

Acompañamiento para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE): Orientación, Asesoría y Soporte Integral en los Tratamientos

Documento Técnico para Personal de Salud





Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez
Ministro de Salud y
Protección Social

Jaime Hernán Urrego Rodríguez
Viceministro de Salud
Pública y Prestación
de Servicios

Tatiana Lemus Pérez
Directora de Promoción
y Prevención

Ricardo Luque Núñez
Asesor Coordinador
Grupo sexualidad,
derechos sexuales
y reproductivos

Liliana Oliveros León
Referente IVE
Grupo sexualidad,
derechos sexuales y
reproductivos

Elizabeth Daza Reyes
Profesional Especializada
Grupo sexualidad, derechos
sexuales y reproductivos

Pablo Andrés Rodríguez Camargo
Profesional Especializado
Grupo sexualidad, derechos
sexuales y reproductivos



Luis Mora
Representante

Martha Lucía Rubio
Representante Auxiliar

Jose Luis Wilches
Asesor en Salud Sexual
y Reproductiva

Luz Magdalena González
Especialista en Salud
Sexual y Reproductiva

Adriana Rodríguez
Coordinadora
de Abogacía y
Comunicaciones



María Mercedes Vivas
Directora Ejecutiva

Elvia Ladis Alba Bermúdez
Subdirectora de Programas
y Proyectos Equipo técnico

Equipo técnico

Óscar Fernando Marroquín Ortega
Ginecólogo y Obstetra
Referente Médico

David Alexander Zambrano Rojas
Subdirector de
Operaciones Internacionales

Diana Ibeth Díaz Rojas
Laura Jimena Gómez Gracia
Sandra Patricia Rincón
Eliana Marcela Marulanda Gómez
Consultoras Temáticas

Nathalia Muñoz Solarte
Secretaría Técnica y
Metodológica

María Cristina Avendaño Ciro
Redactora Técnica Editorial

REVISIÓN EXPERTA

Sandra Mazo
Católicas por el Derecho
a Decidir

Cristina Villarreal Velásquez
Consultora Independiente

Raquel Eugenia Arteaga
Consultora Independiente

Ivon Johanna Pérez Rojas
Fundación ESAR

Karen Teherán
Fundación Orientame

Liliana Ortíz Coral
Instituto Departamental de
Salud de Nariño - IDSN

Carmen Eugenia Quiñónez
Instituto Departamental de
Salud de Nariño - IDSN

Aura Gutiérrez Acosta
Profamilia

Martha Pedraza Martínez
Referente Humanitaria
UNFPA, Guajira

SOCIALIZACIÓN Y VALIDACIÓN

Elizabeth Quiñónez
Conferencia Nacional
de Organizaciones
Afrocolombianas - CNOA

Yuli Mosquera Ibargüen
Conferencia Nacional
de Organizaciones
Afrocolombianas - CNOA

Evelin Carolina Acosta Gutiérrez
Fuerza de Mujeres
Wayuu

Cintia Durán Ramos
Hospital San José de
Maicao

Eliana Riaño
ILEX Acción Jurídica

Wanny Elizabeth Hinestroza Ramírez
ILEX Acción Jurídica

Índice

Definiciones clave	6
Propósito y contextualización del documento	8
1- Aclaraciones conceptuales: comprendiendo el acompañamiento en la atención de la IVE	10
1.1. ¿Qué es la orientación en la atención de IVE?	12
1.2. ¿Qué es la asesoría en la atención de IVE?	16
1.3. ¿Qué es el soporte integral en los tratamientos para la IVE?.....	18
1.4. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DSDR) en el marco del acompañamiento en la IVE	20
2- El acompañamiento en acción	22
2.1. La orientación	23
2.1.1. Ejes de la orientación	23
2.1.2. Guía práctica en orientación	29
2.2. Asesoría	41
2.2.1. Ejes de la asesoría	41
2.2.2. Guía práctica en asesoría	44
2.2.3. Recomendaciones para la asesoría anticonceptiva	59
2.3. Soporte integral durante los tratamientos para la IVE	63
2.3.1. Ejes del soporte integral durante los tratamientos de IVE	63
2.3.2. Guía práctica en soporte integral en los tratamientos para la IVE	65
3- Competencias y desafíos del personal que realiza el acompañamiento para la IVE	69
3.1. Competencias del personal de salud	70
3.2. Desafíos	71
3.2.1. El desafío de la objeción de conciencia	71
3.2.2. El desafío de la transformación de actitudes respecto al aborto: ejercicios de aclaración de valores	71
3.2.3. El desafío de la reducción del estigma sobre la IVE	75
3.2.4. El desafío de la inclusión y la atención de poblaciones priorizadas	76
Anexos	93
Referencias	95

Glosario

de abreviaturas

- CDPD:** Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
- CEDAW:** Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
- CIPD:** Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
- DNP:** Departamento Nacional de Planeación
- DSDR:** Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
- EAPB:** Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
- EIS:** Educación Integral para la Sexualidad
- END:** Embarazo No Deseado
- ET:** Entidades Territoriales
- ICBF:** Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- IEC:** Información, Educación y Comunicación
- IVE:** Interrupción Voluntaria del Embarazo
- LGBTIQ+:** Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Intersexuales, Queer y otras diversidades
- MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social
- NAF:** National Abortion Federation
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- ONU:** Organización de las Naciones Unidas

- PAIS:** Política de Atención Integral en Salud
- PAMEC:** Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud
- PBS:** Plan de Beneficios en Salud
- PIC:** Plan de Intervenciones Colectivas
- PIDCP:** Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- PIDESC:** Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- RIAMP:** Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal
- SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud
- SNS:** Superintendencia Nacional de Salud
- SOGCS:** Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud
- SSSR:** Salud Sexual y Salud Reproductiva
- SUA:** Sistema Único de Acreditación
- SUH:** Sistema Único de Habilitación
- UNFPA:** Fondo de Población de Naciones Unidas
- VBG:** Violencias basadas en el género

Definiciones clave

Atención centrada en la persona:

Enfoque que prioriza la autonomía, necesidades integrales y contexto de las personas. Consiste en garantizar servicios que respeten sus decisiones reproductivas mediante información clara y apoyo psicosocial sin juicios, organizados según sus necesidades médicas, emocionales y legales. Exige sistemas de salud que inspiren confianza, faciliten participación en el proceso de atención y trasciendan el ámbito clínico para impactar positivamente en la vida reproductiva (Adaptado de Organización Mundial de la Salud, OMS, 2016).

Derechos reproductivos (DR):

Conjunto de derechos humanos fundamentales que reconocen la autonomía de todas las personas para decidir libre y responsablemente —sin discriminación, coacción ni violencia— sobre su salud reproductiva. Esto incluye: la determinación del número de hijos/as/es, el espaciamiento de los nacimientos, el acceso a información veraz, los medios para ejercer estas decisiones, y el derecho al más alto nivel de salud reproductiva. Estos principios, arraigados en instrumentos internacionales de derechos humanos, exigen a los Estados garantizar servicios integrales que respeten la diversidad de proyectos de vida (Adaptado de Organización de las Naciones Unidas, ONU, 1994).

Derechos sexuales (DS):

Conjunto de derechos humanos universales que garantizan a todas las personas el ejercicio libre, seguro y digno de su sexualidad, incluyendo la autonomía para tomar decisiones sobre el propio cuerpo, relaciones y salud sexual; el acceso a información científica y educación integral sin discriminación; la protección contra violencia, coerción y prácticas nocivas; así como el derecho a servicios de salud sexual integrados y de calidad que respeten la confidencialidad y el consentimiento informado, reconociendo que la salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional y social vinculado a la salud reproductiva (Adaptado de OMS, 2018).

Enfoque interseccional:

Perspectiva analítica y operativa que examina cómo las relaciones de poder, los sistemas de opresión (como género, clase, pertenencia étnico-racial, edad, discapacidad) y los ejes de desigualdad se entrecruzan de manera simultánea e inseparable, configurando experiencias únicas de dominación o privilegio en personas y comunidades. Reconoce la multidimensionalidad de los sujetos —cuya posición social es dinámica— y busca desentrañar las especificidades de estas opresiones para transformar estructuras de exclusión en el diseño de políticas, servicios y acciones públicas (Adaptado de UNFPA, 2024). Su aplicación en IVE exige identificar y abordar las capas de exclusión para diseñar servicios de salud que respondan a realidades específicas, sin soluciones estandarizadas que ignoren la desigualdad estructural.

Enfoque de género:

Perspectiva analítica y operativa que visibiliza desigualdades, discriminaciones y violencias basadas en sexo, identidad de género y orientación sexual, así como las asimetrías en el ejercicio del poder y roles sociales entre mujeres, hombres y personas con identidades no binarias. En salud sexual y reproductiva —particularmente en IVE—, reconoce barreras específicas que enfrentan mujeres y personas gestantes en toda su diversidad (incluyendo hombres trans, personas no binarias, de género fluido, intersexuales y otras personas de la diversidad sexo genérica con posibilidad biológica de gestar) para ejercer su autonomía reproductiva. Exige diseñar intervenciones basadas en evidencia, fortalecer la participación y autonomía, implementar acciones afirmativas contra exclusiones, y monitorear impactos en equidad de género en todos los ámbitos de la interacción humana (Adaptado de MSPS, 2022).

Enfoque intercultural:

Proceso dinámico de comunicación, coordinación comprensiva y diálogo de saberes entre los sistemas médicos tradicionales de los pueblos étnicos y las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), fundamentado en el reconocimiento, valoración y respeto mutuo de sus particularidades en un plano de igualdad, armonía y equilibrio. Este enfoque, adoptado como estrategia transversal en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), orienta el reconocimiento integral de las diferencias étnicas y culturales de toda la población colombiana —incluyendo no solo grupos étnicos sino también las dimensiones culturales históricamente construidas por todas las personas respecto a la naturaleza, espiritualidad y relaciones sociales—, promoviendo la construcción conjunta de modelos de atención que erradiquen discriminaciones, fomenten el encuentro entre cosmovisiones diversas y aseguren equidad en el acceso y calidad de los servicios de salud mediante acciones concertadas que respeten la autonomía de los saberes ancestrales y los derechos culturales (Adaptado de MSPS, 2017).

Pertenencia étnico-racial:

Concepto que designa la autoidentificación individual y colectiva con un grupo humano que comparte historia, territorio, prácticas culturales y experiencias comunes de resistencia ante el racismo estructural. Esta pertenencia —reconocida en el marco del pluralismo constitucional colombiano— configura identidades políticas que trascienden lo biológico, generando patrones diferenciados de acceso/exclusión en servicios de salud reproductiva como la IVE, donde factores como el racismo médico, las barreras geográficas y la falta de pertinencia cultural profundizan desigualdades en mujeres negras, indígenas, palenqueras, raizales y Rrom (Adaptado de ILEX Acción Jurídica, 2024).

Poblaciones priorizadas:

En el marco de la salud sexual y la salud reproductiva (SSSR) e IVE son comunidades que, debido a condiciones de vulnerabilidad estructural, discriminación histórica o barreras institucionales, enfrentan mayores riesgos en el acceso a servicios de SSSR, exigiendo medidas afirmativas, enfoques diferenciales y protección reforzada por parte del Estado. Estas poblaciones requieren atención especializada que considere interseccionalidades (edad, género, etnia, territorialidad, discapacidad, entre otras.) para garantizar acceso sin barreras, confidencialidad, no revictimización y justicia reproductiva. (Adaptado de Departamento Nacional de Planeación DNP 2023; Resolución 051 de 2023, MSPS).

Violencias basadas en el género (VBG):

Se define como todo acto lesivo —físico, sexual, psicológico, económico o simbólico—, incluidas amenazas, coacciones o privaciones de la libertad sustentadas en relaciones de poder derivadas del género. Su origen radica en la desigualdad estructural, el abuso de poder y la perpetuación de normas sociales dañinas. El término enfatiza que estas diferencias de poder basadas en el género exponen principalmente a mujeres y niñas a múltiples formas de violencia, aunque también afectan a personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, intersexuales, queer y otras diversidades (LGBTIQ+) por transgredir roles de género asignados. Estas violencias constituyen una grave violación a los derechos humanos y pueden manifestarse en ámbitos públicos o privados mediante abusos de poder (social, económico, político, etario u otros), que restringen la autonomía y aumentan la vulnerabilidad (Adaptado de UNFPA, 2022).

Propósito y contextualización del documento

Objetivos:

Proporcionar lineamientos y herramientas prácticas para el fortalecimiento del acompañamiento integral en procesos de IVE, garantizando una atención clínica segura, con calidad técnica y respetuosa de los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR), desde una perspectiva interseccional y enfoque diferencial.

Público:

Todo el personal de salud* involucrado en la garantía del derecho a la IVE en Colombia, incluyendo profesionales de medicina, medicina tradicional, partería tradicional, enfermería, psicosociales, administrativas, de apoyo y seguridad, así como cualquier otro que interactúe con mujeres y personas gestantes en el proceso de atención.

Alcance:

Da guía en el acompañamiento para la IVE en todas las edades gestacionales. Aplicable en todas las modalidades de atención según Resoluciones 3100 de 2019 y 2654 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Antecedentes:

En el marco de un plan de trabajo entre UNFPA y el MSPS, se estableció la necesidad de la actualización técnica y el desarrollo de un contenido para la atención en salud de la IVE en Colombia, en concordancia con la normativa vigente. Con base en lo anterior, se emitió una convocatoria, en la cual la Fundación Oriéntame fue seleccionada como la institución responsable de llevar a cabo este proceso.

Metodología:

El desarrollo del conjunto de documentos técnicos se sustentó en la evidencia científica más reciente, encabezada por la guía Directrices sobre la Atención para el Aborto de la OMS (2022), que unifica y actualiza las guías emitidas en 2012, 2015 y 2019. Como criterio de jerarquía, se privilegiaron revisiones sistemáticas de organismos especializados y otras fuentes secundarias de alta calidad para respaldar cada recomendación clínica y formativa.

El proceso inició con una revisión exhaustiva de los documentos de 2014, lo que permitió identificar oportunidades de mejora y actualizar contenidos. Los hallazgos científicos se contrastaron con el marco jurídico nacional.

Posteriormente se realizaron rondas de iteración con personas expertas y, más adelante, con actores clave en el acceso a la IVE en distintos territorios, para asegurar una representación temática amplia y diversa. Todos los aportes fueron sistematizados, clasificados y evaluados por el equipo desarrollador, que los integró de manera coherente en la versión consolidada de los documentos.

Finalmente, los equipos técnicos de UNFPA y del MSPS llevaron a cabo una sesión de validación conjunta para conciliar observaciones y aprobar la versión definitiva. Como resultado, se obtuvo el contenido completo para la atención de la IVE en Colombia, distribuido e interconectado en cuatro documentos: 1. Atención Integral a Personas que Solicitan una IVE; 2. Garantía del Acceso a la IVE; 3. Acompañamiento para la IVE: Orientación, Asesoría y Soporte Integral en los Tratamientos; y 4. Guía para la Formación y Fortalecimiento de Competencias para la Garantía del Derecho al Acceso a la IVE.

★ *Personal de salud conforme a lo descrito en la Resolución 3100 de 2019 del MSPS y los lineamientos de la Política Nacional de Talento Humano en Salud (2022).*

Normatividad:

Normativa internacional:

- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1965 — Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966 — Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de 1979 — Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), 1989 — Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), El Cairo de 1994 — Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing de 1995— Organización de las Naciones Unidas (ONU).
- Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, 2002 — Naciones Unidas.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), 2006 — Naciones Unidas.
- Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (DNUDPI), 2007 — Naciones Unidas.

Normativa nacional:

- Constitución Política de Colombia de 1991.
- Ley Estatutaria 1751 de 2015 — Congreso de Colombia.
- Sentencia C-055 de 2022 — Corte Constitucional de Colombia.
- Sentencia SU-096 de 2018 — Corte Constitucional de Colombia.
- Sentencia C-355 de 2006 — Corte Constitucional de Colombia.
- Sentencia C-900 de 2011 — Corte Constitucional de Colombia.
- Sentencia C-022 de 2021 — Corte Constitucional de Colombia.
- Sentencia T-565 de 2013 — Corte Constitucional de Colombia.
- Sentencia T-128 de 2022 — Corte Constitucional de Colombia.
- Resolución 051 de 2023 — Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 2138 de 2023 — Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 1904 de 2017 — Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 0769 de 2008 — Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 2654 de 2019 — Ministerio de Salud y Protección Social.
- Resolución 3100 de 2019 — Ministerio de Salud y Protección Social.
- Decreto 1710 de 2020 — Consejo Superior de la Judicatura.
- Circular Externa 2024150000000009-5 de 2024 — Superintendencia Nacional de Salud.
- Ley 1381 de 2010 — Congreso de Colombia.
- Ley 1719 de 2014 — Congreso de Colombia.
- Ley 1996 de 2019 — Congreso de Colombia.

Nota sobre la vigencia normativa:

Este documento cita las disposiciones legales y reglamentarias vigentes al momento de su redacción, y es aplicable con las disposiciones que las modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen con posterioridad.



1-Aclaraciones conceptuales: comprendiendo el acompañamiento en la atención de la IVE

El acompañamiento en la IVE es un proceso comunicativo continuo e individualizado, centrado en los intereses y necesidades de la mujer o persona gestante. Este abordaje integra la subjetividad y el contexto social de la persona y reconoce como pilares fundamentales sus deseos, inquietudes, temores, conocimientos, creencias y condiciones de vida. Las intervenciones deben ser flexibles y adaptarse a cada situación única, potenciando los recursos subjetivos de autocuidado.

Como señalan Miller y Rollnick (2015), este enfoque exige escucha activa y mensajes claros de apoyo —por ejemplo: «Confío en tu capacidad, estoy aquí para acompañarte y respetaré tu proceso»—, lo cual fortalece la autonomía y garantiza que la persona avance a su ritmo, sin juicios ni interrogatorios invasivos.

Como señalan Miller y Rollnick (2015), este enfoque exige escucha activa y mensajes claros de apoyo —por ejemplo: «Confío en tu capacidad, estoy aquí para acompañarte y respetaré tu proceso»—, lo cual fortalece la autonomía y garantiza que la persona avance a su ritmo, sin juicios ni interrogatorios invasivos.

El equipo de salud debe fomentar un ambiente seguro donde las personas expresen libremente dudas, deseos y necesidades. Antes de 24 semanas, está prohibido cuestionar los motivos detrás de la decisión (ejemplo: no formular preguntas como «¿por qué quieres interrumpir?»), ya que esto vulnera la autonomía y puede generar coerción.

A partir de 24 semanas, el personal deberá informar con sensibilidad que, según el marco legal vigente, la IVE solo procede bajo tres causales específicas. Este diálogo debe realizarse desde una aproximación respetuosa y de apoyo, enfatizando que: **I)** la indagación sobre sus razones sólo busca determinar si encuadran en una causal legal, no cuestionar su decisión, **II)** su experiencia y necesidades son legítimas en sí mismas, y el equipo está para acompañarle y ayudarle a comprender ampliamente los aspectos normativos y las rutas de atención disponibles.

A diferencia del modelo tradicional directivo—centrado en indicaciones unidireccionales—, el acompañamiento en IVE se construye sobre tres aspectos transformadores: permitir (facilitar que la mujer y persona gestante exprese sus necesidades sin juicios), escuchar (comprometer la atención plena para comprender su contexto emocional, social y físico) y acoger (asegurar un respaldo incondicional a sus decisiones). Esta triada no solo humaniza la interacción clínica, sino que reconfigura los servicios de salud como espacios de agencia, donde la autonomía y la dignidad son pilares operativos. Sus componente esencial son:

»Orientación:

Brinda un entorno seguro y comprensivo en el que mujeres y personas gestantes puedan explorar sus opciones frente al embarazo desde la tranquilidad, sintiéndose acompañadas para discernir decisiones alineadas con sus necesidades y valores. A través de una comunicación cálida y libre de juicios, se cultiva la autonomía, ofreciendo claridad y recursos que nutran la confianza interna para transitar el proceso con plena conciencia de sus derechos y capacidades.

»Asesoría:

Constituye un proceso informativo integral que proporciona información clara, adaptada y libre de juicios, enmarcada en los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR) de cada persona. A través de un diálogo respetuoso, explora de manera neutral las alternativas disponibles frente al embarazo—incluyendo la IVE, su continuación o el proceso de adopción—, desglosando de manera objetiva los métodos disponibles, los cuidados necesarios y los riesgos asociados. Asimismo, incluye asesoría sobre anticoncepción desde un enfoque de derechos, género e interseccional y autonomía progresiva, priorizando en todo momento el respeto irrestricto a su voluntad y consentimiento informado. Este espacio de diálogo facilita una elección libre y fundamentada, sostenida por un acompañamiento ético que honra la capacidad de decisión de cada persona.

»Soporte integral en tratamientos:

Se estructura como un acompañamiento continuo que, desde una ética del cuidado, integra tres dimensiones esenciales: **I)** el sostén emocional personalizado, **II)** la resolución de dudas con claridad y oportunidad —generando espacios seguros para preguntar sin reservas—, y **III)** el abordaje sensible de los posibles desafíos físicos y emocionales, asociados al proceso.

En caso de que surjan ansiedad, temor o vulne-

rabilidad, este enfoque se sostiene en la presencia cercana, el respeto a la autonomía y un compromiso activo que reconoce cada experiencia sin juicios.

La exigencia de estos servicios como requisito obligatorio para acceder a la IVE resulta incoherente con el principio de autonomía que fundamenta este derecho. Su disponibilidad y oferta activa buscan garantizar un espacio de apertura para que cada mujer o persona gestante pueda poner en palabras sus necesidades, emociones o inquietudes —si así lo desea, desde la seguridad de ser acogida en su singularidad y contexto.

Este enfoque, arraigado en el respeto a la autodeterminación, reconoce que la decisión de utilizar estos recursos debe surgir exclusivamente de una voluntad informada y libre de condicionamientos, asegurando que el proceso se construya desde la confianza y no desde la imposición.

1. 1. ¿Qué es la orientación en la atención de IVE?

El despeje emocional alude específicamente a la identificación y gestión de aquellas cargas sociales, estigmas o presiones externas que suelen rodear la decisión sobre un embarazo. En un contexto donde persisten narrativas culpabilizantes o mitos sobre la IVE, este espacio busca generar claridad interna, ayudando a distinguir entre los mandatos sociales (como el estigma religioso, el machismo o los estereotipos de género) y las necesidades genuinas de cada persona. Paralelamente, el apoyo emocional está enfocado en crear un espacio seguro donde la persona pueda expresar inquietudes, posibles miedos o duelos, fortaleciendo su capacidad para gestionar la decisión desde la serenidad y la autopercepción de derechos.

Esto incluye, por ejemplo, abordar preocupaciones prácticas (como el impacto en relaciones

familiares) y acompañar procesos de fortalecimiento frente a posibles situaciones de vulnerabilidad (violencia de género, falta de redes de apoyo, etc.).

Para estructurar esta intervención de manera efectiva, la National Abortion Federation (NAF, 2024) recomienda que la orientación se desarrolle como una conversación privada en la que se aborden los sentimientos y preocupaciones de forma abierta. En este diálogo, el personal debe proporcionar herramientas de apoyo para la toma de decisiones y, cuando sea necesario, derivar a especialistas.

Asimismo, es esencial obtener consentimiento antes de profundizar en temas sensibles y utilizar técnicas de escucha activa y atención centrada en la persona que permitan explorar inquietudes y miedos.

Algunas personas tienen claridad sobre su decisión, mientras que otras prefieren recibir orientación más adelante; en ambos casos, se debe respetar su derecho a definir cómo y cuándo acceder a esta.

Para optimizar la experiencia, la orientación en IVE debe ser accesible y diseñada con un enfoque proactivo de normalización, sin intervenciones innecesarias que generen cargas emocionales adicionales. Esto implica tratar la IVE como una atención de salud legítima y rutinaria, alejándola de estigmas o abordajes excepcionales. Por ejemplo, es clave capacitar al personal de salud para comunicarse con naturalidad, usando lenguaje clínico neutro y erradicando actitudes de sigilo, es decir, tratarlo como cualquier otra intervención en salud. Además del apoyo en la gestión del estrés y la promoción del bienestar emocional durante y después de la atención, este enfoque reduce la ansiedad asociada al estigma social, protege la salud mental y fomenta la autonomía (Upadhyay, Cockrill, & Freedman, 2010).

Una orientación respetuosa y libre de juicios no

solo fortalece la confianza en el proceso clínico, sino que facilita la identificación temprana de quienes pudieran requerir apoyo emocional adicional o derivación a servicios especializados.

Este enfoque, respaldado por la evidencia, re-

conoce —como se detalla en el Gráfico 1— que un alto porcentaje de personas ya ha tomado una decisión reflexiva antes de acudir a los servicios de salud. Este hallazgo obliga a proteger su autonomía, reconociendo su protagonismo decisional y erradicando la disuasión.

Gráfico #1

Estudios sobre la orientación previa a la IVE

1

La orientación preaborto desde la perspectiva de la mujer (Vandamme, et al., 2013).

Objetivo: explorar las perspectivas y sentimientos de 971 mujeres sobre la orientación preaborto en 5 centros de Flandes, Bélgica.

Metodología y resultados: se aplicaron cuestionarios antes y después de la sesión de orientación para evaluar el estado emocional, la comprensión del proceso y la percepción sobre la utilidad de la sesión. Previo a la orientación, las participantes manifestaron dudas acerca de la utilidad del servicio, sentimientos de angustia y, al mismo tiempo, determinación sobre su decisión de interrumpir el embarazo. Posteriormente, reportaron una valoración más positiva de la sesión, con mayores niveles de satisfacción, disminución de la angustia y consolidación de su decisión.

2

¿Es necesaria la orientación? Tomar la decisión de abortar. Un estudio de entrevista cualitativa (Brown, S. 2012).

Objetivo: analizar cómo las mujeres jóvenes (16-20 años) toman la decisión de abortar y con quién la discuten.

Metodología y resultados: estudio cualitativo que comprendió entrevistas individuales semiestructuradas a 24 mujeres que estaban esperando o habían tenido recientemente un aborto. La mayoría de las mujeres jóvenes ya han tomado la decisión de abortar antes de acudir a solicitarlo. Exigir que las mujeres reciban orientación retrasaría el proceso y, para la mayoría sería una carga innecesaria, al tiempo que desviaría recursos de aquellas mujeres que necesitan orientación.

3

Contradicciones en las experiencias de orientación preaborto de las mujeres en Sudáfrica: implicaciones para la práctica centrada en la persona (Mavuso & Macleod, 2020).

Objetivo: investigar las experiencias de mujeres en Eastern Cape, Sudáfrica, con la orientación previa al aborto como parte de la implementación de la Ley de Elección de Terminación.

Metodología y resultados: mediante un enfoque narrativo-discursivo, se identificaron cuatro micro-narrativas en los relatos de las participantes. Las mujeres valoraron positivamente los aspectos empáticos y no directivos de la orientación, pero manifestaron que resultaba perturbadora cuando los proveedores: (1) enfatizaban consecuencias negativas del aborto, (2) utilizaban lenguaje de personificación fetal, o (3) sugerían alternativas como adopción o crianza - estrategias interpretadas como insinuaciones de que el aborto sería moralmente incorrecto.

Fuente: Adaptado de la información encontrada en los estudios de Vandamme, 2013; Brown, 2012 y Mavuso y Macleod, 2020.

Los estudios presentados en el Gráfico 1 demuestran que la orientación previa a la IVE puede ser valiosa, reduciendo la angustia y brindando información a quienes la solicitan (Estudio 1). Sin embargo, dado que la mayoría de las personas ya han tomado su decisión antes de acudir a los servicios de salud, exigirla como un requisito puede retrasar el acceso y representar una carga innecesaria (Estudio 2). Aún más, cuando la orientación se fundamenta en discursos moralizantes, prejuiciosos o persuasivos, en lugar de ser un apoyo, genera malestar y se convierte en una barrera para el acceso oportuno a la atención (Estudio 3).

Por ello, la orientación adecuada es aquella que respeta el proceso individual de cada persona, brindando un acompañamiento neutral que responda puntualmente a sus dudas y necesidades. En este sentido, Bain (2020) sostiene que la orientación obligatoria previa no sólo constituye un obstáculo al aborto seguro, sino que vulnera derechos humanos fundamentales como la autodeterminación y la autonomía reproductiva.

En paralelo, es fundamental que el personal de salud no reproduzca prejuicios sobre los supuestos efectos negativos de la IVE, especialmente cuando estos carecen de respaldo científico. Quienes eligen esta opción no presentan un mayor riesgo de desarrollar alteraciones en su salud mental; por el contrario, la negación del aborto puede tener consecuencias adversas significativas en la salud mental, así como en los determinantes sociales y económicos que afectan el bienestar.

El estudio Turnaway, realizado por la Universidad de California en San Francisco (UCSF) entre 2008 y 2010 a través del programa ANSIRH (Advancing New Standards in Reproductive Health), analizó a 1.000 mujeres que buscaban acceder a un aborto en 30 centros de Estados Unidos. Algunas lograron el procedimiento, mientras que otras fueron rechazadas por superar el límite gestacional y llevaron el embara-

zo a término. Los resultados evidenciaron que aquellas que accedieron a un aborto voluntario presentaron indicadores de salud mental iguales o incluso mejores que aquellas a quienes se les negó el procedimiento. Esto sugiere que impedir el acceso al aborto puede ser más perjudicial para el bienestar psicológico que permitirlo (ANSIRH, 2020).

Del mismo modo, es esencial destacar que no existen argumentos científicos que respalden la imposición de advertencias obligatorias sobre efectos psicológicos negativos tras un aborto, ya que estas carecen de sustento y podrían perpetuar estigmas sociales.

Según investigaciones del Instituto Guttmacher, organización líder en salud reproductiva, la mayoría de las personas que acceden a una IVE experimentan alivio tras el procedimiento, especialmente cuando cuentan con información clara, acompañamiento pertinente y un entorno libre de presiones. Si bien es natural que algunas personas puedan sentir emociones transitorias, como tristeza o culpa, estas no se traducen en diagnósticos clínicos y suelen disiparse en el corto plazo. Por el contrario, los casos de afectaciones psicológicas graves son excepcionales y, cuando ocurren, están vinculados a factores previos —como historiales de salud mental, situaciones de violencia de género o contextos de estigmatización—, no al aborto en sí mismo (Boonstra et al., 2006).

Por ello, se recomienda que el equipo de salud mantenga una postura neutral y construya un entorno que prevenga o alivie posibles cargas emocionales, ofreciendo apoyo para gestionar aquellas que puedan surgir durante el proceso. Cuando la situación lo requiera, se sugiere realizar derivaciones oportunas y respetuosas, asegurando un seguimiento centrado en el bienestar integral de la persona.

En la siguiente gráfica se presenta una descripción de lo que es y no es la orientación:

Gráfico #2

Qué es y qué no es la orientación

¿Qué ES la Orientación en IVE?

Busca acompañar a la persona a lo largo de su proceso de atención. La mujer o persona gestante es la protagonista y el centro de la atención, tiene el control sobre su decisión y participación en todo momento.

Una oferta de soporte emocional que responde a las necesidades individuales, respetando sus valores y convicciones.

Un proceso de acompañamiento que respeta y apoya la decisión de la persona gestante.

Una oportunidad para plantear que, según la evidencia, la gran mayoría de las personas que optan por la IVE experimentan una sensación de tranquilidad y, en general, logran retomar su vida de manera saludable y con bienestar.

Un proceso que implica tomar en cuenta la situación única de cada persona para adaptarlo a sus circunstancias y contexto.

¿Qué NO es la Orientación en IVE?

No es un espacio de carácter obligatorio previo al proceso de atención en la IVE en el que la mujer o persona gestante explica sus razones o justifica su decisión.

No es un conjunto de entrevistas concebidas como un interrogatorio o un proceso de validación que la mujer o persona gestante deba superar para ejercer su derecho.

No es un espacio destinado a imponer valores o experiencia personal del equipo de salud, ni para influir en la persona para que adopte una determinada alternativa o para disuadirla de su decisión.

No es una ocasión para afirmar que la IVE implica un riesgo para la salud mental futura o que genera trauma psicológico, ya que no existen evidencias que respalden esta afirmación.

No es un proceso para plantear repertorios repetitivos y fórmulas estandarizadas que se puedan aplicar de la misma forma para todas las personas.

En resumen, en la orientación:

- ✓ La mujer o persona gestante decide de manera libre e informada si la recibe.
- ✓ Se promueve que la persona y sus decisiones sean el centro del proceso.
- ✓ Se garantiza que el personal de salud no imponga creencias, experiencias personales o juicios.
- ✓ No se cuestiona, presiona o influye en la elección.
- ✓ Se omiten menciones a traumas psicológicos post-IVE (carecen de evidencia científica).
- ✓ Se fomenta un diálogo abierto, nunca un interrogatorio.

1.2. ¿Qué es la asesoría en la atención de IVE?

La asesoría complementa la orientación, brindando información clara, objetiva y adaptada a las características físicas, emocionales, culturales y sociales de cada persona. Su objetivo central es garantizar decisiones informadas, libres y seguras sobre la SSSR, respetando los derechos establecidos en la normativa colombiana y los derechos fundamentales de autonomía y dignidad.

Este proceso aborda temas como las opciones disponibles frente al embarazo (IVE, continuación del embarazo o proceso de adopción), las rutas de atención, tratamientos para la IVE, beneficios y riesgos, así como la anticoncepción postaborto. La información se debe proporcionar siempre de manera neutral, sin generar temor, permitiendo que la persona decida según sus preferencias y contexto.

Este proceso se caracteriza por su flexibilidad, ajustándose al ritmo y prioridades definidas en conjunto con la persona que consulta. El respeto por sus necesidades emocionales, físicas y sociales es fundamental para que la experiencia resulte fortalecedora; en este sentido, la asesoría prioriza técnicas como la escucha activa, sin generalizaciones y reconociendo la diversidad de experiencias y perspectivas individuales.

Se aleja de instrucciones directivas que utilizan expresiones como «debes» o «tienes que», pues estas imponen una visión unilateral y menoscaban la autonomía. Por el contrario, fomenta un diálogo abierto, la exploración libre de alternativas y fortalece a cada persona para elegir el camino que considere mejor para sí misma.

Además, la asesoría utiliza un lenguaje claro y cercano, evitando tecnicismos y fórmulas rígidas y se basa en el enfoque de derechos, género

e interseccional para reconocer cómo factores como clase social, ubicación geográfica, pertenencia étnico-racial, orientación sexual, identidad de género, discapacidad y edad influyen en el acceso a la IVE. Por ejemplo, mujeres y personas gestantes racializadas, en situación de movilidad o en situación de pobreza enfrentan barreras adicionales, como estigmatización o discriminación institucional (Hill Collins, 2019).

Según la Resolución 051 de 2023 del MSPS, la asesoría debe suministrar a la persona información:

- Comprensible, oportuna, suficiente, adecuada, pertinente, objetiva, precisa, confiable y accesible.
- Científica y actualizada, sin consideraciones disuasorias, personales, ideológicas, religiosas o axiológicas del personal de salud ni de terceras personas.
- El servicio de salud debe garantizar el acceso a intérprete de lengua o idioma, si la persona lo requiere, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1381 de 2010 del Congreso de Colombia. Este apoyo no debe ser gestionado ni exigido a la persona que consulta, sino provisto directamente por la institución.
- La atención debe brindarse en formatos y medios accesibles para personas con discapacidad, con los ajustes razonables y apoyos señalados en la Resolución 1904 de 2017 del MSPS. Estos ajustes deben ser proporcionados por el servicio de salud, sin que recaiga sobre la persona usuaria la responsabilidad de solicitarlos o gestionarlos.

La articulación coherente entre la orientación y la asesoría es fundamental para asegurar un consentimiento informado de calidad en la IVE. Este proceso se construye de manera continua, dialógica y centrada en la persona.

Gráfico #3

Qué es y qué no es la asesoría

¿Qué ES la Asesoría en IVE?

Intercambio dinámico entre quien asesora y la persona consultante. Va más allá de lo informativo, por cuanto integra las reacciones, necesidades y solicitudes de la persona.

Espacio abierto, que prioriza la escucha activa y la comprensión de las necesidades específicas para no limitar el diálogo a partir de supuestos o generalizaciones que despersonalizan o perpetúan estereotipos. La formación profesional se suma constructivamente al proceso de atención, sin imponerse.

Promueve un modelo de atención colaborativo. Sólo de esta forma es posible ofrecer un cuidado que honre la dignidad de la persona, atienda sus necesidades y potencie su capacidad para tomar decisiones.

Es asumir que la persona consultante tiene el control sobre su propio proceso e interpretación de bienestar y define el curso de su atención.

Debe adaptar su lenguaje y metodologías para la transmisión de información, tomando en cuenta las diferencias de género, diversidades culturales, posibles vulnerabilidades y las discapacidades de las personas. Desde un enfoque interseccional, se reconoce que estas dimensiones se entrelazan y configuran experiencias únicas.

¿Qué NO es la Asesoría en IVE?

No es la sola provisión de información.

No es un espacio para excluir temas o enfoques basándose únicamente en la experticia de quien asesora, puesto que esto podría llevar a la imposición de prejuicios o sesgos.

No es tomar decisiones en nombre del equipo de salud que, aunque se supongan apropiadas para la persona consultante, se implementan sin comunicárselo ni contar con su opinión o voluntad.

No es dar instrucciones directivas que comienzan con frases como "debes" o "tienes que".

No es basar la intervención en la utilización de un mismo tipo de lenguaje y recursos para todas las personas.

En resumen, en la asesoría:

- ✓ La mujer o persona gestante ejerce control sobre su atención.
- ✓ Se practica escucha activa para comprender, no para responder.
- ✓ No se usa lenguaje directivo, como «debes» o «tienes que».
- ✓ Se pregunta "¿Qué información necesitas hoy?" en lugar de suponer.
- ✓ Se adapta el lenguaje evitando tecnicismos innecesarios.
- ✓ Se reconoce y respeta la diversidad de identidades y contextos.

1.3. ¿Qué es el soporte integral en los tratamientos para la IVE?

Tras recibir orientación y asesoría, la mujer o persona gestante cuenta con información valiosa que le facilita transitar el tratamiento con mayor claridad; no obstante, el soporte integral debe mantenerse activo durante todas las etapas para fortalecer la integración de la experiencia. De esta manera, no solo se brinda apoyo emocional continuo, sino que se responde de forma oportuna a las inquietudes que puedan surgir en cada etapa, desde la elección del método hasta la recuperación posterior.

Además, antes del inicio del tratamiento elegido, es fundamental reforzar la información de manera integrada con el apoyo emocional, ya que la ansiedad, el estrés o las circunstancias personales pueden dificultar su retención. Temas como los pasos del tratamiento, los efectos esperados (cólicos, dolor, sangrado), la duración, el abordaje del dolor, los riesgos y los cuidados posteriores deben retomarse con claridad técnica y sensibilidad, sin descuidar en ningún momento el acompañamiento emocional continuo.

Es fundamental que quienes brindan soporte integral tengan un conocimiento profundo y actualizado sobre técnicas para apoyar en caso de ansiedad, dolor o posible temor a la experiencia clínica. La persona que acompaña debe ofrecer respuestas pertinentes que favorezcan un entorno de confianza y bienestar. En el siguiente gráfico se presenta un comparativo entre lo que es y lo que no es el soporte integral en los tratamientos para la IVE.



Gráfico #4

Qué es y qué no es el soporte integral

¿Qué ES el soporte integral en tratamientos para la IVE?

Un espacio diseñado para ofrecer soporte emocional ante manifestaciones de ansiedad, miedo o inestabilidad, generando contención que disminuya la tensión y favorezca el proceso de IVE.

Este espacio se centra en transferir el control a la persona consultante, invitándola a participar activamente y dirigir su atención en salud mediante la expresión constante de sus necesidades y preferencias.

Constituye un espacio seguro que preserva la calma ante manifestaciones emocionales como llanto, malestar o preocupación. La persona acompañante responde con sensibilidad y proporciona acompañamiento adecuado a cada situación.

Un espacio dedicado exclusivamente a la persona, donde el equipo de salud centra la conversación en el tratamiento y atiende con sensibilidad lo que la persona está experimentando.

Se caracteriza por la solicitud de consentimiento antes de cualquier contacto físico. Esta práctica reduce la percepción de vulnerabilidad, favorece una experiencia más positiva en la atención y brinda confianza.

¿Qué NO es el soporte integral en tratamientos para la IVE?

No es para interpretar las expresiones emocionales como algo que debería haberse resuelto durante el proceso de orientación y asesoría, y asumir que, si reaparecen, es porque la persona consultante está insegura de su decisión.

No es un espacio para indicarle a la persona consultante que "debe portarse bien" durante el tratamiento, ni de exigirle que adopte una actitud sumisa u obediente frente al personal de salud.

No es un espacio para minimizar los sentimientos y experiencias de la persona consultante, diciéndole que es obvio que ocurra una reacción específica o que ella ya sabía a qué atenerse porque se le explicó el tratamiento, y que, por tanto, tiene que asumirlo con paciencia.

No es el espacio para hablar de temas que no conciernen a la atención de cada persona porque puede aumentar la sensación de exposición.

No es un espacio para realizar intervenciones sobre el cuerpo de la persona consultante sin solicitar su permiso o su consentimiento.

En resumen, en el soporte integral en tratamientos:

- ✓ Se explica el tratamiento de forma clara, vinculándolo con lo que la persona podría sentir o experimentar.
- ✓ Se pide consentimiento explícito antes de cualquier contacto físico.
- ✓ Se mantiene un ambiente tranquilo, minimizando distracciones.
- ✓ Se personaliza la comunicación, absteniéndose de intervenciones rígidas o automatizadas.
- ✓ Se aceptan todas las expresiones emocionales sin exigir que la persona "se porte bien".

1.4. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DSDR) en el marco del acompañamiento en la IVE

El acompañamiento en la IVE se sustenta en un marco ético internacional que prioriza la protección de los derechos humanos, el acceso equitativo a servicios seguros y la promoción de la salud pública. Estos principios, respaldados por instrumentos como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, reconocen los derechos reproductivos como fundamentales, basados en la autonomía corporal, la no discriminación y la libertad para decidir sobre la propia vida reproductiva. La CIPD, junto con organismos como la OMS y la ONU, enfatiza que la salud reproductiva—entendida como un estado de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con la reproducción, requiere un enfoque integral. En este contexto, la IVE emerge como una expresión legítima de estos derechos, al permitir decisiones libres sobre el cuerpo sin coerción, violencia o estigmas.

Los DSDR, interdependientes e indivisibles, operan como pilares complementarios en la garantía de la IVE. Mientras los derechos reproductivos protegen la autonomía para decidir sobre la continuidad de un embarazo, los derechos sexuales, reconocidos por la OMS como parte de los derechos humanos, aseguran la libertad para vivir la sexualidad sin violencia, discriminación o juicios morales externos. Esta interrelación es crucial: la autonomía reproductiva depende de la autonomía sexual (por ejemplo, la capacidad de rechazar relaciones no deseadas), y a su vez, el acceso a la IVE enfrenta obstáculos arraigados en prejuicios sobre la vida sexual de las personas. Por ello, garantizar la IVE implica no solo eliminar obstáculos

legales, sino también transformar prácticas institucionales y culturales que perpetúan estereotipos de género o estigmatizan a quienes acceden al servicio.

Este enfoque ético se refuerza con instrumentos vinculantes como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que consagran el derecho a la vida, la salud y la autodeterminación reproductiva.

Su aplicación exige que los Estados adopten medidas proactivas para asegurar atenciones de IVE seguras, accesibles y libres de sesgos, especialmente para poblaciones en contextos de vulnerabilidad (mujeres y personas con posibilidad de gestar, jóvenes, personas rurales, comunidades de bajos ingresos), quienes enfrentan mayores obstáculos debido a desigualdades estructurales. La evidencia (OMS, Guttmacher, Turnaway Study) muestra que restringir la IVE profundiza ciclos de pobreza y exclusión, mientras que su garantía, junto con educación sexual integral y acceso a anticoncepción, reduce muertes maternas y brinda autonomía a las personas para planificar sus proyectos de vida.

En consecuencia, los sistemas de salud tienen la obligación de alinear sus prácticas con estos estándares, eliminando requisitos médicos innecesarios, capacitando al personal en enfoques no discriminatorios y asegurando que la atención clínica priorice la dignidad y la confidencialidad. Solo así se logrará una atención verdaderamente integral, donde la IVE se normalice como un componente esencial de la salud pública, lejos de enfoques excepcionalistas o patologizantes. En la siguiente tabla, se detallan los derechos humanos específicos que se garantizan mediante el acceso a la IVE, evidenciando su rol como catalizador de justicia social y equidad en salud.

Tabla #1

Derechos humanos garantizados en el acceso a la IVE

Derecho a la atención en IVE

Vida digna

Está intrínsecamente relacionado con el derecho a la atención en IVE, por cuanto ambos se fundamentan en el reconocimiento de la autonomía, la libertad de decisión y el bienestar. La IVE, garantiza que mujeres y personas gestantes puedan decidir según sus circunstancias personales, valores y proyectos de vida.

Salud

El acceso seguro a la IVE es fundamental para prevenir riesgos asociados con procedimientos inseguros que ponen en peligro la salud y la vida de las mujeres y personas gestantes. La opción de interrumpir un embarazo en situaciones de riesgo para la salud física o mental asegura que las personas no sean forzadas a vivir condiciones que afecten su bienestar.

Igualdad y no discriminación

La garantía del derecho al acceso a la IVE contribuye a reducir desigualdades estructurales, especialmente en contextos en que las barreras económicas, sociales y culturales limitan el acceso a servicios de salud.

Información y educación

La educación inclusiva e intercultural sobre la IVE y los derechos reproductivos es esencial para desmitificar el tema y promover una comprensión basada en derechos humanos.

Intimidad

El PIDCP, establece en su artículo 17 que "nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada" (ONU, 1966). Este principio aplica al derecho a la IVE, ya que la decisión sobre el embarazo pertenece a la esfera más íntima de las personas. El derecho a la intimidad implica que cada persona tiene el control sobre su cuerpo y sus decisiones reproductivas sin la imposición de juicios o interferencias externas.

Fuente: Adaptado del contenido del Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: Consecuencias para el derecho a la salud de las leyes y políticas que restringen el acceso al aborto seguro (Informe A/66/254). Asamblea General de las Naciones Unidas. Grover, A. 2011.



2- El acompañamiento en acción

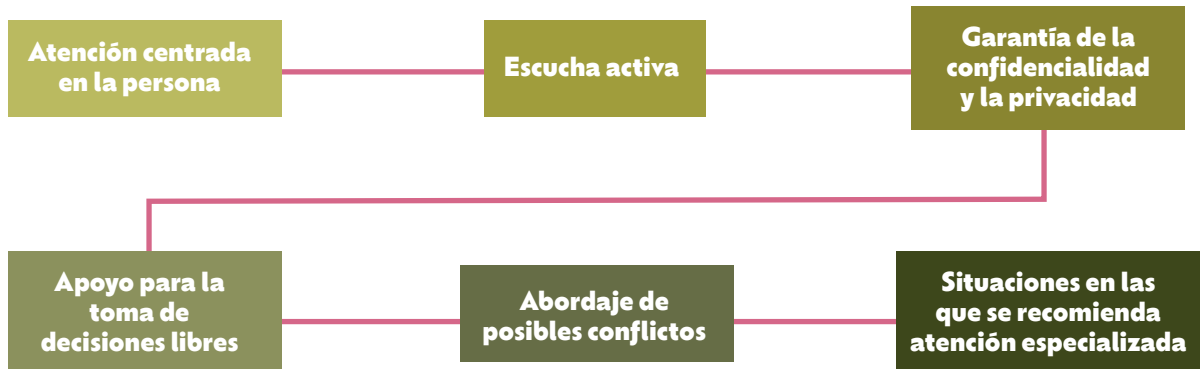
Este segmento presenta guías prácticas de verbalización e interacción para el personal de salud durante la IVE, basadas en evidencia actualizada y recomendaciones de la OMS. Su objetivo es facilitar una comunicación clara, pertinente y libre de estigmas. Para ello se ofrecen herramientas que permiten una atención centrada en la persona, respetuosa de sus derechos y adaptada a sus necesidades, procurando un proceso seguro, informado y emocionalmente respaldado.

2.1. La orientación

La orientación en IVE es la primera etapa y busca brindar bienestar emocional en torno a la decisión del embarazo. Esta sección presenta temas clave y ejemplos de interacción para una orientación adecuada.

2.1.1. Ejes de la orientación

La orientación se estructura en los siguientes ejes principales:



Atención centrada en la persona

Este modelo de atención reconoce y respeta las necesidades, elecciones y circunstancias únicas de cada mujer o persona gestante. Garantiza que la persona sea protagonista de su proceso. La OMS (2022) enfatiza que los servicios de salud reproductiva, incluida la IVE, deben respetar los derechos, autonomía y dignidad de las personas, guiándose por su voluntad en cada etapa. Implica brindar información clara y crear un espacio seguro para expresar dudas y preferencias sin juicios. El personal de salud debe adaptarse a cada situación, considerando diferencias culturales, sociales, emocionales y económicas.

Esto incluye ofrecer opciones como tratamientos para la interrupción, tanto farmacológicos como no farmacológicos; acompañamiento emocional; y redes de apoyo familiar o social (Johnson, 2018).






Estudios destacan que la calidad de la atención en IVE depende de la percepción de respeto y apoyo, eliminando prácticas coercitivas y garantizando confidencialidad e información basada en evidencia, libre de sesgos ideológicos (Dempsey, 2023).

En la Tabla 2 se muestran ejemplos representativos de verbalizaciones que reflejan los principios de la atención centrada en la persona:

Tabla #2

Ejemplos de verbalización en la atención centrada en la persona

Persona que orienta

-  "Quiero contarte que eres el centro en este proceso y el equipo de salud se basará únicamente en tu decisión y guía para adelantar la atención que solicitas".
-  "¿Hay algo que te preocupe o que te gustaría que habláramos antes de continuar?"
-  "¿Qué esperas de esta consulta hoy?"
-  "¿Cómo te gustaría que te acompañemos durante este proceso?"
-  "¿Hay algo que podamos hacer para que sientas más comodidad?"

Escucha activa

La escucha activa implica comprender integralmente la situación, emociones, necesidades y expectativas de la mujer o persona gestante, más allá de las palabras. Según IPAS (2020), es fundamental para garantizar una atención verdaderamente centrada en la persona.

En la IVE, la escucha activa requiere presencia plena, erradica distracciones y prejuicios, y muestra disposición para entender tanto lo verbal como lo no verbal. Este enfoque mejora la calidad de la atención y reduce el estigma y la discriminación asociados a la IVE. El uso de preguntas abiertas es fundamental, pues permite que la persona guíe la conversación (IPAS, 2014).

Asimismo, la escucha activa identifica barreras o necesidades—familiares, culturales o económicas—que influyen en la toma de decisiones y el acceso a la IVE, y por tanto ofrece soluciones adaptadas a cada caso. A continuación, se ejemplifican frases de algunas manifestaciones verbales características de la escucha activa:

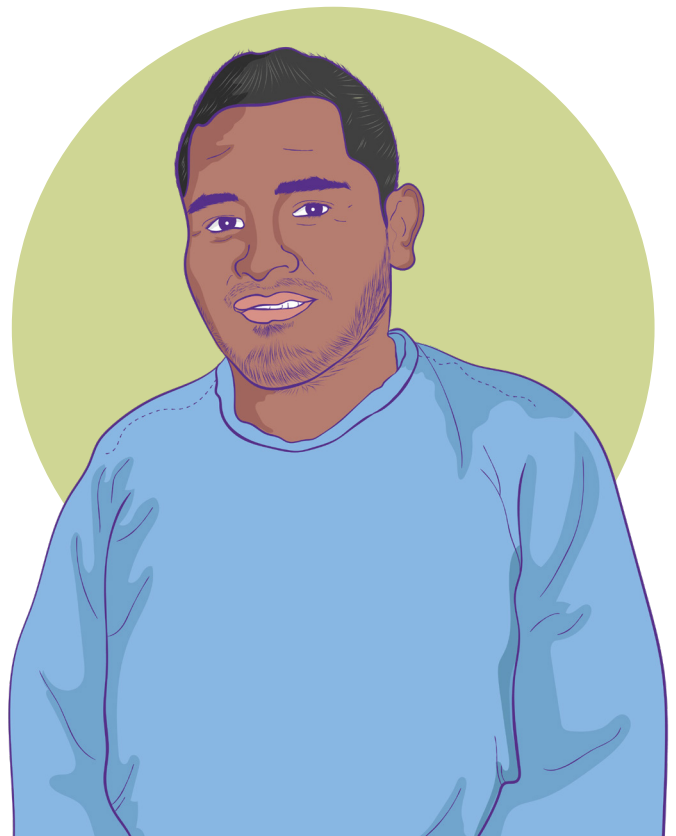


Tabla #3

Ejemplos de verbalización en la escucha activa

Persona que orienta



"Mi rol es escucharte con atención y darte el espacio que necesites para que sientas comodidad expresando tus sentimientos, ideas o cualquier inquietud. Estoy aquí para ofrecerte apoyo y proporcionarte la información que mejor se adapte a tus necesidades"



"Si lo deseas, podemos tomarnos un momento para hablar de lo que más te inquieta. Estoy aquí, con toda mi atención, para escuchar lo que estás viviendo"

Garantía de la confidencialidad y la privacidad

La confidencialidad y privacidad son fundamentales porque fortalecen la confianza con el personal de salud. En un contexto de estigma y posibles riesgos, como el acceso no autorizado a la información por parte de terceras personas, resguardar los datos de las personas usuarias es una obligación ética ineludible para el servicio de salud.

La confidencialidad implica proteger toda la información relacionada con la IVE. Esto es crucial en casos de presiones familiares, sociales o legales que puedan interferir con la decisión. En todas las etapas de la IVE—desde la consulta inicial hasta el seguimiento, se debe garantizar la protección de registros clínicos, la discreción en comunicaciones y la creación de espacios seguros para expresarse sin temor a exposición o juicio. Según el Instituto Guttmacher (2021), la falta de confidencialidad puede disuadir a las personas de buscar atenciones de IVE, lo que aumenta el riesgo de someterse a prácticas inseguras.

El personal de salud debe manejar la información con el más alto nivel de seguridad y priorizar las elecciones de la persona sin interferencias externas.

Tabla #4

Ejemplos de verbalización en la garantía de la confidencialidad

Persona que orienta



"Quiero recordarte que todo lo que hablemos aquí queda entre tú y nuestro equipo de salud. Nadie más tendrá acceso a esta información sin tu permiso"



"Tu privacidad es una prioridad. Si en algún momento sientes que no se está respetando, por favor házmelo saber"



"Tenemos un compromiso con la protección de tu información. Si necesitas que tomemos medidas adicionales para garantizar tu privacidad, no dudes en decírmelo"



"¿Te gustaría que usemos un nombre o código especial para mayor confidencialidad?"

Apoyo para la toma de decisiones libres








El equipo de salud debe reconocer que algunas personas necesitan apoyo emocional para procesar la carga afectiva asociada a la decisión sobre la IVE. Para ello, se brinda acompañamiento que facilita la reflexión sobre posibles tensiones morales, espirituales o estigmas del entorno, sin enfoques rígidos y adoptando una mirada comprensiva que aborde cada caso desde su singularidad.

El apoyo para una toma de decisiones libres en la IVE se centra en proporcionar herramientas que permitan a la persona analizar su contexto, valorar sus opciones y decidir según sus convicciones. Es clave no generar presiones para continuar o interrumpir el embarazo y garantizar que la persona actúe con plena libertad y seguridad en su elección.

Tabla #5

Ejemplos de verbalización en el apoyo para la toma de decisiones libres

Persona que orienta

-  "¿Cómo te sentirías si tomaras una decisión diferente?"
-  "¿Qué te ayudaría a sentir más seguridad con tu elección?"
-  "¿Hay alguien en tu vida con quien te sientas en comodidad compartiendo esta experiencia?"
-  "¿Te gustaría que esa persona te acompañe en alguna consulta o que hablemos sobre cómo podría apoyarte?"
-  "¿Cómo ha sido el proceso de hablar sobre esto con las personas cercanas a ti?"
-  "¿Has recibido apoyo o has enfrentado algún tipo de oposición?"
-  "Es importante que sepas que tienes derecho a tomar esta decisión de manera libre y sin presiones. Nadie puede obligarte a hacer algo que no quieras."

Abordaje de posibles conflictos y de preguntas difíciles

La mayoría de las personas que acuden a servicios de IVE ya tienen una decisión tomada y requieren principalmente un acompañamiento respetuoso, seguro y libre de juicios. Sin embargo, en algunos casos pueden surgir conflictos internos o externos—como dudas, ambivalencia, temores, culpa o presiones—que exigen la experticia del personal de salud para manejarlos adecuadamente.

Durante la orientación, es clave identificar los intereses, experiencias y momento vital de la persona; priorizar temas relevantes y respetar su percepción. Como se mencionó previamente, algunas toman su decisión con seguridad, mientras que otras pueden experimentar du-







das, angustia o culpa. El reto del personal de salud es reconocer estas particularidades, ofrecer apoyo, aclarar inquietudes y replantear la situación desde una perspectiva de derechos y una visión integral.

En la siguiente tabla se recogen muestras representativas de preguntas que materializan el abordaje de posibles conflictos.

Tabla #6

Ejemplos de verbalización para el abordaje de posibles conflictos

Persona que orienta

-  "¿Qué pensamientos surgen cuando imaginas enfrentar este conflicto?"
-  "¿Hay algo que te preocupe especialmente en esta situación?"
-  "¿Cómo crees que podrías prepararte para manejar este posible desacuerdo?"
-  "¿Has pasado por algo similar antes? ¿Qué te ayudó en ese momento?"
-  "¿Sientes que hay valores o necesidades personales en juego en este conflicto?"
-  "Los conflictos pueden ser difíciles, pero también una oportunidad para aclarar lo que necesitas. ¿Qué apoyo o recursos te ayudarían a abordar esto con más confianza?"

En el proceso de atención, el personal de salud suele enfrentarse a preguntas que pueden percibirse como difíciles o delicadas. Estas preguntas pueden estar relacionadas con aspectos emocionales, médicos, legales o éticos, y su manejo requiere sensibilidad y claridad. Las preguntas difíciles son una parte natural del proceso de IVE y representan una oportunidad para brindar apoyo significativo. Las sugerencias aquí presentadas son orientativas, no un modelo fijo, diseñadas para fomentar el respeto, la comprensión y la comunicación efectiva.

A continuación, se ofrecen ejemplos de respuestas a preguntas difíciles.

Tabla #7

Sugerencias de respuestas a preguntas difíciles

**¿Me arrepentiré después?**

"Es difícil anticipar con certeza cómo te sentirás. Algunas personas experimentan emociones diversas, como alivio, tristeza o ambivalencia. Has considerado aspectos importantes para tomar esta decisión. ¿Cómo crees que te sentirás al saber que has reflexionado sobre lo que es clave para ti?"

**¿Esto afectará mi fertilidad futura?**

"Cuando la IVE se realiza de manera segura y con tratamientos adecuados, no suele afectar la fertilidad futura. Es importante seguir las recomendaciones médicas posteriores para cuidar tu salud"

**¿Qué dirán los demás si se enteran?**

"Es comprensible que la opinión de otras personas te genere preocupación. Cada experiencia es única, y sólo tú sabes lo que es mejor para ti. ¿Cómo te gustaría que fuera tu relación con esta decisión a lo largo del tiempo?"

**¿Es normal sentir alivio y tristeza al mismo tiempo?**

"Es natural sentir emociones contradictorias. Muchas personas experimentan alivio por haber tomado una decisión que consideran adecuada, pero también pueden sentir tristeza por lo que implica. Ambas emociones pueden coexistir. ¿Qué crees que estas emociones te están mostrando sobre lo que significa esta experiencia para ti?"

**¿Cómo puedo manejar la culpa que siento?**

"La culpa puede aparecer cuando hay dudas o expectativas externas influyendo en tu decisión. Reconocer lo que sientes es un primer paso. ¿Qué valores o creencias podrían estar influyendo en este sentimiento?"

**¿Qué pasa si mi pareja o familia no apoya mi decisión?**

"No contar con el apoyo de personas cercanas puede hacer este proceso más difícil. Entender sus posturas y poner límites puede ayudar, pero cada situación es distinta. ¿Cómo te sientes al tomar esta decisión por ti misma?"

**¿Puedo cambiar de opinión después de empezar el tratamiento?**

"Es importante que sientas seguridad en cada paso del proceso. Si en algún momento decides no continuar, podemos hablar sobre las opciones en función de la fase del tratamiento en la que te encuentres. ¿Qué aspectos te ayudarían a sentir más claridad en este momento?"

**¿Cómo sé si estoy tomando la decisión correcta?**

"No hay una única manera de tener seguridad. Lo importante es que puedas tomar esta decisión con la información y el apoyo que necesitas. ¿Qué significa para ti tomar una decisión correcta en este contexto?"

**¿Qué debo hacer si me siento sola en este proceso?**

"Sentirse sola puede hacer que todo sea un poco más difícil. Buscar apoyo en personas de confianza o en espacios seguros puede marcar la diferencia. ¿Cómo te gustaría relacionarte con esta experiencia en tu propia historia?"

Situaciones en las que se recomienda atención especializada

El proceso de IVE puede generar diversas emociones en las mujeres o personas gestantes. Según el estudio Turnaway (ANSIRH, 2020), el alivio es la emoción predominante tras el aborto. Más del 95% de quienes lo experimentan consideran que su decisión fue correcta incluso años después. Aunque la mayoría no presenta problemas significativos de salud mental, algunos casos pueden requerir atención especializada para garantizar su bienestar psicológico.

Quien orienta y asesora debe reconocer sus límites y derivar a especialistas cuando sea necesario, especialmente en casos que sobrepasen sus competencias. Es clave identificar situaciones que requieran atención psicológica terapéutica o preventiva, como:

»Antecedentes en salud mental:

Alteraciones previas que aumentan el riesgo de dificultades emocionales.

»Experiencias de abuso o violencia:

Abuso infantil, agresión sexual o violencia de pareja.

»Falta de apoyo social:

Ausencia de una red de apoyo sólida.

»Estigma social y cultural:

Entornos en que el aborto es altamente estigmatizado.

»Dificultades en la toma de decisiones:

Ambivalencia o presión externa.

De la misma manera, es fundamental asegurar que estas personas no sean estigmatizadas ni se les niegue la IVE, sino que se les ofrezcan apoyos adicionales para mejorar su proceso de atención y seguimiento.

Tabla #8

Ejemplos de verbalización para situaciones en las que se recomienda atención especializada

Persona que orienta



"Según lo que me compartes, has vivido situaciones complejas (en salud mental, violencia, falta de red de apoyo o estigma), lo que me lleva a preguntarme si esto podría hacer que este proceso sea más difícil para ti. ¿Cómo lo percibes tú? Me gustaría conocer tu opinión al respecto".



"En tu caso particular, sugiero que puedas acceder a un proceso de atención más especializado, que te brinde un mayor bienestar y contribuya a equilibrar tu experiencia".

Embarazos deseados y duelo

El sentimiento de pérdida o duelo no se limita a personas que deseaban profundamente el embarazo y enfrentan un problema inesperado; también puede ocurrir en quienes no planearon su embarazo, pero le atribuyen un significado valioso al interrumpirlo. Estas personas no están simplemente "desechando algo", sino tomando una decisión que implica la evaluación y ponderación de múltiples aspectos importantes en sus vidas, como su salud, bienestar, proyectos personales y circunstancias socioeconómicas.

Tanto el embarazo como su interrupción generan diversas emociones que varían en cada persona. No existen reacciones estándar. Una interrupción de embarazo deseado no siempre implica dolor profundo, ni uno no deseado produce solo alivio. Las emociones—como tristeza, culpa, incertidumbre, alivio o ambivalencia—son únicas, pueden cambiar con el tiempo y deben ser comprendidas desde la individualidad. Por ello, es recomendable:

»No emplear el término “embarazo no deseado” como etiqueta universal, pues no refleja la diversidad de experiencias. Algunas personas pueden haber deseado profundamente su embarazo, otras pueden valorarlo, aunque no lo planearon, y muchas prefieren un abordaje neutral. Es crucial adaptar el vocabulario a cada caso, eliminando suposiciones que generen estigma o incomodidad.

»Mantener un tono sensible y pertinente, ya que las palabras que se eligen para referirse al embarazo y a la decisión de interrumpirlo pueden tener un impacto profundo en la persona.

»Entender que algunas personas pueden experimentar duelo durante el proceso de IVE. El duelo es una reacción emocional que surge ante la vivencia de un evento percibido como una pérdida significativa, y puede caracterizarse por sentimientos de pena o aflicción. Aunque implica sufrimiento, es una respuesta natural a la situación y no debe conceptualizarse como una patología.

»Reconocer que el duelo es una respuesta natural y que no existe una forma “correcta” de vivirlo.

Además de la experiencia de la IVE, en la vida de las personas pueden estar ocurriendo otros acontecimientos relevantes que influyen en su proceso emocional, como tensiones de pareja, exigencias familiares, conflictos laborales, interrogantes sobre la autopercepción o presiones del entorno. Por tanto, no es apropiado asumir que toda manifestación emocional está exclusivamente ligada a la IVE, por cuanto las emociones pueden estar relacionadas con múltiples factores simultáneos.

Cuando la familia o el entorno preguntan “¿qué pasó?”», se pueden sugerir respuestas honestas pero respetuosas, como «tuvimos que tomar una decisión muy difícil por razones de salud» o «prefiero no hablar de eso ahora, pero agradezco tu apoyo”.

En casos de comentarios inapropiados o intrusivos, es importante ayudar a la persona a establecer límites claros, por ejemplo, “este es un tema muy personal para mí, prefiero no discutirlo”.

Acciones específicas para la atención integral basadas en el Lineamiento Técnico del MSPS, 2024:

»Valoración integral: identificar si la persona gestante, su familia o comunidad están en duelo por pérdida gestacional o perinatal, reconociendo su identidad cultural y antecedentes para brindar una atención con enfoque étnico-racial, diferencial e intercultural.

»Comunicación sensible: dialogar en un ambiente tranquilo y privado, utilizando un lenguaje sencillo y respetuoso. No hacer uso de términos deshumanizantes como “restos”, “producto” o “desecho”.

»Soporte emocional: permitir que la persona esté acompañada por alguien de su red de apoyo durante el proceso de atención si es posible y garantizar su intimidad.

2.1.2. Guía práctica en orientación

Esta sección ofrece una guía práctica para la orientación en la IVE, proporcionando herramientas concretas para interacciones significativas y comprensivas. La base de una adecuada orientación radica en la capacidad de escuchar desde el silencio activo, formular preguntas abiertas y mantener una apertura genuina hacia el proceso de cada persona consultante. Esto implica abordar cada situación con curiosidad e interés auténtico, sin asumir o prejuzgar sus experiencias, emociones o decisiones (Perrucci, 2012).

Presentación

El primer contacto busca generar un vínculo

basado en el respeto, la calidez y la comprensión mutua. Para ello, la comunicación verbal y corporal debe reflejar receptividad e interés genuino en su relato. Esto implica:

» Mantener contacto visual y adoptar una postura abierta.

» Impedir las distracciones, interrupciones o cualquier acción que pueda restar importancia a su experiencia.

Durante la presentación, es recomendable que quien orienta:

- Salude con amabilidad y calidez y se presente por su nombre.
- Aclare el objetivo de la orientación.
- Refiera los temas que componen el encuentro.
- Mencione la duración aproximada de la orientación.
- Anime a la persona a expresar con toda tranquilidad la razón por la que acude, así como sus sentimientos, opiniones y preguntas, y a introducir los temas que sean de su interés.
- Aclare que el marco de la conversación es el de los derechos, métenlos y explique su importancia y pertinencia.
- Manifieste claramente el carácter privado y confidencial del encuentro.

Exploración y valoración

El propósito es comprender los sentimientos y necesidades de la mujer o persona gestante respecto a su experiencia y opciones disponibles, explorando posibles conflictos en su decisión, contexto familiar y sociocultural.

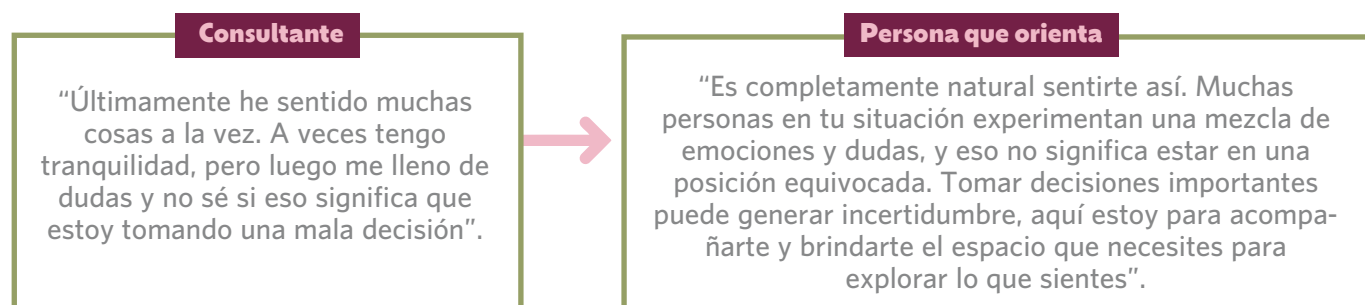
Al ser un proceso centrado en la persona, es ella quien marca el ritmo y define la dirección de la conversación. La exploración y la valoración puede apoyarse en el uso de preguntas abiertas que fomenten la expresión y el diálogo, así como en herramientas que se describen a continuación.

Normalización de sentimientos

Esta intervención consiste en reconocer las emociones y sentimientos que experimenta, enfatizando que son reacciones esperables y comprensibles. Se busca transmitir que, aunque su vivencia es personal e irrepetible, comparte elementos con experiencias de otras personas en situaciones análogas. La normalización cumple una función de acompañamiento psicoafectivo, al demostrar que no está sola en este proceso, pero preserva siempre su autonomía para tomar una decisión consciente y coherente con su proyecto de vida.

Gráfico #5

Ejemplo de interacción para la normalización de sentimientos



Reconocimiento emocional

Implica respetar y dar espacio a la experiencia de la persona sin cuestionarla ni minimizarla. Se trata de comunicar que sus emociones y vivencias son legítimas y comprensibles. Requiere estar presente, asegurar que su mensaje fue escuchado y comprendido. Esta herramienta es clave para reducir el miedo, la ansiedad y la sensación de incompreensión, rechazo o indiferencia, contribuyendo a aliviar la frustración asociada.

Tabla #9

Ejemplo de verbalización para el reconocimiento emocional

Persona que orienta



"Noto que sientes confusión y preocupación por la falta de apoyo de tu familia en este momento. Parece que te ha afectado mucho no poder contar con ellos. ¿Te gustaría compartir un poco más sobre cómo te sientes al respecto?"

La normalización y el reconocimiento emocional son herramientas complementarias utilizadas de manera continua durante la orientación. Por ejemplo:

Tabla #10

Ejemplo de verbalización para reconocimiento emocional y normalización

Persona que orienta



"Entiendo que te sientas en una situación abrumadora con tantas decisiones por tomar en este momento (reconocimiento emocional). Es completamente natural sentirse así cuando se enfrenta una situación tan importante (normalización)".

Consideración de alternativas

Ante un embarazo no planeado o en circunstancias complejas, las personas cuentan con tres alternativas: interrumpir el embarazo, continuar con la gestación u optar por iniciar un proceso de adopción. Cada alternativa conlleva implicaciones emocionales, físicas y sociales que requieren una reflexión y un soporte adecuado.



Gráfico #6

Ejemplo de interacción para la consideración de alternativas

Consultante

"He pensado en varias opciones, pero cuando empiezo a considerar una, aparecen dudas y miedos sobre si estoy tomando la decisión correcta".



Persona que orienta

"Las dudas son una parte lógica de cualquier decisión importante. Si te parece bien, podemos revisar las alternativas disponibles, explorando qué representa cada una para ti, qué inquietudes te genera y qué recursos podrías necesitar en cada caso. No hay respuestas únicas ni correctas, sólo la opción que mejor se alinea con tu situación, tus valores y lo que sientes que es adecuado".

En el segmento de Asesoría se brindarán informaciones puntuales sobre cada una de las alternativas. Siempre se debe confirmar que la persona conoce todas las opciones.

Abordaje de posibles conflictos y de preguntas difíciles

En el proceso de toma de decisiones sobre un embarazo, rara vez los conflictos alcanzan una intensidad que no pueda resolverse dentro del espacio de orientación. La intervención aquí implica ayudar a la persona a construir nuevas perspectivas sobre sí misma y su contexto. La evidencia disponible indica que, en la ma-

yoría de los casos, la aplicación de estrategias basadas en I) escucha activa, II) respeto por las particularidades individuales, y III) enfoque comprensivo, son suficientes para generar un espacio de calma que favorece la reevaluación constructiva de las alternativas disponibles.

Estudios como el de Roberts et al., (2016) destacan que, incluso en contextos con barreras legales o sociales, la atención sensible y no coercitiva facilita procesar decisiones de manera más serena y reflexiva, reduciendo la angustia emocional y promoviendo la autodeterminación. Ver Tabla 11.

Tabla #11

Estudio sobre el bajo nivel de conflicto relacionado con la decisión de aborto

Estudio (Utah, 2013-2014):

Muestra: **500** mujeres en **4** centros de salud reproductiva.

Metodología: encuesta inicial + seguimiento a **3** semanas (**309** completadas).

Resultados

- * **86%** interrumpió el embarazo.
- * **8%** desistió.
- * **3%** tuvo aborto espontáneo o no estaba embarazada.
- * **2%** continuaba buscando el procedimiento de aborto.
- * **2** casos adicionales: indecisión y superación del límite gestacional por demoras.

Toma de decisión:

Bajo conflicto reportado (escala **0-100** siendo **100** el nivel de conflicto más alto):

Media: **13,9** (grupo que abortó).

Media: **28,5** (demás casos).

Fuente: Tomado de Roberts et al., 2016.

Ahora bien, para abordar posibles conflictos o cuando se presentan dificultades para expresar emociones, pueden utilizarse preguntas que faciliten la comunicación y ayuden a desbloquear pensamientos y sentimientos, por ejemplo:

- ¿Cómo te has sentido desde que supiste sobre tu embarazo?
- ¿Qué emociones o pensamientos han surgido al decidir venir a esta consulta?
- En los últimos días, ¿qué reflexiones o sentimientos has tenido respecto a tu embarazo?
- ¿Cómo crees que te vas a sentir después de tomada esta decisión, cuando ya ocurra todo?
- En general, los conflictos pueden agruparse en cuatro grandes categorías (Perrucci, 2012): conflicto emocional, conflicto moral, conflicto espiritual y ambivalencia.

«Conflicto emocional»

Ocurre cuando circunstancias del embarazo generan emociones intensas y contradictorias, como en embarazos inicialmente deseados con diagnósticos de malformaciones fetales o riesgos médicos, en los que aumenta la incertidumbre y fragilidad emocional.

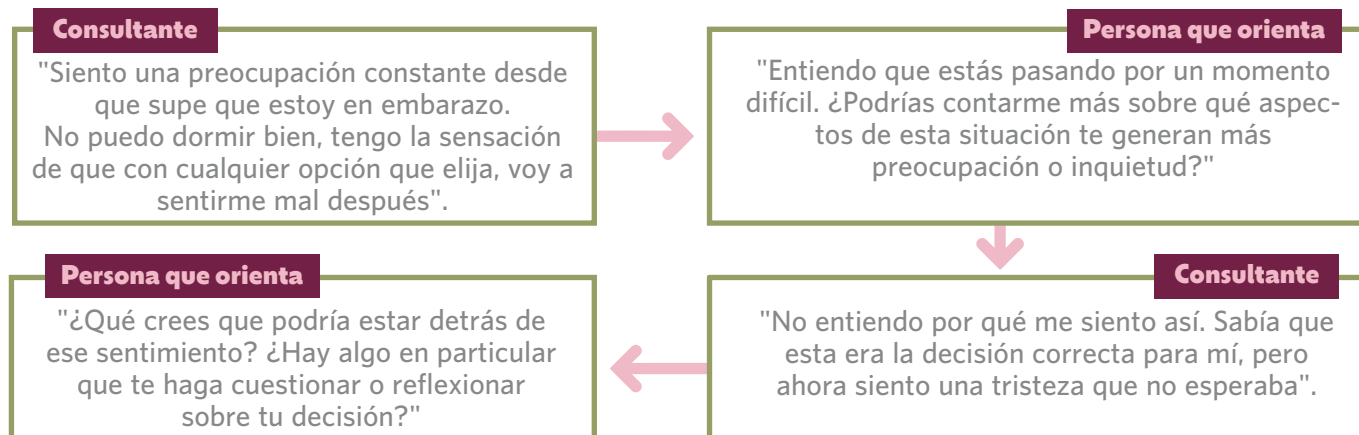
En este contexto, es común que surjan preguntas profundas y difíciles sobre la vida, la salud, la identidad, la culpa o la responsabilidad. Estudios como el de Korenromp et al. (2005) destacan que la interrupción del embarazo por anomalías congénitas puede generar una respuesta emocional compleja, caracterizada por niveles elevados de angustia, duelo y, en algunos casos, sentimientos de ambivalencia.

El abordaje de este conflicto debe centrarse en comprender la experiencia emocional de la persona, reconociendo su vulnerabilidad ante decisiones significativas.



Gráfico #7

Ejemplo de interacción en el abordaje de conflicto emocional



Es clave ofrecer un espacio seguro para expresar y procesar emociones—sin intentar normalizarlas ni resolverlas rápidamente—mediante un proceso colaborativo. Este permite explorar preocupaciones subyacentes, identificar factores del conflicto y, a la vez, construir claridad y coherencia interna.

«Conflicto moral

Surge cuando la mujer o persona gestante percibe que acceder a la IVE es incorrecto o inmoral, generando una contradicción entre sus creencias y su elección. En estos casos, es posible que exprese pensamientos como: "debo optar por el aborto porque no tengo otra salida, pero sé que esto no es correcto". Esta disonancia entre la racionalidad y el comportamiento puede manifestarse a través de emociones como enojo, frustración o reacciones de resistencia (Perrucci, 2012).

El abordaje debe centrarse en acompañar y afirmar los sentimientos derivados del conflicto, ayudando a reconocer la dicotomía subyacente, mientras se promueve flexibilidad para cuestionar interpretaciones rígidas y explorar nuevas perspectivas que alivien la tensión moral.

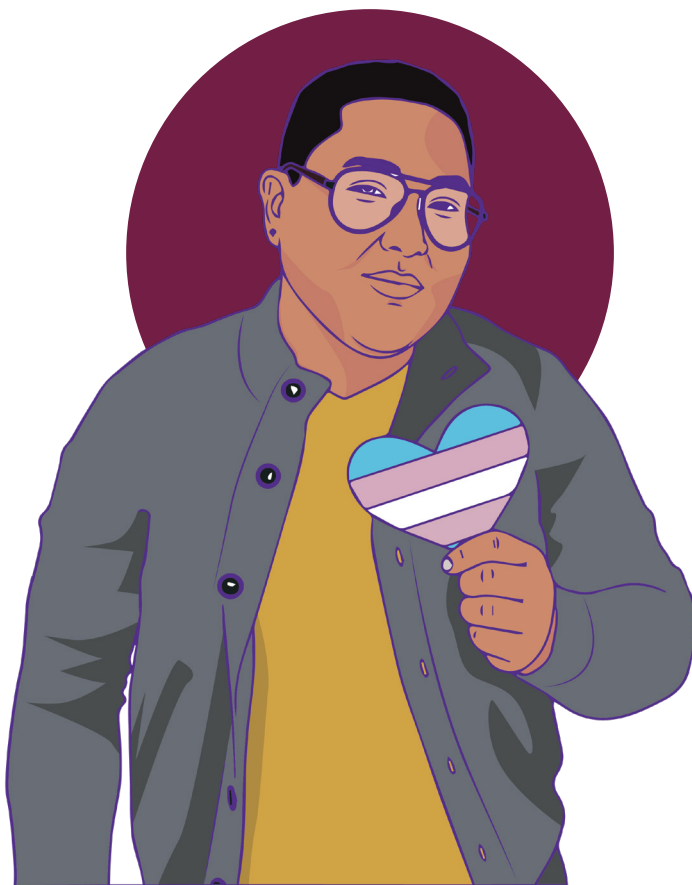
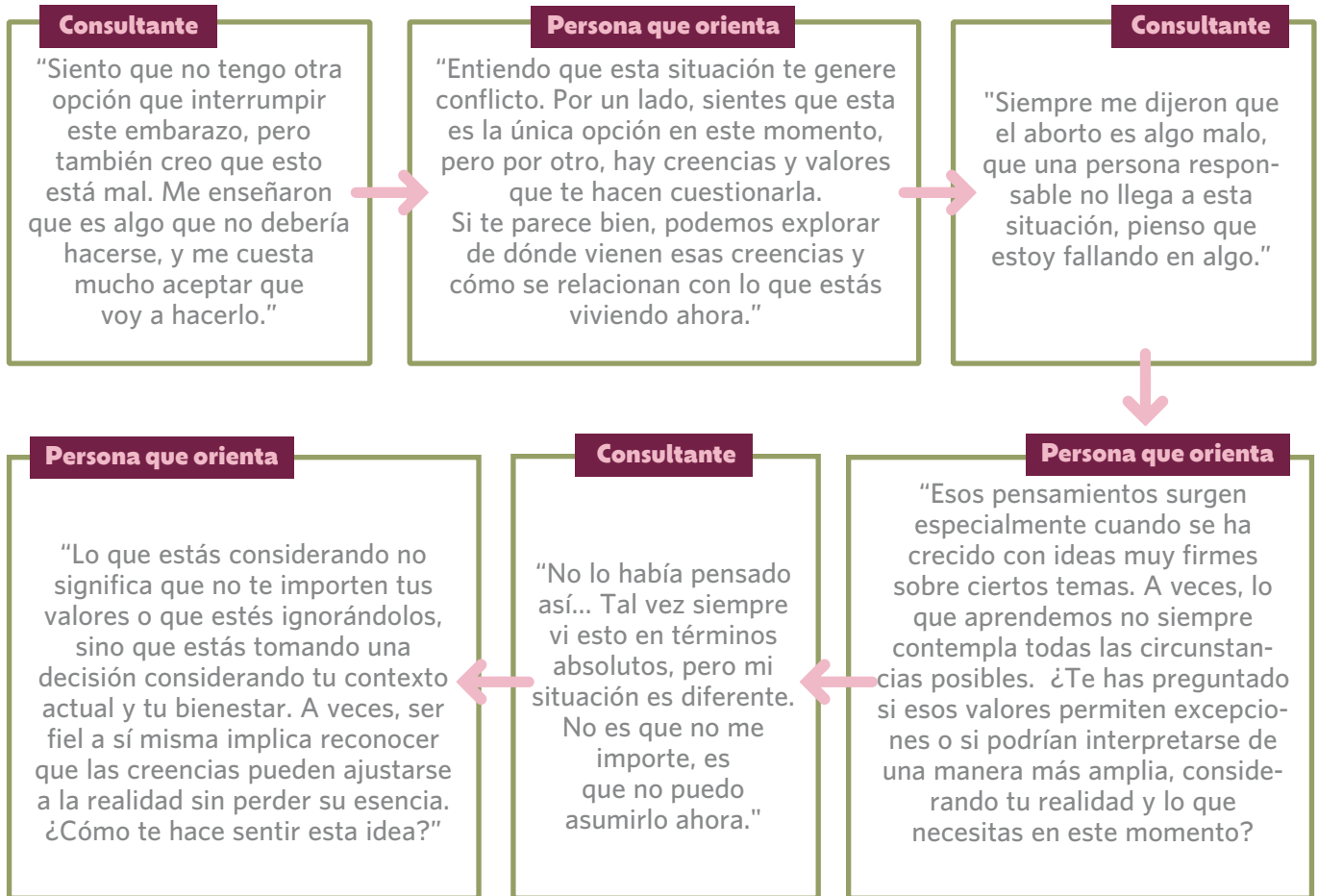


Gráfico #8

Ejemplo de interacción en el abordaje de conflicto moral



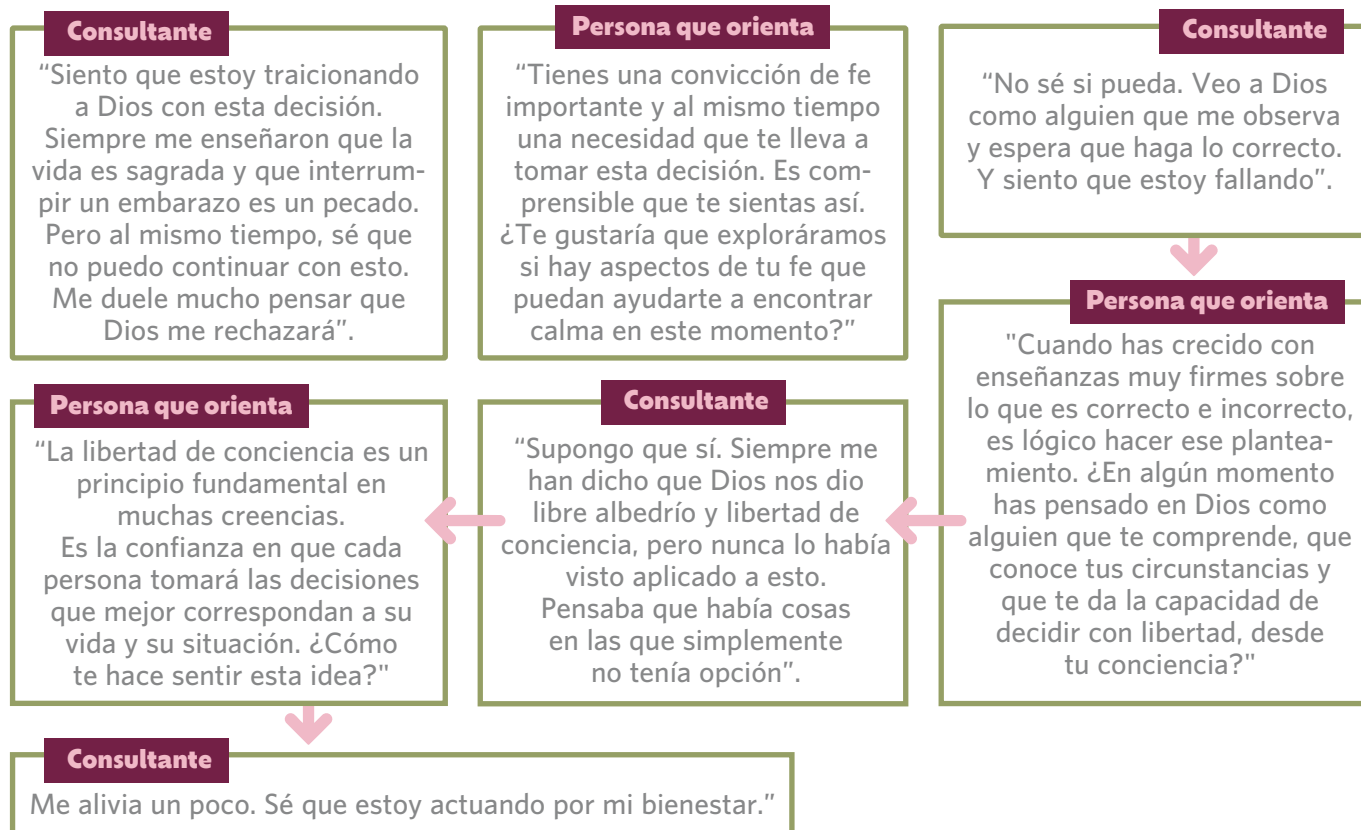
«Conflicto espiritual

Este conflicto surge cuando la decisión de interrumpir un embarazo o iniciar un proceso de adopción puede afectar convicciones espirituales profundas. El abordaje debe: 1) acoger con respeto las creencias de la persona, 2) explorar el conflicto mediante reflexión profunda, y 3) identificar dentro de su propia espiritualidad recursos que contrasten interpretaciones negativas, usando preguntas abiertas para rescatar aspectos positivos de su fe. Así, la espiritualidad se convierte en un recurso de reconciliación interna con la decisión tomada.



Gráfico #9

Ejemplo de interacción en el abordaje de conflicto espiritual



«Ambivalencia»

Se manifiesta como una sensación de incertidumbre o dualidad ante la toma de decisiones o las opciones disponibles. Puede expresarse de diversas maneras, verbalmente, a través de afirmaciones como: "No sé qué es lo mejor que puedo hacer", "Siento que estoy estancada en este proceso", o "Tengo razones a favor y en contra, y esto me genera mucha confusión". No verbalmente, mediante actitudes de evasión, falta de contacto visual al abordar la decisión, prisa por finalizar la sesión de orientación, o la referencia constante a un tercero al responder preguntas sobre sentimientos, opiniones o pensamientos.

Es importante explorar la presencia de ambiva-

lencia o inseguridad en los siguientes escenarios (Perrucci, 2012):

- Cuando la persona consultante está acompañada por figuras demandantes o controladoras (pareja, familiares o acudientes) que insisten en permanecer en la sesión.
- Cuando alguien distinto a la mujer o persona gestante solicita la cita en su nombre.
- Cuando se observan cancelaciones y reprogramaciones reiteradas de la consulta.

El manejo de la ambivalencia requiere explorar detalladamente todas las opciones consideradas por la persona, reformulando sus argumentos para facilitar un reenfoque y resumiendo la conversación para ofrecer claridad global. Si

persiste la ambigüedad, se puede recomendar tiempo adicional para reflexión, utilizando herramientas como el ejercicio de “las tres puertas” para explorar alternativas, emociones aso-

ciadas y cambios cotidianos, facilitando así una decisión alineada con sus valores y necesidades profundas y aumentando la coherencia interna.

Tabla #12

Las tres puertas

La Puerta de la Razón (Pensamiento Lógico)

La persona analiza las opciones desde un punto de vista práctico y objetivo. Se invita a reflexionar sobre preguntas como:

- * ¿Cuento con los recursos económicos, emocionales y sociales para criar a un hijo/a en este momento?
- * ¿Cómo afectará esta decisión a mis planes personales, profesionales o familiares?
- * ¿Estoy emocionalmente preparada para llevar a término el embarazo y dar en adopción?

La Puerta de las Emociones (Sentimientos y Valores)

La persona explora cómo se siente emocionalmente respecto a cada opción. Se le anima a reflexionar sobre preguntas como:

- * ¿Esta decisión está alineada con mis valores y deseos más profundos?
- * ¿Qué emociones predominan cuando pienso en la posibilidad de una IVE?
- * ¿Esta decisión me permitiría encontrar paz o generaría conflictos emocionales?

La Puerta del Cuerpo (Sensaciones Físicas)

La persona presta atención a las sensaciones físicas que surgen al imaginar cada opción. Se le pide que observe:

- * ¿Mi cuerpo me da señales de estar preparada/o para este proceso?
- * ¿Qué sensaciones físicas surgen al imaginar una IVE?
- * ¿Siento pesadez, ligereza, tristeza o esperanza?

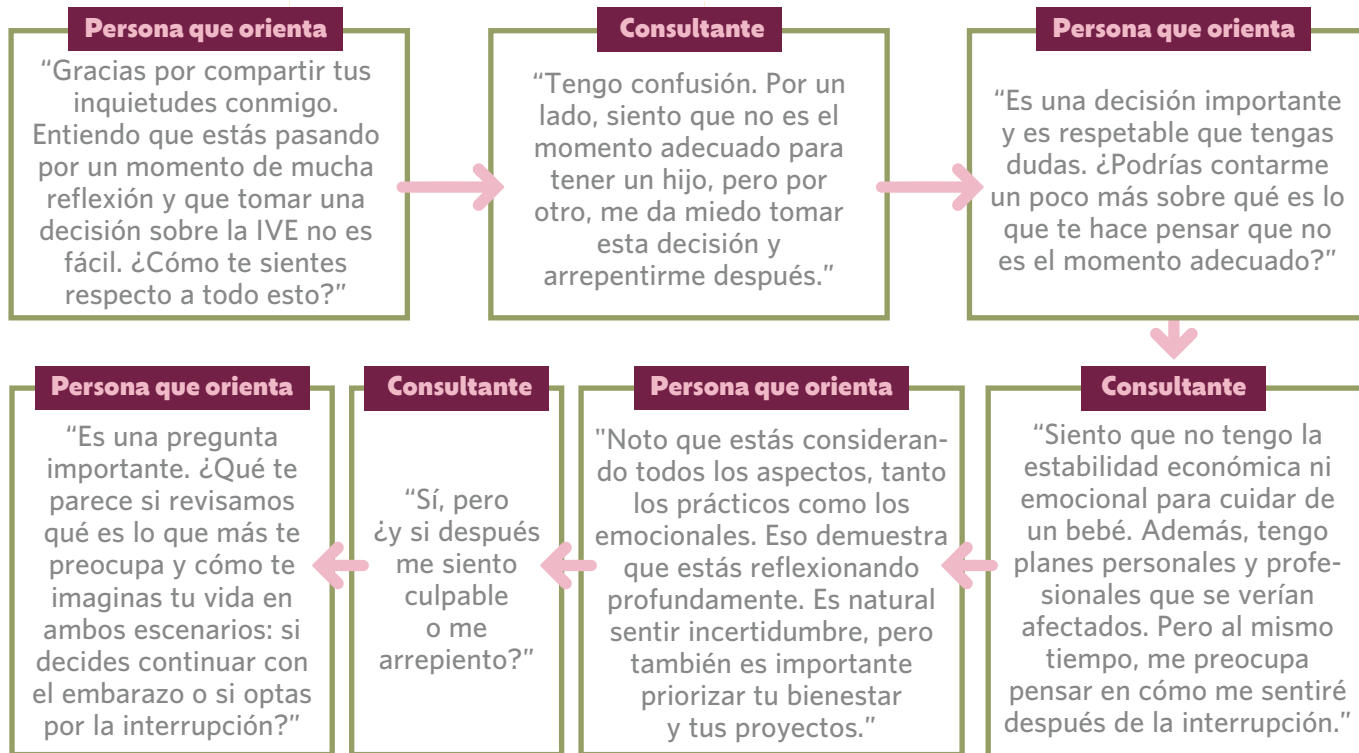
Fuente: Adaptado de una herramienta validada empíricamente por la Fundación Oriéntame en sus procesos de acompañamiento (2024)



En el Gráfico 10, se muestra un ejemplo de interacción para el abordaje de la ambivalencia.

Gráfico #10

Ejemplo de interacción para el abordaje de ambivalencia



Cuando la persona acude con una decisión clara y sin conflicto, se debe respetar su autonomía y no cuestionar su determinación, pues implicaría dudar de su capacidad para decidir.

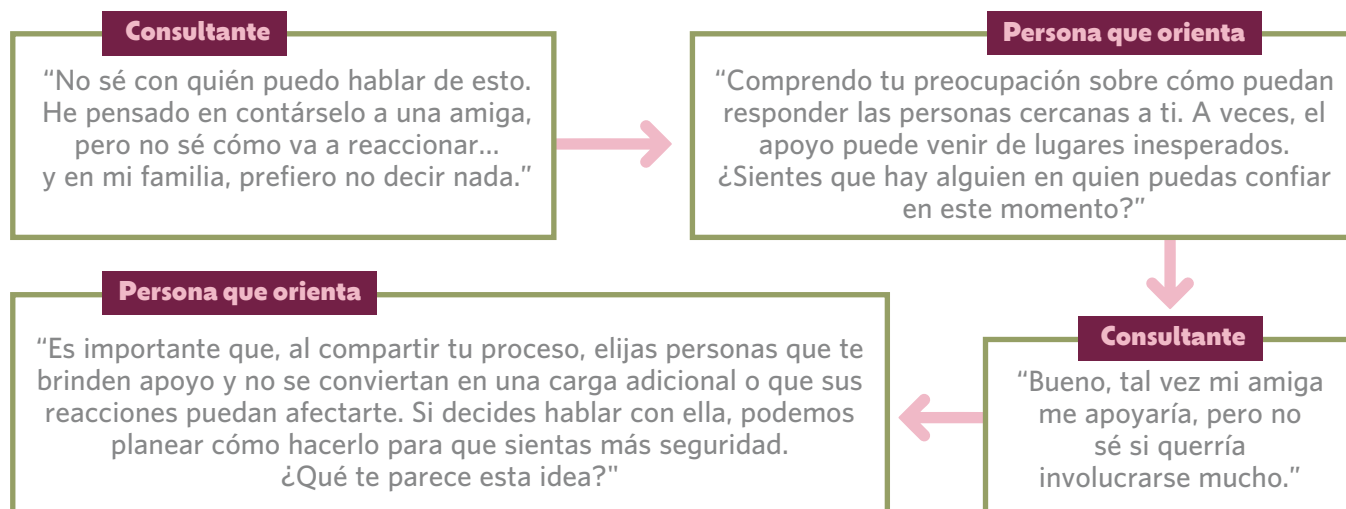
Valoración de las redes de apoyo

Las investigaciones muestran que un soporte social sólido (familiar y amistades) mejora la experiencia durante la IVE. No obstante, las dinámicas negativas en estas redes tienen un mayor impacto en el ajuste emocional que la simple falta de apoyo. Incluso en contextos de aborto legal, el estigma persiste, afectando tanto a las personas que consultan como a quienes prestan servicios. Por ello, es crucial identificar tanto las fortalezas (apoyo emocional, económico) como los riesgos (juicios, culpa) en estas redes.



Gráfico #11

Ejemplo de interacción en la valoración de las redes de apoyo



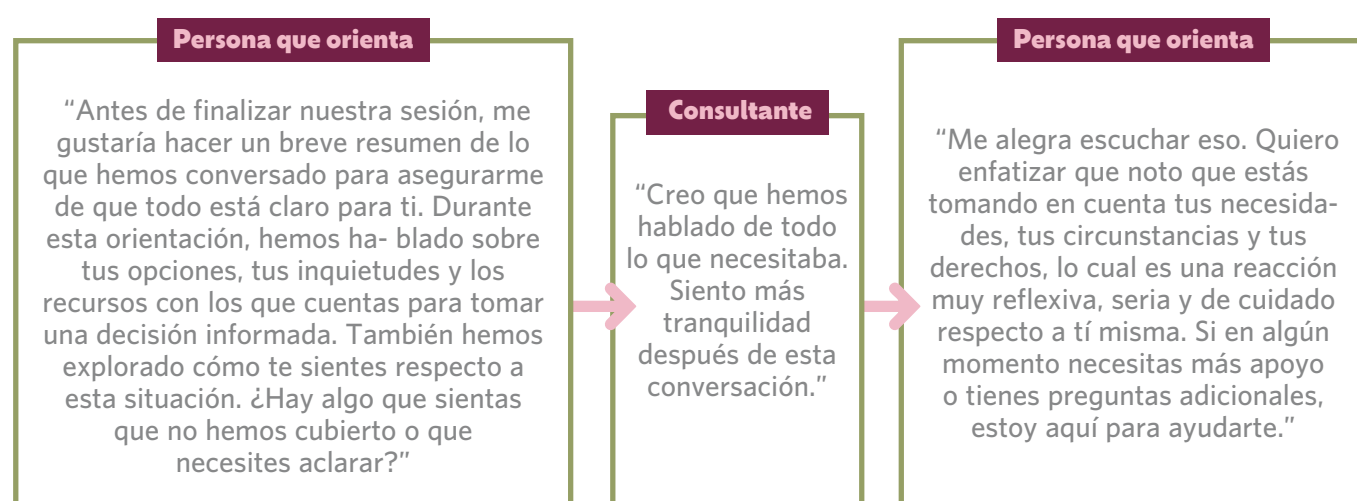
Retroalimentación y cierre

Una vez tomada la decisión, quien orienta sintetizará lo expresado por la persona, permitiéndole reconocer su propio proceso. Luego, destacará los recursos identificados y los aspectos significativos de su elección—incluyendo sus potenciales retos, siempre desde una mirada de acompañamiento respetuoso.

Es clave reformular la situación enfatizando su autonomía, derechos y responsabilidad, y al finalizar, asegurarse de resolver dudas pendientes y explicar los siguientes pasos. Si persiste ambivalencia, se recomienda programar una nueva cita en el corto plazo para impedir que los retrasos se conviertan en barreras, manteniendo así un avance oportuno y respetuoso con sus necesidades.

Gráfico #12

Ejemplo de interacción en la Retroalimentación y Cierre



Orientación posaborto: ¿cuándo se requiere?

La OMS señala que, cuando la IVE se realiza de manera segura y con orientación adecuada, la mayoría de los casos no requieren seguimiento médico o psicológico posterior. Las personas suelen tener una recuperación física y emocional satisfactoria. Sin embargo, es fundamental reconocer que cada experiencia es única. Algunas personas pueden necesitar apoyo adicional para procesar aspectos emocionales o sociales derivados de la IVE, lo cual no implica anormalidad, sino la diversidad natural de las vivencias individuales.

¿Cuándo puede ser útil una nueva orientación o apoyo posaborto?

En algunos casos, la persona consultante puede

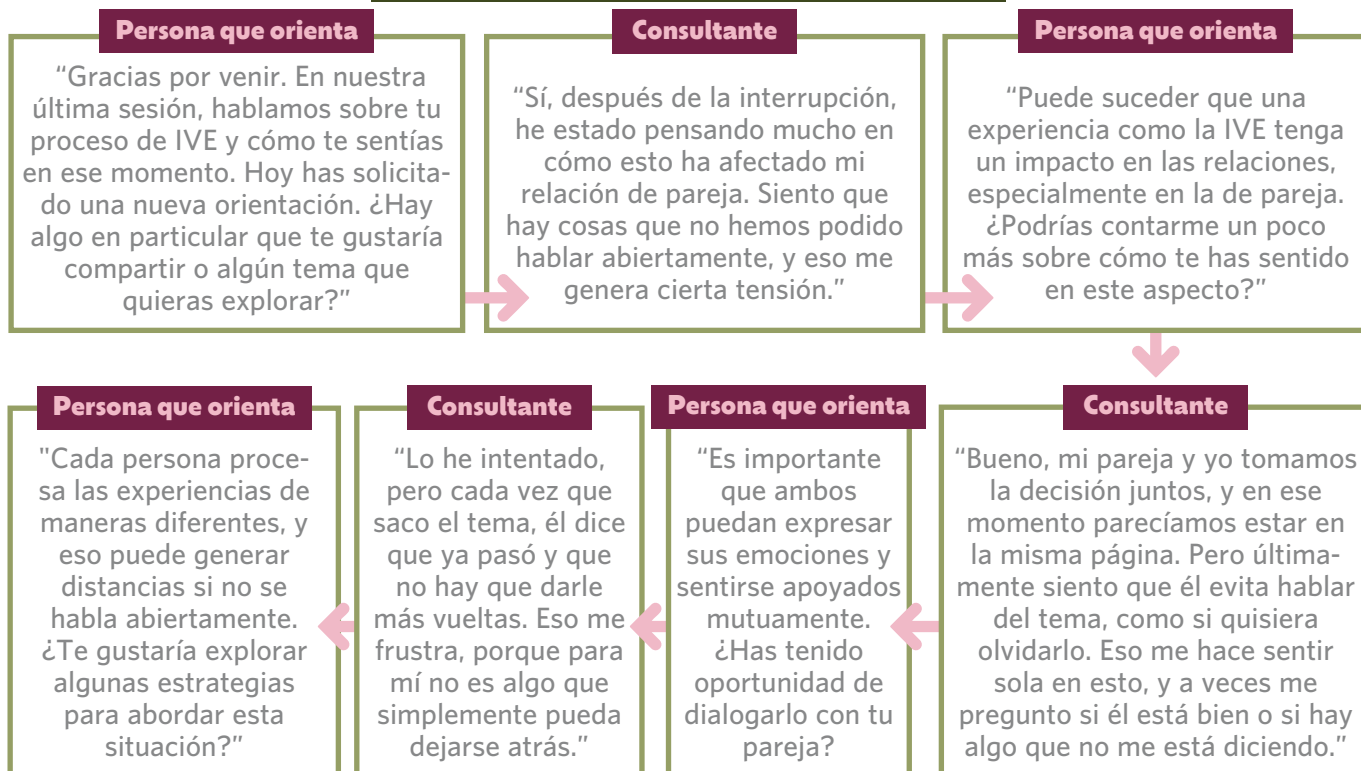
solicitar voluntariamente una nueva sesión de orientación o apoyo emocional. Esto puede ocurrir cuando:

- Surgen emociones complejas—alivio, tristeza, culpa o ambivalencia—que requieren un espacio para ser exploradas y reconocidas.
- Existen dudas o inquietudes sobre el proceso vivido o sus implicaciones a largo plazo.
- Se identifican necesidades de apoyo adicional, ya sea para fortalecer recursos personales, manejar relaciones interpersonales o profundizar en aspectos relacionados con la SSSR.

En estos casos, quien orienta puede sugerir, de manera respetuosa y sin presiones, una nueva sesión para ampliar la perspectiva y brindar apoyo adicional. Cuando la orientación previa a la IVE es suficiente y ajustada a las características de la persona, la mayoría no requerirá seguimientos posteriores.

Gráfico #13

Ejemplo de interacción para orientación posaborto



2.2. Asesoría

El segundo aspecto del acompañamiento en IVE es la asesoría que tiene como objetivo ofrecer información pertinente, basada en evidencia científica y en un lenguaje culturalmente apropiado. Incluyen los DSDR, las opciones frente al embarazo, los tratamientos para la IVE y las alternativas anticonceptivas. En este segmento, se hará referencia a los aspectos prácticos, ofreciendo una guía metodológica que sirva de apoyo al equipo de salud en la facilitación de una toma de decisiones informada y autónoma.

2.2.1. Ejes de la asesoría

Derechos
Opciones frente al embarazo
Métodos disponibles para la IVE
Apoyo anticonceptivas

Derechos

En muchos contextos, quienes solicitan una IVE enfrentan barreras legales, sociales o culturales que pueden dificultar su acceso a servicios seguros y respetuosos. Por ello, el personal de salud debe garantizar información clara sobre el derecho a la confidencialidad, a la autonomía, a recibir atención sin discriminación y a tomar decisiones libres.

Tabla #13

Ejemplos de verbalización para

asesoría en derechos

Persona que asesora



"Eres la única persona que puede decidir sobre tu cuerpo y tu salud. Estamos aquí para apoyarte en lo que necesites. La decisión es tuya. ¿Hay algo que te gustaría aclarar antes de continuar?"



"Tienes derecho a recibir atención médica segura y respetuosa, sin importar tu decisión"



"En Colombia la IVE es un derecho enmarcado en la Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional y permite que todas las personas que la soliciten tengan acceso a servicios de salud seguros y dignos"



"Si tu embarazo es superior a 24 semanas, tienes derecho a la IVE bajo las 3 causales de la Sentencia C-355 de la Corte Constitucional. Con gusto te explico cada una para que decidas con información"

Opciones frente al embarazo

Cuando la persona está emocionalmente preparada, se presentan las alternativas (interrupción, continuar el embarazo o iniciar el proceso de adopción) de forma clara, objetiva y sensible, equilibrando aspectos prácticos y emocionales. Este abordaje neutral, avalado por la OMS (2022), garantiza información completa basada en evidencia sin intención de influir, respetando así la autonomía y el derecho a una decisión informada libre de presiones o juicios.

«Interrupción voluntaria del embarazo

En Colombia, las mujeres y personas gestantes tienen derecho a acceder a la IVE, conforme a la Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional. Este fallo garantiza el tratamiento hasta la semana 24 de gestación; más allá de este plazo, aplican las causales establecidas en la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional. Al ofrecer este servicio, es crucial enfatizar que se trata de un derecho constitucional a una atención en salud de calidad y sin barreras, proporcionando información precisa sobre métodos, instituciones habilitadas y requisitos.

«Continuar el embarazo

Toda mujer y persona gestante tiene derecho a considerar la continuación de su embarazo. Esta decisión implica reflexionar libremente so-

bre su bienestar físico, emocional y social, así como evaluar las redes de apoyo disponibles y las estrategias para transitar este proceso. Si elige esta opción, es importante que reciba orientación sobre la importancia del acompañamiento prenatal temprano y las recomendaciones médicas para cuidar su salud y la del neonato.

«Continuar el embarazo y optar por la adopción»

En Colombia, la adopción se consolida como opción para quienes deciden no continuar con un embarazo no deseado y/o planeado, garantizando al infante un entorno familiar estable mediante procesos supervisados por el ICBF. Según datos oficiales (2020-2024), más de 4,000 menores fueron adoptados, principalmente de madres que no podían asumir la crianza. El marco legal (Ley 1098 de 2006 del Congreso de Colombia) protege los derechos de todas las partes: establece que la decisión debe ser voluntaria e informada, con acompañamiento psicosocial y legal. Esta alternativa, promovida como medida de protección infantil, representa una solución integral avalada por el Estado que equilibra el bienestar del infante con el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres y personas gestantes.

Tabla #14

Ejemplos de verbalización para asesoría

en opciones frente al embarazo

Persona que asesora



"Quiero informarte que, frente a un embarazo, existen varias opciones disponibles: interrumpir el embarazo, continuar con el embarazo y asumir la maternidad u optar por la adopción. Mi rol es brindarte información sobre cada una de estas opciones para que puedas tomar la decisión que mejor se ajuste a tus necesidades y circunstancias".



"Cualquier decisión que tomes será respetada. El objetivo de esta sesión es asegurar que cuentes con toda la información necesaria para sentir seguridad en tu elección".

Tratamientos para la IVE

La OMS establece que la IVE es segura cuando se realiza con métodos recomendados y personal con capacitación. Las opciones de tratamiento varían según la edad gestacional y las preferencias individuales. A continuación, se detallan en la Tabla 15, clasificadas por tiempo de gestación y ámbito de aplicación:



Tabla #15

Tratamientos para la IVE de acuerdo con la edad gestacional y el ámbito

Edad gestacional	IVE Farmacológica	IVE no farmacológica	Ámbito
Antes de 12 semanas	Medicamentos (misoprostol solo o con mifepristona)		Autogestionado o con apoyo de personal de salud (presencial o por telemedicina)
Antes de 15 semanas		Aspiración al vacío (manual o eléctrica)	Ambulatorio
A partir de 15 hasta 24 semanas		Dilatación y evacuación (D&E) + Inducción de asistolia fetal (IAF) a partir de 20 semanas	Ambulatorio
A partir de 12 hasta antes de 20 semanas	Medicamentos (misoprostol solo o con mifepristona)		Hospitalario
A partir de 20 semanas	Medicamentos (misoprostol sólo o con mifepristona) + Inducción de asistolia fetal (IAF)		Hospitalario (después de 24 semanas se aplican las causales despenalizadas por la Sentencia C 355 de 2006 de la Corte Constitucional).

Fuente: Tomado de documento Atención Integral a Personas que Solicitan una IVE. Documento Técnico para Prestadores de Servicios de Salud, sección 3.1.5.

Tabla #16

Ejemplos de verbalización para asesoría

en tratamientos para la IVE

Persona que asesora



"Los métodos recomendados como el tratamiento farmacológico, la aspiración o la dilatación y evacuación, son muy seguros y los recomienda la Organización Mundial de la Salud. Te explicaré en qué consiste cada uno para que puedas decidir con tranquilidad"



"¿Hay algo específico que te preocupe o que quieras que aclaremos?"



"¿Cómo te sientes respecto a las opciones que hemos revisado?"

Alternativas anticonceptivas

La asesoría anticonceptiva posaborto permite brindar información y opciones adaptadas a necesidades, preferencias y circunstancias individuales. Es fundamental reconocer que no todas las personas desean o necesitan usar métodos anticonceptivos—ya sea por su orientación sexual, prácticas sexuales, creencias, o porque no se encuentran en riesgo de un embarazo. Sin embargo, es importante ofrecer el servicio de asesoría de manera respetuosa, asegurando que sepan que está disponible si deciden utilizarlo en el futuro.

Principios clave de la asesoría anticonceptiva posaborto

- **Respeto a la autonomía:** cada persona tiene derecho a decidir si desea o no usar métodos anticonceptivos.
- **Enfoque personalizado:** las opciones se adaptan a las características individuales, como su salud, estilo de vida, orientación sexual, identidad de género, creencias culturales, recursos económicos y facilidad de acceso al método.
- **Inclusión y diversidad:** reconocer que las necesidades anticonceptivas varían según las prácticas sexuales, orientación sexual e identidad de género.
- **Disponibilidad del servicio:** asegurar que la persona sepa que puede acceder a la asesoría en cualquier momento, incluso si no desea usar métodos en ese momento.

Tabla #17

Ejemplos de verbalización para asesoría en alternativas anticonceptivas

Persona que asesora

- "Puedes elegir uno que se adapte a tu estilo de vida y necesidades"
- "Existen varias opciones, desde métodos temporales hasta permanentes. Podemos revisarlas para que elijas lo que mejor te funcione"
- "Entiendo que no todas las personas tienen relaciones sexuales que impliquen riesgo de embarazo. Si en algún momento consideras que necesitas información sobre métodos anticonceptivos, estoy aquí para ayudarte"
- "Si tienes pareja(s) sexual(es) y en algún momento decides explorar opciones anticonceptivas, podemos conversar sobre lo que mejor se adapte a tus necesidades"

2.2.2. Guía práctica en asesoría

El siguiente apartado aborda los aspectos prácticos de la asesoría en el acompañamiento de la IVE, con el objetivo de brindar herramientas al personal de salud para una intervención pertinente. En este segmento se presentan directrices sobre la presentación de derechos y opciones frente al embarazo, estrategias para hablar sobre los tratamientos disponibles para la IVE y la obtención del consentimiento informado.

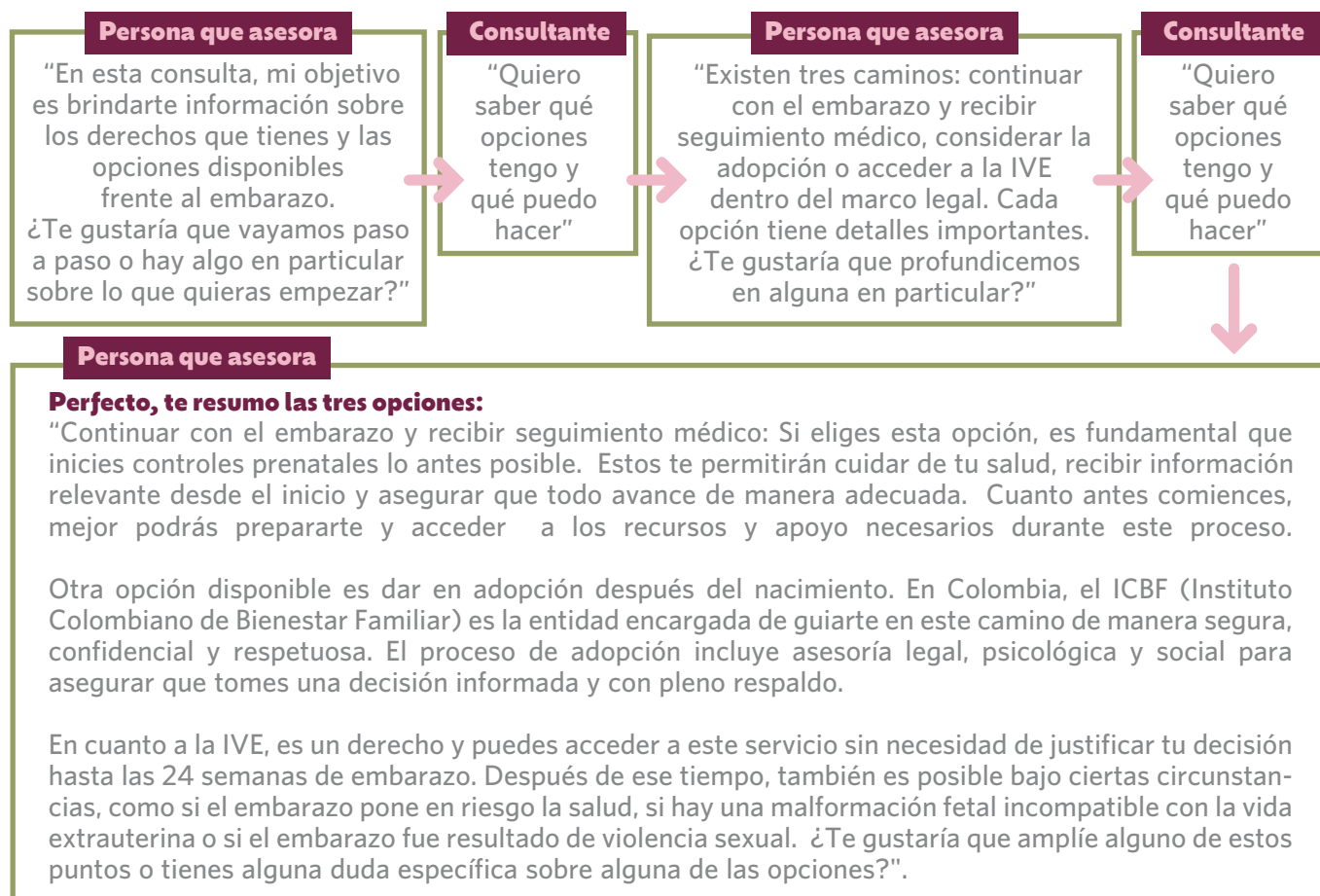
Presentación de derechos y opciones frente al embarazo

En el proceso de asesoría sobre la IVE, es fundamental brindar información clara y accesible sobre los derechos y opciones disponibles. Se recomienda usar preguntas abiertas y realizar aclaraciones que permitan a la persona consultante expresar sus inquietudes.



Gráfico #14

**Ejemplo de interacción para la presentación
de derechos y opciones frente al embarazo**



Tratamientos para la IVE

Según la OMS, la asesoría en la IVE debe incluir información sobre los métodos disponibles. Una vez tomada la decisión, el personal de salud debe ofrecer información clara—según las condiciones clínicas, explicando beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones y lo que puede esperarse con cada método. Es fundamental acompañar este proceso desde una posición neutral, sin influir con preferencias personales y respetando siempre la autonomía en la elección. Para enriquecer la asesoría, se recomienda utilizar:

- ✓ Modelos pélvicos que permitan explicar los tratamientos (posición ginecológica, inserción de medicamentos o instrumentos), así como identificar estructuras clave (útero, vagina, ovarios), los cuales facilitan la identificación corporal. Pueden reducir un poco la ansiedad al demostrar procesos sin necesidad de tocar el cuerpo de la persona y permiten interacción práctica (la persona puede manipular el modelo para aclarar dudas).
- ✓ Guías escritas con lenguaje accesible, incluyendo pictogramas para facilitar la comprensión para personas con necesidades específicas.

Todos los recursos deben:

- ✓ Usar lenguaje inclusivo y libre de tecnicismos.
- ✓ Mostrar diversidad étnico-racial, corporal y de género.
- ✓ Incluir información sobre manejo del dolor y apoyo emocional.
- ✓ Estar disponibles en formatos accesibles (braille, audio, lenguas indígenas, entre otras).

▲ IVE farmacológica antes de 12 semanas

¿En qué consiste y qué tan efectiva es?

La IVE farmacológica (con mifepristona + misoprostol o solo misoprostol) es un método seguro, eficaz y bien valorado para interrumpir un embarazo. Puede realizarse de forma autogestionada o con apoyo médico (presencial o por telemedicina). Muchas personas lo eligen por considerarlo menos invasivo que la aspiración y destacan ventajas como:

- ✓ Privacidad y comodidad (puede realizarse en casa).
- ✓ Sensación de mayor control sobre el proceso.
- ✓ Percepción de un enfoque más natural frente a métodos no farmacológicos.

El protocolo combina:

- ✓ Mifepristona (200 mg vía oral): bloquea hormonas que sostienen el embarazo, preparando la expulsión (96% de efectividad en combinación con misoprostol).
- ✓ Misoprostol (24-48 horas después): induce contracciones uterinas para completar el proceso.

✓ Alternativa si no hay mifepristona disponible: misoprostol solo (85% de efectividad), ajustando dosis según semanas de gestación.

▲ IVE farmacológica antes de 12 semanas

¿En qué consiste y qué tan efectiva es?

La IVE farmacológica (con mifepristona + misoprostol o solo misoprostol) es un método seguro, eficaz y bien valorado para interrumpir un embarazo. Puede realizarse de forma autogestionada o con apoyo médico (presencial o por telemedicina). Muchas personas lo eligen por considerarlo menos invasivo que la aspiración y destacan ventajas como:

- ✓ Privacidad y comodidad (puede realizarse en casa).
- ✓ Sensación de mayor control sobre el proceso.
- ✓ Percepción de un enfoque más natural frente a métodos no farmacológicos.

El protocolo combina:

- ✓ Mifepristona (200 mg vía oral): bloquea hormonas que sostienen el embarazo, preparando la expulsión (96% de efectividad en combinación con misoprostol).
- ✓ Misoprostol (24-48 horas después): induce contracciones uterinas para completar el proceso.
- ✓ Alternativa si no hay mifepristona disponible: misoprostol solo (85% de efectividad), ajustando dosis según semanas de gestación.

¿Qué esperar del tratamiento?

- ✓ Sangrado: suele comenzar pocas horas después de usar misoprostol y es más abundante

en el momento de la expulsión. Luego disminuye progresivamente y puede durar entre una y dos semanas, aunque, en algunos casos, se extiende hasta cuatro o cinco semanas. Es normal expulsar coágulos y tejido gestacional.

✓ **Dolor:** los cólicos y el dolor abdominal son respuestas normales a las contracciones uterinas, iniciando típicamente 1-3 horas tras el misoprostol. La intensidad varía ampliamente entre personas, por lo que es crucial ofrecer información previa y manejo adaptado a cada necesidad, combinando analgesia y soporte emocional. El proceso suele completarse en las primeras 24-48 horas tras el uso de misoprostol. Un ambiente de apoyo y medidas como el uso de almohadillas térmicas en el abdomen bajo pueden aliviar las molestias. Técnicas complementarias como música relajante o imágenes guiadas también han demostrado ser útiles para reducir la percepción del dolor.

Algunas personas pueden experimentar efectos secundarios como náuseas, vómito, diarrea, fiebre, escalofríos o mareo. En la mayoría de los casos, estos efectos son leves y transitorios.

Signos de alarma y cuándo acudir a un servicio de salud

Los signos de alarma incluyen:

- ✓ Fiebre mayor a 38°C un día después de la última dosis de misoprostol.
- ✓ Dolor abdominal intenso y persistente, que no mejora con analgésicos.
- ✓ Sangrado con mal olor, diferente al de la menstruación.
- ✓ Sangrado abundante, que empapa más de 4 toallas sanitarias en menos de 2 horas.
- ✓ Sangrado prolongado con mareos.

Seguimiento y cuidados posteriores

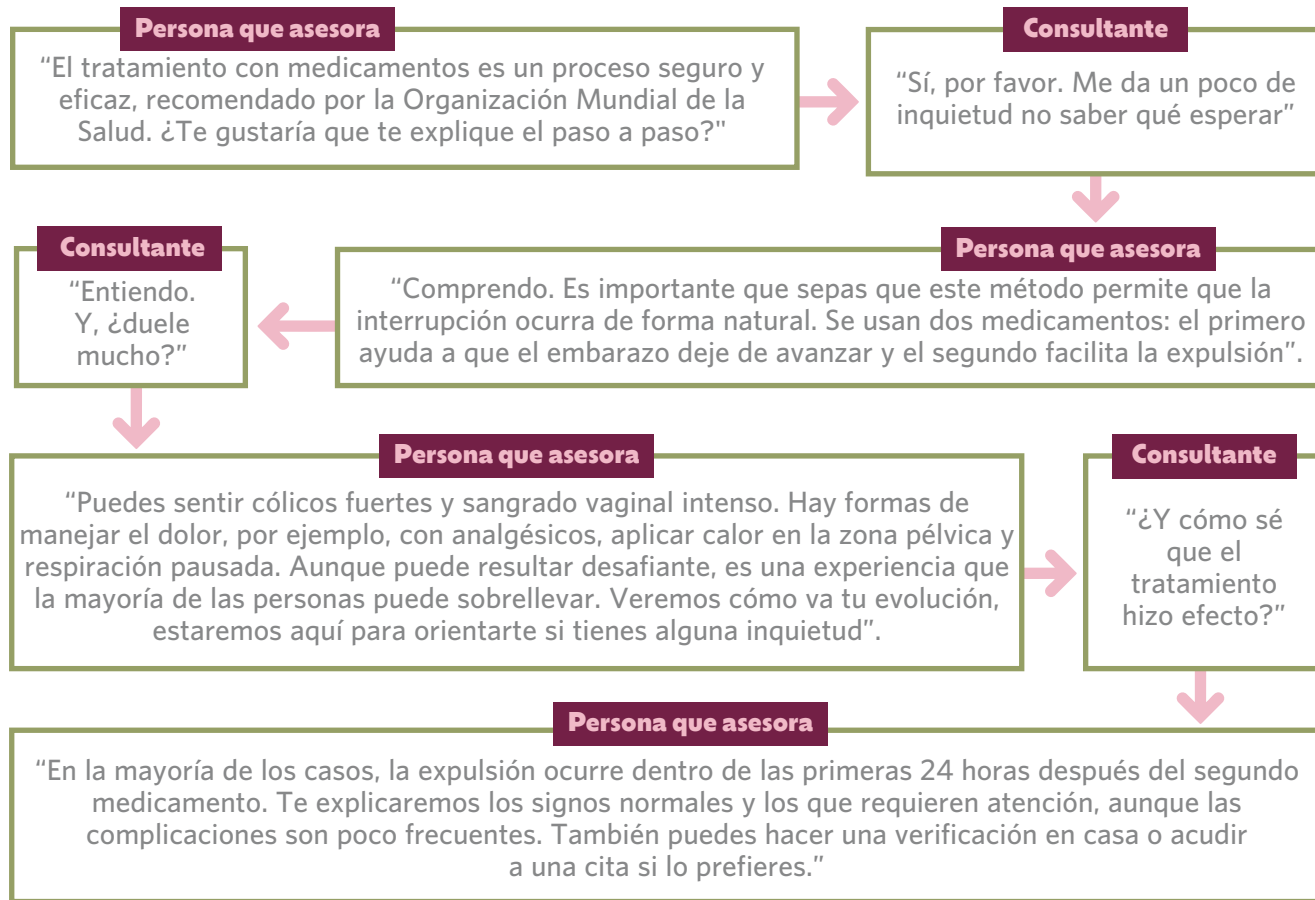
Según la OMS, cuando el tratamiento se realiza sin complicaciones, no es necesario acudir a una consulta de seguimiento de manera rutinaria.

En algunos casos, el tratamiento farmacológico del primer trimestre puede no ser completamente efectivo. Si el sangrado persiste por varias semanas, hay dolor intenso o no se ha producido la expulsión, se debe consultar para confirmar que el proceso se ha completado. Si el embarazo continúa, se deberá realizar una evacuación uterina al vacío; en caso de aborto incompleto adicional a la evacuación, se podrá brindar una segunda dosis de tratamiento farmacológico.



Gráfico #15

**Ejemplo de interacción para la asesoría en
la IVE farmacológica antes de 12 semanas**



▲ Procedimiento de aspiración al vacío manual o eléctrica (AMEU/AEEU) antes de 15 semanas

¿En qué consiste y qué tan efectiva es?

La aspiración al vacío es un procedimiento seguro y ambulatorio, practicado por personal de salud con capacitación, que se utiliza para interrumpir un embarazo mediante la extracción del contenido del útero (OMS, 2022). Para ello, se emplea una cánula plástica conectada a una fuente de vacío, que puede ser manual o eléctrica. Se realiza con anestesia local y, cuando está disponible, puede ofrecerse sedación para mayor comodidad. Es un procedimiento bien tolerado y altamente efectivo, con una tasa de éxito del 99%. Muchas personas lo eligen por efecto inmediato y confirmación de la completitud tan pronto como termina el procedimiento.

Preparación

Informar a la persona consultante que el tiempo total, intervención más período de observación, suele oscilar entre una y una hora y media, según el protocolo de cada institución. No obstante, cuando se requiere preparar el cuello uterino con dos horas de anticipación, el proceso puede extenderse hasta tres horas en total.

Antes de la aspiración al vacío, se realiza un examen pélvico para evaluar los genitales externos, la vagina, el útero y los anexos. Esto permite identificar infecciones y determinar la posición uterina. Para mejorar la experiencia y reducir riesgos, se administran analgésicos para el manejo del dolor y antibióticos para prevenir infecciones.

¿Cómo se realiza el procedimiento?

El proceso incluye los siguientes pasos:

- ✓ Inserción del espéculo vaginal.
- ✓ Aplicación de solución antiséptica en el cuello uterino.
- ✓ Aplicación de anestesia local en el cuello uterino (bloqueo paracervical).
- ✓ Inserción de una cánula del tamaño adecuado.
- ✓ Extracción del contenido uterino mediante succión.

En ciertos casos, se recomienda administrar misoprostol antes del procedimiento para facilitar la preparación cervical. Es importante explicar a la persona consultante que este medicamento ayuda a dilatar el cuello uterino y reducir el riesgo de hemorragias. También se debe informar sobre los posibles efectos temporales, como cólicos, sangrado vaginal, náuseas, vómito, fiebre, diarrea y escalofríos.

Manejo del dolor

Reconociendo que cada persona experimenta el dolor de forma única, el enfoque debe incluir:

- ✓ Evaluación individualizada de necesidades analgésicas.
- ✓ Análisis de historial previo con el dolor.
- ✓ Implementación de técnicas complementarias (como respiración guiada), para garantizar un manejo del dolor personalizado y efectivo.

Después del procedimiento

La persona permanecerá en observación por un breve tiempo hasta asegurar que se encuentra estable. Luego, podrá retomar sus actividades diarias. Si el tipo de sangre es negativo y presenta un embarazo de más de 12 semanas, se le formulará y, si está disponible, se le ofrecerá la aplicación de un medicamento llamado inmu-

noglobulina anti-D para prevenir complicaciones en futuros embarazos.

Signos de alarma y cuándo acudir a un servicio de salud

- ✓ Dolor abdominal muy intenso y persistente, que no mejora con analgésicos.
- ✓ Fiebre mayor a 38°C, pasadas 24 horas del procedimiento.
- ✓ Sangrado abundante que empapa más de dos toallas sanitarias por hora durante más de dos horas seguidas.
- ✓ Secreción con mal olor o molestias inusuales, que podrían indicar una infección.

Si bien los riesgos son bajos, en algunos casos pueden presentarse complicaciones como hemorragia, infección, evacuación incompleta, desgarro cervical, perforación uterina o reacciones a la anestesia.

Seguimiento y cuidados posteriores

Si no hay complicaciones, no es necesario realizar una consulta de seguimiento de manera rutinaria, siempre que la persona haya recibido información clara sobre cuándo buscar atención. Se debe informar que la ovulación puede ocurrir entre 8-10 días después del procedimiento, y la menstruación entre 30-50 días después.

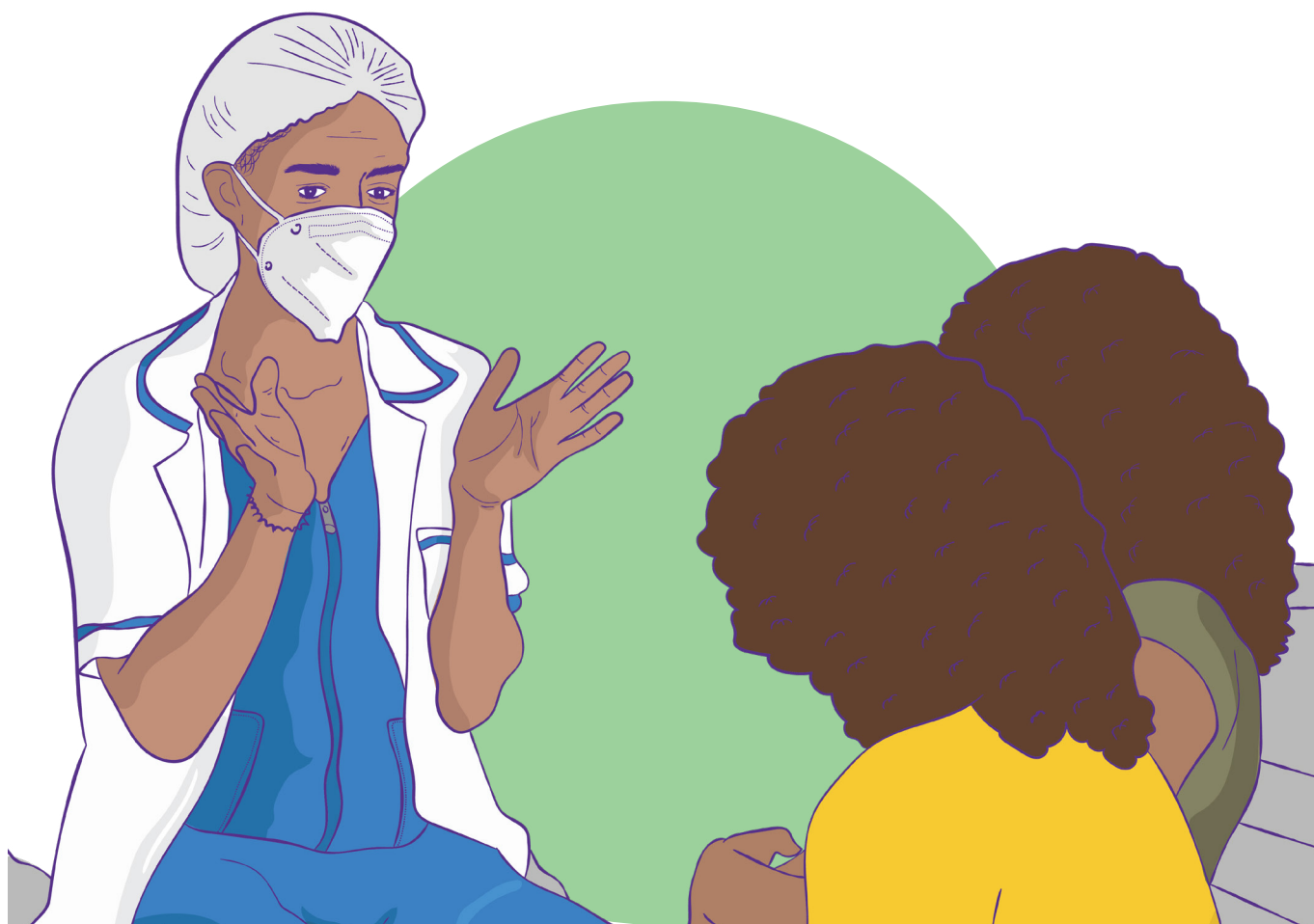


Gráfico #16

Ejemplo de interacción para la asesoría en procedimientos de aspiración al vacío

Persona que asesora

"La aspiración uterina es un método seguro y efectivo. Suele durar pocos minutos. Te pedirán que te coloques en posición ginecológica (acostada con las piernas apoyadas en unos soportes). Antes de empezar, se colocarán productos en la vagina para evitar infecciones. Luego, se colocará un espéculo (un instrumento que ayuda a visualizar el cuello del útero) y se aplicará anestesia local en esa zona para reducir las molestias. A pesar de la anestesia, es posible que sientas dolor o presión, ya que será necesario abrir suavemente el cuello del útero y usar una cánula (un tubo plástico) conectada a un equipo de aspiración para vaciar el útero. Esto puede generar una sensación de dolor tipo cólico fuerte. Durante el proceso habrá una persona a tu lado en todo momento para apoyarte, explicarte lo que está pasando y ayudarte a manejar cualquier incomodidad que puedas sentir. Su objetivo es que te sientas en la mayor comodidad y tranquilidad posibles".



Consultante

"Y después del procedimiento, ¿qué debo hacer?"

Persona que asesora

"La tolerancia al dolor varía de una persona a otra. La mayoría describe una sensación de cólicos fuertes que van disminuyendo progresivamente, recuerda que el equipo de salud te acompañará en todo momento para garantizar tu bienestar".

Consultante

"¿Duele mucho?"



Persona que asesora

"Pasarás a un corto periodo de vigilancia para asegurarnos de que te sientas bien. Te explicaremos los cuidados posteriores y los signos de alarma para que sepas cuándo buscar atención si lo necesitas".

Consultante

"Me alivia saber que es un procedimiento sencillo".

▲ Procedimiento de dilatación y evacuación (D&E)

Este procedimiento se recomienda a partir de 15 semanas y hasta 24 semanas. Según la OMS, es seguro y altamente efectivo (95%-98%) cuando lo realiza personal con capacitación y en condiciones adecuadas.

Pasos del procedimiento

✓ Dilatación cervical: se inicia con mifepristona 1 o 2 días antes y luego misoprostol para preparar el cuello uterino. Esto puede generar cólicos, sangrado o malestar, por lo que es clave explicar estos efectos.

✓ Evacuación uterina: una vez preparado el cuello uterino, se procede a extraer el contenido del útero mediante instrumentos especializados. El procedimiento en sí tiene una duración de 15 a 20 minutos, seguido de un período de recuperación de aproximadamente 1 hora y 20 minutos. Se realiza bajo bloqueo paracervical y sedación consciente para mayor comodidad.

Manejo del dolor

Explicar las opciones para controlar el dolor, desde sedación consciente y analgésicos hasta técnicas de relajación. También es importante considerar experiencias previas de la persona para un abordaje adecuado.

Signos de alarma y posibles complicaciones

Informar sobre señales de alerta como fiebre persistente, dolor intenso, sangrado abundante o secreción con mal olor. Aunque las complicaciones son poco frecuentes, pueden incluir hemorragia, infección, desgarro cervical, perforación uterina o retención de tejido.

Recuperación y seguimiento

Después del procedimiento, la persona permanece en vigilancia hasta que se sienta bien. Se recomienda monitoreo en casa con indicaciones claras sobre cuándo buscar atención.

Inducción de asistolia fetal (IAF) a partir de 20 semanas

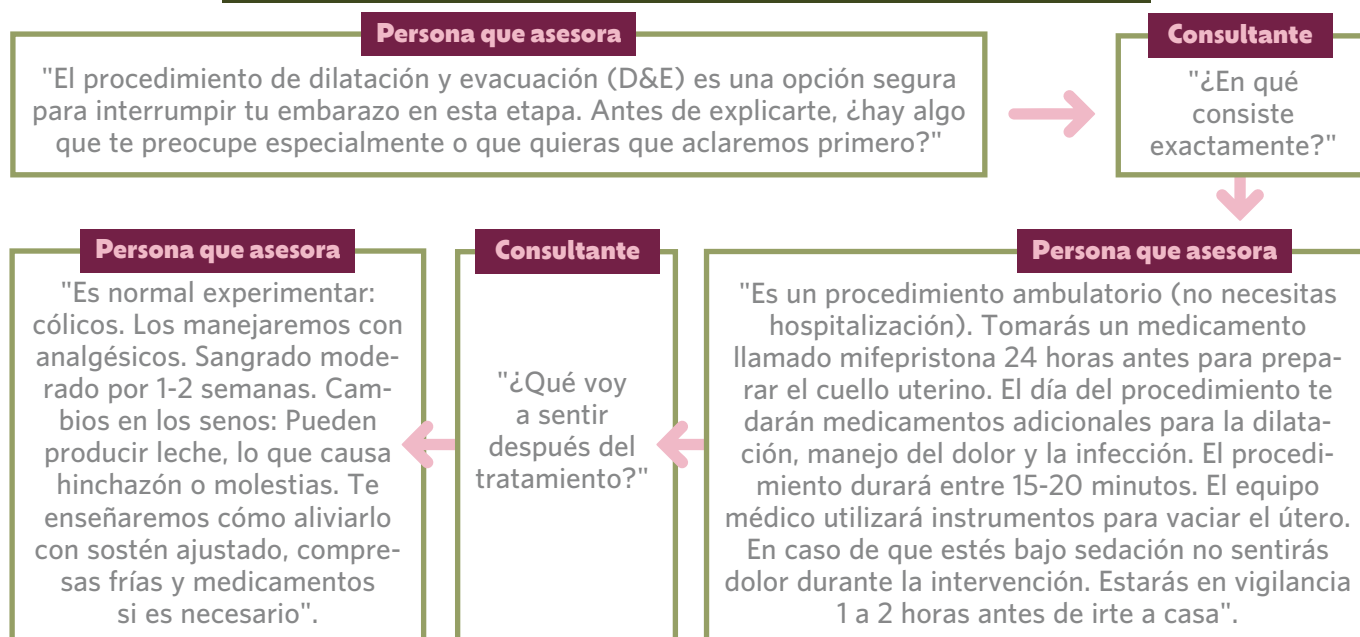
En el marco de la IVE a partir de 20 semanas, la Inducción de Asistolia Fetal (IAF) es un procedimiento clínico esencial previo a la evacuación uterina (mediante D&E o tratamiento farmaco-

lógico hospitalario), que garantiza la ausencia de actividad cardíaca fetal. Su aplicación responde a cuatro pilares fundamentales en la atención integral:

- ✓ Protección de la salud física al minimizar riesgos de complicaciones clínicas durante el procedimiento.
- ✓ Cuidado del bienestar psicosocial previniendo situaciones emocionales complejas derivadas de un nacimiento con poca probabilidad de viabilidad, en respeto a la dignidad y autonomía de la mujer o persona gestante.
- ✓ Cumplimiento normativo asegurando la alineación con la Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional y el marco legal colombiano.
- ✓ Integridad ético-profesional evitando dilemas legales y bioéticos para los equipos de salud, garantizando prácticas clínicas ajustadas a estándares de derechos humanos.

Gráfico #17

Ejemplo de interacción para la asesoría en procedimiento para la IVE por D&E



▲ IVE farmacológica a partir de 12 hasta 24 semanas

Cuando no se cuenta con personal con capacitación en D&E, la IVE farmacológica con mifepristona y misoprostol—o misoprostol solo—surge como una alternativa segura y efectiva para interrupciones a partir del segundo trimestre. Es importante destacar que este protocolo requiere necesariamente un entorno hospitalario, en el que puedan garantizarse tanto la seguridad clínica, como el soporte integral.

El proceso se desarrolla en varias etapas:

✓ Fase inicial:

Comprende una valoración clínica exhaustiva, la obtención del consentimiento informado (con lenguaje claro y comprensible) y la hospitalización en un área diferenciada de salas de parto. En este momento se canaliza acceso venoso periférico, que servirá tanto para la administración de analgesia como para posibles intervenciones urgentes.

✓ Esquema de medicación:

-Protocolo preferido: mifepristona (200 mg vía oral), seguida de misoprostol después de 24 horas, intervalo que ha demostrado acortar significativamente el tiempo de expulsión, en dosis repetidas.

-Alternativa válida: cuando no se dispone de mifepristona, puede utilizarse misoprostol solo, ajustando las dosis según la edad gestacional y las guías protocolarias.

-Durante todo el tratamiento: el manejo del dolor debe ser proactivo y escalonado—desde AINEs y opioides hasta analgesia peridural (si está disponible)—siempre respetando las preferencias de movilidad y posicionamiento de la persona.

-Se realiza monitoreo horario de signos vitales,

limitando las exploraciones genitales a casos con progreso inadecuado o signos de alarma.

Claves para una atención de calidad

✓ Acompañamiento continuo que integre lo clínico y lo emocional, facilitando la compañía de su red de apoyo si así lo desea.

✓ Flexibilidad en el abordaje, adaptando cada intervención a sus necesidades físicas y emocionales.

✓ Dado que el proceso puede durar varias horas, es fundamental informar con antelación y disponer de un espacio adecuado para la espera.

Posibles complicaciones

✓ La retención placentaria (12-33% de casos) se resuelve eficazmente con aspiración al vacío.

✓ La hemorragia grave es excepcional, pero el servicio debe contar con protocolos de actuación inmediata.

✓ El riesgo de ruptura uterina, aunque mínimo (<1%), exige capacidad de respuesta rápida.

Manejo sugerido ante la posible solicitud de ver el feto

Si la persona consultante expresa el deseo de ver el feto, es fundamental reconocer que es un derecho legítimo y acompañar esta decisión con sensibilidad. Sin embargo, se recomienda un abordaje que priorice su protección psicológica:

✓ Información previa: describir con delicadeza las características físicas esperadas según la edad gestacional, permitiendo una elección informada.

✓ Evaluación individual: considerar factores

como su historia emocional, motivos para la solicitud y recursos de afrontamiento.

✓ **Acompañamiento:** ofrecer apoyo emocional durante y después de la observación, y proponer alternativas simbólicas (por ejemplo, palabras de despedida o un certificado conmemorativo) si hay dudas sobre el impacto visual.

Importante:



Eliminar las suposiciones:

Lo que para alguien es un alivio para otra persona puede estar cargado de contradicciones, duelos silenciosos o contextos invisibles. Por ello, es necesario escuchar sin prejuicios, respetando la diversidad de narrativas y sin proyectar expectativas o juicios externos. Solo así se puede acompañar desde un lugar genuino, sin imponer relatos ajenos a la realidad individual.



Lenguaje neutral:

El uso de expresiones relacionadas con el embarazo (tejido gestacional, restos del embarazo o producto) debe ser decidido en diálogo con la persona, pues la elección terminológica impacta en su experiencia emocional.



Espacio seguro:

Garantizar privacidad y tiempo para preguntas o reacciones emocionales.



Gráfico #18

Ejemplo de interacción para la asesoría en la IVE farmacológica a partir de 12 hasta 24

Persona que asesora

"Vamos a hablar del tratamiento con medicamentos. ¿Te gustaría que comencemos por explicarte cómo funciona el proceso o prefieres que hablemos primero de cómo te sientes?"

Consultante

"¿Qué pasa después de tomar las pastillas?"

Persona que asesora

"El proceso tiene tres etapas principales: Toma de medicamentos que causarán contracciones uterinas (como cólicos muy intensos) y sangrado vaginal. Proceso de expulsión que ocurrirá en las siguientes horas (entre 4 y 12 horas generalmente). Recuperación: Estarás en vigilancia hasta confirmar que todo está bien".

Persona que asesora

"Antes de responder, me gustaría recordarte que lo más importante es tu bienestar emocional. Algunas personas prefieren no ver para proteger sus recuerdos, otras sienten que les ayuda. Ambas opciones son respetables. Si decides verlo, te explicaré exactamente cómo será para prepararte".

Consultante

"¿Puedo ver al feto si quiero?"

Nota: en la IVE farmacológica es importante tener en cuenta la realización adicional del procedimiento de IAF a partir de 20 semanas y el abordaje por causales después de 24 semanas.

▲ IVE farmacológica después de 24 semanas

El personal de salud debe garantizar una atención expedita a las personas que consultan por IVE con embarazos mayores a 24 semanas, amparadas en la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, aplicando las tres causales con el rigor y la amplitud que exige la norma. Es responsabilidad del equipo informar de manera clara y completa sobre este derecho, explicando el alcance de la sentencia según cada situación particular, con un enfoque respetuoso, neutral y libre de dilaciones.

Dado que muchas personas llegan a estas etapas gestacionales debido a barreras institucionales, demoras en el acceso o falta de información oportuna—hechos que en sí mismos vulneran sus derechos, el proceso debe manejarse con máxima celeridad y sin discriminación por edad, pertenencia étnico-racial, condición socioeconómica, identidad de género o cualquier otra circunstancia. En estas etapas, en

que las exigencias físicas y emocionales son mayores, es imperativo eliminar obstáculos administrativos o prácticas que prolonguen innecesariamente el proceso, asegurando un trato digno y conforme a la ley.

Las tres causales en las que se aplica son:

- ✓ **Riesgo para la vida o la salud de la mujer o persona gestante:** incluye afectaciones físicas, psicológicas o sociales que puedan desencadenarse, agravarse o consolidarse con la gestación. Se exige certificación médica o psicológica.
- ✓ **Malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina:** se exige un certificado médico que presuma la inviabilidad fetal.
- ✓ **Embarazo por violencia sexual, incesto o inseminación no consentida:** se debe presentar una denuncia ante una entidad competente, sin necesidad de que haya una sentencia o resolución del caso.



Tabla #18

Causales para el acceso a la IVE después de 24 semanas

Causal riesgo para la vida o la salud de la mujer o persona gestante

Objetivo:

Prevenir daños a la salud física, mental o social de la mujer o persona gestante.

Conceptos clave:

- * **Salud (OMS):** no solo es la ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar físico, mental y social.
- * **Factor de riesgo (OMS):** cualquier condición que aumente la probabilidad de afectar la salud. El embarazo, en ciertos casos, puede ser un riesgo.
- * **Bienestar:** incluye tanto la percepción personal de satisfacción como factores objetivos (económicos, emocionales, sociales).

Criterios de evaluación/consideraciones:

- * Cómo el embarazo afecta el bienestar, calidad de vida y años de vida saludable.
- * La complejidad de los riesgos, que involucran condiciones de vulnerabilidad individuales y múltiples dimensiones de la salud.
- * La influencia de factores personales, exposiciones a riesgos y etapa de vida.

Causal malformación fetal incompatible con la vida extrauterina

Objetivo:

Proteger integralmente la salud física y mental frente a embarazos inviables.

Conceptos clave:

- * **Viabilidad y sufrimiento:** las malformaciones incompatibles con la vida extrauterina, implican que el feto no puede sobrevivir fuera del útero.
- * **Sufrimiento evitable:** duelo agravado por incertidumbre.

Criterios de evaluación/consideraciones:

- * Riesgos médicos (como complicaciones obstétricas) y duelo prolongado, agravado por la incertidumbre y la carga emocional.
- * Al confirmarse el diagnóstico en el segundo trimestre, suele intensificarse la afectación a la salud, por lo que se convierte en una herramienta de protección a su salud integral.

Causal violencia sexual, incesto o inseminación no consentida

Objetivo:

Reparación parcial al liberar de una gestación impuesta por violencia. Aunque la IVE no puede entenderse como una restitución plena de los bienes jurídicos afectados (como la dignidad y la libertad de la persona sobreviviente de violencia), sí representa una forma de alivio al liberarla de una gestación no consentida.

Conceptos clave:

- * **Lenguaje no invasivo:** no insistir en detalles gráficos ni recrear detalles del acto sexual violento.
- * **Reparación:** restablecer condición previa al delito.
- * **Acceso a justicia, protección y salud:** aplicar el Protocolo y atención integral a VBG, Resolución 459 de 2012 del MSPS.

Criterios de evaluación/consideraciones:

- * Mitigación de daños físicos, emocionales y sociales.
- * Enfoque en culpa, vergüenza o miedo asociados a la violencia.
- * Marco legal para menores de 14 años: según el artículo 208 del Código Penal, todo acto sexual con menor de 14 años se considera abuso sexual punible. En este caso, la denuncia no es requisito para acceder a la IVE. Su ausencia no puede usarse como barrera para negar el servicio.
- * Las personas sobrevivientes de violencia sexual en el contexto del conflicto armado tienen derecho a la IVE sin límite gestacional y sin exigencia de denuncia, conforme a la Ley 1719 de 2014 del Congreso de Colombia.

Fuente: Adaptado de la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional; Código Penal, art. 208; Ley 1719 de 2014 del Congreso de Colombia.

Este tratamiento se realiza en entorno hospitalario y se aplican los siguientes pasos:

Proceso del tratamiento

✓ Se confirma la causal aplicable y se realiza una valoración integral de la persona consultante, considerando tanto su estado físico como emocional.

✓ Se administra misoprostol para facilitar la dilatación, un proceso que puede durar varias horas dependiendo de la edad gestacional y de las condiciones individuales. Es importante explicar a la persona que puede experimentar síntomas como cólicos y sangrado vaginal.

✓ El procedimiento se monitorea de manera continua, garantizando la seguridad y el bienestar de la persona.

Soporte y cuidado emocional

✓ Garantizar un entorno adecuado, sin el contacto con áreas de maternidad para reducir el

impacto emocional. Respetar cualquier expresión emocional sin patologizarla y ofrecer apoyo psicológico cuando sea necesario.

✓ Es fundamental respetar la autonomía de la persona consultante en la decisión de ver o no el feto. Si lo solicita, se le debe brindar información previa sobre sus características físicas según la edad gestacional y explorar alternativas simbólicas de despedida (como un recuerdo conmemorativo).

Aspectos clave para el personal de salud

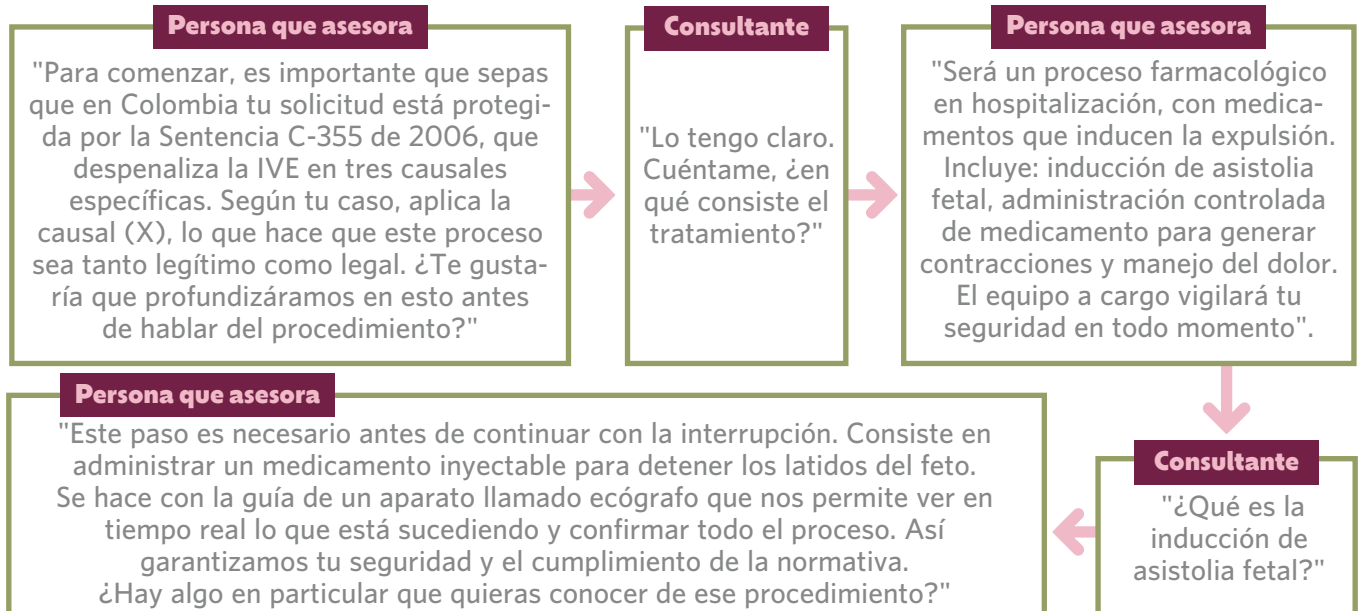
✓ No interpretar la falta de manifestación emocional como indiferencia o negación.

✓ Usar un lenguaje neutral y adaptado a la persona.

✓ Mantener una comunicación basada en el consentimiento continuo, preguntando antes de abordar temas sensibles.

Gráfico #19

Ejemplo de explicación de causales para el acceso a la IVE después de 24 semanas



Para ampliar la información relacionada con los tratamientos para la IVE consultar el documento Atención Integral a Personas que Solicitan una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Documento Técnico para Prestadores de Servicios de Salud, capítulo 3.

Obtención del consentimiento informado

El consentimiento informado es un proceso que garantiza la decisión libre y voluntaria de una persona tras recibir información completa sobre una intervención médica, incluyendo riesgos, beneficios y alternativas. Según la Resolución 051 de 2023 del MSPS, en Colombia debe cubrir: **I)** el marco legal (Sentencias C-055 de 2022 y C-355 de 2006 de la Corte Constitucional) que protegen el derecho a IVE hasta la semana 24 y después por sistema de causales); **II)** métodos disponibles (farmacológicos o no farmacológicos) con sus efectos; **III)** benefi-

cios, riesgos, alternativas e implicaciones de la IVE; y, **IV)** confirmación mediante firma de haber recibido y comprendido toda la información, incluida la posible necesidad de atención posterior.

Proceso para la obtención del consentimiento informado

Para garantizar un consentimiento válido se deben seguir tres pasos clave: **I)** verificar la comprensión de la información sobre la IVE; **II)** identificar y abordar posibles coerciones—suspender el tratamiento si hay sospecha de presión externa, creando un espacio seguro para expresar la voluntad real, ya que cualquier forma de coerción es sancionable; y, **III)** formalizar mediante firma del documento, el cual se anexa a la historia clínica. Es crucial aplicar estas medidas con especial atención a poblaciones con mayores condiciones de vulnerabilidad como se expone a continuación:

Menores de edad

Las personas menores de 14 años pueden decidir de manera autónoma si desean interrumpir su embarazo. Su voluntad prevalece sobre la de sus representantes legales, incluso si estos no están de acuerdo. No se puede exigir autorización de padres o tutores para acceder a la IVE.

Personas con antecedentes psiquiátricos o consumo de sustancias psicoactivas

No se requiere evaluación psiquiátrica para otorgar el consentimiento. Tener un diagnóstico de trastorno mental no implica incapacidad para tomar decisiones en salud. Si se considera necesaria una evaluación, esta no debe retrasar el acceso a la IVE.

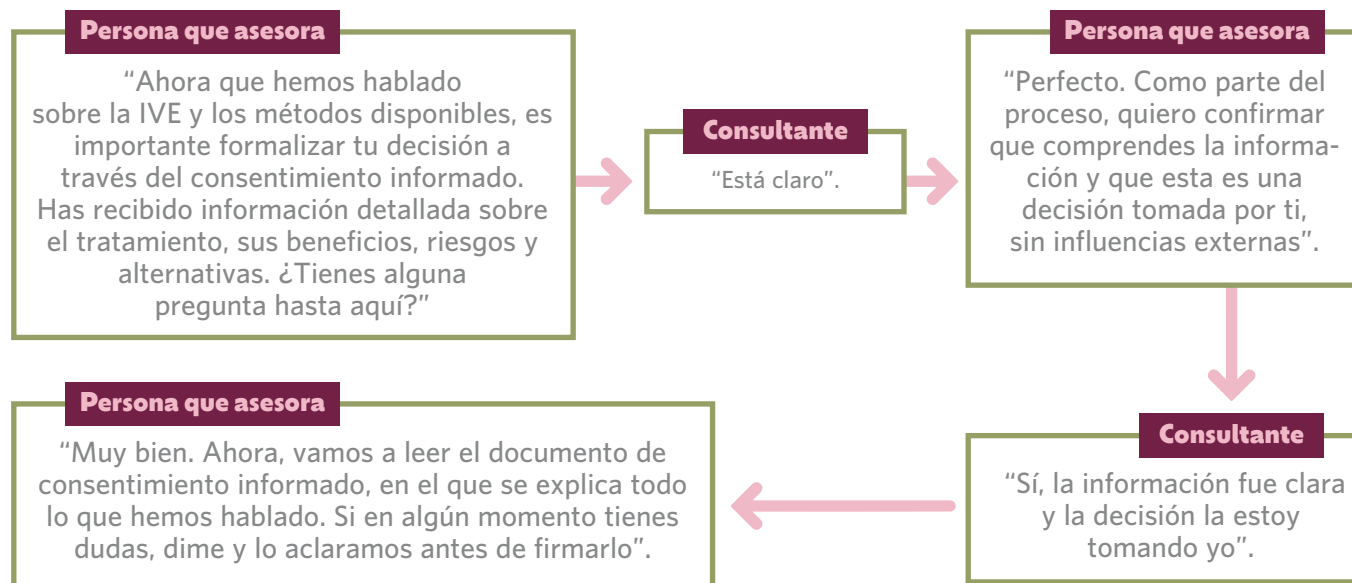
Personas con discapacidad

El servicio de salud debe garantizar los ajustes razonables necesarios para que la persona con discapacidad ejerza su derecho a tomar decisiones informadas y libres, sin barreras. En ninguna circunstancia se exigirá a la persona con discapacidad gestionar o proporcionar por sí misma los ajustes requeridos durante su atención. Los ajustes y apoyos brindados deben documentarse en la historia clínica, detallando su pertinencia y cumplimiento.

Desistimiento del tratamiento

La persona puede cambiar de opinión en cualquier momento después de firmar el consentimiento. En caso de desistimiento, el personal de salud registra esta decisión en la historia clínica y brinda información sobre los riesgos si ya se ha iniciado un tratamiento farmacológico o no farmacológico. Se debe garantizar su acceso a controles prenatales en caso de continuar con el embarazo.

Gráfico #20

Ejemplo de interacción para la asesoría en la obtención del consentimiento informado

2.2.3. Recomendaciones para la asesoría anticonceptiva

La anticoncepción moderna es clave para prevenir embarazos no planeados y/o no deseados y proteger la salud. Toda persona tiene derecho a información y acceso a métodos, sin que su decisión sobre el embarazo lo condicione. Tras una IVE, se recomienda iniciar anticoncepción de manera inmediata (la ovulación puede ocurrir en 8-10 días), eligiendo según necesidades y preferencias individuales. La asesoría debe:

»Basarse en la evidencia (OMS y normativa colombiana).

»Promover los derechos sexuales: disfrute sin miedo y autonomía reproductiva.

»Para personas que no contemplan un embarazo en el corto plazo, se recomienda priorizar métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, como dispositivos intrauterinos (DIU) o implante subdérmico, por su mayor

efectividad (>99%) y continuidad de uso sin requerimientos diarios.

»Incluir información sobre doble protección (uso de preservativo) para prevenir ITS.

La Resolución 3280 de 2018 del MSPS establece la Ruta para la anticoncepción y la planificación familiar. La presentación visual de opciones, desde la más efectiva a la menos efectiva, facilita una elección informada y se adapta a cada caso.

Toda asesoría debe incluir información sobre anticoncepción de emergencia, tanto con píldoras como con DIU de cobre. Se recomienda explicar su funcionamiento, disponibilidad y acceso, e incluso proporcionar píldoras de emergencia para uso futuro, especialmente si la persona decide no usar un método anticonceptivo regular o sólo el condón.

Un paso clave para que las mujeres y personas gestantes tomen decisiones informadas sobre anticoncepción es explorar posibles mitos y

creencias que pueden generar miedo o dudas. Muchas ideas sobre los métodos provienen de la desinformación o de experiencias transmitidas. Para abordarlos efectivamente, quien asesora debe conocer las creencias más comunes, especialmente aquellas arraigadas en el contexto cultural de la persona consultante.

Algunos mitos frecuentes y la realidad detrás de ellos:

✖ Los anticonceptivos aumentan el riesgo de infecciones pélvicas.

-La mayoría de los métodos no elevan el riesgo de infecciones. El uso del DIU, por ejemplo, tiene un riesgo mínimo de infección en las primeras semanas después de su colocación, y esto se previene con una adecuada asepsia durante el procedimiento.

✖ Provocan embarazos ectópicos y causan infertilidad.

-No hay evidencia de que los anticonceptivos modernos causen infertilidad. Al contrario, los métodos hormonales y el DIU reducen el riesgo de embarazo ectópico al prevenir la gestación en primer lugar.

✖ La colocación del DIU es complicada, dolorosa y sólo puede hacerse durante la menstruación.

-El procedimiento es rápido y puede generar molestias leves o cólicos, pero no es necesariamente doloroso. Se puede colocar en cualquier momento del ciclo menstrual, siempre que se descarte un embarazo. Además, su expulsión es poco frecuente si está bien posicionado.

✖ Todos los métodos anticonceptivos son abortivos.

-Los anticonceptivos previenen el embarazo antes de que ocurra. Métodos como las píldoras anticonceptivas, los implantes o el DIU

actúan evitando la ovulación o dificultando el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide. No interrumpen un embarazo ya existente.

Abordar estos mitos con información confiable y accesible no sólo reduce temores, sino que fortalece el derecho a decidir sobre la anticoncepción de manera libre y sin barreras. Para brindar una asesoría anticonceptiva verdaderamente centrada en la persona y desde un enfoque de derechos, género e interseccional, el proceso debe ajustarse a sus necesidades y preferencias. Esto permite que cada persona elija el método anticonceptivo que mejor se adapte a su estado de salud, acceso y estilo de vida.

La asesoría explora sistemáticamente factores clave para identificar los métodos más adecuados:

✖ ¿Existen contraindicaciones médicas? Es fundamental determinar si la persona tiene condiciones médicas que, según los criterios de elegibilidad de la OMS, contraindiquen ciertos métodos. Esto asegura que las opciones consideradas favorezcan su salud.

✖ ¿Qué tan accesible es el método y cómo se garantiza su suministro continuo? Es importante elegir métodos que estén al alcance de la persona de manera constante, evitando interrupciones que puedan comprometer su eficacia.

✖ ¿Cuáles son las preferencias y el estilo de vida de la persona consultante? Seleccionar un método que se ajuste a su rutina diaria y preferencias personales aumenta la probabilidad de uso continuo. Por ejemplo, si alguien tiene aversión a las inyecciones, podría ser preferible considerar métodos no inyectables.

Una vez identificados los métodos elegibles, se proporciona información detallada sobre cada uno, incluyendo efectividad, duración,

mecanismo de acción, uso correcto, disponibilidad, costo, posibles efectos secundarios y seguimiento necesario.

Idealmente, los centros de asesoría deben ofrecer los métodos anticonceptivos seleccionados. Si el método elegido no está disponible, se informa sobre dónde obtenerlo o gestionar la remisión correspondiente, ofreciendo mientras tanto un método temporal efectivo. Para cerrar la sesión, es importante:

- ✓ Agradecer su participación y resolver dudas pendientes.
- ✓ Ofrecer material educativo escrito y recordar la disponibilidad de apoyo continuo.
- ✓ Registrar en la historia clínica el método anticonceptivo elegido y las recomendaciones.

Particularidades para la población LGBTIQ+

Reconocer y respetar plenamente la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual de cada persona constituye un principio fundamental para garantizar una atención con enfoque de derechos, de género e interseccional. Este compromiso, consagrado en el Decreto 762 de 2018 de la Presidencia de la República de Colombia, busca asegurar que todas las personas, sin distinción alguna, reciban un trato digno, libre de discriminación y violencia, especialmente en el acceso a servicios públicos incluyendo la salud. El Decreto enfatiza la obligación de las entidades estatales de adoptar medidas efectivas para proteger los derechos de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas, promoviendo así entornos inclusivos donde la dignidad humana sea el eje central de toda interacción. Algunas particularidades clave incluyen:

» **Lenguaje inclusivo:** indagar de manera respetuosa y explícita sobre los pronombres y tér-

minos que la persona consultante prefiere para ser nombrada, sin hacer suposiciones basadas en su apariencia física o expresión de género. Estas preferencias deben documentarse en la historia clínica y garantizar su uso consistente por todo el personal involucrado en la atención.



» **Conocimiento actualizado:** tener información sobre las necesidades específicas de SSSR de esta población, como educación sexual inclusiva que aborde necesidades específicas de cuerpos y relaciones diversas; información sobre SSSR con lenguaje no binario y trans-inclusivo, salud mental especializada para manejar posible estrés derivado del estigma, entre otros.

» **Ambiente seguro:** crear un espacio en el que la persona se sienta cómoda compartiendo información personal sin temor a juicios o discriminación.

» **Opciones anticonceptivas adecuadas:** ofrecer métodos adaptados a las prácticas sexuales y necesidades de salud específicas de la persona, considerando posibles interacciones con terapias hormonales o cirugías previas.

Al adoptar estas prácticas, se promueve una atención más equitativa y efectiva, asegurando que todas las personas, independientemente de su identidad de género u orientación sexual, reciban asesoría de alta calidad.

A continuación, se muestran ejemplos de interacción para hacer recomendaciones sobre alternativas anticonceptivas:

Gráfico #21

Ejemplo de interacción para la asesoría anticonceptiva con consultante que acepta recibir la asesoría anticonceptiva

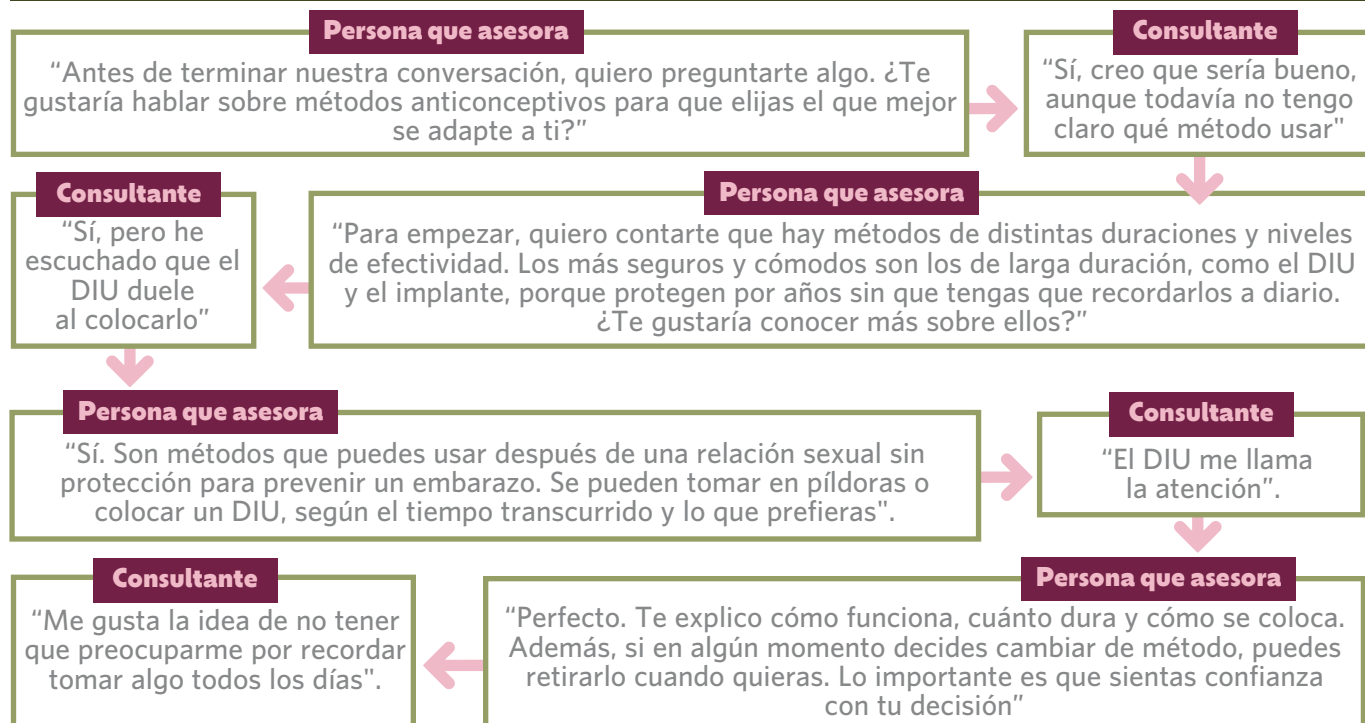
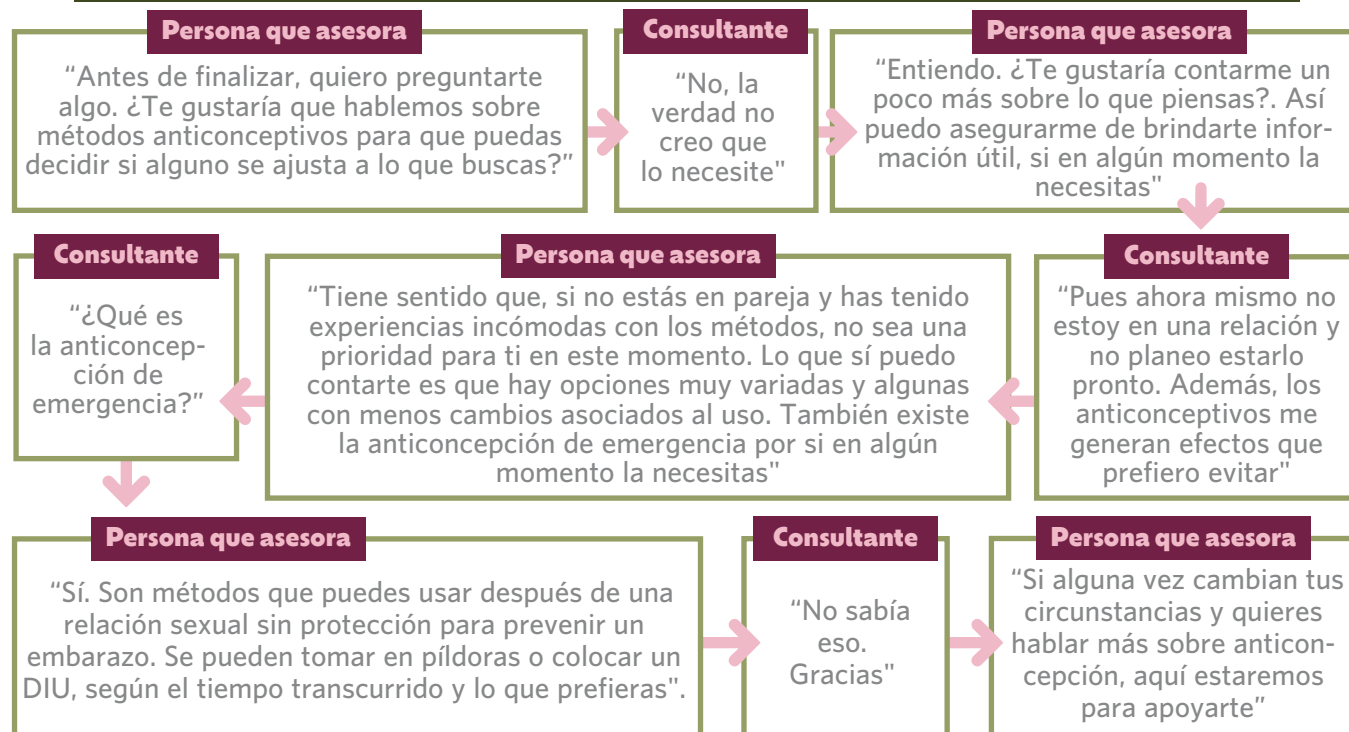


Gráfico #22

Ejemplo de interacción para la asesoría anticonceptiva con consultante que rechaza el uso de métodos



2.3. Soporte integral durante los tratamientos para la IVE

El soporte integral durante el proceso de IVE es fundamental para asegurar una experiencia respetuosa, segura y emocionalmente positiva. En esta sección se desarrollará una guía práctica diseñada para brindar herramientas útiles al personal de salud que acompañará a la persona consultante en cada etapa del tratamiento.

La persona que acompaña—profesionales de salud, personal de apoyo o alguien de confianza, tiene un papel esencial en proporcionar información clara, apoyo emocional y en garantizar que la atención se brinde en un ambiente respetuoso y seguro. Desde el inicio del proceso hasta la recuperación, esta presencia puede determinar significativamente cómo la persona percibe y atraviesa su experiencia, ayudándola a sentirse segura, informada y respaldada en todo momento.

El soporte integral va más allá de la presencia física; implica crear un espacio en el que predomine la sensibilidad, el respeto y la confianza en cada interacción.

2.3.1. Ejes del soporte integral durante los tratamientos de IVE

El soporte integral se estructura en los siguientes ejes principales:

Soporte emocional y práctico durante el tratamiento de IVE

Apoyo no farmacológico frente a la experiencia de dolor físico

Soporte emocional y práctico durante el tratamiento de IVE

El soporte integral ofrece apoyo emocional, acompañamiento y contención durante cada etapa del tratamiento, ya sea farmacológico o no farmacológico.

El proceso de la IVE puede generar diferentes emociones y sensaciones físicas. La persona que acompaña cumple un rol clave al ofrecer un espacio seguro para que la persona consultante se sienta sostenida y comprendida. Entre las formas efectivas de brindar soporte emocional se incluyen:

✓ **Transmitir calma y confianza.** Reiterar a la persona que las sensaciones físicas y emocionales que experimenta son esperables durante el procedimiento, y que cuenta con soporte constante. Un tono de voz tranquilo, pausado y una actitud serena pueden ayudar a reducir la ansiedad.

✓ **Guiar con paciencia.** Comunicar paso a paso lo que sucede durante el tratamiento, utilizando un lenguaje sencillo y claro, reforzando que puede expresar sus dudas o preocupaciones en cualquier instante.

✓ **Ayudar a manejar la incomodidad emocional.** Respetar todas las emociones que puedan surgir y, si la persona lo desea, ofrecer técnicas sencillas de relajación, como respiración profunda o distracciones positivas.

✓ **Respetar el espacio personal.** Algunas personas pueden preferir contacto físico (como una mano sobre el hombro para confortarlas), mientras que otras requieren mantener cierta distancia. Es importante preguntar antes de ofrecer este tipo de gestos.

Más allá del apoyo emocional, la persona que acompaña puede asistir en la gestión de las necesidades prácticas antes, durante y des-

pués del tratamiento. Algunas acciones clave incluyen:

✓ **Prestar atención a las indicaciones médicas.** Revisar la historia clínica y recordar información sobre el uso de medicamentos, signos de alerta y cuidados posteriores.

✓ **Ofrecer apoyo durante el tratamiento.** El soporte durante el procedimiento debe ser flexible. En el caso de una IVE farmacológica, es fundamental garantizar que la persona cuente con un espacio cómodo, analgésicos y productos de higiene, pero también se pueden considerar técnicas complementarias como el uso de infusiones herbales, aromas relajantes u objetos para manipular con las manos (pelotas, bolsas con semillas), que ayuden a reducir la ansiedad y el malestar. Si se trata de una aspiración uterina, el soporte debe centrarse en brindar tranquilidad, pero también en identificar otras posibilidades que puedan proporcionar confort emocional y físico, según las preferencias y características de la persona.

✓ **Guiar en la respiración y relajación como técnicas simples de respiración profunda o visualización** pueden ayudar a reducir el malestar y la ansiedad.

✓ **Facilitar la comunicación con el personal de salud.** Apoyar en la resolución de dudas, ayudar a expresar necesidades y asegurarse de que la persona reciba la atención que requiere.

✓ **Brindar seguimiento.** Después del procedimiento, acompañar en la recuperación inmediata, asegurándose de que la persona se sienta bien y tenga la información necesaria para el autocuidado.

Apoyo no farmacológico frente a la experiencia de dolor físico

El dolor físico es una experiencia subjetiva y multifactorial que puede variar en intensidad

de una persona a otra. Además del manejo farmacológico del dolor, diversas estrategias no farmacológicas pueden contribuir significativamente al bienestar físico y emocional de la persona.

El acompañamiento cercano, el ambiente en el que se realiza el tratamiento y las herramientas de apoyo emocional y físico juegan un papel clave en la forma en que la persona atraviesa la experiencia. Estas estrategias pueden ayudar a reducir la ansiedad, brindar seguridad y fortalecer el proceso:

✓ **Información clara y tranquilizadora:** saber qué esperar en cada etapa del tratamiento disminuye la incertidumbre y reduce la percepción del dolor. Explicar de manera sencilla y sin tecnicismos qué sucederá, cuánto puede durar y qué sensaciones son normales, permite que la persona se sienta en control.

✓ **Acompañamiento continuo y soporte emocional:** tener una persona de confianza—ya sea una persona profesional de salud o acompañante, que brinde apoyo emocional con empatía y sin juicios, puede marcar una gran diferencia en la percepción del dolor.

✓ **Técnicas de respiración y relajación:** respirar de manera consciente y pausada ayuda a reducir la tensión y el malestar. Técnicas como la respiración diafragmática—que consiste en inhalar profundamente por la nariz, mantener el aire unos segundos y luego exhalar lentamente por la boca—pueden facilitar la relajación y aumentar la sensación de control.

✓ **Movilización y cambio de postura:** en el caso de la IVE farmacológica, moverse o cambiar de posición puede contribuir a aliviar la incomodidad abdominal. Algunas encuentran alivio al caminar suavemente, adoptar posiciones más cómodas o utilizar una almohada para brindar soporte en la zona lumbar.

✓ **Aplicación de calor local:** el calor es un gran

aliado para aliviar el dolor tipo cólico. Una bolsa de agua tibia sobre el abdomen o la parte baja de la espalda puede ayudar a relajar los músculos y reducir la sensación de malestar.

✓ **Distracción y enfoque positivo:** desviar o distraer la atención del dolor puede resultar eficaz para reducir la percepción de malestar en algunas personas. Es importante explorar sus experiencias previas con el manejo del dolor para identificar qué estrategias podrían resultarle beneficiosas. Por ejemplo, podría ayudarle escuchar música relajante, concentrarse en una conversación o sostener un objeto suave que le brinde una sensación de calma y le ayude a redirigir su atención.

✓ **Cuidar la experiencia:** dar espacio al dolor sin subestimarlos, reconocer los sentimientos y

acompañar con paciencia son elementos esenciales. El bienestar en el proceso no sólo depende del control del dolor físico, sino también del entorno de apoyo y la información.

2.3.2. Guía práctica en soporte integral en los tratamientos para la IVE

En este segmento se presenta una sección práctica sobre el soporte integral en los tratamientos para la IVE, con el objetivo de brindar herramientas al personal de salud para intervenir de manera adecuada en esta fase clave del proceso.

A continuación, se exponen ejemplos de interacción relativos al soporte integral durante los tratamientos para la IVE:

Gráfico #23

Ejemplo de interacción en el soporte integral en tratamientos para la IVE farmacológica antes de 12 semanas

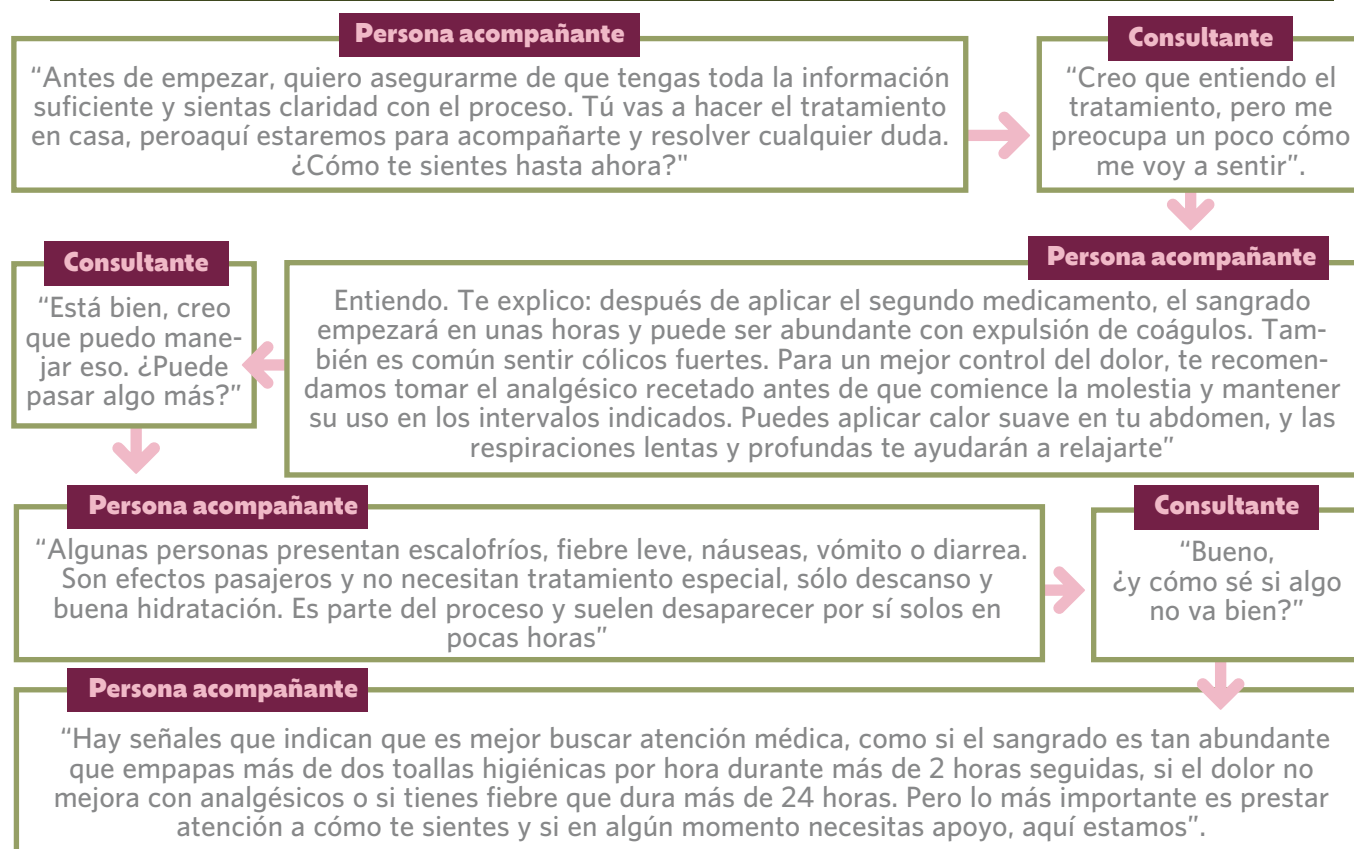


Gráfico #24

Ejemplo de interacción en el soporte integral en tratamiento para la IVE por aspiración al vacío

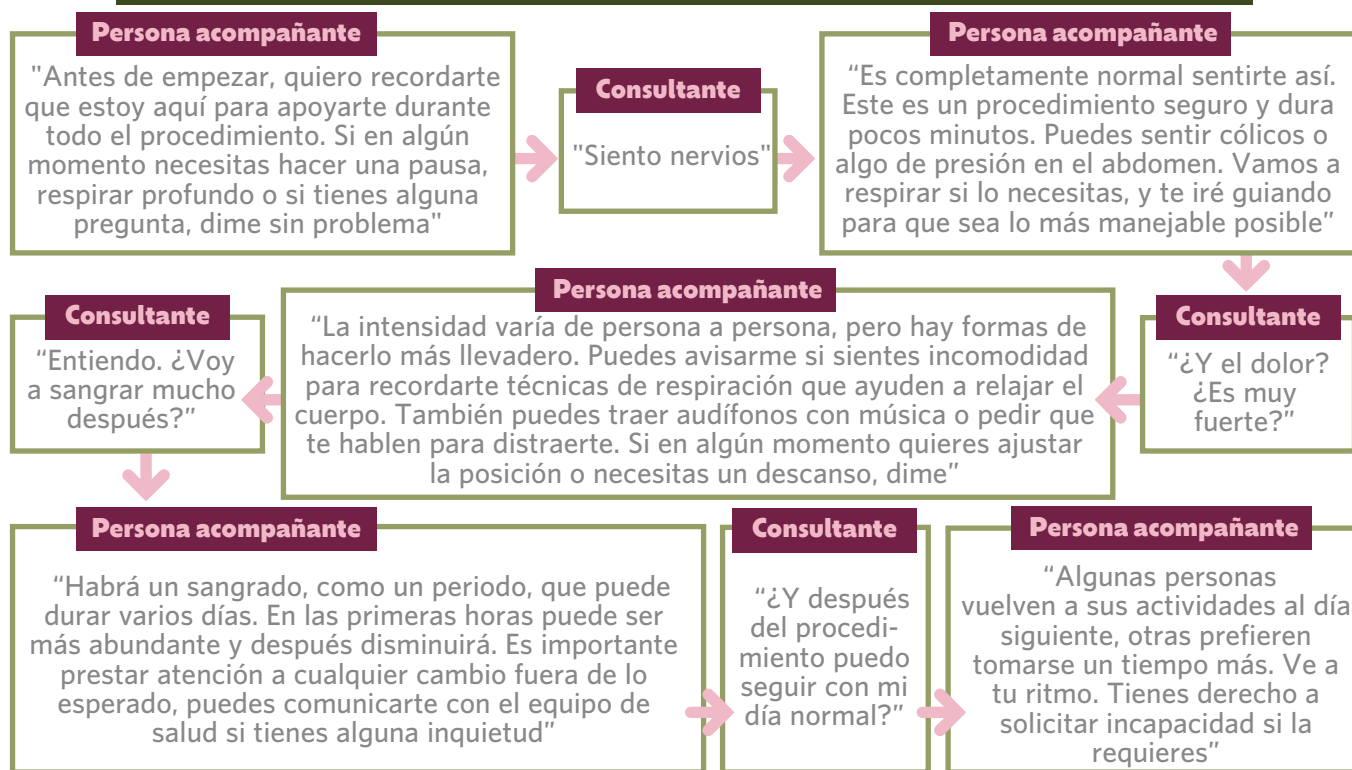


Gráfico #25

Ejemplo de interacción en el soporte integral en tratamiento para la IVE por D&E

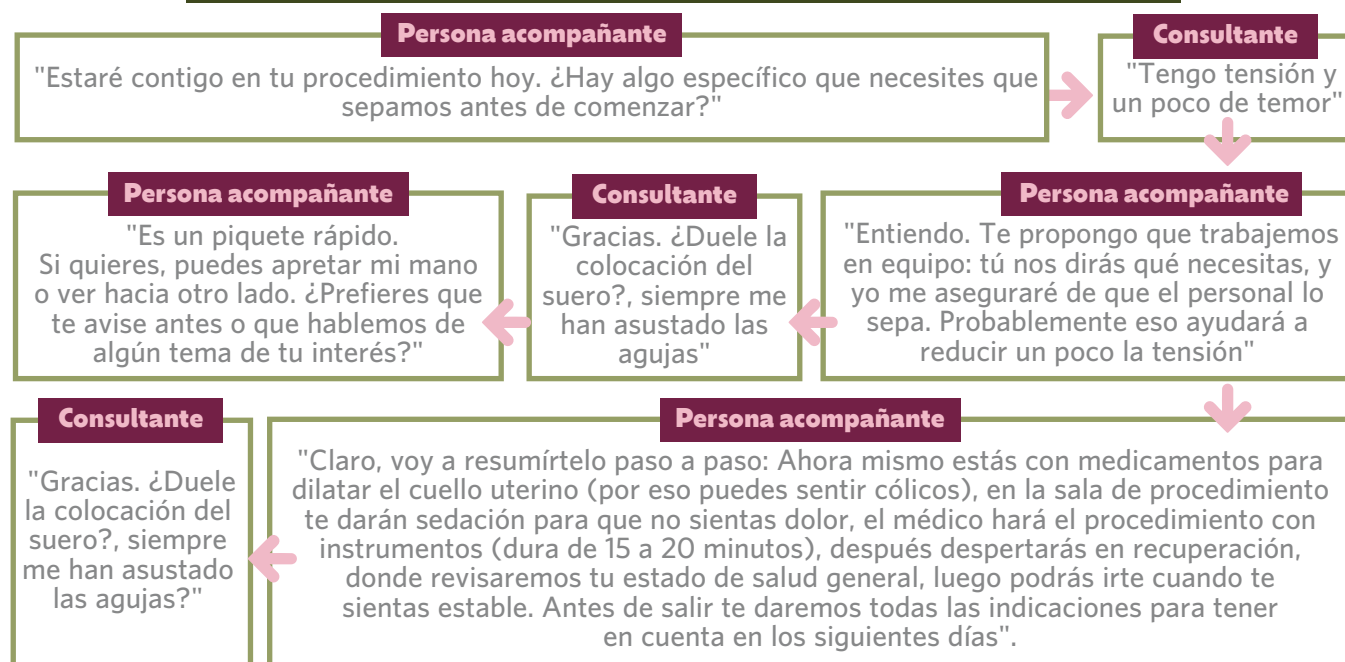
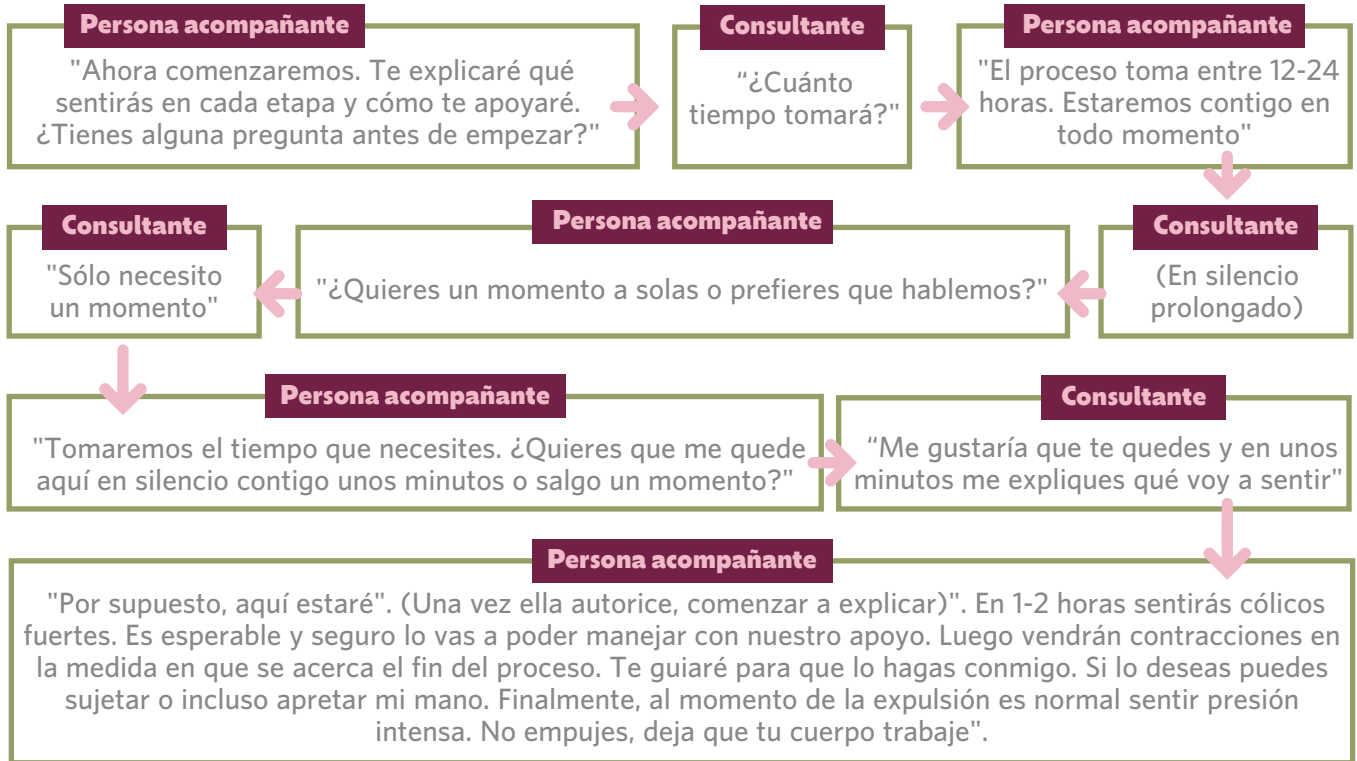


Gráfico #26

Ejemplo de interacción en el soporte integral en tratamiento para la IVE farmacológica a partir de 12 semanas**Respuestas a preguntas difíciles durante los tratamientos**

En la Tabla 19 se proponen algunas preguntas relativas a los tratamientos para la IVE que pueden presentar dificultades en su abordaje. Las sugerencias de respuesta ofrecidas no son respuestas definitivas ni estandarizadas, sino guías dinámicas que deben adaptarse a las necesidades específicas de cada persona, los contextos culturales y las nuevas formas en que se expresan las inquietudes. Estas orientaciones evolucionarán gracias a la experiencia acumulada mediante la creatividad, el juicio clínico y la sensibilidad para navegar situaciones complejas. El 'gusto clínico' (entendido como la capacidad de integrar evidencia científica, derechos humanos y particularidades psicosociales) será fundamental para diseñar respuestas pertinentes que honren la autonomía de las personas consultantes.



Tabla #19

Sugerencias de respuestas a preguntas difíciles durante los tratamientos para la IVE

"¿Y si el tratamiento no funciona? ¿Tendría que empezar de nuevo?"

"La mayoría de los tratamientos son efectivos, pero en algunos casos el embarazo puede continuar o el útero no vaciarse completamente. Si esto ocurre, hay opciones: repetir la dosis de medicamentos o realizar un procedimiento de aspiración. Por eso, es importante prestar atención a los síntomas esperados o si fuera necesario hacer seguimiento para confirmar que el proceso se completó".

Me preocupa que, si los medicamentos para la IVE no funcionan, el embarazo pueda tener complicaciones después, ¿eso es cierto?"

"El tratamiento farmacológico para la IVE no causa alteraciones congénitas por sí mismo, pero si el embarazo continúa, existen riesgos potenciales. Si el tratamiento falla, puedes acceder de inmediato a un procedimiento para completar la IVE como la aspiración al vacío."

"¿Voy a ver algo cuando expulse el embarazo?"

"Es una pregunta importante. Lo que puedes ver durante el proceso dependerá principalmente de las semanas de gestación: Si estás en las primeras semanas, es común expulsar coágulos similares a un sangrado menstrual intenso. Si el embarazo está más avanzado (generalmente después de la semana 9), podría identificarse tejido gestacional, como un pequeño saco. Es normal sentir inquietud ante esto. Por eso, podemos explicarte con más detalle qué esperar según tu situación específica si lo deseas".

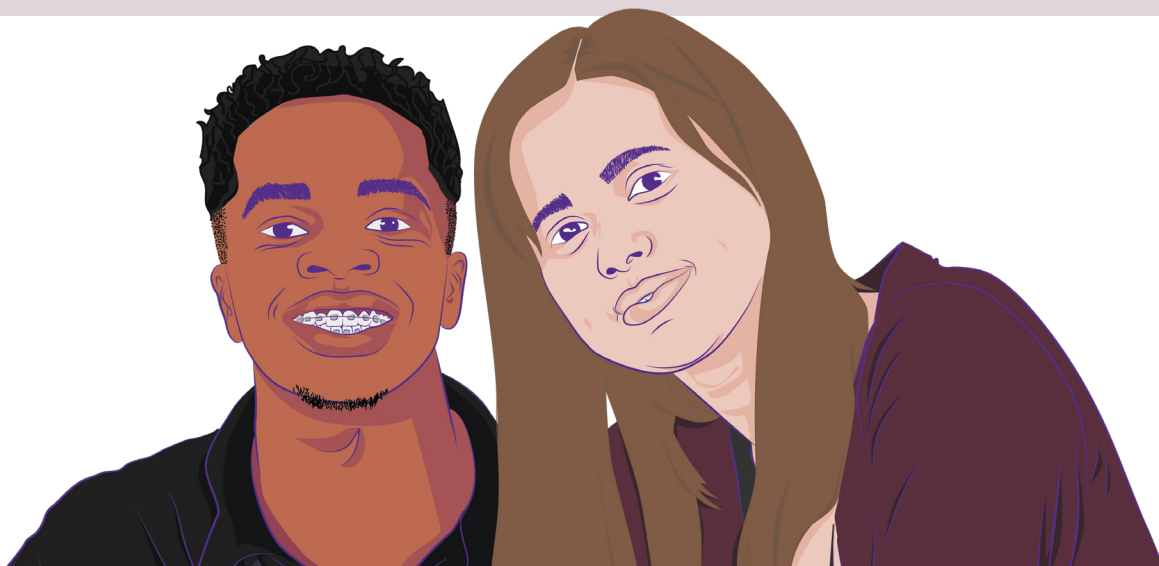
"Eso depende de varios factores, pero antes de responderte, quiero saber: ¿qué es lo que más te inquieta sobre esto? Algunas personas prefieren no ver nada, mientras que otras quieren tener más información sobre lo que sucederá. ¿Has pensado en cómo te gustaría que el equipo médico maneje esta parte del proceso? Estamos aquí para apoyarte de la manera que sea más adecuada para ti".

"¿Por qué no puedo usar sólo el primer medicamento (mifepristona)?"

"El primer medicamento sólo interrumpe el embarazo, pero no lo expulsa. Sin el segundo medicamento, el embarazo podría quedarse retenido y generar complicaciones. Ambos medicamentos trabajan juntos para que el proceso sea seguro y efectivo".

"Si aborto ahora, ¿mi próximo embarazo será más riesgoso?"

"No existe evidencia científica que demuestre que una IVE afecte futuros embarazos. Cada embarazo es un proceso único, con sus propios desarrollos y circunstancias. Lo más importante es que cuides tu salud y recibas acompañamiento médico antes, durante y después de cualquier gestación."





3-Competencias y desafíos del personal que realiza el acompañamiento para la IVE

La orientación en IVE requiere equipos con formación continua que integren lo técnico y lo humano, tal como señala la OMS (2022). Esto implica desarrollar competencias profesionales basadas en derechos humanos y SSSR, manteniendo una postura neutral, aunque existan convicciones personales diferentes (morales, religiosas o culturales). Es clave que el personal de salud reflexione sobre sus valores para separarlos de sus responsabilidades profesionales, garantizando una atención ética y respetuosa. En un Estado de derecho, el cumplimiento de la normativa sobre IVE es obligatorio, independientemente de las creencias individuales, priorizando siempre el derecho de las personas a recibir atención libre de juicios.

Es necesario comprender claramente el alcance legal y ético de la objeción de conciencia, con el fin de impedir que se convierta en un mecanismo para imponer barreras que alimenten prácticas estigmatizantes, vulneren la libertad de elección y limiten el acceso oportuno a la atención para quienes solicitan una interrupción.

Adicionalmente, se requiere que el equipo de salud se prepare para ofrecer atención centrada en la persona, con enfoque de derechos, de género, interseccional e intercultural que considere las diversas realidades.

3.1. Competencias del personal de salud

Cualquier persona que presta servicios de salud con la formación adecuada puede ofrecer un acompañamiento en el proceso de IVE. Si bien este servicio suele estar a cargo de profesionales de trabajo social y psicología, es fundamental incluir a otras áreas de la salud, como enfermería y medicina, así como a cualquier persona con conocimientos, sensibilidad y experiencia necesarios para llevar a cabo este proceso de manera idónea, siempre que cuente con el entrenamiento en los temas clave.

En todos los casos, se recomienda que cuenten con conocimientos y experiencia en SSSR, sean sensibles a las realidades que enfrentan las mujeres y personas gestantes, y posean una actitud que garantice un vínculo digno y humanizado en la atención. Según la OMS, las competencias se definen como las capacidades de una persona para combinar conocimientos, habilidades y actitudes en el desempeño de tareas dentro de un contexto específico.

En el siguiente gráfico se presenta la información clave para el desarrollo o fortalecimiento de algunas competencias necesarias para el proceso de orientación, asesoría y soporte integral en la atención de la IVE, con base en las

recomendaciones de la OMS en el documento Conjunto de herramientas de planificación familiar y atención integral para el aborto destinado a los trabajadores de atención primaria de salud (2023).

Gráfico #27

Competencias clave para la orientación, asesoría y

soporte integral en la atención de la IVE según la OMS

Competencias y comportamientos asociados

Empoderamiento de la persona:

- * Brindar información clara y apoyo respetuoso.
- * Respetar sus decisiones, derechos y preferencias.
- * Fomentar su autonomía en el proceso de salud.

Sensibilidad cultural:

- * Crear espacios libres de prejuicios.
- * Practicar humildad cultural (autorreflexión sobre sesgos).

Comunicación efectiva:

- * Adaptar lenguaje y tono a cada persona.
- * Respetar sus decisiones, derechos y preferencias.
- * Garantizar comprensión mutua.

Información clara:

- * Explicar opciones con precisión y sencillez.
- * Evitar tecnicismos innecesarios.
- * Diferenciar entre hechos y opiniones.

Mejora continua:

- * Actualizar conocimientos en SSR/IVE.
- * Practicar autorreflexión sobre sesgos.
- * Buscar retroalimentación e integrar mejoras.

Fuente: Adaptado del documento Conjunto de herramientas de planificación familiar y atención integral para el aborto destinado a los trabajadores de atención primaria en salud (OMS, 2023).

Para ampliar la información relacionada con las competencias y su desarrollo, se recomienda consultar la Guía para la Formación y Fortalecimiento de Competencias para la Garantía del Derecho al Acceso a la IVE.

3.2. Desafíos

El personal que atiende la IVE enfrenta desafíos específicos que requieren estrategias concretas y un enfoque centrado en las necesidades, de derechos, género e interseccional. Entre estos desafíos se incluyen: i) gestionar la objeción de conciencia para eliminar barreras; ii) reducir el estigma con capacitación y lenguaje neutral; y iii) garantizar un abordaje de derechos, género e interseccional, asegurando que la atención responda a cada realidad con pertinencia cultural.

3.2.1. El desafío de la objeción de conciencia

La Resolución 051 de 2023 del MSPS establece lineamientos claros sobre el ejercicio de la objeción de conciencia en la prestación de servicios de IVE, garantizando que este derecho individual no se convierta en una barrera de acceso. En este marco, se enfatiza que únicamente quien realiza directamente el procedimiento puede acogerse a la objeción de conciencia, siempre que lo haga de manera individual, argumentada y por escrito. La norma también deja claro que ni las instituciones, ni el personal administrativo, ni quienes brindan servicios de orientación, asesoría o soporte pueden invocar objeción de conciencia ni obstaculizar el acceso a la IVE, asegurando así que la atención se brinde de manera oportuna, sin dilaciones ni vulneraciones a los derechos. A continuación, se presentan algunos detalles de esta resolución:

Solo el profesional encargado de realizar directamente el procedimiento para la interrupción voluntaria del embarazo podrá objetar por razones de conciencia el cumplimiento de dicha obligación siempre que se formule por escrito expresando: las razones por las cuales la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo está en contra de sus más íntimas convicciones, para lo cual no servirán formatos generales de tipo

colectivo, ni aquellos que realice persona distinta a quien ejerce la objeción de conciencia y; el profesional médico al cual remite a la paciente que necesita ser atendida (...). En ningún caso, las personas que cumplen funciones asistenciales, de cuidado, preparatorias o posteriores a la intervención, o que cumplan funciones administrativas o de manejo o dirección, podrán negarse a que se practique la interrupción voluntaria del embarazo o demorar, obstruir, o negar el acceso a dicha atención (Artículo 16).

El personal de salud debe aplicar rigurosamente la objeción de conciencia según la normativa vigente, sin interpretaciones erróneas que generen barreras. Quienes brindan orientación, asesoría y soporte integral en IVE no pueden invocar objeción de conciencia; ante conflictos personales, deben trabajar en superarlos para ofrecer atención cualificada e imparcial, o considerar reorientar su práctica profesional.

Para ampliar la información relacionada con la objeción de conciencia, se recomienda consultar la Guía para la Formación y Fortalecimiento de Competencias para la Garantía del Derecho al Acceso a la IVE, capítulo 4.

3.2.2. El desafío de la transformación de actitudes respecto al aborto: ejercicios de aclaración de valores

En la práctica profesional es esperable que el personal de salud posea creencias y valores personales sobre el aborto; sin embargo, garantizar atención basada en derechos exige reflexionar sobre cómo esas creencias pueden influir en la calidad del servicio. En esta sección se presentan ejercicios estructurados de aclaración de valores, inspirados en enfoques como los desarrollados por IPAS en su documento Aclaración de valores para transformación y acción (AVTA), los cuales buscan facilitar un espacio de análisis personal y colectivo. Estas actividades promueven la identificación de po-

sibles sesgos y el fortalecimiento del compromiso con una atención basada en el respeto, la ética profesional y los derechos humanos.

1. Actividad de aclaración de valores: “Cruzar la línea”

➤ **Objetivo:** esta actividad busca identificar las posturas personales sobre la IVE, reflexionando sobre cómo estas creencias pueden influir en la calidad del servicio y en la reproducción de estigmas hacia el aborto.

➤ **Instrucciones:** marque en la columna “Cruzo la línea” si la afirmación coincide con sus creencias o experiencias personales. Si no se identifica con la afirmación, marque “Me quedo”. Si realiza el ejercicio con alguien más, inicialmente absténgase de hacer comentarios. Comparta si cruzó o no la línea. Luego, reflexione sobre su posición y escuche a los demás sin interrumpir ni debatir.

➤ **Reflexiones:** para profundizar en la actividad, considere las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se sintió al realizar la actividad?
- ¿Qué aprendió sobre sus propias percepciones respecto al aborto?
- ¿Han cambiado sus sentimientos respecto a la IVE con el tiempo?
- ¿De qué manera cree que el estigma afecta la experiencia de las personas que solicitan una IVE y de sus familiares?
- ¿Cómo cree que el estigma impacta en la práctica profesional del personal de salud que atiende estos casos?

Este ejercicio permite identificar experiencias y creencias personales sobre la IVE, analizar la influencia del estigma y fomentar una reflexión sobre su impacto en la atención en salud.

➤ **Ejercicios adicionales:** una vez realizada la actividad, puede ampliarla con otras declaraciones, tales como:

- Alguna vez escuché a un colega referirse al personal que practica abortos de manera negativa.
- He presenciado situaciones en las que se ha negado o retrasado el acceso a una IVE sin justificación médica.
- En algún momento, tuve dudas sobre si realizar o no un procedimiento de IVE.
- Alguna vez sentí que la formación que recibí sobre aborto fue insuficiente o sesgada.



Tabla #20

Cruzar la línea: ejercicio de aclaración de valores en la atención de la IVE

Declaración	Me quedo	Cruzo la línea
* "En algún momento de su vida pensó que el aborto es algo negativo.		
* Su formación profesional le llevó a considerar el aborto como un derecho en salud.		
* Alguna vez sintió incomodidad al atender a alguien que buscaba una IVE.		
* Conoce a colegas que han expresado abiertamente estar en contra de la IVE.		
* Ha sido testigo de barreras administrativas o institucionales que dificultan el acceso a la IVE.		
* Alguna vez ha evitado hablar sobre aborto en el entorno laboral para no enfrentar conflictos.		
* Ha atendido a personas que buscan una IVE luego de haber recibido información errónea o prejuiciosa sobre el procedimiento.		
* Ha sentido que su postura personal sobre la IVE ha cambiado a lo largo del tiempo.		
* Cree que todas las personas merecen acceso a servicios de aborto seguros y de calidad, sin importar su razón para optar por esta alternativa.		

Fuente: Tomado del documento Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores. (Turner, et.al. 2008), IPAS.

2. Actividad de aclaración de valores: "Continuo de adaptación"

➤ **Objetivo:** esta actividad busca reflexionar sobre el nivel de comodidad y adaptación personal en relación con la prestación de servicios de aborto seguro y la defensa de este derecho. Permite analizar cómo las experiencias individuales y las normas sociales influyen en la práctica profesional y en la atención a quienes solicitan una IVE.

➤ **Instrucciones:** lea cada una de las preguntas y ubíquese en el punto del continuo que mejor represente su sentir marcando la opción co-

respondiente. Responda con franqueza y evite dejarse influenciar por las opiniones de su entorno laboral o institucional. Si realiza la actividad con alguien más, escuche atentamente sus respuestas sin interrumpir. Una vez finalizada la autoevaluación, pase a la sección de reflexiones.

➤ **Reflexiones:** para profundizar en la actividad, considere las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se sintió al responder?
- ¿Hubo preguntas que le generaron dudas o la necesidad de cambiar de posición?
- ¿Qué le sorprendió de sus respuestas?
- ¿Qué aprendió sobre su propio nivel de adap-

tación respecto a la IVE?

-¿Considera que conocer la historia o razón de la persona solicitante influye en su nivel de comodidad para atender una IVE?

-¿Cómo cree que su nivel de adaptación impacta en la experiencia de las personas que solicitan una IVE y en la de sus colegas?

Esta actividad invita a analizar cómo nuestras

vivencias personales han influido en nuestra postura frente a la IVE y cómo podría ser diferente si hubiéramos tenido otras circunstancias. También permite reflexionar sobre cómo estos niveles de adaptación pueden afectar la atención en salud y la percepción que tienen quienes buscan estos servicios.

Tabla #21

Continuo de adaptación: ejercicio de aclaración de valores en la atención de la IVE

Pregunta	Nada	Poco	Mucho
¿Qué tanta comodidad siente con la existencia de servicios legales y seguros de aborto en su país?			
¿Qué tanta comodidad siente discutiendo el tema del aborto fuera de su entorno de trabajo?			
¿Qué tanta comodidad siente tratando el tema del aborto con colegas de trabajo?			
¿Cuán bien informado/a está sobre las leyes y políticas de servicios de aborto en el país?			
¿Qué tanta comodidad siente apoyando la atención del aborto en el primer trimestre?			
¿Qué nivel de comodidad siente al brindar apoyo en tratamientos de aborto durante el segundo trimestre de gestación?			
¿Qué tanta comodidad siente respaldando públicamente a quienes tienen abortos y a profesionales de salud que los realizan?			
¿Qué tanta comodidad siente trabajando en un establecimiento en el que se protege el derecho al aborto?			
¿Qué tanta comodidad siente proporcionando atención directa a personas que solicitan una IVE?			
¿Qué tanta comodidad siente con el derecho de todas las personas a acceder a un aborto seguro, independientemente de sus razones?			

Fuente: Tomado del documento *Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores*. (Turner, et.al. 2008), IPAS.

3.2.3. El desafío de la reducción del estigma sobre la IVE

El estigma se refiere a la percepción social negativa y moralmente cuestionable sobre el aborto, que puede afectar directamente la calidad y accesibilidad de la atención en SSSR. Por ello, es esencial desarrollar estrategias que reduzcan el estigma, porque puede afectar la calidad de la atención, generar barreras de acceso a los servicios y aumentar la vulnerabilidad de quienes buscan este procedimiento (IPAS, 2018).

A continuación, se proponen algunas estrategias que pueden ser útiles para trabajar en la disminución del estigma:

1. La reflexión constante sobre los valores personales respecto al aborto permite desarrollar posturas informadas, basadas en evidencia y derechos humanos más que en creencias no cuestionadas. Esta práctica—que incluye actividades de aclaración de valores para identificar sesgos, fortalece la atención ética y sin estigmas, recordando que el acceso a la IVE se rige por el marco legal y ético, no por juicios individuales.

2. El lenguaje utilizado en la atención del aborto debe ser neutral y basado en derechos, ya que influye directamente en la percepción y acceso al servicio. Un vocabulario cuidadoso promueve un entorno respetuoso y empático, mientras que términos estigmatizantes generan barreras, miedo y culpabilidad. Se recomienda: **I)** vigilar activamente para excluir juicios y estereotipos del lenguaje, **II)** priorizar palabras que enfatizan la autonomía y salud de la persona, y **III)** optar por términos clínicos sobre aquellos con carga emocional negativa.

3. La formación continua basada en evidencia es clave para superar brechas de conocimiento en profesionales de salud sobre IVE, causadas por falta de actualización, carga laboral o recursos limitados. Capacitaciones en datos es-

tadísticos, evidencia médica y marcos legales fortalecen sus competencias técnicas y humanas, promoviendo una atención respetuosa y libre de estigma. Esto requiere: **I)** constante actualización normativa y científica sobre IVE, **II)** entrenamiento en aborto seguro y salud sexual integral, y **III)** difusión de estándares internacionales de derechos humanos aplicables.

4. Los espacios de apoyo entre colegas son fundamentales para enriquecer la práctica profesional en IVE, permitiendo el intercambio de experiencias, la reflexión sobre desafíos clínicos y la aplicación de conocimientos teóricos en la práctica. Estos diálogos—que deben ser abiertos y respetuosos, fomentan comprensión amplia del aborto, contrastan perspectivas y construyen enfoques empáticos libres de estigma. Es clave: **I)** facilitar conversaciones para compartir preocupaciones, **II)** apoyar a colegas que enfrentan resistencias laborales, y **III)** sensibilizar sobre la importancia de una atención no discriminatoria, creando así entornos colaborativos comprometidos con la calidad del servicio.

5. Las personas que buscan una IVE enfrentan un estigma social que se agrava cuando reciben atención médica con juicios o trato despectivo, vulnerando sus derechos. Para contrarrestarlo, los equipos de salud deben garantizar un ambiente respetuoso y libre de discriminación, reconociendo que: **I)** el estigma genera culpa y miedo innecesarios, **II)** se requieren estrategias de atención no directiva y sensible, y **III)** la IVE es un servicio esencial en el que toda persona merece calidad y respeto, independientemente de sus motivos.

6. La reducción del estigma en IVE requiere acciones que trasciendan la atención clínica, impulsando cambios estructurales en políticas institucionales y cultura organizacional del sector salud. Esto implica: **I)** actualizar protocolos para eliminar barreras en la atención, **II)** participar en espacios de formulación de políticas públicas que garanticen acceso seguro y dig-

no, y III) fomentar una cultura institucional que reconozca la SSSR como derecho fundamental. Este enfoque integral transforma prácticas individuales, asigna recursos adecuados y consolida sistemas de salud basados en equidad y derechos.

3.2.4. El desafío de la inclusión y la atención de poblaciones priorizadas

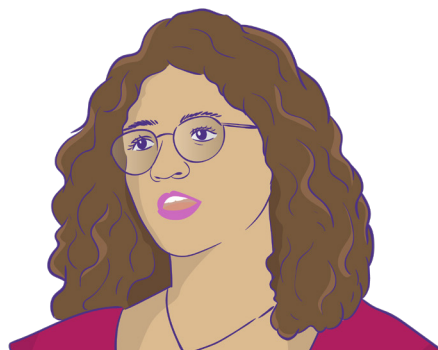
Es esencial reconocer que las necesidades y experiencias de quienes buscan una IVE son diversas. La población infantil y adolescente, sobrevivientes de violencia, personas con discapacidad, mujeres trans, hombres trans, personas no binarias y otras identidades de género, así como personas con orientaciones sexuales diversas, las personas en situación de movilidad o en contextos humanitarios, las comunidades étnicas, poblaciones afrodescendientes, palenqueras y raizales, y quienes residen en zonas rurales o remotas enfrentan obstáculos diferenciados que pueden agravar su situación de vulnerabilidad si la atención no se adapta a sus realidades.

Los servicios de salud deben ser accesibles, culturalmente competentes y libres de estigma, erradicando la reproducción de prejuicios y condiciones de exclusión. Este capítulo analiza los desafíos de la inclusión en la atención de la IVE desde un enfoque diferencial, con el propósito de orientar a quienes prestan servicios de salud en la identificación de barreras, la implementación de estrategias adaptadas y la promoción de prácticas que reduzcan el riesgo de revictimización o discriminación.

Enfoque interseccional en la atención de IVE

El enfoque interseccional nace como respuesta crítica ante las limitaciones de movimientos sociales y teorías que abordaron las desigualdades desde perspectivas fragmentadas. Aunque sus raíces pueden rastrearse en luchas

anteriores, la interseccionalidad como concepto fue formalizada a finales del siglo XX por académicas y activistas negras como Kimberlé Crenshaw (1989) y Patricia Hill Collins (2002). Estas pensadoras evidenciaron que las mujeres negras no se sentían representadas ni por el feminismo predominante (que centraba su análisis en las experiencias de mujeres blancas), ni por el movimiento antirracista (que priorizaba las luchas de los hombres negros).



La interseccionalidad no se limita a sumar categorías como género, raza o clase; más bien, busca entender cómo estas se entrelazan y producen experiencias únicas de opresión y privilegio. Como lo plantea Crenshaw (1989), el cruce de ejes como el género y la raza no es una mera superposición, sino un espacio en el que se generan realidades específicas que no pueden ser comprendidas desde enfoques unidimensionales. Por ejemplo, las mujeres negras enfrentan formas de discriminación que no son equivalentes a la suma del racismo y el sexismo, sino que son el resultado de la interacción dinámica entre ambos.

Patricia Hill Collins (2002) profundiza en esta idea al proponer el concepto de “matriz de dominación”, donde los ejes de opresión (como raza, género, clase, sexualidad y capacidad) no operan de manera aislada, sino que están interconectados en un sistema complejo. Esta matriz no sólo visibiliza posiciones de poder y subordinación, sino que permite comprender cómo se pueden ocupar simultáneamente roles de privilegio y opresión. Por ejemplo, una mujer blanca de clase media puede experimentar

privilegios por su raza y clase, pero al mismo tiempo enfrentar discriminación por su género.

En el ámbito práctico, la interseccionalidad se ha convertido en una herramienta fundamental para diseñar políticas públicas y estrategias de intervención social que reconozcan y aborden las múltiples dimensiones de la desigualdad. Por ejemplo, en el campo de la salud, este enfoque permite identificar cómo las barreras de acceso no sólo están determinadas por el género, sino también por factores como la raza, la clase social o la ubicación geográfica.

En el contexto de la IVE, este enfoque ayuda a entender cómo las desigualdades estructu-

rales impactan de forma distinta a mujeres y personas gestantes, en especial a los grupos históricamente marginados que ya hemos mencionado.

La Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional reconoce explícitamente la necesidad de identificar y eliminar barreras interseccionales en el acceso a la IVE, enfatizando que el Estado debe garantizar este derecho sin discriminación y con un enfoque diferencial. Además, la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015 del Congreso de Colombia) establece que el derecho a la salud debe ser universal y equitativo, lo que implica considerar las particularidades de cada persona y grupo poblacional.

Tabla #22

Barreras interseccionales en el acceso a la IVE

Barreras interseccionales en el acceso a la IVE

Geográficas

Las personas en zonas rurales, dispersas o remotas enfrentan dificultades para acceder a servicios de salud debido a la falta de infraestructura y transporte.

Culturales y lingüísticas

Las comunidades étnicas y la población afrodescendiente suelen enfrentar barreras relacionadas con el idioma, las prácticas culturales y la falta de enfoque intercultural en los servicios de salud.

Económicas

Las personas en situación de pobreza pueden tener dificultades para costear transporte, medicamentos o servicios de salud privados.

Discriminación por discapacidad

Las personas con discapacidad pueden enfrentar barreras actitudinales, físicas y de comunicación que limitan su acceso a la IVE.

Estigma y discriminación por orientación sexual e identidad de género

Las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas pueden enfrentar discriminación, estigma y falta de competencia cultural por parte del personal de salud.

Situación migratoria

Las personas migrantes pueden enfrentar barreras administrativas, como la exigencia de documentos de identidad o afiliación al sistema de salud.

¿Cuál es el marco normativo para este abordaje?

En Colombia, el enfoque interseccional se articula mediante un marco normativo progresivo que integra perspectivas de género, étnicas, etarias, de discapacidad y territoriales para garantizar derechos en salud. Este enfoque es fundamental en la atención de SSSR e IVE, donde convergen múltiples desigualdades. La Resolución 2138 de 2023 del MSPS establece la transversalización del enfoque de género en el sector salud, exigiendo eliminar barreras por sexo, género, identidad de género u orientación sexual. Complementariamente, el Decreto 1710 de 2020 del Consejo Superior de la Judicatura crea el Mecanismo Articulador para el Abordaje Integral de Violencias por Razones de Sexo y Género, priorizando a mujeres, niñas y adolescentes en servicios de salud pública. Estas normas operacionalizan mandatos constitucionales (Art. 13 de la Corte Constitucional sobre igualdad), que exigen atención sin discriminación. Adicionalmente, instrumentos como la Guía para el Enfoque Diferencial e Interseccional del DANE (2020) proveen metodologías para capturar datos desagregados (etnia, discapacidad, identidad de género), esenciales para diseñar políticas de SSSR culturalmente pertinentes.

Complementariamente, la Resolución 051 de 2023 del MSPS refuerza la importancia de brindar ajustes razonables y apoyos necesarios para garantizar que todas las personas puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones. Este marco busca que la atención en SSSR reconozca cómo factores como ser mujer indígena, adolescente rural o con discapacidad generan barreras acumuladas, exigiendo respuestas adaptadas a cruces identitarios desde el ámbito normativo hasta la práctica clínica.

En el ámbito internacional, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Con-

vención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) establecen la obligación de los Estados de garantizar el acceso a servicios de SSSR, incluida la IVE, sin discriminación y con un enfoque interseccional.

La interseccionalidad en la atención de la IVE no solo es un enfoque teórico, sino una herramienta práctica para garantizar que todas las personas, independientemente de su identidad, condición o contexto, puedan acceder a este derecho de manera segura, digna y respetuosa. La implementación de políticas y prácticas con enfoque interseccional no solo es un paso fundamental para avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, sino que también permite diseñar estrategias concretas que eliminen las barreras estructurales y reduzcan la desigualdad en el acceso a servicios de SSSR.

A continuación, se presenta un caso que ilustra cómo las distintas dimensiones de la interseccionalidad—como la pertenencia étnico-racial, la ruralidad y la discapacidad, inciden en el acceso a la IVE y en la necesidad de un abordaje integral. A través de este ejemplo, se evidencia la importancia de garantizar una atención diferenciada que responda a las barreras y condiciones de vulnerabilidad específicas:



Ana Matilde, mujer afrodescendiente de una zona rural dispersa del Pacífico colombiano, acudió a una consulta de IVE. Vive con una discapacidad física que le dificulta caminar sin muletas.

Su comunidad carece de centro de salud, y el más cercano (a 3 horas en lancha) no cuenta con rampas, sillas ginecológicas adaptadas o personal capacitado en atención a personas con discapacidad. El transporte público accesible es inexistente, y los costos de un vehículo privado superan sus ingresos como agricultora de subsistencia.

Durante la consulta, reveló que su pareja controla sus documentos de identidad y los subsidios estatales que recibe por discapacidad, ejerciendo violencia económica y psicológica. Al confirmar su embarazo, las agresiones se intensificaron: la amenazó con abandonarla si interrumpía el embarazo, aprovechando su dependencia física y el aislamiento geográfico. No pudo denunciar porque la Comisaría de Familia más cercana está en la cabecera municipal (solo accesible por vía fluvial).

Refirió insomnio, ideación suicida y dolor crónico no tratado (asociado a su discapacidad). El personal de salud inicialmente minimizó sus quejas, atribuyéndolas a "problemas emocionales de mujeres negras" (sesgo étnico-racial y de género), hasta que una enfermera especializada en enfoque diferencial identificó:

- Triple barrera de acceso: geográfica (ruralidad), física (discapacidad sin ajustes razonables) y étnico-racial (desconfianza en el sistema por experiencias previas de racismo).
- VBG como factor de riesgo para mortalidad materna.
- Crisis de salud mental agravada por la intersección de vulnerabilidades.
- Se activó el protocolo de IVE con enfoque interseccional.
- Acompañamiento intercultural (enlace con partera tradicional afro para apoyo emocional).
- Transporte humanizado adaptado (ambulancia fluvial con rampa).
- Intervención integral: IVE segura + fisioterapia para el dolor + contención psicosocial urgente.
- Derivación a la ruta de VBG con medidas de protección (articulando con el Decreto 1710 de 2020 del Consejo Superior de la Judicatura).

Este caso ejemplifica la urgencia de realizar una articulación intersectorial, así como implementar los ajustes razonables obligatorios para casos con múltiples condiciones de vulnerabilidad. Se evidencia cómo la atención en salud con enfoque interseccional puede marcar la diferencia entre una atención accesible y digna o la perpetuación de desigualdades estructurales que vulneran los derechos de las personas más excluidas.

Población infantil y adolescente

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez, marcada por cambios físicos, psicológicos y sociales que generan necesidades específicas en materia de salud. En este contexto, la orientación en SSSR, incluyendo la IVE, debe aplicar estrategias específicas que aseguren el acceso a información precisa, objetiva y libre de prejuicios, promuevan la confidencialidad y eliminen las barreras institucionales que dificultan el ejercicio de sus derechos.

En los últimos años, el reconocimiento de los derechos de la población adolescente ha evolucionado, pasando de un enfoque predominantemente protector a uno que valora sus capacidades evolutivas y su derecho a la toma de decisiones. Este enfoque implica fortalecer progresivamente su autonomía, permitiéndoles tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar. La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas establece que el interés superior de la infancia debe orientar cualquier decisión que les concierna, lo que exige garantizar un entorno en el que se respete su voz y su autodeterminación.

«Autonomía y derecho para decidir

La atención de la IVE en la población infantil y adolescente exige un abordaje diferencial que garantice el respeto por su autonomía y derechos fundamentales. En Colombia, la Resolución 051 de 2023 del MSPS plantea que

“las niñas menores de 14 años pueden ejercer su derecho a la IVE de manera autónoma. Su deseo de interrumpir o continuar con el embarazo prima sobre los deseos de sus padres o representantes legales, aun si ellos no están de acuerdo con su decisión” (numeral 4.2.5.9). Esta disposición reafirma el principio de autonomía progresiva, según el cual los menores de edad tienen la capacidad de tomar decisiones sobre su propio cuerpo y SSSR.

La Sentencia C-900 de 2011 de la Corte Constitucional subraya que el interés superior de la niña, niño y adolescente (NNA) debe prevalecer sobre cualquier otra consideración en las decisiones que los afecten. Además, enfatiza la obligación del Estado de garantizar su protección integral, lo que incluye su desarrollo físico, mental, emocional y social, así como el acceso efectivo a servicios de salud, sin que terceros impongan barreras indebidas a estos derechos. Por su parte, la Sentencia T-565 de 2013 de la Corte Constitucional resalta la importancia del enfoque diferencial en la atención a la infancia y adolescencia, reconociendo sus particularidades según edad, género, etnia, discapacidad y contexto social. También enfatiza la necesidad de proteger a esta población de cualquier forma de violencia o coerción, y de garantizar su derecho a la participación en las decisiones que les afecten, en función de su edad y madurez.

«Superación de prejuicios en la atención en salud

Un obstáculo recurrente en la atención de la IVE en esta población es la creencia errónea de que las personas menores de edad carecen de la madurez suficiente para tomar decisiones informadas sobre su embarazo y su salud. Este prejuicio puede llevar a que terceros (familiares, profesionales de salud o instituciones) suplanten la toma de decisiones, limitando la autonomía y reforzando patrones de infantilización y tutela.

Para el personal de salud, es crucial reconocer que la madurez no se mide de manera uniforme ni se utiliza como argumento para desconocer el derecho a decidir. En lugar de evaluar si la persona menor ‘es lo suficientemente madura’, se debe garantizar el acceso a información clara y comprensible para que tome una decisión libre e informada, con el apoyo necesario, pero sin imposiciones.

Se ha establecido que cuando cuentan con la adecuada información y acompañamiento, las personas adolescentes muestran un juicio de valor igualmente estructurado que las adultas y son tan capaces como ellas de tomar decisiones adecuadas sobre su SSSR y sobre su bienestar general (Charles et al., 2008). Además, las investigaciones que analizan el impacto de la IVE en la salud mental, incluyendo en la adolescencia, muestran que no se ha encontrado evidencia de que la IVE aumente el riesgo de enfermedad psicológica en comparación con la continuación del embarazo hasta el parto (Steinberg & Finer, 2011). Estas evidencias refuerzan la importancia de brindar una atención libre de sesgos y basada en datos científicos.

«Libertad de decisión en la elección del tratamiento

Al igual que en la decisión de interrumpir el embarazo, la elección del método de IVE también debe garantizar la autonomía. Los prejuicios que asumen que las personas menores de edad no pueden elegir adecuadamente su tratamiento pueden llevar a que el personal de salud imponga opciones según su propio criterio, desconociendo las preferencias y necesidades en atención.

Es fundamental que el equipo de salud proporcione información completa y adaptada a la edad, asegurando que la niña, niño o adolescente comprenda las opciones disponibles y sus implicaciones.

«Rol del personal de salud en la garantía de derechos

El personal de salud desempeña un papel clave en la garantía de los DSDR de la población infantil y adolescente. Para ello, es imprescindible:

- Proporcionar información clara, accesible y libre de juicios de valor.
- Asegurar que la consulta se desarrolle en un ambiente de confianza y confidencialidad.
- Garantizar que ninguna forma de coerción, presión o influencia condicione la decisión de la

persona menor de edad.

- Actuar como garantes de derechos, interviniendo ante cualquier intento de obstaculizar el acceso a la IVE por parte de familiares o terceros.

En conclusión, garantizar el acceso a la IVE para NNA requiere el reconocimiento de su autonomía y la eliminación de barreras derivadas de prejuicios o normas sociales restrictivas. El rol del personal de salud es esencial para asegurar un acompañamiento respetuoso y basado en derechos, promoviendo un entorno en el que las decisiones sean tomadas libremente, y con el respaldo de información veraz y objetiva.

Gráfico #28

Situaciones y respuestas recomendadas para la orientación y asesoría a población infantil y adolescente

Situación	Respuesta recomendada
Una adolescente de 16 años acude sola al servicio de salud y solicita información sobre la IVE. Expresa temor de que su familia se entere y duda sobre si tiene derecho a acceder sin acompañamiento de un adulto.	Se le brinda información clara sobre su derecho a la confidencialidad y autonomía progresiva. Se le explica que puede acceder sin necesidad de permiso de terceros, pero que, si se siente cómoda, puede contar con el acompañamiento de alguien de confianza. Se le ofrece apoyo emocional y orientación sobre el proceso.
Una niña de 12 años llega acompañada por un familiar adulto que insiste en que continúe con el embarazo, aunque ella manifiesta su deseo de interrumpirlo.	Se prioriza la voluntad de la niña y se indaga con sensibilidad sobre posibles situaciones de violencia o presión. Se activa el enfoque de protección integral, asegurando que reciba orientación sin coerción externa. Se coordina con equipos de apoyo psicosocial y, si es necesario, se remiten alertas a instancias de protección.
Una adolescente de 15 años acude al servicio de salud y solicita información sobre la IVE. Durante la conversación, revela que su pareja y algunos amigos la están presionando para que interrumpa el embarazo, argumentando que "es lo mejor para todos". La joven expresa sentirse confundida y temerosa de que su familia se entere. Además, duda sobre si tiene derecho a tomar una decisión sin el acompañamiento de un adulto y si su pareja podría influir en el proceso.	Se le brinda información clara sobre su derecho a la confidencialidad, autonomía y a tomar decisiones libres de presiones. Se le explica que la interrupción del embarazo es una decisión personal y que nadie puede obligarla a realizarla. Se le ofrece apoyo emocional y orientación sobre todas las opciones disponibles, asegurándole que no está sola en el proceso. Además, se le garantiza un espacio seguro para reflexionar y tomar una decisión informada, respetando sus tiempos y deseos. Si lo requiere, se le proporciona acompañamiento psicológico o legal para manejar situaciones de coerción.

Sobrevivientes de violencias basadas en el género (VBG)

Las experiencias de violencia pueden tener efectos profundos y duraderos en la vida de quienes las enfrentan, generando afectaciones psicológicas, físicas y sociales. El derecho a una vida libre de violencia está reconocido en acuerdos internacionales como la CEDAW y la Declaración de la ONU de 1993, y en el ámbito nacional por la Ley 1257 de 2008 del Congreso de Colombia, que conceptualiza y sanciona las violencias contra las mujeres. Pese a este marco protector, solo el 40% de las mujeres busca ayuda tras sufrir violencia. Garantizar el acceso oportuno a servicios multisectoriales de calidad—con sensibilidad al enfoque de género que exige dicha ley—es esencial para la seguridad, recuperación integral y protección de quienes enfrentan múltiples formas de discriminación.

En el caso específico de la IVE, la atención debe incluir un enfoque sensible a experiencias de violencia, asegurando condiciones reforzadas de protección, acompañamiento y acceso sin demoras. El personal de salud debe proporcionar una atención respetuosa, sin solicitar relatos detallados que reactiven el trauma, permitiendo la expresión de emociones en entornos seguros y priorizando el bienestar emocional.

Además, para sobrevivientes de violencia sexual, es fundamental aplicar el Protocolo de Atención Integral en Salud (Resolución 459 de 2012 del MSPS), que establece directrices para una atención basada en derechos. El acceso a la IVE no puede condicionarse a evaluaciones o intervenciones adicionales que retrasen el procedimiento. Es responsabilidad del equipo de salud activar rutas interinstitucionales cuando sea necesario, sin que esto represente barreras para la IVE oportuna.

En esta atención se tiene en cuenta principalmente:

➤ **Garantizar un entorno de atención seguro, sin coerción y con enfoque en la autonomía.**

Quienes sobreviven a la VBG han vivido situaciones de abuso de poder que limitaron su autonomía. Por ello, la atención en salud, especialmente el acceso a la IVE debe garantizarles su control sobre el proceso. Es esencial brindar información clara y sin presiones, asegurando una decisión libre e informada. Además, se debe respetar la confidencialidad y no formular juicios que reproduzcan estereotipos de género o cuestionen su experiencia.

➤ **Erradicar la revictimización y fortalecer redes de apoyo.**

El acceso a la IVE no debe exponer a la persona a interrogatorios invasivos o pruebas innecesarias que revivan su experiencia de violencia. La atención debe centrarse en garantizar el derecho a la atención sin solicitar detalles innecesarios sobre la agresión. Es clave activar rutas de apoyo psicosocial y legal sin condicionar la IVE a estos servicios, y articular con instituciones y organizaciones especializadas para ofrecer una atención integral. Esto no solo asegura el proceso, sino que también brinda herramientas para la recuperación emocional y la protección frente a futuras violencias.

Tabla #23

Recomendaciones para proteger a las personas sobrevivientes de VBG

- 1** No utilice palabras como "brutal", "horrible" o "abominable" al describir situaciones. Estos términos pueden trivializar la gravedad del acto y generar morbo.
- 2** Utilice frases como "él la agredió" en lugar de "ella fue agredida". Esto refuerza que la violencia es un acto intencional y no un evento fortuito.

3

No asocie la violencia con factores como pobreza, cultura, religión, enfermedad mental, adicciones o pérdida de empleo. Estos elementos no eximen la responsabilidad de la persona victimaria.

4

No sugiera responsabilidad de la persona sobreviviente a través de frases como "pero ella", "debido a que ella" o "sin embargo ella". Tampoco relacione la violencia con su forma de vestir, decisiones personales o comportamientos.

5

Nunca plantee que la violencia es una expresión de amor, celos o problemas maritales. La violencia de género es una manifestación de poder y control, no de afecto.

6

No se limite a narrar casos específicos. Utilice la información para educar sobre las violencias basadas en género y promover estrategias de prevención.

Fuente: Tomado del reporte del Instituto Nacional de Salud (INS), a través de su Observatorio Nacional de Salud (ONS).

Atender las particularidades.

Las VBG constituyen una problemática global que afecta de manera desproporcionada a las mujeres, niñas y adolescentes, perpetuando desigualdades estructurales y limitando el ejercicio pleno de sus derechos. Estas violencias, que se manifiestan en formas físicas, sexuales, psicológicas, económicas y simbólicas, están profundamente arraigadas en patrones culturales, sociales e históricos que refuerzan la discriminación y la subordinación de las mujeres y otras identidades de género. Según datos de organizaciones internacionales, una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su vida, lo que evidencia la magnitud de esta crisis.

Sin embargo, es fundamental reconocer que las VBG no afectan a todas por igual. Las mujeres y niñas que pertenecen a poblaciones tradicionalmente excluidas, como las comunidades rurales, indígenas, raizales, afrodescendientes, personas con discapacidad y personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas, enfrentan formas interseccio-

nales de violencia que se ven agravadas por la discriminación étnico-racial, de clase, orientación sexual, identidad de género y condición de discapacidad. Estas violencias interseccionales no sólo profundizan su vulnerabilidad, sino que también dificultan su acceso a servicios de atención integral, incluyendo la IVE.

En este contexto, es imperativo que los procesos de atención en IVE tomen en consideración estas particularidades para garantizar un enfoque diferencial y transformador. La atención en IVE no puede limitarse a un enfoque biomédico; debe integrar una perspectiva de género, interseccional y cultural que reconozca las barreras específicas que enfrentan estas poblaciones. Por ejemplo, las personas de áreas rurales pueden encontrar dificultades para acceder a servicios de salud debido a la lejanía geográfica y la falta de infraestructura, mientras que quienes presentan discapacidad pueden encontrarse con barreras actitudinales y de comunicación que obstaculizan su derecho a una atención digna y oportuna.

Cifras de VBG en Colombia

según informe Forensis

Tabla #24

1

En Colombia, los casos de violencia sexual han aumentado constantemente, con tasas que pasaron de 47,79 (2012) a 52,96 (2019) por cada 100.000 habitantes.

2

Durante la pandemia (2020), la tasa disminuyó a 35,84, pero volvió a aumentar en 2021 y 2022, alcanzando 50,51 por 100.000 habitantes.

3

La mayoría de las víctimas son mujeres menores de 18 años, agredidas por familiares o conocidos en entornos considerados "seguros", como la vivienda.

Fuente: Tomado del Informe Forensis del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2022).

Gráfico #29

Situaciones y respuestas recomendadas para la orientación y asesoría a sobrevivientes de VBG

Situación

Una mujer que ha sido víctima de violencia de pareja acude a consulta para solicitar una IVE. Durante la conversación, menciona que su pareja la ha amenazado si decide interrumpir el embarazo y teme represalias si se entera de su decisión.

Respuesta recomendada

Brindar información sobre el derecho a la confidencialidad, autonomía y a tomar decisiones libres de presiones.

Explicar que la IVE es una decisión personal y que nadie, incluyendo su pareja, puede obligarla a realizarla o impedirselo.

Ofrecer apoyo emocional y orientación sobre todas las opciones disponibles, asegurándole que no está sola en el proceso.

Garantizar un espacio seguro para reflexionar y tomar una decisión informada, respetando sus tiempos y deseos.

Dado el contexto de violencia y amenazas, activar protocolos de protección y ofrecer acompañamiento psicológico y legal para manejar la situación de coerción y garantizar su seguridad.

Personas con discapacidad

La atención en la IVE para personas con discapacidad se fundamenta en un enfoque de derechos humanos que asegure la igualdad, el respeto a la autonomía y la no discriminación, y se

centre en las necesidades individuales de cada persona, considerando sus preferencias y habilidades funcionales. La Corte Constitucional de Colombia ha sido clara en reconocer que las mujeres y personas gestantes en condición de discapacidad tienen el derecho a acceder a la IVE en igualdad de condiciones que las demás, sin que su discapacidad sea un obstáculo para el ejercicio de este derecho.

En este sentido, la Resolución 051 de 2023 del MSPS reafirma la obligación en la prestación de servicios de salud de implementar todos los ajustes razonables y apoyos necesarios para asegurar que las personas con discapacidad puedan expresar su voluntad de manera libre e informada, sin que esta sea suplantada por la opinión de familiares, tutores o terceros.

Este marco normativo y jurisprudencial, que incluye la Ley 1996 de 2019 del Congreso de Colombia y la Resolución 1904 de 2017 del MSPS, establece que el consentimiento informado de las personas con discapacidad debe ser el eje central de la atención en IVE. Esto implica que no se puede negar o anular su capacidad jurídica por motivos de discapacidad, ni imponer barreras o requisitos adicionales que limiten o retrasen su acceso a este servicio de salud. Por el contrario, es necesario eliminar todas las prácticas que obstaculicen el ejercicio pleno de sus derechos, garantizando que la atención sea oportuna, digna y respetuosa de su autonomía. En la práctica, implica capacitar al personal de salud para ofrecer una atención adaptada, con ajustes razonables que garanticen accesibilidad, respeto y autonomía a las personas con discapacidad, incluyendo:

- I) El uso de herramientas de comunicación accesibles, como lengua de señas, consultas más largas, sistemas aumentativos y alternativos de comunicación, o materiales en formatos accesibles (braille, audio, lectura fácil).
- II) La eliminación de barreras actitudinales que perpetúen estereotipos sobre la capacidad de

las personas con discapacidad para tomar decisiones.

III) La garantía de que los tratamientos de IVE se realicen sin demoras injustificadas, y sin exigir requisitos adicionales a los establecidos por las causales legales.

IV) La incorporación de módulos formativos sobre discapacidad en los programas de entrenamiento, que además promuevan la sensibilización hacia las barreras que enfrentan estas personas.

V) En síntesis, la atención integral en IVE para personas con discapacidad busca garantizar la igualdad material y el pleno ejercicio de los DSDR.

Gráfico #30

Situaciones y respuestas recomendadas

para la orientación y asesoría

a población con discapacidad

Situación

Una persona con discapacidad auditiva acude a un servicio de salud para solicitar información sobre la IVE. Sin embargo, no hay un intérprete de lengua de señas disponible, y el personal de salud duda sobre cómo comunicarse de manera efectiva.

Respuesta recomendada

Facilitar la comunicación desde el inicio. Preguntar directamente a la persona cómo prefiere comunicarse: puede ser por escrito, mediante lectura labial, con una aplicación de traducción en tiempo real o con apoyo de un intérprete si es posible gestionarlo.

Evitar hablar únicamente con su acompañante. Aunque la persona esté con alguien de confianza, dirigirse a ella de manera directa.

Brindar información accesible. Usar recursos visuales o documentos escritos en lenguaje claro. Si la persona usa lengua de señas y no hay intérprete disponible de inmediato, coordinar una alternativa, como la consulta en diferido con interpretación o el uso de videos explicativos accesibles. También se pueden implementar pictogramas o tarjetas con imágenes.

Respetar el ritmo de la consulta. Algunas personas con discapacidad pueden requerir más tiempo para procesar la información o expresar sus dudas. Ajustar el tiempo para garantizar una comprensión completa y una toma de decisiones informada.

Asegurar accesibilidad en todos los casos. La falta de recursos no puede ser una barrera para acceder a información y servicios. Ante cualquier dificultad identificada, el equipo sanitario tiene la obligación de coordinar e implementar inmediatamente los ajustes razonables necesarios, entendiendo que la responsabilidad de proveer estos apoyos recae exclusivamente en la institución y nunca debe trasladarse a la persona con discapacidad.

Personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas

La atención integral en la IVE para personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas responde a un mandato legal, y se constituye en una obligación ética y un compromiso con la garantía de derechos humanos. El acceso a servicios de SSSR debe ser inclusivo y libre de discriminación, considerando las barreras estructurales y sociales que enfrentan estas poblaciones, tales como la violencia institucional, la negación de identidad de género y la falta de formación del personal de salud en enfoques diferenciales.

Garantizar una atención inclusiva implica implementar protocolos sensibles al género que respeten plenamente la identidad de género y las experiencias de cada persona; el uso ade-

cuado del nombre y pronombres elegidos; la generación de espacios seguros; y la provisión de acompañamiento psicosocial especializado. Asimismo, requiere el desarrollo de capacidades en el personal de salud para brindar información y atención sin sesgos, asegurando que las personas trans, no binarias y de género no conforme puedan ejercer su autonomía reproductiva sin temor a la discriminación o revictimización.

Desde una perspectiva de justicia reproductiva, la IVE para esta población debe abordarse de manera interseccional, reconociendo cómo factores como la pobreza, la racialización y la exclusión social pueden agravar las desigualdades en el acceso a servicios de salud. Por tanto, la adopción de estrategias de atención diferenciadas, la participación de organizaciones de la sociedad civil en la formulación de políticas y la eliminación de barreras legales y culturales resultan fundamentales para garantizar el pleno ejercicio de los DSDR de todas las personas. En este sentido, es fundamental que los equipos de salud estén capacitados para brindar una atención integral que incluya:

I) El uso de un lenguaje afirmativo y respetuoso con la persona consultante, que reconozca su identidad de género y expresión de manera adecuada, sin suposiciones o términos inapropiados y eliminando el uso de lenguaje patológico o estigmatizante.

II) La protección de la confidencialidad, asegurando que la información personal sobre identidad de género y orientación sexual sea tratada con absoluta reserva, sin exposiciones o vulneraciones a la privacidad.

III) Las adaptaciones en la atención con los ajustes específicos en los tratamientos de IVE, como el acompañamiento informado, espacios seguros y protocolos sensibles a las necesidades de personas trans, no binarias, o con experiencias diversas de género. El personal debe estar informado sobre las particularidades de

la salud sexual, reproductiva y mental de esta población, así como sobre los procesos de transición de género y los tratamientos de afirmación de género.

IV) La capacitación continua del personal de salud debe fortalecer competencias en diversidad sexual y de género de acuerdo con la Resolución 2138 de 2023 del MSPS, por la cual se adoptan los lineamientos de transversalización del enfoque de género en el sector salud para el cierre de brechas por razones de sexo, género, identidad de género y orientación sexual.

Gráfico #31

**Situaciones y respuestas recomendadas
para la orientación y asesoría a
personas con orientaciones sexuales
e identidades de género diversas**

Situación

Un hombre trans acude a solicitar una IVE y el personal de salud se refiere a él con pronombres femeninos, pese a que ha expresado su identidad de género.

Respuesta recomendada

Respetar la identidad de género y utilizar el nombre y los pronombres indicados por la persona.

Evitar asumir que todas las personas gestantes se identifican como mujeres.

Sensibilizar al equipo de salud sobre la diversidad de identidades para garantizar una atención libre de discriminación.

Población en situación de movilidad y/o en contextos humanitarios

Garantizar el acceso sin discriminación, la dignidad y la protección integral en la atención en IVE para personas en situación de movilidad y en contextos humanitarios requiere un enfoque de derechos. Las personas en estas con

diciones enfrentan barreras adicionales debido a su situación migratoria, la falta de redes de apoyo, la precariedad económica y, en muchos casos, la exposición a VBG. Los servicios de salud deben identificar estas barreras particulares y proporcionar atención adaptada que garantice dignidad, acceso oportuno y protección integral.

En Colombia, la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015 del Congreso de Colombia) establece que el derecho a la salud es fundamental y universal, lo que incluye a las personas en situación de movilidad, refugiadas y en situación de vulnerabilidad. Además, la Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional reafirma que el acceso a la IVE es un derecho que debe garantizarse sin barreras, independientemente de la condición migratoria o el contexto en el que se encuentre la persona. Esto implica eliminar cualquier requisito o trámite en los servicios de salud que obstaculice el acceso a la IVE, como la exigencia de documentos de identidad o afiliación al sistema de salud.

En contextos humanitarios, como los que se presentan en zonas de frontera o en áreas afectadas por el desplazamiento forzado, es prioritario implementar estrategias que faciliten el acceso a la IVE. Esto incluye:

I) La eliminación de barreras administrativas para lograr que las personas en situación de movilidad y desplazadas puedan acceder a la IVE sin requisitos de documentación o afiliación al sistema de salud, garantizando un acceso oportuno e inmediato.

II) La atención con enfoque intercultural, adaptando los servicios de salud a las prácticas culturales y lingüísticas de la población en situación de movilidad, incluyendo el apoyo de intérpretes o mediadores comunitarios cuando sea necesario.

III) La identificación y respuesta ante VBG, reconociendo que las personas en movilidad están

en mayor riesgo de violencia, brindar atención sensible al trauma y facilitar rutas de apoyo psicosocial y legal.

IV) La difusión de información accesible que garantice que conozcan sus derechos en SSSR, incluyendo la IVE, a través de materiales claros, en distintos idiomas y formatos adecuados a sus realidades.

La Política Integral Migratoria (CONPES 3950 de 2018) reconoce la necesidad de garantizar el acceso a servicios de SSSR para la población en situación de movilidad, en condiciones de igualdad y no discriminación.

Internacionalmente, los principios humanitarios y los estándares de derechos humanos, como los establecidos por la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), respaldan la obligación de los Estados de garantizar el acceso a la IVE en contextos humanitarios, sin discriminación y con un enfoque de género.

En conclusión, la atención integral en IVE para personas en situación de movilidad y en contextos humanitarios implica no solo eliminar barreras administrativas y legales, sino también garantizar que los servicios sean culturalmente pertinentes, seguros y respetuosos de la dignidad.

Gráfico #32

**Situaciones y respuestas recomendadas
para la orientación y asesoría a
población en situación de movilidad
o en contextos humanitarios**

Situación

Una persona migrante llega a la consulta solicitando información sobre la IVE. Expresa temor de ser denunciada por su situación migratoria irregular y desconfianza hacia las instituciones de salud.

Respuesta recomendada

Generar confianza desde el inicio, asegurando que la atención en salud no está condicionada por el estatus migratorio.

Explicar claramente el derecho a la IVE, independiente de la nacionalidad o situación administrativa.

Usar un lenguaje accesible y culturalmente pertinente, evitando tecnicismos o referencias legales que puedan generar más ansiedad.

Indagar si enfrenta barreras adicionales como violencia, redes de apoyo limitadas o desconocimiento del sistema de salud, para facilitar rutas de atención complementarias.

Situación

Una persona en situación de refugio necesita interrumpir su embarazo, pero enfrenta barreras lingüísticas y dificultades para acceder a transporte.

Respuesta recomendada

Identificar si hay disponibilidad de material informativo en su idioma o acceso a intérpretes.

Evaluar alternativas de tele orientación si la presencialidad es una barrera.

Coordinar con redes comunitarias o servicios humanitarios que puedan facilitar el traslado a un centro de salud.

Garantizar que reciba información sobre el procedimiento, su seguridad y el seguimiento postaborto de manera clara y comprensible.

Diversidades étnicas

Fundamentar la atención integral del embarazo para poblaciones con diversidades étnicas en un enfoque intercultural permite respetar sus prácticas tradicionales, cosmovisiones y derechos colectivos. Estas comunidades enfrentan barreras históricas, estructurales y culturales que afectan significativamente su acceso oportuno y digno a los servicios de SSSR, lo que exi-

ge adaptar los protocolos de atención para que sean culturalmente apropiados, y respetuosos de sus tradiciones.

Según el Artículo 7 de la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural como un principio fundamental, e implica la obligación de garantizar servicios de salud que respeten las prácticas médicas tradicionales y los sistemas propios de salud de estas comunidades.

En este sentido, la atención integral del embarazo para poblaciones étnicas incluye:

I) El diálogo intercultural mediante mecanismos de coordinación entre los sistemas de salud tradicionales y el sistema de salud oficial, respetando las decisiones de las mujeres y personas gestantes.

II) El personal capacitado en enfoque intercultural que permita comprender y respetar las prácticas y creencias de las comunidades étnicas, y actuar con pertinencia.

III) Atención en lenguas propias, garantizando que la información sea proporcionada en los idiomas o dialectos de las comunidades, con el apoyo de intérpretes si es necesario.

IV) El acceso a servicios de salud sin discriminación, eliminando barreras geográficas, económicas y culturales que limiten el acceso de las poblaciones étnicas.

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS) promueve la integración de los sistemas médicos tradicionales con el sistema de salud oficial, reconociendo el valor de las prácticas ancestrales en el cuidado de la salud.

En el ámbito internacional, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007) respalda este enfoque al establecer que los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias prácticas de salud y

a acceder a servicios de salud sin discriminación. Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha emitido recomendaciones para la atención intercultural en salud, enfatizando la importancia de respetar las prácticas tradicionales y garantizar la participación de las comunidades en la toma de decisiones.

En conclusión, la atención integral del embarazo para poblaciones con diversidades étnicas adquiere el carácter de una exigencia legal y ética, y es una oportunidad para enriquecer el sistema de salud con el conocimiento y las prácticas ancestrales de estas comunidades. La implementación de un enfoque intercultural y respetuoso es fundamental para garantizar que todas las mujeres y personas gestantes, independientemente de su origen étnico, puedan acceder a una atención integral de la IVE en condiciones apropiadas.

Gráfico #33

Situaciones y respuestas recomendadas

para la orientación y asesoría a

población diversidades étnicas

Situación

Una mujer indígena consulta sobre la IVE, pero expresa que su comunidad tiene normas y creencias que pueden entrar en conflicto con esta decisión.

Respuesta recomendada

Brindar información clara sobre sus derechos en materia de SSR, respetando su cosmovisión y sin imponer juicios externos.

Explorar si la persona lo desea, estrategias para abordar su decisión en su comunidad de manera segura y sin poner en riesgo su bienestar.

Garantizar el acceso a la IVE en condiciones de respeto cultural, asegurando privacidad y acompañamiento adecuado.

Poblaciones afrodescendientes, palenqueras y raizales

Enmarcar la atención integral de la IVE para las poblaciones afrodescendientes, palenqueras y raizales en un enfoque intercultural permite reconocer y respetar sus prácticas ancestrales, cosmovisiones y derechos colectivos. Estas comunidades enfrentan barreras históricas y estructurales, como el racismo, la exclusión social y la falta de acceso a servicios de salud de calidad, lo que exige adaptar los protocolos de atención para garantizar que sean culturalmente apropiados, y respetuosos de sus tradiciones.

Como ya se mencionó, el Estado reconoce y protege la diversidad étnico-racial y cultural, lo que incluye a las comunidades afrodescendientes, palenqueras y raizales. Esto implica la obligación de garantizar servicios de salud que respeten sus prácticas médicas tradicionales y sus sistemas propios de salud, así como su derecho a una atención libre de discriminación racial y cultural.

La atención integral de la IVE, para estas comunidades debe incluir:

1) El diálogo intercultural que promueva mecanismos de coordinación entre los sistemas de salud tradicionales de las comunidades afrodescendientes, palenqueras y raizales—como el uso de rituales de sanación y saberes ancestrales, y el sistema de salud oficial. Este diálogo debe respetar las decisiones autónomas de las mujeres y personas gestantes, reconociendo su derecho a integrar prácticas culturales propias en su proceso de atención. Para ello, es fundamental involucrar a líderes comunitarios, parteras tradicionales y sabedores de la medicina ancestral, garantizando que su voz sea escuchada y valorada en la construcción de protocolos de atención inclusivos y culturalmente pertinentes.

II) Formar al personal de salud en enfoque intercultural, para comprender y respetar las prácticas y creencias de las comunidades.

III) Atención en lenguas y códigos culturales, garantizando que la información sea proporcionada en un lenguaje claro y culturalmente pertinente, con el apoyo de líderes comunitarios si es necesario.

IV) Eliminar barreras geográficas, económicas y culturales que limiten el acceso de estas comunidades a servicios de salud de calidad.

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS) promueve la integración de los sistemas médicos tradicionales con el sistema de salud oficial, reconociendo el valor de las prácticas ancestrales. Este enfoque se alinea con el principio constitucional de diversidad étnica y cultural, definido por la Sentencia T-128 de 2022 de la Corte Constitucional como:

(...) el respeto y reconocimiento de cualquier expresión cultural de todos los colectivos étnicos que componen la Nación (...) Tal protección implica para el Estado un deber de proteger tal diversidad y de velar porque toda comunidad étnica pueda vivir su cultura en paz.

Bajo este mandato, el sector salud debe garantizar que los pueblos y comunidades ejerzan sus derechos fundamentales de acuerdo con sus cosmovisiones, costumbres y sistemas médicos propios.

Internacionalmente, este principio es respaldado por:

-La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965) y la Declaración de Durban (2002), que establecen el derecho de las comunidades afrodescendientes, entre otros grupos, a acceder a salud sin discriminación y con respeto a sus prácticas culturales.

-Las recomendaciones de la OPS, que enfatizan el respeto a las prácticas tradicionales, y la participación comunitaria en decisiones sanitarias.

Gráfico #34

**Situaciones y respuestas recomendadas
para la orientación y asesoría a
comunidades afrodescendientes,
palenquera y raizales**

Situación

Una mujer afrodescendiente consulta sobre la IVE, pero expresa que en su comunidad existen estigmas y presiones sociales que dificultan su decisión.

Respuesta recomendada

Brindar información clara sobre sus derechos en materia de SSSR, utilizando un lenguaje respetuoso y culturalmente pertinente.

Explorar si la persona lo desea, estrategias para abordar su decisión en su comunidad de manera segura, con el apoyo de líderes comunitarios o redes de confianza.

Garantizar el acceso a la IVE en condiciones de respeto cultural, asegurando privacidad, acompañamiento adecuado y protección contra cualquier forma de discriminación o violencia.

Adicionalmente, es necesario que en la atención de la IVE se eliminen prácticas excluyentes y estereotipos sobre estas comunidades que han perpetuado diversas formas de violencia y discriminación racial en los servicios de salud. Entre estas prácticas se encuentran ideas profundamente arraigadas, como la creencia de que “las mujeres negras resisten mejor el dolor” o que “son más sexuales”, que carecen de fundamento científico y contribuyen a la deshumanización y el trato desigual.

Es necesario reconocer cómo los estereotipos de género y raciales históricamente asociados a las niñas y mujeres negras afrodescendientes han naturalizado y legitimado la dominación y el abuso sobre sus cuerpos y vidas. Estos estereotipos tienen raíces coloniales y contribuyen al silenciamiento de las víctimas, estigmatizando el aborto y relegándolo a la clandestinidad. Además, ocultan las violencias sexuales y reproductivas, especialmente en contextos de conflicto armado y militarización, en los que las mujeres enfrentan barreras geográficas, sociales y morales para acceder a la IVE. Esto resulta en maternidades forzadas, perpetuando ciclos de violencia y exclusión (ILEX, 2024).

Estos estereotipos, históricamente contruidos, tienen consecuencias graves en la atención en salud. Por ejemplo:

▼ **Subestimación del dolor:** la falsa creencia de que las mujeres negras “resisten mejor el dolor” puede llevar a que su malestar físico sea minimizado o ignorado, resultando en diagnósticos tardíos, tratamientos inadecuados y una mayor vulnerabilidad a complicaciones médicas.

▼ **Hipersexualización:** la idea de que las mujeres negras “son más sexuales” las expone a situaciones de acoso, violencia obstétrica y falta de respeto hacia su autonomía corporal durante la atención en salud.

La eliminación de estas prácticas excluyentes es una prioridad y una condición necesaria para garantizar el derecho a la salud de las comunidades negras, afrodescendientes, palenqueras y raizales. Esto implica un compromiso activo por parte de las instituciones de salud para transformar sus prácticas y construir un sistema verdaderamente inclusivo y respetuoso de la diversidad.

Población en zonas rurales y remotas

Garantizar el acceso equitativo, oportuno y seguro a la atención en IVE para personas en

zonas rurales, dispersas geográficamente o remotas, requiere un enfoque de derechos humanos, puesto que enfrentan múltiples barreras, incluyendo la falta de infraestructura sanitaria, las largas distancias hasta servicios médicos, la escasez de personal con capacitación, y fuertes estigmas culturales que dificultan el ejercicio de sus DSDR. Por ello, resulta fundamental implementar estrategias adaptadas a estas realidades para garantizar una atención integral y respetuosa.

Entre las particularidades a considerar en la atención en IVE en zonas rurales y remotas se encuentran:

I) Garantizar la disponibilidad de servicios de IVE en centros de salud cercanos o implementar estrategias móviles, como brigadas de salud, para llegar a zonas de difícil acceso.

II) Facilitar el transporte de las personas que necesiten trasladarse hasta centros de salud más grandes, así como brindar acompañamiento psicosocial durante el proceso.

III) Contar con personal con capacitación para brindar atención en IVE con enfoque de género, derechos humanos y no discriminación.

IV) Proporcionar información clara y accesible sobre los DSDR, incluida la IVE, a través de campañas comunitarias y medios de comunicación locales.

V) Adaptar los servicios de salud a las prácticas y creencias culturales de las comunidades rurales, respetando sus tradiciones y promoviendo el diálogo intercultural.

VI) Utilizar herramientas como la telemedicina y tecnologías de la información para brindar asesoría y seguimiento a las personas que no puedan acceder fácilmente a servicios presenciales.

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS)

promueve la implementación de estrategias innovadoras, como las redes integradas de servicios de salud, para mejorar el acceso a la atención en estas zonas.

En conclusión, la atención integral en IVE para personas en zonas rurales, dispersas o remotas

requiere un enfoque sensible y adaptado, lo cual implica no solo superar las barreras geográficas y de infraestructura, sino también abordar los estigmas culturales y garantizar que los servicios de salud sean accesibles, seguros y respetuosos de la dignidad de las personas.

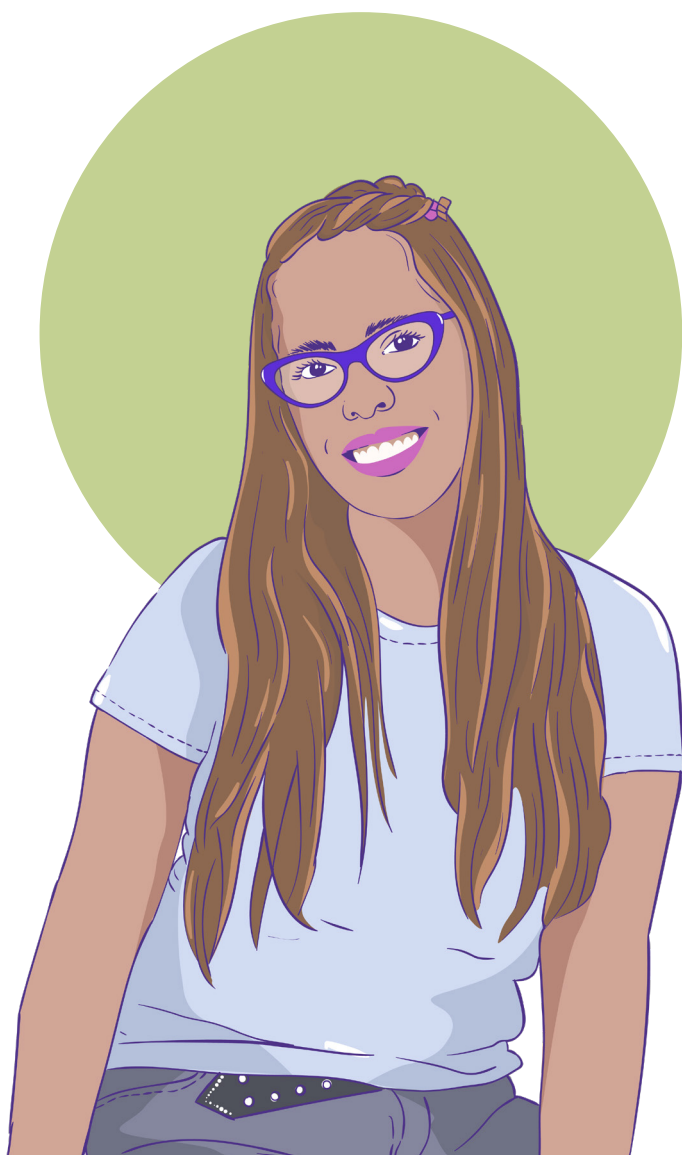


Gráfico #35

Situaciones y respuestas recomendadas para la orientación y asesoría a la población en zonas rurales y remotas

Situación

Debido a las dificultades que enfrentan las comunidades rurales para trasladarse a la cabecera municipal, las personas que solicitan la IVE presentan mayores barreras para acceder a la atención. El equipo de salud debe procurar ofrecer una atención más ágil y adaptada a sus necesidades, garantizando la confidencialidad y la accesibilidad.

Respuesta recomendada

Priorizar la atención rápida y eficiente para las personas que viajan desde zonas rurales, reduciendo tiempos de espera y trámites innecesarios.

Garantizar un espacio de atención seguro y confidencial, evitando exposiciones innecesarias que puedan comprometer su privacidad.

Ofrecer horarios de atención flexibles o discretos, y la posibilidad de referenciar a centros de salud fuera de su comunidad si lo prefieren.

Implementar la telemedicina para brindar consultas, asesorías y seguimiento a distancia, reduciendo la necesidad de desplazamientos frecuentes.

Proporcionar información clara sobre el proceso de la IVE y ofrecer acompañamiento psicosocial y legal, adaptado a las necesidades de las personas en contextos rurales.

Anexo

Lista de chequeo autorreflexiva

1-Orientación		SI	NO
-	¿Generé un espacio seguro sin juicios, permitiendo el desahogo emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	¿Exploré las emociones y expectativas de la persona sin asumir su sentir? (ej.: "¿Cómo te sientes respecto a esta decisión?" en lugar de "Debes estar triste")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	¿Aclaré dudas sin asumir su nivel de conocimiento o decisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	¿Presioné hacia una opción específica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-Asesoría		SI	NO
-	¿Expliqué con claridad los métodos de IVE, riesgos y alternativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	¿Verifiqué comprensión con preguntas abiertas? (ej.: "¿Cómo te imaginas el procedimiento?")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	¿Utilicé recursos inclusivos? (ej.: braille, imágenes no binarias, lenguaje sencillo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	¿Mencioné la anticoncepción post-IVE sin imponerla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-Soporte integral durante el tratamiento		SI	NO
-	¿Respeté el consentimiento informado en cada intervención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	¿Monitoreé síntomas físicos/emocionales con preguntas específicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	¿Usé lenguaje infantilizante o que redujera su autonomía? (ej.: "Pobrecita", "Ya verás que todo sale bien")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	¿Mantuve una actitud de escucha activa sin interrumpir o minimizar sus preocupaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-Enfoque diferencial e interseccional		SI	NO
-	¿Adapté mi lenguaje a su identidad de género, cultura o discapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	¿Consideré barreras adicionales? (ej.: migración, violencia de género, pobreza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	¿Garanticé accesibilidad física y comunicativa? (ej.: intérprete, materiales táctiles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5-Registro y seguimiento		SI	NO
- ¿Proporcione información clara sobre señales de alarma y soporte emocional disponible?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Documenté sus necesidades emocionales sin juicios? (ej.: "Refiere sentir ambivalencia" en lugar de "Presenta arrepentimiento")		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Derivé a redes de apoyo si la persona lo solicitó? (ej.: psicología, asesoría legal)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-Manejo de duelo (si aplica)		SI	NO
- ¿Ofrecí espacio para expresar emociones contradictorias? (ej.: "Algunas personas sienten alivio y tristeza a la vez, ¿te pasa algo así?")		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Usé frases invalidantes como "Todo pasa por algo" o "Podrás intentarlo de nuevo"?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Proporcione información sobre apoyo psicológico opcional, sin vincularlo a "superar el duelo"?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-Lenguaje neutro y libre de estigma		SI	NO
- ¿Usé términos como "proceso" o "decisión" en lugar de "pérdida"? (a menos que la persona lo mencione primero)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Asocié la IVE con culpa? (ej.: usar "¿estás segura?" como pregunta repetitiva)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Usé términos descalificantes o patologizantes para referirme al embarazo o tejidos gestacionales? (ej.: "restos o residuos", "feto muerto", "producto"), en lugar de optar por lenguaje clínico neutro (ej.: "tejido gestacional", "embarazo") o ajustarme a los términos que usa la persona.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Usé preguntas como: ¿Hay alguna palabra o término que prefieras usar?" para favorecer la referencia sobre el embarazo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Me abstuve de imponer narrativas sobre la naturaleza del embarazo respetando la subjetividad de la persona? (ej. En ningún momento propuse expresiones como: "Esto no es un bebé" o "No es una vida").		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-Recursos para casos complejos		SI	NO
- ¿Incluí opciones de rituales simbólicos sólo si la persona lo solicita? (ej.:espacio para despedida)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Derivé a grupos de apoyo especializados en duelos por IVE sólo si hay interés explícito?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-Autoevaluación final		SI	NO
- ¿Mi intervención fortaleció la autonomía de la persona en todo momento?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Hubo algo que pude mejorar en mi trato o comunicación?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Referencias

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2011). Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de las personas en situación de desplazamiento con discapacidad en Colombia. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7536.pdf>

ANSIRH. (2020, marzo). Introducción al Turnaway Study. University of California, San Francisco. https://www.ansirh.org/sites/default/files/publications/files/-turnaway_study_annotated_bibliography_spa_format_2.pdf

Bain, L. E. (2020). Mandatory pre-abortion counseling is a barrier to accessing safe abortion services. *Pan African Medical Journal*, 35(1). <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.35.1.231>

Bearak, J., Popinchalk, A., Alkema, L., & Sedgh, G. (2018). Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: Estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet Global Health*, 6(5), e380–e389. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2818%2930029-9>

Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., McCulloch, C. E., & Foster, D. G. (2017). Salud mental y bienestar de las mujeres 5 años después de recibir o de que se les niegue un aborto: un estudio de cohorte longitudinal prospectivo. *JAMA Psychiatry*, 74(2), 169–178. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3478>

Boonstra, H., Gold, R. B., Richards, C. L., & Finer, L. B. (2006). Abortion in women's lives. Guttmacher Institute. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/aiwl.pdf

Brown, S. (2012). Is counselling necessary? Making the decision to have an abortion. A qualitative interview study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 18(1), 44–48. <https://doi.org/10.3109/13625187.2012.750290>

Cammarota, K., Cortez Fernandez, G., del Valle, C., Hemadi, R., & Mazur, V. (2022). Consejerías en IVE/ILE: experiencias de implementación en la Ciudad de Buenos Aires. REDAAS. <https://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1687/CONSEJE-RIAS%20EN%20IVE%20ILE.pdf>

Cárdenas, R., Labandera, A., Baum, S. E., et al. (2018). "It's something that marks you": Abortion stigma after decriminalization in Uruguay. *Reproductive Health*, 15(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0597-1>

Casas, L., Bozo, N., Vivaldi, L., Montero, A., Álvarez, J. J., & Babul, J. (2023). Discriminación interseccional: Obstáculos en el acceso de las mujeres a la implementación de la ley de aborto en la atención primaria de la Región Metropolitana de Chile. *Atenea*, 528, 135–157. <https://doi.org/10.29393/At528-7diob10007>

Charles, V. E., Polis, C. B., Sridhara, S. K., & Blum, R. W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: A systematic review of the evidence. *Contraception*, 78(6), 436–450.

Collins, P. H. (2002). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (2ª ed.). Routledge.

Collins, P. H. (2019). *Intersectionality as Critical Social Theory*. Duke University Press.

Combahee River Collective. (2014). *The Combahee River Collective Statement*.

Congreso de la República de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=4125

Congreso de la República de Colombia. (2006). Código de la Infancia y la Adolescencia [Ley 1098 de 2006]. <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfancialey1098.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1381 de 2010. Por la cual se desarrollan los artículos 7º, 8º, 10 y 70 de la Constitución Política, y los artículos 4º, 5º y 28 de la Ley 21 de 1991 (que aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales), y se dictan normas sobre reconocimiento, fomento, protección, uso, preservación y fortalecimiento de las lenguas de los grupos étnicos de Colombia y sobre sus derechos lingüísticos y los de sus hablantes. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=38741

Congreso de la República de Colombia. (2014). Ley 1719 de 2014 (junio 18), por medio de la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 49.169. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=57716

Congreso de la República de Colombia. (2019). Ley 1996 de 2019, por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=99712

Consejo Superior de la Judicatura. (2020). Decreto 1710 de 2020: Por el cual se adopta el Mecanismo Articulador para el Abordaje Integral de las Violencias por Razones de Sexo y Género, de las mujeres, niños, niñas y adolescentes, como estrategia de gestión en salud pública y se dictan disposiciones para su implementación. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=153846

Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro. (2022). Protocolo de autocuidado y apoyo al proveer y acompañar abortos seguros. https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1669/Protocolo%20de%20Autocuidado_AAPAAS-4OCT.pdf

Corte Constitucional de Colombia. (2006). Sentencia C-355 de 2006. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2011). Sentencia C-900 Derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/c-900-11.htm>

Fernández Márquez, M. L. (2010). Modelo de intervención en crisis en busca de la resiliencia personal. <http://www.cop.es/uploads/PDF/MODELO-INTERVENCION-CRISIS-RESILIENCIA-PERSONAL.pdf>

GBV Guidelines. (2015). Cómo apoyar a las personas sobrevivientes de violencia de género cuando no hay un actor contra la VG disponible en el área: Guía de Bolsillo. https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2018/05/GBV_PocketGuide021718_Spanish.pdf

González, A. C., Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres & ANDAR (Organización por el Derecho a Decidir). (2008). Causal salud: Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. ISBN:978-9974-7717-8-9. <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2019/04/2.-libroCausalSalud.pdf>

Grover, A. (2011). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: Consecuencias para el derecho a la salud de las leyes y políticas que restringen el acceso al aborto seguro (Informe A/66/254). Asamblea General de las Naciones Unidas. <https://docs.un.org/es/A/66/254>

ILEX Acción Jurídica. (2024). IVE desde el margen: Análisis de limitaciones socio jurídicas de las mujeres negras afrodescendientes para el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia. <https://ilexaccionjuridica.org/wp-content/uploads/2024/07/IVE-DESDE-EL-MARGEN-FINAL-1.pdf>

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2024). Informes y estadísticas sobre adopción (2013-2024). https://www.icbf.gov.co/system/files/estadisticas_adopciones_a_junio_30_2024_0.pdf

International Planned Parenthood Federation (IPPF). (2022). Client-centred clinical guidelines for sexual and reproductive healthcare. https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_client-centred-clinical_guidelines_complete.pdf

IPAS. (2014). La atención integral del aborto centrada en la mujer: Manual de referencia (2ª ed.). <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/07/ACREFS14-LaAtenci%C3%B3nIntegralDelAbortoCentradaEnLaMujer.pdf>

IPAS. (2018). El estigma del aborto termina aquí: Juego de herramientas para entender y actuar. <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2021/09/El-estigma-del-aborto-termina-aqui-Juego-de-herramientas-para-entender-y-actuar-ABSTTKS19.pdf>

Johnson, B. R., Lavelanet, A. F., & Schlitt, S. (2018). Global Abortion Policies Database: A new approach to strengthening knowledge on laws, policies, and human rights standards. BMC International Health and Human Rights, 18(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0174-2>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Lineamientos para la incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia. Grupo de Formación del Talento Humano en Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-ind%C3%ADgenas.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 2654 de 2019: Por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país. https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resoluci%C3%B3n%20no.%202654%20del%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Enfoque diferencial, origen y alcances. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/enfoque-diferencial-origen-alcances.pdf?ID=24634>

Korenromp, M. J., Christiaens, G. C., van den Bout, J., Mulder, E. J., Hunfeld, J. A., Bilardo, C. M., Offermans, J. P., & Visser, G. H. (2005). Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: A cross-sectional study. *Prenatal Diagnosis*, 25(3), 253–260. <https://doi.org/10.1002/pd.1127>

Lamas, M. (2018). La antropología feminista y la categoría género. En *Género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 111–140). Bonilla Artigas Editores. <https://www.torrossa.com/it/resources/an/4488888> Lansdown, G. (2005). The evolving capacities of the child. UNICEF. <https://digitallibrary.un.org/record/556609>

Lansdown, G. (2005). The evolving capacities of the child. UNICEF. <https://digitallibrary.un.org/record/556609>

Major, B., Cozzarelli, C., Siacchitano, A. M., Cooper, M. L., Testa, M., & Mueller, P. (1990). Perceived Social Support, Self Efficacy and Adjustment to Abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 452–463.

Mavuso, J., & Macleod, C. (2020). Contradictions in womxn's experiences of pre-abortion counselling in South Africa: Implications for client-centred practice. *Nursing Inquiry*, 27(2), e12330. <https://doi.org/10.1111/nin.12330>

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2015). La entrevista motivacional: ayudar a las personas a cambiar (3ª ed.). Barcelona: Paidós. https://proassets.planetadelibros.com/usuarios/libros_contenido/arxiu/31/30319_La_entrevista_motivacional.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2008). Resolución 0769 de 2008: Por la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres. *Diario Oficial* No. 46.916. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=29225>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-0459-de-2012.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2014). Orientación y asesoría para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Documento técnico para prestadores de servicios de salud. <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SM-IVE-DT-Orientacion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de atención integral en salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Resolución 1904 de 2017: Por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la Sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1904-de-2017.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Resolución 051 de 2023: Por medio del cual se adopta la regulación única para la atención integral en salud frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y se modifica el numeral 4.2 del Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal adoptado mediante la Resolución 3280 de 2018. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20051%20de%202023.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022-2031. https://www.saludcapital.gov.co/Planes_Estrateg_Inst/2022/Sectoriales/Plan_Decenal_Salud_2022-2031.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Resolución 2138 de 2023: Por la cual se adoptan los lineamientos de transversalización del enfoque de género en el sector salud para el cierre de brechas por razones de sexo, género, identidad de género y orientación sexual. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202138%20de%202023.pdf

Naciones Unidas. (1965). Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial>

Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. https://www.ohchr.org/sites/default/files/ccpr_SP.pdf

Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw_SP.pdf

Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc_SP.pdf

Naciones Unidas. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2021). Violencia contra la mujer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Global competency and outcomes framework for universal health coverage. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352711/9789240034662-eng.pdf>

ONU Mujeres. (2020). Transformar los sistemas de salud con enfoque de género. <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/un-system-coordination/gender-mainstreaming>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Política sobre etnicidad y salud. <https://www.paho.org/sites/default/files/ethnicityhealth-policy-2017-es.pdf>

Orihuela Cortés, F., & Marván, M. L. (2021). Estigma hacia el aborto y sus consecuencias: acciones para reducirlo. *Revista Digital Universitaria*, 22(4). <https://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2021.22.4.7>

Perrucci, A. C. (2012). *Decision assessment and counseling in abortion care: Philosophy and practice*. Rowman & Littlefield.

Presidencia de la República de Colombia. (2018). Decreto número 762 de 2018, por medio del cual se adiciona un capítulo al Título 4 de la Parte 4 del Libro 2 del Decreto 1084 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de la Función Pública, con el fin de garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas que hacen parte de los sectores sociales LGBT. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=86303>

Roberts, S. C. M., Turok, D. K., Belusa, E., Combellick, S., & Upadhyay, U. D. (2016). Utah's 72-hour waiting period for abortion: Experiences among a clinic-based sample of women. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48(1), 15-22. <https://doi.org/10.1363/48e8216>

Segato, R. L. (2013). Patriarcado: Del borde al centro. Disciplinamiento, territorialidad y crueldad en la fase apocalíptica del capital. *Mujeres de Guatemala*. <http://mujeresdeguatemala.org/wp-content/uploads/2014/06/PATRIARCADO-del-borde-al-centro.pdf>

Steinberg, J. R., & Finer, L. B. (2011). Examining the association of abortion history and current mental health: A reanalysis of the National Comorbidity Survey. *Social Science & Medicine*, 72(1), 72-82.

Superintendencia Nacional de Salud. (2024). Circular externa 2024150000000009-5 de 2024.

Superintendencia Nacional de Salud. <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularsExterna/Circular%20externa%20n%C3%BAmero%202024150000000009-5%20de%20%202024.pdf>

Turner, K. L., & Chapman Page, K. (2008). Transformación de actitudes respecto al aborto: Un juego de herramientas para la aclaración de valores. IPAS. <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/06/VALCLARS09-VCATTtransformacionDeActitudesRespectoAlAborto.pdf>

UNFPA Colombia. (2022). ¿Qué son las violencias basadas en género?. Fondo de Población de las Naciones Unidas. https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/bases_vbg.pdf

UNFPA. (2024). Nota técnica y guía para operacionalizar el enfoque interseccional en los servicios esenciales para sobrevivientes de violencia basada en género y prácticas nocivas. Fondo de Población de las Naciones Unidas. https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2025-05/UNFPA_Genero_NotaTecnica%20Interseccionalidad_FINAL.pdf

Upadhyay, U. D., Cockrill, K., & Freedman, L. R. (2010). Informing abortion counseling: An examination of evidence-based practices used in emotional care for other stigmatized and sensitive health issues. *Patient Education and Counseling*, 81(3), 415-421. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.10.001>

Vandamme, J., Wyverkens, E., Buysse, A., Vrancken, C., & Brondeel, R. (2013). Pre-abortion counseling from women's point of view. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 18(4), 309-318. <https://doi.org/10.3109/13625187.2013.796586>

