influida la aplicabilidad de los principios tales como la autonomía de la paciente donde se da la oportunidad de que sea ella quien tome la decisión de acuerdo a las necesidades que presenta.

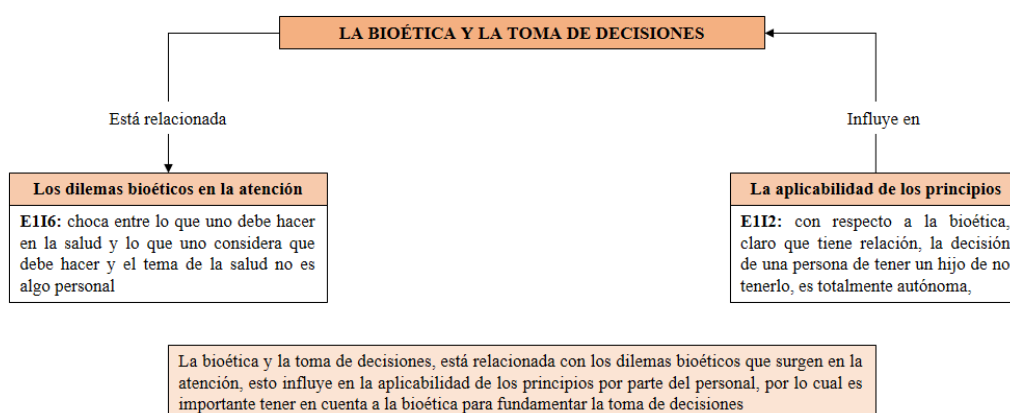


Figura 9. Subcategoría: La bioética y la toma de decisiones

Tabla 6

Subcategoría. La bioética y la toma de decisiones

---

**Categoría:** La perspectiva ética en el personal de salud ante la IVE

---

Subcategoría: La bioética y la toma de decisiones

---

Los dilemas bioéticos en la atención

---

---

En la tabla 6 se observan la subcategoría de La bioética y la toma de decisiones. Fuente: elaboración propia.

### **Los dilemas bioéticos en la atención**

De acuerdo a una de las informantes, existen dilemas éticos en el actuar como profesional donde pueden generarse conflictos entre lo que el profesional de salud debe hacer y lo que considera correcto hacer, sin embargo, dichos pensamientos no pueden incidir en la asesoría que se brinda a la paciente.

*“E116: choca entre lo que uno debe hacer en la salud y lo que uno considera que debe hacer y el tema de la salud no es algo personal”.*

Por otra parte, para los informantes es necesario reconocer los principios éticos del personal de salud, ya que, pese a que es algo que se implementa al momento de iniciar su carrera profesional, solo se utiliza durante los primeros meses desempeñando su labor como parte del equipo de salud, por lo cual debe ser una práctica constante.

*“E117: algo que se nos inculca desde muy temprano desde los inicios de la carrera del área de la salud y es algo que tenemos que implementar no solo los primeros meses o en las primeras oportunidades laborales que tenemos, sino que tiene que ser una práctica del área de la salud”.*

### **La aplicabilidad de los principios**



Una de las informantes entrevistadas, refiere que todos los derechos sexuales y reproductivos guardan relación con la bioética, principalmente con la autonomía; ya que al momento de tomar la decisión de interrumpir su embarazo está haciendo uso de ella.

***“E112: con respecto a la bioética, claro que tiene relación, la decisión de una persona de tener un hijo de no tenerlo, es totalmente autónoma”.***

Por otra parte, otro informante expresa la relación que existe entre la planificación familiar y la bioética ya que, por medio de ésta, los profesionales de la salud pueden llegar a cuestionar este tema al considerar a las mujeres como seres que están para tener hijos.

***“E116: pero si está relacionado el tema de la planificación con el tema de la bioética, los profesionales se topan con su tema de la bioética y con el tema de que las mujeres están para tener hijos”.***

### **13.3.2. Surgimiento de conflictos éticos**

Partiendo desde la bioética, se busca ampliar la perspectiva abierta al diálogo donde sea posible la integración de conceptos morales preservando los valores y principios del individuo en cuestión. En caso de presentarse un surgimiento de conflictos se hace necesario el uso de mecanismos de oposición si el personal no se encuentra de acuerdo con un procedimiento como lo es la IVE o siente que esto vulnera sus convicciones a nivel personal. De modo similar, el impacto que tienen los comités de bioética es fundamental dentro de la toma de decisiones en estos casos, brindando un acompañamiento continuo durante el proceso.

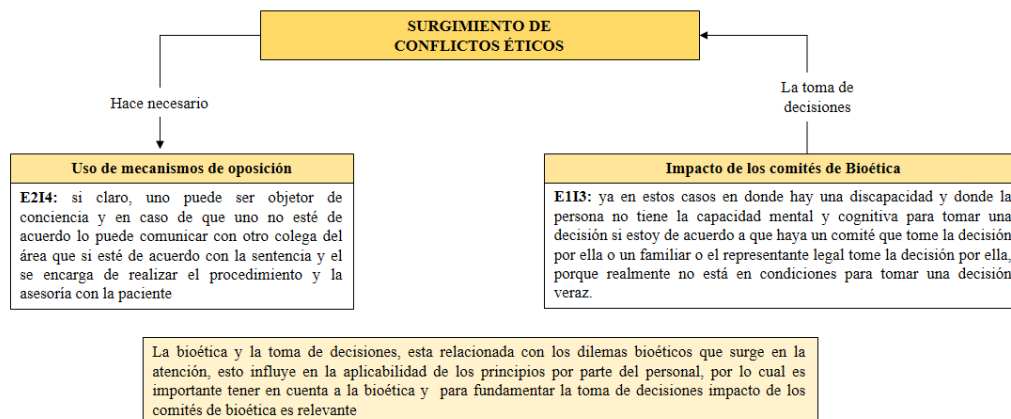


Figura 10. Subcategoría: Surgimiento de conflictos éticos

**Tabla 7**

Subcategoría. Surgimiento de conflictos éticos.

<b>Categoría:</b> La perspectiva ética en el personal de salud ante la IVE	
Subcategoría: Surgimiento de conflictos éticos	
Códigos	Uso de mecanismos de oposición
	Impacto de los comités de bioética

En la tabla 7 se observan la subcategoría de Surgimiento de conflictos éticos. Fuente: elaboración propia.

### Uso de mecanismos de oposición

Una de las informantes manifiesta conocer la ley que protege a los profesionales de la salud que no estén de acuerdo en participar en una IVE y ellos pueden hacer uso de ella en el momento que lo necesiten. En dado caso de ser así, se debe delegar esta responsabilidad a otro

profesional que pueda cumplir con el proceso sin llegar a afectar o retrasar la atención de la mujer.

*“E116: hay una ley que protege las personas que no quieren realizar este proceso entonces usted la puede aplicar y decir no yo no la puedo no la quiero hacer, si usted como médico o como enfermera no está de acuerdo en realizar el proceso simplemente puede ceder el caso a una persona que si lo puede hacer”.*

Lo anterior concuerda con lo expresado por otra de las informantes quien indica conocer los mecanismos de oposición en caso de no querer participar en el procedimiento, en este caso la objeción de conciencia, también indica que en caso de no encontrarse de acuerdo con el proceso lo puede manifestar con otro profesional del área que si se encuentre de acuerdo y este profesional se encarga de realizar la asesoría y el procedimiento de IVE.

*“E214: si claro, uno puede ser objetor de conciencia y en caso de que uno no esté de acuerdo lo puede comunicar con otro colega del área que sí esté de acuerdo con la sentencia y el se encarga de realizar el procedimiento y la asesoría con la paciente”.*

### **Impacto de los comités de bioética**

Para la informante el impacto que tienen los comités de bioética en casos donde una persona presenta algún tipo de discapacidad ya sea mental o cognitiva, es de suma importancia dentro de la toma de decisiones y el poder brindar un acompañamiento al cuidador o representante legal ya que según considera, este tipo de pacientes no se encuentra en condiciones para tomar una decisión veraz.

*“E113: ya en estos casos en donde hay una discapacidad y donde la persona no tiene la capacidad mental y cognitiva para tomar una decisión si estoy de acuerdo a que haya un comité que tome la decisión por ella o un familiar o el representante legal tome la decisión por ella, porque realmente no está en condiciones para tomar una decisión veraz”.*

Por otro lado, una de las informantes refiere que es necesario que los comités de bioética estén conformados por profesionales de la salud que estén preparados para enfrentar situaciones que involucren toma de decisiones a procedimientos donde se cuestione la ética profesional y los principios éticos a nivel individual en búsqueda del beneficio de la población vulnerable.

*“E117: El comité más allá de seguir una ética, también debe seguir un comportamiento, entonces es importante que se involucren para la toma de decisiones de estos tipos de procedimientos”.*

#### **13.4. Los principios bioéticos que emergen en la asesoría**

Los principios bioéticos posibilitan la actuación correcta en aspectos relacionados a la vida donde se toma como punto de partida lo que se debe hacer como personal de la salud como lo que no se debe hacer de acuerdo a la moral de cada individuo. Acto seguido, el profesional de salud mediante su intervención dentro de la asesoría, fomenta el uso de estos principios en la toma de decisiones, esto articulado en una actuación benéfica en búsqueda del bienestar de las pacientes y el ejercicio de sus derechos dentro de la atención en salud.

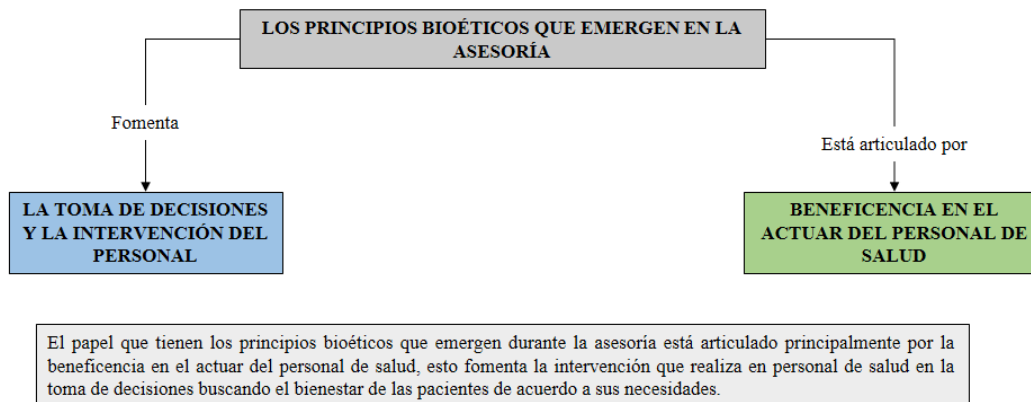


Figura 11. Los principios bioéticos que emergen en la asesoría

#### 13.4.1. La toma de decisiones y la intervención del personal

El personal de salud interviene de forma directa en la atención al brindar una asesoría donde se pueda promover la autonomía de la paciente proporcionando información clara y oportuna. Teniendo en cuenta la sentencia que despenaliza la IVE, dicha autonomía se ve favorecida al dar la libertad a las mujeres de tomar una decisión de acuerdo a sus necesidades para acceder al procedimiento de forma legal y segura. Así mismo, el personal de salud adopta una postura donde se destaca el respeto por la decisión de la paciente aun sin estar de acuerdo o compartir pensamientos similares ante la IVE, esto sin llegar a afectar o influir en su decisión.

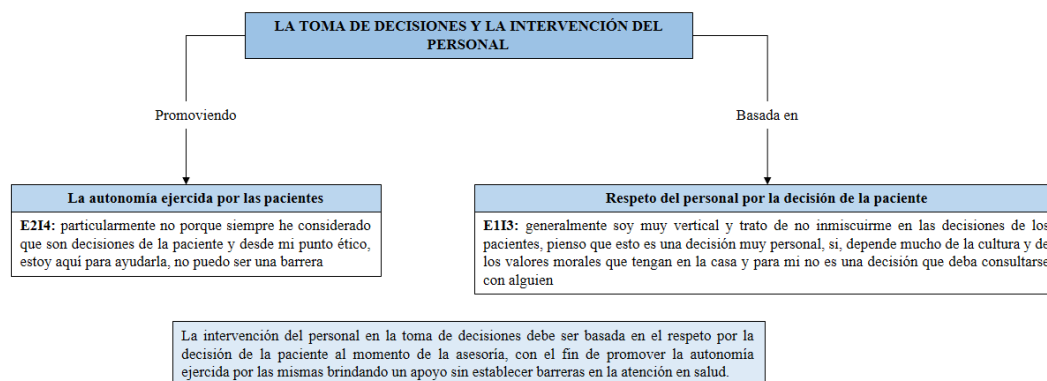


Figura 12. Subcategoría: La toma de decisiones y la intervención del personal

### Tabla 8

Subcategoría. La toma de decisiones y la intervención del personal

---

**Categoría:** Los principios bioéticos que emergen en la asesoría

---

Subcategoría: La toma de decisiones y la intervención del personal

---

Códigos	La autonomía ejercida por las pacientes
	Respeto del personal por la decisión de las pacientes

---

En la tabla 8 se observa la subcategoría de La toma de decisiones y la intervención del personal.

Fuente: elaboración propia.

#### La autonomía ejercida por las pacientes

Para la informante, la aprobación de la sentencia que legaliza el aborto hasta la semana 24 de gestación ha generado autonomía en las mujeres que desean acceder a este servicio ya que, según refiere, contribuye a que sean libres de decidir sobre su propio cuerpo.

***“EII6: sí ha generado una autonomía en la mujer porque la mujer es libre de decidir sobre su propio cuerpo”.***

Otra informante indica que, como parte del personal de salud, no promueve ninguna autonomía en las pacientes que acuden al servicio ya que, es la paciente quien toma la decisión. Así mismo, en esto influyen los principios de la mujer, ya que según refiere, es ella quien puede decidir cuántos hijos quiere tener y en qué momento desea tenerlos.

***“EII8: Yo no promuevo ninguna autonomía, es la paciente quién dice yo no lo quiero tener, los principios cuando ella decide decir cuántos hijos y cuándo los quiere tener, entonces yo pienso que ahí es como la autonomía de ella, es muy relevante”.***

### **Respeto del personal por la decisión de las pacientes**

De acuerdo a una de las informantes, a nivel personal no se encuentra de acuerdo con la nueva sentencia ni con la interrupción del embarazo, sin embargo, respeta la decisión de las pacientes que quieran realizarlo, tanto judicialmente como al ser parte del personal de salud, no puede influir en la decisión de la paciente.

***“EIII: lo mismo, yo no estoy de acuerdo, pero cada mujer tiene sus motivos, y hay que respetarlos, es que nosotros judicialmente no nos podemos meter en la opinión de las pacientes, entonces un comité no podría hacer nada. Ahí es difícil”.***

Así mismo, otra de las informantes describe que es necesario que al momento de brindar la atención al paciente se debe respetar la dignidad de esa persona sin importar que se esté de acuerdo con sus decisiones, lo cual hace parte de una atención humanizada. Por ello, es necesario

informar de forma integral a las mujeres sobre sus derechos sexuales y reproductivos para que puedan ejercerlos de acuerdo a sus necesidades.

***“E117: el respeto a la dignidad de la persona está basado en una atención de calidad humanizada, el respeto hacia la dignidad parte desde darle a conocer los derechos sexuales y reproductivos”.***

### 13.4.2. Beneficencia en el actuar del personal de salud

La beneficencia en el actuar del profesional de la salud se basa en el poder beneficiar a la persona que se está atendiendo, en este caso a las pacientes. Siendo así, la actuación beneficiante por parte del personal favorece la promoción y el ejercicio de los derechos de las mujeres como la capacidad de decidir sobre su propio cuerpo, recibiendo información y facilitando el acceso a los servicios de salud como lo es la IVE luego de la aprobación de la sentencia C-055 del año 2022.

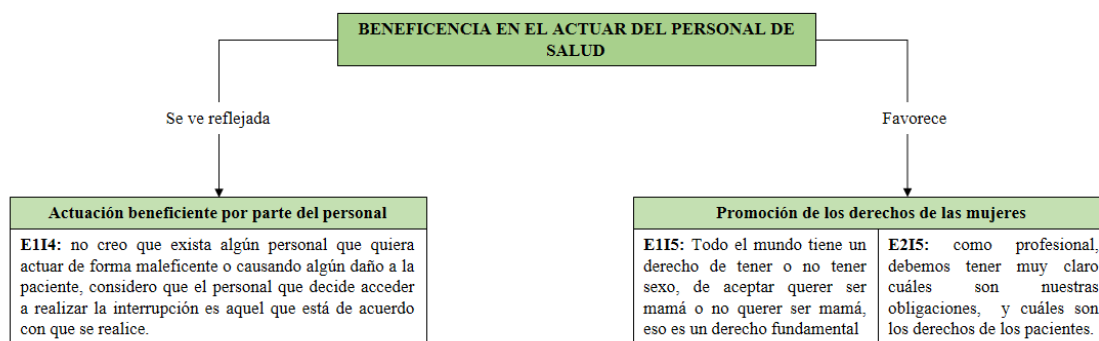




Figura 13. Subcategoría: Beneficencia en el actuar del personal de salud

**Tabla 9**

Beneficencia en el actuar del personal de salud

<b>Categoría:</b> El papel de los principios bioéticos en la asesoría	
Subcategoría: Beneficencia en el actuar del personal de salud	
	Actuación benéfica por parte del personal
Códigos	Promoción de los derechos de las mujeres

En la tabla 9 se observa la subcategoría de Beneficencia en el actuar del personal de salud.

Fuente: elaboración propia.

#### **Actuación benéfica por parte del personal**

En base a lo encontrado, para una de las informantes el personal de salud no desea actuar de manera maléfica o causar algún daño a la paciente, refiere que el personal dispuesto para el proceso debe ser profesionales de la salud que se encuentre de acuerdo con el procedimiento y que no obstaculice o genere retrasos en el acceso a la IVE si es la decisión de la paciente.

*“E414: no, no creo que exista algún personal que quiera actuar de esa manera o causando algún daño a la paciente, considero que el personal que decide acceder a realizar la interrupción es aquel que está de acuerdo con que se realice, entonces no creo”.*

Para otra de las informantes, una forma de actuación benéfica con las pacientes es brindar las opciones necesarias para que la gestante pueda tomar una decisión sin llegar a entorpecer el proceso.

*“E116: que no se entorpezca el proceso, que se den las opciones, que se le dé qué es lo que tiene que hacer, a dónde tiene que ir y que se lo expliqué todo”.*

### **Promoción de los derechos de las mujeres**

Para las informantes, cada persona es libre de decidir cómo ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, así como de tomar la decisión de qué momento es el adecuado para tener hijos. En este caso, el acceso al aborto legal luego de la sentencia es considerado como un procedimiento del que toda mujer tiene el derecho a solicitar y realizarse en caso de necesitarlo.

*“E115: Todo el mundo tiene un derecho de tener o no tener sexo, de aceptar querer ser mamá o no querer ser mamá, eso es un derecho fundamental”*

### **13.5. Dificultades en la actuación del personal de salud y toma de decisiones**

Al momento de brindar consejería en la atención de la IVE, el personal de salud puede presentar dificultades en su actuación llegando a entrar en conflicto con la decisión que tiene la paciente respecto a su proceso de gestación. No obstante, el profesional de salud aborda la necesidad de apoyo que se presenta durante la atención recalcando que pese a que la decisión es y debe ser únicamente de la paciente, en ocasiones es necesario aconsejar más allá de lo profesional viendo a la mujer desde un punto de vista personal sin influir en su decisión.

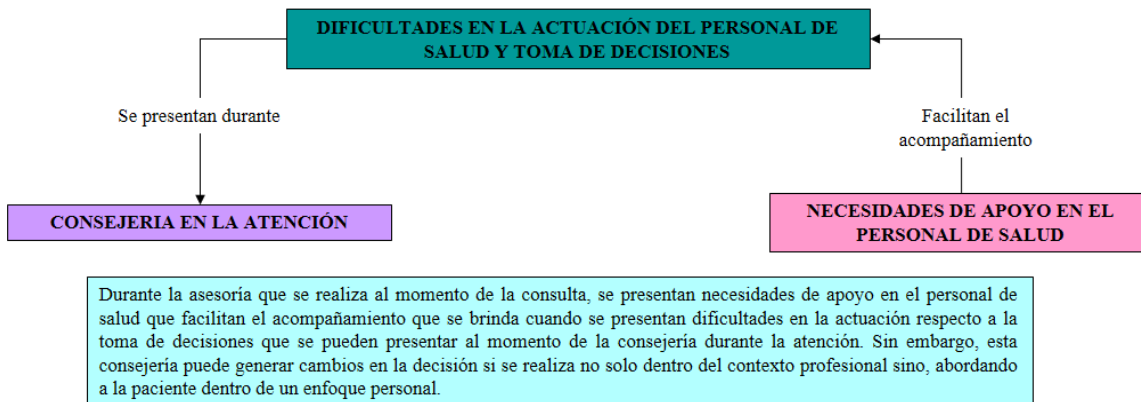


Figura 14. Categoría: Dificultades en la actuación del personal de salud y toma de decisiones

### 13.5.1. Consejería en la atención

La consejería en la atención toma un papel importante al definirse como la relación existente entre el profesional de la salud y el paciente con el objeto de llegar a un acuerdo donde se promueva la salud del paciente a través de la toma de decisiones. En esa misma línea, se destaca el papel de la consulta inicial siendo esta relevante para poder impactar de forma oportuna brindando toda la información necesaria de acuerdo a la solicitud presentada por la mujer al momento de acudir a la institución prestadora de salud. Así mismo, esta decisión debe estar basada únicamente en las necesidades que tienen las mujeres, en este caso, tomando en cuenta los motivos por los cuales acude al servicio para solicitar la IVE.

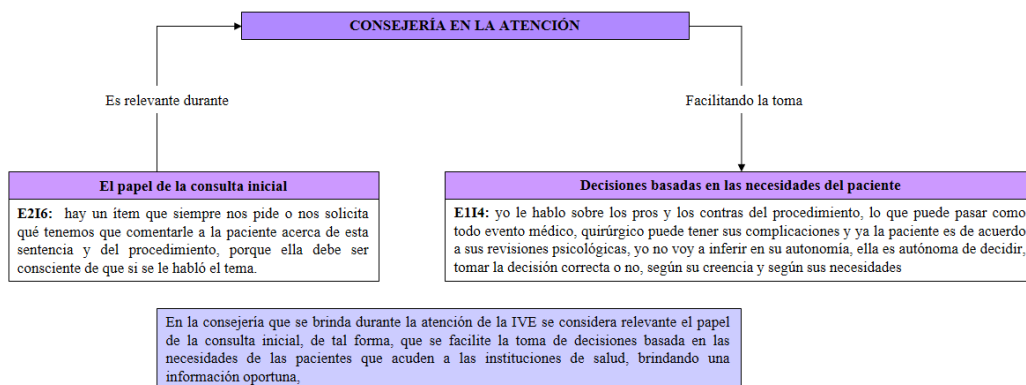


Figura 15. Subcategoría: Consejería en la atención

**Tabla 10**

Subcategoría. Consejería en la atención

<b>Categoría:</b> Dificultades en la actuación del personal de salud y toma de decisiones	
<b>Subcategoría:</b> Consejería en la atención	
	El papel de la consulta inicial
	Decisiones basadas en las necesidades del paciente
<b>Códigos</b>	

En la tabla 10 se observan la subcategoría de Consejería en la atención. Fuente: elaboración propia.

### **El papel de la consulta inicial**

Para los informantes, es importante brindar una asesoría integral desde el momento de la consulta inicial ya que una anamnesis adecuada contribuye a disminuir la incidencia de embarazos no deseados, sin embargo, en ocasiones se presenta que el personal de salud no

cuenta con el tiempo suficiente para brindar una educación completa ya que solamente lo hace por cumplir con su agenda.

*“E117: una buena anamnesis nos llevará a bajar estos índices de embarazos no deseados, muchas veces pues el profesional no tiene el tiempo para brindar una educación y escuchar a los usuarios porque simplemente debe cumplir una agenda, desde el momento cero cuándo nos llega la institución poderle brindar la información porque, porque ya teniendo en cuenta toda esta información y sabiendo que pasa, qué me dice la sentencia, se puede hacer toda esta ruta, y posterior a esto dejarle la decisión a la usuaria”.*

Así pues, otra informante refiere que durante la consulta inicial siempre se debe informar a las pacientes acerca de la nueva sentencia y el acceso que tiene al procedimiento de manera obligatoria concientizando sobre el proceso para acceder a la IVE y la claridad en la información brindada

*“E216: hay un ítem que siempre nos pide o nos solicita qué tenemos que comentarle a la paciente acerca de esta sentencia y del procedimiento, porque ella debe ser consciente de que si se le habló el tema.”*

### **Decisiones basadas en las necesidades del paciente**

Para una informante, es importante brindar una buena asesoría ya que de esto depende la decisión que tome la paciente. No obstante, indica que al momento de la entrevista no ha tenido pacientes que soliciten el procedimiento, pero durante la asesoría brinda una información completa acerca del pro y los contras de realizar la intervención y las complicaciones que puede tener facilitando la toma de decisiones adecuada de acuerdo a sus creencias y necesidades del momento.

*“E114: yo le hablo sobre los pros y los contras del procedimiento, lo que puede pasar como todo evento médico, quirúrgico puede tener sus complicaciones y ya la paciente es de acuerdo a sus revisiones psicológicas, yo no voy a inferir en su autonomía, ella es autónoma de decidir, tomar la decisión correcta o no, según su creencia y según sus necesidades”*

### 13.5.2. Necesidades de apoyo en el personal de salud

Durante la atención en la IVE, el profesional se encarga de brindar un acompañamiento continuo a las mujeres siendo un apoyo en su toma de decisiones las cuales deben ser únicamente de las pacientes. En cuanto a las pacientes que por alguna discapacidad física o mental se encuentran vulnerables y no cuentan con la capacidad de decidir por sí mismas, se requiere del mismo personal quien busca la forma de incluir al cuidador o representante legal en este proceso el cual es intervenido por los comités de bioética institucionales.

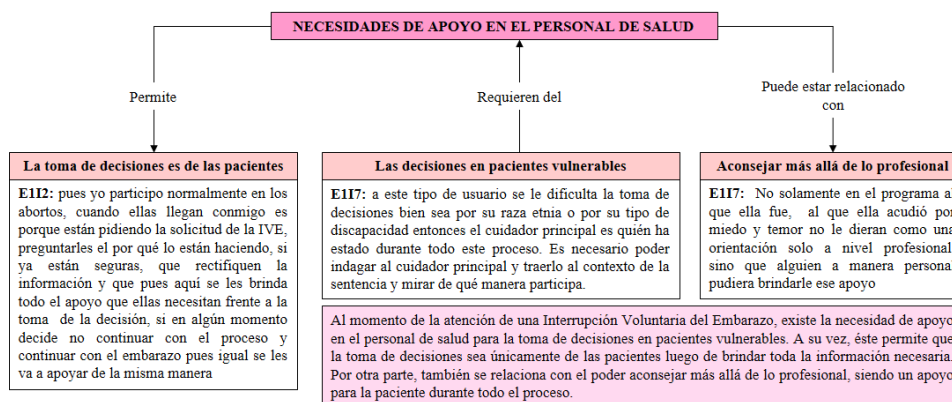


Figura 16. Subcategoría: Necesidades de apoyo en el personal de salud

### Tabla 11

Subcategoría. Necesidades de apoyo en el personal de salud

---

**Categoría:** Dificultades en la actuación del personal de salud y toma de decisiones

---

Subcategoría: Necesidades de apoyo en el personal de salud

---

	La toma de decisiones es de las pacientes
	Las decisiones en pacientes vulnerables
Códigos	Aconsejar más allá de lo profesional

---

En la tabla 11 se observan la subcategoría de Necesidades de apoyo en el personal de salud. Fuente: elaboración propia.

### **La toma de decisiones es de las pacientes**

Una informante manifiesta que, respecto a la toma de decisiones en pacientes vulnerables, no importa si la paciente pertenece a una etnia indígena o si es menor de edad, si tiene todos sus derechos y la capacidad mental para tomar la decisión lo puede hacer, porque esto es una decisión individual, el personal únicamente está para orientar a los usuarios. la informante refiere participar de manera rutinaria en los procesos de interrupción del embarazo desde el momento en el que se inicia la asesoría, en este caso ella indaga sobre el motivo por el cual la paciente quiere realizar el procedimiento, cuando la paciente ya se encuentra segura les brinda todo el apoyo que ellas necesitan, y si en algún momento la paciente decide retractarse o no continuar con el proceso les brinda el mismo apoyo. la informante indica la importancia de explicarle a la paciente desde el principio de la asesoría que tienen todo el apoyo del personal y de la ley, y las alternativas que tienen al momento de tomar la decisión sobre su embarazo esto va a generar tranquilidad en la paciente.

*“E112: pues yo participo normalmente en los abortos, cuando ellas llegan conmigo es porque están pidiendo la solicitud de la IVE, preguntarles el por qué lo están haciendo, si ya*

*están seguras, que rectifiquen la información y que pues aquí se les brinda todo el apoyo que ellas necesitan frente a la toma de la decisión, si en algún momento decide no continuar con el proceso y continuar con el embarazo pues igual se les va a apoyar de la misma manera”*

### **Las decisiones en pacientes vulnerables**

Para una de las informantes, una forma de asesoría en el caso de pacientes vulnerables debe ser directamente con el cuidador ya que es el encargado de la toma de decisiones. Por otra parte, en el caso de la población vulnerable que no pueda tomar sus propias decisiones, el cuidador principal es quien toma un papel fundamental en este proceso de atención, por lo cual es necesario llevarlo dentro del contexto de la sentencia y esclarecer de qué forma influye esta persona en la mujer que presenta dicha afectación. Así mismo, el comité de ética debe involucrar al cuidador dentro de la toma de decisiones para poder abordar esta problemática de la forma más beneficiosa para la paciente.

*“E117: a este tipo de usuario se le dificulta la toma de decisiones bien sea por su raza, etnia o por su tipo de discapacidad entonces el cuidador principal es quién ha estado durante todo este proceso. Es necesario poder indagar al cuidador principal y traerlo al contexto de la sentencia y mirar de qué manera participa.”*

### **Aconsejar más allá de lo profesional**

Una informante manifiesta que al momento de brindar una asesoría a las pacientes no solo la realiza a nivel profesional sino también a nivel personal, ha logrado cambiar la decisión de las pacientes en torno al aborto, lo cual considera necesario realizar en algunas ocasiones.

*“E117: No solamente en el programa al que ella fue, al que ella acudió por miedo y*



*temor no le dieran como una orientación solo a nivel profesional, sino que alguien a manera personal pudiera brindarle ese apoyo, Después decidió no realizarlo por voluntad propia.*

*Gracias a esa asesoría que pude dar a nivel personal más que a nivel profesional, hoy tengo la fortuna de que en el consultorio de enfrente en la institución en la cual actualmente laboro, puedo ver a esa paciente verla durante todo su proceso de gestación”*

### 13.6. Emociones y confrontación personal durante la atención

El impacto que genera el aborto resulta ser controversial al momento de ser abordado desde la perspectiva del profesional de la salud. Teniendo en cuenta esto, durante la atención el personal experimenta una confrontación entre las emociones y sentimientos y el cumplimiento de sus obligaciones en la asesoría tanto a nivel personal sin apartar las posibles afectaciones que surgen en las pacientes a nivel psicológico antes, durante y después del procedimiento. Por otra parte, se estima el papel que tienen los acompañantes de las pacientes ya que, igualmente pueden presentar alteraciones en su esfera emocional al no estar de acuerdo con la realización de la IVE.

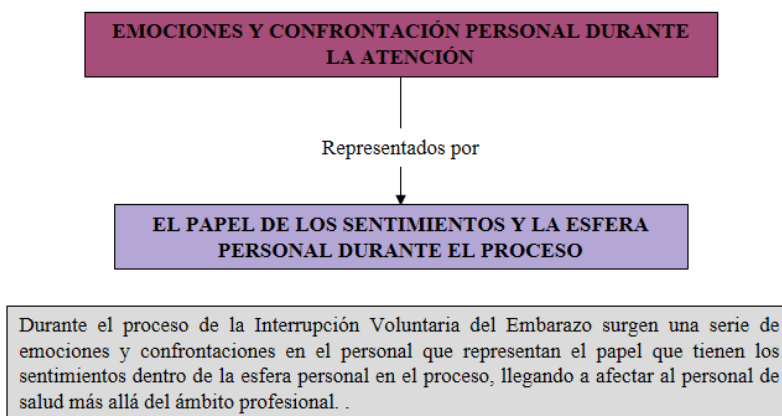


Figura 17. Categoría: Emociones y confrontación personal durante la atención

**13.6.1. El papel de los sentimientos y la esfera personal durante el proceso**

Durante la atención para la interrupción voluntaria del embarazo el personal experimenta sentimientos que emergen durante el proceso y en algunas ocasiones llegan a atravesar las barreras personales al momento de la toma de decisiones durante la asesoría, además los acompañantes de las pacientes también experimentan estas emociones llegando a generar una afectación en ellos.

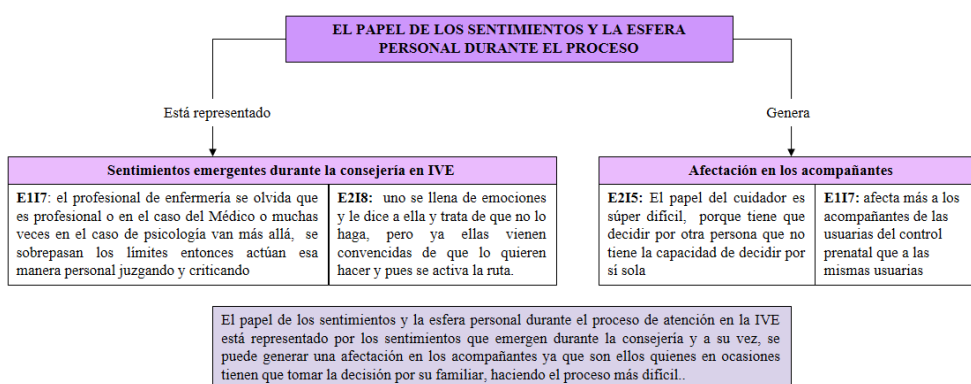


Figura 18. Subcategoría: El papel de los sentimientos y la esfera personal durante el proceso

**Tabla 12**

Subcategoría. El papel de los sentimientos y la esfera personal durante el proceso

<b>Categoría:</b> Emociones y confrontación personal durante la atención	
Subcategoría: El papel de los sentimientos y la esfera personal durante el proceso	
	Sentimientos emergentes durante la
Códigos	consejería en IVE
	Afectación en los acompañantes

En la tabla 12 se observan la subcategoría de El papel de los sentimientos y la esfera personal durante el proceso. Fuente: elaboración propia.

### **Sentimientos emergentes durante la consejería en IVE**

Para una de las informantes ha sido una situación difícil la atención de este procedimiento después de la aprobación de la sentencia, lo que resulta algo complicado de manejar para el personal de enfermería. Así mismo, el procedimiento en sí puede llegar a afectar a nivel psicológico a la mujer que lo solicita. Expresa que como parte del personal de salud, no solo se encarga de brindar una asesoría en el ámbito profesional sino también por la parte personal, ya que pues, refiere que trata de hacerle entender a la paciente que es Dios quien da y quien quita la vida.

Por otra parte, considera que en ocasiones el equipo de salud ya sea el personal de enfermería, medicina o psicología tiende a sobrepasar los límites de la atención donde se termina juzgando o criticando la decisión de la paciente, la posibilidad de participar en una IVE es algo que podría afectarla como profesional a nivel psicológico.

***“E117: el profesional de enfermería se olvida que es profesional o en el caso del Médico o muchas veces en el caso de psicología van más allá, se sobrepasan los límites entonces actúan esa manera personal juzgando y criticando”***

***“E218: uno se llena de emociones y le dice a ella y trata de que no lo haga, pero ya ellas vienen convencidas de que lo quieren hacer y pues se activa la ruta.”***

### **Afectación en los acompañantes**

Para una informante, al momento de la consulta el acompañante de la paciente es relevante, ya que existe un vacío de conocimientos tanto para la persona involucrada como para el mismo, viéndose afectado también a nivel emocional el acompañante de la persona, incluso en algunos casos la decisión suele afectar más a los acompañantes que a las pacientes.

*“E2I5: El papel del cuidador es súper difícil, porque tiene que decidir por otra persona que no tiene la capacidad de decidir por sí sola”*

*“E1I7: afecta más a los acompañantes de las usuarias del control prenatal que a las mismas usuarias”*

### **13.7. Las deficiencias identificadas por los profesionales en relación con su formación profesional y los desafíos actuales en la atención**

La formación del personal de salud permite brindar las bases necesarias dentro del actuar laboral, facilitando las competencias requeridas para desempeñar su papel de acompañamiento y atención asistencial. En la IVE, se recalca la importancia de las características no solo a nivel de conocimiento sino también, tomando en cuenta el abordaje de la dimensión emocional que se da en las pacientes motivo por el cual, se identifica como deficiencia más que la preparación es la continuidad de dichas competencias como una forma de participación y acompañamiento en el proceso.

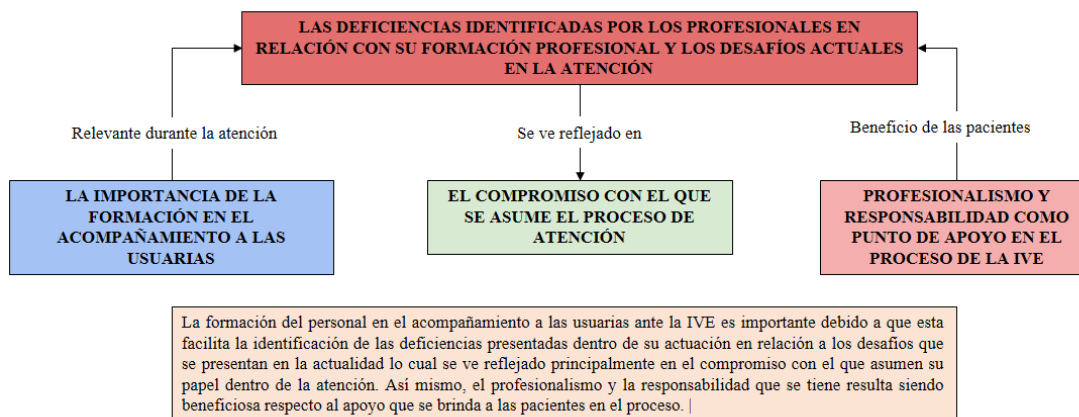


Figura 19. Categoría: Las deficiencias identificadas por los profesionales en relación con su formación profesional y los desafíos actuales en la atención

### 13.7.1. La importancia de la formación en el acompañamiento a las usuarias

La formación profesional del personal de salud es relevante durante el proceso de la IVE ya que el personal que participa en la asesoría y el procedimiento debe contar con características que contribuyan al proceso de manera significativa, es decir, contar con la preparación y la información necesaria sobre la IVE, además de habilidades comunicativas y de manejo psicológico que favorezcan el acompañamiento a las usuarias. No obstante, se encuentra que, de acuerdo a las experiencias del personal, dentro de su formación no se fortalecieron dichas competencias o no fueron aplicadas de forma continua en su labor profesional con el paso de los años.

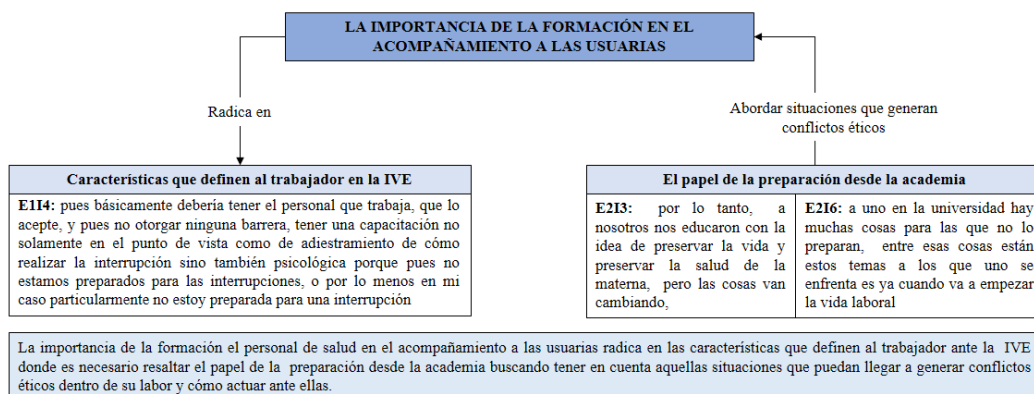


Figura 20. Subcategoría: La importancia de la formación en el acompañamiento a las usuarias

### Tabla 13

Subcategoría. La importancia de la formación en el acompañamiento a las usuarias

---

**Categoría:** Las deficiencias identificadas por los profesionales en relación con su formación profesional y los desafíos actuales en la atención

---

Subcategoría: La importancia de la formación en el acompañamiento a las usuarias

---

	Características que definen al personal en IVE
Códigos	El papel de la preparación del personal de salud

---

En la tabla 13 se observan la subcategoría de La importancia de la formación en el acompañamiento a las usuarias. Fuente: elaboración propia.

### **Características que definen al personal en IVE**

Una de las informantes refiere que la persona encargada del proceso de interrupción del embarazo debe ser personal que acepte y esté de acuerdo con el procedimiento, que no otorgue ningún tipo de barrera al momento de acudir a realizarlo, además tener todos los conocimientos sobre el proceso y el procedimiento y contar con habilidades en el manejo psicológico porque para ella las pacientes no están preparadas para las interrupciones y en su caso particularmente no se siente preparada para una interrupción del embarazo.

*“E114: pues básicamente debería tener el personal que trabaja, que lo acepte, y pues no otorgar ninguna barrera, tener una capacitación no solamente en el punto de vista como de adiestramiento de cómo realizar la interrupción sino también psicológica porque pues no estamos preparados para las interrupciones, o por lo menos en mi caso particularmente no estoy preparada para una interrupción”*

### **El papel de la preparación del personal de salud**

Una de las informantes refiere que su formación académica se realizó con la idea de preservar la vida del ser humano y la salud materna, sin embargo, al pasar los años la forma de ver las cosas va cambiando.

*“E213: por lo tanto, a nosotros nos educaron con la idea de preservar la vida y preservar la salud de la madre, pero las cosas van cambiando.”*

Una de las informantes indica que su preparación en la universidad no fue suficiente respecto a algunos temas más allá del ámbito clínico, debido a que no fue preparada para ciertas situaciones a las que se iba a enfrentar al momento de ejercer su profesión dentro del campo

bioético.

*“E216: a uno en la universidad hay muchas cosas para las que no lo preparan, entre esas cosas están estos temas a los que uno se enfrenta es ya cuando va a empezar la vida laboral.”*

### 13.7.2. El compromiso con el que se asume el proceso de atención

El personal de salud asume un compromiso respecto a la atención siendo respaldado por el derecho que tienen los pacientes a recibir una información clara, precisa y oportuna. En este caso, al momento de brindar una atención en la IVE, el compromiso del personal es cumplir con sus obligaciones asesorando y acompañando a la paciente durante todo su proceso y en caso de no estar de acuerdo con la decisión de la paciente, dentro de la ruta de atención materno perinatal se establece el seguimiento de la conducta donde se debe remitir a la paciente tanto a una institución prestadora de salud como al personal que cuente con las competencias necesarias para garantizar el acceso al derecho que tiene la mujer como es a una IVE legal y segura dentro de las condiciones óptimas para el beneficio de su salud.

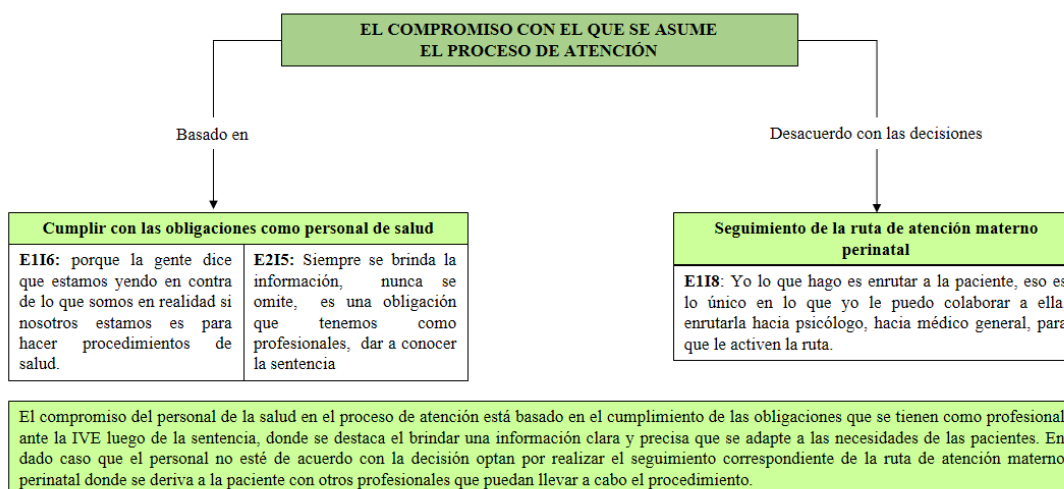




Figura 21. Subcategoría: El compromiso con el que se asume el proceso de atención.

**Tabla 14**

Subcategoría. El compromiso con el que se asume el proceso de atención

<b>Categoría:</b> Las deficiencias identificadas por los profesionales en relación con su formación profesional y los desafíos actuales en la atención	
<b>Subcategoría:</b> El compromiso con el que se asume el proceso de atención	
Códigos	Cumplir con las obligaciones como personal de salud
	Seguimiento de la ruta de atención materno perinatal

En la tabla 14 se observan la subcategoría de El compromiso con el que se asume el proceso de atención. Fuente: elaboración propia.

### **Cumplir con las obligaciones como personal de salud**

Una de las informantes manifiesta que durante la asesoría de IVE nunca se le debe detener el proceso a una paciente por razones personales, si el profesional no se siente en capacidad de atender la solicitud del paciente por sus creencias o sus convicciones personales se debe redirigir a la paciente con otro profesional, también indica que le genera un poco de miedo cuando debe proporcionarle la información de la IVE a una paciente que se encuentre en las 24 semanas de gestación por lo avanzado que es su embarazo y refiere no sentirse obligada al brindarle información a las pacientes ya que esto es un derecho que ellas tienen y se les debe brindar la información así el personal de salud no se encuentre de acuerdo con el procedimiento.

*“E2I2: nunca se le debe detener el proceso a ninguna persona o ya sea porque no quiero o algo así uno debe hacer el traslado a otro profesional que haga el proceso, siempre va a haber como un poquito de miedo al darle esa información si llega a la semana 24 a solicitar el IVE pero es el derecho de ella y debe saberlo. No me he sentido obligada a explicarles sus derechos, son derechos que ellas tienen es una información que se les debe brindar así el personal de salud no esté de acuerdo es algo que se les debe brindar”*

### **Seguimiento de la ruta de atención materno perinatal**

Para una de las informantes cuando una mujer opta por la realización de un aborto, es necesario activar la ruta de atención, redirigiendo a la paciente ya sea a médico o psicólogo según corresponda, posteriormente remitirla a Pro familia o a su EPS para continuar con el proceso. En el caso de la informante, indica que lo único que puede hacer es activar la ruta y asegurarse que sea lo que desea hacer la paciente de acuerdo a las circunstancias en las que se presenta.

*“E1I8: Yo lo que hago es enrutar a la paciente, eso es lo único en lo que yo le puedo colaborar a ella, enrutarla hacia psicólogo, hacia médico general, para que le activen la ruta, simplemente la paciente dice no quiero tener mi bebé y yo lo que hago es activar la ruta, yo lo que hago es preguntarle ¿está segura? Lo que hacen los profesionales es enrutar a la madre gestante, pues ya sea que en la entidad le realicen el procedimiento”.*

### **13.7.3. Profesionalismo y responsabilidad como punto de apoyo**

Para el profesional de salud la sentencia C-055 del 2022 ha requerido cambios en su manera de pensar de acuerdo a sus valores personales y su formación profesional. La participación del personal al momento de la asesoría en IVE debe contar con un equipo

multidisciplinario del área de la salud, que esté de acuerdo con el procedimiento y respete las decisiones que tome la paciente, debe estar conformado no solo enfermería y medicina, también incluir psicología, trabajo social y participar de manera conjunta a lo largo de todo el proceso, con el fin de otorgar el servicio sin ninguna barrera ni discriminación, las mujeres requieren el apoyo institucional y social para a llevar cabo su decisión, además es importante que posterior al procedimiento se brinde un acompañamiento psicológico e inicie un programa de planificación familiar con el fin de evitar embarazos no deseados.

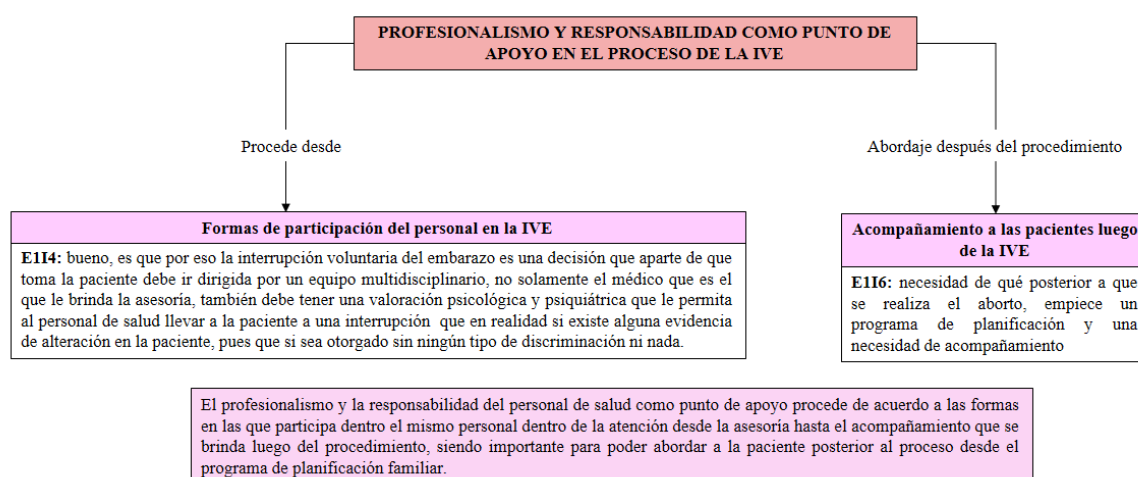


Figura 22. Subcategoría: Profesionalismo y responsabilidad como punto de apoyo

### Tabla 15

Subcategoría. Profesionalismo y responsabilidad como punto de apoyo

---

**Categoría:** Las deficiencias identificadas por los profesionales en relación con su formación profesional y los desafíos actuales en la atención

---

---

Subcategoría: Profesionalismo y responsabilidad como punto de apoyo

---

	Formas de participación del personal en la
	IVE
Códigos	Acompañamiento a las pacientes luego de la
	IVE

---

En la tabla 14 se observan la subcategoría de El compromiso con el que se asume el proceso de atención. Fuente: elaboración propia.

### **Formas de participación del personal en la IVE**

Una de las informantes indica que la asesoría para la interrupción del embarazo debe constituirse por un equipo multidisciplinario, no solo el equipo de medicina o enfermería que brinda la asesoría, sino también psicología y psiquiatría, esto con el fin de ayudar a la paciente a tomar una buena decisión y le sea otorgado el servicio sin ningún tipo de discriminación.

*“E114: bueno, es que por eso la interrupción voluntaria del embarazo es una decisión que aparte de que toma la paciente debe ir dirigida por un equipo multidisciplinario, no solamente el médico que es el que le brinda la asesoría, también debe tener una valoración psicológica y psiquiátrica que le permita al personal de salud llevar a la paciente a una interrupción que en realidad si existe alguna evidencia de alteración en la paciente, pues que si sea otorgado sin ningún tipo de discriminación ni nada.”*

### **Acompañamiento a las pacientes luego de la IVE**

Para una de las informantes es necesario brindar un acompañamiento continuo a las pacientes aún después de haber realizado el procedimiento, recordando la importancia de acceder al programa de planificación familiar. Además, es importante tener en cuenta el aspecto

psicológico de la paciente antes y después de una interrupción voluntaria del embarazo brindando un acompañamiento continuo durante el proceso.

***“EII6: necesidad de qué posterior a que se realiza el aborto, empiece un programa de planificación y una necesidad de acompañamiento, No olvidar la parte psicológica de la mujer antes, durante y después de realizar este procedimiento”.***

### **13.8. El ejercicio de una sexualidad responsable y consiente es la principal situación emergente en el tema del aborto más allá de la disponibilidad de métodos**

La aprobación de la nueva sentencia ha generado diversos cambios en el ejercicio profesional, para el personal de salud hace importante que la población pueda ejercer su salud sexual y reproductiva de manera responsable y consciente respecto a todas las herramientas a las cuales pueden acceder y hacer uso de ellas, debido a esto es importante impartir educación sexual y reproductiva durante el ciclo vital del ser humano ya que, pese a que se cuenta con la información y con los métodos anticonceptivos la población no accede a ellos de forma oportuna.

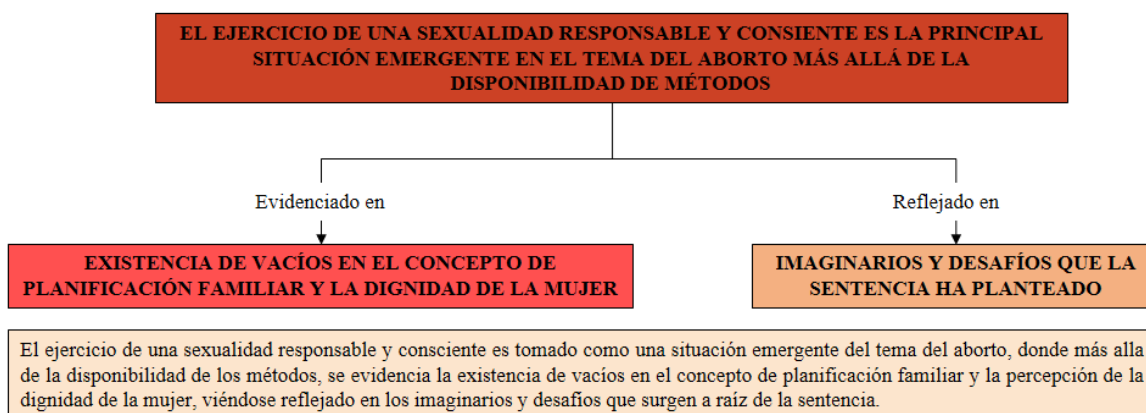


Figura 23. Subcategoría: El ejercicio de una sexualidad responsable y consiente es la principal situación emergente en el tema del aborto más allá de la disponibilidad de métodos

### **13.8.1. Existencia de vacíos en el concepto de planificación familiar y la dignidad de la mujer**

La salud sexual y reproductiva es un aspecto fundamental para la salud y el bienestar general de las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo económico y social de las comunidades. Al momento de la asesoría preconcepcional es importante brindar educación sexual y reproductiva a la población el cual debe ser un proceso continuo, permanente y activo, así como la implementación del uso de los métodos anticonceptivos, en algunos casos se evidencian dificultades por parte de la población para acceder a estos métodos, ya sea por falta de recursos para adquirirlos o por que la entidad promotora de salud otorga barreras o retrasa el proceso de entrega por lo cual las mujeres optan por tener actividad sexual sin planificación y conlleva a posibles embarazos no deseados, sumado a esto, las pacientes no tienen total conocimiento de la nueva sentencia, por lo cual es importante añadir dentro de la educación sexual y reproductiva información acerca del procedimiento y la edad gestacional hasta la cual pueden acceder al servicio.

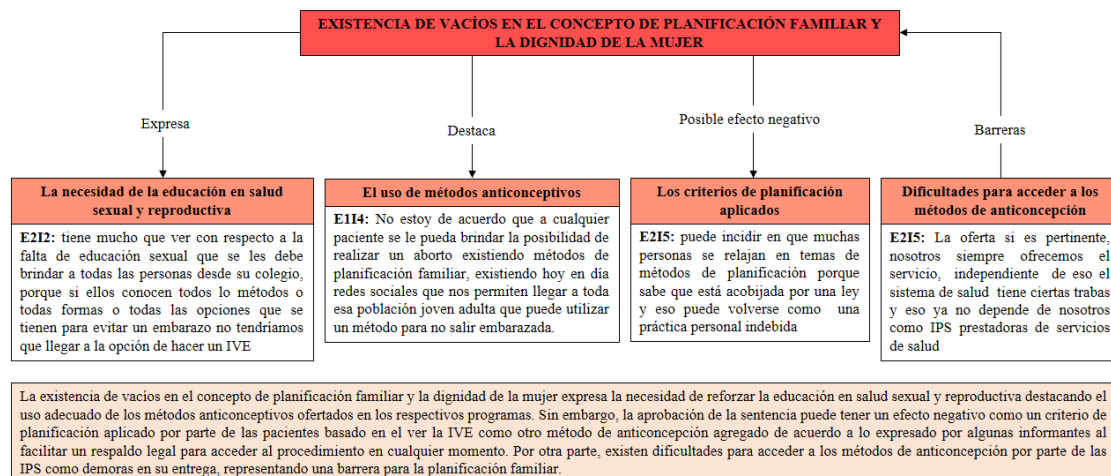


Figura 24. Subcategoría: Existencia de vacíos en el concepto de planificación familiar y la dignidad de la mujer

**Tabla 16**

Subcategoría. Existencia de vacíos en el concepto de planificación familiar y la dignidad de la mujer

---

**Categoría:** El ejercicio de una sexualidad responsable y consiente es la principal situación emergente en el tema del aborto más allá de la disponibilidad de métodos

---

Subcategoría: Existencia de vacíos en el concepto de planificación familiar y la dignidad de la mujer

---

	La necesidad de la educación en salud sexual y reproductiva
Códigos	El uso de métodos
	Los criterios de planificación aplicados
	Dificultades para acceder a los métodos de

---

---

planificación

---

En la tabla 15 se observan la subcategoría de Existencia de vacíos en el concepto de planificación familiar y la dignidad de la mujer. Fuente: elaboración propia.

### **La necesidad de la educación en salud sexual y reproductiva**

Para una de los informantes se debe impartir más educación sexual y reproductiva en edades tempranas, desde el colegio ya que de esta manera se les dan a conocer todos los métodos anticonceptivos y todas las opciones que existen para evitar los embarazos no deseados y posteriormente una IVE.

*“E2I2: tiene mucho que ver con respecto a la falta de educación sexual que se les debe brindar a todas las personas desde su colegio, porque si ellos conocen todos los métodos o todas las formas o todas las opciones que se tienen para evitar un embarazo no tendríamos que llegar a la opción de hacer un IVE”.*

### **El uso de métodos**

Una de las informantes indica no estar de acuerdo con que a cualquier paciente se le brinde la posibilidad de acceder al aborto, indica que existen métodos de planificación familiar con los cuales se puede prevenir el embarazo y que existen estrategias de difusión de la información como lo es el internet y las redes sociales con los cuales la población joven adulta se puede informar y prevenir los embarazos.

*“E1I4: No estoy de acuerdo que a cualquier paciente se le pueda brindar la posibilidad de realizar un aborto existiendo métodos de planificación familiar, existiendo hoy en día redes sociales que nos permiten llegar a toda esa población joven adulta que puede utilizar un*



*método para no salir embarazada.”*

### **Los criterios de planificación aplicados**

Para una de las informantes existen muchos métodos anticonceptivos que ofrece el sistema de salud con los cuales se busca prevenir la ocurrencia de embarazos no deseados y consecuente a esto, que una mujer llegue a la decisión de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo, indica que la nueva sentencia puede incidir en que la población se confíe y no haga uso de los métodos anticonceptivos ya que pueden acceder a la interrupción voluntaria del embarazo en cualquier momento, manifiesta que podría convertirse en una práctica personal indebida.

*“E215: Hay muchos métodos anticonceptivos que ofrece el sistema de salud, el cual puede evitar perfectamente que una persona llegue a la circunstancia de un embarazo no deseado y quiere hacer un aborto, puede incidir en que muchas personas se relajen en temas de métodos de planificación porque sabe que está acobijada por una ley y eso puede volverse como una práctica personal indebida”*

### **Dificultades para acceder a los métodos de planificación**

Una de las informantes manifiesta que los servicios ofrecidos en la IPS son adecuados, indica que el personal que labora en la entidad siempre ofrece los servicios, sin embargo las EPS otorgan ciertas barreras que no dependen del personal, en este caso la responsabilidad es de la EPS al no suministrar los métodos anticonceptivos o proporcionar trabas al momento de otorgarlos.

*“E215: La oferta si es pertinente, nosotros siempre ofrecemos el servicio, independiente*

*de eso el sistema de salud tiene ciertas trabas y eso ya no depende de nosotros como IPS prestadoras de servicios de salud, es culpa del sistema de salud en general, de las EPS que muchas veces no suministran el método”*

### 13.8.2. Imaginarios y desafíos que la sentencia ha planteado

El surgimiento de la nueva sentencia ha generado diversos desafíos en el personal de salud y en la población general, el desconocimiento de la sentencia y el procedimiento es uno de los principales desafíos por los cuales se atraviesa, ya que alguna parte de la población no conoce la sentencia, ni el acceso que tiene al procedimiento, es por esto que en algunos de los casos, el desconocimiento ocasiona que las pacientes acudan y puedan acceder a la IVE en edades gestacionales avanzadas haciendo más riesgoso el procedimiento para el personal de salud y la propia paciente.

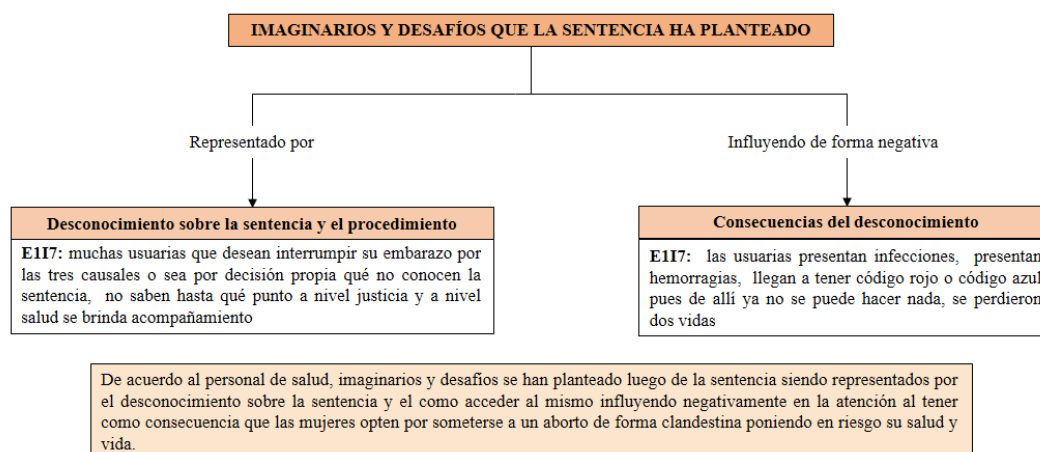


Figura 25. Subcategoría: Imaginarios y desafíos que la sentencia ha planteado

### Tabla 17

Subcategoría. Imaginarios y desafíos que la sentencia ha planteado

---

**Categoría:** El ejercicio de una sexualidad responsable y consiente es la principal situación emergente en el tema del aborto más allá de la disponibilidad de métodos

---

**Subcategoría:** Imaginarios y desafíos que la sentencia ha planteado

---

	Desconocimiento sobre la sentencia y el procedimiento
Códigos	Consecuencias del desconocimiento de la sentencia

---

En la tabla 16 se observan la subcategoría de Imaginarios y desafíos que la sentencia ha planteado. Fuente: elaboración propia.

### **Desconocimiento sobre la sentencia y el procedimiento**

Una de las informantes expresa que muchas de las pacientes que desean acceder a la IVE no tienen conocimiento de la sentencia ni de las implicaciones que conlleva a nivel legal, ni el acompañamiento que brinda el sector salud.

*“E117: muchas usuarias que desean interrumpir su embarazo por las tres causales o sea por decisión propia que no conocen la sentencia, no saben hasta qué punto a nivel justicia y a nivel salud se brinda acompañamiento”*

### **Consecuencias del desconocimiento de la sentencia**

Para una de las informantes, entre las consecuencias del desconocimiento de la sentencia se puede evidenciar que las mujeres optan por acudir a sitios clandestinos donde sí se les permita realizar una IVE, en los cuales se exponen a riesgos como infecciones o hemorragias e igualmente son lugares donde no se brinda una atención humanizada.

*“E117: se van a sitios clandestinos, a sitios donde la atención no es humanizada ni una atención de calidad, las usuarias presentan infecciones, presentan hemorragias, llegan a tener código rojo o código azul pues de allí ya no se puede hacer nada, se perdieron dos vidas”*

## 14. Discusión

En la categoría central de esta investigación siendo “Desafíos y entrecruzamientos de las perspectivas personales del profesional de la salud y las vivencias de las usuarias en los servicios de IVE” se encuentra la necesidad de poder ampliar el panorama que se tiene dentro del campo de salud sexual y reproductiva generando una relación de armonía entre el deber del personal y el ser individual. A partir de esto, la bioética juega un papel fundamental para poder afrontar esos conflictos surgidos durante la atención reforzando la posición del personal por medio de la orientación en la toma de decisiones.

De acuerdo a Benavides, la bioética permite al individuo dentro del área de la salud contar con las herramientas necesarias que posibiliten la resolución de posibles problemáticas o conflictos que surgen dentro de la atención. En el contexto de la sexualidad, la bioética le permite al profesional brindar un abordaje integral a los desafíos que emergen a partir de las posturas establecidas por la ley. Seguidamente, es importante tener en cuenta que dicho abordaje debe estar encaminado en la implementación de los principios tales como la autonomía y la beneficencia (55).

El personal de salud, la bioética y la toma de decisiones apoya directamente la perspectiva ética que se tiene ante la IVE facilitando la resolución de los conflictos éticos que surgen en la atención. De acuerdo a esto, existen dilemas bioéticos donde el personal llega a cuestionarse entre lo que debe hacer y lo que considera correcto hacer dentro de su labor en la salud. No obstante, no es algo que se haga con el fin de cambiar la decisión de la paciente. En el caso del surgimiento de conflictos éticos, se destaca la implementación de mecanismos de oposición en caso de ser necesarios con el fin de garantizar la no vulneración de la moral del profesional de salud. De acuerdo a los informantes, el principal mecanismo de oposición es la

objeción de conciencia, sin embargo, al no contar con las competencias necesarias para realizar el procedimiento no es necesario hacer uso de este, por lo que simplemente se procede con la ruta de atención materna donde se remite con otro profesional para continuar con el proceso.

Los comités de bioética en las instituciones prestadoras de salud tienen un papel importante durante el surgimiento de conflictos o dilemas en la atención, siendo un punto de apoyo en la toma de decisiones de pacientes vulnerables al brindar un acompañamiento continuo en el proceso como forma de actuación benéfica dentro del derecho que se tiene para acceder a una IVE legal y segura.

Lo anterior es consistente con Neyro-Bilbao, Elorriaga y Lira-Plascencia quienes refieren que la bioética es relevante al ser una disciplina que ayuda a dirigir el actuar del profesional dentro del ámbito médico, guiando las acciones inmersas dentro de los desafíos y conflictos éticos que requieren de un abordaje moral y a su vez, proporcionando las herramientas necesarias para facilitar la toma de decisiones en el individuo. e incluyendo aquellos aspectos relacionados con los mecanismos de oposición donde se destaca la posibilidad de objetar conciencia en caso de que los procedimientos estipulados dentro de la atención generen un enfrentamiento en los profesionales de salud entre su ética personal y su ética profesional, aun así, sin dejar de lado su compromiso con las pacientes al tener la obligación de brindar la información necesaria salvaguardando los derechos de las mismas (56).

Durante la asesoría emergen principios bioéticos a partir de la intervención del profesional donde se enfatiza en la actuación benéfica por parte del mismo personal de salud, siendo esta la base para la aplicabilidad de los demás principios que van surgiendo en el proceso. Entre estos, en una investigación realizada en la ciudad de Neiva, Colombia (57) se observaron aspectos similares donde la autonomía es ejercida por las pacientes y tomando como parte la

aprobación de la sentencia, las mujeres pueden acceder a servicios como la IVE de forma legal y segura, promoviendo la toma de decisiones sobre su propio cuerpo dentro del ejercicio de su autonomía tomando el aborto como un derecho al que toda mujer puede acceder de acuerdo al ejercicio de su autonomía basada en la libertad para decidir sobre su cuerpo, anteponiendo la vida de la mujer sobre la del producto.

Otro principio de gran importancia es el respeto por la decisión de la mujer donde a pesar de que en ocasiones no se encuentren de acuerdo con una decisión como el aborto, el personal se encuentra en la obligación de respetarla y no intentar influir en ésta haciendo parte de la atención humanizada. Semejante a esto, Caballero y Cuello destacan la existencia del principio del respeto hacia las personas el cual consiste en ver al individuo desde un punto de vista basado en la autonomía y así mismo, en el caso de las personas donde su autonomía se ve expuesta, es necesario que se vele por la protección de la misma. Agregado a lo anterior, es necesario partir desde la autonomía y la libertad individual donde el profesional de salud tiene la responsabilidad de respetar y facilitar las decisiones de los pacientes brindando una información clara y precisa de los aspectos relacionados a su atención en salud (58).

Seguidamente, durante la asesoría el personal de salud en su papel de brindar información se encarga de incluir los aspectos positivos y negativos de la realización de la IVE, recalando las posibles complicaciones que se puedan presentar con el fin de que sean las pacientes quienes deliberadamente tomen la decisión adecuada de acuerdo a sus necesidades. Dicho esto, el acompañamiento continuo que el personal de salud brinda también se ve reflejado en el caso de mujeres que presentan alguna discapacidad ya sea de tipo mental o física que les dificulte llevar a cabo un embarazo, motivo por el cual el profesional de salud interviene por medio de los comités de bioética quienes tienen el papel de facilitar la toma de decisiones.

En este sentido, la revisión bibliográfica realizada por Burguete (23) exhibe el pensamiento planteado por el filósofo Spaemann donde se hace una crítica al asesoramiento que se brinda durante la atención en la IVE considerando la despenalización como una forma de promover o fomentar el aborto en la población siendo esto contrario a la idea encontrada en la investigación. No obstante, quienes se encuentran de acuerdo con brindar la información necesaria durante la atención no interpretan este acto como la promoción del procedimiento sino como una facilidad para las mujeres de hacer valer sus derechos y decisiones respecto a su gestación y acceso a la atención en salud.

En pacientes que presentan alguna discapacidad, Palacios indica que se debe facilitar la capacidad para que estas personas tengan la libertad de ejercer su decisión dentro del campo de sus derechos que deben ser promovidos por el personal de salud. Esto se contrasta con lo encontrado en la investigación, donde la decisión de las pacientes vulnerables o con algún tipo de discapacidad es relevada a su cuidador o representante legal mediante un proceso que cuenta con el acompañamiento de los comités de bioética (59).

Después de la aprobación de la sentencia, entre los efectos no esperados con la aparición de los nuevos lineamientos que impactaron en la atención en salud se destacan los cambios en los prejuicios que se tenían como los señalamientos o discriminaciones que se hacían a las mujeres que acudían a los servicios solicitando el procedimiento, estos basados en las convicciones individuales del personal. En contraste con lo anterior, Cook, Erdman y Dickens, reflejan el estigma existente con respecto al aborto donde un tema tan controversial como lo es la IVE se ve inmerso en el sentido que la población desee brindarle ya sea desde lo socialmente negativo, convirtiéndolo en una práctica condenable ante la sociedad o bien sea, algo positivo donde se



promueva la salud de las mujeres desde un abordaje a partir de la salud pública en el que se garanticen los derechos y respeto por las decisiones en base a la autonomía de la mujer (60).

Para continuar, en los impactos generados por la IVE después de la sentencia se encontró que la edad gestacional límite establecida puede llegar a promover que las mujeres esperen un periodo de tiempo más extenso para acudir a los servicios de salud a solicitar el procedimiento, aumentando el riesgo de posibles complicaciones. Teniendo en cuenta esto, se plantea que lo ideal sería reducir el tiempo límite con la finalidad de que las mujeres puedan acercarse a solicitar este servicio de forma oportuna. Así mismo, según Bejarano, et al. para el personal de salud resulta más complicada su participación en el procedimiento cuanto mayor sea la edad gestacional con la cual sea solicitado, alterando su dimensión emocional y psicológica lo cual puede resultar afectando al profesional que accede realizar la IVE (61).

De acuerdo a la categoría donde se plantean los cuestionamientos que la sentencia genera en el personal de salud, existe una colisión de principios ante el impacto social generado por la IVE donde el aborto es abordado desde un punto de vista personal y en su mayoría, solo se está de acuerdo con este procedimientos en casos donde se realiza por aspectos médicos o por malformaciones presentadas en el producto o, alguna de las causales establecidas dentro de la anterior sentencia C-355 del 2006. Así pues, el rechazo al procedimiento en casos donde se solicita por “falta de prevención y una planificación inoportuna” es aludido bajo la razón de que si existen los métodos de planificación familiar suficientes para evitar un embarazo no deseado no debería validarse el aborto como una opción sin restricciones en cualquier caso.

Por otra parte, la aprobación de la sentencia se logra ver como un avance para la atención en salud contribuyendo a la disminución de complicaciones gineco obstétricas consecuentes a la realización de abortos de forma clandestina. Sin embargo, se resalta la alta influencia de las

creencias personales y religiosas al expresar que se encuentran a favor de la vida y solo Dios es quien tiene control sobre la misma, esto sin llegar a afectar la decisión de la mujer ya que es algo que respeta y asume dentro de su papel como profesional.

Lo anterior se complementa con lo evidenciado por Vásquez, Cerquera, Ferrer y Gutiérrez donde se determina la influencia que tienen las creencias religiosas en la oposición respecto al aborto legal, esto siendo respaldado bajo la premisa donde Vásquez, Cerquera, Ferrer y Gutiérrez (2019) afirman que “Dios es el único que tiene el derecho a dar y a quitar una vida” (p5). Teniendo en cuenta esto, el aborto es descrito como algo condenable ante una perspectiva religiosa (57).

Con respecto a la dimensión emocional, existe una confrontación de emociones durante el cumplimiento de las obligaciones del profesional de salud en la asesoría expresado por el papel de sus sentimientos y la esfera personal que influyen en el proceso. Partiendo desde el contexto de la IVE, ha resultado difícil la aceptación del procedimiento luego de la sentencia tanto por las afectaciones psicológicas que surgen en las pacientes como las que experimenta el mismo personal al no estar de acuerdo con el aborto. Lo anterior se contrasta con Bejarano, et al. donde los profesionales en su mayoría experimentan sentimientos negativos donde prevalece la tristeza, seguido de rabia y frustración una vez han realizado o participado en el procedimiento (61).

Seguidamente, entre las deficiencias identificadas en relación a la formación profesional, se encuentra el papel tiene la preparación académica donde se evidencia la falta de competencias para abordar aquellas situaciones que representen conflictos éticos en el actuar o la no implementación de mecanismos que faciliten el proceso. Destacando las características que debe poseer el profesional de salud, refieren que es importante el estar de acuerdo con el

procedimiento, poder facilitar el acceso al servicio sin representar una barrera para las mujeres y finalmente, el abordaje a nivel psicológico a las pacientes pese a que es una conducta que el personal adopta al momento de iniciar su vida dentro del campo laboral, es algo que va disminuyendo con el paso del tiempo.

Lo anterior se contrasta con Bejarano, et al. quien encuentra que en ocasiones, el mismo personal de salud representa una barrera en el acceso a la IVE para las pacientes al adoptar comportamientos que puedan representar algún tipo de violencia obstétrica donde se vulnera el derecho de la mujer a ejercer su autonomía y toma de decisiones de forma independiente. Otro factor que se resalta entre dichas barreras es la falta de apoyo y acompañamiento en la dimensión psicológica (62).

Por otra parte, el personal de salud tiene una responsabilidad con el paciente al momento de la atención siendo principalmente el proporcionar información completa que facilite la toma de decisiones en las pacientes siendo este el sentido de compromiso que el profesional tiene con su labor como personal de la salud. En caso de que no se esté de acuerdo o que el procedimiento vulnera alguna de las convicciones personales del individuo, el personal se encuentra en la capacidad de remitir a la paciente con otro profesional de acuerdo a la ruta garantizando el cumplimiento de los derechos de la mujer para acceder a este servicio.

Dicho lo anterior, Vásquez, Cerquera, Ferrer y Gutiérrez recalcan que los profesionales de la salud, específicamente en el área de enfermería se ven en la obligación de actuar cumpliendo lo establecido dentro de la sentencia inmersa en el marco legal vigente, aún si se está en desacuerdo con la misma o llega a generar conflictos frente a sus convicciones personales. Entre esto, el personal de salud asume su rol como prestador de servicios al brindar la

información y orientación necesaria sin emitir juicios de valor sobre las pacientes bajo su propia perspectiva moral (57).

La principal situación que emerge en el tema del aborto es el ejercicio de una sexualidad responsable más allá de la disponibilidad de los métodos anticonceptivos esto evidenciado por la existencia de vacíos en el concepto de planificación familiar donde existe la necesidad de reforzar la educación en salud sexual y reproductiva en la población promoviendo el conocimiento y uso adecuado de los métodos anticonceptivos disponibles en la población minimizando en lo posible, la incidencia de embarazos no deseados y consecuente a esto, la solicitud de IVE en los servicios de salud.

Un aspecto negativo que se resalta después de la aprobación de la sentencia es la posible ausencia de conciencia por parte de la población ya que se adopta la IVE como un método de planificación más, siendo visto como una alternativa accesible cada vez que una mujer esté en estado de gestación y no se sienta preparada o tenga algún otro motivo o circunstancia por el cual no desee continuar con su embarazo, siendo esto considerado como una práctica indebida. De modo similar Donoso y Vera en Chile, analizaron datos epidemiológicos de aborto en dicho país, donde de las mujeres que optan por la realización de un aborto, el 43,7% de ellas contaba con antecedentes en haber recurrido entre 1 a 3 abortos inducidos previos, lo cual alude a la IVE como un método anticonceptivo previsto para la población (62). A su vez, Spaemann indica que se ha evidenciado que el número de solicitudes de aborto en países donde ha sido despenalizado ha aumentado significativamente, viendo este procedimiento como una problemática en salud ya que la población lo toma como un método de anticoncepción agregado (23).

Ahora bien, se sugiere como una barrera en la salud sexual a las dificultades que existen para acceder a los métodos de planificación al ser las mismas EPS las que generan retrasos en la

entrega de dichos métodos, vulnerando el derecho de las pacientes de acceder a éstos de forma oportuna. Lo anterior se contrasta con Souza et al., donde percibe necesario el garantizar los derechos de la población enfocados a la salud sexual y reproductiva donde se incluyen elementos tales como la planificación familiar con el objeto de disminuir la incidencia de embarazos no deseados (64).

Otro aspecto que se tiene en cuenta dentro del ejercicio de una sexualidad responsable en la población son los desafíos que la sentencia ha planteado en relación al conocimiento, donde se evidencian vacíos respecto a la sentencia y el acceso a la IVE, aspectos que conllevan a consecuencias por desconocimiento tales como continuar acudiendo a sitios clandestinos a solicitar una interrupción voluntaria del embarazo, siendo expuestas a condiciones riesgosas donde se atente contra la salud y la vida de la paciente.

Los vacíos de conocimiento evidenciados por las informantes se relacionan con el estudio realizado por Vásquez, Cerquera, Ferrer y Gutiérrez en el que los aspectos relacionados con la IVE actualmente no son considerados relevantes dentro de los programas de salud sexual y reproductiva, viendo la necesidad de integrarlos como un elemento agregado a las políticas establecidas dentro de la promoción de los servicios a la mujer (57).

Por otra parte, el Movimiento Causa Justa en compañía de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, se mencionan las barreras existentes que se relacionan con el desconocimiento del marco legal vigente, donde se establece que una de las fallas presentadas está en el no contemplar la obligatoriedad de la implementación de la sentencia C-055 de 2022 en las IPS lo cual influye en el desistimiento del procedimiento en algunos casos. Este informe también recalca la existencia de barreras a nivel de interpretación restrictiva, donde al momento de que una mujer acude a los servicios de salud solicitando el procedimiento, es remitida con los

diferentes miembros del equipo disciplinario de acuerdo a lo establecido por la ruta materna, sin embargo, contrario a lo encontrado, esto se considera como un acto de dilatación del proceso de forma injustificada ya sólo es necesaria la declaración de palabra de la mujer para poder acceder al aborto luego de la sentencia (64).

Para finalizar, González recalca que entre las barreras que existen en la implementación de la despenalización del aborto en Colombia se menciona la existencia del desconocimiento normativo justificado por la falta de información existente en la población respecto al marco legal vigente en el país haciendo necesario el poder facilitar espacios a la población donde se brinde información y asesoría completa y oportuna de acuerdo a las necesidades y derechos de las mujeres garantizando una atención de calidad (66).

## 15. Conclusiones

La investigación se realizó con el objetivo de identificar las percepciones del personal de salud sobre la despenalización del aborto antes de la semana 24 en los servicios de atención materno-perinatal y de acuerdo a lo evidenciado a través de las vivencias de los informantes, se logran observar los desafíos a los que se enfrenta el personal de salud con la aparición de conflictos que surgen dentro de su actuar en el ámbito de la atención en salud donde se es necesario el uso de mecanismos de afrontamiento para poder superar las brechas y entrecruzamientos que surgen entre sus perspectivas a nivel personal y las experiencias de las pacientes que acuden solicitando la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Dentro de las tres objeciones planteadas por Spaemann sobre la ética consensual se encontró que la primera, llamada la prematura de tiempo indica que, para alcanzar acuerdos, el debate no se puede prolongar más allá de lo debido; lo cual se asemeja a la importancia que tiene para el personal de salud que las pacientes accedan de manera temprana y oportuna a la interrupción voluntaria del embarazo, facilitando la participación en el proceso. La segunda, que siempre habrá quien acceda a participar en procedimientos injustos en beneficio propio y la tercera, que las minorías pueden verse afectadas por las decisiones de la mayoría, estos dos últimos supuestos pueden verse evidenciados en los casos en los que el personal no actúa de manera beneficiante al momento de la toma de decisiones de la paciente, ya sea tratando de cambiar la decisión tomada u ocultando información relevante a la paciente. En las decisiones de las pacientes vulnerables también se hace presente debido a que en algunas situaciones las decisiones son tomadas por otras personas de su entorno, lo cual puede causar un daño en su

vida. Por último, Spaemann concluye que ejercer sanciones penales contribuye a proteger la vida de los no nacidos y la salud de las gestantes (23).

En este sentido, el profesional de salud se ve en la necesidad de aplicar la bioética con el fin de poder hacer frente a los conflictos o dilemas éticos en los que se ve inmerso durante la asesoría para la toma de decisiones diferenciando su actuar como punto de apoyo para las pacientes de sus convicciones personales, evitando así influir o afectar la voluntad y el derecho a elegir de la mujer.

Respecto al objetivo relacionado con las posturas que asume el personal de salud ante la sentencia de la corte constitucional que despenaliza el aborto hasta la semana 24 de gestación se evidencia el desacuerdo respecto a la normativa recientemente implementada y la inconformidad por parte del personal con la edad gestacional límite establecida para acceder al servicio. Pese a ello, durante el proceso de consejería en la atención para la interrupción voluntaria del embarazo el personal actúa de acuerdo a su formación profesional y los principios bioéticos, sin embargo, en algunas ocasiones el personal logra verse influenciado por sus creencias personales y religiosas.

En los casos en los que la postura del personal de salud se ve afectada por la IVE, cumpliendo con su compromiso dentro de su labor profesional, el personal opta por delegar el proceso profesional que pueda dar continuidad al procedimiento sin vulnerar el derecho que tienen las pacientes de acceder a éste luego de la sentencia. Sin embargo, esta acción puede llegar a entorpecer y generar obstáculos en la atención.

En cuanto al segundo objetivo planteado siendo indagar sobre el impacto que genera la sentencia en la prestación de los servicios ofertados en las Instituciones Prestadoras de Salud, se



presentó una colisión en los principios ante el impacto social consecuente a la sentencia debido a la perspectiva que se tenía sobre el aborto antes de su aprobación, donde solamente aceptaba dentro de las causales establecidas por la sentencia C-355 del 2006. De esta manera, los informantes expresaron los conflictos experimentados por la sentencia donde resaltaron el sentirse obligados a participar en el proceso aún sin estar de acuerdo y las formas en las que podían eludir a esta responsabilidad sin afectar las decisiones en las pacientes.

Seguidamente, se evidenciaron los sentimientos experimentados por parte del profesional de la salud de acuerdo a los informantes, donde se infiere que esto representa una carga psicológica tanto para la mujer inmersa en el proceso, el acompañante en el caso de las pacientes vulnerables y para el personal involucrado, resultando difícil de sobrellevar cuando las emociones se ven enfrentadas con su responsabilidad hacia el paciente.

Con respecto al objetivo específico planteado sobre los mecanismos de oposición o aceptación del personal de salud ante la implementación de la sentencia y la relación que se guarda con la bioética, se identificó que el principal mecanismo de oposición conocido al momento de no querer participar en el proceso por motivos o creencias personales es la objeción de conciencia. Sin embargo, al indagar sobre el conocimiento que tenían sobre la objeción de conciencia se encontró que, en su mayoría, referían no hacer uso de este debido a ser entidades de primer nivel, en las cuales únicamente se encargan de brindar la información y asesoría. Partiendo de ello, se hace necesario enfatizar en la importancia de sensibilizar a los profesionales de salud en general sobre los mecanismos disponibles para confrontar situaciones éticas donde se dificulte su actuar.

Para concluir, el objetivo planteado sobre el reconocimiento de la importancia de los derechos sexuales y reproductivos y su relación con la bioética en la prestación de los servicios de salud a las usuarias, se estableció que para los participantes la salud sexual y reproductiva representa un pilar fundamental en la situación actual por la cual atraviesa el país y la normatividad donde existe la necesidad de reforzar los programas de planificación familiar en la población ya que, se promueve el conocimiento y uso adecuado de los métodos anticonceptivos disponibles en la población minimizando en lo posible, la incidencia de embarazos no deseados y por consecuencia la solicitud de IVE.

Finalmente, se hace importante el fortalecimiento de dichos programas por parte de las EPS, debido a lo vivenciado por las participantes al momento de la asesoría de planificación familiar. No obstante, se encontró que en ocasiones las entidades promotoras de salud originan barreras al momento de la entrega de los métodos anticonceptivos generando retrasos en el proceso, en este sentido surgen efectos negativos o no esperados como lo son los embarazos no deseados. A modo de cierre, se evidenció que lo mencionado anteriormente es uno de los temores del personal de salud al tener la posibilidad de convertirse en una práctica convencional indebida al no contar con limitaciones en la sentencia para acceder a la IVE.

## **16. Recomendaciones**

### **Para las Instituciones Prestadoras de Servicios**

Se recomienda hacer énfasis en la capacitación continua del personal de salud sobre los mecanismos de afrontamiento que se pueden utilizar al momento de presentar conflictos y enfrentamientos entre sus principios bioéticos y su actuar profesional dentro del ámbito de la atención primaria.

Así mismo, se resalta la importancia de facilitar el acceso a la información y promover de forma constante la oferta existente de los servicios a los cuales la población puede acceder de acuerdo al marco legal vigente en el país.

### **Para los profesionales de salud**

Dar continuidad a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en la población contribuyendo al acceso oportuno a los servicios ofertados dentro de los programas establecidos de promoción y prevención (Planificación familiar, atención preconcepcional y control prenatal).

Fortalecer los conocimientos existentes sobre los mecanismos de oposición existentes incluidos dentro de los aspectos éticos favoreciendo su aplicabilidad en el actuar del profesional de salud en situaciones donde sus convicciones personales se vean afectadas ante los dilemas que surgen en la atención.

### **Para la Universidad**

Resulta importante para la Universidad Francisco de Paula Santander fomentar la realización de investigaciones dirigidas a indagar las percepciones o perspectivas que influyen en

el actuar del profesional dentro del campo laboral abordando dimensiones personales que guarden relación con la bioética en el ámbito de la salud.

Para la facultad, se resalta el contribuir a la formación de los futuros profesionales promoviendo el desarrollo de habilidades y competencias necesarias para el manejo de sus emociones, uso de mecanismos de afrontamiento y abordaje integral de los pacientes más allá de un punto de vista profesional respetando su voluntad en la toma de decisiones.

Se recomienda el fortalecimiento de espacios de participación de los estudiantes donde se incentive el desarrollo de comités de facultad o de programa, consejos estudiantiles y consejo superior estudiantil donde se debatan temas que incluyan estrategias pedagógicas para las competencias en la interrupción voluntaria del embarazo.

### **Para los estudiantes de la Universidad**

Se recomienda a los estudiantes dar continuidad a los procesos investigativos que contribuyan a la adquisición y fortalecimiento de conocimientos que beneficien su actuar como futuros profesionales afianzando la relación enfermero-paciente.

## 17. Referencias bibliográficas

1. Pabón A. El debate en torno a la liberalización de la interrupción voluntaria del embarazo: una propuesta desde la democracia consensual. [Internet]. Bogotá: Universidad Libre; 2016. [Consultado 2022 Mayo 10]. Disponible en: <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/8171/Tesis%20-%20Ana%20Patricia%20Pab%C3%B3n%20Mantilla.pdf?sequence=3>
2. Rose C. Abortos peligrosos en todo el mundo. Organización Mundial de la Salud. Instituto Guttmacher. [Internet]. Ginebra; 2017. [Consultado 2022 Mayo 10]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortion-occur-each-year>
3. Laza Vásquez C, Castiblanco Montañez R.A. Experiencias y opiniones de los profesionales de la salud frente a la despenalización del aborto, Revista Cubana de Salud Pública. 2013. [Consultado el 13 de abril de 2022]. Disponible en: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rcsp/v39s1/spu12513.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v39s1/spu12513.pdf)
4. Távara Orozco, Luis , Objeción de conciencia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2017;63(4):581-590. [Consultado el 13 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323454392010>
5. Távara L. Presentación en el simposio de bioética en la salud sexual y reproductiva. Rev Peru Ginecol Obstet. 2009;55:228-9. Revista Cubana de Salud Pública. 2013. [Consultado el 13 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a06v63n4.pdf>

6. Méndez D. El factor socioeconómico en la despenalización parcial del aborto. [Internet]. Bogotá: Universidad de los Andes; 2015. [Consultado 23 Mayo 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/17630>
7. Cerezo R. Límite de viabilidad fetal: un problema moral, ético, legal y de responsabilidad profesional. Guatemala Pediátrica. [Internet] 2016; Vol 2, 1. [Consultado 24 Mayo 2022]. Disponible en: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/revistas/guapedia/2016/2/1/01.pdf>
8. Palencia, A. Parto prematuro. Sociedad colombiana de pediatría, (2009) 9(4), 10-9 [Internet] 2016; Vol 2, 1. [Consultado 24 Mayo 2022]. Disponible en: [https://issuu.com/precopscp/docs/precop\\_9-4-b](https://issuu.com/precopscp/docs/precop_9-4-b)
9. Campos Salas J. Diferentes enfoques éticos al tema del aborto. [Internet]. Revistas.ucr.ac.cr. 2006 [consultado el 29 de abril de 2022]. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/11433/10782>
10. Quiroga Soria CA, Ochoa Pantoja JA, Andrade XV. El derecho al aborto y la objeción de conciencia: Apuntes legales para los operadores de justicia y salud. La Paz-Bolivia: Ipas 2009:78 pp. [Internet].[Consultado el 29 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/362/IpasBoliviaDerechAbort.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
11. Global Doctors for Choice. Conscientious Refusal of Care Meeting (CRC), October 23-24, 2010, Sevilla, España. 2010:16 pp [Internet].[Consultado el 29 de abril de 2022]. Disponible en: [https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/GDC\\_White-paper-on-CO-in-reproductive-health\\_ENG-1.pdf](https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/GDC_White-paper-on-CO-in-reproductive-health_ENG-1.pdf)

12. III Congreso Latinoamericano Jurídico de Derechos Reproductivos. Panel y Taller: Objeción de conciencia y el derecho al acceso a servicios de salud reproductiva integrales. Relato Final. Cuernavaca-México: FLASOG, Octubre 2013:22 pp.
13. Molina N. Formación bioética en ciencias de la salud. *Ciene Tecnol Salud Vis Ocul.* [Internet] 2016;14(1):117-32. [Consultado 24 Mayo 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5599193>
14. Isla Valdés Ariana, Velasco Boza Alejandro, Cruz Hernández Jeddú, Díaz Curbelo Aliucha, Salas Castillo Luis. El aborto dentro del contexto social. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2010 Mar [Consultado 2022 Mayo 22]; 26( 1 ). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252010000100014&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100014&Ing=es).
15. Gaitán M, Hernán M. Objeción de conciencia como necesidad legal: una mirada desde el aborto. *Rev. bioét.* [Internet] 2019; 27 (3): 528-34. [Consultado 2022 Mayo 15]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3615/361570648018/361570648018.pdf>
16. Montoya J, Schiavon R, Troncoso E, Díaz C, Karver T. Aborto inducido en México: qué piensan y hacen los ginecoobstetras. *Ginecol Obstet Méx.* [Internet] 2015. Volumen 83, Núm. 1. [Consultado 2022 Mayo 15]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom151d.pdf>
17. Guevara E. Las sociedades científicas de ginecología y obstetricia y su posición frente al aborto terapéutico. *Rev. Peru Investig. Matern. Perinat.* [Internet] 2019; 8(3): 7-9. [Consultado 2022 Mayo 15]. Disponible en:

<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/158/16>  
1

18. Dalén, A El Aborto en Colombia: cambios legales y transformaciones sociales. [Internet]. 2011 [consultado 2022, abril] Universidad Nacional de Colombia Proyectos Temáticos Biblioteca Digital Feminista Ofelia Uribe de Acosta BDF Biopolítica y sexualidades. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/8294>
19. Ministerio de Salud. Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas. [Internet]. [Consultado 2022 mayo 18]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/SM-Determ-aborto-inseguro.pdf>
20. Acevedo O. Hernández Y. La interrupción voluntaria del embarazo y su panorama político, social y económico en Colombia para el año 2020. [Internet]. Medellín: Universidad CES; 2020. [Consultado 2022 Mayo 18]. Disponible en: [https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5172/71295483\\_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5172/71295483_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
21. Laza C, Cerquera E, Ferrer T, Gutiérrez Y. El aborto legal en Colombia: opiniones de un grupo de estudiantes de enfermería. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. [Internet] 2019;37(1):78-86 [Consultado 2022 Mayo 16]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v37n1/0120-386X-rfnsp-37-01-78.pdf>
22. Laza M, Castiblanco R y Urrego Z. Mujeres que deciden interrumpir su embarazo: ¿Cómo son percibidas por un grupo de profesionales en Colombia?. Revista



- Latinoamericana. [Internet]. 2018; pp.71-89. [Consultado 2022 Mayo 30]. Disponible en:  
<https://www.scielo.br/j/sess/a/zHFXPSkqyNcY4yk7JJVpG9s/abstract/?lang=es>
23. Burguete E. Bases para una fundamentación de la bioética del inicio de la vida en la filosofía de Robert Spaemann. Consideraciones a propósito del aborto. [Internet].  
 Valencia: Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Departamento de Teología, Razón y Fe y Moral Católica. 2016. [Consultado 2023 Marzo 12]. Disponible en:  
<https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=6F41%2BhgYn54%3D>
24. Carrillo-Algarra A. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2018 [citado 4 Jun 2022]; 34 (2)  
 Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1522>
25. Escobar B. Jara P. Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. Educación XXVII. [Internet]. 2019; pp. 182-202. [Consultado 2022 Mayo 30]. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/educ/v28n54/a09v28n54.pdf>
26. Mockevich M, et. Al. Aborto de la A a la Z. Buenos Aires. Cipolletti : Jorge Alberto Maciel, 2022. [Internet].[Consultado 2022 Mayo 30]. Disponible en:  
[https://www.bioeticaweb.com/wp-content/uploads/ABORTO-DE-LA-A-A-LA-Z-PDF-2-de-mayo-de-2022\\_compressed-1-comprimido-1-1.pdf](https://www.bioeticaweb.com/wp-content/uploads/ABORTO-DE-LA-A-A-LA-Z-PDF-2-de-mayo-de-2022_compressed-1-comprimido-1-1.pdf)
27. Miranda Lucas Maria Jose, Comas d'Argemir Dolors. Discursos de profesionales de la salud y de mujeres sobre el aborto voluntario. Rev. Bioética y Derecho [Internet]. 2016 [consultado 2022 Jun 03] ; ( 38 ): 37-53. Disponible en:

- [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872016000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872016000300004&lng=es). <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2016.38.17044>.
28. Astete A Carmen, Beca I Juan Pablo, Lecaros U Alberto. Propuesta de un glosario para la discusión del aborto. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2014 Nov [citado 2022 Jun 03]; 142( 11 ): 1449-1451. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872014001100012&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001100012&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001100012>.
29. Menéndez G. Navas I. Hidalgo Y. Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología*. [Internet]. 2012; 38(3)333-342 . [Consultado 2022 Mayo 30]. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2012/cog123f.pdf>
30. Besio M. Las interrupciones del embarazo en la práctica obstetrica: recursos terapeuticos vs aborto provocado. *Acta Bioethica*. [Internet]. 2016; 22 (2): 169-178. [Consultado 2022 Mayo 30]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v22n2/art03.pdf>
31. Pérez J. Límite de la viabilidad. Servicio de obstetricia y ginecología hospital universitario virgen de las nieves granada. [Internet]. 2017; 1-21. [Consultado 2022 Mayo 30]. Disponible en: [https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/clases\\_residentes/2017/LIMITE%20VIABILIDAD](https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/clases_residentes/2017/LIMITE%20VIABILIDAD)
32. Mockevich M, et. Al. Aborto de la A a la Z. Buenos Aires. Cipolletti : Jorge Alberto Maciel, [Internet].[Consultado 2022 Mayo 30]. Disponible en: 2022.  
[https://www.bioeticaweb.com/wp-content/uploads/ABORTO-DE-LA-A-A-LA-Z-PDF-2-de-mayo-de-2022\\_compressed-1-comprimido-1-1.pdf](https://www.bioeticaweb.com/wp-content/uploads/ABORTO-DE-LA-A-A-LA-Z-PDF-2-de-mayo-de-2022_compressed-1-comprimido-1-1.pdf)

33. Aguirre H. Definiciones de términos sobre moral y ética. Universidad Mariano Galves. [Internet] 2021. [Consultado 2022 Mayo 30]. Disponible en:  
[https://www.academia.edu/58932009/Definiciones\\_de\\_t%C3%A9rminos\\_sobre\\_moral\\_y\\_%C3%A9tica](https://www.academia.edu/58932009/Definiciones_de_t%C3%A9rminos_sobre_moral_y_%C3%A9tica)
34. Villareal E. Visbal G. Dilemas éticos. Salud uninorte. [Internet]. 2013; 29 (1): 113-123. [Consultado 2022 Mayo 30]. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n1/v29n1a13.pdf>
35. Yuren T. Ética profesional y praxis. Perfiles educativos. [Internet]. 2019; vol. XXXV, num. 142. [Consultado 2022 Mayo 30]. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v35n142/v35n142a16.pdf>
36. Ramos G. López A. Formación del profesional y ética profesional del docente. Estudios pedagógicos. [Internet]. 2019; XLV, N° 3: 185-199. [Consultado 2022 Mayo 30]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/estped/v45n3/0718-0705-estped-45-03-185.pdf>
37. Calvo Meijide, A., 2022. El nasciturus como sujeto del derecho. Concepto constitucional de persona frente al concepto pandectista-civilista. [en línea] Aebioetica.org. [Consultado el 4 de junio de 2022]. Disponible en:  
<<http://aebioetica.org/revistas/2004/15/2/54/283.pdf>>
38. Congreso de Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley 599 de 2000 por la cual se expide el código penal. Bogotá: El Ministerio; 2000. [en línea] [Consultado el 4 de junio de 2022]. Disponible  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6388>

39. Corte Constitucional 2016. Sentencia SU108/16 . [en línea] [Consultado el 4 de junio de 2022]. Disponible en:<<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/SU108-16.htm#:~:text=En%20la%20sentencia%20T%2D409,su%20manera%20de%20concebir%20el>> [Consultado el 5 de junio de 2022].
40. Minsalud. Sentencia C-355/06. Minsalud.gov.co. 2022. [en línea] [Consultado el 5 de junio de 2022]. Disponible en:  
<<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/sentencia-c-355-de-2006.pdf>> [Consultado el 5 junio de 2022].
41. Mardones J.M., Ursúa N., Filosofía de las ciencias humanas y sociales. 1a Edición. [Internet], Barcelona, España; 982. [Consultado 2020, Abr 26], Disponible en:  
<http://josemramon.com.ar/wp-content/uploads/manual-MARDONES-Filosofia-de-Las-Ciencias-Humanas-y-Sociales-1.pdf>
42. Lambert C. Edmund Husserl: la idea de la fenomenología. Teología y Vida, Vol. XLVII (2006), 517 – 529. [Consultado 2022, Abr 26]. Disponible en:  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/tv/v47n4/art08.pdf>
43. Mendieta-Izquierdo G, Ramírez-Rodríguez JC, Fuerte JA. La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud pública 2015; 33(3): 435-443. [Consultado 2022, Abr 26]. Disponible en : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5214008>
44. Nuñez M. Una aproximación desde la sociología fenomenológica de Alfred Schütz a las transformaciones de la experiencia de la alteridad en las sociedades contemporáneas. Sociológica. [Internet]. 2012; número 75, pp. 49-67. [Consultado 2022 Junio 02]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v27n75/v27n75a2.pdf>

45. Mejía, J. Técnicas cualitativas de investigación en las ciencias sociales. Investigaciones Sociales (Revista del IHS-UNMSM). Lima: 2003. [Consultado Junio 06 de 2022].  
Disponible en:  
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/view/6659/5925>
46. Quintana, A. y Montgomery, W. (Eds.). Metodología de Investigación Científica Cualitativa EN: Psicología: Tópicos de actualidad. Lima: 2006. [Consultado Junio 06 de 2022]. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/3634305-Metodologia-de-Investigacion-Cualitativa-A-Quintana.pdf>.
47. Katayama Omura, R. J. (2014). Introducción a la investigación cualitativa: Fundamentos, métodos, estrategias y técnicas. [Internet]. [Consultado 2022, mayo 30].  
Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/559>
48. Rizzo Patrón, Rosemary, Génesis de las investigaciones lógicas de Husserl: Una obra de irrupción. Signos filosóficos [Internet]. 2002; (7):221-244. Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34300712>
49. Fuster G, Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. [online]. [citado 2022 mayo 31]., vol.7, n.1, pp.201-229. ISSN 2307-7999. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
50. Minsalud. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. [citado 2022 mayo 31]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
51. Strauss, A. L., & Corbin, J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín. Universidad de

Antioquia [Internet] 2002. [Consultado 2022 Mayo 14] Disponible en:

<https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>

52. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución número 8430 de 1993 (octubre 4) [Internet] Santa Fe de Bogotá: El Ministerio; 1993 [Consultado mayo de 2022].

Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

53. Azulay Tapiero A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2001 Dic [Consultado mayo de 2022];18(12):650-654. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992001001200009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001001200009)

54. Noreña A, Alcaraz N, Rojas J, Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. AQUICHAN. [Internet] 2012. 12 (3): 263- 274. [Consultado mayo 2022] Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4322420>

55. Benavides Zúñiga A. Bioética en sexualidad y reproducción humana. Rev Peru Ginecol Obstet. [Internet]. [citado marzo 03 de 2023]. Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a08v63n4.pdf>

56. Neyro-Bilbao JL, Elorriaga MA, Lira-Plascencia J. Anticoncepción y bioética: entre la objeción de conciencia y el principio de autonomía. Ginecol Obstet Mex 2015

[Internet]. [citado marzo 03 de 2023]. Disponible en:

[.https://www.researchgate.net/profile/Jose-Neyro-](https://www.researchgate.net/profile/Jose-Neyro-2/publication/277083866_Contraception_and_bioethics_Between_the_conscience_object)

[2/publication/277083866\\_Contraception\\_and\\_bioethics\\_Between\\_the\\_conscience\\_object](https://www.researchgate.net/profile/Jose-Neyro-2/publication/277083866_Contraception_and_bioethics_Between_the_conscience_object)

ion\_and\_the\_autonomy\_principle/links/62c5cb1e8f4dd63324adb791/Contraception-and-bioethics-Between-the-conscience-objection-and-the-autonomy-principle.pdf

57. Laza-Vásquez C, Cerquera-Gallego EY, Ferrer-Pérez TA, Gutiérrez-Ocampos Y. El aborto legal en Colombia: opiniones de un grupo de estudiantes de Enfermería. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019 [Internet]. [citado marzo 03 de 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v37n1/0120-386X-rfnsp-37-01-78.pdf>
58. Caballero S, Cuello K. Los principios de la bioética médica como solución a los dilemas bioéticos que se producen en el actuar médico. 2021. [Internet]. [Citado marzo 03 de 2023]. Disponible en: <https://aniversariocimeq2021.sld.cu/index.php/ac2021/Cimeq2021/paper/view/267/215#:~:text=Childress%2C%20ampl%C3%ADan%20el%20campo%20de,no%20maleficencia%2C%20autonom%C3%ADa%20y%20justicia.>
59. Palacios, A; Interrupción voluntaria del embarazo y personas con discapacidad; Abeledo Perrot; Derecho de Familia; 2021 [Internet]. [citado marzo 03 de 2023]. Disponible en: [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/164049/CONICET\\_Digital\\_Nro.ac0db796-68ac-4adb-9f7c-d4bd4247b7f2\\_Q.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/164049/CONICET_Digital_Nro.ac0db796-68ac-4adb-9f7c-d4bd4247b7f2_Q.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
60. García D. Una mirada crítica sobre la incidencia del derecho en el aborto. Rev. Andamios. 2017. Volumen 14, número 34, mayo-agosto, pp. 375-379. [Internet]. [Citado marzo 03 de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/anda/v14n34/1870-0063-anda-14-34-00375.pdf>
61. Bejarano M, et al., Conocimientos, actitudes y prácticas de las enfermeras profesionales y auxiliares respecto a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en dos hospitales de Cundinamarca. [Internet]. Bogotá D.C.: Fundación Universitaria Juan N. Corpas; 2021

[Citado marzo 03 de 2023] Disponible en:

<https://repositorio.juanncorpas.edu.co/handle/001/118>

62. Bejarano M, et al., Conocimientos, actitudes y prácticas de las enfermeras profesionales y auxiliares respecto a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en dos hospitales de Cundinamarca. [Internet]. Bogotá D.C.: Fundación Universitaria Juan N. Corpas; 2021

[Citado marzo 03 de 2023] Disponible en:

<https://repositorio.juanncorpas.edu.co/handle/001/118>

63. Donoso E. Vera C. El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales. Rev. Chil Obstet Ginecol 2016; 81(6): 534 - 545. [Internet]. [Citado marzo 03 de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v81n6/art14.pdf>

64. Souza-Junior EV, Barbosa-Da silva VS, Assis-Lozado Y, Dos-Santos-Bomfim E, Pereira Alves E, Nagib-Boery E. Dilemas bioéticos en la asistencia médica a adolescentes embarazadas 2018 [Internet]. [citado marzo 03 de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/BNwhRpHLm3c4DZsZmrXzNzJ/?format=pdf&lang=es>

65. González-Vélez AC. La producción de conocimiento experto: un eje central en la implementación del aborto legal en Colombia. Cad. Saúde Pública 2020

[Internet]. [citado marzo 03 de 2023]. Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/Jk7RRnVb3V3m6YxMsj7hKBK/?format=pdf&lang=es>

66. Niño M, Triviño C, Ortiz J. Balance de los 100 días del fallo histórico: ¿Cómo va la implementación de la sentencia C-055 del 2022?. [Internet]. Bogotá. La Mesa por la vida y la Salud de las Mujeres. Fundación Oriéntame. 2022. [Citado marzo 06 de 2023].

Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2022/07/Balance-100-dias-1.pdf>





## **Anexos**

### **Anexo 1. Guion de la entrevista estructurada**

#### **GUIA DE ENTREVISTA PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO ANTES DE LA SEMANA 24, EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MATERNO-PERINATAL EN IPS DE CÚCUTA, LOS PATIOS Y VILLA DEL ROSARIO, EN SEGUNDO SEMESTRE DEL 2022**

##### **1. OBJETIVO**

Identificar las percepciones del personal de salud sobre la despenalización del aborto antes de la semana 24, en los servicios de atención materno-perinatal en IPS de Cúcuta, Los Patios y Villa del Rosario.

##### **2. PREGUNTAS GENERADORAS**

###### **2.1. PRIMERA ENTREVISTA**

- ¿Cuál es su postura sobre la nueva sentencia de la corte que despenaliza el aborto hasta la semana 24?
- ¿Qué piensa usted sobre las semanas establecidas por la corte para que se pueda realizar el aborto?
- ¿Conoce las actualizaciones de las sentencias sobre la despenalización del aborto?
- ¿Conoce los mecanismos de oposición o aceptación a participar en actos de cuidado, por parte del personal de enfermería, en casos como de un proceso como el aborto?
- ¿Usted ha utilizado, utilizaría, o no utilizaría, los mecanismos de oposición a participar en procesos o procedimientos que estén en contra de sus convicciones personales?

- ¿Usted conoce los mecanismos para establecer medidas de oposición a la realización de determinados procedimientos en salud?
- ¿Qué sabe a qué hace referencia el concepto de la objeción de conciencia?
- ¿Qué impacto genera la nueva sentencia ante los servicios que usted presta en la institución?
- ¿Cómo considera usted que la despenalización del aborto influye en la tasa de abortos y morbi-mortalidad materna en el país?
- ¿Conoce cuáles son los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y la relación que tiene con la bioética en relación con estos derechos?
- Si en la institución en la que labora tuviese que participar en un aborto, ¿cuál sería su manera de actuar?
- ¿Cuál considera que será el impacto que genera la sentencia sobre la ampliación de las semanas de gestación para realizar un aborto, los servicios que usted ofrece en la IPS?

## **2.2. II ENTREVISTA**

- Dentro de su desempeño como profesional, con la nueva sentencia ha experimentado tensiones o dilemas, como: ¿sentirse obligado o presionado a brindar una información que considera, atenta contra sus principios o ética a nivel personal?
- ¿Considera que en su formación profesional le fueron brindadas las herramientas necesarias para actuar en situaciones que incluyan dilemas éticos en la atención relacionados con el aborto o por el contrario estas fueron insuficientes?; ¿Qué recomienda sobre la forma en que debe proceder en estos casos?

- ¿En caso de experimentar tensiones incompatibles con sus principios bioéticos y sus creencias, conoce los mecanismos de oposición para participar en la atención de la IVE, a sus usuarias, en el particular con la ampliación de esta sentencia? ¿Cuáles son?
- ¿Cree usted que sus emociones y vivencias, pueden influir al momento de brindar consejería o incidir en la toma de decisiones de la paciente?
- ¿Considera que omitir información relacionada con la promoción y difusión del procedimiento sentencia C-055 del 2022, (por razones personales), puede incidir en la disminución de solicitudes de IVE sin afectar los derechos de los pacientes relacionados a su atención?
- Sobre las mujeres que no están muy seguras sobre su decisión y deciden NO acogerse a lo dispuesto en la sentencia C-055-2022, ¿qué impacto le genera cuando ellas cambian de opinión y deciden continuar con su embarazo sin desearlo, al momento de prestar el servicio de salud, que ustedes le ofrecen?
- ¿Considera que el desconocimiento del uso de métodos anticonceptivos y la falta de cobertura de los servicios de salud influye en el aumento de mujeres que solicitan la IVE luego de la sentencia, o por el contrario desde lo institucional la oferta es pertinente? díganos el porqué de esta apreciación
- ¿Cómo personal de salud, de qué manera puede promover el acceso a los servicios de promoción y prevención en la salud sexual y reproductiva, siendo coherente con sus principios bioéticos y su ética profesional?

- En materia de derechos sexuales y reproductivos ¿desde la bioética qué opinión le merece la sentencia C-055 del 2022: esta representa un avance o un retroceso en este IVE? y díganos el porqué de esta apreciación.
- Como observa usted la relación entre autonomía del paciente y derechos sexuales y reproductivos, ¿esta relación es absoluta, es relativa o se circunscribe únicamente a lo que dice la sentencia?
- En mujeres con incapacidad para consentir o asentir, ¿cuál cree usted que es el papel del cuidador, en materia de derechos sexuales y reproductivos al momento de la toma de decisiones respecto a los alcances de esta nueva sentencia y las implicaciones bioéticas de esta actuación?
- Si tuviera la oportunidad de replantear la sentencia, C-055-2022, ¿de qué forma lo haría?

## **Anexo 2. Consentimiento informado.**

### **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN ACADÉMICA CUALITATIVA**

Fecha: \_\_\_\_\_.

Lugar: \_\_\_\_\_.

A continuación, encontrará información relacionada con el proyecto de investigación cualitativa realizada por los estudiantes del programa de Enfermería la Universidad Francisco de Paula Santander que tiene por nombre PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO ANTES DE LA SEMANA 24, EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MATERNO-PERINATAL EN IPS DE CÚCUTA, LOS PATIOS Y VILLA DEL ROSARIO EN EL 2022, del cual se espera poder contar con su participación en el proyecto.

El objetivo que tiene esta investigación es identificar las percepciones del personal de salud sobre la despenalización del aborto antes de la semana 24, en los servicios de atención materno-perinatal en IPS de Cúcuta, Los Patios y Villa del Rosario.

Con la realización de este estudio se espera aportar conocimientos a la disciplina de enfermería y ayudar a abordar de manera integral la percepción de los profesionales de salud con temas tan controversiales como lo es la despenalización del aborto el país. Para el cumplimiento de los objetivos, se requiere de su participación en la investigación y para ello, se realizará una entrevista en la cual brindará la información necesaria para lograr identificar las percepciones del personal de salud sobre la despenalización del aborto antes de la semana 24.

Cabe resaltar que su participación en esta investigación académica es totalmente voluntaria y en dado caso de que acceda a participar, no es obligatorio que permanezca en la investigación hasta

que concluya si así lo desea. De este modo, podrá formular preguntas respecto a cualquier duda que surja antes de dar inicio o durante el transcurso de las entrevistas.

En caso de aceptar participar en la investigación, diligencie la información que se presenta a continuación:

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía N° \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_ por medio del presente documento acepto participar en la Investigación académica cualitativa que tiene por nombre PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO ANTES DE LA SEMANA 24, EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MATERNO-PERINATAL EN IPS DE CÚCUTA, LOS PATIOS Y VILLA DEL ROSARIO EN EL 2022. Se me ha explicado en su totalidad cómo se llevará a cabo la investigación mediante la realización de entrevistas por los estudiantes del programa de Enfermería la Universidad Francisco de Paula Santander y así mismo, mi participación no representará ningún tipo de inconveniente o beneficio lucrativo.

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

Firma del investigador: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

### Anexo 3. Cronograma

Actividades	Jun	Jul	Agos	Sep t	Oct	Nov	Dic
Entrega de propuesta de anteproyecto al comité curricular de enfermería							
Presentación del proyecto por parte de los estudiantes del programa encargados a la directiva de las instituciones de salud							
Identificar al personal de salud pertenecientes a programas de la mujer y prestación de servicios de atención perinatal en las instituciones							
Recolección de datos por medio de entrevistas estructuradas con sus respectivas preguntas al personal de salud seleccionado que cumpla con los criterios de inclusión							
Realizar análisis e interpretación de los resultados encontrados.							



### Anexo 4. Presupuesto.

Tabla 1. Presupuestos

<b>TIPO DE RECURSO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
<b>Recursos Humanos</b>			
Estudiantes de enfermería UFPS	240 horas	\$ 10.000/H por estudiante	\$2.400.000
Directora del proyecto	30 Horas	\$ 50.000	\$ 1.500.000
Codirectora del proyecto	20 Horas	\$ 50.000	\$ 1.000.000
<b>Recursos Materiales</b>			
Computador	2	\$ 2.500.000	\$ 5.000.000
Internet	240 Horas	\$ 2.000 H/internet	\$ 480.000
Total de la investigación		\$ 10.380.000	